附件4

中西医协作网络申报表

|  |  |
| --- | --- |
| **第一牵头单位（盖章）：** | 　　　　　　　　　 |
| **第二牵头单位（盖章）：** | 　　　　　　　　　 |
| **申 报 病 种 名 称：** | **西医病名（编码）** 　  |
|  | **中医病名（编码）** 　　　 |
| **申 报 日 期：** | 　　　　　　　　　 |

国家中医药局

二○二三年九月

一、牵头单位基本情况

|  |
| --- |
| 第一牵头单位基本信息 |
| 医疗机构名称（第一名称） |  |
| 机构类别（仅可选一项） | 综合医院□ 专科医院□ 妇幼保健院□中医医院□ 中西医结合医院□ 少数民族医医院□ |
| 医院等级 |  | 法定代表人 |  |
| 医院联系人 |  | 联系电话及传真 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 | （办）：（手机）： |
| 项目负责人职称信息 |  |
| 第二牵头单位基本信息 |
| 医疗机构名称（第一名称） |  |
| 机构类别（仅可选一项） | 综合医院□ 专科医院□ 妇幼保健院□中医医院□ 中西医结合医院□ 少数民族医医院□ |
| 医院等级 |  | 法定代表人 |  |
| 医院联系人 |  | 联系电话及传真 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 | （办）：（手机）： |
| 项目负责人职称信息 |  |

二、协作单位基本情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医疗机构名称 | 机构类别 | 医院等级 | 项目联系人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

三、中西医结合诊疗方案优化推广工作方案

|  |
| --- |
| 包括诊疗方案概况、工作目标、优化推广方法、预期成果、经费预算（如有）等，由第一、第二牵头单位共同填报。 |

四、省级有关部门审核意见

|  |
| --- |
| 省级中医药主管部门审核意见：负责人签名：部门（单位）印章： 年 月 日 |
| 省级卫生健康行政部门审核意见：负责人签名：部门（单位）印章： 年 月 日 |

重大疑难疾病中西医协作网络申报表

填写要求

1.本着实事求是的原则，按照表中要求及本填写说明，认真、仔细填写各项内容，表述准确，简明扼要。

2.第一、第二牵头单位需分别在申报书首页加盖本单位公章，并分别填写“一、牵头单位基本情况”和“四、省级有关部门审核意见”。“二、协作单位基本情况”和“三、中西医协作规划方案”需由第一、第二牵头单位协商一致后，由第一牵头单位统一填写。

3.填写内容需打印。在纸质文本上必须按要求加盖申报单位公章。

4.申报病种西医病名编码：需填写ICD-11疾病编码及中医病证分类与代码。如无对应编码可不填写。

5.省级有关部门审核意见——省级中医药主管部门及省级卫生健康行政部门均需填写审核意见，并由负责人签名并加盖部门（单位）印章。