**医疗机构人体器官移植**

**执业资格认定申报表**

省份：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请医院名称:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请项目:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

二〇 年 月

**申 报 概 要**

**1.\_\_\_\_\_\_\_医院概况**

**2.\_\_\_\_\_\_医院综合技术能力**

**3.\_\_\_\_\_\_\_医院现有条件已达到人体器官移植技术管理规范相关要求**

**4. 医院人体器官捐献开展情况**

**5.\_\_\_\_\_\_\_医院**

1. **一般情况**

|  |  |
| --- | --- |
| 医院名称 | 第一冠名 |
| 第二冠名 |
| 医疗机构执业许可证 | 登记号 | 有效日期 |
|  |  |
| 院 长 | 姓名 | 最高学历 | 现任职时间 |
|  |  |  |
| 与高等院校所属关系 | □附属医院 □教学医院 □无 |
| 医院等级 |  |
| 医院类型 | □综合性 □专科 |
| 移植指导医院 |  |
| 核定床位数 |  | 开放床位数 |  |
| 医院地址 |  |
| 分部地址 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 编 |  | 传真 |  |
| 分管院长 | 职务 | 职称 | 手机 |
|  |  |  |  |
| 职能部门负责人 | 部门 | 职务 | 职称 | 手机 |
|  |  |  |  |  |

1. **相关学科基本情况**

|  |
| --- |
| **（一）相关专业科室情况（请填写申报相关学科）** |
| 普通外科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位 |  |
| 普通外科（肝胆专业） | 已开展工作时间 |  | 开设床位 |  |
| 泌尿外科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位 |  |
| 胸外科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位 |  |
| 心脏外科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位 |  |
| 重症监护病房 | 已开展工作时间 |  | 开设床位 |  |
|  移植病房 | 有无独立的 移植病房 | 有□ 无□ |
| 开设床位 |  |
| 氧气通道 | 有□ 无□ | 监护系统 | 有□ 无□ | 负压吸引系统 | 有□ 无□ |
| 手术室 | 有无肝脏移植专用手术室 | 有□ 无□ |
| 肝脏移植专用手术室面积 |  40平米以上 □ 40平米以下 □ |
| 是否达到I级洁净标准 | 是□ 否□ |
| 重症监护室 | 设置符合规范要求，达到III级洁净辅助用房标准 | 是□ 否□ |
| 开设床位 | 不少于10张□少于10张□ | 每病床净使用面积 | 不少于15平米 □少于15平米 □ |
| 符合普通外科（肝胆专业）危重病人救治要求 | 是□ 否□ |
| 空气层流设施 | 有□无□ | 呼吸机 | 有□无□ | 多功能监护仪 | 有□无□ |
| 能够开展有创监护项目和有创呼吸机治疗 | 有□ 无□ |
| 有无持续性床旁血液滤过设备 | 有□ 无□ |
| 有无床边生化检测仪 | 有□ 无□ |
| 血液净化室 | 有无独立的血液净化室 | 有□ 无□ |
| 血液净化设备数量 | 20台以上□20台以下□ |
| 有无人工肝支持系统和设备 | 有□ 无□ |
| 实验室 | 能否开展免疫抑制剂血药浓度检测 | 能□ 否□ |
| 能否开展PRA和HLA检测 | 能□ 否□ |
| 病理科 | 能否开展移植器官组织活检的病理诊断 |  能□ 否□ |
| 介入科 | 能否独立进行介入诊治 |  能□ 否□ |
| 心/肺功能室 | 有无独立的心/肺功能室 |  有□  无 □ |
| 不同功能肺功能设备数量 | 5台以上 □ 5台以下 □ |
| 心肺运动仪 |  有□  无 □ |
| 支气管镜室 | 能否开展TBLB、EBUS检查及术后气道管理 |  能□ 否 □ |

|  |
| --- |
| **（二）移植项目负责人  移植**  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 所在科室 |  | 执业医师资格证书编号 |  |
| 毕业院校 |  |
| 学 历 |  | 学位 |  |
| 专 业 |  | 专长 |  |
| 工作年限 |  | 相应工作年限 |  |
| 职 称 |  | 获得职称时间 |  |
| 1.何时何地开始本项目的专业工作 |
| 时间 | 地点 | 项目 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2.本项目专业培训（进修）情况 |
| 时间 | 地点 | 指导医师 | 操作例数 | 参与例数 | 其他需说明情况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 个人专业工作简述（含主要科技成就）： |
| 其他 | 近三年内是否发生与同类技术有关的医疗事故：是□ 否□ |

|  |
| --- |
| **（三）相关人员 移植** |
| 学历结构 | 总计人数 | 博士 | 硕士 | 本科 | 专科及以下 |
|  |  |  |  |  |
| 职称结构 | 总计人数 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 住院医师 |
|  |  |  |  |  |
| 人体器官移植医师情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称 | 专业 | 从事专业年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（四）麻醉科相关人员** |
| 学历结构 | 总计人数 | 博士 | 硕士 | 本科 | 专科及以下 |
|  |  |  |  |  |
| 职称结构 | 总计人数 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 住院医师 |
|  |  |  |  |  |
| 主要人员情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称 | 专业 | 从事专业年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（五）相关设备** |
| 设备名称 | 设备情况（型号、产地、数量等） |
| 磁共振（MRI） |  |
| 计算机X线断层摄影（CT） |  |
| 彩色多普勒超声波诊断仪 |  |
| 床边X光机 |  |
| 纤维胃镜 |  |
| 纤维胆道镜 |  |
| 肺功能测定仪 |  |
| 快速冰冻切片设备 |  |
| 器官移植专用器械 |  |
| 供体器官摘取与保存的药品与器械 |  |
| 人工膜肺（ECMO） |  |
| 心肺运动仪 |  |

|  |
| --- |
| **（六）项目所在科室的专用设备、设施及工作基础** |
| 场所情况 |  | 独立病区   个 | 独立病床   张 |
| 其他场所情况︵包括专用实验室︶ | 场所名称 | 面积（平方米） |
|  |  |
| 专用设备情况 |  | 设备名称 | 型号及产地 | 台数 |
| 必备设备 | 体外循环呼吸支持设备 |  |  |
| 应有设备 | 多功能监护仪 |  |  |
| 目前已开展同类技术应用情况 | 已开展项目（具体名称） | 开展时间（年） | 已开展该项目总数 | 手术成功率（%） | 3年/5年生存率（%） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**三、相关制度建设情况**

|  |
| --- |
|  |

1. **人体器官捐献案例统计**

|  |
| --- |
| **申请医院所在区域器官获取组织（OPO）：**  |
| 年度 | 捐献案例数 | 捐献器官数量 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 人体器官捐献案例详情 | 捐献者姓名 | 住院号 | 捐献日期 | 分配系统中捐献者编号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**五、需说明的其他情况**

|  |
| --- |
|  |

**六、各级单位意见**

|  |
| --- |
|  **医院意见：** **盖 章** **日 期** |
|  **(省、自治区、直辖市)专家组审核意见：****专家组成员：** **专家 组长：** **日 期** |
|  **(省、自治区、直辖市)卫生计生委审核意见：** **盖 章** **日 期** |

（注：本申请表各表格均可续页）