附件2

**动物诊疗机构监督检查汇总表**

填报单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 动物诊疗机构名称 | 类别（填动物医院/动物诊所） | 注册执业兽医师数量 | 执业助理兽医师数量 | 是否取得放射性设备辐射安全许可证 | 病死动物及病理组织是否按规定无害化处理 | 是否委托有资质单位处理医疗废弃物 | 诊疗废水是否按规定消毒后排放 | 麻醉药品管理措施是否到位 | 是否落实诊疗纠纷防范措施 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |