**附件1**

申报编号：

**乙肝临床治愈门诊规范化建设与能力提升项目示范/培育基地申报书**

申 报 单 位：

负 责 人：

联 系 人：

申 报 时 间： 年 月 日

2023年12月

**填报说明**

一、申报书的各项内容应实事求是逐条认真填写。表达明确、严谨。外来语应同时使用原文和中文表达。第一次出现的缩写词，须标注出全称。

二、申报书文本采用A4纸。对篇幅不够的栏目可自行加页。

三、封面右上角“申报编号”由国家卫生健康委医院管理研究所填写。

四、申报单位提交申报材料时，应包含“基地申报书word版、申报书签字盖章扫描版（PDF版）、支撑材料word版、化验单pdf附件”四项内容，打包发送至项目组邮箱（yglczymz@126.com）。

五、申报支撑材请按照本申报书第二部分“申报要求”中的相关描述提供。除已实现乙肝临床治愈的本院患者化验单需另外提供pdf附件外，其余需提供支撑材料请根据要求，统一在申报书“基本情况信息表”或“支撑材料模板”文档中进行填写收集。医疗机构总上报材料请以“医疗机构名称-基地申报材料”命名，压缩后发送至项目组邮箱。

一、基本情况信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构全称 |  | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构  级别和类别 | 三级□ 二级□ 其他□  综合医院□ 专科医院□ （请勾选对应级别和类别R） | | | | | | | | | | | |
| 拟申报  基地类型 | 示范基地□ 培育基地□  （如勾选示范基地，需完成申报要求表中的所有填写项） | | | | | | | | | | | |
| 基地负责人  （学科带头人） | 姓名 | |  | | 性别 |  | 职务 | |  | | 手机 |  |
| 科室 | |  | | 年龄 |  | 专业技术  职称 | |  | | 邮箱 |  |
| 联系人 | 姓名 | |  | | 性别 |  | 年龄 | |  | | 手机 |  |
| 科室 | |  | | 职务 |  | 专业技术  职称 | |  | | 邮箱 |  |
| 联系  地址 | |  | | | | | | | | | |
| 申请基地情况介绍（医院和科室简介） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 基地负责人简介 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 乙肝临床治愈门诊发展目标和中长期规划 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 乙肝临床治愈门诊医师团队成员信息 | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | | 学历 | 科室 | | | 职务/职称 | | 任务分工/主要研究方向 | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |
|  |  |  | |  |  | | |  | |  | | |

二、申报要求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申报条件** | **是否符合/情况说明** | **支撑材料** |
| 1-1. 医院级别满足相应基地申报要求。（示范基地：三级以上；培育基地：二级以上） | 三级 二级 | 请在支撑材料中提供国家卫生健康委员会认证截图 |
| 1-2. 已经开设乙肝临床治愈门诊且成功运行一段时间。（示范基地：至少半年；培育基地：至少三个月） | 乙肝临床治愈门诊成立时间： 年 月 日  运行持续时间： 个月 | 请在支撑材料中提供院内审批、门诊指示等相关截图或其他证明 |
| 1-3. 在院内挂号系统内实现“乙肝临床治愈”相关预约挂号。 | 是 否 | 请在支撑材料中提供预约挂号相关截图或其他证明 |
| 1-4. 乙肝临床治愈门诊开放时间满足一定要求。（示范基地每周不少于2个半天；培育基地每周不少于1个半天） | 每周开放时间：  个半天 | 请在支撑材料中提供相关证明 |
| 2-1. 具备乙肝临床治愈门诊专业医师团队。 | 是 否 | 请完善“乙肝临床治愈门诊专业医师团队”表格 |
| 2-2. 基地负责人应由该院乙肝临床治愈学科带头人担任；示范基地负责人应具有正高职称；培育基地负责人应具有副高或以上职称。 | 是 否 | 请完善基本情况信息表中“基地负责人简介” |
| \*\*2-3. 示范基地负责人应在国内具有一定影响力，任职省/自治区/直辖市级别学会主委或副主委。 | 是 否 | 请完善基本情况信息表中“基地负责人简介” |
| 3-1. 既往3年内，示范基地实现至少50例乙肝临床治愈案例；培育基地实现至少20例乙肝临床治愈案例； | 既往三年乙肝临床治愈案例数： 例 | 请以pdf附件形式提供已实现乙肝临床治愈的本院患者化验单 |
| 4-1. 科室有明确的乙肝临床治愈门诊发展目标和中长期规划； | 是 否 | 请完善基本情况信息表中“乙肝临床治愈门诊发展目标和中长期规划” |
| 5-1. 具备乙肝临床治愈门诊科普宣传专栏。 | 是 否 | 请在支撑材料中提供门诊科普宣传专栏相关照片及宣传内容。 |
| \*\*6-1. 既往5年内牵头发起一项全国或区域内（省/自治区/直辖市）多家医院参与的乙肝治疗相关临床研究项目，并在全国具备一定的学术影响力。 | 是 否 | 请在支撑材料中提供相关证明 |
| \*\*7-1. 既往组织过省/自治区/直辖市范围的乙肝治疗相关的规范培训，具备引领建设区域内乙肝临床治愈门诊的能力； | 是 否 | 请在支撑材料中提供相关证明，包括但不限于培训名称、场次及人数 |

注：带“\*\*”项目为示范基地申报医院必填项目，培育基地申报医院非必填。

三、项目承诺及审批意见

|  |  |
| --- | --- |
| 负责人承诺 | 申报单位依照申报书相关规定进行案例申报，且申报者对申报内容真实性负责。  基地负责人（签字）：    年 月 日 |
| 申请单位  意见及承诺 | 同意申报。  （盖章）  年 月 日 |
| 专家组  论证意见 | 经专家组评审，同意该院成为乙肝临床治愈门诊规范化建设与能力提升项目  □示范基地 □培育基地  （盖章）  年 月 日 |