

国家卫生健康委医院管理研究所

国家卫生健康委医院管理研究所关于开展 2023 年减重代谢外科规范化建设与质量 提升项目建设单位申报工作的通知

各有关单位：

为进一步实现提高医疗机构减重代谢外科诊疗规范化、科学化、同质化水平的目标，为我国肥胖代谢病患者提供优质医疗卫生服务，我单位开展了“减重代谢外科规范化建设与质量提升项目”（以下简称“项目”）。根据项目工作安排，经研究，我单位决定进行 2023 年项目建设单位（第一批）申报的工作，现将有关事项通知如下：

一、申报要求

申报单位应满足申报要求，包括医疗机构基本要求和医疗团队要求等，具体内容见附件 1。

二、申报流程

（一）申请时间：2023 年 3 月 13 日至 4 月 9 日。

（二）请申报单位认真填写减重代谢外科规范化建设与质量提升项目医院申请表，并扫描下方二维码填写申请表内容，申请表见附件 2。



(三) 请申报单位将申请表原件(签字并加盖公章)及证明材料复印件装订成册, 邮寄至项目管理办公室。

(四) 请申报单位将寄送材料电子扫描版(PDF格式)发送至邮箱 ncis@niha.org.cn, 邮件主题为“减重代谢外科项目申报材料+医院名称”。

(五) 申请结束后, 我单位将组织项目专家委员会进行评审。根据评审结果, 确定2023年度减重代谢外科规范化建设与质量提升项目全国示范单位、区域卓越单位和省级基地单位。

三、其他事项

(一) 医疗机构应如实填写申请表内容, 一经发现虚假填报, 将取消评审资格。

(二) 申请证明材料应真实有效、清晰可查。申报单位各份电子扫描(PDF格式)档案。

(三) 申报材料邮寄地址为: 北京市海淀区首体南路6号院3号楼308室, 龚建华 18148531400 收。

四、联系方式

联系人：医疗质量监测与控制研究室 龚建华 尹畅

联系电话：010-81138551、8557

联系邮箱：ncis@niha.org.cn

附件：1. 申报要求

2. 医院申请表

国家卫生健康委医院管理研究所

2023年3月9日



附件 1

申报要求

一、医疗机构基本要求

- (一) 重视并常规开展减重代谢外科诊疗工作；
- (二) 原则上医疗机构级别为三级；
- (三) 减重代谢外科手术年手术量大于 100 台；
- (四) 具备开展减重代谢外科手术专用器械，例如腹腔镜手术设备、加长杆的切割闭合器、适用于厚组织的缝钉、加长穿刺器、配备兼具加长杆身及大血管凝闭的智能能量系统刀头等。
- (五) 熟练掌握并开展减重代谢外科诊疗指南推荐手术方式的两种，包括但不限于腹腔镜胃袖状切除术、腹腔镜 Roux-en-Y 胃旁路术。

二、诊疗团队要求

- (一) 建设单位负责人具有副高级及以上职称。
- (二) 具有开展减重代谢外科诊疗的专业团队，其中，副主任医师及以上技术职称人员至少 1 名。
- (三) 重视诊疗规范和质量控制，保障患者安全。

附件 2

减重代谢外科规范化建设与质量提升 项目医院申请表

| 单位情况信息 | | | | | |
|---------------------------|--------|-------|---|------------|--|
| 医疗机构名称 | | | 所在省市 | | |
| 医院级别 | | 拟申请级别 | <input type="checkbox"/> 全国 <input type="checkbox"/> 区域 <input type="checkbox"/> 省级 | 申请级别是否接受调整 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 通讯地址 (邮编) | | | | | |
| 所在科室主任 姓名 | | | 技术职称 | | |
| 联系电话 | | | 联系邮箱 | | |
| 第一例减重代谢 手术开展时间 | | | 具体手术名称 | | |
| 2021 年度 减重代谢外科手 术治疗 | _____台 | | 腹腔镜胃袖状切除术_____台 腹腔镜 Roux-en-Y 胃旁路术_____台 腹腔镜单吻合口胃旁路手术_____台 其他术式 _____台 (术式分别为_____) | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 2022 年度 减重代谢外科手 术治疗 | _____台 | 腹腔镜胃袖状切除术____台 腹腔镜 Roux-en-Y 胃旁路术____台 腹腔镜单吻合口胃旁路手术____台 其他术式 _____台 (术式分别为_____) | |
| 自第一例手术至 2022 年 已累计开展减重手术 | | _____台，其中修正手术____台 | |
| 自第一例手术至 2022 年累计减重 手术后并发症 发生情况 | 漏：_____台 出血：_____台 梗阻：_____台 死亡：_____台 | | |
| 减重代谢外科 床位数 | _____张 | 是否具备 MDT 团队 | <input type="checkbox"/> 已建立 MDT 团队 <input type="checkbox"/> 未建立 MDT 团队 |
| 减重代谢外科 术者人数 | _____人 | 外科术者团队 副高以上人数 | _____人 |
| 是否有 个案管理师 | <input type="checkbox"/> 是，_____人 <input type="checkbox"/> 否 | 是否开设 专科门诊 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 手术专用器械 (可多选) | <input type="checkbox"/> 腹腔镜手术设备 <input type="checkbox"/> 加长杆的切割闭合器 <input type="checkbox"/> 加长穿刺器 <input type="checkbox"/> 适用于厚组织的缝钉 <input type="checkbox"/> 配备兼具加长杆身及大血管凝闭的智能能量系统刀头 | | |
| 单位项目负责人信息 | | | |
| 项目负责人姓名 | | 项目负责人年龄 | |

| | | | |
|---|---|---------------|--|
| 项目负责人性别 | | 从事本专业年数 | |
| 项目负责人 技术职称 | | 项目负责人 行政职务 | |
| 联系电话 | | 联系邮箱 | |
| 项目负责人工作 经历 | | | |
| 项目负责人 社会任职 | | | |
| 近五年，减重代 谢外科参与过的 减重代谢外科相 关临床研究或课 题及担任的角色 | | | |
| 近五年减重代谢 外科发表减重代 谢代表性文章 (5篇内) | | | |
| 项目负责人签字 | <p>承诺以上信息真实有效，签字：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | |

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| 科室主任意见 (请签字是否同意 并签字盖章) | 签字： 年 月 日 |
| 医疗机构 审核意见 (请签字是否同意 并签字盖章) | 签字： 年 月 日 |

填表说明：

1. 所填报信息应当真实有效并提供相关证明材料，如资质证明、病例等；
2. 每家医院可申请一个级别，将根据拟申请级别予以评审。
3. 减重代谢外科诊疗能力内容填写年度为 2021、2022 年度。
4. 加盖公章应当为医疗机构公章。
5. 并发症填写：漏--造影或者 CT 诊断；出血--术后 Hb 下降 20g/l 以上。
6. 修正手术：包括无论是自己的术后患者还是来自其他医院的患者。