附件2

**医疗机构人体器官移植诊疗科目登记**

**申报表**

省、自治区、直辖市：

医院名称： （盖章）

组织机构代码：

联系人： 联系电话：

拟申报科目：

拟执业院区：

拟执业地址：

填报日期： 年 月 日

二〇二四年五月 国家卫生健康委员会制

**填表说明**

一、本申报表系国家卫生健康委员会为医疗机构人体器官移植诊疗科目登记而设计；

二、本申报表编写请使用A4普通纸张打印填报，各表格不够时，请自行加页。填写完成后，打印并签字盖章，提交原件及PDF格式的扫描件；

三、联系电话请填写座机；

四、本申报表各项内容要实事求是，逐条认真填写；

五、填报年月日为签字盖章时间；

六、**第二部分详细情况中“二、拟申请移植科目及相关学科基本情况”的“（一）”中（一A）对应肝脏移植、（一B）对应肾脏移植、（一C）对应心脏移植、（一D）对应肺脏移植、（一E）对应胰腺移植、（一F）对应小肠移植**，仅填写与拟申报诊疗科目相对应的表格，不申报的诊疗科目相关表格不填写、不打印；

七、医疗机构申报多个诊疗科目登记的，分别填报多份完整的申报表及相关材料；

八、医疗机构多院区同时申报人体器官移植诊疗科目登记的，各院区分别填报完整的申报表及相关材料；

九、医院名称填写必须与所盖公章一致，否则无效；

十、本申报表一式三份，自各级单位正式签章之日起，即作为正式申报书。

**第一部分 申 报 概 要**

一、医院概况

二、医院综合技术能力

三、拟申报人体器官移植诊疗的规章制度、技术、人员、场地、设施设备情况

四、医院人体器官捐献开展情况

五、医院已开展的人体器官移植诊疗科目情况

**第二部分 详 细 情 况**

一、一般情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医院名称 | 第一名称 |  |
| 其他名称 |  |
| 医疗机构执业许可证 | 登记号 |  |
| 有效日期 |  |
| 法人 | 姓名 |  | 职称 |  |
| 任现职时间 |  |
| 与高等院校所属关系 | □附属医院 □教学医院 □无 |
| 医院等级 |  |
| 医院类型 | □综合性 □专科 |
| 核定床位数 |  | 开放床位数 |  |
| 通讯地址 |  |
| 拟申请诊疗科目执业院区地址 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮编 |  | 传真 |  |
| 分管院长 | 姓名 |  | 职称 |  |
| 职务 |  | 手机 |  |
| 职能部门 | 部门 |  |
| 负责人 |  | 职称 |  |
| 职务 |  | 手机 |  |

二、拟申请移植科目及相关学科基本情况

|  |
| --- |
| **（一A）肝脏移植场地、设施、技术能力基本情况（按照拟申请的科目填写相应的表格）** |
| 肝脏移植病区 | 独立移植病房 | 有□ 无□ | 开设床位数 |  |
| 隔离保护区 | 有□ 无□ | 监护系统 | 有□ 无□ |
| 负压吸引系统 | 有□ 无□ | 氧气通道 | 有□ 无□ |
| 普通外科 | 开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 普通外科（肝胆专业） | 开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 上年度完成肝、胆、胰外科手术量 |  |
| 独立完成的半肝切除术、胰头癌根治术等四级手术占比（%） |  |
| 消化内科为独立病区 | 是□否□ | 开设床位数 |  |
| 手术室 | 移植专用手术室 | 有□ 无□ |
| 移植专用手术室面积 | 不少于40 m2□少于40 m2□ |
| 设置符合规范要求，达到I级洁净标准 | 是□否□ |
| 其他技术能力 | 具备人工肝支持系统和设备 | 是□ 否□ |

