附件

开展前沿医疗服务试点申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一）申报机构情况 | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | | 合作机构 | | |  | |
| GCP资质 | □有 □无 | | | | 体细胞研究备案机构 | | | □是 □否 | |
| 伦理委员会 | □有 □无 | | | | 学术委员会 | | | □有 □无 | |
| 不良科研诚信及相关领域不良信用记录 | □有（具体情况： ）  □无 | | | | | | | | |
| 近五年重大医疗事故及违法行为 | □是（具体情况： ）  □否 | | | | | | | | |
| 国家级、省级平台 | （说明：填写机构目前医疗机构获批平台的情况） | | | | | | | | |
| 试点病房及设备设施 | （说明：填写与申报项目相关的情况） | | | | | | | | |
| 试点管理水平 | □具有试点管理责任部门及责任人、管理制度  □具有试点质量保证部门、质量管理体系、审计体系  □具有试点工作利益冲突审查机制 | | | | | | | | |
| 科技创新能力 | □承担过省级及以上科技部门或卫生健康行政部门立项的细胞、基因治疗研发项目  □牵头承担国际多中心临床试验  □近三年实现科技成果转化所得3000万元以上  □近三年承接药物、器械临床试验（GCP）项目超过10个，且所得超过1000万元 | | | | | | | | |
| （二）申报医疗服务技术情况 | | | | | | | | | |
| 技术名称 |  | | | | | | | | |
| 临床应用范围 |  | | | | | | | | |
| 应用背景 | （包含国内外研究现状、临床应用现状，临床开展依据、科学性、有效性） | | | | | | | | |
| 前期开展情况 | （说明：若为已备案的研究项目，需备注备案相关情况） | | | | | | | | |
| 细胞及基因产品来源 |  | | | | | | | | |
| 团队情况 | 临床医师 人，实验室技术人员 人，质量控制人员 人，其他：（备注具体人员类别） 人。  以上人员□是/□否均具有相关资质及能力，若有特殊，请说明： | | | | | | | | |
| 技术简介 |  | | | | | | | | |
| 绩效目标 |  | | | | | | | | |
| （三）试点负责人情况 | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | | | |
| 出生年月 |  | | 民族 | | |  | | | |
| 政治面貌 |  | | 最高学历学位 | | |  | | | |
| 毕业院校 |  | | 专业 | | |  | | | |
| 临床试验主要研究者（PI）资质 | □是 □否 | | | | | | | | |
| 现任职  单位名称 | （说明：需备是否全职临床医生） | | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | |
| 行政职务  （岗位） |  | | 从事专业方向 | | | |  | | |
| 专业技术职称 |  | | 职业技能等级 | | | |  | | |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 | | | |  | | |
| 工  作  经  历 | 职 务 | 时 间 | | | | | 国 家 | | 单 位 |
|  |  | | | | |  | |  |
|  |  | | | | |  | |  |
|  |  | | | | |  | |  |
|  |  | | | | |  | |  |
|  |  | | | | |  | |  |
| 主持（参与）的重大项目（课题） | | | | | | | | | |
| 名称和性质 | 起止时间 | 经费总额（万元） | | | | 经费来源 | | | 承担职务和具体任务 |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
| 获得的市级及以上重要奖项或荣誉等 | | | | | | | | | |
| 奖项（荣誉）名称 | 级别 | 颁发机构 | | | | 颁发时间 | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
| 主要授权专利 | | | | | | | | | |
| 专利名称 | 专利类别 | 专利所有者  （排序） | | | | 授权国家 | | | 专利  保护期 |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
| 主持（参与）的科技成果转化项目 | | | | | | | | | |
| 名 称 | 领 域 | 转化方式 | | | | 转化金额（万元） | | | 承担职务和  具体任务 |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
| 开展国家、省认可的前沿医学领域临床适宜技术 | （说明：若近三年开展相关临床工作，请简要描述相关情况） | | | | | | | | |
| （四）申报单位意见 | | | | | | | | | |
| 学术委员会：  年 月 日 | | | | 伦理委员会：  （包括伦理委员会论证意见）  年 月 日 | | | | | |
| 单位主要负责人：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 区（市）县卫健部门意见  年 月 日 | | | | | | | | | |

联系人： 联系方式：