附件

广西临床医学研究中心建设

申 报 书

|  |  |
| --- | --- |
| 申报中心名称： |   |
| 申报单位（盖章）： |   |
| 单位法人： |   |
| 申报领域： |   |
| 重点病种： |   |
| 负 责 人： |   |

广西壮族自治区科学技术厅

2024年4月

基本情况表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报单位 |  |
| 申报中心名 称 | 广西（XXX，所报疾病领域）临床医学研究中心 |
| 主要研究方 向 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 负责人 | 姓名 |  | 学历 |  |
| 职务/职称 |  | 研究方向 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 临床中心研究人员职称学历 | 总人数 | 高级 | 中级 | 初级 | 其他 |
|  |  |  |  |  |
| 博士 | 硕士 | 留学 | 其他 |
|  |  |  |  |
| 联合申报单位 |  |
| 协同网络单位 |  |
| 科研使用场地面积 |  |
| 现有科研仪器设备总值 |  |
| 现有生物样本库、临床数据库、GCP等资源平台 |  |
| 国家临床医学研究中心的分中心、协同网络中心 |  |
| 临床中心建设总体目标（限500字） |  |
| 临床中心建设主要内容（限800字） |  |
| 临床中心建设拟解决的关键问题（限800字） |  |
| 临床中心建设期考核指标（限500字） |  |
| 负责人承诺 |
| 本人承诺对《申请书》所填各项内容的真实性和有效性负责，保证没有知识产权争议。联合申报单位、协同网络单位均已征得对方同意。若填报失实或违反有关规定，申请单位和申请人承担全部责任。如获准认定，本人承诺遵守《广西临床医学研究中心管理办法》，遵循学术规范，恪守科研诚信，扎实开展研究工作，取得预期研究成果。广西壮族自治区科学技术厅拥有该研究成果著作权，有权使用所有数据和资料。 负责人（签章）：年 月 日 |
| 依托单位承诺 |
| 本申报书的编制是在认真阅读理解《广西临床医学研究中心管理办法》及相关文件基础上，按程序和规定编制的。本单位保证申报材料各项内容真实、客观，同意承担本项目的管理任务和信誉保证，为确保项目研究顺利实施，制定全过程监督管理的措施，并遵照国家相关法律法规进行了保密审查，并承担由此引起的相关责任。如获准认定，本单位承诺按照《广西临床医学研究中心管理办法》的规定为临床中心的建设提供经费保障，保证不挪作他用，临床中心硬件设施、设备及场地及时配套到位。（公章）年 月 日 |

广西临床医学研究中心建设方案

（编写提纲）

一、临床中心申报概述

（建设临床中心的背景、依据及必要性等）

二、临床中心建设目标及重点任务

（围绕本领域疾病防治和临床转化需求和产业化需要，提出临床中心建设主要目标、重点任务以及拟解决的关键问题）

三、临床中心建设总体思路

（在临床研究、临床转化、科技创新、医疗推广、网络服务等方面的设想和思路）

四、临床中心组建方案

（所报临床中心的组织构架、运行机制、核心人员、协同网络建设等）

五、预期成果

（从建设水平、科研产出、公共服务等方面设定临床中心建设期的预期成果，作为绩效评估主要依据，需可量化可考核）

六、依托单位情况

（建立临床中心的基础和优势，包括申请领域取得的成效、平台建设和临床资源情况等）

**注：申报书要求附支撑材料，可以是复印件，但应加盖单位公章**

附表1

本疾病领域近5年牵头或参加承担国家或省部级重大项目情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 立项年度 | 项目/课题编号 | 项目/课题类别 | 项目/课题名称 | 财政经费（万元） | 负责人 | 项目/课题属性（是否为临床研究） | 备注 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ① 仅限填写本单位牵头的国家级重大项目/课题和牵头的省级重大项目（基金项目仅限填写应用基础研究联合专项重点项目），并提供有正式批复的证明、合同首页和合同主要研究内容复印件。既是项目牵头单位，又是项目子课题牵头单位的，只填写课题信息，并在“备注”里标明同时是项目牵头单位。② “项目/课题编号”，指批复的立项编号。③ “项目/课题类别”，仅限填写字母代码，其中A代表“国家级重大项目”、B代表“省部级重大项目”、C代表“国家级重大项目子课题”；省部级子课题和其他类别课题不填写。④ “负责人”，仅限填写项目/课题第一负责人姓名。⑤ “项目/课题属性”，指项目/课题主体研究内容是否为“临床研究”，填写“是”或“否”。⑥ 如有其他需要说明的问题，请在“备注”加以说明。  |

附表2

本疾病领域近5年获国家级及省部级奖励情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 获奖年度 | 证书编号 | 成果名称 | 奖励类别 | 奖励等级 | 获奖单位总数 | 本单位获奖排序 | 获奖人员总数 | 本单位获奖人员及排序 | 成果属性（是否为临床研究） | 备注 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| ①“成果名称”，填写国家、省级政府部门官方网站中能查到的具体国家级奖励名称或获奖证书上的省部级奖励名称，上报时未完成审批程序的奖励不填写，各类行业协会、组织、机构等非政府部门颁发的奖励不填写。②“奖励类别”，国家级奖励仅限填写字母代码，其中A代表“国家最高科学技术奖”、B代表“国家科学技术进步奖”、C代表“国家自然科学奖”、D代表“国家技术发明奖”；省部级奖励填写字母代码“E”和具体奖项名称。③“奖励等级”，填写字母代码，其中A代表“最高奖”、B代表“特等奖”、C代表“一等奖”、D代表“二等奖”、E代表“三等奖”、F代表“其他”。④“本单位获奖排序”，要求注明获得成果的本单位排名次序。⑤“本单位获奖人员及排序”，填写本单位所属研究人员姓名及相应排名次序（如存在多人，请依次列出）。⑥“成果属性”，指获奖成果主体研究内容是否为“临床研究”，填写“是”或“否”。⑦ 请提供获奖证明复印件。⑧ 如有其他需要说明的问题，请在“备注”加以说明。 |

