附件1

四川省卫生健康委员会

注册医疗机构医疗美容项目备案程序

一、备案提交材料

（一）《医疗机构执业许可证》正副本复印件；

（二）《四川省卫生健康委员会医疗机构医疗美容项目核准申请表》纸质版及电子版；

（三）医疗美容项目相关医疗美容主诊医师名单及医师资格证书、医师执业、医师职称证书复印件；

（四）医疗机构开展医疗美容项目的自评报告；

以上所有材料一式二份，并加盖医疗机构公章。提交的资料使用A4纸，请使用电子文档填写，打印后装订成册提交。

二、备案流程

（一）医疗机构首先登陆四川省医疗卫生服务指导中心业务管理平台（网址：https://scyx.org.cn/），下载《四川省卫生健康委员会医疗机构医疗美容项目核准申请表》，按照填表说明进行填写，同时按“备案提交材料”要求准备其他相关材料。

（二）医疗机构备案资料准备完毕后，交至省医疗卫生服务指导中心进行核准，提交的材料经省医疗卫生服务指导中心审核后决定是否受理，并出具受理通知书/不予受理通知书。

（三）省医疗卫生服务指导中心根据申请备案的医疗美容项目所属二级诊疗科目（美容外科、美容牙科、美容皮肤科、美容中医科）组织相关专家进行核准，必要时前往医疗机构进行实地核查。

（四）省医疗卫生服务指导中心将医疗美容项目核准结果报省卫健委备案，省卫健委根据核准情况出具《医疗美容项目分级管理备案回执》。

三、备案其他事项

（一）本程序仅适用于注册于四川省卫生健康委员会的医疗机构备案医疗美容项目。

（二）发生以下任一情况，医疗机构应于30日内重新申请医疗美容项目备案：

1.因医疗美容主诊医师发生变动，导致主诊医师核准技术项目内容与原备案项目不一致的；

2.因医疗机构诊疗科目发生变更，导致医疗美容项目与原备案项目不一致的；

3.其他原因导致医疗美容项目与原备案项目不一致的。

附件2

四川省卫生健康委员会

医疗美容项目核准申请表

医疗机构名称（章）：

填报日期：年 月 日

**四川省卫生健康委员会制**

说 明

1.请使用电子文档填写，不得改变表格样式和规格。

2.《四川省医疗机构医疗美容项目核准申请表》需加盖单位公章。

3.表1：请在相应的栏目前的“□”内划√。

4.表2、表3可复制。

5.提交的资料使用A4纸。

6.表3填写请参照原卫生部《医疗美容项目分级管理目录》（卫办医政发〔2009〕220号）项目目录填写，格式如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **美容外科（样表）** | | | | | |
| **序号** | **项目级别** | **项目名称** | **开展项目医师姓名** | **执业医师证号** |
| 1 | 二级 | 鹰钩鼻矫正术 | 王×× | 12345678 |
| 2 | 二级 | 鹰钩鼻矫正术 | 张× | 87654321 |
| 3 | 三级 | 不良纹饰修复术 | 宋×× | 33332341 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

表1

医疗机构基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | |  | | | | | | | | |
| 医疗机构地址 | |  | | | | | | | | |
| 电话 | |  | 传真 | |  | | 邮政编码 | |  | |
| 医疗机构执业许可证登记号 | | □□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | |
| 医疗机构级别 | | □三级□二级□一级□未定级 | | | | | | | | |
| 医疗机构类别 | | □综合医院□综合门诊部□诊所  □医疗美容医院□医疗美容门诊部　□医疗美容诊所  □整形外科医院□整形外科门诊部□整形外科诊所  □其他 | | | | | | | | |
| 科目 | | □医疗美容科□美容外科□美容牙科  □美容皮肤科□美容中医科 | | | | | | | | |
| 相关科室 | | □麻醉科□麻醉恢复室□检验科  □输血科（血库）□放射科□重症监护室 | | | | | | | | |
| 法定  代表人 | 姓名 |  | 性别 | |  | | 专业技术职称 | |  | |
| 学历 |  | 电话 | |  | | 身份证号 | |  | |
| 专科医疗机构业务  负责人 | 姓名 |  | 性别 | |  | | 专业技术职称 | |  | |
| 学历 |  | 电话 | |  | | 身份证号 | |  | |
| 综合医疗机构科室  负责人 | 姓名 |  | 性别 | |  | | 专业技术职称 | |  | |
| 学历 |  | 电话 | |  | | 身份证号 | |  | |
| 科室基本情况 | | | | | | | | | | |
| 面积 | | m2 | | 诊疗区域是否独立 | | | | □是□否 | | |
| 住院  床位 | | 张 | | 观察床 | | 张 | | 治疗床 | | 张 |
| 手术台 | | 台 | | 牙科综合治疗台 | | | | 台 | | |

表2

美容主诊医师配备情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **科室** | **姓名** | **性别** | **出生**  **年月** | **专业**  **技术职称** | **学历** | **从事专业**  **（二级诊疗科目）** | **美容主诊医师核定专业** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

表3-1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 美容外科 | | | | | |
| **序号** | **项目级别** | **项目名称** | **开展项目医师姓名** | **执业医师证号** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

-------可增加

表3-2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 美容皮肤科 | | | | |
| **序号** | **项目名称** | **开展项目医师姓名** | **执业医师证号** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

-------可增加

表3-3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 美容中医科 | | | | |
| **序号** | **项目名称** | **开展项目医师姓名** | **执业医师证号** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

-------可增加

表3-4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 美容牙科 | | | | |
| **序号** | **项目名称** | **开展项目医师姓名** | **执业医师证号** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

-------可增加

表4

专科设备及手术间急救设备、器械清单

|  |  |
| --- | --- |
| 分类 | 名称 |
| 专科  设备 |  |
| 手术间  急救  设备 |  |

附件3

医疗美容项目分级管理备案回执

编号：川医美备（20\*\*）\*\*\*号

\*\*\*\*\*\*医院：

你单位报我委的《医疗美容项目分级管理备案审核表》已收到，并已备案。请你单位严格按照《医疗美容服务管理办法》和《医疗美容项目分级管理目录》要求开展医疗美容服务工作。备案项目如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目级别 | 机构你开展项目名称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

-------可增加

四川省卫生健康委员会

年 月 日