附件1

**“流产后生育力保护项目”申报书**

**一、医院与科室基本信息**

1.单位名称

2.单位地址 邮编

3.单位属类：□综合医院 □专科医院 □计划生育科研/服务机构

4.单位级别： □1 □ 2 □3 等级： □甲 □乙

**二、硬件设施与咨询人员**

1. 计划生育门诊每日平均门诊量

2. 是否有专人进行宣教/咨询：□是 人 □否

3. 是否有宣教展板 □是 □否

4. 最近1个月内流产后妇女落实生育力保护的人数：

手术流产例数 例

药物流产例数 例

术后及时给予雌激素修复子宫内膜 例

内膜修复后（厚度＞8mm）给予避孕措施 例

**三、预期建设时间与目标**

* **预计 个月可达到项目合作医院标准**
* **承诺达到以下目标：**

1. 流产后针对有生育需求的女性修复子宫内膜，保护生育力立即落实到 %；
2. 每年开展生育力保护病例不少于 例；
3. 流产后2周、1个月、3个月随访率分别达到 %、 %和 %；
4. 内膜修复后避孕措施立即落实率达到 %；

**四、院长及流产后生育力保护项目合作负责人联系方式**

**项目负责人 项目联系人**

姓     名：                 姓     名：

职 称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 职 称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：                 联系电话：

邮     箱：                 邮     箱：

**签 名：                 签 名：**

**（加盖单位公章）**