康复医疗服务开展情况表

附件2

申报机构名称（盖章）：

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上海市康复治疗质控中心对本机构打分情况（一年多次取平均分） | 2021年 | | | | 2022年 | | | 2023年 | | | |
| 分 | | | | 分 | | | 分 | | | |
| 2021年1月1日至2023年12月31日九大病种收治**住院**情况（人次） | 骨折 | |  | 脊柱脊髓  损伤 | | |  | | 手外伤 | |  |
| 关节、软组织损伤 | |  | 颅脑损伤 | | |  | | 烧伤 | |  |
| 截肢 | |  | 周围神经  损伤 | | |  | | 持续性植物状态 | |  |
| 注：上述病种收治情况须与《上海市工伤康复定点机构申请表》中“康复专科范围”对应。 | | | | | | | | | | | |
| 辅助器具配置能力（有相关情况的请在对应方框内打勾） | | * 设有康复支具安装室 | | | | | | | | | |
| * 配置康复工程人员： 人 | | | | | | | | | |
| 康复专科设备情况（请填写现有的康复专科器械设备名称及数量，可附页） | | 康复评定设备：  运动治疗设备：  物理因子治疗设备：  作业治疗设备：  言语治疗设备：  康复工程设备：  康复治疗设备：  水疗设备：  其他： | | | | | | | | | |
| 受处罚情况（有相关情况的请在对应方框内打勾） | | □3年内因违反医疗卫生规定遭受行政处罚 | | | | □3年内因违反医疗保险规定遭受行政处罚 | | | | □3年内有媒体负面报导或其他产生社会影响的负面事件 | |
| 受表彰情况（有以下情况的请填写：①三年内被评为上海市文明单位或上海市卫生系统文明单位；②三年内康复相关工作经验在区级及以上层面上进行推广、重点宣传；③康复相关学科为区级及以上重点专科学科；④与高校或研究机构有合作；⑤获区级及以上科研成果、创新成果，或在康复医疗行业中获得褒奖、专利） | | | | | |  | | | | | |