



营养资金申请条件与申请表

该文件内含微笑列车（Smile Train）营养项目的详细申请条件与线下资金申请表。在申请营养资金之前，请未来合作伙伴审慎阅读以下信息。获得资助后，需要严格遵守协议。

1. 营养资助的目的

- 微笑列车营养资助的首要目的是改善唇腭裂患者的喂食与营养护理条件。
- 本营养资金旨在作为一次性补助，协助唇腭裂护理团队解决护理工作的差距与不足。
- 本营养资金不应替代现有喂养与营养护理的支出，也不应作为工资补贴。
- **申请前，建议合作伙伴全面评估现有的唇腭裂护理工作情况。**许多情况下，营养条件自患者首次就诊，直至整个治疗过程中皆未得到重视。请务必确认行为与实践中需要改进之处，以改善患者护理流程（详情请见“喂食与营养护理工作的原则”部分）。若合作伙伴认为改善护理条件需要资金支持，请联络当地的微笑列车联系人。

2. 喂食与营养护理工作的原则

照护唇腭裂患者时，喂食与营养护理应从第一天起加以重视。

在唇腭裂综合护理中，务必优先启动喂食与营养护理，在儿童生命早期打好理想健康的基础。

1. 优先关注喂食与营养需求。

第一要务是确保先天性唇腭裂患儿的母亲能够采取推荐的婴幼儿喂养方式（IYCF），使用最好的营养喂养婴儿。

2. 成长监测不可或缺。

从第一天起开始成长监测，以从根本上促进健康成长、发现问题、防范营养不良，以及评估喂食与营养干预的效果。务必监测儿童的成长，以确保儿童的身心状态满足手术要求。

3. 确保患者适合接受手术。

要尽可能降低术中风险，促进术后愈合，关键在保障儿童的生理与机能健康。成长监测是评估儿童生理上是否适合接受手术、最大化降低术中风险、保障手术安全的关键指标。

4. 全面重新评估患者护理流程：由合适的人员在合适的时间提供合适的护理。

要提供高质量护理，全面重新评估患者护理流程是最有效的方案。合作伙伴应当批判性地评估现有的唇腭裂护理方式，关注能够重点防范营养不良、保障术中患者安全的改良措施。**仅靠营养资金并不足以提供高质量护理，还需要根据患者的特殊需求，从根本上重构护理方案。**

5. 最优的婴幼儿喂养方式对所有儿童皆适用，也包括先天性唇腭裂患儿。

即使有唇腭裂症状，患儿也应得到符合其年龄的最佳营养，不论是母乳还是辅食。微笑列车不会向合作伙伴提供母乳替代品（BMS）、奶嘴、奶瓶、唇腭裂专用奶嘴等。合作伙伴可以声明并将部分资金用于购买上述用品。前提是，合作伙伴知晓母乳喂养的优点，且了解向母亲推荐或提供母乳替代品和喂养工具的风险。至关重要的是，合作伙伴若向母亲/看护人推荐或提供诸如上述的用品，应当充分评估需求，并对每个患者家庭做好相应的教育、引导与随访工作。

3. 资金申请与预算

一份完整的微笑列车（Smile Train）营养资金申请包括：

- 营养资金申请表（如下文所示）
- 微笑列车营养资金预算模板

本文档末尾附有申请核对表，以助您准备并完成营养资金申请。

本资金可用于支付多种用品与活动费用，以改善唇腭裂患者的护理质量，具体内容将视申请者认定的需求而定。资金可用于支付测量仪器、食物、喂养工具、药品、住院费，以及教育资料的费用。

4. 接受营养资金的合作伙伴的义务

4.1. 总体要求

受益于营养资助的医院必须：

- ☐ 仅将项目资金用于申请中所列出的设备和/或活动。
- ☐ 保留项目资助相关的财务记录以供审计所需并在**营养资助期结束时提供会计师报告以验证各项支出。**
- ☐ 记录下每位受到营养资助的患者。
- ☐ 收集受到营养资助的患者的所需营养资料，并提交到微笑快车（STX）数据库。
- ☐ 记录患者故事，展示资助成效。
- ☐ 在资助期结束后提交微笑列车资助报告（FR）。
- ☐ 若营养师在营养资助期内从合作伙伴机构离职，**立即告知当地的微笑列车联系人。**
- ☐ 能够接受微笑列车工作人员和顾问的实地考察。

