附件2

**肛肠专科医联体区域诊疗中心设置要求**

为贯彻落实国务院办公厅《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，完善肛肠专科专病防治体系及科研体系，加强各级医院交流合作，推广肛肠专科诊疗规范，充分发挥国家临床重点专科·中日医院肛肠专科医联体的辐射和带动作用，拟在全国各省（自治区、直辖市）遴选1-2家肛肠专科医联体区域诊疗中心，申报工作有关要求如下：

**一、申报要求**

（一）基本条件

申报肛肠专科医联体区域诊疗中心应同时符合以下条件：

1.专科所在单位应是三级甲等医院（包括中医医院、中西医结合医院、肛肠专科医院、综合医院）。

2.专科原则上应为省级及以上重点专科，床位≥40张。

3.专科近三年内无重大医疗事故，专科所在医院近年来未发生重大医药购销领域和医疗服务不正之风案（事）件。

4.在本专业具有较高知名度，肛肠诊疗特色优势突出、综合实力、临床诊疗能力、疑难危重症诊疗能力处于本专业领先地位、辐射带动能力强。

5.自愿原则。乐于承担肛肠专科医联体区域诊疗中心建设任务、愿意参与医联体的联合科学研究任务。

（二）申报程序和要求

1.各单位按照申报要求组织确定专科申报材料。

2.各申报专科认真填写《肛肠专科医联体区域诊疗中心申请表》，并**于2019年10月31日前**统一上交至中日友好医院肛肠科医联体办公室（邮寄地址：北京市朝阳区双泉堡甲2号中日友好医院西区4层肛肠中心李佳楠收，邮编：100192），同时将申报材料的电子版发送至医联体邮箱（gczkylt2017@ 126.com）

**二、遴选**

申报材料报送截止后，将组织医联体专家委员会综合运用遴选标准进行遴选，确定肛肠专科医联体区域诊疗中心。

**通过遴选的区域中心单位需参加2019年11月22日至23日的中日医院肛肠专科医联体大会。**

**三、联系人及联系电话**

联系人：李佳楠 联系电话：15801613247

附件

肛肠专科医联体区域诊疗中心申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | 医院等级 |  |
| 院总床位 |  | 科室床位 |  | 科室医生  人数 |  |
| 医院地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 法人代表 |  | | | 联系电话 |  |
| 专科负责人 |  | | | 联系电话 |  |
| 专科介绍（300字左右） | | | | | |
| （包块业务范围，年门诊量、手术量，科研与获奖，举办会议情况等） | | | | | |
| 专科负责人介绍（200字左右） | | | | | |
|  | | | | | |
| 申报科室所在单位意见  单位负责人签名：    部门（单位）印章 年 月 日 | | | | | |