|  |
| --- |
| **（一B）肾脏移植场地、设施、技术能力基本情况（按照拟申请的科目填写相应的表格）** |
| 肾脏移植病区 | 独立移植病房 | 有□ 无□ | 开设床位数 |  |
| 隔离保护区 | 有□ 无□ | 监护系统 | 有□ 无□ |
| 负压吸引系统 | 有□ 无□ | 氧气通道 | 有□ 无□ |
| 泌尿外科 | 开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 上年度完成完成泌尿外科手术量 |  |
| 能够独立完成前列腺癌、膀胱癌、肾癌根治术 | 是□ 否□ |
| 上年度肾脏手术量 |  | 肾病科床位数 |  |
| 能够开展肾脏活体组织病理检查 | 是□ 否□ |
| 手术室 | 移植专用手术室 | 有□ 无□ |
| 移植专用手术室面积 | 不少于40 m2□少于40 m2□ |
| 设置符合规范要求，达到I级洁净标准 | 是□ 否□ |
| 血液透析室 | 连续性肾脏替代治疗机数量（台） |  |

|  |
| --- |
| **（一C）心脏移植场地、设施、技术能力基本情况（按照拟申请的科目填写相应的表格）** |
| 心脏移植病区 | 独立移植病房 | 有□ 无□ | 开设床位数 |  |
| 隔离保护区 | 有□ 无□ | 监护系统 | 有□无□ |
| 负压吸引系统 | 有□ 无□ | 氧气通道 | 有□无□ |
| 心脏大血管外科 | 开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 上年度完成心脏外科手术量 |  |
| 能够开展终末期心脏病的外科治疗 | 是□否□ |
| 具备主动脉内球囊反搏技术 | 是□ 否□ | 体外膜肺氧合技术 | 是□ 否□ |
| 能够开展肾脏活体组织病理检查 | 是□ 否□ |
| 心血管内科 | 独立的病区 | 是□ 否□ | 开设床位数 |  |
| 手术室 | 移植专用手术室 | 有□ 无□ |
| 移植专用手术室面积 | 不少于40 m2□少于40 m2□ |
| 设置符合规范要求，达到I级洁净标准 | 是□ 否□ |
| 具备心内膜心肌活检能力 | 是□ 否□ |
| 其他技术能力 | 具备经食管心脏超声检查能力 | 是□ 否□ |
| 具备无创性心血管成像能力 | 是□ 否□ |
| 具备弥散与灌注成像能力 | 是□ 否□ |
| 具备血液动力学检查能力 | 是□ 否□ |
| 心/肺功能室 | 有无独立的心/肺功能室 | 有□ 无□ |
| 具备肺功能设备数量 | 不少于5台□少于5台□ |
| 心肺运动仪 | 有□ 无□ |

|  |
| --- |
| **（一D）肺脏移植场地、设施、技术能力基本情况（按照拟申请的科目填写相应的表格）** |
| 肺脏移植病区 | 独立移植病房 | 有□ 无□ | 开设床位数 |  |
| 隔离保护区 | 有□ 无□ | 监护系统 | 有□无□ |
| 负压吸引系统 | 有□ 无□ | 氧气通道 | 有□无□ |
| 胸外科 | 开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 上年度完成胸外科手术量 |  |
| 能够开展胸腔镜下肺癌根治术、复杂肺切除手术及纵膈肿瘤手术等 | 是□否□ |
| 具备开展气管及支气管成形术 | 是□ 否□ | 具备开展肺动脉袖状成形术 | 是□否□ |
| 呼吸内科 | 开设床位数 |  | 独立病区 | 是□否□ |
| 手术室 | 移植专用手术室 | 有□ 无□ |
| 移植专用手术室面积 | 不少于40 m2□少于40 m2□ |
| 设置符合规范要求，达到I级洁净标准 | 是□ 否□ |
| 具备肺组织活检能力 | 是□ 否□ |
| 其他技术能力 | 能够开展无创性肺部成像 | 是□ 否□ |
| 能够开展肺血流和灌注成像以及肺通气检测 | 是□ 否□ |
| 能够开展弥散功能检测 | 是□ 否□ |
| 能够开展残气量测定检测 | 是□ 否□ |
| 能够开展气道高反应性测定 | 是□ 否□ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支气管镜室 | 能够开展TBLB、EBUS检查及术后气道管理 | 有□ 无□ |
| 心/肺功能室 | 有无独立的心/肺功能室 | 有□ 无□ |
| 不同功能肺功能设备数量 | 不少于5台□ 少于5台□ |
| 心肺运动仪 | 有□ 无□ |

