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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |