附件

**细菌真菌感染诊治培训项目**

**实践案例申报书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **案例名称：** |  | | |
| **申 请 人：** |  | **联系电话：** |  |
| **工作单位：** |  | | |
| **通讯地址：** |  | | |
| **邮政编码：** |  | **单位电话：** |  |
| **电子邮箱：** |  | | |
| **申报日期：** |  | | |

**国家卫生健康委医院管理研究所**

**2024年8月制**

**一、基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报单位**  **基本情况** | 医院名称 |  | | 医院级别 | |  | |
| 医院类别 |  | | 医院类型 | |  | |
| 通讯地址 |  | | 邮政编码 | |  | |
| **案例申请人** | 所在部门 |  | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | |
| 学 历 |  | | 证 件 号 | |  | |
| 电子邮箱 |  | | 手 机 号 | |  | |
| 行政职务 |  | | 技术职称 | |  | |
| 主要学术任职 |  | | | | | |
| **案例推荐人** | 所在部门 | |  | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  |
| 学 历 | |  | | 证 件 号 | |  |
| 电子邮箱 | |  | | 手 机 号 | |  |
| 行政职务 | |  | | 技术职称 | |  |
| 主要学术任职 |  | | | | | |
| **已参与项目** | 如无则空 | | | | | | |
| **是否为AMS小组成员** | 案例申请人 □是（是否为AMS小组负责人 □是 □否） □否  案例推荐人 □是（是否为AMS小组负责人 □是 □否） □否 | | | | | | |
| **改善目标**  **（可多选）** | 有利于推动细菌真菌感染诊疗能力提升  有利于抗菌药物目录优化  有利于科学管理抗菌药物（DDD、VBP等指标达成）  有利于AMS的开展  其他： | | | | | | |
| **案例标题** |  | | | | | | |
| **内容摘要（500字以内）：** | | | | | | | |

**二、案例内容**

|  |
| --- |
| **请参照以下提纲撰写，要求逻辑清晰，主题突出，层次分明，内容翔实，排版清晰。**  **1.案例背景：**本案例的实施背景及意义。  **2.案例目标：**解决的核心问题。  **3.案例实施方法与过程：**a.基本思路b.实施方法c.实施过程  **4.案例成效**  **5.其他：**作者要分享的其他内容。  **6.参考文献：**开展本课题研究的主要中外参考文献。  注：1.正文内容字数在3000-5000字，最多不超多8000字；  2.字体：宋体小四，小标题加粗；  3.行距：固定值28磅。 |

三、承诺书

|  |
| --- |
| 本人承诺对本申请书填写内容的真实性负责，保证没有知识产权争议。  本人同意主办方运用案例作为出版及学术研究等活动，并承诺本案例所有过程、记录和数据真实、可追溯。  若填报失实或违反规定，本人愿承担全部责任。  本人签字：  单位盖章：  年 月 日 |