附件 2：

湖南省恶性肿瘤门诊放化疗定点医疗机构申请表

申报日期（单位盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | 医院等级 |  | |
| 医疗机构类别 |  | 医疗机构地址 |  | | | |
| 院负责人 |  | 联络人 |  | 联络人电话 |  | |
| 申请材料 | 材料名称 | | | | 是否 | 页码 |
| 《医疗机构执业许可证》复印件（需单位盖章） | | | |  |  |
| 本院开展恶性肿瘤门诊放化疗需具备的资质及条件证明（包括管理体系、硬件条件、技术水平、恶性肿瘤门诊放化疗必需医疗设备、人才资质等） | | | |  |  |
| 制定本院开展恶性肿瘤门诊放化疗的管理制度（包括管理体系的设置，  职责分工，门诊治疗流程等） | | | |  |  |
| 制定恶性肿瘤门诊放化疗病历规范要求 | | | |  |  |
| 制定恶性肿瘤门诊放化疗宣教制度和随访制度 | | | |  |  |
| 建立开展恶性肿瘤门诊放化疗的实施过程和效果评价制度 | | | |  |  |
| 建立恶性肿瘤门诊放化疗医疗质量与安全管理制度（包括临床路径管  理、合理用药管理、静脉输液管理等） | | | |  |  |
| 建立恶性肿瘤门诊放化疗监督管理制度 | | | |  |  |
| 拟申请恶性肿瘤门诊放化疗  病种 | 治疗方案 | | | | | |
| 例：胃癌 | XELOX 方案（奥沙利铂+卡培他滨） | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申请医疗机构意见 | （盖章） |
| 统筹区卫生健康部门意见 | （盖章）  注：部省直医疗机构由省级卫生健康部门审核，其他医疗机构由市级卫生健康部门审核。 |
| 统筹区医保  部门意见 | （盖章） |

**备注：**1.申报材料附后（需加盖公章）； 2.申报病种及治疗方案可另附页。