附件1：

**社会办医院血管瘤与脉管畸形诊疗现状**

**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（ ）；

2018年总收入（ 万元）；

2018年手术量（ ）；

2018年门诊量（ ）；

1. 特色临床科室或优势临床科室：

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；

**二、血管瘤与脉管畸形诊疗现状及需求：**

1. 医院提供血管瘤与脉管畸形诊疗服务的科室：
2. 2018年度血管瘤与脉管畸形诊疗量（门诊及住院）： 人次，

其中婴幼儿血管瘤 人次，脉管畸形 人次。

该类疾病产生的收入为 万元。

1. 针对血管瘤与脉管畸形治疗的主要方法为：

a：（ ）

b：（ ）

c：（ ）

d：（ ）

e：（ ）

1. 是否应用DSA对血管瘤与脉管畸形进行治疗：（ 是），（ 否）。
2. 对于血管瘤与脉管畸形的诊疗，需要协会及专委会进行哪些指导、帮助与协调？
3. 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血管瘤与脉管畸形专业委员会**

**委员候选人所在机构信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | | | | | | |
| **机构地址** |  | | | | | **邮编** | |  |
| **座机** |  | | | | **传真** |  | | |
| **机构性质** | □公立 □社会办：□民营 □外资 □中外合资 □混制 □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 □其它医疗机构 □企业 | | | | | | | |
| **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** | | | | | |