附表

达州市“量体裁衣”式残疾人精准康复服务

视力残疾儿童康复手术定点（承接）机构审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  |  单位地址 |  |
| 机构登记证号码 |  | 成立时间 |  |  邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  | 上级主管部门 |  |
| 机构性质 | □残疾人康复 □卫生医疗 □社会服务 □其他  |
| 手术能力 | 年手术量 台。  |
| 专业人员情况 | 医师 名（其中：高级 名、中级 名），麻醉师 名，视光师 名，护士 名，检眼师 名，其它 。 |
| 场地情况 | 门诊区\_\_\_\_㎡，检查区\_\_\_\_㎡，手术区\_\_\_\_㎡，住院部 ㎡， 训练区 ㎡，其它 。 |
| 设备设施 | 检查设备：□眼前节照相 □眼压仪 □角膜地形图 □I0Lmaster □OCT □视野 □眼底照相 □同视机□全自动电脑验光仪 □全自动综合验光仪 □其他  |
| 手术设备：□眼科手术器械 □超声乳化仪 □玻切机 □光凝冷凝仪□手术显微镜 □麻醉设备 □心电监护设备 □其他  |
| 训练设备：□近视弱视训练系统 □视功能训练系统 □其它  |
| 既往开展的小儿手术 | □斜视 □角膜手术 □白内障 □眼底手术 |
|  机构申报意见：   签字（盖章） 年 月 日  |
| 专家组或第三方机构评估意见：  签字（盖章） 年 月 日    | 市康复中心审核意见：   签字（盖章） 年 月 日  |
| 市残联审批意见： 签字（盖章） 年 月 日 |

注：此表一式三份，分别留存于市残联、市康复中心和机构。