**附件二**

**脱敏治疗科室数字化建设项目立项申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** | |  | | | **项目期数** | | 第二期 |
| **地址** | |  | | | | | |
| **申请人** | |  | | **联系电话** | |  | |
| **职称** | |  | | **邮箱** | |  | |
| **医院基本情况** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **科室基本情况** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **规范化脱敏诊疗中心科室建设情况** | | | | | | | |
| 是否具备规范化脱敏中心治疗开展硬件设施，并简要介绍。 | | |  | | | | |
| 是否具备专业脱敏治疗医师及专职护士团队，并简要介绍。 | | |  | | | | |
| 目前建立了哪些规范化脱敏治疗的诊疗流程。 | | |  | | | | |
| **既往开展规范化脱敏治疗经验** | | | | | | | |
| 有效管理的接受脱敏治疗的患者数量 | | |  | | | | |
| 科室规范化过敏原筛查患者数量（每月） | | |  | | | | |
| 是否定期有效开展患者及看护者教育，并简要介绍。 | | |  | | | | |
| 是否具有系统的患者随访管理流程，并简要介绍。 | | |  | | | | |
| **专业脱敏诊疗能力** | | | | | | | |
| 专职脱敏医生定期参加领域内会议进行学习交流情况，并简要介绍。 | | |  | | | | |
| 专职脱敏医生每周接诊门诊患者数量，并简要介绍。 | | |  | | | | |
| 专职护士具备标准化皮下脱敏治疗操作能力，并简要说明。 | | |  | | | | |
| **签字盖章栏** | | | | | | | |
| 申请人签字 | 年 月 日 | | | | | | |
| 单位意见  （公章） | 年 月 日 | | | | | | |

注：本表正反打印，一式两份，申请人分别提交电子档及盖章扫描件至xsky@znsjjh.com，原件待立项后连同补充证明材料统一邮寄至基金会地址。