附件2

**退行性脊柱疾病规范化诊疗项目**

**医院申请表**

|  |
| --- |
| **单位情况信息** |
| 医院名称 |  | 所在省市 |  |
| 医院类型 |  |
| 通讯地址（邮编） |  |
| 项目联络人所在科室主任姓名 |  | 所在科室主任技术职称 |  |
| 项目联络人姓名 |  | 项目联络人技术职称 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 第一例脊柱外科手术开展时间 |  | 具体手术名称 |  |
| 2023年度开展脊柱外科手术 |  台 | 经皮内镜颈椎椎板切除减压术 台腰椎前路（后路）板切除减压术 台腰椎内镜手术 台其他术式 台 |
| 设立独立的脊柱外科或亚专科 | □是□否 | 是否开设专科门诊 | □是□否 |
| 重点专科建设情况 | □国家级重点专科□省市级重点专科□否 | 医院是否建立MDT团队 | □已建立MDT团队□未建立MDT团队 |
| 骨科医师团队 | 脊柱外科专科医师 人 | 其中，高级职称专家人数 |  人 |
| 护理团队 |  人 | 康复团队 |  人 |
| 团队学术任职 | □国家级骨科学会副主委及以上□省级骨科学会副主委及以上□其他骨科学会任职□无 | 脊柱外科床位数 |  张 |
| 脊柱外科科室，参照《国家卫生健康委办公厅关于印发有关病种临床路径的通知》（国卫办医函〔2019〕933号文件）制定，并在用的临床路径数量 |  个 | 2023年全院CMI值 |   |
| 2023年脊柱内镜手术占脊柱外科总手术量 | 占比 % | 2023年退行性脊柱疾病领域的指南或共识的制定数量 |  个 |
| 2023年脊柱外科患者术后一年随访率 |  % | 2023年脊柱外科术后30天内非计划再手术率 |  % |
| 2023年脊柱外科平均住院日 |  天 | 2023年脊柱外科床位使用率 |  % |
| 过去三年人均年发表SCI杂志 |  篇 | 过去三年每年主持国家级、省部级退行性脊柱疾病相关临床研究课题总数 |  项 |
| 过去三年人均年发表核心期刊论文数 |   |
| 注：人均年发表期刊数量为三年骨科团队总共发表的文章数目除以骨科团队总人数；骨科团队构成为医师、护理和康复人员总数。 |
| 既往参与退行性脊柱疾病相关临床队列研究、随机对照研究情况 | □主导过退行性脊柱疾病相关临床队列研究、随机对照研究□参与过退行性脊柱疾病相关临床队列研究、随机对照研究□未参加过 | 专职临床研究团队 | □有专职CRC团队□无专职CRC团队 |
| 过去三年继续教育项目 | □开展国家级继续教育项目□开展省级继续教育项目□未开展 | 过去三年培养进修医生 |  人 |
| 过去三年培养研究生 |  人 |  |  |
| **项目负责人信息** |
| 姓名 |  | 年龄 |  岁 |
| 性别 |  | 从事本专业时长 |  年 |
| 技术职称 |  | 行政职务 |  |
| 联系电话 |  | 联系邮箱 |  |
| 工作经历 |  |
| 社会任职 |  |
| 过去三年参与过的退行性脊柱疾病相关临床研究或课题及担任的角色 |  |
| 过去三年发表的退行性脊柱疾病领域的代表性文章 |  |
| 项目负责人签字 | 承诺以上信息真实有效，签字： 年 月 日 |
| 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（请明示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、病历等；

2.每家医院可申请一个级别，将根据拟申请级分别予以评审。

3.退行性脊柱疾病诊疗能力内容填写年度为2023年度。

4.加盖公章应当为医疗机构公章。