附件 2

海南省听力障碍患儿干预项目申请表

地区： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 | |  | |
| 年龄 |  | 民族 |  | 出生年月 | |  | |
| 听力障碍程度 | □ 中度 □重度 □极重度 | | | | | | |
| 申请类型 | □听力障碍诊断服务  □人工耳蜗+人工耳蜗植入术+术后调机 | | | | □听力与言语康复训练  □助听器+助听器验配 | | |
| 法定监护人姓名 |  | 身份证号 |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | 联系电话 |  |
| 家庭情况**:**  \*家庭人员状况：（双亲□ 单亲□ 其它□ : )  母亲姓名 年龄 身份证号  父亲姓名 年龄 身份证号  \*如儿童法定监护人为父母以外人员，请填写以下内容：  监护人姓名 与被监护人关系 年龄 身份证号 | | | | | | | |
| 知情同意和项目申请：  我作为法定监护人已充分了解该项目的性质、合理的预期和必要性，项目管理人员已对其中的疑问进 行解答。我充分了解到人工耳蜗植入手术或助听器验配作为医疗行为所存在的不确定性、可能导致的不良 后果及其他风险等，并认可诊断和干预方案，愿意承担相关医疗风险和后果；充分了解到本项目只提供听 力障碍诊断或人工耳蜗植入（含人工耳蜗+处理器+住院费用+术后调机和听力学评估）或验配助听器（含 助听器和验配服务）或听力与言语康复训练的服务，项目管理方不承担任何干预效果和医疗风险等方面的 医疗责任，医患之间的任何医疗纠纷属于医疗机构和患儿双方的医疗纠纷，与项目管理方无关。  我作为监护人同意将患儿病历等相关资料提供给项目管理单位在项目工作和后续相关工作中使用，并 愿意配合做好后续随访和其他项目有关工作。  我作为监护人，确认上述信息真实可靠，若有不实愿意承担相应的法律责任。  法定监护人意见：  我向项目管理方申请救助，并同意接受救助。  法定监护人签名：  日期： | | | | | | | |
| 定点医疗机构专家意见：  该名患儿符合我项目救助条件，同意其申请。  定点医疗机构专家签名： 日期： | | | | | | | |

填表说明：

1、本表仅用于听力障碍患儿干预救助项目的受救助对象申请救助所用，内容主要包含有：受救助对象的基本信息、听障程度、申请类型、知情同意和申请等。 由法定监护人进行填表。

2、本表在填表前请相关人员核对好申请人资格，内容包括：年龄、 户籍、诊断和干预方案等。工作人员需确定申请人的听障类别、申请类型、 进行本项目条款的知情告知和收集好申请材料的基础上填写。

3、编号由省妇女儿童医学中心进行编写。

4 、表内“ □”使用“√” 的方式填写。

5、“ 家庭人员状况”一项中若为“其他” ，则后面“ ”处可为“ 离异、 双亡”等，请如实填写。

6、其他填写项目不明晰之处请与省妇女儿童医学中心联系。

7、本表一式一份，由省妇女儿童医学中心存档。