炎症性肠病诊治中心申报表

**医院名称：**

**IBD中心负责人： 电话： Email：**

**申报联系人： 电话： Email：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **核心指标** | | |
| **一、基本人员配备和架构设施指标** | | |
| 1 | IBD诊治中心有固定的消化内科、影像学、病理学、胃肠外科医师参与的多学科核心团队，并定期开展多学科病例讨论，至少每个月2次（必须有记录） | 是□ 否□ |
| 2 | IBD诊治中心有固定的临床营养医师 | 是□ 否□ |
| 3 | IBD诊治中心有固定的专业护士 | 是□ 否□ |
| 4 | IBD诊治中心有专病门诊单元 | 是□ 否□ |
| 5 | IBD诊治中心有相对固定的数目合理的IBD床位或设立IBD专科病房 | 是□ 否□ |
| 6 | IBD诊治中心有病例数据库 | 是□ 否□ |
| 7 | IBD诊治中心有标准化操作规程（SOP）或清单制度 | 是□ 否□ |
| 8 | 具备胶囊内镜和小肠镜检查技术 | 是□ 否□ |
| 9 | 有CT小肠成像、MR小肠检查和肛周MR技术 | 是□ 否□ |
| **二、诊断评估指标** | | |
| 1 | 诊断初发型UC前，常规行粪便常规检查和粪便致病菌培养 | 是□ 否□ |
| 2 | 具有排除肠结核的能力和诊疗体系，包括PPD皮试、混合淋巴细胞培养+干扰素测定、胸部CT检查、病变组织抗酸染色技术 | 是□ 否□ |
| 3 | 具备艰难梭状芽胞杆菌感染检测技术 | 是□ 否□ |
| 4 | 常规进行肝炎病毒感染筛查，包括乙型肝炎病毒（HBV）标志物及DNA检测、丙型肝炎病毒（HCV）抗体测定 | 是□ 否□ |
| 5 | 能够常规进行血巨细胞病毒（cytomegalovirus，CMV）  DNA检测及CMV免疫组织化学染色 | 是□ 否□ |
| **三、治疗和随访指标：治疗标准化** | | |
| 1 | 患者使用免疫调节药物（如硫唑嘌呤或6⁃巯基嘌呤、甲氨蝶呤、环孢素、他克莫司、沙利度胺、生物制剂等）前，应签署知情同意书 | 是□ 否□ |
| 2 | 具备硫嘌呤甲基转移酶（TPMT）基因多态性或NUDT15基因多态性检测手段 | 是□ 否□ |
| 3 | 有潜伏结核感染者，在使用糖皮质激素、免疫抑制剂和生物制剂治疗时常规使用预防性抗结核治疗 | 是□ 否□ |
| 4 | 乙型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）阳性者在糖皮质激素、免疫抑制剂及生物制剂治疗前应行抗病毒治疗，持续至免疫抑制治疗停止后至少12个月？（中国指南是至少6个月） | 是□ 否□ |
| 5 | 按照指南使用及撤离糖皮质激素，不使用糖皮质激素进行维持治疗 | 是□ 否□ |
| 6 | 能够主动对激素抵抗或者依赖的患者进行免疫抑制剂和生物制剂治疗，有二线免疫抑制剂或生物制剂的使用经验 | 是□ 否□ |
| 7 | 有能力处理妊娠期患者，包括使用激素、免疫抑制剂或生物制剂的经验 | 是□ 否□ |
| 8 | 具备进行IBD内镜下治疗如狭窄扩张、切开、放置肠梗阻导管等能力 | 是□ 否□ |
| 9 | 具备进行IBD手术指征及并发症的评估能力，并且有积极的围手术期处理经验 | 是□ 否□ |
| 10 | 有专人负责造瘘口及空肠营养管护理，有生物制剂配制及使用的能力 | 是□ 否□ |
| 四、治疗和随访质控指标：随访标准化 | | |
| 1 | 有连续性的随访计划，每位患者有随访的纸质文档资  料或电子随访档案 | 纸质□  电子□  无 □ |
| 2 | 有按相关指南进行肿瘤监测的计划及操作流程 | 是□ 否□ |
| **五、人文管理质控指标** | | |
| 1 | 有对下级医院及IBD专科医师的培训的能力。区域IBD诊治中心有培训IBD专科医师的能力；卓越IBD诊治中心具备指导下级中心或医院开展IBD诊疗的能力，以及开展IBD新知识、新技能培训的能力 | 是□ 否□ |
| 2 | 患者教育和沟通。定期开展患者教育活动，建立合理的联系方式和在线沟通渠道，给IBD患者提供科普资料及印有中心地址、电话及开诊时间的卡片 | 是□ 否□ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **非核心指标** | | |
| 1 | IBD诊治中心至少覆盖一个省或直辖市 | 是□ 否□ |
| 2 | IBD诊治中心有临床药师、心理医师、儿科医生及妇产科医师中的至少2种医师 | 是□ 否□ |
| 3 | 有标准化的生活质量、心理状态和营养状况评估量表。 | 是□ 否□ |
| 4 | 能够熟练对急性重度UC静脉激素治疗失败患者进行转换治疗措施，包括环孢素、生物制剂及外科手术。 | 是□ 否□ |
| 5 | 常规开展肠内营养、肠外营养、静脉补铁、抗凝、预防骨质疏松及白细胞吸附治疗 | 是□ 否□ |
| 6 | 常规开展药物浓度测定及药物不良事件监测，并有标准化体系 | 是□ 否□ |
| 7 | 就诊时为非狭窄非穿透型CD患者的2年手术率低于20%。 | 是□ 否□ |
| 8 | 区域IBD诊治中心的急性重度UC病死率低于5%，卓越IBD诊治中心低于2%。 | 是□ 否□ |
| 9 | CD术后肠吻合口的临床复发率低于10%。 | 是□ 否□ |
| 10 | CD术后1年内再手术率低于10%。 | 是□ 否□ |
| 11 | 随访患者1年后的失访率低于10%。 | 是□ 否□ |
| 12 | 随访患者2年后的失访率低于20%。 | 是□ 否□ |
| 13 | 初诊患者结合内镜下表现常规进行真菌、梅毒、人类免疫缺陷病毒（HIV）筛查。 | 是□ 否□ |
| 备注： | | |

申报单位除填写上述表格外，还需如实提供以下材料：

1. IBD-MDT团队名单，并注明每个成员的所属科室及职称；
2. 本单位截止至申报日期，记录在册IBD病人总数（分别列出UC及CD）；
3. 近3年IBD门诊每年就诊人次、住院人次及手术人数（手术指由于病情需要如重症UC、UC癌变或CD并发症如肠梗阻、穿透、出血等所做的开腹或腹腔镜手术，不包括肛瘘挂线或肛周脓肿引流术）；
4. 近3年IBD相关的省部级及以上科研课题清单（含课题名称，任务来源，金额及起止时间）；
5. 近3年发表的IBD相关文章目录（含作者，题目，杂志名称，年份，卷，期，起止页码）
6. 近3年培养的IBD方向研究生毕业人数（姓名，硕士，博士）。