北京结核病诊疗技术创新联盟

京结创盟发〔2022〕8号

关于进一步扩大“罩护健康”大型口罩捐赠公益项目覆盖范围的通知

各联盟医院成员单位，全国各结核病定点医疗机构：

一场新冠肺炎疫情，让全国人民认识到了戴口罩的重要性。同为呼吸道传播的传染病，戴口罩对于减少结核传播、保护健康人群、预防感染具有不可替代的作用。

为减少呼吸道传染病的传播、倡导文明的健康行为，中国疾控中心结核病防治临床中心（以下简称“临床中心”）联合北京结核病诊疗技术创新联盟（以下简称“创新联盟”）自2020年底共同发起了“罩护健康”大型口罩捐赠公益项目。目前，“罩护健康”项目已经在全国近500家结核病定点医疗机构开展，仍有更多单位积极申请加入项目。

为进一步推动项目进展，满足更多结核病定点医疗机构参与项目工作的需要，临床中心和创新联盟决定进一步扩大“罩护健康”项目覆盖范围，欢迎全国更多结核病定点医疗机构报名参与，

具体通知如下：

一、项目覆盖范围

“罩护健康”项目计划自2020年11月起正式启动，陆续覆盖众多地市级及以上结核病定点医疗机构以及部分患者数量多、工作基础好的县区级结核病定点医疗机构，到2021年底参加项目的医疗机构总数达到约500家。2022年5月开始进一步扩展项目覆盖单位。

二、项目主要内容

向在结核病定点医疗机构就诊的结核病疑似和确诊患者、陪同就诊的家属、患者陪护人员免费发放医用外科口罩，鼓励就诊全流程佩戴口罩的健康行为，同时为医务人员提供部分N95口罩支持，减少结核病传播和感染的风险。首期项目时间为3年。

1．项目为结核病定点医疗机构免费布设自动口罩机一台，为到结核病定点医疗就诊的疑似和确诊的结核病患者免费提供医用平面口罩。确诊的普通结核病患者可以累积领取10只，耐多药/利福平耐药结核病患者可以累积领取30只，其他就诊/陪诊人员可以领取2只，每人具体领取数量将根据项目实施情况灵活调整；

2．项目为参与的结核病定点医疗机构按照其发放口罩量的10%提供额外的免费一次性平面口罩支持，由项目单位自行安排使用。

三、项目组织实施

1．参加“罩护健康”项目的结核病定点医疗机构应与临床中心、创新联盟和支持单位山东青泽无纺布制品有限公司签订项目合作协议，由医院分管领导负责本院的项目领导工作，指定项目负责人全面协调管理项目在本院的组织实施，协调设备所需场地、电源和网络支持；

2．项目为每家试点医院布设口罩自动发放机，就诊人员可通过微信扫描机器上二维码关注百医通微信公众号或下载百医通 APP，认证后即可免费领取口罩；定点医疗机构需指定项目工作人员具体负责接收口罩自动发放机并协助安装调试，负责接收捐赠口罩，及时向口罩机中补充口罩，做好口罩发放机的日常清洁和表面消毒，并根据本院口罩消耗量及时申请后续口罩捐赠。

四、项目申请单位信息收集

1．请填写项目申请单位信息表（附件），以电子邮件形式发至项目联系人。邮件主题注明：xxx 省/xxx 医院/罩护健康项目实施单位申请信息。

2. 创新联盟将根据项目单位扩展报名情况尽快安排项目准备和启动工作。

五、联系方式

北京结核病诊疗技术创新联盟：

陈　梓（18717149606，同微信），chenzi@chinaiatb.org

王笑春（13810128758，同微信），wxc@chinaiatb.org

附件：“罩护健康”项目实施单位信息表

北京结核病诊疗技术创新联盟

二〇二二年五月十六日

附件：

“罩护健康”项目实施单位信息表

1. 单位基本信息

单位名称：_____

详细地址：_____

单位联系电话：_____ 邮编：_____

2. 本单位项目分管领导、负责人和联系人信息

1）项目分管领导：

姓名：_____ 职务：_____

手机：_____ 邮箱：_____

2）项目负责人（可同分管领导）：

姓名：_____ 职务：_____

手机：_____ 邮箱：_____

3）项目联系人：

姓名：_____ 职务：_____

手机：_____ 邮箱：_____

（如有多位联系人可自行添加）

3. 项目单位按行政级别属于：

☐省级 ☐地（市）级 ☐县(区)级

4. 项目单位按医院等级分类

☐三级甲等 ☐三级 ☐二级甲等

☐二级 ☐一级 ☐其他（请注明）_____

5. 项目单位承担结核病工作的类别属性（单选）

☐院所合一的结核病防治机构

☐承担结核病诊疗工作的独立结防所

☐结核病专科医院（含胸科医院和肺科医院）

☐传染病院的结核科（呼吸科）

☐综合医院结核科（或分院）

☐慢性病防治院

☐其他（请注明）_____

6. 项目单位2019年门诊量：

2019年医院总门诊量：_____人次

2019年结核病门诊量：_____人次

7．2019年项目单位结核病患者登记情况

2019年新登记结核病患者数量：_____例

2019年新登记耐多药结核病患者数量：_____例

我单位申请加入“罩护健康”公益项目，并提供相关支持，做好管理工作。

单位名称（加盖公章）：

填表日期：　　年　　月　　日