附件3

**脑出血外科诊疗能力提升项目**

**基地单位申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **基地单位情况信息** | | | |
| 医疗机构名称 |  | 所在省市 |  |
| 科室主任姓名 |  | 科室主任技术职称 |  |
| 科室主任联系电话 |  | 科室主任联系邮箱 |  |
| 项目负责人姓名 |  | 项目负责人技术职称 |  |
| 项目负责人联系电话 |  | 项目负责人联系邮箱 |  |
| **基础条件情况信息** | | | |
| 取得结业证书人数  （至少1人） | 人 | 开展诊疗技术项目 | □内镜血肿清除术  □开颅血肿清除术  □血肿穿刺引流术 |
| 是否有确保开展项目相关政策与措施并有例证  （技术奖励、人才引进、耗材设备准入等） | □是 □否 | 是否有对外宣传 | □是 □否 |
| **评审条件情况信息**  脑出血外科诊疗能力情况（填报2023年度数据） | | | |
| 脑出血外科手术治疗 | 台/年 | □其中，内镜血肿清除术 台  □其中，开颅血肿清除术 台(含大骨瓣、小骨窗)  □其中，血肿穿刺引流术 台 | |
| 脑出血保守治疗 | 人/年 | 国家脑防委卒中中心 | □是 □否 |
| 脑出血术后再出血人数 | 人/年 | 脑出血院内死亡人数 | 人 |
| 神经外科床位数 | 张 | 是否具备ICU | □神外NICU（独立）  □综合ICU有神外床位  □综合ICU无神外床位 |
| 脑出血治疗团队人数 | 人 | 治疗团队副高以上人数 | 人 |
| 手术设备  （可多选） | □显微手术设备  □内镜手术设备  □立体定向手术设备 | 止血设备及耗材  （可多选） | □双极电凝  □纤丝类止血耗材  □流体类止血耗材  □明胶海绵  □骨蜡□其他 |
| 内镜通道  （可多选） | □柔性通道  □硬质通道 |
| 近五年，参与过的脑出血临床研究或课题及担任的角色 |  | | |
| 近五年发表脑出血领域文章及发表杂志 |  | | |
| 项目负责人签字盖章 | 承诺以上信息真实有效，签字：  年 月 日 | | |
| 神经外科科室主任意见  （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.所填报的信息应当真实有效。

2.脑出血外科诊疗能力内容填写年度为2023年度。

3.加盖公章应当为医疗机构公章或其行政部门章，比如医务处、科研处、院办等。