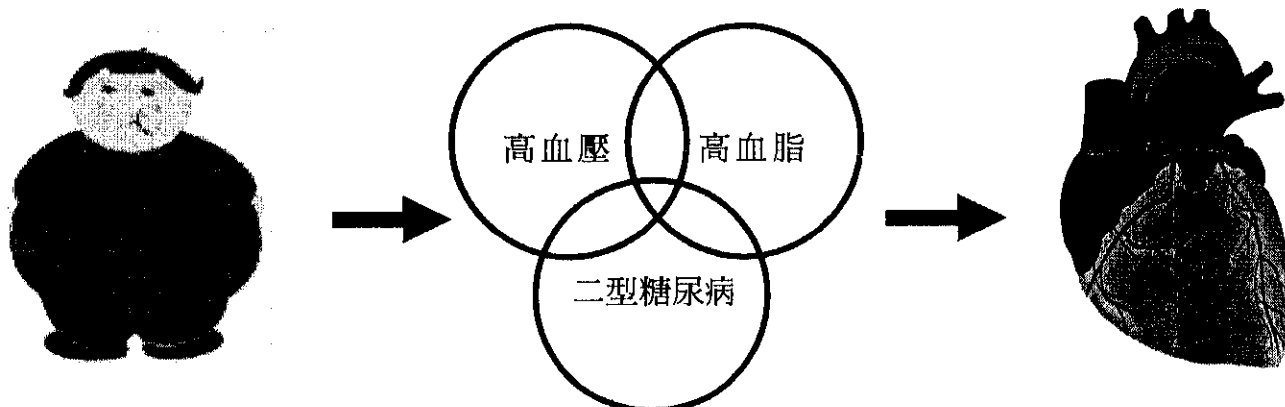


附註

- * 此次為第三次申請是項計劃，第二次舉辦時參加者普遍認為此計劃很有用，知道自己是否屬高風險群或已罹患上述常見都市病；從而及早作出生活的調適或盡早就醫，使健康得到較佳保障。
- * 上次計劃亦收到顯著的成效。完成整個計劃者，代謝症候群的罹患率銳減約 40%。
- * 檢測項目 87% 中的參加者腰圍減少而血脂-三酸甘油酯及高密度膽固醇、血壓、血糖亦分別錄得 33%，24%，30% 及 21% 的參加者由不正常的水平進步至正常水平。
- * 與上次的分別是：BMI 超過 30 者會每個月一次由安排見護士以監測效果。患上代謝症候群者會在三個月後再進行各項測試，以檢測指導的成果。

甚麼是代謝症候群？

代謝症候群 (Metabolic Syndrome) 是一個頗新的醫學名詞，相信不少香港人對此病不太熟識。中央肥胖是代謝症候群的主因，近年香港兩大醫學院都對此病進行不同研究。提醒市民此病對身體帶來的後果和嚴重性。代謝症候群是導致心血管疾病、中風及糖尿病的高風險因素，甚至加速死亡。本港華人患上代謝症候群的發病率大約為 17%。而根據香港中文大學醫學院的研究，嚴重肥胖患者 (即 BMI>30)，67% 中患有代謝症候群，發病率是一般人口的四倍。



定義

根據國際糖尿聯盟 (International Diabetes Federation, IDF) 最新提出的標準，中央肥胖的定義為：男性腰圍相等於或超過 90 厘米 (35.4 寸)，女性腰圍相等於或超過 80 厘米 (31.5 寸)。以上肥胖人士若同時具有下述兩項或以上的風險因素時，則可定義為患上代謝症候群：

1. 高密度膽固醇濃度：男性少於 1.03mmol/l，女性少於 1.29mmol/l
2. 三酸甘油酯濃度：相等於或超過 1.7mmol/l
3. 血壓：相等於或超過 130/85mmHg
4. 血糖濃度：相等於或高於 5.6mmol/l

腹內脂肪可視作為一個內分泌器官，製造很多不同物質例如輕瘦素 (Leptin)，脂聯素 (Adiponectin)，血管緊張素 (Angiotensinogen) 影響血壓、血糖和血脂。調節生活及作息時間、進行適量運動、改善飲食習慣，有助改善肥胖者的代謝症候群。惟嚴重肥胖須配合藥物或手術治療。

