|  |
| --- |
| 协议信息 |
| 1. **项目名称**
 |
| 单击此处输入文字。 |
| 缩写（请填写英文简称，10个字符以内） |
| 单击此处输入文字。 |
| 预期项目开始时间 | 项目结束时间 |
| 单击此处输入日期。 | 单击此处输入日期。 |
| 联系方式 |
| 1. **项目负责人**
 |
| 姓名： 单击此处输入文字。 | 职称： 单击此处输入文字。 |
| 单位： 单击此处输入文字。 | 电话： 单击此处输入文字。 |
| 传真： 单击此处输入文字。 | 手机： 单击此处输入文字。 |
| 电子信箱： 单击此处输入文字。 |
| 1. **第一联系人**
 |
| 姓名： 单击此处输入文字。 | 职称： 单击此处输入文字。 |
| 单位： 单击此处输入文字。 | 电话： 单击此处输入文字。 |
| 传真： 单击此处输入文字。 | 手机： 单击此处输入文字。 |
| 电子信箱： 单击此处输入文字。 |
| 经费信息 |
| 1. **项目经费信息**
 |
| **如果项目使用中科院神经所经费，请提供下列信息** |
| 神经所经费编号： 单击此处输入文字。 经费名称： 单击此处输入文字。 |
| 资金来源： 单击此处输入文字。 |
| 起始日期： 单击此处输入文字。 结束日期： 单击此处输入文字。 |
| **如果资助项目不隶属于中科院神经所,请提供以下信息** |
| 单位名称： 单击此处输入文字。 |
| 项目名称： 单击此处输入文字。 经费总额： 单击此处输入文字。 |
| 付款方式： [ ] 现金 [ ] 支票 [ ] 转账 |
| 项目信息 |
| 1. **简要概述此项目**
 |
| 1. 目标

单击此处输入文字。 |
| 1. 研究计划

单击此处输入文字。 |
| 1. 项目中用到的磁共振成像序列及图像处理方法

单击此处输入文字。是否需要开发成像序列时间(4小时)？ [ ] 是 [ ] 否 |
| 1. 项目中用到的磁共振成像线圈

单击此处输入文字。是否需要使用动物专用附加梯度系统AC88(5小时)？ [ ] 是 [ ] 否 |

|  |
| --- |
| 磁共振成像程序 |
| 1. **此次研究是否有人体试验？（如果选择“是”，请填写下表）** [ ] 是 [ ] 否
 |
| 受试类型：[ ] 健康志愿者 [ ] 病人（需描述 病人类型：单击此处输入文字。） |
| 伦理委员会：单击此处输入文字。 审查号：单击此处输入文字。 批准日期：单击此处输入日期。 |
| 是否使用人体磁共振造影剂？（如果选择“是”，请填写下表）[ ] 是 [ ] 否 |
| 请提供造影剂的名称、剂量和给药方法：单击此处输入文字。是否使用其他药物？ [ ] 是 [ ] 否如果选择“是”，请注明药物名称、剂量和给药方法：单击此处输入文字。请提供操作护士或医生姓名： |
| 是否使用其它人体监测设备： [ ] 生理监护系统 [ ] 心电门控 [ ] 呼吸门控 |
| 是否使用fMRI人体心理物理设备？[ ] 是 [ ] 否 |
| 是否使用fMRI人体眼动监测设备？[ ] 是 [ ] 否 |
| 1. **此次研究是否有活体动物实验？（如果选择“是”，请填写下表）** [ ] 是 [ ] 否
 |
| 动物福利伦理审查委员会审查号：单击此处输入文字。 批准日期：单击此处输入日期。 |
| 实验中动物处理负责人：单击此处输入文字。 联系方式：单击此处输入文字。 |
| 受试动物数量：单击此处输入文字。物种：单击此处输入文字。性别：单击此处输入文字。年龄：单击此处输入文字。 |
| 受试动物是否接触：[ ] 传染病病源和危害源 [ ] 人体细胞或血液 [ ]  病毒载体 [ ] 放射性同位素 |
| **注意：**如果有以上任何一项请附文件说明以及参考FBIP的动物实验标准操作流程，以防人员感染 |
| 实验中是否对受试动物进行处理 (如尾静脉注射,灌注或口服药物等) [ ] 是 [ ] 否（如果选择“是”，请详细说明） |
| 如果使用麻醉剂，请说明麻醉剂名称、给药方法和药物用量是否需要FBIP技术员进行药物注射？ [ ] 是 [ ] 否如果不需要，请提供操作人员姓名：单击此处输入文字。 |
| 是否使用其它设备：[ ] 生理监护系统 [ ] 心电门控 [ ] 呼吸门控 [ ] 气体麻醉 |
| 是否使用fMRI动物心理物理设备？ [ ] 是 [ ] 否 |
| 是否使用fMRI动物体征监测设备？ [ ] 是 [ ] 否 |
| 1. **此次研究是否使用危险化学品，吸入性麻醉药或传染病病原体？** [ ] 是 [ ] 否
 |
| 如果是，请在附件中写明注意事项。 |
| 1. **是否自带设备到核磁共振室？（如果选择“是”，请填写下表）** [ ] 是 [ ] 否
 |
| 该设备是否与MR兼容？ [ ] 是 [ ] 否如有疑问，请务必事先咨询FBIP管理人员！ |
| 请详列设备信息：单击此处输入文字。自带设备当事人（签名）： ***注意：将设备带入磁共振扫描室造成的任何损失由自带设备当事人全权负责！*** |
| 1. **是否使用FBIP数据存储容灾设备？（如果选择“是”，请填写下表）** [ ] 是 [ ] 否
 |
| 预期需要的存储空间： GB预期需要的存储时间： 天 |
| 1. **是否使用FBIP高性能集群计算设备？（如果选择“是”，请填写下表）** [ ] 是 [ ] 否
 |
| 预期需要的计算CPU个数 ： 个预期需要的计算内存大小 ： GB |
| 1. **预申请扫描时间和次数**
 |
| **注意：**如果不清楚扫描次数和时间，递交申请协议前请联系FBIP操作员，联系邮箱：wwyu@ion.ac.cn |
| 每次扫描时间： 小时 申请扫描次数： 次 |
| 1. **在对此申请协议做出任何更改风险和程序的修改前，必须请求批准。请附上批准申请书（如更换设备、使用新药物和新线圈等）。**
 |
|  |
| 1. **如申请人有其它事项与此项目合作有关，需特别提出的，请在下面补充！**
 |
|  |
| **本人保证此申请协议中所提供的消息真实有效，并遵守脑功能成像平台的规章制度和实验标准操作流程（SOPs），同时承担此次研究相关费用。** **申请人签名： 日期：** 年 月 日 |

| 平台管理人员填写 |
| --- |
| 1. **收到申请时间：** **项目编码：**
 |
| 1. **项目类别** [ ] 院内项目 [ ] 院外项目
 |
| 1. **允许使用机时类型** [ ] I类机时 [ ] II类机时 [ ] III类机时
 |
| 1. **脑功能成像平台3T扫描仪的使用费用：**

I 类机时：每次扫描时间 小时×扫描次数 次×单价 元II 类机时：每次扫描时间 小时×扫描次数 次×单价 元III类机时：每次扫描时间 小时×扫描次数 次×单价 元 **成像研究总费用：¥ 预付费：¥**  |
| 1. **脑功能成像平台大容量数据存储备份的使用费用：**
 |
| 1. **脑功能成像平台高性能集群计算网络的使用费用：**
 |
| 1. **平台负责人审核批准意见**

 **签名： 日期：** 年 月 日 |