



重庆市卫生健康委员会 关于规范医疗机构人体器官移植执业资格 认定审批流程有关事宜的通知

渝卫发〔2020〕71号

各区县（自治县）卫生健康委、两江新区社发局、高新区公共服务局、万盛经开区卫生健康局，各委属医疗机构，陆军军医大学各附属医院、陆军特色医学中心、陆军第九五八医院、武警重庆市总队医院，大型企事业单位职工医院：

为规范医疗机构人体器官移植执业资格认定审批工作，根据原国家卫生计生委医政医管局《关于规范医疗机构人体器官移植执业资格认定审批流程有关事宜的通知》（国卫医质量便函〔2017〕201号）和国家卫生健康委办公厅《关于医疗机构人体器官移植执业资格认定审批网上办理的通知》（国卫办函〔2020〕259号）要求，经委主任会审议通过，现对规范医疗机构人体器官移植执业资格认定审批工作流程通知如下：

一、申请医疗机构应当按照国家卫生健康委办公厅《关于医疗机构人体器官移植执业资格认定审批网上办理的通知》（国卫

办函〔2020〕259号)要求,认真提交各项申请材料,并填写《医疗机构人体器官移植执业资格认定申报表》(见附件),申报表各单位意见栏中应签署医疗机构意见并盖章。

二、严格按照时间要求及时申报。拟申请人体器官移植执业资格的医疗机构于每年4月和9月第一周内向市卫生健康委提出初审申请,并在每年4月、9月后两周分两批进行网上申报。由市卫生健康委组织专家对申请医疗机构进行初审。初审合格的医疗机构应按照国家卫生健康委网上办理要求,在规定时间内,严格按照办理流程和所需材料清单,提交真实、齐备和符合标准的PDF文件,确保办理流程准确合规。

三、国家卫生健康委同意医疗机构人体器官移植执业资格认定后,医疗机构应及时向市卫生健康委申请,由市卫生健康委对获得资格认定的医疗机构进行相关诊疗科目登记。

四、文件自印发之日起施行,原重庆市卫生和计划生育委员会办公室《关于规范医疗机构人体器官移植执业资格认定审批流程有关事宜的通知》自本文件印发之日起废止。

联系人:王莉;联系电话:67794849;电子邮箱:
67706026@163.com。

附件：医疗机构人体器官移植执业资格认定申报表

重庆市卫生健康委员会

2020年11月30日

附件

医疗机构人体器官移植
执业资格认定申报表

省份： _____

申请医院名称： _____

申请项目： _____

二〇 年 月

申报概要

一、_____医院概况

二、_____医院综合技术能力

二、_____医院现有条件已达到人体器官移植技术规范相关要求

四、_____医院人体器官捐献开展情况

五、_____医院

一、一般情况

医院名称	第一冠名		
	第二冠名		
医疗机构执业 许可证	登记号		有效日期
院 长	姓名	最高学历	现任职时间
与高等院校所属关系 <input type="checkbox"/> 附属医院 <input type="checkbox"/> 教学医院 <input type="checkbox"/> 无			
医院等级			
医院类型 <input type="checkbox"/> 综合性 <input type="checkbox"/> 专科			
移植指导医院			
核定床位数		开放床位数	
医院地址			
分部地址			
联系电话			
邮编		传真	
分管院长	职务	职称	手机

职能部门负责人	部门	职务	职称	手机

二、相关学科基本情况

(一) 相关专业科室情况 (请填写申报相关学科)						
普通外科	已开展工作时间			开设床位		
普通外科 (肝胆专业)	已开展工作时间			开设床位		
泌尿外科	已开展工作时间			开设床位		
胸外科	已开展工作时间			开设床位		
心脏外科	已开展工作时间			开设床位		
重症监护病房	已开展工作 时间			开设床位		
____移植病房	有无独立的____移植病房			有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
	开设床位					
	氧气 通道	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	监护 系统	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	负压吸引系 统	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
手术室	有无肝脏移植专用手术室			有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
	肝脏移植专用手术室面积			40 平方米以上 <input type="checkbox"/> 40 平方米以下 <input type="checkbox"/>		
	是否达到 I 级洁净标准			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

