

GIN-McMaster Guideline Development Checklist

指南制定清单

点击指南制定清单下面的主题列表提供的链接，系统会自动导航到清单中相应的主题。而点击清单中的主体标题，系统将会导航回到主题列表。在清单中我们为每一个条目提供了复选框和备注栏，用户可以在指南制定过程中进行更新和记录；使用复选框可以记录已经完成的或者不适用的步骤。

对于清单中出现的指南制定中的主题、术语和缩略语的定义，请下载[术语表](#)。

指南制定主题：

1. 组织、预算、规划和培训
2. 设置优先领域
3. 指南小组成员
4. 建立指南小组的过程
5. 确定目标用户和主题
6. 用户和利益相关者的参与
7. 利益冲突注意事项
8. 形成问题
9. 考虑结局和干预措施的重要性、价值观、偏好和效用
10. 确定证据的检索和纳入
11. 总结证据并考虑其他信息
12. 评价证据体的质量、强度或可信程度
13. 制定推荐意见并确定推荐强度
14. 对推荐意见和实施、可行性、公平性的注意事项的撰写
15. 报告和同行评审
16. 传播和实施
17. 评价和应用
18. 更新

已完成	不适用	指南制定步骤	参考文献序号	笔记
1. 组织、预算、规划和培训				
		1. 确定指南制定小组的结构并明确其职责、任务以及与指南制定其他小组（例如，指导指南主题遴选和监督小组成员的监督委员会或机构；包括专家和方法学家的综合证据的工作组；提供管理支持的秘书处；制定推荐意见的指南专家组以及提供建议的利益相关者和用户）之间的关系。另请参见主题 3、4 和 6。	1-16	
		2. 对拟制定的指南就指南制定小组关心的资金和可行性进行全面的评估（例如，完成此项目所需资源的可及性，期望指南专家组和成员承担的义务）。	2-8,11,15-22	
		3. 获得机构的批准以着手进行指南项目。	4-7,10,11,13,16,18,20,21,23	
		4. 制定指南预算，罗列预计花费（例如，工作组成员和员工的薪酬、将特定任务外包给其他机构或小组的花费、差旅费以及出版和传播的花费）	7,16,17,20,24,25	
		5. 决定是需要根据指南专家组成员付出的时间提供报酬或补贴，还是将这些工作视为志愿服务。	3,10,19,24	
		6. 申请或获得指南制定的资助，要注意利益冲突等事项。另请参见主题 7。	3,4,6,7,9,16,21,26,27	
		7. 计划并安排促进指南制定过程所需的管理支持（例如，工作组中负责收集和整理利益声明以及安排小组会议的秘书处）。	2-9,16,20,22	
		8. 规划并准备对指南制定参与人员的培训和支持（例如，对指南专家组成员利益冲突的教育或培训，以及对将要参加指南小组的患者的教学会议）。另请参见主题4 和6。	1,2,5-7,14,15,23,24,28-30	

	9. 规划指南完成的时间表，以及指南制定过程中重要步骤完成的目标日期。	2,4-10,13,16-18,20-22	
	10. 如有需要，确定与所规划指南相关的法律方面的注意事项（例如，罕见药的报销政策）	4-7,20,21,23,24,31,32	
	11. 为确保指南制定小组正常运转，要起草可按照项目进展来完成的整个指南的计划书，包括指南的整体目标和目的、时间表、任务分配、需要记录决策的步骤以及完成所有步骤的推荐方法（即此清单所包括的，如确定指南小组、遴选指南主题、共识方法、咨询方法以及证据检索和筛选的方法）。	3,5,7-11,13-16,20,23,27,28,33-35	
2. 设置优先领域			
	1. 确定指南主题优先领域设置的过程，以及指导该过程的负责人（例如，资助机构总部监督委员会设置的领域，或者政府卫生部门或专业学会推荐的领域）。	4-14,16,17,19,20,25,36,37	
	2. 在设置优先领域时需应用系统透明的方法和具体的标准提出指南主题（例如，患病率高、医疗负担重的疾病，可预防的死亡和发病，高成本，新发疾病或新出现的保健方案，临床实践的差异以及快速改变的证据）。	3-6,8-14,16,17,19,20,25,36,37	
	3. 邀请合适的利益相关者设置优先领域并遴选指南主题（例如，临床医生、专业学会成员、政策制定者、纳税人和公众）。另请参见主题6。	1,5-8,10,12-17,20,36	
	4. 思考并确定如何考虑对重要性所持的观点以及实施指南推荐意见所需的资源（例如，患者、纳税人和临床医生的观点和公共卫生项目）。另请参见主题11。	3,5,8,10,12,17,19-21,27,32,35,38	
	5. 检索现有相关主题的最新指南并评价（例如，应用AGREE II）其可靠性。再决定是改编现有指南还是重新制定指南。另请参见主题10。	3-14,16,17,19,20,38,39	

