附件3

**中西医协同“旗舰”科室建设项目**

**申报书**

(适用于综合医院、专科医院、妇幼保健院**非中医临床科室**申报使用)

**申报专科名称：**

**专科负责人：**

**所属医疗机构： ( 盖 章 )**

**所属医疗机构法人代表：**

**联 系 人：**

**手 机：**

**电 子 邮 箱：**

**上级主管部门： ( 盖 章 )**

**国家中医药管理局**

**2023年5月**

一、申报医院基本情况(带★需提供佐证材料，下同)

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称(第一名称) |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 三级甲等医疗机构 | 是□ 否□ |
| 机构类别（仅可选一项） | 综合医院□ 专科医院□ 妇幼保健院□ |
| 职工总数 名 | 专业技术人员 名 |
| ★中药房设置达到《医院中药房基本标准》 | 是□ 否□ |
| ★医院中药药学服务能满足专科中医诊疗需要 | 是□ 否□ |
| 全院编制床位总数 张 |
| 全院实际开放床位总数 张 |
| 全院有编制床位的临床科室数 个 |
| 全院年门诊诊疗人次数 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 人次 | 人次 | 人次 |
| 全院年出院患者总人次数 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 人次 | 人次 | 人次 |
| 国家三级公立医院绩效考核等级 | 2019年 | 2020年 | 2021年 |
|  |  |  |

二、申报专科服务规模及能力

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科室名称及代码 |  | 是否为一级临床科室 | 是□ 否□ |
| 门诊诊室面积 | m² | 病房面积 | m² |
| 专科编制床位数 | 张 | 专科实际开放床位数 | 张 |
| ★中西医结合重点病种联合门诊 | 个 |
| ★设置亚专科 | 开设亚专科： 个 |
| 亚专科方向1： |
|  亚专科方向2： |
|  亚专科方向3： |
| 亚专科方向4： （多方向可加行）  |
| ★中西医协同治疗疗效显著的病种，且制定了中西医结合诊疗方案 | 病种数： 个 |
| 病种名称1： |
| 病种名称2： （多病种可加行）  |
| 注：以上病种请提供相应的具体诊疗方案以及申报专科中西医协同治疗该病种疗效显著的循证评价证据等支撑材料。 |
| 专科年门诊总人次数（门诊总人次数仅以门诊挂号数统计。不包括急诊患者、健康体检者、仅核酸检测者。） | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 人次 | 人次 | 人次 |
| 专科年出院患者总人次数（出院患者总人次数是指出院人数，即年度内所有住院后出院的人数，包括医嘱离院、医嘱转其他医疗机构、非医嘱离院、死亡及其他人数，不含家庭病床撤床人数。） | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 人次 | 人次 | 人次 |
| 专科出院患者应用中成药（含医疗机构中药制剂）的人次数 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 人次 | 人次 | 人次 |
| 专科出院患者应用中药饮片（含散装中药饮片、小包装中药饮片）的人次数 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 人次 | 人次 | 人次 |
| 专科出院患者应用中药配方颗粒的人次数 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 人次 | 人次 | 人次 |
| 专科出院患者使用过中医非药物疗法的人次数 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 人次 | 人次 | 人次 |
| ★专科年均申请中医会诊次数 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 次 | 次 | 次 |
| ★专科开展的中医医疗技术 | 种(注：列明具体名称) |
| ★专科中医临床科研平台 | 省部级及以上重点实验室 是□ 否□（若是，请填具体名称）：  |
| 省部级及以上临床医学研究中心 是□ 否□（若是，请填具体名称）： |
| 国家中医药管理局重点研究室 是□ 否□（若是，请填具体名称）： |
| 国家中医药管理局重点学科 是□ 否□（若是，请填具体名称）： |
| 其他： |
| ★近5年承担过省部级以上中西医结合、中医专业科研项目 | 项目来源 | 项目名称 | 项目经费 | 起止时间 | 负责人 |
|  |  |  |  |  |
| （多项课题可加行） |  |  |  |  |
| 严重违反医疗卫生行风建设有关要求行为 | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 有□ 无□ | 有□ 无□ | 有□ 无□ |
| 二级以上医疗事故（医疗事故中医疗过失行为责任程度为完全责任或主要责任） | 2020年 | 2021年 | 2022年 |
| 有□ 无□ | 有□ 无□ | 有□ 无□ |
| 严重医院感染事件 | 有□ 无□ |

