

附件六

出生缺陷救助项目半年进展报告（格式）

____省卫生健康委妇幼处（盖章）：

填报时间：____年____月

●遗传代谢病救助 ●先天性结构畸形救助 □功能性出生缺陷救助

一、项目情况

（包括项目具体实施、宣传推广、总结验收、追踪管理、会议培训、项目评估、评审、绩效考评、社会效益分析等工作进展）

二、项目执行情况

（一）项目进度与工作量。

1. 上半年共收到____份患儿申请资料，初审____人，初审合格____人，已录入系统____份；共组织____次专家复审，复审通过____人，未通过____人；发放受助对象通知单____份，收到填报后回执单、医疗收费票据各____份；进行了____人次的患儿回访。填写附表1。

表1 半年项目进度与工作量统计表

序号	实施机构名称	收到申请资料份数	初审人数	初审合格人数	录入系统份数	专家复审次数	复审通过人数	发放通知单份数	收到回执单、票据份数	回访次数
1										
...										
合计										

2. 项目实施以来，截至____月底，本省共收到____份患儿申请资料，初审____人，初审合格____人，已录入系统____份；共组织____次专家复审，复审通过____人，未通过____人；发放受助对象通知单____份，

收到填报后回执单、医疗收费票据各____份；进行了____人次的患儿回访，填写附表 2。

表 2 截至____月底项目进度与工作量统计表

序号	实施机构名称	收到申请资料份数	初审人数	初审合格人数	录入系统份数	专家复审次数	复审通过人数	发放通知单份数	收到回执单、票据份数	回访次数
1										
...										
合计										

(二) 项目执行质量。

三、经验与存在问题

(一) 项目执行中的经验总结。

(二) 工作中存在的不足、遇到的问题及解决方案。

四、典型案例收集

(请提供本省各实施机构在执行项目过程中遇到的典型案例，写明患儿编号、患儿姓名、家庭情况及案例内容。)

五、项目下半年计划

六、其他相关文件清单

(请提供本省各实施机构在项目执行过程中产生的项目具体实施、宣传推广、总结验收、追踪管理、项目评估、论证、绩效考评、社会效益分析等工作的相关材料文件及照片)

其他附件：项目相关工作材料及照片