	6. 讨论与其他指南制定机构合作的必要性或机会，以决定是共同制作整部指南还是其中的一部分。	7,8,13,16,20,24,25,40	
	7. 基于实施过程中可能存在的问题和改变临床实践所遇到的障碍，需要对所提出的指南主题进行范围界定（例如，所制定的指南要能够改善健康结局，卫生保健推荐意见的实施要有可行性，资源要有可及性）。	3-9,11,13-15,17,19-21,24,27,32,35,41	
	8. 选择或提供一种共识方法（例如，投票、德尔菲共识法）用于就设置优先领域和选择指南主题上达成一致。另请参见主题4。	4-6,13,17,20,36	
	9. 为确保透明性，需要记录设置优先领域和遴选指南主题的过程。	4-6,11,13,17,20,36	
3. 指南小组成员			
	1. 招募多学科代表组建指南制定小组，包括目标用户、患者、照护者、一线临床医生、领域专家、方法学家和卫生经济学专家，以满足职责需求（例如，组成工作组、指南专家组）。另请参见主题6。	1,3-7,9-11,13-16,19-25,27,37,39,42,43	
	2. 决定招募和遴选指南制定小组成员的方法（例如，广泛张贴公告进行宣传、通过面试竞选）。	1,2,5,6,9-11,13,16,20,24,25,43	
	3. 指南专家组既要实现符合主题的专业平衡，又要有充分的代表性（例如，构成目标用户的专家和初级保健医生，专家组成员的性别和地理分布情况），如果需要其他成员作为目标用户，且指南主题还要进一步完善，则同样按照以上过程进行。另请参见主题5。	1-8,10,13-16,20,24,25,27,37,39,43	
	4. 考虑指南制定小组，尤其是指南专家组的最佳规模（例如，规模过小，小组可能缺少足够的经验、专业知识和广泛的代表性；若规模过大，就可能缺乏凝聚力和有效的小组互动）。	1,2,4-7,9,13-16,20,23,24,37,43	

	5. 概述小组成员的职责及任务（例如，成立撰写小组、做会议记录并记录决策、提供方法学咨询、制作系统评价和获取其他证据、提供患者观点，以及提供临床专家的观点）。	1,2,4-10,13-16,20,22,24,37,39,43	
	6. 选择在团队促进、维持小组人员建设性的互动、发现并解决冲突等方面有经验的、能保持中立和客观的、具有方法学和专业知识的小组领导或主席。	1,2,4-9,13-16,20,23-25,37,39,43	
	7. 为确保透明性，需要记录遴选指南小组成员及确定其职责的方法。	1,2,5-8,13,16,20,21,23,27,43	
4. 建立指南小组的过程			
	1. 确定指南专家组成员和其他小组交流的方式和频率，确定负责协调和安排的人员，考虑何时可不遵循这些途径。	1,2,4-6,8,9,13,15,16,20,24,43	
	2. 通过选择、培训和支持指南制定小组成员，设定对小组工作的期望和认知（例如，设定小组讨论和决策的理想环境）。	1,2,4,6-9,14,16,19,23,24,37,44	
	3. 作为指南制定小组培训的一部分，确保小组成员理解将要应用并遵守的过程和拟用到的方法（例如，可能会用到的共识方法、匿名或非匿名投票、证据评价、小组讨论以及观点分享）。	1,2,4,6-9,14,15,19,24,33,44	
	4. 努力创造最佳的环境供小组成员平等交流，并使其观点和争论得到恰当的考虑（例如，在小组讨论、决策制定和推荐意见形成时）。	1,2,6-9,13,16,19,23,24,33,37,44	
	5. 确定处理小组成员冲突、争执以及小组工作协调障碍的方法。	2,7-9,13,15,16,19,33,44	
	6. 提供对指南制定过程中的小组工作进行讨论和反馈的机会。	E*, 6	
	7. 建立一套方法，从而有计划地及时传播和保存指南制定过程中使用过和生成的文件。	2,5,8,9,14-16	

		8. 设定会议的法定人数（例如，小组中75%的成员必须出席制定推荐意见），但最好所有成员尽可能参加全部会议。	4,5,8,13,20	
		9. 提前计划会议（虚拟或面对面会议）的时间和地点，并确定每次会议的范围和具体议程。	1,2,4,5,7,9, 13-16,19,20,43	
		10. 做好会议记录（例如，人员、议程、决策和计划），决定会议记录是公开还是内部共享。	2,4,5,8,15,43	
5. 确定目标用户和主题				
		1. 确定、定义和（或）评价指南的主要用户（例如，初级保健医生、卫生项目的管理者）和次要用户（例如，医院的管理人员），确定还有多少属于该指南的用户。	4,5,7,8,11,14-16, 19,20,23,27,35, 37,39,42,45	
		2. 就所确定的目标用户咨询合适的利益相关者，以确保指南主题符合其要求，且没有遗漏相关用户。另请参见主题6。	4,14-16,42	
		3. 确定一套方法和标准，来形成并优先排序指南所关注的备选主题（例如，哪些主题的证据最容易混淆或最具有争议，目前哪些主题在实践中不确定或不一致，哪些主题还存在筛查、诊断和治疗的问题）。	3-10,12-16,19, 20,24,36,39, 45,46	
		4. 咨询合适的利益相关者，确保纳入指南的所有相关主题能满足目标用户的需要。另请参见主题6。	4-6,12-16,20,24, 36,47	
		5. 选择或提供一种共识形成方法，供小组就指南要解决的最终主题达成一致（例如，德尔菲法和名义群体法）。	5,9,16,20,36	
		6. 为确保透明性，需要记录确定目标用户和遴选指南主题的方法。	13-16,20,27, 35,36,42,45	

