**附件2**

 **民营医疗机构正式开诊备案表**

**基本信息**

机构名称： 联系电话：

法定代表人： 主要负责人：

 医生数： 护理人员数： 工勤人员数： 总床位数：

防护物资储备 日量 （请附防控物资储备表）

**拟开诊信息及时间安排**

拟开诊诊疗科目： 床位数： 牙椅数：

拟开诊时间：

**已完成的准备事项**

1.全员培训口 2.全员疫情线索摸排口 3.防护物资准备至少2周口 4.预检分诊设置口

5.出入口管理口 6.门诊“一人一诊一室''口 7.分时段预约就诊口

8.流行病调查表及承诺告知书口 9.门诊独立留观室口 10.收治住院患者须设隔离病 区（房）口 11.病房门禁或封闭口 12.住院前开展核酸检测和（或）影像学检查口 13. 严格陪护制度口14.严格探视制度口 15.落实消毒消杀口 16.中央空调关闭口 17.医 疗废物处置口 18.手卫生落实口 19.医务人员标准个人防护落实口 20.防控应急预案口

21其他：

我单位将切实履行新冠肺炎疫情防控的主体责任，落实各项感染防控措施，确保不发生院内交叉感染和医务人员感染。如因疫情防控措施不到位导致院内交叉感染或疫情扩散，将依法依规承担法律责任。

 承诺单位：（公章）

 法定代表人签名：

日期： 年 月 日