

广西壮族自治区科学技术厅
广西壮族自治区卫生健康委员会 **文件**
广西壮族自治区药品监督管理局

桂科社字〔2021〕122号

广西壮族自治区科学技术厅 广西壮族自治区
卫生健康委员会 广西壮族自治区药品
监督管理局关于组织第四批广西
临床医学研究中心申报的通知

各市科技局、卫生健康委、药监局，各有关单位：

为加强我区临床医学科研水平，推动广西临床医学科技创新体系建设，根据《广西临床医学研究中心管理办法（试行）》有关要求，开展第四批广西临床医学研究中心（以下简称“临床中心”）申报工作。现将有关事项通知如下：

一、申报疾病领域

围绕我区重大慢病和常见多发病的防治需求，在重大传染性疾病、呼吸系统疾病、妇产疾病、儿科疾病、麻醉医学、中医（重大慢病、针灸、骨伤等）疾病等领域择优建设广西临床医学研究中心。

二、申报条件

（一）广西境内注册的三级甲等医院，具有独立法人资格；具备较好的临床医学研究试验条件和基础设施，具备中心建设特定领域的药物临床试验、医疗器械临床试验条件，具有区内一流的临床医学研究设施和条件保障。

（二）在申报领域具有国内领先的临床诊疗技术水平；在本领域的临床医学和转化研究能力突出，是我区优势特色临床专科。

（三）临床医学和转化研究能力突出，具有较强的科研实力，取得了标志性成果，近5年牵头主持国家和省部级科研项目处于省内同一领域领先水平，在学术影响和诊疗技术方面位居区内前列，得到同行公认。

（四）领军人才和创新团队优势明显，拥有一定数量、结构合理和较高水平的临床研究人才队伍，学科带头人具有正高级职称，是学术水平高、临床经验丰富、在国内外具有一定影响力的临床医生；创新团队能够广泛开展国内外临床学术交流和合作研究，带动我区相关学科的发展。

（五）有科学合理的组织架构和运行管理机制，设有由国内

外同行知名专家组成的学术委员会。申报中心建设，必须联合区内本领域的主要优势单位，建立覆盖自治区、市、县（市、区）医院紧密协同的协同网络和普及推广网络，协同单位之间权责利明确。

（六）优先支持市级医院联合区直医院申报。

三、建设目标

广西临床医学研究中心建设期为5年，建设期满后应达到以下目标：

（一）建设水平：拥有固定建设场所，场地面积不少于600平方米；拥有固定团队人员不少于20人，专职管理人员不少于1人；拥有独立生物样本库，样本储存量满足临床研究需求；建立协同研究网络；具备GCP资质，并开展临床试验。

（二）科研产出：围绕疾病防治的发展趋势，依托中心优势，提出本领域重点研究任务和实施方案，牵头申报并获得国家级科研项目1~2项以上，获得国家级或省部级科研成果奖励2~3项以上；开展药品、医疗器械（含诊断试剂）临床研究；开展队列研究和多中心临床研究；加强临床转化能力建设，参与国际或国内临床诊疗指南/专家共识、优化疾病防控策略建议等并在重要期刊上发表；加强人才团队建设，争取获得国家级、自治区级学术荣誉称号，在国家级专业学会一级分会或专委会担任主委。

（三）公共服务：开展适宜技术推广以及远程医疗等服务，参与广西大型科研仪器共享网络管理及服务平台登记，提升基层

卫生人员的诊疗服务能力。

四、相关要求

（一）每个医疗机构只能牵头申报其中一个疾病领域，同一所大学所属的多个直属医疗机构在同一疾病领域只能有一个机构申报。

（二）符合上述申报条件的医疗机构提出申请，由区直有关部门或各市科技局、卫生健康委、药监局联合推荐上报。

（三）申报单位须填写《广西临床医学研究中心建设申报书》（见附件），并将申报材料（一式两份）于2021年7月16日前寄送至广西科技项目评估中心，逾期不予受理。

（四）请申报单位将签字盖章好的申报材料扫描成PDF文件发送至邮箱：kqssl2016@126.com。

五、联系人及联系方式

（一）广西科技项目评估中心

联系人：史绍亮

联系电话：0771—5892624

电子邮箱：kqssl2016@126.com

地址：广西南宁市新竹路20号广西科技项目评估中心

（二）科技厅社会发展科技处

联系人：谢美清

联系电话：0771—2633078

附件：广西临床医学研究中心建设申报书



2021年6月10日

(此件公开发布)

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

2021年6月

建设方案编写提纲

1. 申报书概述（限 1000 字）
2. 建立临床研究中心的优势及基础（包括与申请领域相关的研究基础、取得的成效、平台建设和临床资源情况等）（限 3000 字）
3. 推动本领域临床及转化研究的总体思路（限 500 字）
4. 中心建设方案和网络构架设想（中心的组织构架、运行机制、核心人员、网络构架、成员分工等）（限 2000 字）
5. 研究目标及重点任务（结合对本领域的战略分析，提出研究目标，相关指标应明确可考核，突出临床实际需求，提出本中心的重点研究任务，提出任务分工方案并进行任务分解）（限 3000 字）
6. 中心资金预算（包括资金来源、投资金额、年度投资预算，分别说明申请财政专项资助金额，依托单位投入，上级单位、其他单位投入和银行贷款等其他渠道的投资预算）
7. 申报单位的承诺书及单位法人签章（对中心及网络建设提供人员、硬件、资金保障等方面的说明及承诺书）
8. 申报书要求附支撑材料，支撑材料可以是复印件，但应加盖单位公章。

基本情况表

| | | | | | |
|----------------------------|------|----|------------|----|------------|
| 申报单位 | | | | | |
| 申报中心 名称 | | | | | |
| 主要研究 方向 | | | | | |
| 通讯地址 | | | | 邮编 | |
| 负 责 人 | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 |
| | 学历 | | 专业技术 职务 | | 学科专业 方向 |
| | 电话 | | 手机 | | 传真 |
| | 电子邮箱 | | | | |
| 合作单位 | | | | | |
| 专业技术职务 人数 | 总人数 | 高级 | 中级 | 初级 | 其它 |
| | | | | | |
| 科研使用面积 | | | 现有设备总值 | | |
| 拟申请专项资金 | | | | | |
| 本疾病领域是否 国家临床医学研究 分中心 | | | | | |
| 建设目标和达到水平简介（400字以内） | | | | | |
| | | | | | |

附表 1

本疾病领域 2016 年以来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“国家及重大项目子课题”；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。

本疾病领域 2016 年以来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 2016 年以来发表 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。

本疾病领域 2016 年以来主持或参加多中心（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 (m ²) | 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。

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

申报医疗机构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。

附表 8

中心资金预算总表

单位：万元

| 资金来源 | 投资金额 | 年度投资预算 | | | |
|----------|------|--------|---|---|---|
| | | 年 | 年 | 年 | 年 |
| 申请财政专项资助 | | | | | |
| 依托单位投入 | | | | | |
| 其他承担单位投入 | | | | | |
| 上级单位投入 | | | | | |
| 银行贷款 | | | | | |
| 其他渠道 | | | | | |
| 合 计 | | | | | |

注：计算依据简要说明可另附页。

附表 10

推荐单位意见

| | | | |
|------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | | |
| 市级 推荐单位 | 市级科技局 (盖章) | 市级卫生健康委 (盖章) | 市级药监局 (盖章) |
| 区级 推荐单位 | (盖章) | | |

抄送：广西科技项目评估中心

广西壮族自治区科学技术厅办公室

2021年6月11日印发