6. 用户和利益相关者的参与			
		1. 确定合适的利益相关者（例如，专家小组、卫生管理者、政策制定者和药厂代表），以便在指南制定过程中参与并讨论如何整合所有受指南影响的人的观点。	1,3,6,9,11,13-16,19-21,23,24,27,29,30,32,39
		2. 确定参与指南制定并参加讨论的合适用户（例如，患者个人、为患者提供无偿保健和支持的人、作为潜在患者和通过纳税资助卫生保健的公众、代表患者利益的社区组织和倡导者，以及照护患者的人群）。	1,6,7,9,11,14-16,21,23,24,27,29,30,37,39,47
		3. 确定用户和利益相关者的参与方式，并提供利益相关者的登记/注册处（例如，招募用户和利益相关者直接参与指南专家组，召开不同用户和利益相关者参加的研讨会或培训班，通过网络途径分发文件和收集反馈，对这些文件和反馈要有一个公开的评审期）。	1,5,6,9,11,13-16,19-21,23,24,29,30,32,37,39,43,47
		4. 为直接参与指南专家组的用户和利益相关者提供信息（例如，培训和介绍会议），以阐明职责并最高效的工作（例如，关于客观评价证据并避免基于自身利益作推荐的信息）。	1,6,15,23,24,29,32,37,47
		5. 确定未直接参与指南专家组的用户和利益相关者的职责、任务和讨论时间（例如，指南制定过程中特定的重要事件，包括评价优先领域设置、建议指南的主题、确定目标用户、确定患者重要结局、确定其他的证据、指出专家组没有考虑到的结果，以及评审指南终稿）。	1,6,11,14-16,19,21,24,29,32,37,39,48
		6. 制定或采用标准模板供用户和利益相关者记录讨论期间的贡献和评论，并向其提供清晰的指导或培训模块来确保有效的工作。	5,6,13,15,32
		7. 提供充足的时间供用户和利益相关者反馈和讨论。	13,15,29,32
		8. 确定处理用户和利益相关者的反馈和不同观点的方案和过程（例如，确保决策时考虑到不同的观点，为做出判断提供明确的缘由、为利益相关者提供反馈过程、公布讨论结果以及指南制定小组回应）。	5-7,13,29,32,48

		9. 为确保清晰和透明的方法，需要记录招募和遴选指南专家组的用户和利益相关者，以及所有其他用户和利益相关者的参与和讨论。	1,5,13,15,16,21,27,29,32	
7. 利益冲突注意事项				
		1. 确定个人在参与项目前进行利益声明的方案，包括潜在的指南专家组成员（例如，应该声明哪些利益关系，如经费、知识（产权）、学术或临床、以及专业学会的竞争利益）。	4-7,9,11,13-16,18,20,21,23-26,37,39,43,45,49,50	
		2. 确定判断利益冲突的方案，以及收集和更新利益冲突声明的方法（例如，应该声明什么层面的经济利益以及怎样声明，要声明哪个时间段的利益关系，谁来判断是否存在利益冲突）。	4-7,9,11,13-16,18,20,21,23-26,37,43,45,49,50	
		3. 为潜在的指南小组成员提供清晰的指导和培训以完成利益冲突声明，包括哪些成员必须声明利益冲突，以及哪些利益类型需要声明（包括举例）。	4-7,9,13-16,18,20,24,26,37,45,49,50	
		4. 确定管理利益冲突的方案（例如，允许有利益冲突的人参与指南制定，但不允许参加与冲突领域相关的推荐意见的投票表决；确保主席没有任何利益冲突；由无利益冲突的方法学家提供证据总结）。	4-7,9,11,13-16,18,20,21,23-26,37,43,45,49,50	
		5. 确定方案来管理指南制定资助方面的利益冲突（例如，倡导公共资助，无商业资助，与指南主题不相关的企业提供的商业资助，用于翻译等非指南制定方面的商业支持，非单一来源的资助者）。	7,16,21,26,27,30,49	
		6. 公开并发布资助来源，描述资助者的作用以及为指南制定提供的支持。	3,4,7,9,16,21,23,24,26,27,30,35,39,51	
		7. 清晰声明、公开和描述指南小组成员的利益冲突，尤其是与具体推荐意见相关的利益冲突。	3-7,9,11,14-16,20,21,23,24,26,27,35,37,43,50,51	

8. 形成问题			
		1. 确定形成指南问题、设置问题优先性、遴选结局指标并排序的方法。	3-7,9,11-16,19,20,23,24,30,34,39,43,45,46,52
		2. 形成指南将要解决的重要问题（例如，临床、健康、政策和成本效果）并通过标准的格式（如PICO 格式，即患者或问题、干预措施、对照措施和结局指标）记录。如不能解决所有的问题（如因为时间或资源有限），就需要确定标准来设置优先问题（如通过调查指南专家组成员和其他利益相关者）。	3-7,9-16,19,20,23,24,27,30,34,39,43,45,46,52
		3. 清晰阐述指南计划应用的人群，并考虑人群的具体特点，如人群中多种共病的患病率、地理环境和公平性问题（例如，可能在弱势和优势群体间产生小的相对效应差异的原因）。	4-9,11,12,14-16,19,20,23,24,27,31,35,39,41,43,53,54
		4. 确定指南的干预措施是否需要得到监管批准。例如，对于国际指南而言，这个可能不适用，因为监管批准不太可能在所有的目标国家中都实现）。	4,5,7,8,14,21,24,31,32
		5. 清晰阐述指南所要考虑的干预和对照措施，制定描述干预措施和结局指标关系的分析框架，并确定是否纳入多种（治疗）对照措施。	4-9,11-16,19-21,23,24,34,35,43,46,55
		6. 确定重要的结局（如临床路径中的各种结局、发病率、生活质量和病死率），包括有利（如获益、负担减轻、节约成本）和不利的（如伤害、负担和花费增加，以及患者自主性下降）影响。不要忽略可能缺乏证据的重要结局。	4-9,11-16,19-21,23,24,27,34,39,43,46,52
		7. 确定指南适用的环境（如国家、医院）或将其融合到对人群的考虑中（如三级保健医院照护的人群）。	4-7,19,20,24,34,45,52
		8. 必须优先考虑患者重要结局，再考虑替代或间接结局。当缺少患者重要结局数据时，可根据因果关系考虑中间结局的恰当性。	4-6,14,16,19,20,24,34,39,43,46,52