重症监护室	设置符合规范要求,达到 III 级洁净辅助用房标准			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	开设床位	不少于 10 张 <input type="checkbox"/>	每病床净使用面积	不少于 15 平米 <input type="checkbox"/> 少于 15 平米 <input type="checkbox"/>		
	符合普通外科(肝胆专业)危重病人救治要求				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	空气层流设施	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	呼吸机	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	多功能监护仪	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
	能够开展有创监护项目和有创呼吸机治疗				有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	
	有无持续性床旁血液滤过设备				有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	
	有无床边生化检测仪				有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	
血液净化室	有无独立的血液净化室			有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
	血液净化设备数量			20 台以上 <input type="checkbox"/> 20 台以下 <input type="checkbox"/>		
	有无人工肝支持系统和设备			有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
实验室	能否开展免疫抑制剂血药浓度检测			能 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
	能否开展 PRA 和 HLA 检测			能 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
病理科	能否开展移植器官组织活检的病理诊断			能 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
介入科	能否独立进行介入诊治			能 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		



心/肺功能室	有无独立的心/肺功能室	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
	不同功能肺功能设备数量	5 台以上 <input type="checkbox"/> 5 台以下 <input type="checkbox"/>
	心肺运动仪	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
支气管镜室	能否开展 TBLB、EBUS 检查及术后气道管理	能 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

(二) 移植项目负责人 _____ 移植

姓名		性别		出生年月	
所在科室			执业医师资格证		
毕业院校			书编号		
学历			学位		
专业			专长		
工作年限			相应工作年限		
职称			获得职称时间		
1. 何时何地开始本项目的专业工作					
时间	地点		项目		
2. 本项目专业培训（进修）情况					
时间	地点	指导医师	操作例数	参与例数	其他需说明情况



个人专业工作简述（含主要科技成就）：									
其他	近三年内是否发生与同类技术有关的医疗事故：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>								
（三）相关人员 _____ 移植									
学历结构	总计人数	博士		硕士		本科		专科及以下	
职称结构	总计人数	主任医师		副主任医师		主治医师		住院医师	
人体器官移植医师情况	姓名	性别	年龄	学历	职称	专业	从事专业年限		



（四）麻醉科相关人员							
学历结构	总计人数	博士		硕士		本科	专科及以下
职称结构	总计人数	主任医师		副主任医师		主治医师	住院医师
主要人员情况	姓名	性别	年龄	学历	职称	专业	从事专业年限

(五) 相关设备	
设备名称	设备情况 (型号、产地、数量等)
磁共振 (MRI)	
计算机 X 线断层摄影 (CT)	
彩色多普勒超声波诊断仪	
床边 X 光机	
纤维胃镜	
纤维胆道镜	

肺功能测定仪	
快速冰冻切片设备	
器官移植专用器械	
供体器官摘取与保存的药品与器械	
人工膜肺（ECMO）	
心肺运动仪	

（六）项目所在科室的专用设备、设施及工作基础

场所 情况		独立病区 _个	独立病床 ____张	
	其他 场所 情况 （包 括专 用实 验 室）	场所名称	面积（平方米）	
专用		设备名称	型号及产地	台数



设备 情况	必备 设备	体外循环呼吸支持设备			
	应有 设备	多功能监护仪			
目前 已开 展同 类技 术应 用情 况	已开展项目 (具体名 称)	开展时间 (年)	已开展该项 目总数	手术成功率 (%)	3年/5年生存率 (%)

