

关于组织做好 2019 年大连市中医药相关 科学研究计划项目申报工作的通知

各区市县卫生健康（卫生计生）局、先导区社会事业管理局，各相关单位：

为进一步促进我市中医药事业的继承发展和科技创新，突出特色和优势，丰富和发展中医药理论与实践，提高临床疗效和防病治病能力，更好地为人民群众健康服务。根据大连市医学科学研究计划相关管理规定和年度工作安排，现将 2019 年大连市中医药相关科学研究计划项目申报有关事宜通知如下：

一、申报范围

1.《大连市属卫生计生机构医学科研课题管理办法》（大卫计发〔2015〕175 号）规定的市属卫生健康（卫生计生，下同）机构。

2.驻连其他卫生健康机构可参照市属卫生健康机构医学科研课题管理办法，自主选择申报相关科研课题，参与课题立项评审，纳入科研项目管理。立项课题不提供财政资金资助，所需科研经费由申报单位在依法依规的基础上自筹解决。

二、申报要求

1.中医基础研究要把握当前基础理论发展方向，紧密结合临床，采用中医传统和现代研究方法，从某一具体内容切入进行研究；项目要建立假说，研究方案要围绕假说进行科学设计；中医临床研究的设计方案要体现中医特色，科学合理，具有实用性和可实施性，采用检测指标切合实际，切忌高新指标的堆积。还包括中医

经典、经典验方、民间验方、创新实践、非药物治疗、中医文化等。研究目标不明确的项目将不予立项。

2.申报课题须经单位学术委员会对其安全性进行严格审核,并按照先进性、可行性进行筛选;涉及实验动物的项目,必须有符合要求的医学实验动物及其设施。涉及人体的医学科学研究课题,须同时报经单位医学伦理委员会审查通过,确保临床研究符合伦理规范,项目申报时应提供项目研究的知情同意书。

3.申请的项目应具有前期研究基础,并提供相关研究成果或相关研究的论文论著。申报课题研究周期原则上不超过2年。

4.已获得国家、省、市资助的研究内容不得重复申报。

5.课题负责人必须实际主持和从事项目研究工作,具有实施课题的研究能力和工作基础。

6.每位课题负责人限报1项。2013年及以后承担原市卫生计生委或原市卫生局立项尚未结题的课题负责人,不允许参与本次申报。

三、申报评审程序

(一) 单位推荐

1.申请人认真填写《大连市医学科学研究计划项目(中医药类)申请书》,内容力求准确、全面,避免过于简单、笼统,不得缺项漏项。如为联合协作项目,必须附有双方单位盖章的合作协议。

《大连市医学科学研究计划项目(中医药类)申请书》可登录大连市卫生健康委官方网站“中医管理”专栏下载。

2. 申请人所在单位汇总后，组织单位学术委员会、医学伦理委员会召开课题申报评审会，在论证评估基础上，推荐本单位年度课题项目。

3. 单位科技教育相关部门汇总推荐项目，每个项目用 A4 纸打印《大连市医学科学研究计划项目（中医药类）申请书》（含科技查新及相关材料）一式五份，装订成册，并填写《2019 年大连市医学科学研究计划项目申报汇总表》，加盖公章后，统一报至大连市卫生健康事业发展中心医学交流部。各单位将项目申请书电子版及汇总表电子版发送至邮箱 ktps2018@sina.com。

（二）专家评审

1. 建立中医评审专家库，中医处会同市医学会完成形式审查后，按照学科分组抽取专家组成评审专家组，在听取课题申请人课题设计报告和答辩后，由专家独立进行评审打分。

2. 中医处会同市医学会统计汇总专家评审结果，报送市卫生健康委。

（三）公布结果

市卫生健康委依据专家打分结果，并在综合中医药学科建设基础上，采取择优录取原则，确定并编制 2019 年大连市中医药相关科学研究计划，并以正式文件印发。

四、受理时间和地点

1. 申报截止日期：2019 年 3 月 20 日。

2. 申报地址：大连市卫生健康事业发展中心医学交流部（原市医学会学术会务部，大连市沙河口区星云街 13 号 101、201 室）。

联系人： 王璐奇 84327941； 刘献萍 84302185。

- 附件： 1. 大连市医学科学研究计划项目（中医药类）申请书
（2019 版）
2. 2019 年大连市中医药相关科学研究计划项目申报汇
总表

大连市卫生健康委办公室

2019 年 2 月 14 日

附件 1

大连市医学科学研究计划项目 (中医药类) 申请书

(2019 版)

项目名称:

起止日期: 年 月 日— 年 月 日

学科分类:

申请单位:

通讯地址:

单位电话:

邮政编码:

项目负责人:

联系电话:

电子邮箱:

填表日期: 年 月 日

填表说明

一、填写申请书前，请先到具有合法资质的科学技术信息情报部门进行查新检索，正式申报须同时提供查新检索报告。

二、本申请书请使用 A4 纸打印一式 5 份填报，左侧装订成册。

三、申请书各项内容要实事求是，逐条认真填写，不得空项，相关栏目预留空间不足时，可自行加页。外来语请同时使用原文和中文表达。

四、研究起始时间统一规定为申请年度 7 月 1 日。

五、项目题目应简明、准确，原则上不超过 25 个字，不出现外来语和标点符号。

六、学科分类可参考《中华人民共和国学科分类与代码国家标准（GB/T13745-2009）》填写，学科及代码尽可能填写至三级学科，无三级学科分类情况下，可填写至二级学科。

七、单位名称应填写全称，并与所盖申请单位公章保持一致。

一、简表

项目 负责 人	姓名		性别		出生日期	
	学历		学位		技术职称	
	单位名称					
	部门				职务	
	从事专业					
研究 项目	类别	基础研究 () 应用研究 () 开发研究 () 其他 ()				
	所属学科				代码	
	相关学科 1				代码	
	相关学科 2				代码	
	相关学科 3				代码	
	资金需求 (万元)			申请财政资金 (万元)		
	主要研究内容和意义摘要 (限 300 字)					
	预期成果摘要 (限 100 字)					

二、立题依据

1. 研究意义和必要性

2. 国内外研究现状及发展动态分析

三、项目主要研究内容、研究目标，拟解决的关键科学问题

1. 研究的主要内容

2. 研究目标

3. 拟解决的关键科学问题

四、项目完成形式和考核指标

1. 研究方法、技术路线、关键技术及可行性

2. 主要技术特点和创新点

3. 预期研究成果和考核指标

五、项目年度研究计划及年度预期研究结果(按季度分解)

年度	计划研究任务	必须完成的关键节点目标
本项目 年 月 日前，申请进行结题验收。		

六、研究基础与工作条件

与研究相关的现有技术、设备基础和工作基础

七、项目成果预期的社会效益、经济效益

1. 预期成果的社会与经济效果分析、与国内外同类技术竞争力分析，应用前景分析

2. 成果应用单位

八、单位学术委员会、医学伦理委员会意见

1. 单位学术委员会评审意见（请插入单位学术委员会审查推荐意见，格式为 jpg）

2. 单位医学伦理委员会评审意见（涉及医学伦理问题，须经所在单位医学伦理委员会批准），请插入单位医学伦理委员会成立文件及医学伦理委员会审查意见，格式为 jpg）

九、合作形式、内容及合作单位意见

项目如与外单位合作完成，合作方应签订协议，明确合作形式、各自所承担的工作及责任、知识产权归属和研究经费（请插入合作协议，格式为 jpg）

十、项目负责人及主要参与者

1. 负责人简历							
2. 主要参加人员名单（本人签字）							
姓名	性别	出生年月	专业	职称	所在单位	身份证号	本人签字
总人数： 人。 高级职称： 人，中级职称 人，初级职称 人； 博士： 人，硕士 人，学士 人。							

十一、项目经费预算

单位：万元

项目	市财政资助资金	单位自筹配套资金	其他	合计
(一) 直接费用				
1. 小型仪器设备费				
2. 实验材料费				
3. 测试化验加工费				
4. 交流培训费				
5. 出版/文献/知识产权事务费				
6. 差旅费	/			
7. 会议费	/			
8. 其他费用	/			
(二) 间接费用	/			
总 计				
<p>预算说明：对各项支出的主要用途、与项目的相关性及测算方法、测算依据进行详细说明，栏目空间不足可另附页。</p>				

十二、项目承担单位意见

项目承担单位对立项、管理及保障支持意见：

如课题立项，不提供财政经费资助（请勾选）：

单位依据课题研究经费需求，给予全额资助。

单位不予以经费资助。

如课题立项，未按照课题申请足额提供财政资助经费（请勾选）：

单位依据课题研究经费需求，给予全额配套资助。

单位不予以经费资助。

单位负责人（签字）：

公 章

年 月 日

十三、区市县卫生健康行政部门意见

（各区市县管辖的医疗卫生机构需提供）

单位负责人（签字）：

公 章

年 月 日

十四、市卫生健康委意见

单位负责人（签字）：

公 章

年 月 日

附件 2

2019 年大连市中医药相关科学研究计划项目申报汇总表

单位盖章：

单位联系人：

联系电话：

序号	单位名称	课题名称	负责人	学科分类
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				