

# 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 函

地址：80756高雄市三民區自由一路100號

承辦人：林素琴

電話：(07)3121101轉5366

傳真電話：(07)3208265

電子信箱：780435@mail.kmuh.org.tw

受文者：全院各單位

發文日期：中華民國106年5月9日

發文字號：高醫附護字第1060201891號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：見主旨

主旨：公告本院護理部「委託採集研究檢體申請辦法」，申請案酌收「行政代辦費」及「委託檢體採集費」，請查照。

說明：

- 一、高醫醫療體系同仁欲提出委託護理部採集研究檢體之研究計劃主持人，請於IRB通過後，向護理部提出申請，申請表格如附件。
- 二、本案經106.3.21護理部部務會議提案同意，並經院內簽呈於106.4.19核准。

正本：全院各單位、高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)、  
高雄市立大同醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)、  
高雄市立旗津醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)

副本：

院內公告張貼



## 委託採集研究檢體申請辦法

106.03.06 護理部實證研究推動委員會會議通過

106.03.21 護理部部務會議通過

目的：為協助高醫醫療體系同仁採集研究所需之血液及體液檢體，特訂定本辦法。

申請資格：申請人須為計畫主持人且為高醫醫療體系醫院同仁。

### 一、申請步驟：

(一) 申請人請於收案前請先備齊下列資料，並向護理部研究推動組 (email: ndresearch@ms.kmuh.org.tw) 提出申請：

1. 送審本院人體試驗委員會計畫書 (與同意證明書通過的版次需一致)
  2. 本院人體試驗委員會同意證明書 (IRB approval) 影本
  3. 受試者同意書 (與同意證明書通過的版次需一致)
  4. 委託檢體採集繳費收據 (通過護理部審查後繳納)。
- ※上述 IRB 之文件皆需有 IRB 之核章證明。

(二) 護理部審查通過後，將通知計畫主持人提交「委託護理部檢體收集申請表」，申請表數目需符合檢體採集總次數和委託檢體採集繳費收據的金額。

※檢體採集總次數=收案樣本數\*每位個案檢體採集次數或頻率(如:當日早晨抽兩管血算一次;第一、三天各抽一管血算兩次;以此類推)。

(三) 護理部公告後，請計畫主持人安排至收案單位作研究收案說明，並提供與委託護理部檢體收集申請表數量相符的採集針具和收集容器(如:空針、貼有受試者姓名、檢體名稱之試管等)，每位個案檢體採集前，請一併提供已填妥之受試者同意書給委託採集的護理站，審閱後歸還研究人員。

### 二、審查辦法：

本院護理部收到申請案件後，進行書面資料審查，並於二週內回覆審查結果。

### 三、收費金額：

計畫主持人向護理部申請委託檢體採集，酌收行政代辦費及委託檢體採集費。

(一) 每案每次行政代辦費為 500 元，檢體採集費用則依檢體採集總次數計費，每次 50 元，不管單支抽血量多寡或單次幾管血。其他體液(如:尿液)收集，每次 20 元。

(二) 委託檢體採集總金額=收案樣本數\*採集次數\*每次採集費用。此費用需於通過護理部審查後繳納，未繳納前則暫不進行委託採集的公告，若檢體實際採集數量未達預定數量，不得要求退費。多年期研究計畫可以逐年提出申請。



## 委託採集研究檢體申請辦法

106.03.06 護理部實證研究推動委員會會議通過

106.03.21 護理部部務會議通過

### 四、繳費方式：

請至本院出納組現場繳費，繳納時請註明繳納項目「護理部研究行政代辦費」及「護理部委託檢體採集費」。本院出納組繳費代號 1117：代訓費(護理部研究行政代辦費、護理部研究檢體採集費)。

※請將**收據**送至本院護理部；註明「計畫主持人姓名、人體試驗委員會同意證明書編號」。

五、審查通過後，研究推動組於護理部部務會議及 XMS 公告後方可開始收案。

六、收案期間需維持病人安全及研究倫理，檢體採集請盡量配合病人醫囑之採檢時間，若有任何背離研究申請目的及委託範圍，或違反受試者保護規範時，護理部有權立即中止委託，且不退還預付之餘款。



## 委託採集研究檢體申請表

收件日期：年/月/日  
此欄位由護理部填寫  
案件編號：(檢)年度-編號

### 一、申請人基本資料：

姓名：\_\_\_\_\_、單位/職稱：\_\_\_\_\_

職編：\_\_\_\_\_、E-mail：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

※聯絡窗口

姓名：\_\_\_\_\_、電話：\_\_\_\_\_

Email：\_\_\_\_\_

### 二、研究採檢資料：

計畫名稱：\_\_\_\_\_

預計採檢單位(請明確列出採檢單位)：\_\_\_\_\_

預計採檢對象：\_\_\_\_\_

預計採檢種類：血液 尿液 痰液 其它：\_\_\_\_\_

預計採檢數量(請詳述，含採檢次數、c.c.數…等)：\_\_\_\_\_

### 三、檢附審查資料：(請依實際檢附資料選填下方欄位)

送審本院人體試驗委員會計畫書(與同意證明書通過的版次需一致)。\*\*\*

本院人體試驗委員會同意證明書(IRB approval)影本。\*\*\*

受試者同意書(與同意證明書通過的版次需一致)。\*\*\*

※上述 IRB 之文件皆需有 IRB 之核章證明。

委託檢體採集繳費收據(通過護理部審查後繳納)。\*\*\*

收 據 影 本 浮 貼 處



## 委託護理部檢體收集申請表

文件編碼

KMUH/IRB/AF/08E-04/000

SOP 版次

第 10 版

流水號：\_\_\_\_\_

IRB 編號：_____		病人姓名：_____	
計畫主持人：_____		病歷號碼：_____	
計畫名稱：_____		主治醫師簽章：_____	
收案樣本數(人)：_____		IRB 核章	護理部核章
收集項目： <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 痰液 <input type="checkbox"/> CSF			
<input type="checkbox"/> 其它：_____			
收集數量：_____ c.c.			
採檢日期：_____	採檢人員(姓名/職編)：_____	單位主管：_____	護理部核銷：_____

註：請自行複製所需數量之申請表，並編上流水號後送 IRB 核章，流水號不得超出計畫書所載之委託檢體採集總次數(收案樣本數\*採集次數)。

### 委託護理部檢體收集申請作業程序

- 1.委託護理部人員協助收集檢體，計畫主持人須於向本院人體試驗審查委員會 (IRB) 申請計畫案時，檢附所有數目之「委託護理部檢體收集申請表」。
- 2.「委託護理部檢體收集申請表」總申請數量不得超出計畫書所載之採集總次數且不同檢體需分開計算。
- 3.計畫案審查通過後，計畫主持人將「委託護理部檢體收集申請表」送至 IRB 及護理部核章。
- 4.計畫主持人收案時，須出示該計畫案之受試者已簽妥之「受試者同意書」、自備之檢體收集容器、蓋有戳章之「委託護理部檢體收集申請表」給予護理人員進行檢體採集。