附件4：

**2014年上海市医疗卫生重点监督检查工作方案**

一、监督检查对象和内容

**（一）医疗监督**

**1.医疗机构监督检查。**各区县检查辖区内医疗机构依法执业的情况，重点监督检查是否按照许可范围开展诊疗活动，是否存在出卖、转让、出借《医疗机构执业许可证》或出租、承包科室情况，是否违规发布医疗广告，开展院前医疗急救是否符合相关规定，医务人员执业是否取得相应资质，医疗机构和执业人员是否存在未取得《母婴保健技术服务执业许可证》、《母婴保健技术考核证书》擅自开展母婴保健专项技术违法活动。

**2.打击“两非”行为的监督检查。**各区县监督检查辖区内涉及可能进行非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠的医疗机构和人员，依法查处无证机构或个人的“两非”行为。重点监督检查医疗机构、计划生育技术服务机构是否取得相应许可、是否按照许可范围开展诊疗及计划生育技术服务活动，从事妇幼保健计划生育技术服务的卫生计生技术人员是否取得相应资质，“两非”管理制度是否落实。

**3.妇幼保健计划生育技术服务机构的监督检查。**各区县监督检查辖区内妇幼保健计划生育技术服务机构是否按照许可范围开展诊疗活动，从事妇幼保健计划生育技术服务工作人员是否取得相应资质，妇幼保健计划生育技术服务机构相关工作制度、管理制度的落实情况。（辖区内妇幼保健机构和计划生育技术服务机构未合并的，无需开展此项监督检查）

**4.开展计划生育技术服务机构调查**。各区县对辖区内计划生育技术服务机构目前开展的项目、许可校验情况进行调查。

**5.打击无证行医。**严厉打击未取得《医疗机构执业许可证》擅自开展诊疗活动的违法行为。

**（二）血液安全监督**

**1.采供血机构监督。**检查辖区内血站依法执业的情况，重点监督检查是否按照许可范围开展工作，从业人员是否依照要求取得相应资格并注册，对献血者的身份核实、健康征询和体检是否依照规定执行，是否使用不符合国家规定的耗材，是否按规定进行检测，包装、储存、运输是否符合国家相关规定，是否存在冒名顶替、频采、超采等行为。

**2.医疗机构临床用血监督。**各区县对辖区内各级临床用血医疗机构进行监督检查。对临床用血有关人员、设施、设施配置是否符合要求，是否建立和完善临床输血相关规章制度，是否使用当地卫生计生行政部门指定血站供应的血液，是否存在将不符合国家规定标准的血液用于患者，互助献血和应急用血采血是否规范等进行重点检查。

**（三）职业卫生监督**

市卫生计生部门组织开展对职业病诊断机构的全覆盖监督检查，各区县组织开展对辖区内职业健康检查机构的全覆盖监督检查。重点检查上述机构是否在批准的资质范围内开展工作，管理制度是否健全，出具的报告是否符合相关要求，是否依法履行职业病、疑似职业病报告职责，有关档案是否健全，人员、仪器、设备是否满足工作要求等情况。同时，各区县应检查辖区内其他医疗机构疑似职业病报告情况。

**（四）放射卫生监督**

**1.放射诊疗机构监督检查。**各区县全覆盖监督检查辖区内放射诊疗机构放射防护工作情况，重点监督检查《放射诊疗许可证》和《放射工作人员证》持有情况，放射诊疗建设项目职业病危害评价情况，设备、场所检测情况，放射工作人员个人剂量监测及职业健康监护情况，辐射危害告知、辐射危害警示标志设置情况，对受检者的防护及告知情况等。同时，各区县做好辖区内放射诊疗机构放射诊疗设备数量统计工作。

**2.开展放射卫生防护监督抽检工作。**各区县结合监督检查，按照有关国家标准规定的方法，对辖区内X射线诊断工作场所放射防护情况进行监督抽检，重点对可能存在防护安全隐患的位置进行检测。抽检放射诊疗机构数量不少于本辖区内放射诊疗机构数量的10%，抽检点数不少于100点。

