附件1

**乙类大型医用设备配置许可**

**申 请 表**

**设 备 名 称**

**申 请 单 位 （盖章）**

**所在地级市**

**填 表 人**

**联 系 方 式**

**填 报 日 期 年 月 日**

广东省卫生健康委员会 制

填 表 说 明

1.申请单位应当如实填报本表。

2.申请单位是医疗机构的，“申请单位全称”、“法定代表人（主要负责人）”、“申请单位地址”按照《医疗机构执业许可证》填写，“编制床位数”填写取得《医疗机构执业许可证》时核准的床位数。

3.“所有制性质”包括全民、集体、私营、股份制等。

4.“举办主体”分为县办、市办、省办、中央部门办、国有或集体企事业单位办、乡镇卫生院和社会办医院。

5.“经营性质”分为非营利性、营利性。

6.申请单位是医疗机构的，“评审等级”按主管卫生健康行政部门核定等级填写。

7.“组织机构代码（或统一社会信用代码）”是指用于法人和其他组织身份识别的唯一代码。

8.申请单位是医疗机构的，“上一年门急诊人次”、“上一年住院人数”、“ 上一年肿瘤病人收治数”、“ 上一年手术量”、“上一年放射治疗患者收治数”、“上一年肿瘤病人放射治疗例数”、“ 上一年总收入”、“ 上一年总支出”均填报上一年度数据。

9.申请单位为医疗机构的，“医疗安全情况”填写过去2年内发生的一级、二级医疗事故的数量和具体情况，若无，则填写“无”。

10.“申请配置设备名称” 填写申请配置设备的中文和英文名称，“主要性能和用途”填写申请配置设备的性能和用途，“资金来

源”填写财政资金和自筹资金数额等。

11.“可行性研究”论述申请配置设备的必要性和依据、申请配置设备的技术发展前景、技术先进性、产品可靠性、质量安全性、在临床和科研工作中的作用、项目投资分析、申请配置设备需要的主要临床和技术人员情况、学科队伍建设、申请配置设备预期使用情况、社会效益和经济效益分析等。可另附页。

12.“申请单位功能定位”按照申请单位所承担的医疗、科研、教学等任务实际情况填写，一般分为：一是提供所在省域内常见病、多发病诊疗，体检等基本医疗服务；二是提供省域内急危重症、疑难病症诊疗和专科医疗服务，人才培养；三是区域医疗中心，提供跨省域疑难危重症诊疗和专科医疗服务，承担人才培养、医学科研等任务和技术支撑，带动区域医疗服务发展和整体水平提升；四是国家医学中心，承担全国层面疑难危重症诊断与治疗、高层次医学人才培养、高水平基础医学研究、相关疾病诊疗标准制定、相关专业技术研发等；五是社会办医疗机构等。

13.“申请单位临床使用需求”主要包括：一是满足常见病、多发病诊疗服务需求或主要用于常规体检；二是满足急危重症、疑难病症诊疗和专科医疗服务的特殊需求；三是满足省部级科研及医学人才培养需求；四是满足国家重大科研及高层次医学人才培养、高水平基础医学研究、相关专业技术研发等需求。

14.“设备所需技术条件” 主要包括申请设备相关的科室设置、工作基础、质控体系、应急救治能力、相关的国家级和省部级重点学科、重点专科、科研课题和成果等情况，具体参照相应设备的配置标准填写。

15.“设备所需配套设施” 主要包括申请设备所需的相关场地、基础设施、防护设施、设备安装条件等情况，具体参照相应设备的配置标准填写。

16.“专业技术人员资质、能力情况” 主要包括相关专业技术人员的人员配置、学历、职称、数量、工作经历、接受专业培训等情况，具体参照相应设备的配置标准，并填写附表《申请配置设备使用人员资质能力信息表》。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一．申请单位基本情况 | | | | |
| 申请单位全称 |  | 法定代表人  （主要负责人） | |  |
| 所有制性质 |  | 举办主体 | |  |
| 经营性质 |  | 评审等级 | |  |
| 申请单位地址 |  | | | |
| 组织机构代码（或统一社会信用代码） |  | | 编制床位数 |  |
| 上一年门急诊人次数 |  | | 上一年住院人数 |  |
| 上一年手术量 |  | | 上一年肿瘤病人收治数 |  |
| 上一年放射治疗患者收治数 |  | | 上一年肿瘤病人放射治疗例数 |  |
| 上一年总收入 |  | | 上一年总支出 |  |
| 医疗安全情况 |  | | | |
| 二、申请配置设备情况 | | | | |
| 申请配置设备名称 |  | | | |
| 主要性能  和用途 |  | | | |
| 资金来源 |  | | | |
| 可行性研究 |  | | | |
| 三、申请单位功能定位 | | | | |
|  | | | | |
| 四、申请单位临床使用需求 | | | | |
|  | | | | |
| 五、设备所需技术条件 | | | | |
|  | | | | |
| 六、设备所需配套设施 | | | | |
|  | | | | |
| 七、专业技术人员资质、能力情况 | | | | |
|  | | | | |
| 八、申请单位签章  本人代表申请单位承诺所有提供材料均真实、准确、有效。如有虚假材料，愿承担一切法律责任与后果。  负责人签名 盖章  年 月 日 | | | | |

注：申请配置在中华人民共和国境内新上市的单台（套）价格在1000-3000万元的大型医用设备的，除第九条、第十条规定的材料外，还须同时提供医疗器械注册证或备案凭证复印件和设备在其他国家或地区配置和使用主要情况介绍（包括基本情况、境外配置、使用、售价、收费情况等）。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附表 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请配置设备使用人员资质能力信息表 | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | 所在科室 | | 专业 | 学历 | 职称 | 执业医师证号 | 执业注册地点 | 相关培训经历 | 相关工作经历 | 其他资质 |
| 1 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |