

## 附件 2

## 医疗机构口腔基本情况调查表

调研单位名称:

公立 民营

项目	具体内容	医疗机构情况
(一) 基本情况	1. 医疗机构级别、口腔门诊科室、口腔住院病区数量	医疗机构级别: 门诊科室数量: 个 住院病区数量: 个
	2. 口腔人员情况: 医师、护士、医技人员数量	①医师: 人 其中正高级 人、副高级 人、其他 人; 博士 人、硕士 人、本科 人、 其他 人。 ②护士: 人、 其中住院护士 人、门诊护士 人; 正高级 人、副高级 人、其他 人; 博士 人、硕士 人、本科 人、 其他 人。 ③医技: 人 其中正高级 人、副高级 人、其他 人; 博士 人、硕士 人、本科 人、 其他 人。
	3. 口腔急诊科设置情况	<input type="checkbox"/> 有 口腔急诊科医师数: 人 口腔急诊科椅位数: 台 <input type="checkbox"/> 无
	4. 设备情况: 椅位、放射诊疗设备等数量	椅位数: 台 口腔显微镜数: 台 牙片机数: 台 全景 X 光机: 台 CBCT 数: 台 CAD/CAM 数: 台
	5. 2022 年口腔门诊就诊人次、口腔出院患者人次、口腔住院患者手术人次	门诊就诊人次: 人 出院患者人次: 人 住院患者手术人次: 人
	6. 信息化开展情况: ①电子病历系统 (EMR 系统)、②医院信息管理系统 (HIS 系统)、③实验室 (检验科) 信息系统 (LIS 系统) ④医学影像系统 (PACS 系统)	①电子病历系统 <input type="checkbox"/> 有 等级: __级 <input type="checkbox"/> 无 ②医院信息管理系统 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ③实验室 (检验科) 信息系统 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 ④医学影像系统 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
(二) 质控组织建	1. 医院三级质控体系建设情况	<input type="checkbox"/> 建立三级质控体系

设情况		<input type="checkbox"/> 未建立
	2. 科室质控小组成立情况或专人负责情况	<input type="checkbox"/> 成立质控小组或有专人负责 <input type="checkbox"/> 未成立质控小组或无专人负责
	3. 质控组织运行情况	<input type="checkbox"/> 开展相关工作（有相关记录或照片） <input type="checkbox"/> 未开展工作
（三）口腔质控指标情况（非省质控中心发布的指标）	1. 口腔颌面外科住院质控指标	<input type="checkbox"/> 有 制定时间 年 月 <input type="checkbox"/> 无
	2. 口腔颌面外科门诊质控指标	<input type="checkbox"/> 有 制定时间 年 月 <input type="checkbox"/> 无
	3. 口腔内科质控指标	<input type="checkbox"/> 有 制定时间 年 月 <input type="checkbox"/> 无
	4. 口腔修复质控指标	<input type="checkbox"/> 有 制定时间 年 月 <input type="checkbox"/> 无
	5. 口腔正畸质控指标	<input type="checkbox"/> 有 制定时间 年 月 <input type="checkbox"/> 无
（四）感染控制情况	1. 感染控制制度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	2. 感染控制专/兼职人员	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	3. 医疗垃圾分类	<input type="checkbox"/> 符合规定 <input type="checkbox"/> 不符合
	4. 执行手卫生规范	<input type="checkbox"/> 符合规定 <input type="checkbox"/> 不符合
	5. 职业暴露应急预案和处置流程	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
（五）质控工作中存在问题		
（六）优秀的质控经验或措施		
（七）橡皮障隔离术应用情况	1. 橡皮障隔离术应用存在的困难？  2. 推动、落实橡皮障隔离术应用的建议？	
调研人签字： _____ 年 月 日		

