附件

湖南省日间手术定点医疗机构评估确认表

申报日期（单位盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | 医院类别 | |  | 医院等级 | |  |
| 医院相关手术科室诊疗科目登记情况 | 请具体列出《医疗机构执业许可证》上登记的相关诊疗科目。 | | | | | | | |
| 日间医疗资源配备情况 | 包括相对固定的日间手术室、麻醉复苏室、医疗床位、设备设施及医务人员等（可附详细内容）。 | | | | | | | |
| 医院日间手术管理情况 | 组织架构 | 请具体说明医院日间手术管理的组织机构。包括医院日间医疗质量管理的专门组织、拟申报开展日间手术科室的质量管理小组等。 | | | | | | |
| 制度管理 | 请列出医院日间手术管理的相关制度名称，包括加强本机构日间医疗科室和医师审核授权管理、制定本机构日间医疗病种及技术目录并实行动态管理等（可附详细内容）。 | | | | | | |
| 拟开展日间手术临床科室 | 近3年住院手术例数 | 医务人员配备 | | 拟开展日间手术术式 | | | | |
| 手术名称 | | | 手术编码 | |
|  |  |  | |  | | |  | |
|  |  |  | |  | | |  | |
|  |  |  | |  | | |  | |
|  |  |  | |  | | |  | |
|  |  |  | |  | | |  | |
| 统筹区卫健  部门评估确认意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 统筹区医保  部门确认意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |