**北京大学第一医院**

**科/心内科超声心动图服务协议书**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 甲方： 科  课题负责人：电话：  课题联系人：电话： | | 乙方：心内科  负责人：张岩 电话：5260  联系人：许圣 电话：2171 |
| 课题名称 |  | |
| 课题执行时间 | 年 月—— 年 月 | |
| 预计例数 |  | |
| 需要提供的服务及费用支付方式 | □普通超声心动图(发常规报告) 463元（HIS系统开具、记账）  □经食管彩色超声心动图检查 764元（HIS系统开具、记账）  □临床意义判读 100元/例次（临床试验经费转账）  □拷贝影像文件 100元/例次（临床试验经费转账）  □原始数据溯源 50元/例次（临床试验经费转账）  □其它（特殊参数测量、计算等需求另议，可加附录；临床试验经费转账）    超声心动图中心实验室负责人确认签字： | |
| 双方权利和义务：  甲方：   1. 到心内科做项目申报。 2. 经HIS系统开具完成的项目，按医院流程定期与心内科结算费用。 3. 由临床试验经费转账的项目，每年根据已完成工作与乙方结算费用，并在项目结题时结清全部费用。   乙方：   1. 负责接收申请单，为患者进行检查，并根据约定出具报告。 2. 妥善保存原始数据，并根据甲方需要提供原始数据溯源服务。 | | |
| 甲方： 科  课题负责人签字：  日期： 年 月 日 | | 乙方：心血管内科  负责人签字：  日期： 年 月 日 |