三、申报专科科研及人才队伍情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ★科室在职人员 | 正高 | 副高 | <45岁高级职称人员 | 博导 | 硕导 | 博士后 | 博士 | 硕士 | 学士 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 科室主任 | 执业医师类别 |  |
| 参加系统的“西学中”培训 | 是□ 否□ |
| 科室副主任（如无，可不填写） | 执业医师类别 |  |
| 参加系统的“西学中”培训 | 是□ 否□ |
| 中医类别执业医师 |  人 |
| 备注：中医类别执业医师指的是国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统（简称电子化注册系统）显示已激活状态并在册的中医专业、中西医结合专业、民族医专业、中医（专长）医师的数量。不含“西学中”人员。 |
| 临床类别执业医师 | 人  |
| 其中：“西学中”人员 人（“西学中”人员指经过2年以上中医药知识和技能系统培训的临床类别医师）接受中医药专业知识培训 人 |
| ★制定实施“西学中”人才培养计划 | 是□ 否□ |
| ★中医临床科室固定派驻的中医类别执业医师（如无，可不填写）备注：中医类别执业医师指的是国家医疗机构、医师、护士电子化注册系统（简称电子化注册系统）显示已激活状态并在册的中医专业、中西医结合专业、民族医专业、中医（专长）医师的数量。不含“西学中”人员。 |  人  |
| ★专科学术带头人在本专业领域学术地位情况 | 类别 | 人数 | 姓名 |
| 院士 |  |  |
| 国医大师 |  |  |
| 国家千人计划入选者 |  |  |
| 全国名中医 |  |  |
| 国家师承指导老师 |  |  |
| 岐黄工程首席科学家 |  |  |
| 岐黄学者 |  |  |
| 青年岐黄学者 |  |  |
| 长江学者 |  |  |
| 国家杰青 |  |  |
| 国家优青 |  |  |
| 国家万人计划入选者 |  |  |
| 省名中医 |  |  |
| 省杰青 |  |  |
| 省优青 |  |  |
| 其他 |  |  |
| ★专科学术带头人社会兼职 | 兼职学会 | 分会 | 主委任职状态（曾任、现任或候任） | 姓名 |
| 中国中西医结合学会 |  |  |  |
|  |  |  |
| 中华中医药学会 |  |  |  |
|  |  |  |
| 中华医学会 |  |  |  |
|  |  |  |
| 其他 |  |  |  |
| ★近5年主持获得省部级（含中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会）及以上科学技术进步奖（中医、中西医结合方向） | 奖励部门 | 主要完成人 | 项目名称 | 奖励等级 | 奖励年份 |
|  |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |
| ★近5年主持制定由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会发布的诊疗方案（包括诊疗指南、专家共识） | 年份 | 第一完成人/牵头起草人 | 名称 |
|  |  |  |
| 其他 |  |  |
| ★研究成果实现转化 | 项(注：请列出转化案例详细信息) |
| ★专科建设辐射带动能力（如牵头成立中西医结合专科/专病医联体、联盟等） |  |

四、机制与保障

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医院对中西医结合工作组织管理及制度建设情况 | ★建立中西医协同发展机制和多学科诊疗体系并纳入医院核心管理制度 | 是□ 否□ |
| ★将中西医联合查房、会诊纳入医疗管理制度 | 是□ 否□ |
| ★将中医及中西医结合医疗实践和效果纳入绩效考核 | 是□ 否□ |
| ★针对中西医结合工作有定期研究并实施推进的相关措施，支持中西医结合发展 | 是□ 否□ |
| 近三年专科经费投入情况 |
| 年度 | 投入金额（万元） | 经费来源 | 主要用途 |
| 2020年 |  |  |  |
| 2021年 |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |
| 总计 |  |  |  |
| 医院对本建设项目相关承诺 | 每年投入的配套经费 | 万元（附承诺函） |
| 医院主管单位或政府财政部门支持政策（如有） | 给予建设单位经费匹配 | 万元（附支持文件） |

**五、建设计划**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 时间 | 建设内容 | 预期指标 |
|  |  |  |

六、真实性声明

|  |
| --- |
| 本单位承诺所提供的资料真实、有效，愿意承担全部法律责任。机构法定代表人(签字):单位公章年 月 日 |

七、省级有关部门审核意见

|  |
| --- |
| 省级中医药主管部门审核意见：负责人签名：部门(单位)印章： 年 月 日 |