附件1：

**非公立医院病理学科现状及需求调查表**

**一、基本信息**

1. 医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. 详细地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. 性质：（ ）综合性医院 （ ）专科医院；
4. 等级：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. 基本数据：

床位数（ ）；

上年总收入（ 万元）；

上年手术量（ ）；

上年门诊量（ ）；

1. 特色临床科室或优势临床科室：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

1. 临床对病理诊断服务的诉求（目前不能满足并迫切需要解决的）：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

**二、病理诊断服务现状：**

1. 病理诊断服务提供：
2. （ ）医院病理科；
3. （ ）整体外送；
4. （ ）医院病理科+部分外送

（选择8.2项时请填写第9项，其他请忽略）

1. 病理诊断服务全年业务收入「请填写上一完整年度业务收入」：

总收入：（ ）；

（选择8.1、8.3项时请填写第10、11、12项，其他请忽略）

10、病理科基本情况：

面积：（ ）

医师：（ ）名

其中：高级职称（ ）名，中级职称（ ）名，初级职称（ ）名，无职称（ ）名；

技师：（ ）名

其中：高级职称（ ）名，中级职称（ ）名，初级职称（ ）名，无职称（ ）名；

11、病理科主要设备「可以多选」：

组织脱水机（ ）；

石蜡包埋机（ ）；

石蜡切片挤（ ）；

冰冻切片机（ ）；

染色机 （ ）；

数字切片扫描仪（ ）；

病理科信息管理软件系统（ ）；

12、病理科全年业务数据「请填写上一年度收入或支出」：

总收入： （ ）万元；

总支出： （ ）万元；

总收入： （ ）万元；

13、病理诊断相关业务量「没有量请填写0」

1. 外检病理量 「例」 （ ）；
2. 妇科细胞学 「例」 （ ）；
3. 术中冰冻 「例」 （ ）；
4. 非妇科细胞学「例」 （ ）；
5. 免疫组化 「项」 （ ）；
6. 分子诊断 「例」 （ ）；
7. HPV检测 「例」 （ ）；
8. 疑难会诊 「例」 （ ）；

14、填表人联系信息：

姓名：（ ）；

部门：（ ）；

电话：（ ）；

附件2：

**中国非公立医疗机构协会病理学专业委员会**

**机构信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | | | | | | |
| **机构地址** |  | | | | | **邮 编** | |  |
| **座 机** |  | | | | **传 真** |  | | |
| **机构性质** | □公立 非公立：□民营□外资□中外合资□混合制□上市公司□国有公司 | | | | | | | |
| **机构规模** | 等级： 床位数： | | | | | | | |
| **机构类型** | □综合医院□专科医院□检验机构□健康管理机构□企业□其他 | | | | | | | |
| **法人代表** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **联系人** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **机构简介：（可另附页）** | | | | | | | | |
| **机构推荐意见** | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | |
| **（印章）**  **年 月 日** | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | |

**机构推荐代表信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **性别** |  | | | **民族** | |  | 照  片 |
| **出生年月** | |  | **身份证号** |  | | | | | |
| **学历** | |  | **技术职称** |  | | | **政治面貌** |  | |
| **所在机构** |  | | | | | | **职务** | |  | |
| **机构关系** | □执业注册机构 □多点执业机构 | | | | | | | | | |
| **专业** |  | | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | **电子信箱** | |  | | |
| **手 机** |  | | | | | **微信号** | |  | | |
| **其他社会职务** |  | | | | | | | | | |
| **本人主要简历、专业背景及主要业绩（可另附页）** | | | | | | | | | | |
| **本人签名** | | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | | |
| **年 月 日** | | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | | |