

附件 1

西咸新区儿童口腔疾病综合干预项目定点医疗机构申报表

医疗机构名称		项目负责人	
通讯地址			
手机		固定话/传真	
一般资料	<p>1. 医疗机构类别：部级<input type="checkbox"/> 省级<input type="checkbox"/> 市级<input type="checkbox"/> 区（县）级<input type="checkbox"/> 社区卫生服务中心/乡镇卫生院<input type="checkbox"/> 社区卫生服务站/村卫生室<input type="checkbox"/> 其他<input type="checkbox"/>_____</p> <p>2. 医疗机构等级：_____级_____等</p> <p>3. 医疗机构性质：公立<input type="checkbox"/> 非公立<input type="checkbox"/></p> <p>4. 口腔（助理）医师_____人，其中中级及以上执业资格_____人，能够专门负责窝沟封闭操作的医师_____人；</p> <p>5. 护士总数：_____人</p> <p>6. 牙科椅位总数_____台，其中_____台能够作为项目专用椅位。</p> <p>7. 能否播放宣传短片：能<input type="checkbox"/> 不能<input type="checkbox"/></p> <p>8. 医疗机构门口或候诊室有无宣传栏：有<input type="checkbox"/> 无<input type="checkbox"/></p>		
地理位置	距离本医院 5km 以内的学校数_____所，分别是：_____		
医疗服务	<p>1. 门诊时间：周一至周五上午_____，下午_____ 周六、日_____</p> <p>2. 工作时间内，特别是周末、节假日及寒暑假期间，能否为较集中的学生提供窝沟封闭服务，确保服务质量，是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>3. 是否开展过窝沟封闭诊疗：___，窝沟封闭剂为_____</p>		
健康教育	<p>1. 是否开展过口腔健康教育活动：是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></p> <p>2. 宣传对象：_____</p> <p>3. 宣传形式：_____</p>		
申请理由			
项目实施计划（包括时间安排、组织实施形式、质量控制措施）			

	<p>负责人（签名、单位盖章） 年 月 日</p>
--	-------------------------------

<p>新区项目技术指导组评 审意见</p>	<p>组长（签字）： 专家（签字）： 年 月 日</p>
---------------------------	--------------------------------------

西咸新区公共卫生管理
中心评审结果

负责人（签名、单位盖章）
年 月 日