附件2

**乙肝母婴零传播工程项目**

**申 请 书**

申请医院：

医院地址：

邮 编：

联 系 人：

联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人及主要团队成员信息（同时报电子表格）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 出生年月 | 学历/学位 | 职务/职称 | 项目分工 | 联系电话 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 工作基础（重点介绍医院与本项目相关的工作基础，包括对乙肝孕妇的随访管理流程以及对其婴儿的随访管理等） |
| 工作目标与计划（简述参加项目的工作目标以及项目实施计划） |
| 医院概况（医院等级、就诊病人数量、科研技术实力、人才队伍建设等情况）：（内容多可加页） |
| 妇产科情况（科室概况，人员结构、床位数、年门诊量、年住院分娩量、乙肝孕妇所占比例及其管理等）：（内容多可加页） |
| 承担任务承诺1.加入项目后，每年登记不少于 100名符合条件的乙肝孕妇；2.按照统一的管理规范，通过移动医疗工具——小贝壳APP对乙肝孕妇及其婴儿进行随访管理，保证数据的完整性和准确性；3. 在项目执行中保护患者隐私，不将患者个人信息透露给与本项目无关的人员和机构；4. 保证项目的公益性，不在本项目中从事与商业有关的活动。 |
| 申报医院意见 | 院长： （医院盖章）年 月 日 |
| 审批意见 | 中国肝炎防治基金会年 月 日 |