☐ 及时回复有关营养护理工作的邮件、问卷以及问题。

4.2. 向微笑快车（STX）提交营养信息的义务

受到营养资助的合作伙伴有义务在同获资助的患者的**每次咨询**后完成 STX 营养信息收集表。

☐ 负责营养资金的营养师需访问 STX 临床数据库并汇报资金受益人。

若上述营养师需要关于访问 STX 与记录汇报的帮助，他/她应联络当地的微笑列车联系人。

☐ STX 营养信息收集表共有 4 份，分别对应 4 个年龄段。

STX 收集表可直接从 STX 下载，也可联系当地的微笑列车联系人获取。

☐ STX 营养信息收集表应当完整、准确。

☐ 记录应及时提交到 STX 上。

☐ 若合作伙伴未能遵守汇报义务，分期付款资金可能会被扣留。

4.3. 提供高质量护理的义务

为确保最高质量的护理，以下准则阐述了营养评估、管理，及患儿手术前准备等方面的关键要求：

☐ **专业评估**：营养评估应在首次咨询时由营养师或经验丰富的专业人员进行。

☐ **综合评估**：每次咨询至少需要测量体重及身长/身高，并在成长表上登记。

☐ **量身打造护理方案**：喂食辅导与营养护理方案应基于营养评估的结果制定。

☐ **医学合作**：应由一名医师（儿科医生为佳）同营养师合作处理营养不良等健康问题。

☐ **手术准备**：患者的营养状况必须足够理想，以降低手术并发症的风险，加快痊愈过程。

- 患儿的体重和身高应有稳定增长，并反映在成长表上。
- 患儿不应消瘦（体重相对身高过低）或发育不良（身高相对年龄过低）；发育不良者应有证据表明其处在追赶型生长模式。
- 应由一名医师（儿科医生为佳）确认患儿的营养与健康水平足以接受手术。

由合作伙伴汇报至 STX 数据库的患者登记、营养咨询、手术干预表格将于每次资金申请、资助落实，及资助期结束时接受审核，以确保数据、诊断和护理服务的质量。

4.4. 资助的落实与进一步资金需求

受资助的合作伙伴必须通过微笑列车合作伙伴门户网站，在相应资助期结束后 30 天内提交资助报告（FR）。如有需要，资助期限可进行调整。合作伙伴应联系其当地的微笑列车联系人，申请更改资助期限。

下列情况下，将不再考虑进一步的资助：

- ☐ 未及时通过微笑列车合作伙伴门户网站完成并提交资助报告。
- ☐ 资助报告中提供的信息与 STX 数据库中收集的信息不符。
- ☐ STX 营养记录不完整。
- ☐ STX 记录分析显示喂养与营养护理服务的质量，和/或关于病人在手术中安全性的疑虑没有得到改善。

如果满足了提供优质护理的重要目标，且有理由证明需要额外资金，则可考虑追加提供资金。申请额外资金的程序与最初的资助申请相似，但合作伙伴必须说明需要进一步资助的理由。

5. 审计

获得资助的喂养与营养护理服务可能会接受医疗与财务审计。如果微笑列车认为捐赠的资金使用不当，可以随时中止资助。

营养资助申请

该离线申请表将帮助您收集申请营养资助所需的信息。如果您的医院以前从未获得过资助，可能需要提供额外的法律文件和电汇信息。该申请将由营养顾问审查并提供反馈。

申请组织信息

组织名称	
联系方式 地址、电话、邮箱、网址	
组织类型 例如，综合医院、专科医院、非盈利组织、大学、个人	
所有权 例如，私立、公立、二者结合	

主要联系方式

该项应由负责监管营养护理服务的人员填写

主要联系人	
电子邮件	
职位名称与职业	

负责监管营养活动的人员是否接受了正式的营养 ¹ 培训？	是/否
营养师是否参加过面对面的微笑列车营养培训？	是/否
如果负责监管营养项目的人员没有接受过正式的营养培训，请列出负责监管唇腭裂患者喂养与营养护理服务的营养师姓名？	
需提供的文件：	☐ 营养师和/或负责监管营养资助人员（如不同）的简历

¹ 此处的营养师指的是一位接受过临床营养培训的专业医护人员。

资助金申请

• 请使用《微笑列车营养资金预算表》来拟定预算。 • 请在下面填写与预算相关的信息。 •	
申请金额（以美元为单位） 或微笑列车接受的当地货币（具体说明）	
微笑列车本次资助占项目总成本的百分比是多少？	
您所在的医院还将从其他哪些渠道获得营养项目的财务支持？ 请选择所有适用的选项。	☐ 政府 ☐ 患者付款 ☐ 医院自身的资源 ☐ 其他关注唇腭裂的非营利组织 ☐ 其他组织

