**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）