|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **四川大学华西医院手术拍摄审批表** | | | | | | | | |
| **申 报 人** |  | **申报科室** |  | | **联系方式** | | |  |
| **拍摄内容** | □会议/培训手术直播 □会议/培训手术拍摄 □其他 | | | | | | | |
| **会议/培训名称** | **不涉及则不填写** | | | **会议/培训规模** | | | **人数** | |
| **会议/培训时间** |  | | | **会议/培训地点** | | |  | |
| **主办单位** |  | | | **承办单位** | | |  | |
| **手术名称** | **不涉及则不填写** | | | **操作地点** | | | **具体到手术间或操作室** | |
| **直播/拍摄**  **技术提供方** |  | | | **技术负责人及联系方式** | | |  | |
| **播放平台名称** |  | | | **技术团队人数** | | | **≤3人，拍摄当天1人** | |
| **平台类型** | □医疗行业平台（如医学会、医师协会平台）  □公司自媒体平台  □新闻媒体平台  □其他平台 | | | **直播/拍摄时段** | | | 年 月 日  ： 至 ： | |
| **申请人签字：** 日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **科室初审意见：**  科室主任：  日期： 年 月 日 | | | | **党支部初审意见：**  支部书记：  日期： 年 月 日 | | | | |
| **医务部审核意见：**  负责人：  日期： 年 月 日 | | **医院感染管理部审核意见：**  负责人：  日期： 年 月 日 | | | | **宣传部审核意见：**  负责人：  日期： 年 月 日 | | |
| **说明：**1.各党支部、科室要对本单位开展的网络直播/拍摄活动严格把关，通过公开平台传播的信息，必须遵守国家有关规定，**不得传播违反国家法律法规的内容**，包括：①违反宪法确定的基本原则的；②危害国家安全，泄露国家秘密，颠覆国家政权，破坏国家统一的；③损害国家荣誉和利益的；④煽动民族仇恨、民族歧视，破坏民族团结的；⑤破坏国家宗教政策，宣扬邪教和封建迷信的；⑥散布谣言，扰乱社会秩序，破坏社会稳定的；⑦散布淫秽、色情、赌博、暴力、恐怖或者教唆犯罪的；⑧侮辱或者诽谤他人，侵害他人合法权益的；⑨煽动非法集会、结社、游行、示威、聚众扰乱社会秩序；⑩以非法民间组织名义活动的；⑪不符合《即时通信工具公众信息服务发展管理暂行规定》，以及违反法律法规、社会主义制度、国家利益、公民合法利益、公共秩序、社会道德风尚和信息真实性等“七条底线”要求的；⑫含有法律、行政法规禁止的其他内容的。2.直播/拍摄技术团队进入手术室、内镜中心等场所必须**严格遵守医院规定**，进入后必须服从所在科室管理，同时**注意保护患者隐私**。3.请将**经党支部、科室及医务部、医院感染管理部审核签字**的申报表交至宣传部（行政楼2018室），联系电话：85422013。 | | | | | | | | |

附件：

直播/录播技术团队有关信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **单位** | **联系方式** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：请同时提交3日内的新冠核酸检测报告及《外来直（录）播人员流行病学史调查表》。