三、相关制度建设情况

--

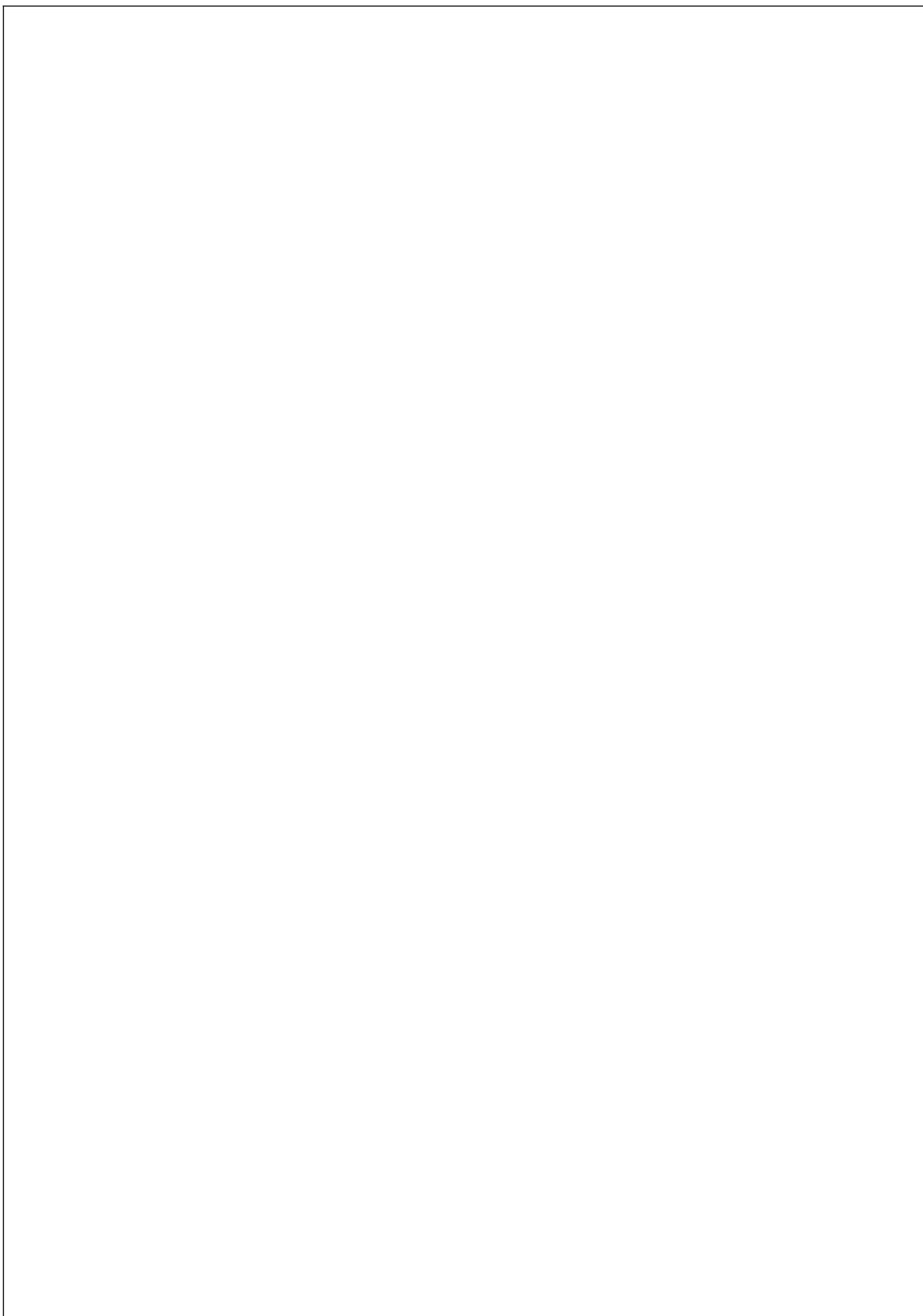
四、人体器官捐献案例统计

申请医院所在区域器官获取组织（OPO）： _____

年度	捐献案例数		捐献器官数量	
人体器官	捐献者姓名	住院号	捐献日期	分配系统中捐献者编号



捐献 案例 详情				



六、各单位意见

<p>_____医院意见：</p> <p style="text-align: right;">盖 章 日 期</p>
<p>_____ (省、自治区、直辖市)专家组审核意见：</p> <p>专家组成员：</p> <p style="text-align: right;">专家 组长： 日 期</p>
<p>_____ (省、自治区、直辖市)卫生计生委审核意见：</p> <p style="text-align: right;">盖 章 日 期</p>

(注：本申请表各表格均可续页)