

盐城市卫生健康委员会文件

盐卫科教〔2019〕10号

盐城市卫生健康委关于组织开展 2019 年度 卫生健康新技术评估工作的通知

各县（市、区）卫生健康委，市直属各单位：

为推动我市卫生健康科技进步，促进医学科技成果转化，鼓励引进和开展卫生健康新技术，切实加强新技术规范管理，提高疾病防治和诊疗水平，经研究决定开展 2019 年度新技术评估工作，现将有关要求通知如下：

一、申报条件

（一）申报的新技术必须为 2014 年以后市内首家开展，填补省市同类技术空白，技术指标处于省市领先的医学新技术；

（二）符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》相关管

理规定，得到本单位学术委员会、伦理委员会审核批准。

（三）申报的新技术必须属于成熟、适用、先进的医学新技术，技术机理明确。

（四）申报的新技术与同类技术相比较，其技术思路、原理或方法上有创新和改进，主要性能、技术指标等方面综合优于同类技术；

（五）申报的新技术已成为本单位常规开展的医疗卫生服务项目，并已在本单位实施一年以上；

（六）积累了足以证明本单位已熟练掌握该技术的病例数或使用例次数，并取得一定的社会和经济效益。凡涉及人体者必须由病案管理部门出具具体应用的病案号；

（七）必须具有 2016 年及以后在国内公开发行的学术期刊上发表的一篇以上相关技术论文。纯实验或基础性研究论文不作为评审依据。

（八）对于申报《限制临床应用的医疗技术（2015 版）》在列医疗技术，应提供省级卫生健康行政部门备案证明。

（九）涉及药物、医疗器械临床试验、体外诊断试剂临床试验、干细胞临床研究必须符合国家药品监督管理局相关规定，并获得国家相关批准、批件。

（十）鼓励医学伦理研究、卫生标准研究、生物样本库研究、已转化并取得良好社会效益的卫生适宜技术申报。

（十一）列入政府或行业技术指南、规范，相关行业学会认

可优先推荐。

(十二) 不属于卫生健康行政部门废除或者禁止使用技术。

(十三) 基础研究类成果或已获得政府、行业科技奖励者不得申报。

(十四) 不违反国家有关法律或法规。

二、申报要求

1、材料要求：申报材料包括《盐城市卫生健康委医学新技术引进奖申报书》、技术总结报告、查新报告、发表的论文、应用例次数证明、产生的社会和经济效益证明（社会和经济效益证明必须由病案和财务部门出具）。申报材料一式一份，申报袋封面须注明申报项目名称、申报单位、申报人。重要资料请使用复印件。所有申报材料，评审结果公布一个月后，作为保密材料销毁。

2、审核要求：申报单位及其上级业务主管部门负责对申报材料的真实性、可靠性进行审核，确保申报的新技术引进项目符合国家有关法律和法规要求。

3、数量名额：卫生健康新技术评估实行限额申报。三级医院限额申报 15 项、其他单位限额申报 10 项。其中同一科室只能申报 2 项，个人作为第一申报人只能申报 1 项。

三、其他

请各申报单位按照 EXCEL 格式将申报项目名称、完成单位名称、完成人姓名（每人一列）、申报科室、项目所属三级学科

代码汇总录入并形成电子版。市直属各单位和县（市、区）卫生健康委统一汇总申报材料，于2019年6月30日前报送市卫生健康委科教处，邮箱 ycwjwkjc@163.com，联系电话 88335069。

附件：盐城市卫生健康委医学新技术引进奖申报书


盐城市卫生健康委员会
2019年5月23日

（此件公开发布）

附件

盐城市卫生健康委医学新技术引进奖申报书

一、项目基本情况

申报项目名称			
申报单位			
申报科室	学科代码 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
主要完成人	1、	2、	3、
申报奖励等级	A、一等奖 B、二等奖		
项目首创单位		时间	
项目首用单位		时间	
本单位引进时间			
联系人		电话	
项 目 申 报 单 位	公 章 年 月 日	申 报 单 位 伦 理 委 员 会 审 查 意 见	公 章 年 月 日

二、项目简介

新技术首创和国内首先引用达到的主要技术指标

申报单位实施该技术应用例次数和达到的主要技术、经济指标（注明未达到首创单位技术指标的原因，说明引进技术与国内外同类技术相比较所具有的技术水平与优缺点，涉及人体应用须由病案管理部门提供病例数、病案号）

三、项目引进推广创新情况

申报单位在技术引进过程中所做的技术改进：

申报单位在区域内外推广应用该技术情况：

引进该技术项目后发表的论文、获得的专利、获奖等情况（请列清单，附论文等复印件）

四、主要完成人情况表（限填三人）

第一完成人	姓名：	性别：	民族：	
籍贯	省（自治区）	市	县	出生： 年 月 日
政治面貌		留学交流国家		
工作单位		联系电话		
通讯地址				
毕业学校		学 历		学 位
职务、职称		专业专长		毕业时间
外语语种		熟练程度	A 精通 B 熟练 C 良好 D 一般	
曾获奖励及荣誉称号情况				
参加本项目的起止时间		年 月 至 年 月		
所 做 贡 献				

四、主要完成人情况表（限填三人）

第二完成人	姓名：	性别：	民族：	
籍贯	省（自治区）	市	县	出生： 年 月 日
政治面貌		留学交流国家		
工作单位		联系电话		
通讯地址				
毕业学校		学 历		学 位
职务、职称		专业专长		毕业时间
外语语种		熟练程度	A 精通 B 熟练 C 良好 D 一般	
曾获奖励及荣誉称号情况				
参加本项目的起止时间		年 月 至 年 月		
所 做 贡 献				

四、主要完成人情况表（限填三人）

第三完成人	姓名：	性别：	民族：	
籍贯	省（自治区）	市	县	出生： 年 月 日
政治面貌		留学交流国家		
工作单位		联系电话		
通讯地址				
毕业学校		学 历		学 位
职务、职称		专业专长		毕业时间
外语语种		熟练程度	A 精通 B 熟练 C 良好 D 一般	
曾获奖励及荣誉称号情况				
参加本项目的起止时间		年 月 至 年 月		
所 做 贡 献				

五、项目评审情况表

申报 单位 审核 意见	
	公 章 年 月 日
县(市、区) 卫生计生委 审核意见	
	公 章 年 月 日
专家组 评审意见	
	年 月 日
市卫生 计生委 审批意见	
	公 章 年 月 日