**3.放射卫生技术服务机构监督检查。**各区县全覆盖监督检查辖区内放射卫生技术服务机构开展工作情况,重点监督检查技术服务机构是否按照资质范围开展工作，出具的报告是否符合相关规范和要求，人员、仪器、设备是否满足工作要求等。

二、工作要求

（一）各区县要根据本方案和进一步整顿医疗秩序打击非法行医专项行动工作要求开展工作，落实监管责任，加大执法力度，对违法行为依法严肃查处，并及时复查整改落实情况，曝光典型案例，重大案件要及时向我委报告。

（二）各区县请于2014年11月10日前将附表1-14及工作总结以书面版（加盖公章）和电子版报送至市卫生局卫生监督所。各区县在日常监督检查工作中发现的典型案例，特别是社会反响较大的、卫生监督员可能被追究责任的案例及时上报市卫生局卫生监督所。**各区县应将采供血机构行政处罚案件于送达处罚决定书后的一个月内将案例上报市卫生局卫生监督所。**市卫生局卫生监督所请于2014年11月20日前将本市医疗卫生重点监督检查工作总结及汇总表以书面版（加盖公章）和电子版报送我委。

联 系 人：市卫生计生委综合监督处 张震巍 周晓梅 白曙光

联系电话：23117904 23117908 23117910

电子邮箱：jdc@smhb.gov.cn

附表：1.2014年医疗机构监督检查汇总表

 2.2014年打击“两非”行为监督检查汇总表

3.2014年妇幼保健计划生育技术服务机构监督检查汇总表

4.计划生育技术服务机构调查表

5.2014年打击无证行医工作汇总表

6.2014年采供血机构监督检查汇总表

7.2014年医疗机构临床用血监督检查汇总表

8.2014年职业卫生监督检查汇总表

9.2014年放射诊疗机构监督检查汇总表

 10.2014年放射卫生技术服务机构监督检查汇总表

 11.2014年放射诊疗机构查处情况汇总表

 12.2014年放射卫生技术服务机构查处情况汇总表

 13.2014年放射诊疗设备汇总表

14.2014年X射线诊断机房监督抽检汇总表

附表1

**2014年医疗机构监督检查汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗****机构****级别** | **应****监****督****户数** | **实际****监督****户数** | **违法行为查处情况** |
| **查处****案件数****（件）** | **案由\*** | **处理结果** |
| **A****（件）** | **B****（件）** | **C****（件）** | **D****（件）** | **E****（件）** | **F****（件）** | **警告****（户次）** | **责令****改正****（户次）** | **没收****违法所得****（万元）** | **罚款****（户次）** | **罚款金额****（万元）** | **吊销****诊疗科目****（户）** | **吊销《医疗机构****执业许可证》****（户）** |
| **三级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **二级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **一级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*案由：A超范围开展诊疗活动；B出卖、转让、出借《医疗机构执业许可证》或出租、承包科室；C发布违法医疗广告；D使用非卫

生技术人员；E违法开展院前医疗急救；F其他。

填表人： 填表日期： 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表2

**2014年打击“两非”行为监督检查汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目****机构****类别** | **总户数** | **实际监督户数** | **查处案件数** | **案由** | **查处情况** |
| **A****（件）** | **B****（件）** | **责令改正****（户次）** | **警告****（户次）** | **罚款****（户次）** | **罚款****金额****（万元）** | **没收违法所得****（户次）** | **没收金额****（万元）** | **吊销机构执业许可证****（户）** | **吊销技术人员执业资格证****（人）** | **移送纪检部门****（件）** | **移送公安部门****（件）** | **移送食药监部门****（件）** | **处分****（人）** | **追究刑事责任****（人）** |
| **妇幼保健机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **计划生育技术服务机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **妇幼保健计划生育技术服务机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他医疗机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **无证机构****及个人** | **—** | **—** |  |  |  | **—** |  |  |  |  |  | **—** | **—** |  |  |  |  |  |

