**呼吸专科医联体调查问卷**

**请在相应的选项前“□”内打“√”（可复制“**🗹**”符号替换“**□**”）**

**一、单位基本情况**

医院名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

医院等级：□三甲 □三级 □二甲 □二级 □其他

医院类型：□综合医院 □专科医院 □中医医院 □其他

贵院总床位数：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_张

2017年：门诊量\_\_\_\_\_\_\_人次，出院人数\_\_\_\_\_\_\_人次，手术量\_\_\_\_\_\_\_例。

问卷填写人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，手机\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

**二、远程医疗情况**

1. 贵院是否设置远程医疗管理机构：□是 □否

2. 贵院是否有远程医疗设备及系统：□是 □否

 若有请勾选出已经开展的远程医疗业务：

 □远程会诊 □远程门诊 □光学影像远程诊断（DR/CT/MRI/照相等）
 □电生理远程诊断（心电图/脑电图/ERG等） □病理远程诊断
 □内镜远程诊断

3. 贵院信息负责人姓名 ，联系电话 ，电子邮箱 ；
 医务负责人姓名 ，联系电话 ，电子邮箱 。

**三、呼吸专业基本情况**

* + 1. 贵院是否具有独立建制的呼吸科：□是 □否
		2. 贵院呼吸科编制的普通病房床位总数： 张
		3. 贵院是否设置内科重症监护病房（MICU）： □是 □否；
		 若有请填写：床位数\_\_\_\_\_\_\_医生数\_\_\_\_\_\_\_护士数\_\_\_\_\_\_\_；
		 MICU归属：□呼吸科 □重症医学科 □其他科室
		 是否设置呼吸重症监护病房（RICU）：□是 □否
		 若有请填写：床位数\_\_\_\_\_\_\_医生数\_\_\_\_\_\_\_护士数\_\_\_\_\_\_\_;
		 RICU归属：□呼吸科 □重症医学科 □其他科室
		4. 2017年，呼吸科门诊\_\_\_\_\_\_\_人次，出院人数\_\_\_\_\_\_\_人次，呼吸科普通病房平均住院日\_\_\_\_\_\_\_天。
		5. 2017年，呼吸科出院患者中，排前6位的疾病病种

（1）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（2）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（3）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（4）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（5）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（6）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 1. 2017年，呼吸科门诊患者中，排前6位的疾病病种

（1）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（2）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（3）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（4）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（5）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（6）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**四、呼吸专科人才队伍**

1. 呼吸科人员构成：医生\_\_\_\_人，护士\_\_\_\_人，技师\_\_\_\_人，总人数\_\_\_\_人。
2. 是否有专职的临床研究人员：□是 □否
3. 医师职称结构：正高\_\_\_\_\_人，副高\_\_\_\_\_人，中级\_\_\_\_人，初级/其他\_\_\_\_人。
4. 医师学历结构：博士\_\_\_\_\_人，硕士\_\_\_\_\_人，本科\_\_\_\_\_人。
5. 研究生导师：博导\_\_\_\_\_人，硕导\_\_\_\_\_人。

**五、呼吸专科临床能力与水平**

1. 请勾选出呼吸科能够独立开展的临床技术项目

□通气肺功能 □弥散肺功能 □气管镜下诊断与治疗 □睡眠诊断与治疗 □有创呼吸机治疗 □无创呼吸机治疗 □介入放射学与影像学检查 □血气分析 □病原微生物检测 □诱导痰或支气管肺泡灌洗液细胞计数分类 □过敏原检测（体内、体外） □呼出气一氧化氮（NO）测定 □呼出气一氧化碳（CO）浓度测定 □呼出气冷凝集物（EBC）检测 □降钙素原（PCT）测定 □hs-CRP □D-二聚体 □BNP NTproBNP □高敏肌钙蛋白 □肺癌的基因诊断

肺功能检查年均\_\_\_\_\_次；支气管镜\_\_\_\_\_条，检查年均\_\_\_\_\_次；EBUS检查年均\_\_\_\_\_次；过敏原检测（体内+体外）年均\_\_\_\_\_次；多导睡眠监测（PSG）\_\_\_\_\_台，年均\_\_\_\_\_次。

1. 请勾选出呼吸科开设的专业组

□慢性阻塞性肺疾病 □哮喘（与变态反应） □肺栓塞与肺血管病
□肺感染 □间质性肺疾病 □呼吸危重症医学 □肺癌
□介入呼吸病学 □呼吸治疗 □睡眠呼吸障碍 □烟草病学
□肺功能 □胸膜与纵隔疾病 □未开展专病或未设置专业组

3. 请勾选出呼吸科开设的专病种类

□慢阻肺 □哮喘 □呼吸道肿瘤 □睡眠呼吸障碍 □戒烟
□呼吸道感染 □肺血管疾病 □肺间质病 □呼吸康复
□高原和飞机旅游 □慢性咳嗽 □呼吸困难 □其它

**六、戒烟基本情况**

1.贵院是否有戒烟医生？□是 □否

若有，戒烟医生姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，办公电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，手机\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，电子邮箱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

2.贵院是否设有戒烟门诊？□是 □否

若有，戒烟门诊所在科室\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，戒烟门诊联络医生姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，办公电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，手机\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，电子邮箱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

若没有，贵院是否愿意建立戒烟门诊？□是 □否

3.贵院戒烟门诊是否有呼出气一氧化碳检测仪？□是 □否

4.贵院是否愿意与中日医院在戒烟领域开展合作？□是 □否

若是，联系人姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，办公电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，手机\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，电子邮箱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

**七、门诊治疗基本情况**

1.贵院是否有呼吸科门诊治疗室（非输液室）？□是 □否

若有，负责的医生/护士姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，办公电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,手机\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，电子邮箱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

若没有，贵院是否愿意建立呼吸科门诊治疗室（非输液室）？□是 □否

2.贵院呼吸科门诊治疗室是否已经开展门诊雾化吸入治疗？□是 □否

若开展，日均门诊雾化治疗人次\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。常用的治疗方案\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。雾化的接口数目（包括墙壁压缩空气接口以及压缩雾化泵数目）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。单次收费\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。

若没有开展，贵院是否愿意开展门诊雾化吸入治疗？□是 □否

3.贵院是否愿意与中日医院在门诊呼吸治疗方面开展合作？□是 □否

**七、以下哪些医联体合作业务是贵单位最希望开展的（请按先后顺序填写序号，下列没有提到的可直接列出）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

①专科培训班 ②进修 ③远程会诊 ④远程门诊 ⑤远程教学查房

⑥远程病例讨论 ⑦转诊 ⑧临床研究 ⑨学术交流会 ⑩远程培训班

**八、请贵单位对呼吸医联体即将开展的交流合作提出宝贵的意见。**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_