附件2：

**淋巴瘤患者全程管理项目**

**医院申请表**

1. **医院基本信息**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | |
| 医院类别 | 公立□ 私立□ | | 医院等级 | 级 等 |
| 专科医院□ 综合医院□ | |
| 医院地址 |  | | 邮政编码 |  |
| 院办总机 |  | | 传真电话 |  |
| 项目负责人 |  | 联系电话 | 办公室： | 手机： |
| （科室主任） | 电子邮箱 |  | |
| 申报科室 | 血液科□ 血液肿瘤科□ | | 其他 | |
| 申报经办人 |  | 联系电话 | 办公室： | 手机： |
| 电子邮箱 |  | |
| 有开展淋巴瘤患者疾病随访管理意愿，能够与主办方签署并履行相关协议 | | | 是 □ | 否 □ |
| 已配备患者全程管理导航员岗位或有意愿增加此岗位设立 | | | 是 □ | 否 □ |

1. **淋巴瘤患者全程管理中心基本信息**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. 淋巴瘤患者管理小组或团队** | | | | | | | | | | |
| 成立淋巴瘤全程管理中心组织架构 | | | | | | 是□ 否□ | | 人员数量（名） | |  |
| 淋巴瘤患者全程管理人员简介（科室主任、项目医生、项目护士） | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | | 学历学位 | 职称 | 职务 | 何种认证资格 | 从事淋巴瘤患者 管理年限 | 手机 | 邮箱 |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 淋巴瘤患者全程管理人员证明材料（如资格证书、工作日志等） | | | | | | 备注：此处可插入相关证明材料图片 | | | | |
| **2. 淋巴瘤患者管理场所** | | | | | | | | | | |
| 管理场所是否固定 | | | 是□ 否□ | | | 管理场所用途 | | 淋巴瘤患者管理专用□ 多科室共用□ | | |
| 其他□ | | |
| 管理场所简单描述及照片 | | | | | | 备注：此处可插入相关证明材料图片 | | | | |
| **3. 有开展患者管理相关的基本设备及物料** | | | | | | 是□ 否□ | | | | |
| 患者管理相关设备及物料（如电话、电脑、患教手册、患教视频及其他） | | | | | | 备注：此处可插入相关证明材料图片 | | | | |
| **4. 有患者随访管理信息系统** | | | | | | 是□ 否□ | | | | |
| 患者随访软件、随访登记表介绍等 | | | | | | 备注：此处可插入相关证明材料图片 | | | | |

**三、申报说明**

**真实性声明：**

本院承诺所提供的资料真实、有效，愿意承担全部法律责任。

项目负责人（科室主任）（签字）：

单位公章

年 月 日