

# 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（第三批）的通知

各有关单位：

为持续推动“儿童早期矫治规范化诊疗项目”（以下简称“项目”）进展，我单位自2023年开展项目建设单位征集工作。为进一步推动儿童早期矫治规范化诊疗，经研究，我单位决定开展项目建设单位（第三批）征集工作，具体事宜通知如下：

### 一、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）机构须积极承担所在区域的儿童错颌畸形预防、阻断、治疗的科普和教育工作的。

（五）有成员参加过儿童早期矫治规范化诊疗项目宣贯会、医生研讨会和口腔功能管理研讨会的机构优先。

### 二、征集流程

（一）申请时间：2024年10月11日至12月15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12月15日前将加盖公章的电子版(PDF格式)发送至联系邮箱。

(三) 2024年12月15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](mailto: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

2024年10月9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

(数据截止到 2024 年 9 月 30 日)

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) 注: 年度汇总数据填报时间段为 2023 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日		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 (2021-2023 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 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（2021-2023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）：\_\_\_\_\_