案由：A.开展非医学需要的胎儿性别鉴定；B.开展非医学需要的选择性别的人工终止妊娠。

填表人： 填表日期： 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表3

**2014年妇幼保健计划生育技术服务机构监督检查汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **监督检查情况****机构****分类** | **总户数** | **实际****监督****户数** | **监督覆盖率****（%）** | **查处案件数****（件）** | **违法行为查处情况** |
| **案由(件)** | **处理结果** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **其他** | **责令停止执业（户次）** | **责令限期补办校验手续** | **责令暂停执业活动（户次）** | **其他（户次）** | **警告（户次）** | **罚款****（户次）** | **罚款金额****（万元）** | **没收违法所得****（户次）** | **没收金额****（万元）** | **吊证****（户）** | **吊销诊疗科目****（户次）** | **吊销卫生计生技术人员母婴保健服务、计划生育技术服务执业资格****（户次）** | **处分（件）** |
| **未合并机构** | **妇幼****保健****机构** | **省级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **地市级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **县级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **计划****生育****技术****服务****机构** | **省级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **地市级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **县级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **乡级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **已合并机构** | **妇幼保健计划生育技术服务机构** | **省级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **地市级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **县级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **乡级** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：本表不统计非医学需要鉴定胎儿性别、选择性别的人工终止妊娠的案件。

案由：A超期未校验,B超出登记范围内擅自开展母婴保健服务及计生技术服务活动,C使用未取得母婴保健技术许可、计生技术服务人员合格证的人员,D卫生计生技术人员超出登记范围从事妇幼保健技术及计划生育技术服务活动。

填表人： 填表日期： 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表4

**计划生育技术服务机构调查表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称 | 目前开展的许可项目 | 许可（校验）时间 |
| 计划生育技术指导、咨询 | 避孕药具服务 | 避孕节育医学检查：宫内节育器随访、早孕检测（B超、尿检） |
|  |  |  |  |  |

填表人： 填表日期： 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表5

**2014年打击无证行医工作汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **查****处****无****证****行****医** | **合计（户次）** |  |
| **其中： 西医（户次）** |  |
| **中医（户次）** |  |
| **医疗美容（户次）** |  |
| **口腔（户次）** |  |
| **院前医疗急救（户次）** |  |
| **其他（户次）** |  |
| 处罚及移送 | **行政处罚（户次）** |  |
| **罚款（户次）** |  |
| **罚款金额（万元）** |  |
| **没收违法所得（万元）** |  |
| **移送食药部门（件）** |  |
| **移送公安机关（件）** |  |
| **移送其他部门（件）** |  |
| **追究刑事责任（人）** |  |

填表人：　 填表日期：　 联系电话：

审核人： 单位负责人：

附表6

**2014年采供血机构监督检查汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **应监督检查****机构数** | **实际监督检查****机构数** | **警告****（户次）** | **罚款****（户次）** | **罚款金额****（万元）** | **没收违法所得****（户次）** | **没收金额****（万元）** | **吊证****（户）** |
|
| **血****站** | **省级** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **市级** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **县级** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **浆****站** | **省级** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **市级** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **县级** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **总 计** |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：本表中被处罚的机构，请上报案例情况。

填表人： 填表日期： 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表7

**2014年医疗机构临床用血监督检查汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗****机构****类别** | **应监督****户数** | **实际****监督****户数** | **违法行为查处情况** |
| **查处****案件数****（件）** | **案由\*** | **处理结果** |
| **A****（件）** | **B****（件）** | **C****（件）** | **D****（件）** | **E****（件）** | **F****（件）** | **G****（件）** | **H****（件）** | **I****（件）** | **警告****（户次）** | **责令改正****（户次）** | **罚款****（户次）** | **罚款****金额****（万元）** | **处****分****(人）** |
| **三级医院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **二级医院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **妇幼保健院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*案由：A人员不具备相应的专业技术资格证书的；B未设立临床用血管理委员会或者工作组的；C未拟定临床用血计划或者一年内未对计划实施情况进行评估和考核的；D未建立相关制度的；E将经济收入作为对输血科或者血库工作的考核指标的；F使用未经卫生计生行政部门指定的血站供应血液的；G违反应急用血采血规定的；H将不符合国家规定标准的血液用于患者的；I其他。

