附件2

医疗机构开展“日间手术”病种申请汇总表

填报单位（盖章）： 单位负责人： 填报人：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 疾病诊断编码  （国临2.0ICD-  10） | 疾病诊断名称  （国临  2.01CD-10） | 手术编码  （ICD-9-CM-3  国临3.0） | 手术名称  （ICD - 9 - CM - 3国  临3.0） | 专业 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |
| 初审 意见 | 县（市）卫生健康委员会  初审意见 | | 县（市）医疗保障局  初审意见 | | |
| 单位负责人（签字）：  单位（公章）  年 月 日 | | 单位负责人（签字）：  单位（公章）  年 月 日 | | |
| 复审 意见 | 自治州卫生健康委员会 审核意见 | | 自治州医疗保障局  审核意见 | | |
| 单位负责人（签字）：  单位（公章）  年 月 日 | | 单位负责人（签字）：  单位（公章）  年 月 日 | | |