**人工肝“一市一中心”项目申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** |  | **科 室** |  |
| **项目负责人** | **姓名** |  | **职务** |  | **手机** |  |
| **科室基本信息** |
| **床位数** |  | **肝病患者量****（例/年）** |  |
| **人工肝技术人员** | **医生** | **（名）** | **护士** | **（名）** |
| **开展人工肝技术 年** | **目前人工肝开展 例/ 次/年** |
| **已获相关资质：** |
| **科室开展人工肝技术设备：**□**有/** □**无； 如果已有，人工肝设备 台** |
| **请在已开展的人工肝技术模式上打钩：**□ **PE，**□ **DPMAS，**□ **PA，** □ **CVVH，**□**无；**□**其他，**  |
| **申请理由：****负责人签字：** **2018年 月 日** |
| **申请单位意见：****（公章）** **2018年 月 日** |
| **专家组意见：****专家签字：** **2018年 月 日** |
| **全国疑难及重症肝病攻关协作组意见：****负责人签字：**  **盖章:** **2018年 月 日** |

邮寄地址：北京市丰台区南三环西路16号搜宝商务中心3号楼901室 邮箱：zhangxun@igandan.org 联系人：张珣 联系电话：010-67571131转601