编号：云肿联协字（ ）号

**云南省肿瘤联盟医院合作协议书**

**甲方：云南省肿瘤医院**

**昆明医科大学第三附属医院**

**云南省癌症中心**

**乙方：**

为贯彻国家医改精神，深化公立医院改革，落实全民健康及2030年国家人口健康规划，云南省人口全民健康规划，搭建云南省癌症防治网络体系，推广规范有效的肿瘤防治、早诊早治技术，培养云南省肿瘤预防、治疗、登记、随访、康复指导等专业人才，推进云南省肿瘤防治事业发展，落实国家健康扶贫战略和分级诊疗制度有关要求，经甲乙双方自愿、平等协商，共同履行以下合作协议：

一、技术支持及人才培养合作

1.甲方利用在肿瘤专科技术方面的专业优势，支持乙方肿瘤诊疗专科专业的发展，带动乙方逐步实现肿瘤规范化诊治。

2.甲方按肿瘤学科及不同病种选派专业医疗团队通过信息技术手段—远程医疗对乙方开展临床指导和服务。

3.甲方通过培训、免进修费接收乙方人员进修学习等方式，为乙方培养肿瘤登记人员、肿瘤流行病学调查人员及肿瘤专科医护人员，提高乙方专科技术水平。

4.甲方根据乙方需求，以定期派出专家团队、建立专家工作站等方式提供技术支持，每年推广适宜乙方开展的肿瘤诊疗技术不少于2项。

5.甲方根据乙方科研工作需要及实际情况，共同开展或协助乙方开展科研项目。

6.甲方举办的有关肿瘤学继续医学教育培训班、学术会议、肿瘤疑难病例讨论(MDT)等，优先通知乙方参加。

7.乙方配合甲方承担相应的教学及人才培养。

二、信息数据共享应用合作

1.甲乙双方信息系统实现互联互通，将相关数据实时推送到对方平台，双方均可对数据进行集成运用，数据共享。在对方允许并授权的范围内，可从对方信息平台上调用有关数据。

2.乙方严格按照国家《肿瘤登记管理办法》及甲方要求规范开展肿瘤患者信息登记工作，乙方指定专人负责上报工作，并按甲方数据报送要求，及时将审核后数据以《卫生统计4表》格式每季度向甲方上报一次肿瘤患者登记信息。甲方适时汇总反馈乙方。

三、双向转诊服务合作

1.甲乙双方建立双向转诊合作关系。乙方对需远程会诊的肿瘤疑难病例优先邀请甲方相应学科专家会诊，并按双向转诊程序进行转诊。

2.双向转诊遵循自主选择、方便快捷、全程无缝及区别对待的原则。乙方在患者自愿的前提下可将首诊时难以实施有效救治的急危重症肿瘤患者、不能确诊的肿瘤疑难复杂病例、疾病诊治超出乙方核准诊疗等级科目的病例、不具备相关医疗技术临床应用资质或其他因技术、设备条件限制不能处置的病例转至甲方。甲方在遵循患者自主选择权且乙方有能力处置的前提下，将诊断明确且处理后病情稳定已无需继续住院或特殊治疗但需长期管理的患者、手术后病情稳定仅需康复医疗和定期复诊的患者、晚期仅需保守姑息治疗或临终关怀的患者转回乙方。甲方对转回乙方的患者提出后续治疗和管理方案，发生病情变化时由经治医师参与共同诊疗，不收取会诊费。甲乙双方相互开放双向转诊患者病历资料，实现信息共享。

3.对乙方要求转入甲方治疗的患者，由甲方门诊部负责及时安排，联系电话：0871-68171119，非正常上班时间由甲方行政总值班负责统一安排协调，联系电话：0871-68185731。甲方对乙方转诊的患者优先接诊、优先检查、优先住院、简化转诊患者的住院手续，并保存《云南省医疗机构双向转诊单（上转）》。患者转回乙方时，由甲方诊治科室出具《云南省医疗机构双向转诊单（下转）》给患者转回乙方。乙方联系电话 ： 。《双向转诊单》见附件。