		9. 按结局指标的相对重要性排序，考虑目标人群的价值观和偏好。	4,5,7,11-16,20,24,34,43,52	
		10. 确定或制定方法来预先决定对目标人群在个别结局上具有重要意义的作用量。	34,43	
		11. 纳入所有指南小组成员并咨询用户和利益相关者，以确保目标人群在提出问题、遴选结局和排序重要结局时具有广泛代表性。	1,4,5,7,14,20,24,32,52	
		12. 为确保（上述）方法的清晰和透明，需要记录问题的形成和优先化，结局指标的遴选和排序，以及对利益相关者和用户的咨询。	4,5,7,13,34,45	
		13. 为帮助指导证据评价，需要确保指南计划书罗列出目标人群、目标疾病、结局以及所要考虑的重要问题。	5,11,13,15,23,27,34,35,43,45	
9. 考虑结局和干预措施的重要性、价值观、偏好和效用				
		1. 确定是否可以直接或间接体现结局和干预措施的相对重要性、用户和利益相关者（例如，患者和目标人群）的价值观、偏好或效用，以利于指南制定的决策形成和慎重审议（例如，通过评价所发表文献和咨询用户）。	1,4,6,7,9,11,13,15,16,20,21,23,24,27,37,43,47,48	
		2. 确定如何咨询用户和利益相关者的方法，以获取关于结局和干预措施的相对重要性、价值观、偏好或效用的信息（例如，用户参与指南专家组、针对更广泛的用户代表的调查或小组讨论）。	6,15,16,24,37,47,48	
		3. 确定是否运用了结构化的方法评估在重要性分级、价值观、偏好以及效用方面的信心（即证据质量）。	E, 48	
		4. 确定是否运用模型来整合结局和干预的相对重要性，价值观、偏好或效用，以及如何建立这种模型。	E, 46,48	
		5. 确定在获取结局和干预的相对重要性、价值观、偏好或效用的信息，以及作决策和形成推荐时，将会考虑哪些人（如患者、公众、社会团体、临床医生）的观点。	4,20,37,47,48	

	6. 要考虑结局和干预相对重要性分级、价值观、偏好或效用的之间的冲突（例如，患者与照护者或卫生保健提供者、患者与公众间的冲突），并记录具体的解决方法。	15,20,43,47,48	
	7. 确保（上述）方法的清晰和透明，记录如何获取结局和干预的相对重要性、价值观、偏好和效用的信息。	1,6,11,15,27,43,47,48	
	8. 说明是否考虑伦理问题，例如推荐意见是否具体考虑了特定患者群体和疾病的情况（例如，老年患者、罕见病、受卫生不公平性影响的患者）。	47	
	9. 确定在制定卫生保健推荐意见时，如何考虑伦理和道德问题（如通过考虑宗教、社会或文化方面的信仰）。	56	
10. 确定证据的检索和纳入			
	1. 制作系统评价（制作完整系统评价还是快速系统评价取决于关注的主题和组织框架），或者不制作系统评价但给出合理解释。	3-16,19-25,27,39,43,46,57,58	
	2. 制定查找、筛选和综合证据的方案（例如，检索现有系统评价，制作新的系统评价以及检索灰色文献），然后确定纳入证据的类型（例如，检索的数据库、研究类型、纳入排除标准、检索有关不良反应的文献，或从关注有效性的研究中提取不良反应的信息）。	3-16,19-25,27,34,35,39,43,46,57	
	3. 确定制定检索策略并实施检索和筛选证据的人员（例如，指南制定小组中的工作组，承包给外部机构，建立指南制定小组和外部机构的关系以协作制定指南）。	2,4-11,13,15,24,43,57	
	4. 运用有效的工具严格评价指南筛选出的现有系统评价，以确保它们是高质量的并且适用于该指南。	4-7,9-12,14-16,20,24,39,43,46,57,58	
	5. 如果现有系统评价已经更新或者需要更新，则需要确定如何纳入新的证据以及如何联系作者并尽可能让其参与更新。	3,7,20,58	

	6. 如果需要制作新的系统评价，那么需要评价是否有充足的资源（如时间和资金）来制定完整系统评价。	7,14,20,57	
	7. 如果资源有限，可以考虑运用快速评价的方法，但要清楚描述其方法学内容，注明主要局限性、不确定性以及制作完整系统评价的必要性和紧迫性。	7,8,20,57	
	8. 确定搜集其他证据和未发表数据的方法（例如，从指南专家组成员处获取建议，咨询利益相关者）。	5,8,11,13,16,19,34,57	
	9. 确定处理专家意见的方案（例如，专家意见不是证据，不应该被当作证据使用；应该描述支持专家意见的经验和观察结果并进行鉴别，如果可能，还需通过系统和透明的方法（如概念性框架）对其进行评价）。	8,10,11,16,24,55	
	10. 为确保（上述）方法的清晰和透明，要记录并发表证据检索和筛选、纳入标准、纳入证据的范围以及检索策略。	3-5,8,11,13,14,16,19-21,23,27,35,58	
11. 总结证据并考虑其他信息			
	1. 简单总结（例如，通过证据表、证据概要或结果总结表）每一个重要结局指标的最佳可得证据，包括诊断试验的精确性、预期获益、弊端、资源（成本）、证据质量的分级，以及结局的相对和绝对效应或效果估计的总结。	4-8,10-16,19-21,24,27,35,39,43,46,57,58	

