附件2

**全国消毒供应质量管理与控制平台哨点医院申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | |
| 单位地址 |  | |
| 法定代表人姓名 |  | |
| 联系人姓名 |  | |
| 联系人电话 |  | |
| 监测工作人员名单 | | |
| 职责分工 | 姓名 | 联系电话 |
| 监测分管领导 |  |  |
| 监测部门负责人 |  |  |
| 主要监测人员 |  |  |
| 申报理由（限1000字） | | |
| 包括医院总体情况，消毒供应中心总体情况、人员配置情况，医院及消供信息化建设等情况。 | | |
| 单位意见：  单位盖章  年 月 日 | | |

附件3

**哨点医院消毒供应中心（室）基本情况表**

|  |
| --- |
| 一、申报医院基本情况（在符合的项目方框内划“√”） |
| 1.医院类型：□综合医院 □教学医院 □专科医院 |
| 2.医院级别：□三级 □二级 |
| 3.床位数： □1000张以上 □1000张及以下 |
| 4.年手术量：□1万台次 □1万～2万台次 □2万台次以上 |
| **5.**开展手术种类：  □普通外科 □骨科 □脑外科 □心脏外科 □胸外科  □泌尿外科 □妇科 □产科 □口腔科 □眼科  □ 耳鼻喉科 是否开展各种硬式内镜手术：□是 □否 |
| 二、CSSD基本情况（在符合的项目方框内划“√”） |
| 1.医院主管部门：□主管院长直接管 □护理部 □院感科  □ 其它（注明）： |
| 2.CSSD负责人： □ 科护士长 □ 护士长 □ 其它 |
| 3.管理模式：  □ 全部集中至CSSD处置  □ 统一由CSSD管理，在CSSD及手术部处置  □ 部分集中（未集中的科室请注明： ）  □ 分散管理 |
| 4.管理制度  建立九大类的工作制度：□全部完成 □部分完成 □未完成  外来器械管理制度： □有并落实 □待制定  植入物管理制度： □有并落实 □待制定 |
| 5.设备设施：  □清洗设备 □包装设备 □灭菌设备  □监测耗材 □监测设施 □运输工具 □其他 |