填表人： 填表日期： 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表8

**2014年职业卫生监督检查汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **内容****机构类别**  | **应监督****机构数** | **实际****监督****机构数** | **违法行为** | **处罚情况** |
| **未经批准或不具备从业条件的** | **超出****批准****范围** | **出具虚假证明文件或****弄虚作假的** | **未按规定****报告职业病或疑似职业病的** | **其他** | **警告****单位数** | **罚款****单位数** | **没收****违法所得****（万元）** | **罚款****（万元）** | **取消资质机构数** | **处分****（人）** |
| **职业健康检查机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **职业病诊断机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **医疗机构** |  |  | **--** | **--** |  |  |  |  |  |  |  | **--** |  |
| **化学品毒性鉴定机构** |  |  |  | **--** |  | **--** |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.本表中被处罚的机构，请上报纸质案例情况。**

**2.对医疗机构疑似职业病报告情况的监督检查可结合医疗监督工作开展。**

填表人： 填表日期： 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表9

**2014年放射诊疗机构监督检查汇总表**

 区（县） 放射诊疗机构总数 （个） 持证机构总数 （个） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **检查内容****类别** | **建设项目预评报告审核数** | **建设项目竣工验收数** | **放射诊疗许可****情况** | **放射工作人员证发放数** | **放射工作人员个人剂量实监测人数** | **状态检测****（设备性能检测）** | **放射诊疗场所放射防护检测** | **稳定性****检测** | **在岗放射工作人员健康体检人数** |
| **应应做数** | **实实做数** | **应应做数** | **实实做数** | **开展该项工作机构数** | **取得该项许可机构数** | **应应发数** | **实实发数** | **应应测数** | **实实测数** | **应应测数** | **实实测数** | **应应测数** | **实实测数** | **应体****检数** | **实体****检数** |
| **放射治疗** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **核医学** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **介入放射学** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **X射线影像诊断** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.放射诊疗机构总数指开展放射诊疗工作的医疗卫生机构总数，持证机构总数指持有《放射诊疗许可证》的医疗卫生机构数。

2.在岗放射工作人员体检人数按2年一个周期计算。

3.建设项目的应做数、实做数，以及状态检测和稳定性检测的应测数、实测数是放射诊疗设备数的总和，不是放射诊疗机构数。

4.状态检测是指由放射卫生技术服务机构进行的设备性能检测；放射诊疗场所放射防护检测是指放射卫生技术服务机构进行的设备所在场所和放射性同位素使用、储存场所的放射防护检测；稳定性检测是指医疗机构自主开展的质量控制检测。状态检测、防护检测、稳定性检测项目均按照国家相应的标准、规范执行。

填表人：　 　　填表日期：　 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表10

**2014年放射卫生技术服务机构监督检查汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **检查内容****机构类别** | **取得资质****单位数** | **检查****单位数** | **人员符合****要求单位数** | **设备符合****要求单位数** | **质量控制体系运行正常单位数** | **使用个人剂量监测****管理系统单位数** | **检测/监测/评价报告****符合要求单位数** |
| **放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价** |  |  |  |  |  | **—** |  |
| **放射卫生防护检测** |  |  |  |  |  | **—** |  |
| **个人剂量监测** |  |  |  |  |  |  |  |
| **放射防护器材和****含放射性产品检测** |  |  |  |  |  | **—** |  |
| **省（区、市）放射卫生技术服务机构总数** |  |

注：区（县）放射卫生技术服务机构总数应小于等于放射诊疗建设项目职业病危害放射防护评价、放射卫生防护检测、个人剂量监测、放射防护器材和含放射性产品检测四类单位数的总和。

填表人：　 填表日期：　 联系电话： 审核人： 单位负责人：

附表11

**2014年放射诊疗机构查处情况汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |
| --- | --- |
| **检查单位数** |  |
| **违法行为** | **未取得放射诊疗许可证（户次）** |  |
| **超出批准范围或擅自变更（户次）** |  |
| **建设项目未经卫生审查（户次）** |  |
| **未按规定进行检测（户次）** |  |
| **未开展个人剂量监测和健康监护（户次）** |  |
| **其他（户次）** |  |
| **处罚情况** | **警告（户次）** |  |
| **罚款（户次）** |  |
| **罚款金额（万元）** |  |
| **吊销许可（资质）单位数（个）** |  |

