附件1



“三伏贴”服务技术应用管理监督评估表

本评估表填写同时扫上方二维码网报

医疗机构名称： 地址：

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构类别 | □中医（中西医结合）医院 □中医（中西医结合）门诊部□中医诊所 □中医（综合）诊所□中西医结合诊所 □其他医疗机构 |
| 是否核准登记中医科或中西医结合科 | □已核准 □未核准是否开展相应的中医药服务工作：□已开展□未开展 |
| 开展“三伏贴”服务的科室 | □中医科或中西医结合科 □针灸科 □儿科□风湿免疫科 □耳鼻喉科 □其他科室  |
| 是否向主管部门备案 | □已备案 □未备案 □部分备案 |
| 是否建立“三伏贴” 技术应用管理制度 | □已建立 □未建立 |
| 是否组织开展对开展“三伏贴” 服务人员的培训考核 | □已组织 □未组织 |
| “三伏贴”处方来源 | □自定□其他医疗机构提供：提供方是否具备相应资质：□有资质 □无资质 |
| 本机构“三伏贴”的处方用药及穴位选择，是否由具有丰富临床经验的主治医师以上专业技术任职资格的中医类别执业医师拟定 | □是 □否：由何人拟定  |
| 对患者实施“三伏贴”操作的人员，是否为中医类别执业医师或接受过穴位贴敷技术专业培训的卫生技术人员 | □是 □否：由何人操作  |
| 是否科学合理地宣传 “三伏贴”知识，避免夸大效果 | □是 □否 |
| 是否跟踪评价接受“三伏贴”服务的人员治疗与干预效果，并将效果评估总结报告于下一年度“三伏贴”服务开展前上报主管部门 | □是 □否 |

评估人： 评估时间： 年 月 日

被评估单位陪同人员： 陪同人员联系方式：