附件

心脑血管疾病高危人群筛查项目申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | **机构性质** | **□市属公立 □区属公立****□公卫机构** |
| 机构级别 | □三级 □二级 □其他 | 机构地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 是否内设心脑血管相关科室 | □是 □否 | 心脑血管相关科室情况 | 工作人员： 人副高及以上职称医师： 人日均门诊量： 人 |
| 可用仪器设备 | 心电图机： 台动脉硬化检测仪： 台超声仪： 台 | 日常检测量 | 心电图： 例/天动脉硬化： 例/天颈动脉超声： 例/天心脏超声： 例/天 |
| 本机构意见：负责人签字： （ 机构盖章） 年 月 日 |