附件2

武汉市日间手术试点医疗机构申报表

医疗机构名称(单位盖章)： 申报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | 医疗机构级别及等次 | |  | |
| 法人代表 |  | | | 联系人及联系电话 | |  | |
| 医疗机构日间  手术相关  诊疗科目  登记情况 | 《医疗机构执业许可证》上登记的与日间手术相关的诊疗科目： | | | | | | |
| 医疗机构  日间  手术  管理 | 医疗机构日间手术管理部门： | | | | | | |
| 医疗机构是否设置独立的日间手术中心： 是（ ） 否（ ） | | | | | | |
| 医疗机构日间手术病床 张，日间手术室 间。 | | | | | | |
| **拟开展日间手术病种、术式及例数** | | | | | | | |
| 疾病名称 | | 疾病编码 | 手术名称 | | 手术编码 | | 2018、2019、2021三年平均年手术例数 |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |
|  | |  |  | |  | |  |

注：1.申报的疾病名称、疾病编码、手术名称、手术编码应与《武汉市日间手术医保支付试点病种目录》保持一致。

2.年手术例数按照相应病种、术式的常规住院患者统计。