**中国人口福利基金会**

**“健康中国行动-肝健康慢病全程管理”项目申请书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** | |  | | | |
| **医院地址** | | 省 市 县 | | | |
| **法定代表人** | |  | **是否公立医院** | |  |
| **医院等级** | |  | **是否专科医院** | |  |
| **肝病年门诊量** | |  | **糖尿病年门诊量** | |  |
| **登记为门慢、门特的肝病人数** | |  | **登记为门慢、门特的糖尿病人数** | |  |
| **此项目拟参与科室** | |  | **科室主任姓名与电话** | |  |
| **项目具体对接人** | |  | **联系电话及电子邮箱** | |  |
| **项目组主要参与者** | | | | | |
| **姓名** | **性别** | | | **职务/职称** | **联系电话** |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| **医院是否具备肝病相关检验检查能力及治疗手段，能够支持肝病的筛查、评估、管理及治疗。** | | | | | □是 □否 |
| **关于项目目标，贵单位预计项目周期内：** | | | | | |
| **1.入组建档（高危人群筛查、建档并提供分层随访管理：LSM≥8kPa或aMAP≥60分）的人数** | | | | **每月 例** | |
| **2.按规范治疗且能统计管理疗效人数** | | | | **每月 例** | |
| **申报医院审查意见：**  **我医院承诺提供的信息资料真实有效，同意参加“健康中国行动-肝健康慢病全程管理”项目，将按照项目要求实施，认真做好肝健康慢病全程管理。**  **申报医院盖章**  **年 月 日** | | | | | |
| **附件：医院介绍、负责科室介绍、医院肝病相关检验检查能力及治疗手段介绍等证明资料** | | | | | |

注：如有任何造假、虚构情况，中国人口福利基金会有权终止资助、追回全部资助款，并追究相关法律责任。