	2. 提供对指导推荐意见形成的其他信息的总结（例如，定性的叙述性总结、证据表），包括价值观和偏好、可能会改变预期效果的因素、必要性（即患病率、基线风险或情况）、公平性、可行性以及可利用资源。	3-7,10,11,13-15,20,23,24,27,31,43,45-47,54,57,59-61	
	3. 确定资源利用和成本信息的获取方法（例如，检索现有的经济学评价文献、制作经济学模型和进行成本效果分析）。	4,5,7,11,13-15,19-21,23,24,27,43,46,59,61	
	4. 分析成本和资源利用，如果可行还可开展成本效果分析并描述（对患者、社区和社会）成本的属性（例如，对支付能力的考虑、直接评价干预利弊证据得到的获取成本和资源利用估计）。	4,5,7,11,13-15,19-21,23,24,27,43,46,59,61	
	5. 为确保（上述）方法的透明性，要记录这些其他信息是如何与证据体整合在一起的（例如，关于患者偏好的正式共识方法、公平性问题的共识、规范的经济学分析、运用定性方法考虑各个资源利用的数据）。	4,5,7,10,11,13-15,19-21,24,31,35,43,46,47,57,61	
	6. 培训如何使用证据表并提供讨论机会，确保指南专家组所有成员熟悉并合理使用证据表。	2,15,28	
	7. 除了证据总结，还应提供利于指南专家组形成决策的系统评价全文、原始研究以及其他证据资源（如建立一个协作网站或者通过会议和网络交流提供证据来源）。	15,57	
12. 评价证据体的质量、强度或可信程度			
	1. 选择模版来总结影响证据质量分级的因素（例如，GRADE、美国预防服务工作组的分级标准），避免修改分级工具。	4-16,19-25,43,46,58,62	
	2. 确定评价证据质量的负责人（例如，参与工作组的无利益冲突的方法学家）	4,6,10,14-16,63	
	3. 评价每个重要结局的证据质量。	4,5,7,11-16,43,46,58,62	

	4. 评价证据的总体质量（例如，那些最重要或关键的结局指标中最低的证据质量，或者当所有结局指标方向一致时，这些结局指标的最高证据质量）。	4,5,7-9,11-16,19-21,43,46,58,62	
	5. 报告每个结局的证据质量以及证据体的证据质量。	4,7,8,12,14,15,20,21,23,46,51,63	
	6. 为确保（上述）方法的清晰和透明，需记录评价证据质量过程中的判断依据。	4,5,7,8,11,13-16,19-21,23,43,58,62	
13. 制定推荐意见并确定推荐强度			
	1. 选择模版来总结影响推荐意见的因素。	3,5-16,19-21,24,27,35,39,43,46,62,64	
	2. 规划并分享共识会议中参与者制定推荐意见的具体细节，包括发放会议所需的文件（例如，证据总结、从证据到推荐的表格），设置会议流程和选择小组在达成一致时所用的共识方法（例如，德尔菲法、名义群体法）。	7,9,10,16,19,43	
	3. 评估模版中影响推荐意见的因素，包括推荐意见的方向和强度（例如，关注基于对证据质量利弊结果权衡的证据类型和与分析相关的信息，利弊差异的大小，价值观和偏好、资源利用、公平性和其他因素的确定性或变异性）。	3-8,11,12,14-16,19,20,23,24,27,35,39,43,46,54,62,64	
	4. 如适用，在证据不充分或质量极低的情况下，为形成的推荐意见做好准备（例如，弱推荐的判断依据要透明；如果指南制定专家认为他们做出错误决策的风险很大，可以不给推荐；在未来进一步研究出现之前，应指出指南所推荐的干预措施是基于当前研究的最佳方案）。	4,5,7,11,13-15,20,46,64	
	5. 为形成研究推荐并确定在何处进行报告做好准备（如在指南附件中，提出具体研究问题、具体测量的患者重要结局，以及需要何种研究来降低干预利弊不确定性的其他相关方面）。	5-7,14,15,46,64,65	

	6. 形成推荐意见并总结做出每条推荐的理由（例如，描述或以表格形式呈现），包括以下内容的详细信息：指南小组做出的判断，推荐意见和证据之间的明确联系。	4-7,11-13,15,16,20,21,24,27,35,39,46,51,63,64	
	7. 选择对推荐意见强度进行分级的方法，从而告知指南使用者如果使用该推荐意见指南小组的信心程度。	4,6-9,12-16,19-24,43,46,62,64	
	8. 选择指南小组对推荐意见强度进行分级时要用的共识方法（例如，德尔菲法、名义群体法和投票）。	2,4,6,7,15,16,20,43	
	9. 提出关于推荐意见作为绩效指标或质量标准是否恰当的建议（例如，基于高或中等质量证据的强推荐治疗方案特别适合作为质量标准；当形成弱推荐时，与患者讨论备选治疗方案的相对优点，以及对讨论的合理记录可能会成为质量标准。	4,9,13,16,24,41,64	
	10. 为确保（上述）方法的清晰和透明，需记录形成推荐意见以及决定推荐强度的判断依据。	3,4,6-8,11-13,16,19-21,23,24,27,35,43,51,64	
14. 对推荐意见和实施、可行性、公平性的注意事项的撰写			
	1. 运用标准措辞描述推荐意见，确保推荐意见表述清晰并在指南全文中保持一致。避免导致推荐意见含糊不清的措辞。	4,5,7-9,13,14,16,19-21,23,24,27,43,46,64	
	2. 撰写具有可操作性的推荐意见。提供充分的信息保证指南用户无需参考其他材料就可以理解这些推荐意见。	4,5,7-9,14,16,20,21,23,24,27,35,46,51,63	
	3. 提供清晰的指导或解释说明，帮助临床医生、患者、政策制定者和其他目标用户群体理解推荐强度的意义。	4,8,9,13,14,16,19,20,35,46,64	
	4. 在推荐意见中说明推荐意见针对的人群、推荐的干预措施以及备选的方法或干预。	4,5,8,9,13,16,20,35,46,63,64	

