

附件 2

“广东省胸痛中心”验收申请表

申请医院：

申请时间：

广东省卫生健康委员会

医院名称:						
医院地址: (包括分院地址)						
胸痛中心成立时间:						
医院性质:	大学附属	省属	市属	民营	其他	
急救模式:	独立型	指挥型	依托型	其他		
急诊科类型:	综合急诊			专科急诊		
每年平均收治心肌梗死患者数量	共_____例。					
云平台数据库上填报情况	共___个月, 共计___例急性胸痛病例。					
拟创建类型:	PCI 版	年 PCI 总例数:				
		年 PPCI 例数:				
	基层版	主要再灌注策略:		溶栓 转运 PPCI		
心电图远程 传输方式				网络医院数量		
负责人:	姓名		手机		邮箱	
联络人:	姓名		手机		邮箱	

一、学科带头人简况：

二、学科技术骨干简表

姓名	性别	年龄	专业类别	技术职称	工作年限

三、申请单位审查意见（对胸痛中心建设的经费预算及能否保证计划实施所需人力物力等的具体意见）

院长签名：

单位盖章
年 月 日

四、本地 120 急救系统对胸痛中心建设的意见：

负责人签名：

单位盖章
年 月 日

五、本地市卫计委（局）审查意见：

负责人签名：

单位盖章
年 月 日

五、广东省胸痛中心委员会专家组意见：

专家组签名：

年 月 日

六、广东省卫健委批复意见：

单位盖章

年 月 日