**模版使用说明**

1. **本实施方案模版仅供研究者参考；**
2. **方案封面、摘要、确认签字页及正文中的一级标题不得删除；**
3. **黑色字体无标记部分不得删除；**
4. **蓝色标记请根据研究内容填写；**
5. **本页为方案提示页，提交时请删除本页，且按照标准文件格式排版。**
6. **封面页单独打印，内容页双面打印。**

**医学新技术临床应用方案**

项目名称：

方案版本号/日期：（版本号首次撰写可标为V1.0）/

承担科室：

项目负责人：

联系电话：

**医学新技术临床应用方案**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | |
| 方案版本号/  日期 | （版本号首次撰写可标为V1.0）/ | | | | |
| 拟开展时间 |  | | | | |
| 承担科室 |  | 项目负责人 | | |  |
| 职称 |  | 联系电话 | | |  |
| 其他参加人员 |  | | | | |
| 项目级别 | 🞎 院级（本院未开展，本市其他医院已开展）  🞎 市级（本市未开展，本省其他医院已开展）  🞎 省级（本省未开展，国内其他医院已开展）  🞎 国家级（国内未开展，国外已开展） | | | | |
| 实施目的 |  | | | | |
| 适应症 |  | | | | |
| 病例选择 | 入选标准： | | | | |
| 排除标准： | | | | |
| 实施方案 |  | | | | |
| 预期取得的  效果和社会效益 |  | | | | |
| 临床应用可行性报告（包括所需的人员、设备、技术条件及已具备的条件）：  （可另附） | | | | | |
| 可能出现的不良反应与危害及防治与补偿措施 |  | | | | |
| 项目负责人签字 |  | | 日期 | 年 月 日 | |
| 科室负责人签字 |  | | 日期 | 年 月 日 | |