4.甲方根据乙方要求，安排乙方人员参与上转患者的查房、会诊等业务工作。

5.甲方诊治科室根据乙方需要，对下转到乙方的患者后续治疗进行必要的业务指导。

四、肿瘤标本库建设及肿瘤分子基因检测的合作

1.乙方自愿参与甲方肿瘤标本库建设，主动为甲方提供组织标本、血液标本及病理切片标本。甲方定期至乙方收取。

2.甲方免费为乙方有关人员进行肿瘤标本规范收取、制作、保存技术等培训。

3.乙方对甲方建立的肿瘤标本库按照甲方管理规定共享使用权。

4.甲方为乙方提供肿瘤分子基因检测、肿瘤药物浓度测定，并出具报告，所需检测费用由乙方承担。甲方培训乙方有关人员逐步开展有关工作，具体细节另行约定。甲方在肿瘤分子基因检测领域与乙方共同开展科学研究及转化应用研究。

五、医院宣传

1.甲、乙双方对各自医院有关肿瘤的宣传方式、内容具有决定权。对涉及双方医疗合作的宣传应在协商的基础上统一进行。

2.甲方可提供相关专家信息给乙方在其医疗机构进行宣传，方便病人就诊选择。

3.乙方可在显要位置悬挂“肿瘤联盟医院”匾牌。

六、协议生效和合作期限。本协议经甲乙双方盖章后生效，有效期3年。自本协议签订之日起至2021年4月2日止，合同到期后根据双方意愿再行签订。

七、本协议一式3份，双方各执1份，1份保存于云南省肿瘤医院 昆明医科大学第三附属医院（云南省癌症中心）资料室。本协议生效后，双方对协议内容的变更或补充应采取书面形式，签订补充协议。补充协议与本协议具有同等的法律效力。若因本协议产生争议，由甲、乙双方协商解决，协商不成，由甲方所在地人民法院管辖。

附件：云南省医疗机构双向转诊单

**甲方：云南省肿瘤医院 乙方：**

**昆明医科大学第三附属医院**

**云南省癌症中心**

**法定代表人签字： 法定代表人签字：**

**2018年4月3日 2018年4月3日**

附件：

**云南省医疗机构双向转诊单（存根）**

姓名 性别 年龄 健康档案号 编号

家庭住址 转诊原因

转往医疗机构 患方联系电话

转出时间 年 月 日 时 分 患方知情同意签字

转诊医疗机构 转诊医生

……………………………………………………………………………

**云南省医疗机构双向转诊单（上转）**

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名： | | 性别： | 年龄： | 职工医保、城乡居民医保、自费 |
| 转诊医疗机构： | | | | 转往医疗机构： |
| 病情摘要及处置情况： | | | | |
| 转诊目的： | | | | |
| 转送方式：救护中心接送、转诊单位护送、患者自理 | | | | |
| 患方知情同意签字： | | | | |
| 转出时间： 年 月 日 时 分 | | | | 双转办盖章：  转诊医生 |
| 转入 | 接受医疗机构：  时间： 年 月 日 时 分  接诊医生 | | |

**云南省医疗机构双向转诊单（存根）**

编号

姓名 性别 年龄 转出病区 床号 住院号

家庭住址 转诊原因

转往医疗机构 患方联系电话

转出时间 年 月 日 时 分 患方知情同意签字

转诊医疗机构 转诊医生

……………………………………………………………………………

**云南省医疗机构双向转诊单（下转）**

编号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名： | | 性别： | 年龄： | 门诊号： | 住院号： |
| 转往医疗卫生服务机构： | | | | | |
| 转诊性质及部门：会诊 门诊 急诊 住院 其他： | | | | | |
| 病情摘要及诊疗情况：  （住院患者详见出院小结） | | | | | |
| 后续治疗方案与管理建议： | | | | | |
| 预约复诊或随访时间、方式： | | | | 患者知情同意签字： | |
| 转出（院）时间： 年 月 日 时 分 | | | | 双转办盖章：  转诊医生 | |
| 接收 | 时间：  接诊医生： | | |