



有妇幼协会邮寄(收) 6.18

江苏省妇幼保健协会文件

苏妇幼协〔2019〕21 号

关于组织申报 2019 年度 妇幼保健新技术引进奖的通知

各有关单位：

为鼓励妇幼卫生健康领域积极引进成熟、适用、先进的适宜新技术，加快我省妇幼卫生健康事业创新发展，促进科技成果推广应用和转化，我会拟开展 2019 年度妇幼保健新技术引进奖申报工作，现将有关事项通知如下：

一、申报范围

2019 年度妇幼保健新技术引进奖的申报范围包括：妇幼健康服务管理、妇女保健、儿童保健、妇产医学、儿科医学、新生儿

医学、生殖医学、出生缺陷防治、乳腺病和宫颈病防治、妇幼麻醉医学、妇幼影像医学、妇幼检验医学、妇幼介入等类别。

二、申报条件

(一)新技术已获得相关的技术准入资格,符合医学伦理原则,不违反有关法律法规。

(二)引进的技术为 2015 年及以后省内首家开展应用的新技术,技术指标处于省内领先,技术机理明确、可操作性强、应用前景好。

(三)申报的新技术已在本单位实施一年以上,积累了足以证明已熟练掌握该技术的病例数或使用例次数,并取得一定的社会效益。凡临床应用技术涉及人体者须由病案管理部门出具具体应用的病案号。

(四)具有 2016 年以后在公开发行的学术期刊上发表的相关技术论文 1 篇以上。

(五)具有国家相关部门认可的查新检索单位于 2019 年 1 月 1 日以后出具的本项技术查新报告(研究类成果和已获得省级及以上医学新技术引进奖的,不属于申报范围)。

三、申报对象

全省妇幼保健院(所)、儿童医院、妇产医院、提供妇儿医疗服务的综合性医院。

四、申报要求

(一)各相关单位要认真组织,科学遴选,择优申报。每所

医疗机构限报 1 个。

(二)申报材料包括《江苏省妇幼保健协会新技术引进奖申报书》(附件)、查新报告、论文等相关证明材料复印件、应用例次数及产生的社会效益证明等(社会效益证明须由病案和财务部门出具), 申请人须上报纸质材料一式五份, 同时上报电子版材料至协会邮箱。

(三)各单位要坚持实事求是原则, 对申报材料的真实性和可靠性进行审核, 并签署确认意见, 加盖公章。

(四)申报材料上报截止时间: 2019 年 7 月 31 日。

(五)协会地址: 南京市中央路 42 号, 邮政编码: 210008。
联系人: 赵云, 手机: 18915999907; 电话: 025 - 83620748; 电子邮箱: jsfybj@163.com。通知附件可登录江苏省妇幼保健协会网站(www.jssfybjxh.com)下载。

附件: 妇幼保健新技术引进奖申报书



附件

妇幼保健新技术引进奖
申 报 书

新技术名称： _____

主要负责人： _____

申报类别： _____

单位名称： _____（公章）

江苏省妇幼保健协会
二〇一九年 月

填 表 说 明

一、申报书填写应实事求是，不得弄虚作假，其中封面的申报类别指妇幼健康服务管理、妇女保健、儿童保健、妇产医学、儿科医学、新生儿医学、生殖医学、出生缺陷防治、乳腺病和宫颈病防治、妇幼麻醉医学、妇幼影像医学、妇幼检验医学、妇幼介入医学等类别。

二、已获得省级及以上医学新技术引进奖的项目，不再作为申报项目。

三、申报书须经申请主要负责人所在单位审核，签署明确意见，加盖单位公章后方可上报。

四、如有协作单位，需提供协议书复印件。

五、凡临床应用技术涉及人体者须由病案管理部门提供具体应用的病例号。项目的经济效益证明须由本单位财务部门出具。

六、申报书用A4纸打印，左侧装订成册，一式五份。

七、申报材料中提供的课题、奖项、论文、专利证书、专著（封面、版权页、目录）和学会任职等材料须提供复印件，加上科技查新报告、封面和材料目录后按次序另行在左侧装订成册，一式一份。

一、项目基本情况

项目名称				
所属专业				
主要负责人		1、	2、	3、
项目首创单位			时 间	
项目首 用单位	国际		时 间	
	国内		时 间	
是否有技术准入资格				
本单位引进时间			完成例数	
联系人			电 话	
本单位伦理委员会审查意见				
公章 年 月 日				

二、项目简介

该技术评价的主要技术指标（包括国内外同类技术目前达到的水平和主要技术指标）

实施该新技术时实现的主要技术、经济指标（如未达到首创单位技术指标，请注明原因）

新技术的改进及创新

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

三、主要完成人情况表（限填三人）

第一完成人			
姓 名		性 别	
出生年月		工作单位	
毕业学校		联系电话	
学 历		专 业	
职 务		职 称	
曾获奖励及荣誉称号情况			
参加本项目承担任务			

第二完成人			
姓 名		性 别	
出生年月		工作单位	
毕业学校		联系电话	
专 业		学 历	
职 务		职 称	
曾获奖励及荣誉称号情况			
参加本项目承担任务			

第三完成人			
姓 名		性 别	
出生年月		工作单位	
毕业学校		联系电话	
专 业		学 历	
职 务		职 称	
曾获奖励及荣誉称号情况			
参加本项目承担任务			

四、项目审核情况表

申报单位审核意见	公 章 年 月 日
省妇幼保健协会审批意见	公 章 年 月 日