填表人：　 填表日期：　 联系电话：

审核人： 单位负责人：

附表12

**2014年放射卫生技术服务机构查处情况汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |
| --- | --- |
| **检查单位数** |  |
| **违法行为** | **未取得技术服务资质擅自从业** |  |
| **超出批准范围从事技术服务** |  |
| **出具虚假报告（虚假证明文件）** |  |
| **其他** |  |
| **处罚情况** | **警告单位数（个）** |  |
| **罚款单位数（个）** |  |
| **没收违法所得金额（万元）** |  |
| **罚款金额（万元）** |  |
| **吊销许可（资质）单位数（个）** |  |

填表人：　 填表日期：　 联系电话：

审核人： 单位负责人：

附表13

**2014年放射诊疗设备汇总表**

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 放射诊疗设备类型 | 总数（台） | 放射诊疗许可（台） | 取得《大型医用设备配置许可证》数（台） | 放射诊疗设备类型 | 总数（台） | 放射诊疗许可（台） | 取得《大型医用设备配置许可证》数（台） |
| 放射诊断 | X射线摄影机 |  |  | —— | 放射治疗 | 钴-60机 |  |  |  |
| 影像增强器透视机 |  |  | —— | 加速器**（1）** |  |  |  |
| 荧光屏透视机 |  |  | —— | X刀 |  |  |  |
| 计算机X射线摄影机（CR） |  |  | —— | 头部伽玛刀 |  |  |  |
| 数字X射线摄影机（DR） |  |  | —— | 体部伽玛刀 |  |  |  |
| 乳腺屏片摄影机 |  |  | —— | 陀螺刀（陀螺旋转式钴-60立体放射治疗系统） |  |  |  |
| 乳腺CR |  |  | —— | 调强适形加速器**（2）** |  |  |  |
| 乳腺DR |  |  | —— | 后装机 |  |  |  |
| 牙片机 |  |  | —— | 深部X线机 |  |  |  |
| 口腔全景机 |  |  | —— | 射波刀 |  |  |  |
| 口腔CT |  |  | —— | 中子后装机 |  |  |  |
| 胃肠造影X线机 |  |  | —— | 质子加速器 |  |  |  |
| 模拟定位X射线机 |  |  | —— | 重粒子加速器 |  |  |  |
| 移动X射线摄影机 |  |  | —— | 电子回旋加速器(MM50) |  |  |  |
| CT |  |  |  | 核医学 | PET/CT（PET） |  |  |  |
| 其他(碎石X射线定位设备、骨科用小C型臂X射线机等) |  |  | —— | SPECT |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 伽玛照相机 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 回旋加速器 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 介入 | 800毫安以上数字减影血管造影X线机（DSA） |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 其他X射线机（中C、小C等）**（3）** |  |  |  |

填表人：　 填表日期：　 联系电话：

审核人： 单位负责人：

说明： （1）指不具备调强适形功能的加速器。

（2）指具备调强适形功能的加速器，与备注（1）所列加速器不重复统计。调强适形加速器是具备开展调强适形治疗的加速器，目前主要是指具有标准多叶准直器（MLC）的加速器和断层治疗加速器。

（3）指除DSA以外用于介入放射学工作的X射线机，包括用于开展介入放射学工作的具有相应功能的C形臂X射线机、胃肠造影X线机等。中C为周边介入型C形臂，主要用于神经外科血管造影、减影术消化道介入手术、肿瘤介入治疗、四肢血管造影剂减影术，成型术疼痛微创介入手术、输卵管再造手术等。小C是指小型C型臂X射线机，可用于小型的介入手术，如外科取体内异物、妇科输卵管导引手术等。对于骨科定位等用于摄影的小C不在此处统计。

附表14

2014年X射线诊断机房监督抽检汇总表

 区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机房类别 | 机房数 | 检测点数 | 合格点数 | 最大值（µSv/h） | 最小值（µSv/h） | 合格率（%） |
| CT机房 |  |  |  |  |  |  |
| DSA机房 |  |  |  |  |  |  |
| 摄片机房 |  |  |  |  |  |  |
| 透视机房 |  |  |  |  |  |  |
| 钼靶机房 |  |  |  |  |  |  |
| 牙科机房 |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |

填表人：　 填表日期：　 联系电话：

审核人： 单位负责人：