附件2

山西省新生儿听力障碍诊治机构

申报书

申报类型：☑新生儿听力障碍诊治机构

□市级新生儿听力障碍诊治中心

单位名称

单位地址

填 报 人

联系电话

填报时间 年 月 日

山西省卫生健康委

二○二 年 月

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | 名称 |  | 医疗机构代码 |  |
| 类别 | 妇幼保健院（所、站）（ ） 专科医院（ ） 综合性医院（ ） 其他（请注明： ） |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 联系电话 |  | 传 真 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 人员情况 | 项目总负责人 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 执业范围 |  | 专长 |  | 电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 新生儿疾病筛查服务项目 | 听力检测□ 疾病诊断与治疗□  | 专职□兼职□ |
| 何时何地开始从事新生儿听力筛查/诊断工作，能够开展哪些听力重建手术： |
| 专业工作（包括培训）简述： |
| 人员情况 | 听力检测的技术人员 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 执业范围 |  | 专长 |  | 从事该项工作 | 专职□ 兼职□ |
| 何时何地开始从事新生儿听力筛查/诊断工作： |
| 专业工作（包括培训）简述： |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 执业范围 |  | 专长 |  | 从事该项工作 | 专职□ 兼职□ |
| 何时何地开始从事新生儿听力筛查/诊断筛查工作： |
| 专业工作（包括培训）简述： |
| 其他人员 | 姓名 | 年龄 | 学历 | 职称 | 专长 | 承担工作 | 从事该工作专职/兼职 | 专业培训时间、地点 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 场地及设备 | 场地 | 测听室 间，面积共计 平方米 | 符合国家标准GB/T16296.1、2、3  |
| 综合用房 间，面积 平方米 |  |
| 诊室 间，面积 平方米 |  |
| 设备 | 筛查型耳声发射仪和/或自动听性脑干诱发电位仪 |  |
| 诊断型听性脑干诱发电位仪 |  |
| 诊断型耳声发射仪 |  |
| 诊断型声导抗仪（含226Hz和1000Hz探测音） |  |
| 诊断型听力计，声场测试系统（用于行为观察测听、视觉强化测听、游戏测听和言语测听 |  |
| 其他有关设备 | 计算机并接驳网络 |  |
|  |  |
| 网络组织情况 | 听力检测 | 签订协议的机构名单 |  |
| 本机构以往工作开展情况 | 听力诊治效果 | 开始时间 |  |
| 新生儿听力筛查率=本结构中接受新生儿听力筛查的人数/本机构中的新生儿数×100% |  |
| 复筛率=本机构中新生儿听力复筛人数/（漏筛人数+初筛未通过人数）×100% |  |
| 转诊率=本机构中复筛未通过数/初筛数×100% |  |
| 接诊率=本机构中转诊至诊治部门接受儿童听力障碍诊断的人数/新生儿听力复筛未通过人数×100% |  |
| 本机构疾病检出率=确诊为听力障碍的人数/接受诊断的人数×100% |  |
| 本机构以往工作开展情况 | 听力诊治效果 | 年诊断量 |  |
| 本机构中听力障碍确诊患儿干预率=出生后6月龄内接受临床医学和听力学干预的患儿数/出生后6月龄内确诊的听力障碍确诊患儿数×100% |  |
| 阳性随访率=本机构接受随访的听力障碍人数/确诊为听力障碍的人数×100% |  |
| 可疑阳性随访率=本机构接受随访的可疑听力障碍人数/诊断时未确诊为听力障碍的人数×100% |  |
| 工作流程图（本机构进行听力筛查-诊治的具体流程） |
| 医疗机构意见：负责人： 公章 年 月 日  |
| 市级卫生健康部门意见： 公章 年 月 日  |