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。