

东至县残疾人联合会 东至县人民医院 文件

东残联〔2024〕5号

关于印发《东至县 2024 年度困难白内障患者免费复明手术实施方案》的通知

各乡镇残联：

现将《东至县 2024 年度困难白内障患者免费复明手术实施方案》印发给你们，请遵照执行。



2024年4月2日

东至县 2024 年度困难白内障患者免费复明手术实施方案

根据残疾人精准康复和政府购买服务等有关文件精神，经县残联和县人民医院协商，现制定 2024 年度困难白内障患者免费复明手术实施方案。

一、目标任务

2024 年为全县困难白内障患者实施免费复明手术 90 例。

二、受助对象

拥有本县户籍（持有优抚证、低保证和特困救助等对象优先）的困难白内障患者。

三、手术医院及补助标准

东至县人民医院为我县白内障免费复明定点医院（省定白内障复明定点医院）。手术费用在新农合报销后按每例手术 1000 元（含手术、耗材、筛查费用）标准补助至县人民医院，项目内患者个人免缴住院费用。

四、实施步骤

（一）初步筛查

初步筛查工作由县、乡镇残联和县人民医院负责；各乡镇残联负责摸底本辖区患有眼病的人员，组织患者参加集中初筛，初筛为白内障患者的在县残联或县人民医院登记。

鼓励白内障患者自行到县人民医院等医院进行初步筛查，

筛查结果交乡镇残联备案。

(二) 资格审查

按照先审批后手术原则，各乡镇残联通知初筛患有白内障的人员本着自愿原则到乡镇残联提出申请，乡镇收集相关资料，开展免费手术资格审查工作。

1、申请时向乡镇残联提供以下材料：(1) 白内障初筛诊断书；(2) 《困难白内障患者免费手术申请审批表》；(3) 申请人身份证或户口本复印件。

2、各乡镇残联收齐困难白内障患者材料后，对受助患者进行公示，公示期3天，确定受助对象。

(三) 检查验收和资金拨付

困难白内障患者免费复明手术项目完成后，县人民医院凭项目完成报告、《困难白内障患者免费手术申请审批表》、《困难白内障患者免费手术登记表》和《困难白内障患者免费手术汇总表》到县残联办理经费结算手续。县残联根据项目完成报告，对受助对象进行抽查回访、核实后予以资金拨付。

五、其他事项

1. 县残联负责制定项目实施方案，项目实施过程中履行监督责任，项目完成并经检查验收后及时足额拨付资金。

2. 县残联牵头组织白内障集中筛查，协助做好患者输送工作。

3. 县人民医院负责组织医疗专家组，主动开展白内障筛查

工作。

4. 白内障免费手术项目时间内由县人民医院按照原白内障复明项目质量要求做好手术质量控制，完全负责手术质量。

县残联联系人：宋文龙 联系电话：7020875

县人民医院眼科联系人：徐晓霞 联系电话：7028911

附件：1. 2024 年度白内障免费手术时间表

2. 困难白内障患者免费手术申请审批表

3. 困难白内障患者免费手术登记表

4. 困难白内障患者免费手术汇总表

附件 1

2024 年度白内障免费手术任务时间表

乡镇	时间	地点
尧渡镇	4 月 8 日上午 9: 00	东至县医院眼科
胜利镇	4 月 9 日上午 9: 00	胜利镇黄石小区 2 期
大渡口镇	4 月 9 日上午 9: 00	胜利镇黄石小区 2 期
葛公镇	4 月 10 日上午 9: 00	葛公镇人民政府
洋湖镇	4 月 10 日上午 11: 00	洋湖镇人民政府
张溪镇	4 月 10 日下午 14:30	张溪镇人民政府
泥溪镇	4 月 11 日上午 9: 00	泥溪镇人民政府
昭潭镇	4 月 11 日上午 11: 00	昭潭镇人民政府
官港镇	4 月 11 日下午 14: 30	官港镇人民政府
花园乡	4 月 11 日下午 16: 00	花园乡人民政府
青山乡	4 月 12 日上午 9: 00	青山乡人民政府
龙泉镇	4 月 12 日上午 11: 00	龙泉镇人民政府
木塔乡	4 月 12 日下午 14: 30	木塔乡人民政府
东流镇	4 月 15 日上午 9: 00	东流镇人民政府
香隅镇	4 月 15 日下午 14:30	香隅镇人民政府

附件 2

困难白内障患者免费手术申请审批表

姓名		性别		身份证号	
出生年月		民族		联系电话	
家庭住址				邮政编码	
手术原因	<input type="checkbox"/> 老年 <input type="checkbox"/> 遗传 <input type="checkbox"/> 外伤 <input type="checkbox"/> 其他			<input type="checkbox"/> 左眼	<input type="checkbox"/> 右眼
家庭经济状况	<input type="checkbox"/> 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 农村领取社会救济金 <input type="checkbox"/> 家庭经济困难			户口类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 非农业户 <input type="checkbox"/>
享受医疗保险情况	<input type="checkbox"/> 享受城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 无医疗保险		<input type="checkbox"/> 享受新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 享受其他保险		
患者或监护人申请	申请人： 年 月 日				
乡镇意见	审核人： 公 章 年 月 日				
手术医院复查意见	审核人： 公 章 年 月 日				
县（市、区）残联审核意见	审核人： 公 章 年 月 日				

注：此表一式 2 份，乡镇和县残联各一份。

附件 3

困难白内障患者免费手术登记表

县（市、区）

乡镇（街道）

村（社区）

姓名		性别		联系电话	
身份证号				监护人姓名	
手术 实施 情况	手术原因	<input type="checkbox"/> 老年 <input type="checkbox"/> 遗传 <input type="checkbox"/> 外伤 <input type="checkbox"/> 其他			
	手术时间	年 月 日			
	手术方式	<input type="checkbox"/> ECCE/IOL <input type="checkbox"/> Phaco/IOL			
	手术部位	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼			
	术后视力	<input type="checkbox"/> 左眼 <input type="checkbox"/> 右眼			
	是否植入人工晶体	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	手术 医生 (签字)		

注：本表由手术医院填写。填表人：

审核人：

填表日期：

填表单位（公章）：

