编号：

 **景谷傣族彝族自治县人民医院**

**新技术、新项目开展申报表**

新技术新项目名称

收费项目或编码

申 请 科 室

协 作 科 室

项 目 负 责 人

申 请 日 期

|  |
| --- |
| 一、填报说明：1.根据《医疗技术临床应用管理办法》及医院医疗技术管理制度规定，各科室开展新技术、新项目、新疗法前都应填报本表。2.申请者所在科室在新项目实施前要组织相关专家对项目进行论证，对申请项目的先进性、科学性和可行性、适应症的选择、操作规程以及应急预防措施等进行讨论，并对实施者的业务水平及承担该项目的能力等进行评价。3.同意开展的项目，科主任或护士长在申请表上签署意见并按流程审批后交医务科或护理部。医务科或护理部根据申请项目情况不定期组织专家对新技术、新项目进行独立书面审查和集中论证。4.经院论证会通过的项目，由医院医疗技术应用管理委员会下发批准开展的通知，列为当年新项目，可参加新技术、新项目评奖。 |

|  |
| --- |
| 1. 申请项目开展现状
 |
| 二、该项目的适应症以及开展该项目的目的、意义（如果是替代已开展的技术则应说明新技术的优势所在） |
| 三、开展该项目的技术路线、技术难点、实施方案 |
| 四、开展该项目的工作基础（人员培训、设备、房屋等）及预试验情况（含需要医院支持情况） |
| 五、操作规程  （纸面不够请附页） |
| 六、预测开展新技术、新项目、新业务时可能发生的不良事件，详述具体应急预防处理措施： |
| 七、预期的社会效益和经济效益（包括每年可实施例数预测）  |
| **八、项 目 组 成 员** |
| 序号 | 姓 名 | 职 称 | 专 业 | 何时去何单位学习过此项技术 | 在本项目中的分 工 | 签 名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **九、科室讨论参加人员** |
| 序号 | 姓 名 | 职 称 | 专 业 |  |  | 签 名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **十、科室讨论意见**：1、对项目的先进性、科学性、可行性的客观评价（划√） □该项目目前为成熟、先进技术，我院已具备开展条件； □该项目为改良、替代技术（方法），较原技术（方法）有一定优越性；* 其它（具体写明）：

 2、对申请者的业务水平及承担该项目的能力等进行评价（划√） □申请者业务水平高，进修学习、实际操作过该项目（技术），能胜任该项目的开展； □申请者业务水平较高，参观、学习过该项目（技术），预计可以完成； □申请者业务水平较高，对该项目（技术）有一定了解，预计可以完成；* 其它（具体写明）：

3、对技术路线、操作常规的意见和建议（划√） □技术路线明确、合理、可行，操作常规周密完善，对不良事件的应急预防措施得当； □技术路线明确、基本合理、可行，操作常规可行，对不良事件的应急预防措施得当； □其它（具体写明）： 4、其它需要说明的问题（请具体写明）  讨论负责人签名：  年 月 日 |

|  |
| --- |
| 十一、科室负责人初审意见： 科室负责人签名： 年 月 日 |
| 1. 设备科初审意见：(涉及该项目开展所需设备情况，存在需要解决的问题）

设备科主任签名： 年 月 日 |
| 1. 财务科初审意见：（涉及该项目所需收费情况，存在需要解决的问题）

财务科主任签名： 年 月 日 |
| 1. 医保科初审意见：（涉及该项目开展医保对接情况，存在需要解决的问题）

 医保科主任签名： 年 月 日 |
| 1. 信息科初审意见：（涉及该项目开展信息录入情况，存在需要解决的问题）

信息科主任签名： 年 月 日 |
| 十六、护理部初审意见：（涉及护理专业的项目初审意见包括：存在需要解决的问题，是否需要伦理审查） 护理部主任签名： 年 月 日 |
| 十七、医务科初审意见：（初审意见包括：是否符合依法执业和医疗安全管理规定，存在需要解决的问题，是否需要伦理审查）  医务科主任签名： 年 月 日 |
| 十八、医院伦理委员会论证意见：（涉及伦理方面的项目） 主任委员签名： 年 月 日 |
| 十九、医疗技术临床应用管理委员会论证意见：主任委员签名： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 粘贴相关附件： |