8. 推行方法(包括宣傳)* :

1/7/2011 – 31/7/2011

招募參加者，途徑如下：

1. 由黃大仙區內五間普通科門轉介。
2. 透過單張，於區議會／地區組織／宣傳媒體招募黃大仙區居民。

1/8/2011 – 31/12/2011

合乎資格參加者會被安排於指定時間內進行各項測試及由註冊護士解釋檢測結果，給予個別指導／建議。患上代謝症候群者會在三個月後再進行各項測試，以檢測指導的成果。

*BMI 超過 30 者會每個月一次安排會見護士以監測效果。

9. 舉行日期： 2011 年 7 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日

時間： 由上午/下午 _____ 時 _____ 分至上午/下午 _____ 時 _____ 分

地點： 聖母醫院綜合社區健康促進中心

10. 預期參加人數： (0) 人

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 表演者/講員 _____ 人 | <input type="checkbox"/> 觀眾 _____ 人 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 參加者 100 人 | <input type="checkbox"/> 義工 _____ 人 |
| <input type="checkbox"/> 嘉賓 (a) 收 費 _____ 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 其他 註冊護士 1 人 |
| (b) 不收費 _____ 人 | 健康服務助理 1 人 |

11. 計劃是否接受黃大仙區外人士參加：

- 否
- 是(估計所佔的數目： _____)

12. 計劃對象：

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 區內所有居民 | <input type="checkbox"/> 傷殘人士 |
| <input type="checkbox"/> 老人 | <input type="checkbox"/> 兒童及家長 |
| <input type="checkbox"/> 青少年 | <input checked="" type="checkbox"/> 其他： 符合前述條件人士 |

13. 是否需憑票參加：

- 是： 公開售票
- 公開免費派票(不需填寫第 15 項)

否 (不需填寫第 14-15 項)

其他： _____

14. 售票/派票的詳情：

日期 _____

地點 _____

15. 參加費：

每位 _____ 元 x _____ 人
= _____ 元16 財政預算(申請團體應遵照區議會所通過的建議計劃的內容)
請在下面列出整個計劃的開支詳情(如表格不敷使用，可增附頁)：

	開支項目	單位成本(元)	數量	費用總額(元)	向區議會申請的款額(元)	申請機構本身承擔款額(元)	其他方面提供的款項#(元)	備註
1	驗血機租賃/每月	800	6	4,800	4,800	-		
2.	脂肪比率記錄紙	500	2 卷	1,000	1,000	-		
3.	體質指數記錄紙	200	2 卷	400	400	-		
4.	血壓記錄紙	310	2 卷	620	620	-		
5.	驗血試紙	100	250 片	25,000	25,000	-		
6.	手套	40	4 盒	160	160	-		
7.	火酒棉塊	30	3 盒	90	90	-		
8.	針盒	20	12 個	240	240	-		
9.	穿刺針	1	300 支	300	300	-		
10.	註冊護士酬金	130/小時	103 小時	13,390	13,390	-		
11.	單張	2.5	1,000	2,500	2,500	-		
12.	橫額	200	3	600	600	-		
13.	教育小冊子(護士會見參加者時派發)	12	300	3,600	3,600	-		護士在會見參加者時派發
14.	雜項(文具耗材、郵費等)			1,000	1,000	-		
	總額：			53,700	53,700			

* 如開支項目包括海報，請說明海報的尺寸，單色或多色(列明 2 色、3 色或 4 色)設計。

請於「備註」一欄說明收入來源，如捐款、贊助、收費等等。

17. 實施方法：

由本申請機構負責推行 由 _____ 負責推行

由黃大仙民政事務處負責推行 其他*(請註明) _____

18. 款項撥入下開機構帳戶名稱(請以正楷填寫)：

中文：聖母醫院

英文：Our Lady of Maryknoll Hospital

19. 請指明是否需要預支款項(不可超過所批撥款額的一半；擬獲預支款項的日期不應早於預計須支付有關開支之前一個月內)。請留意，申請團體在獲批撥款後須另填妥「區議會撥款資助活動預支款項承諾書」，有關預支申請方獲處理。

