|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人体器官移植医师资质认定申请表1 | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 执业  地点 |  | |  | |
| 执业  范围 |  | 职称 |  | | | 执业地点所具备的人体器官移植诊疗科目 | |  |  | |
| 申请移植项目 | |  | | 有无违反医疗卫生相关法律、法规、规则、伦理原则和人体器官移植技术管理规范的行为 | | |  | |  | |
| 近8年是否连续从事人体器官移植相关专业临床工作 | |  | | 近3年是否发生二级以上负完全责任或主要责任的医疗事故 | | |  | |  | |
| **近5年累计以手术医师**实施移植手术达到规定数量且移植器官生存率符合国家有关技术管理规范 | 肝脏移植 | 例数 |  | 具体病案号 |  | | | |  | |
| 良性终末期肝病肝脏移植 | 1年存活率 | |  | 肝脏恶性肿瘤肝脏移植 | 1年存活率 |  |  | |
| 3年存活率 | |  | 3年存活率 |  |  | |
| 5年存活率 | |  | 5年存活率 |  |  | |
| 肾脏移植 | 例数 |  | 具体病案号 |  | | | |  | |
| 1年存活率 | |  | 3年存活率 |  | 5年存活率 |  |  | |
| 心脏移植 | 例数 |  | 具体病案号 |  | | | |  | |
| 1年存活率 | |  | 3年存活率 |  | 5年存活率 |  |  | |
| 肺脏移植 | 例数 |  | 具体病案号 |  | | | |  | |
| 1年存活率 | |  | 3年存活率 |  | 5年存活率 |  |  | |
| 小肠移植 | 例数 |  | 具体病案号 |  | | | |  | |
| 胰腺移植 | 例数 |  | 具体病案号 |  | | | |  | |
| 申请人所在单位主要负责同志 签名 | |  |  |  | 申请人所在单位盖章 | | | | |  |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | | |  |
| 省卫生计生委审核意见 | 经办人审核意见 | 签字 年 月 日 | | | | | | | |  |
| 处室审核意见 | 签字 年 月 日 | | | | | | | |  |
| 委领导审核意见 | 签字 年 月 日 | | | | | | | |  |
| **备注：1、2016年9月25日《人体器官移植医师培训与认定管理办法》公布实施前，已从事人体器官移植的医师请填写此表。2、此表所填信息真实性由申请人所在单位负责。3、此表一式3份。** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人体器官移植医师资质认定申请表2 | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 执业地点 |  |
| 执业范围 |  | 职称 |  | | | 申请移植项目 |  |
| 近3年是否发生二级以上负完全责任或主要责任的医疗事故 | | | |  | | | |
| 有无违反医疗卫生相关法律、法规、规则、伦理原则和人体器官移植技术管理规范的行为 | | | |  | | | |
| 是否经人体器官移植培训基地培训并考核合格 | | | |  | | | |
| 是否有5年以上人体器官移植临床工作经验 | | | |  | | | |
| 是否有8年以上相关外科或小儿外科工作经验 | | | |  | | | |
| 申请人所在单位主要负责同志签名 | |  |  |  | 申请人所在单位盖章 | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | |
| 省卫生计生委审核意见 | 经办人审核意见 | 签字 年 月 日 | | | | | |
| 处室审核意见 | 签字 年 月 日 | | | | | |
| 委领导审核意见 | 签字 年 月 日 | | | | | |
| **备注：1、2016年9月25日《人体器官移植医师培训与认定管理办法》公布实施前未取得人体器官移植资质，拟新从事人体器官移植的医师请填写此表。2、此表所填信息真实性由申请人所在单位负责。3、此表一式3份。** | | | | | | | |