**附件2：**

**临沂市第五批中医药重点专科**

**建 设 项 目 申 报 表**

**（临床类）**

**申报专科名称：**

**申报单位名称：** （盖章）

**专科负责人：**

**单位负责人：**

**单位通讯地址：**

**单位邮政编码： 电 话：**

**单位传真： 电子邮件：**

**临沂市卫生和计划生育委员会**

**临 沂 市 财 政 局**

**2016年6月**

一、医院综合情况（2015年）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医院等级** |  | **人员总数** | 人 |
| **副高以上中医药人员数** | 人 | **诊疗设备总值** | 万元 |
| **年门诊人次** | 人次 | **平均门诊费用/人次** | 元 |
| **实际开放床位总数** | 张 | **年出院人数** | 人 |
| **病床使用率** | ％ | **平均住院日（2014/2015）** | ( / ) 日 |
| **病床周转次数** | 次/年/床 | **平均住院费用/人次** | 元 |
| **门诊中医治疗率** | ％ | **病房中医治疗率** | ％ |
| **院内使用中药制剂品种数** | 种 | **中医诊疗设备种数** | 种 |
| **年业务收入** | 万元，其中医疗收入占 ％、药品收入占 ％、  中草药饮片收入占 ％ | | |
| **年中药处方比例** | 中草药饮片占 ％、中成药占 ％、院内制剂占 ％ | | |

二、所在科室综合情况（2015年）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **年门诊人次（2013/2014/2015）** | ( / / )人次 | **平均门诊费用/人次** | | 元 |
| **实际开放床位数** | 张 | **年出院人数** | | 人 |
| **病床使用率** | ％ | **平均住院日（2013/2014/2015）** | | ( / / )日 |
| **病床周转次数** | 次/年/床 | **平均住院费用** | | 元/人次 |
| **门诊中医治疗率** | ％ | **病房中医治疗率** | | ％ |
| **年业务收入** | 万元，其中医疗收入占 ％、药品收入占 ％ | | | |
| **年中药处方比例** | 中草药饮片占 ％、中成药占 ％、院内制剂占 ％ | | | |
| **收治急危重症比例** | ％ | | **收治疑难病症比例** | ％ |
| **随访病人数/年** | 人次 | | **区域外病人数比例** | ％ |
| **建设经费投入情况** | **来 源** | | **数 量** | **用 途** |
|  | | 万元 |  |
|  | | 万元 |
|  | | 万元 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专科专用设备(含中医诊疗设备)** | | | | | |
| **仪器设备名称** | **型号规格** | **生产厂家** | **购买日期** | **金额（万元）** | **运行状况** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

三、中医特色优势

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3个主要优势病种** | **优势病种名称** | | **年出院人数** | **门诊人次** |
| 1、 | | 人 | 人次 |
| 2、 | | 人 | 人次 |
| 3、 | | 人 | 人次 |
| **3个优势病种**  **中医诊疗方案** | 请写出3个优势病种的中医诊疗方案，作为申报表的附件1 | | | |
| **3个优势病种**  **中医疗效分析** | 请写出3个优势病种的中医临床疗效评价、分析作为申报表的附件2 | | | |
| **开展的主要中医药**  **特色疗法** | 种 | （注：指非药物疗法。简要说明各特色疗法的名称、主要适应症及效果等，作为申报表的附件3） | | |
| **专科院内制剂** | 种 | （注：请列出经省级药监部门批准、目前正在使用或经调剂使用的制剂品种名称、主要功效等，作为申报表的附件4） | | |
| **形成的专科**  **护理方案** | 请写出3个优势病种的中医护理方案，作为申报表的附件5 | | | |
| **学术创新** | 请写出建设周期内专科围绕优势病种在中医药理论、技术、药物及设备、器械等方面的创新计划作为申报表的附件6 | | | |

四、科研、教学培训情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **科研课题情况** | | **课题级别** | **数 量** |
| 国家级 |  |
| 省部级 |  |
| 地市级 |  |
| 注：请详细列出课题名称、课题来源、起止年限、承担单位、完成情况等，并提交有关材料复印件，作为申报表的附件7 | |
| **科研成果情况** | | **成果级别** | **数 量** |
| 国家级 |  |
| 省部级 |  |
| 地市级 |  |
| 注：请详细列出获奖成果名称、授予单位与时间、奖励名称、等级及第几完成单位等，并提交有关证书复印件，作为申报表的附件8 | |
| **学术论文情况** | | **发表期刊种类** | **数 量** |
| 国际自然科学类核心期刊 |  |
| 国内医学类核心期刊 |  |
| 注：请详细列出论文名称、发表期刊名称、刊登时间、第几作者等，并提供杂志封面、目录及论文首页复印件，作为申报表的附件9 | |
| **教学与培训** | **1、接收进修人员情况** | | |
|  | | |
| **2、举办专题学习培训班情况** | | |
|  | | |
| **3、培养研究生情况或临床教学情况** | | |
|  | | |
| **4、岗位培训情况** | | |
|  | | |

五、所在科室人员情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员  总数 | 平均  年龄 | 正高(人) | 副高（人） | 中级（人） | | 初级（人） | 博导（人） | 硕导（人） | | 博士（人） | 硕士（人） | 本科（人） | | | 专科及以下（人） |
|  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | |  |
| 医 生  总人数 | 执业医师人数 | 执业助理医师人数 | | 中医执业（助理）医师比例 | | | 中西医结合执业（助理）医师  比例 | | | 临床执业  （助理）医师  比例 | | 其他执业  （助理）医师比例 | | | |
|  |  |  | |  | | |  | | |  | |  | | | |
| **项**  **目**  **负**  **责**  **人** | 姓名 |  | | 性别 | |  | 年龄 | |  | 学历、学位 | |  | | | |
| 硕、博导师 | |  | | | 职称 |  | | | 专业类别 | |  | | | |
| 在相关专业社会团体任职情况 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 在相关专业期刊编委会任职情况 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 注：项目负责人年龄不超过57岁。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **专**  **科**  **带**  **头**  **人** | 姓名 |  | | 性别 | |  | 年龄 | |  | 学历、学位 | | |  | | |
| 硕、博导师 | |  | | | 职称 |  | | | 专业类别 | | |  | | |
| 在相关专业委员会任职情况 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 在相关专业期刊编委会任职情况 | | | | | |  | | | | | | | | |
| **学**  **术**  **继**  **承**  **人** | 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | | 年 龄 | | | |  | |
| 学历、学位 | |  | | 职 称 | |  | | | 专业类别 | | | |  | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | | 年 龄 | | | |  | |
| 学历、学位 | |  | | 职 称 | |  | | | 专业类别 | | | |  | |
| **其**  **他**  **技**  **术**  **骨**  **干** | 姓 名 | | 性 别 | | 年 龄 | | 学 历、学 位 | | | 职 称 | | | | 专业类别 | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |

六、建设计划

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时 间** | **建 设 内 容** | **具 体 指 标** |
|  |  |  |

七、初审意见

|  |  |
| --- | --- |
| **县区卫计局（或市属医疗机构单位）意见：** | **县区财政局意见：** |
| 县区卫计局（或市直单位）印章  年 月 日 | 县区财政局印章  年 月 日 |

**申报表附件：**

1．优势病种中医诊疗方案

2．优势病种中医疗效分析

3．开展的主要中医药特色疗法

4．专科院内制剂

5．专科护理方案

6．学术创新

7．科研课题情况

8．科研成果情况

9．学术论文情况