	☐ 无
资助期的拟定开始日期：	
资助期的拟定结束日期：	
主要服务地区：	
您所在的医院平均每月有多少名唇裂患者获得了营养护理？	
在过去 12 个月里，共有多少名唇腭裂患者在您所在的医院接受了手术治疗？	
在拟议的资助期内，预计有多少名唇腭裂患者将从这项营养资助金中受益？	
请用一句话概括您的项目：	
需提供的文件：	☐ 预算

项目详情

背景

请描述您目前的喂养和营养护理服务，例如：

- 您根据不同年龄层、社会经济地位和营养状态来管理的唇腭裂患者。
- 您是否以及如何为唇腭裂儿童的母亲提供喂养咨询和/或营养支持。
- 您是否以及如何确保唇腭裂儿童的健康生长，以及如何确定问题。
- 是否以及如何确认和管理慢性与急性的营养不良问题。
- 哪些专业医疗人员参与到了唇腭裂患者的喂养和营养护理中。
- 患者对手术的营养准备目前是如何评价的。

如果您参加过面对面的营养培训，请说明培训后您在实践中实施了哪些改变。

>> 在此输入文本

需求

请在下方总结您所在的医院目前为唇腭裂患者提供的喂养和营养护理的缺陷和不足。

您的需求陈述应准确描述您期望这项资助帮助您解决的难题。您的需求陈述必须解释您在预算中列出的项目。例如，如果您在为X寻求资助，请解释X的缺失如何限制您帮助特定的患者或提供特定的服务。

>> 在此输入文本

目标

- 请说明资助将有助于实现什么目标（将您的目标与您的需求陈述联系起来）。
- 请说明您所在的医院为唇腭裂患者提供的优质护理预期可呈现哪些可量化的改善。

>> 在此输入文本

活动

- 请说明目前唇腭裂患者的喂养或营养护理（喂养咨询、营养评估、营养支持和营养敏感活动），包括服务供应的时间选择。请详细指出被资助者的年龄层（例如，婴儿 0-6 个月、儿童 6个月-2 岁、6 个月-5 岁、大童和青少年、成人）。
- 请说明这项资助将如何提高提供给唇腭裂儿童的护理质量，以及如何保持手术的及时性与安全性。

>> 在此输入文本

申请核对表

本核对表将指导您准备和完成申请。

背景	是	不适用
• 您是否提供了关于您所管理的唇腭裂患者群体的简述（例如，根据年龄层、社会经济地位以及营养状况）？	☐	☐
• 您是否说明了您有没有为唇腭裂儿童的母亲提供喂养咨询和/或营养支持？	☐	☐
• 您是否说明了您有没有使用生长曲线图来追踪患者的生长情况及整体健康状况？	☐	☐
• 您是否说明了目前您有没有以及如何确定营养不良的情况？	☐	☐
• 您是否说明了目前您有没有以及如何管理急性营养不良的情况？	☐	☐
• 您是否说明了哪些专业医疗人员参与到了唇腭裂患者的喂养和营养护理中？	☐	☐
需求	☐	☐
• 您是否说明了在您目前的护理服务中确定了哪些缺陷和不足？	☐	☐
• 您是否具体说明了营养资助旨在解决哪些缺陷和不足？	☐	☐
目标	☐	☐
• 您的目标是否描述了预期结果？	☐	☐
• 您的目标是否与护理服务中（某些）已确定的缺陷和不足相关？	☐	☐
• 您的目标是否与目标患者的年龄层相关？	☐	☐
活动	☐	☐
• 您是否描述了资助将如何改善提供给唇腭裂患者的护理服务质量？	☐	☐
• 您计划的资助使用是否与上面列出的目标一致？	☐	☐
• 您是否说明了资助能否改善以下任何/全部活动的护理服务：喂养咨询、营养评估、营养支持和营养敏感活动？	☐	☐
• 您是否具体说明了哪个（些）年龄层的患者将从资助中受益？	☐	☐

• 在适用情况下，您是否提及了您将遵循的方案或您将用于改善护理服务的资源？	☐	☐
• 您是否提及了在预算周期结束时，您会如何评估自己是否达成了目标？	☐	☐
预算	☐	☐
• 您是否准备了一份预算，其标题强调了资助将参与改善的营养活动？	☐	☐
• 如果获得了资助，您是否会提供一份会计师报告以证明花费的合理性？	☐	☐
• 您是否考虑过您将如何提供证据来证明资助改善了患者的喂养与营养护理？	☐	☐