附表3

本疾病领域近5年发表的高质量SCI论文情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 字段代码 | 3A | 3B | 3C | 3D | 3E | 3F | 3G | 3H |
| 序号 | 论文题目 | 本单位作者 | 杂志名称（全称） | 年，卷（期）：页 | 期刊影响因子 | 论文引用次数 | 论文属性（是否为临床研究） | 备注 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ①“论文题目”，只填写申报单位人员作为第一作者或通讯作者发表的论文，且以发表论文当时作者所在单位为准。②“本单位作者”，仅限填写第一作者或通讯作者。③“期刊影响因子”，以“Web of Science科学引文数据库”的数据为准，要求填写申报时的最新期刊影响因子数据。④“论文引用次数”，以“Web of Science科学引文数据库”的数据为准，要求填写申报时的最新论文引用次数。⑤“论文属性”，指论文主体研究内容是否为“临床研究”，填写“是”或“否”。⑥ 请提供论文首页复印件。⑦ 如有其他需要说明的问题，请在“备注”加以说明。 |

附表4

本疾病领域近5年主持或参加多中心（或高质量单中心）

临床医学研究情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 起始年度 | 类型 | 中心数 | 全部参与单位名称 | 总病例数 | 本单位承担病例数 | 研究名称 | 登记注册网址 | 登记注册编号 | 本单位研究负责人 | 被疾病防治指南采纳情况 | 采纳的指南名称 | 备注 |
| 一、国际多中心临床医学研究： |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 二、国内多中心临床医学研究： |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 三、高质量单中心临床医学研究： |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| ① 仅限填写在业内公认网站上对临床试验进行登记注册的研究。②“类型”，请填写字母代码，其中A代表“国际主持”、B代表“国内主持”、C代表“参加”。③“被疾病防治指南采纳情况”，请填写字母代码，其中A代表“被国际疾病防治指南采纳”、B代表“被国内疾病防治指南采纳”、C代表“未被采纳”，如被采纳，请附页证明。④“高质量单中心临床医学研究”，指研究成果被国际或国内疾病防治指南采纳的单中心研究。⑤如有其他需要说明的问题，请在“备注”加以说明。 |

附表5

本疾病领域目前已建立样本资源库情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 病种 | 样本种类 | 建立起始年度 | 样本量（份） | 样本区域面积（m2） | 信息化管理系统（有/无） | 管理人员姓名 | 相关SOP（有/无） | 本医院可使用的样本量（份） | 样本资源库是否建立在本申报医院之内（是/否） | 备注 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ①“样本种类”，需填写保存的样本为血浆、血清、血细胞、核酸、蛋白质、组织等何种样本。②“相关SOP”，指有无相关样本资源库的“标准操作流程”，填写“有”或“无”，如填写“有”，则需附SOP文件。③如有其他需要说明的问题，请在“备注”加以说明。 |

附表6

本单位及合作单位参与临床中心的核心团队情况（全部固定人员）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 基本情况 | 学术荣誉和学术任职 | 人才团队情况 | 备注 |
| 姓名 | 所在科室 | 性别 | 年龄 | 职称 | 职务 | 专业 | 人员类别 | 两院院士（是/否） | 中华医学会下属专科分会任职类别 | 中华医学会下属专科分会名称 | 国家/省部级人才称号 | 获得年度 | 获批团队类别 | 获批团队年度 | 获批团队名称 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| ①“职称”，填写字母代码，其中A代表“正高”、B代表“副高”、C代表“中级”、D代表“其他”。②“人员类别”，填写字母代码，其中A代表“申报医院全职职工，人事关系在医院内”、B代表“申报医院上级所属大学全职职工，人事关系在大学”、C 代表“申报医院客座、兼职、交流访问、临时聘用及其他人员”。③“中华医学会下属专科分会任职类别”，请填写字母代码，其中A代表“专科分会委员会前任主任委员”、B代表“专科分会委员会现任主任委员”、C代表“专科分会委员会候任主任委员”、D代表“专科分会委员会现任副主任委员”、E代表“其他任职，包括专科分会委员会常委、青年委员会任职、专业学组任职等”、F代表“无任职”（如有多项任职，请依次填写任职类别字母代码和专科分会名称）。注意，在地方医学会等其他学会或协会的任职不填写。④“获批团队类别”，填写字母代码，其中A代表“作为团队负责人带领的申报疾病领域省级以上重点领域创新团队”、B代表“作为本领域省级以上学术带头人带领的创新研究群体”、C代表“无以上两项团队”（如获批多项团队，请依次填写团队类别字母代码和团队年度、名称）。⑤ 如有其他需要说明的问题，请在“备注”加以说明。 |

附表7

本单位已建立国家临床医学研究中心分中心/网络协作单位情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 类别 | 国家临床医学研究中心名称 | 国家临床医学研究中心依托医疗机构名称 | 疾病领域 | 建立时间 | 主要负责工作 | 分中心/网络协作机构负责人 | 牵头承担国家中心项目/课题 | 获得国家支持经费 |
| 1 |  |  |   |   |   |   |   |  |  |
| 2 |  |  |   |   |   |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ①“类别”，填写字母代码，其中A代表“国家临床医学研究中心分中心”、B代表“国家临床医学研究中心网络协作机构”。②“牵头承担国家中心项目/课题”，填写承担数量，具体项目名称另附表提交。③ 请提供项目/课题清单及相关证明材料复印件。 |