**2023年度-呼吸内镜介入技术推广及规范化诊疗项目**

**承办单位立项申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | | | |  | | | | | | |
| 医院级别 | | | |  | | 申请期数 | |  | | |
| 省/直辖市/自治区 | | | |  | | 地级市/区 | |  | | |
| 通讯地址 | | | |  | | | | | | |
| 负责科室 | | | |  | | 参与科室（如有） | |  | | |
| 项目负责人  相关信息 | | | | 姓名 |  | | 性别 | |  | |
| 出生年月 |  | | 联系电话 | |  | |
| 职称 |  | | 职务 | |  | |
| 邮箱 |  | | | | | |
| **医院基本情况** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **科室基本情况** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **申报基本标准符合情况勾选表（均需符合）** | | | | | | | | | | |
| **序号** | **申报基本标准** | | | | | | | | | **勾选** |
|  | 独立呼吸内镜室、培训地点； | | | | | | | | | 🞏  🞏  🞏  🞏 |
|  | 积极主动配合基金会的流程，完成培训所需手续； | | | | | | | | | 🞏 |
|  | 团队有教学经验，开展过类似的教学活动； | | | | | | | | | 🞏 |
|  | 医院等级为三级以上，建议三甲医院； | | | | | | | | | 🞏 |
|  | 需有能力承办该项目落地的培训项目及常规教学参观任务； | | | | | | | | | 🞏 |
|  | 开展呼吸介入技术包括不限于：支气管镜肺泡灌洗（BAL）、经支气管镜粘膜活检（TBB）、 经支气管镜透壁肺活检（TBLB） 、经气管镜超声引导下针吸活检（EBUS-TBNA）、 经气管镜超声引导下经鞘管活检（EBUS-GS）、硬质气管镜、 激光消融、 气管内支架置入、 氩等离子体凝固（APC）、 电烧灼治疗、 冷冻治疗、 气管/支气管内球囊扩张术等、 气道异物钳取术、 床旁气管镜、 内科胸腔镜、 经皮穿刺肺活检。 | | | | | | | | | 🞏 |
| **填表须知** | | 1.若符合某项基本申报标准，则将🞏替换成R或打印本表后用笔打勾 | | | | | | | | |
| 2.若不符合某项标准，则在单位意见处说明情况，基金会综合评定后确定资格 | | | | | | | | |
| **签字盖章栏** | | | | | | | | | | |
| 项目负责人  （签字） | | |  | | | | | | | |
| 单位意见  （公章） | | | 年 月 日 | | | | | | | |

注：本表正反打印，一式两份，项目负责人分别提交**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（如有）统一邮寄至基金会地址。