## 安徽省病理科基本情况调查表

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称：** | |
| **通讯地址：** | |
| **科主任 ：** | **手机：** |
| **E-mail：** |  |

**一、病理专科基本情况**（选项打√）

1. **医院性质**（公立、社会办、非营利性、营利性）；

医院特色（综合、专科）；

医院等级（III甲、III乙、II甲、II乙、I甲、I乙）；

1. **病理科室**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **类型** | 具有执业医师资格证人数 | 人数 |
| **诊断医生** |  |  |
| **技术员** |  |  |
| **合计** |  |  |
| **医院床位数： 张** | | **病理亚专科：已分** **未分** |

注：亚专科设立是指有独立工作室和包含高级职称的专门人员不少于4人，并应有相应的成果（系列课题或论文），在省内处于领先地位。

1. **科室用房**

病理科总面积：\_\_\_\_M2 、总间数：\_\_\_间、收发室\_\_\_\_\_间、诊断室\_\_\_\_\_间、办公室\_\_\_\_\_间、技术室\_\_\_\_\_间、免疫组化室\_\_\_\_\_间、冷冻切片室\_\_\_\_\_间、档案资料室\_\_\_\_\_间、会诊阅片室\_\_\_\_\_\_间、分子生物学研究室\_\_\_\_\_\_间、细胞穿刺室\_\_\_\_\_间、细胞技术室\_\_\_\_\_\_间、细胞诊断室\_\_\_\_\_\_间、专题研究室\_\_\_\_\_\_间、尸检室\_\_\_\_\_间、标本陈列室\_\_\_\_\_\_室、库房\_\_\_\_\_\_间。

注：没有设置的房间，写“无”。

**二、病理人员结构配置**（选项打√ ）

1.医院专人负责质控门诊/手术室固定液种类、PH值：A有  B无

2.病理标本的接受程序和报告单发放专人负责：A有  B无

3.档案管理专人负责：A有 B 无

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **年龄** | **职称** | **第一学历** | **最后学历** | **岗位分工** | **是否培训上岗** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**病理科人员情况登记表**

**（注：岗位分工指：诊断医生、技术员、档案管理员、收发员、其他工人等）**

**三、现在病理科已经开展医疗服务项目及收费情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 费用（元） | 项目 | 费用（元） |
| 普通病理检查 |  | PCR检测 |  |
| 手术中冷冻病理检查 |  | 电镜观察 |  |
| 细胞病理检查 |  | FISH检测 |  |
| 尸体解剖检查 |  | EBER原位杂交 |  |
| 院外会诊 |  | 二代测序 |  |
| 特殊染色 |  |  |  |
| 免疫组织化学（1个标记） |  |  |  |

注：空白处可填写表中未列出的其他服务项目及收费情况，未开展项目写“无”

**四、病理科设备**

1.是否使用包埋机：A有 B 无 

2.是否使用HE自动染色机：A有 B 无

**五、现在病理科存在问题及建议**

科主任签字：

技术组负责人签字：

填表日期：