附件5

湖南省临床医疗技术示范基地运行绩效

自评价报告

（立项—2023年）

疾病领域：

临床专科：

基地名称：

依托单位： （盖章）

主管单位： （盖章）

填报日期：

湖南省科学技术厅

2023年10月

填 写 说 明

一、报告由基地依托单位和主管部门提交意见并签章。

二、报告中的依托单位名称，请按规范全称填写，并与依托单位公章一致。如有特殊情况，需单独提供证明，说明理由。

三、报告中文字须用宋体小四号字填写，1.2倍行间距。

四、凡不填写内容的栏目，请用“无”标示。

五、报告用A4纸打印、装订、签章。

六、组织机构代码指企事业单位国家标准代码，无组织机构代码的单位填写“00000000-0”。

七、报告中主管部门指的是依托单位所在市州科技局。

八、表格内各栏如填写不下，可自行顺延加页。

湖南省临床医疗技术示范基地运行绩效评估

承诺函

根据湖南省科技厅关于开展湖南省临床医疗技术示范基地运行绩效评估有关文件的要求，我单位属于参加本次评估的对象，为保证评估的客观、公正、合理，我单位承诺如下：

1. 所提供的报表数据、文字资料及有关附件材料真实、准确、完整，重大事项披露充分；

2. 对所提供的资料的真实性负完全责任。

临床医疗技术示范基地主任（签章）：

年 月 日

依托单位（盖章）：

年 月 日

湖南省临床医疗技术示范基地运行绩效自评价报告信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基地名称 |  | | | | | |
| 依托单位 |  | | | | | |
| 单位组织  机构代码 |  | | | | | |
| 基地主任 | 姓名 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 基地联系人 | 姓名 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 电话 |  | 传真 |  | 电子邮件地址 |  |
| 一、评价概述（基地建设的基本情况和自评价，限1000字） | | | | | | |
| 1. 任务目标完成情况（基地建设方案中的建设目标及考核指标、研究目标及考核指标、推广目标及考核指标完成情况的自评价，未完成原因说明） | | | | | | |
| 1. 建设运行情况（基地运行管理和制度机制；人才团队；平台基地建设情况和效果；基层医疗服务网络建设；依托单位对基地的支持情况） | | | | | | |
| 1. 科研产出情况（基地开展研究情况和重要产出；各类研究计划项目及经费获得情况；开展药物、医疗器械临床评价研究的情况和产出；重要的诊疗指南和技术规范、疾病防控策略、临床新技术备案、新药和医疗器械证书、软件著作权、专利等产出情况；有关科技奖励及重要临床研究论文、专著情况；重要学术机构、期刊任职情况；举办重要学术会议情况） | | | | | | |
| 1. 公共服务情况（基地开展的基层适宜技术推广情况和效果；医务人员和科研人员培训情况；科研设施、大型仪器、样本资源库等开放情况；远程医疗服务、健康扶贫和科普工作开展情况及效果） | | | | | | |
| 六、存在的问题及改进建议（基地运行和发展中存在的问题、原因分析及改进的建议和措施等） | | | | | | |
| 七、附件（包括基地建设水平、科研产出、公共服务等方面评价的基本数据、典型案例和证明材料，获得课题奖励、论文、多中心临床研究样本资源库、核心团队情况及其他需要提供的说明材料） | | | | | | |
| 基地主任  意见 | 签名： 年 月 日 | | | | | |
| 依托单位  意见 | （包括对材料真实性的审核意见）  签名/盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 主管部门  意见 | 签名/盖章： 年 月 日 | | | | | |