附件

**中国人口福利基金会**

**“健康中国行动-肝健康慢病全程管理”项目**

**“高危MASH早筛”公益活动申请书**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** | |  | | | |
| **医院地址** | | 省 市 县 | | | |
| **法定代表人** | |  | **是否公立医院** | |  |
| **医院等级** | |  | **是否专科医院** | |  |
| **申请科室** | |  | **科主任姓名与电话** | |  |
| **项目具体对接人** | |  | **联系电话及电子邮箱** | |  |
| **项目组主要参与者** | | | | | |
| **姓名** | **性别** | | | **职务/职称** | **联系电话** |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
| **医院是否配备可以高效、快速、准确、且广泛使用的肝脏纤维化和脂肪变评估设备，会应用欧洲肝脏学会EASL、中华医学会等权威机构发布的指南中推荐认可的高危MASH筛查评分工具。** | | | | | □是 □否 |
| **关于项目目标，贵单位预计项目周期内：** | | | | | |
| **1.诊断为MAFLD的人数** | | | | **每月 例** | |
| **2.诊断为高危MASH（经肝活检证实患有非酒精性脂肪肝活动评分NAS为4分或以上、纤维化分期≥2或FAST评分≥0.67或MAST评分≥0.242，Corrected T1评分≥875ms或NIS2+评分≥0.68）的人数** | | | | **每月 例** | |
| **申报医院审查意见：**  **我医院承诺提供的信息资料真实有效，同意参加“健康中国行动-肝健康慢病全程管理”项目“高危MASH早筛”公益活动，将按照项目要求实施，认真做好管理。**  **申报医院盖章**  **年 月 日** | | | | | |
| **附件：医院介绍、负责科室介绍、医院肝病相关检验检查能力及治疗手段介绍等证明资料** | | | | | |

注：如有任何造假、虚构情况，中国人口福利基金会有权终止资助、追回全部资助款，并追究相关法律责任。