

附件 1

汕尾市定点医疗机构日间手术结算 试点申请表

单位名称：_____

填 报 人：_____

联系电话：_____

申报日期：_____

汕尾市医疗保障局制

一、医疗机构基本情况					
医院名称					
性 质	综合性医院 () 专科医院 () 其它 :				
医院等级					
诊疗科目登记情况 (诊疗科目核定表需另附)					
年度	_____年	_____年	_____年	_____年	_____年
住院人次					
住院手术 人次					
门急诊人次					
二、开展日间手术基本条件符合情况					
开展日间手术相关科室					
诊疗科目登记是否有相关科目	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>				
专业技术人员情况	1. 经过正规培训、具备完成相应手术操作临床应用能力的本院注册医师 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 2. 经过日间手术相关知识与技能培训、与开展日间手术相适应的其他专业技术人员 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>				
管理情况	1. 建立日间手术管理的组织架构 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 2. 制定日间手术管理相关制度 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 3. 专职人员负责统一管理日间手术患者 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
日间手术中心设置	1. 设置独立日间手术中心 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 2. 现有手术室预留指定的手术间 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 3. 能满足日间手术组织管理要求 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				

相应临床 科室开展 非日间手 术情况	1. _____科 开展非日间手术工作 5 年以上 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 近 5 年内累计完成对应的非日间手术病例_____例	
	2. _____科 开展非日间手术工作 5 年以上 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 近 5 年内累计完成对应的非日间手术病例_____例	
（可根据实际申请科室增加行数）	
开展微创 手术情况	开展微创诊疗技术 5 年以上 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 近 3 年每年开展微创手术_____例。	
辅助科室 情况	麻醉科	开展常规手术麻醉工作 5 年以上 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 近 5 年内累计完成常规手术麻醉_____例（其中全身 麻醉病例_____例） 有效开展手术麻醉及麻醉恢复期监护 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 进行心、肺、脑抢救复苏 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 具备供氧系统、麻醉机、除颤器、吸引器、检测仪等 必要的急救设备的药品 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	重症医 学科	设置符合相关规范要求，病床_____张 配备多功能监护仪和呼吸机 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 开展有创颅压监测项目和有创呼吸机治疗 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有院内安全转运重症患者的措施和设备 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 经过专业培训、有 5 年以上重症监护工作经验的专职 医师和护士 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>

三、拟申请参与支付试点的病种术式（目录中选取）		
专业	病种名称	手术名称
四、医院承诺 <p>经认真评估，本单位自评符合《汕尾市开展日间手术医院的基本条件（试行）》，材料真实可靠。特申请参与日间手术支付试点工作备案。</p> <p>本单位保证按照日间手术相关规范要求开展，加强医疗质量与安全，为患者提供安全、有效、合理、方便的诊疗服务，减轻群众看病就医负担。</p> <p style="text-align: right;">（单位公章）</p> <p>负责人签名： _____ 年 月 日</p>		
备案意见	县（市、区）医保中心（印章） 年 月 日	市级医保中心（印章） 年 月 日