附件

湖南省“复明10号”中国流动眼科手术车

项目申请表

申请医院（盖章）: 申请日期：

项目负责人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院第一名称 |  | | | | | |
| 医院类别 |  | | | 医院等级 | |  |
| 地 址 |  | | | 联系电话 | |  |
| 医院实际开放床位数 |  | | | 医院在岗人数 | |  |
| 法定代表人 |  | | | 联系电话 | |  |
| 眼科服务能力 | 划分：□独立的眼科 □五官科  开设时间： 病床数 张  医护人员数：医生 人 、护士 人  职称情况：高级 人、中级 人 、 初级 人  眼科床护比：□1:0.4 □＜1:0.4 □＞1:0.4  眼科设备：□给氧装置 □呼吸机 □心电图机 □X光机 □心电监测仪 □血生化检验 □裂隙灯 □显微镜  □眼底镜 □眼压计 □镜片箱 □视力表 □超声乳化仪  □A.B超 □其它： 消毒灭菌设备：□有 □无 | | | | | |
| 眼科负责人 |  | | 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 白内障筛查情况 | 估计能筛查出白内障患者： 例 | | | | | |
| 医院自我评价 | 一定时间内集中手术床位（20-25台/天）： □有 □无  一定时间内集中手术组织能力： □有 □无  一定时间内集中手术专业服务能力：□有 □无 | | | | | |
| 医院承诺：  1. 医院基础条件与服务能力达到《湖南省“复明10号”中国流动眼科手术车项目合作医院标准》要求；  2. 医院自愿加入项目实施，严格按照《湖南省“复明10号” 中国流动手术车项目实施方案》，保证项目正常开展；  3. 如因自身原因，未按时完成项目或中途退出项目，愿承担相应责任。  医院负责人（签字）: | | | | | | |
| 县级卫生健康行政主管  部门意见 | | 年 月 日 | | | | |
| 市级卫生健康行政主管 部门意见 | | 年 月 日 | | | | |
| 项目领导小组  审核意见 | | 年 月 日 | | | | |