	5. 纳入对以下部分的解释：推荐意见的背景、可行性和适用性，以及主要的考虑因素，如公平性问题和使用该推荐的具体情况（例如，推荐意见的适用情况是否包含某一特殊人群，干预措施的具体类型，针对的具体价值观和偏好，何时可获得具体资源）。	3-5,8,9,13,16,20,24,31,35,43,46,48,54,60,64	
	6. 在每条推荐意见后面报告证据质量和推荐强度。	6-9,13,16,19-21,24,35,46,51	
	7. 确立方法，用于小组就推荐意见的最终措辞达成一致（例如，评审和批准、正式共识）。	4,7,9,16,21,43,64	
	8. 运用易于理解和查看的方式报告推荐意见（例如，不要把推荐意见放到长段落中，而是把推荐意见汇总起来放到总结部分）。	5,9,14-16,24,27,46,63	
15. 报告和同行评审			
	1. 制定或者采用标准格式来报告指南，包括明确的结构、标题和内容。	5-7,9-11,14-16,18,20-22,25,35,39,43,51,63	
	2. 确定指南文件的格式（例如，全文指南、附有技术报告或系统评价的全文指南，针对临床医生或政策制定者的简洁版指南，或指南的患者版本）与指南传播计划保持一致。另请参见主题16。	3-12,14-16,20-22,24,25,41,51,63	
	3. 确定撰写指南文件的负责人（如指南工作组的小组委员会）与作者（如单个作者、组织、工作组）。另请参见主题1。	3-5,7,8,11,13-16,20,43,63	
	4. 指南制定小组全体成员对指南草案的定稿进行评审，确保有充分的机会来对指南进行反馈、编辑和修订。	5-8,13,16,43,63,65	

		5. 请指南制定小组全体成员对指南的定稿进行批准。	1,5,7-9,11,12, 16,21,24,43	
		6. 在小组内进行同行评审（即内部评审）。	5-13,15,16, 20,25,41,43, 63,65	
		7. 确定外部同行评审的方法，以评估指南定稿中推荐意见的准确性、可行性、明晰性、组织结构和适用性，并确保纳入指南小组之前未涵盖的更广泛和重要的观点（例如，邀请同行评审，指南制定小组在公开咨询期的反馈和回复，同行评审期刊进行的同行评审）。	3,5-11,13-16,20- 25,27,28,39,41, 43,63,65	
		8. 记录内部和外部同行评审的过程；如适用，还要公布评审的结果以及指南制定小组的回复。	5-10,13,16, 21,23,25,35, 41,63,65	
16. 传播和实施				
		1. 制定一个包含多种方法的主动传播计划来促进指南使用（例如，在线获取指南、与卫生保健系统负责传播与实施指南的部门建立正式关系以促进指南的使用、举行新闻发布会、制定社会媒体传播策略、通过专业学会的会议传播指南、在期刊上发表指南以便目标用户获取）。	3-5,7,9-12, 14-16,19-22,24, 39,41,43,66,67	
		2. 开发或改编相关工具、支持系统和衍生产品，为推荐意见的实施提供指导（例如，研发手机应用程序，将指南整合到临床决策支持系统中，针对目标人群将指南改编成教育资源以进行外展教育）。	4-8,11,12,15, 16,20,21,24,25, 27,35,41,43, 60,63	
		3. 考虑对指南进行改编，并提供详细指导，帮助目标用户应用系统和透明的方法改编这部指南，以适用于其他环境（例如，基于当地资源和基线风险修改推荐意见，不受指南专家组所作判断的影响）。	7,15,16,19,21, 27,38,60	

		4. 确定将指南翻译成其他语言的原则（例如，由指南小组授权的第三方机构翻译指南，包括指南工作组中负责翻译的人员）。	7,16,25,38	
17. 评价和应用				
		1. 通过征求指南小组成员的反馈意见，对指南制定过程进行内部评价（即自我评价），包括形成推荐意见的指南专家组会议。	E, 65	
		2. 考虑在目标终端用户（例如，参与指南制定小组的目标人群和利益相关者的成员）中开展指南预试验。	6,15,16,19,27,35,65	
		3. 为目标终端用户提供监测和审计指南推荐意见实施与使用的标准和工具（例如，确定指南实施后可能会改变的结局，以及建议测量结局指标的方法）。	3-7,9,11,12,14-16,19,21,24,27,35,38,41,65	
		4. 为指南的预期评价提供支持和工具，以评价指南实施后的效果（例如，在可能的情况下运用随机对照方法，因为实施效果存在多种不确定性，所以要慎用前后对比的评价方法）。	4,5,7,11,15,19,21,65,66	
		5. 考虑让指南制定小组参与指南预期评价（例如，和指南实施机构合作规划评价研究）。	5,7,15,16,24,25,65,66	
		6. 制定计划收集终端用户的反馈和评价，以便确定如何提高指南后续版本中推荐意见本身可实施性。	4-6,11,16,19,24,38,65	
18. 更新				
		1. 制定一套原则、流程和时间表，用来常规监测和评价指南是否需要更新（如每3年更新一次系统评价，以确定是否有新的证据出现）。	3-9,11,12,14-16,19-25,27,35,38,41,43,65,68	
		2. 确定由谁来负责进行常规的文献监测，以及评估是否有新的证据出现（例如，考虑邀请之前没有参与指南指定小组的专家定期评价指南）。	3,5-9,14-16,20,24,38,43,65	

