# “睛彩无界 —— 弱视儿童 VR 关爱计划”

# 合作医院申请表

申报医院全称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申报日期：年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电子邮箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **一、医院基础信息**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目 | 具体内容 |
| 医院等级 | □ 三级医院 □ 儿童专科医院（请注明） |
| 成立时间 | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月 |
| 医疗机构执业许可证号 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 医院地址 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 官网地址（如有） | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 儿科 / 眼科科室设置情况 | 1. 儿科床位数：\_\_\_\_\_\_张；眼科 / 视光科床位数：\_\_\_\_\_\_张2. 科室医护人员总数：\_\_\_\_\_\_人 |

## **资质与技术能力证明**

## （一）专业团队配置

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职称 | 专业领域 | 从业年限 | 参与儿童弱视诊疗相关经历（可附页） | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 注：需至少包含 2 名副主任医师以上职称人员信息 | | | | | |

## （二）VR 相关硬件与空间条件

1.现有 VR 设备情况（可附设备照片及资质证明）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备型号 | 数量 | 购置时间 | 是否符合二类医疗器械标准 | 设备使用维护情况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2.专用诊疗空间规划：

* + 空间位置：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + 面积：\_\_\_\_\_\_㎡
  + 配套设施（如消毒设备、监控系统等）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## （三）伦理与管理制度

1.医院伦理委员会是否正常运作：□ 是 □ 否

若 “是”，伦理委员会成立时间：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月，近 1 年开展伦理审查次数：\_\_\_\_\_\_次

2.是否建立患者信息保密制度：□ 是 □ 否（若 “是”，可附制度文件摘要）

3.是否建立医疗质量控制体系：□ 是 □ 否（若 “是”，简述核心管控措施）

## **三、项目经验证明（近 3 年）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 项目类型（公益 / 临床研究 / 技术应用） | 担任角色（主导 / 参与） | 项目起止时间 | 服务儿童数量（如涉及） | 项目成果（可附报告、证书等佐证材料） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## 四、合作规划与承诺

## （一）项目实施计划

1.弱视患儿筛查与入组方案：

* + 计划筛查区域：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + 预计每月筛查人数：\_\_\_\_\_\_人
  + 入组标准（可参考国家相关诊疗规范补充）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.VR 训练实施安排：

* + 计划每日训练时段：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + 每次训练时长：□ 20分钟 □ 其他（请注明）\_\_\_\_\_\_分钟
  + 配合遮盖治疗的具体措施：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.专职人员配置计划（姓名、岗位、职责）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 | 岗位 | 主要职责 |
|  |  |  |
|  |  |  |

## （二）项目目标与预期成果

1.合作期内（按 1 年规划）预计服务弱视儿童数量：\_\_\_\_\_\_人

2.预计儿童弱视治疗有效率（可附测算依据）：\_\_\_\_\_\_%

3.计划形成的项目成果（如案例报告、技术优化建议等）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## （三）合作承诺

本医院郑重承诺：

1.所提交的申报材料真实、准确、完整，无虚假信息；

2.严格遵循 “睛彩无界 —— 弱视儿童 VR 关爱计划” 项目方案及中国红十字基金会相关要求，保障项目规范实施；

3.积极配合项目监管、效果评估及数据上报工作，按季度提交进展报告；

4.严格保护患儿隐私，遵守信息保密相关规定；

5.若违反上述承诺，自愿接受取消合作资格等相关处理。

**项目负责人签字**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**医院/科室公章**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 五、附件清单（请在对应项后打 “√” 并附材料）

1.医疗机构执业许可证复印件 □

2.眼科 / 视光科专业团队职称证书、从业证明复印件 □

3.近 3 年相关项目成果报告、证书等佐证材料 □

4.患者信息保密制度、医疗质量控制体系文件摘要（如有） □

5.其他补充材料（请注明）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □