附件1

自治区社会办医乙类大型医用设备配置许可告知承诺制

申 请 表

申请单位全称（盖章）

设备名称（全称）

（阶梯分型）

配 置 形 式 □新增 □ 更新

填 表 人

联 系 电 话

填 报 日 期 年 月 日

**新疆维吾尔自治区卫生健康委 制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、申请单位基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请单位全称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 法定代表人 | | | | | | |  | | | | | | | |
|
| 所有制性质 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 举办主体 | | | | | | |  | |  | | |  | | |
| 经营性质 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | | | | | |  | |  | | |  | | |
| 申请单位地址 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 组织机构代码（或统一社会信用代码） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 地区/市/县人口数（万人） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 上年总收入（万元） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 上年总支出（万元） | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **二、业务经营情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 评审等级 | | | | | |  | | | | | | | | | 编制床位数 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 实际开放床位数 | | | | | |  | | | | | | | | | 上年门急诊人次 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 上年总手术量 | | | | | |  | | | | | | | | | 上年住院人数 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 上年住院手术量 | | | | | |  | | | | | | | | | 上年肿瘤病人收治数 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 上年检查例数 | | | | | |  | | | | | | 检查阳性率 | | | | |  | | | | | | | | 上年治疗例数 | | | | | | | |  | | |
| 上年放射治疗患者收治数 | | | | | |  | | | | | | | | | 上年肿瘤病人放射治疗例数 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 上年医疗收入（万元） | | | | | |  | | | | | | | | | 上年医疗支出（万元） | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 医疗安全情况 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **三、申请配置（更新）设备情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 设备名称（全称和阶梯分型） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 预购价格（万元） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 资金来源 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要性能和用途 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **四、原设备信息（申请更新填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 原设备名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 规格型号 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 配置许可证号 | | | |  | | | | | | | 出厂日期 | | | | | | | |  | | | | | | 启用日期 | | | | | | |  | | | |
| 报废原因 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年检查治疗人数 | | | | |  | | | | | | | | | 开机天数 | | | | | |  | | | | | | 故障停机天数 | | | | | | | |  | |
| **五、专业技术人员相关信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | 专业 | | | | | 学历 | 技术职称 | | | | 执业医师证号 | | | 执业注册地点 | | | | | | | 设备使用人员能力资质证书编号 | | | | | | 上岗证注册服务单位 | | | | | | 备注 |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  |
| **六、现有乙类大型医用设备配置情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 设备名称 | | | | | | | 规格型号 | | | 购置金额（万元） | | | | | 资金来源 | | | | 出厂日期 | | | 启用日期 | | | | 许可文件号 | | | | | | | 配置许可证号 | | |  |
|  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  | | |
| **七、可行性研究报告（详见填表说明）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（可单独附页）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **八、申请单位签章** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人代表申请单位承诺所提供材料均真实、准确、有效。如有虚假材料，愿承担一切法律责任与后果。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人签名 单位公章 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**填 表 说 明**

1. 制式表格的结构和内容不能修改或删除，**改动则申请无效**。

2. 申请表内设备名称（全称和阶梯分型）与封皮必须一致，设备名称全称和阶梯分型按照以下标示填写：

**64排及以上X线计算机断层扫描仪**

➊单源探测器≥256排，或双源探测器≥192排，或双层探测器（科研型）；

➋128排≤CT探测器＜256排，或双源≥128排（临床研究型）；

➌64排≤CT探测器＜128排（临床实用型）。

**1.5T及以上磁共振成像系统**

➊磁场强度＞3.0T（科研型）；

➋磁场强度为3.0T（临床研究型）；

➌1.5T≤磁场强度＜3.0T（临床实用型）。

**直线加速器（含X刀，不包括列入甲类管理目录的放射治疗设备）**

➊剂量率≥1400mU/min的容积调强（旋转调强）放射治疗设备（临床研究型）；

➋不具备上述技术指标的常规放疗设备、三维适形放疗设备、立体定向放疗设备（临床实用型）。

**X线正电子发射断层扫描仪（含PET）**

➊配装64排及以上CT ，且PET探测器采用半导体硅光电倍增管（SiPM）（科研型）；

➋配装64排以下CT ，或PET探测器采用常规光电倍增管(PMT)（临床研究型）。

3. “配置形式”分为新增、更新。

4. “所有制性质”分为全民、社会办医、国有企业、其他。

5. “举办主体”分为自治区办、地（州、市）办、县（市、区）办、国有或集体企事业单位办、社会办医院。

6. “经营性质”分为非营利性、营利性。

7. “组织机构代码（或统一社会信用代码）”是指用于法人和其他组织身份识别的唯一代码。

8. “评审等级”是指卫生行政主管部门核定等级，填写三级甲等、三级乙等、三级未评级、二级甲等、二级乙等、二级丙等、二级未评级。

9. “上年门急诊人次”、“上年住院人数”、“ 上年总手术量”、“ 上年肿瘤病人收治数”、“上年放射治疗患者收治数”、“上年肿瘤病人放射治疗例数”、“ 上年总收入”、“ 上年总支出” 、“上年医疗收入”、“上年医疗支出”均填报上一年度数据。

**新建医院上述数据填写一年预计数。**

10. “医疗安全情况”填写过去2年内发生的一级、二级医疗事故的数量和具体情况，若无，则填写“无”。

11. “资金来源”系指购置资金的来源渠道，是自有资金、全额财政、财政补助>=50%、财政补助<50%、援疆资金、捐助、贷款、其他、租赁。如果资金来源为多方，请分别注明各种来源所占比例。

12. 金额以人民币计价，“万元”为单位。

13. “主要性能和用途”填写申请配置设备的性能和用途。

14. “专业技术相关信息” 主要包括相关专业技术人员的人员配置、学历、职称、数量、接受专业培训等情况。“设备品目上岗证书”指取得大型医用设备使用人员上岗证或全国医用设备业务能力考评证明。

15. 可行性研究报告：

（1）申请配置的必要性和依据

医疗机构基本情况分析（包括医疗机构地理位置、性质、规模、经营状况和财务状况、学科建设规划等）。

当地医疗服务需求分析（包括医疗机构所在地经济社会发展状况、人群状况和疾病谱、人群对该设备的医疗服务需求、预测社会、经济效益情况）。

（2） 申请设备的技术发展前景（技术的先进性、可靠性、质量安全性）。

（3） 申请设备对医疗机构临床、科研工作的作用。

（4） 申请设备预期使用情况分析，以及社会效益与经济效益分析（社会效益初评：包括学科建设、诊断/抢救/治疗等临床效果、病人住院日、病人来源分析；经济效益评价等）。

（5） 设备所需技术条件主要包括申请设备相关的科室设置、工作基础、质控体系、应急救治能力、相关的国家级和省部级重点学科、重点专科、科研课题和成果等情况，具体参照相应设备的配置标准填写。

（6） 设备所需配套设施主要包括申请设备所需的相关场地、基础设施、防护设施、设备安装条件等情况，具体参照相应设备的配置标准填写。

（7） 人员资质情况（拟配置科室的主要临床和技术人员情况、学科队伍建设等）。

（8） 项目投资分析（项目总投资、资金来源和筹措方式等。如为首次配置、价格为1000万元以上的新设备，必须详细分析成本构成、大小及建议的收费价格）。