|  |
| --- |
| **（一E）胰腺移植场地、设施、技术能力基本情况（按照拟申请的科目填写相应的表格）** |
| 移植病区 | 独立移植病房 | 有□ 无□ | 开设床位数 |  |
| 隔离保护区 | 有□ 无□ | 监护系统 | 有□ 无□ |
| 负压吸引系统 | 有□ 无□ | 氧气通道 | 有□ 无□ |
| 普通外科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 普通外科（肝胆专业） | 已开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 上年度完成肝、胆、胰外科手术量 |  |
| 独立完成的半肝切除术、胰头癌根治术等四级手术占比（%） |  |
| 营养科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 能够为胰腺移植患者术前生存和术后消化系统功能恢复提供营养支持 | 是□ 否□ |
| 手术室 | 移植专用手术室 | 有□无□ |
| 移植专用手术室面积 | 不少于40 m2□少于40 m2□ |
| 设置符合规范要求，达到I级洁净标准 | 是□否□ |

|  |
| --- |
| **（一F）小肠移植场地、设施、技术能力基本情况（按照拟申请的科目填写相应的表格）** |
| 移植病区 | 独立移植病房 | 有□ 无□ | 开设床位数 |  |
| 隔离保护区 | 有□ 无□ | 监护系统 | 有□ 无□ |
| 负压吸引系统 | 有□ 无□ | 氧气通道 | 有□ 无□ |
| 普通外科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 普通外科（肝胆专业） | 已开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 上年度完成肝、胆、胰外科手术量 |  |
| 独立完成的半肝切除术、胰头癌根治术等四级手术占比（%） |  |
| 营养科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 能够为小肠移植患者术前生存和术后消化系统功能恢复提供营养支持 | 是□ 否□ |
| 手术室 | 移植专用手术室 | 有□ 无□ |
| 移植专用手术室面积 | 不少于40 m2□少于40 m2□ |
| 设置符合规范要求，达到I级洁净标准 | 是□ 否□ |
| 其他技术能力 | 具备开展移植肠内窥镜监测能力 | 是□ 否□ |
| 具备开展移植肠粘膜活体组织病理学检查能力 | 是□ 否□ |

|  |
| --- |
| **（二）与拟申报诊疗科目相关的手术情况（上一年度）** |
| 序号 | 患者编号 | 病案号 | 疾病诊断分类代码 | 手术与操作分类代码 | 手术时间 | 手术分级 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**注：疾病诊断分类代码按照国家临床版2.0填写；手术与操作分类代码按照国家临床版3.0填写。**

|  |
| --- |
| **（三）其他科室基本情况** |
| 重症医学科 | 已开展工作时间 |  | 开设床位数 |  |
| 重症监护病床数与移植病区床数比例（%） |  |
| 重症监护单间病床位数 |  |
| 设置符合规范要求，达到III级洁净辅助用房标准 | 是□ 否□ |
| 开设床位数不少于10张 | 是□ 否□ | 每病床净使用面积不少于15 m2 | 是□ 否□ |
| 符合相应学科危重病人救治要求 | 是□ 否□ |
| 空气层流设施 | 有□无□ | 呼吸机 | 有□无□ | 多功能监护仪 | 有□无□ |
| 创监护项目和有创呼吸机治疗 | 有□ 无□ |
| 持续性床旁血液滤过设备 | 有□ 无□ |
| 床边生化检测仪 | 有□ 无□ |
| 检验科 | 具备免疫抑制剂血药浓度检测 | 是□ 否□ |
| 具备血型抗体效价检测 | 是□ 否□ |
| 具备HLA抗体 | 是□ 否□ |
| 具备HLA组织配型检测能力 | 是□ 否□ |
| 省级以上室间质评合格 | 是□ 否□ |
| 医学影像科 | 具备CT成像 | 是□ 否□ |
| 具备磁共振成像 | 是□ 否□ |
| 具备X射线成像 | 是□ 否□ |
| 介入科 | 具备独立进行介入诊治 | 是□ 否□ |
| 超声室 | 具备床旁彩超成像 | 是□ 否□ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病理科 | 具备免疫组织化学技术 | 是□ 否□ |
| 具备分子生物学技术 | 是□ 否□ |
| 具备特殊染色技术 | 是□ 否□ |
| 具备电子显微镜技术 | 是□ 否□ |
| 满足人体器官活体组织病理学诊断 | 是□ 否□ |
| 血液透析室 | 有独立的血液净化室 | 是□ 否□ |
| 血液净化设备数量 | 不少于20台□少于20台□ |
| 具备常规透析、床旁透析、血浆置换、单纯超滤等血液透析技术能力 | 是□ 否□ |

三、设备情况（根据拟申请诊疗科目填写下表中有关技术能力、检验、病理、影像相关设备）

|  |
| --- |
| **（一）必备设备** |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 产地 | 数量 | 工作状态 |
| 1 | 人体器官移植手术专用器械 | 可列多项 |  |  |  |
| 2 | 呼吸机 |  |  |  |  |
| 3 | 心电监护仪 |  |  |  |  |
| 4 | 便携式脑电图 |  |  |  |  |
| 5 | 体感诱发电位 |  |  |  |  |
| 6 | 便携式床旁彩超 |  |  |  |  |
| 7 | 床边X光机 |  |  |  |  |
| 8 | 体外膜肺氧合设备(ECMO) |  |  |  |  |
| 9 | 计算机辅助X线断层扫描 |  |  |  |  |
| 10 | 彩色多普勒超声诊断设备 |  |  |  |  |
| 11 | 磁共振 |  |  |  |  |
| 12 | 数字化减影血管造影 |  |  |  |  |
| 13 | 人体器官移植数据网络直报专用计算机 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：1-13项为必备设备，不具备应填“无”，不可删除。**

|  |
| --- |
| **（二）拟申报诊疗科目专用设备** |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 产地 | 数量 | 工作状态 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（三）检验设备** |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 产地 | 数量 | 工作状态 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（四）病理检查设备** |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 产地 | 数量 | 工作状态 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（五）影像检查设备** |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 产地 | 数量 | 工作状态 |
|  |  |  |  |  |  |

四、人员情况

|  |
| --- |
| **（一）拟申报移植诊疗科目负责人** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 所在科室 |  | 执业证书编号 |  |
| 毕业院校 |  |
| 学历 |  | 学位 |  |
| 专业 |  | 专长 |  |
| 参加工作时间 |  | 获得拟申报器官移植资质时间 |  |
| 职称 |  | 获得职称时间 |  |
| 1.何时何地开始移植科目的专业工作 |
| 起止时间 | 单位 | 科目 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2.本科目专业培训（进修）情况 |
| 起止时间 | 单位 | 指导医师 | 操作例数 | 参与例数 | 其他需说明情况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 个人专业工作简述（含主要科技成就）： |
| 近三年内是否发生与同类技术有关的医疗事故： | 是□ 否□ |

