**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 |