

国家卫生健康委医院管理研究所

关于征集“儿童早期矫治规范化诊疗项目” 建设单位（第二批）的通知

各有关单位：

为推动“儿童早期矫治规范化诊疗项目”（以下简称“项目”）进展，我单位2023年3月开展项目建设单位征集工作并于7月公布项目第一批建设单位名单。为进一步扩大项目覆盖，经研究，我单位决定开展项目建设单位（第二批）征集工作，具体事宜通知如下：

一、建设单位征集标准

（一）机构具有较高的儿童早期矫治专科开展意愿，开展儿童错颌畸形的预防、阻断、治疗。

（二）机构具有较高的儿童早期矫治专科管理水平。

（三）机构须有至少2间儿童早期矫治诊室、2把儿童早期矫治牙椅位和1个口腔功能管理功能区。

（四）机构须有至少2名主治及以上职称医生参加启颜计划-儿童早期矫治规范化诊疗项目医生研讨会。

（五）机构须有至少1名护士及以上职称人员参加启颜计划-儿童早期矫治规范化诊疗项目口腔功能管理研讨会。

(六) 机构须积极承担所在区域的儿童错骀畸形预防、阻断、治疗的科普和教育工作。

二、征集流程

(一) 申请时间：2023年7月28日至10月31日。

(二) 请有意申报的医疗机构认真填写项目建设单位申请表(见附件)并加盖公章，于10月31日前将加盖公章的电子版(PDF格式)发送至联系邮箱。

(三) 2023年10月31日后，我单位将组织项目专家委员会进行评审，根据评审结果，最终确定项目建设单位名单。

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，将取消建设单位资格。

(二) 申请证明材料应真实有效、清晰可查。

四、联系方式

联系人：医疗质量监测与控制研究室 许明璐

联系电话：010-81138557、8551

联系邮箱：earlyortho@niha.org.cn

附件：项目建设单位申请表

国家卫生健康委医院管理研究所

2023年7月28日



附件

儿童早期矫治规范化诊疗项目建设单位 申请表

申报机构（盖章）：_____

单位联系人：_____

联系电话：_____

电子邮箱：_____

申请日期：_____

一、机构儿童早期矫治业务基本情况

机构名称			
机构类别	公立口腔专科医院 <input type="checkbox"/> 公立综合医院 <input type="checkbox"/> 私立 <input type="checkbox"/>		
医院等级	(若机构类别是公立医院, 填写该项)		
机构地址			
项目负责人		联系电话	
儿童早期矫治隶属科室		儿童早期矫治开展年限	
年儿童就诊人次 (12周岁及以下患者)		牙椅位数(把)	
医生人员数(人)		医护人员比例	
高级职称人数(人)		中级职称人数(人)	

二、机构教育能力

近3年内(2020-2022年)主办学术会议 情况 (会议名单附后)		口腔类	矫治类
	国际性(场/次)		
	全国性(场/次)		
	省级(场/次)		

三、申请材料目录

1. 医疗机构执业许可证
2. 医疗机构情况说明(1500字左右)
 - 2.1 医疗机构总体概况
 - 2.2 医疗机构儿童早期矫治业务人员情况(医护人员数量、学历、职称、年龄配置;

学科带头人介绍等)

2.3 医疗机构儿童早期矫治业务相关设备配置及投入情况

2.4 医疗机构儿童早期矫治业务服务能力情况（服务量、辐射范围等）

2.5 医疗机构儿童早期矫治业务主要诊疗技术开展情况

2.6 近年儿童早期矫治专业相关科研项目及成果

2.7 其他相关情况说明

3. 近3年（2020-2022年）主办学术会议名单及相关材料

4. 参加启颜计划-儿童早期矫治规范化诊疗项目研讨会相关证明材料

5. 区域儿童早期矫治规范化诊疗项目推广工作相关证明材料

四、单位意见

单位法人签字：_____

单位（盖章）：_____

注：数据填报以2022年为准。