|  |
| --- |
| **（二）拟申报诊疗科目医师人员** |
| 学历结构 | 总计人数 | 博士 | 硕士 | 本科 | 专科及以下 |
|  |  |  |  |  |
| 职称结构 | 总计人数 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 住院医师 |
|  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学位学历 | 职称 | 职务 | 执业证书编号 | 移植科目资质情况 | 本专业从事年限 |
| 执业科目 | 获得时间 | 执业地点 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（三）拟申报移植诊疗科目护理人员** |
| 学历结构 | 总计人数 | 博士 | 硕士 | 本科 | 专科及以下 |
|  |  |  |  |  |
| 职称结构 | 总计人数 | 主任护士 | 副主任护士 | 主管护士 | 护师/护士 |
|  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学位学历 | 职称 | 职务 | [执业证书编码](http://www.baidu.com/link?url=_wVRVztJJT3ZQ5zsUhHE_j7pp94OSsUVDxFUJ7TIclW--Bm66hjv__Z-sn79h82PQvbX4MpqpROtN_RygrpxC6Rf5cBc_DKJWFLV5sS4Nhe" \t "https://www.baidu.com/_blank) | 执业情况 |
| 执业科目 | 获得时间 | 执业地点 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（四）拟申报移植诊疗科目数据网络直报人员** |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学位学历 | 职称 | 职务 | 专职/兼职 | 是否已接受相关培训 | 培训时间 | 培训地点 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（五）脑死亡判定技术人员** |
| 学历结构 | 总计人数 | 博士 | 硕士 | 本科 | 专科及以下 |
|  |  |  |  |  |
| 职称结构 | 总计人数 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 住院医师 |
|  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学位学历 | 职称 | 职务 | 从事专业 | 执业证书编号 | 执业情况 | 培训合格的评估能力 |
| 执业科目 | 获得时间 | 执业地点 | 脑电图（√） | 诱发电位（√） | 经颅多普勒超声（√） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（六）人体器官移植伦理委员会** |
| 主任 | 姓名 |  | 职称 |  | 任职时间 |  |
| 最高学历 |  | 专业 |  |
| 学历结构 | 总计人数 | 博士 | 硕士 | 本科 | 专科及以下 |
|  |  |  |  |  |
| 职称结构 | 总计人数 | 高级职称 | 副高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
|  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学位学历 | 工作单位 | 职称 | 职务 | 专业 | 从事年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **（七）麻醉科相关人员** |
| 学历结构 | 总计人数 | 博士 | 硕士 | 本科 | 专科及以下 |
|  |  |  |  |  |
| 职称结构 | 总计人数 | 主任医师 | 副主任医师 | 主治医师 | 住院医师 |
|  |  |  |  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历学位 | 职称 | 职务 | 执业证书编号 | 执业情况 |
| 执业科目 | 获得时间 | 执业地点 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

五、已申请人体器官移植科目开展情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 已开展科目 | 开展时间（年月） | 手术量总数 | 手术成功率（%） | 3年生存率（%） | 5年生存率（%） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

六、相关制度建设情况

|  |
| --- |
|  |

七、近两年人体器官捐献案例统计

|  |
| --- |
| **申请医院所在区域器官获取组织（OPO）：** |
| 本院完成人体器官捐献案例详情 | 年度 | 捐献案例数 | 捐献器官数量 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 序号 | 捐献者姓名 | 住院号 | 捐献日期 | 分配系统中捐献者编号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

八、需说明的其他情况

|  |
| --- |
|  |

九、各级单位意见

|  |
| --- |
| 拟申报人体器官移植诊疗科室负责人承诺： 1.我保证上述填报内容真实、客观；  2.我与本科目人员将严格遵守《人体器官捐献和移植条例》等规定； 3.认真开展移植工作； 4.在诊疗技术实施过程中，遵纪守法，并接受相关部门的监督检查； 5.按要求做好诊疗科目管理、病例管理、数据上报等工作。 科室负责人（签字）： 年 月 日  |
| 申请单位意见： 已按有关规定对申请书和申请材料书内容进行了审查，情况属实，并保证做到： 1.严格遵守国家的有关规定；  2.保证在人、财、物和场地等方面给予积极支持； 3.督促移植科室做好移植科目手术管理、病例病案管理、随访制度和数据上报与管理等。 4.督促移植科室在诊疗技术实施过程中，遵纪守法，并配合相关部门的监督检查；负责人（签字）： （公 章）年 月 日  |
| 是否符合省内器官移植医疗机构设置规划：是□ 否□负责人（签字）： 年 月 日 省级卫生健康行政部门（公 章） 年 月 日  |