		3. 做出确定何时对指南进行部分或全部更新的规定（例如，是否只有某些推荐意见需要更新；指南中多数推荐意见是否已经过期而使整部指南无效；或者是否需要增加针对新治疗措施的推荐意见）。	3-7,9,11,15,16,20,22-24,41,65,68	
		4. 指南完成后，对指南制定小组的成员资格和参与情况进行安排（例如，每1~2 年轮换成员，在更新指南时成立新的小组，指南专家组主席要继续参与更新工作）。	5,9,13,20,25,38,65	
		5. 计划未来指南更新的资助和组织工作（例如，确保有持续的资助，成立长期的监督委员会以监督更新过程）。	15,16,65	
		6. 记录指南更新的计划和拟采用的方法以确保其得以实施。	3,15,16,27,35,68	

*E - 通过专家讨论提出的条

REFERENCES

1. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):15.
2. Kunz R, Fretheim A, Cluzeau F, et al. Guideline Group Composition and Group Processes: Article 3 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):229-233.
3. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009; <http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>. Accessed July 5, 2013.
4. World Health Organization. Estonian Handbook for Guidelines Development. 2011; http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502429_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual. 2012; <http://publications.nice.org.uk/the-guidelines-manual-pmg6>. Accessed April 22, 2013.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A guideline developer's handbook. 2011; <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/>. Accessed April 22, 2013.
7. World Health Organization. WHO Handbook for Guideline Development. 2012; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf. Accessed April 22, 2013.
8. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association. Methodology Manual and Policies from the ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines. 2010; http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/PoliciesDevelopment/Development/Methodologies-and-Policies-from-the-ACCAHA-Task-Force-on-Practice-Guidelines_UCM_320470_Article.jsp. Accessed April 22, 2013.
9. Rosenfeld RM, Shiffman RN, Robertson P. Clinical Practice Guideline Development Manual, Third Edition: A Quality-Driven Approach for Translating Evidence into Action. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*. 2013;148(1 suppl):S1-S55.

10. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Handbook. 2012;
<http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/pebc-products/>. Accessed April 22, 2013.
11. Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines and Recommendations: A CDC Primer*. Atlanta, Georgia: Office of the Associate Director for Science Centers for Disease Control and Prevention;2012.
12. Davino-Ramaya C, Krause LK, Robbins CW, et al. Transparency matters: Kaiser Permanente's National Guideline Program methodological processes. *The Permanente journal*. Winter 2012;16(1):55-62.
13. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Canadian Task Force on Preventive Health Care Procedure Manual. 2011;
<http://canadiantaskforce.ca/methods/methods-manual/>. Accessed April 22, 2013.
14. Gutiérrez GC, Bossert T, Espinosa JQ, et al. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2010;
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20METODOLOGICA%20PARA%20LA%20ELABORACION%20DE%20GU%20DE%20ATENCION%20INTEGRAL.pdf>. Accessed April 22, 2013.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud: Manual metodológico. 2007; <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html>. Accessed April 22, 2013.
16. German Association of the Scientific Medical Societies (AWMF) - Standing Guidelines Commission. AWMF Guidance Manual and Rules for Guideline Development, 1st Edition, English Version. 2012; <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-guidance.html>. Accessed May 2, 2014.
17. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):14.
18. American College of Cardiology Foundation and American Heart Association. Manuscript Development Process. 2010;
http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/PoliciesDevelopment/Policies-Development_UCM_316897_Article.jsp. Accessed April 22, 2013.
19. New Zealand Guidelines Group. *Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines*. Wellington: New Zealand Guidelines Group;2001.

20. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Preventive Services Task Force Procedure Manual. 2008; <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/methods/procmanual.htm>. Accessed April 22, 2013.
21. National Health and Medical Research Council. Procedures and requirements for meeting the 2011 NHMRC standard for clinical practice guidelines. 2011; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp133-and-cp133a>. Accessed April 22, 2013.
22. Ministerio de Salud. Norma técnica para la elaboración de guías de practica clinica. 2005; http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1176_DGSP196.pdf. Accessed April 22, 2013.
23. Qaseem A, Forland F, Macbeth F, Ollenschlager G, Phillips S, van der Wees P. Guidelines International Network: Toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 2012;156(7):525-531.
24. Institute of Medicine Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. 2011; http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=13058. Accessed April 22, 2013.
25. European Society of Cardiology. Recommendations for Guidelines Production. 2010; <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/about/Pages/rules-writing.aspx>. Accessed April 22, 2013.
26. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, et al. Guideline Funding and Conflicts of Interest: Article 4 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):234-242.
27. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2010;182(18):E839-E842.
28. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):13.
29. National Institute for Health and Clinical Excellence. How NICE clinical guidelines are developed: An overview for stakeholders, the public and the NHS. 5th Edition. 2012; <http://publications.nice.org.uk/pmg6f>. Accessed April 22, 2013.
30. Jacobs AK, Kushner FG, Ettinger SM, et al. ACCF/AHA clinical practice guideline methodology summit report: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(2):213-265.

31. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 12. Incorporating considerations of equity. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):24.
32. Cluzeau F, Wedzicha JA, Kelson M, et al. Stakeholder Involvement: How to Do It Right: Article 9 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):269-273.
33. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 5. Group processes. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):17.
34. Wilt TJ, Guyatt G, Kunz R, et al. Deciding What Type of Evidence and Outcomes to Include in Guidelines: Article 5 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):243-250.
35. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, Slutsky J, Grimshaw J, Deshpande AM. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med*. 2003;139(6):493-498.
36. Atkins D, Perez-Padilla R, MacNee W, Buist AS, Cruz AA. Priority Setting in Guideline Development: Article 2 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):225-228.
37. Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P, Schunemann H, Woolf S. Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline group composition and functioning and conflicts of interest. *Implementation Science*. 2012;7(1):60.
38. Burgers JS, Anzueto A, Black PN, et al. Adaptation, Evaluation, and Updating of Guidelines: Article 14 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):304-310.
39. Esandi ME, Luca MD, Chapman E, Schapochnik N, Bernztein R, Otheguy L. Guía para la adaptación de Guías de Práctica Clínica. 2008; <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/GuiadeGuias.pdf>. Accessed April 22, 2013.

40. Schunemann HJ, Woodhead M, Anzueto A, et al. A guide to guidelines for professional societies and other developers of recommendations: Introduction to integrating and coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):215-218.
41. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw J, Schunemann H, Eccles M. Developing clinical practice guidelines: reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implementation Science*. 2012;7(1):62.
42. Yawn BP, Akl EA, Qaseem A, Black P, Campos-Outcalt D. Identifying Target Audiences: Who Are the Guidelines For?: Article 1 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):219-224.
43. Guyatt GH, Norris SL, Schulman S, et al. Methodology for the development of antithrombotic therapy and prevention of thrombosis guidelines: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141(2 Suppl):53S-70S.
44. National Institute for Health and Clinical Excellence. The guidelines manual: Appendix A – Agreements and advice for Guideline Development Group members. 2012; <http://publications.nice.org.uk/pmg6a>. Accessed April 22, 2013.
45. National Health and Medical Research Council. Guideline Development and Conflicts of Interest: Identifying and Managing Conflicts of Interest of Prospective Members and Members of NHMRC Committees and Working Groups Developing Guidelines. 2012; <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-and-publications/information-guideline-developers/guideline-development-and-conflicts>. Accessed April 22, 2013.
46. Woolf S, Schunemann H, Eccles M, Grimshaw J, Shekelle P. Developing clinical practice guidelines: types of evidence and outcomes; values and economics, synthesis, grading, and presentation and deriving recommendations. *Implementation Science*. 2012;7(1):61.
47. Kelson M, Akl EA, Bastian H, et al. Integrating Values and Consumer Involvement in Guidelines with the Patient at the Center: Article 8 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):262-268.

48. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):22.
49. Boyd E, Bero L. Improving the use of research evidence in guideline development: 4. Managing conflicts of interests. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):16.
50. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Conflict of Interest Policy. 2011; <http://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=7582&contextId=1377>. Accessed April 22, 2013.
51. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 14. Reporting guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):26.
52. Schunemann H, Oxman A, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 6. Determining which outcomes are important. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):18.
53. Fabbri LM, Boyd C, Boschetto P, et al. How to Integrate Multiple Comorbidities in Guideline Development: Article 10 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):274-281.
54. National Institute for Health and Clinical Excellence. Positively Equal: A guide to addressing equality issues in developing clinical guidelines. 2012; <http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developingniceclinicalguidelines/PositivelyEqual.jsp>. Accessed July 5, 2013.
55. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):19.
56. Hofmann B. Toward a procedure for integrating moral issues in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. Summer 2005;21(3):312-318.
57. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 8. Synthesis and presentation of evidence. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):20.

58. Guyatt G, Akl EA, Oxman A, et al. Synthesis, Grading, and Presentation of Evidence in Guidelines: Article 7 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):256-261.
59. Edejer T. Improving the use of research evidence in guideline development: 11. Incorporating considerations of cost-effectiveness, affordability and resource implications. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):23.
60. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):25.
61. Hill SR, Olson LG, Falck-Ytter Y, et al. Incorporating Considerations of Cost-Effectiveness, Affordability, and Resource Implications in Guideline Development: Article 6 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):251-255.
62. Schunemann H, Fretheim A, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):21.
63. Wilson KC, Irwin RS, File TM, Schünemann HJ, Guyatt GH, Rabe KF. Reporting and Publishing Guidelines: Article 12 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):293-297.
64. Schünemann HJ, Oxman AD, Akl EA, et al. Moving from Evidence to Developing Recommendations in Guidelines: Article 11 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):282-292.
65. Oxman A, Schunemann H, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 16. Evaluation. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):28.
66. Fretheim A, Schunemann H, Oxman A. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Research Policy and Systems*. 2006;4(1):27.

67. Grimshaw JM, Schünemann HJ, Burgers J, et al. Disseminating and Implementing Guidelines: Article 13 in Integrating and Coordinating Efforts in COPD Guideline Development. An Official ATS/ERS Workshop Report. *Proceedings of the American Thoracic Society*. 2012;9(5):298-303.
68. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care Document Assessment and Review Protocol. 2012; http://www.cancercare.on.ca/about/programs/pebc/document_review/. Accessed April 22, 2013.