

附件 1

山东省医院等级评审申请书

医院名称_____

执业许可证号_____

医院执业地址_____

医院性质_____

申请等级 _____级_____等

申请时间 _____年_____月_____日

联系人 _____

联系电话 _____

邮政编码_____

山东省卫生计生委制

目 录

- 1、医院评审申请审核表
- 2、医院评审申请文件
- 3、医院综合情况
- 4、医院评审准备情况汇报

1、医院评审申请审核表

医院名称 (包括第二名称)		执业许可证号	
医院法人		医院地址 (详细地址)	
医院性质		医院类别	
医院原等级		医院申请等级	
医院所在设区市是否 出台本地区医疗机构 设置规划	是 ☐ 否 ☐	医院申请等级是 否符合当地医疗 机构设置规划	是 ☐ 否 ☐
医院自评情况	1、我院按照《医院评审标准与实施细则》经过认真准备与自我评估，自评成绩达到国家卫生计生委和省卫生计生委关于相应级别医院的有关标准,特申请于 年 月接受医院评审。 2、我院所提供的各类资料真实可靠，绝无虚假。 院长（签名）： 申报日期：		
医院评审需要 回避的专家			
医院上级主管部门 审核意见	（盖章） 审核日期：		

医院所在地县级卫生 行政部门审核意见	（盖章） 审核日期：
医院所在地市级卫生 行政部门审核意见	（盖章） 审核日期：
医院评审领导小组 办公室审核意见	1、同意受理 ☐ 2、不同意受理 ☐ 不同意受理的原因：①资料不全 ☐； ②自评不合格 ☐；③医院评审不合格且整改期限未到 ☐；④新建医院未满 3 年 ☐；⑤撤销医院等次或再次评审结论不合格，未满 4 年 ☐；⑥医院申请级别不符合本地区医疗机构设置规划 ☐；⑦医院申报材料存在弄虚作假现象 ☐；⑧其他原因（可另附页说明） ☐. （盖章） 审核日期：

附件 2

山东省医院评审自评报告

医院名称_____

执业许可证号_____

医院地址_____

医院性质_____

申请等级 _____级_____等

申请时间 _____年_____月_____日

联系人 _____

联系电话 _____

邮政编码_____

山东省卫生计生委制

目 录

- 1、第一部分 医院综合管理情况报告
- 2、第二部分 医院基本情况
- 3、第三部分 医院评审所涉及的基本数据
 - (1)住院患者医疗质量与安全监测指标
 - (2)单病种质量指标
 - (3)实施临床路径病种一览表
 - (4)重症医学（ICU）质量监测指标
 - (5)医院感染控制质量监测指标
 - (6)自评结果一览表
 - (7)自评结果汇总表