

初始审查申请表

(医疗新技术、新业务)

项目名称			
新技术名称			
新技术类型			
□ 院类 首次	<input type="checkbox"/> 限制类	技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高专业要求而需要设置限定条件的医疗技术，或需要消耗稀缺资源的、涉及重大伦理风险的，或存在不合理临床应用需要重点管理。 <input type="checkbox"/> 国家 15 个限制类技术：造血干细胞移植技术、同种胰岛移植技术、同种异体运动系统结构性组织移植技术、同种异体角膜移植技术、同种异体皮肤移植技术、性别重置技术、质子和重离子加速器放射治疗技术、放射性粒子植入治疗技术、肿瘤深部热疗和全身热疗技术、肿瘤消融治疗技术、心室辅助技术、人工智能辅助诊断技术、人工智能辅助治疗技术、颅颌面畸形颅面外科矫治技术、口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治技术。 <input type="checkbox"/> 省级限制类医疗技术。	
	<input type="checkbox"/> 非限制类	禁止类技术、国家和省级限制类技术以外的医疗技术。	
	<input type="checkbox"/> 其它	医疗新技术临床研究	
	<input type="checkbox"/> 国内首次		
项目负责人		承担科室	

送审文件	
详见“送审文件清单”。	

研究者利益冲突声明	我作为项目负责人，在此项新技术申报和实施过程中不存在经济上、物质上，以及社会关系方面的利益冲突。倘若在项目开展过程中发现目前尚未知晓的利益冲突，我将及时向伦理委员会报告。			
项目负责人签字		联系方式		送审日期
研究者所在科室意见：				
负责人签名：				
业务管理部门意见：				
签名：				
审查方式	<input type="checkbox"/> 会议审查		<input type="checkbox"/> 简易程序审查	
秘书/办公室主任签字			日期	