不需要

需要： 所需款項：~~\$33,545~~ \$26,800

日期：1/7/2011

20. 負責人員

機構的獲授權人 ¹	活動的指定負責人 ²
姓名：(中文) <u>陳韻宜</u> *先生/女士 (英文) <u>Dr. Chan Wan Yee</u>	姓名：(中文) <u>姚翠嫻</u> *先生/女士 (英文) <u>Yiu Chui Han</u>
職位： <u>家庭醫學統籌</u>	職位： <u>Nursing Officer (OPD)</u>
聯絡電話號碼： <u>2354 2530</u>	聯絡電話號碼： <u>2354 2266</u>
傳真號碼： <u>2327 6852</u>	傳真號碼： <u>2354 0506</u>
電郵地址： <u>chanwyw@ha.org.hk</u>	電郵地址： <u>yiuch@ha.org.hk</u>

¹ 獲授權人指代表機構申請區議會撥款並簽署申請表的人。

² 指定負責人是活動的聯絡人，可核實與區議會撥款發還款項有關的單據和證明文件。獲授權人和指定負責人可以是同一人。

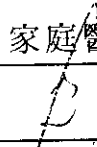
*請刪去不適用者

21. 申請機構聲明及同意書

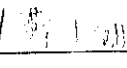
- (A) 本人謹此聲明，在本申請書填報的所有資料均真確無訛。本人明白如填報的資料不確，申請將當作無效。此外，區議會將停止發放核准撥款，而已支付的款項也須全數退還政府。本人並同意政府可保留權利，以追討民事債項的方式追討多付或以欺詐手段獲得的區議會撥款
- (B) 本人謹此同意政府可使用本申請書內的資料審批申請，資料也會供進行評估研究以及訓練／經驗交流研討會之用。此外，本人同意如申請獲接納並得到資助，政府可將申請書內及日後提交的報告內的資料(包括但不限於有關本機構的資料及本計劃的詳情)向公眾公開。本人也同意向公眾表明本計劃獲得區議會資助，並會在與計劃有關的所有宣傳物品和活動上，展示區議會的名稱，並盡可能展示區議會的徽號。
- (C) 本人已閱讀並明白《運用區議會撥款守則》以及資助條款及條件。本人同意，如獲得區議會撥款資助，當會遵守上述文件所載的規定。

機構印章



機構負責人姓名^註 : 陳韻宜
職位 : 家庭醫學統籌
簽署 : 
日間聯絡電話^註 : 2354 0530
日期 : 3/5/2011

註：區議會秘書處會將獲區議會撥款的活動的資料，包括聯絡人姓名、日間聯絡電話等上載於區議會網頁(www.districtcouncils.gov.hk/wts/chinese/welcome.htm)，以方便市民查詢活動詳情。如活動聯絡人與上述機構負責人不同，請提供資料如下：

活動聯絡人姓名： 姚翠嫻 /  電話： 2354 2266 / 2354 2266

如需查閱及更改資料，請致電 3143 1130 與區議會秘書處聯絡。

申請機構資料

1. 機構登記地址 : 九龍黃大仙沙田坳道 118 號聖母醫院
綜合社區健康促進中心
2. 通訊地址 : _____
(如果與登記地址不同) _____
3. 電話 : 2354 2254 4. 傳真 : 2354 2491
5. 成立日期 : 2007 年 _____ 月 _____ 日
6. 本機構是 :
醫院管理局轄下的醫院
 根據《_____條例》註冊的機構 (請附上有關證明文件)
 為 _____ 區的利益而成立, 並擁有自主權的團體。
7. 機構運作

經常費用來源	會員人數	會員費
<input type="checkbox"/> 社會福利署 <input type="checkbox"/> 公益金 <input type="checkbox"/> 物業/服務所得收益 <input type="checkbox"/> 會員費 <input checked="" type="checkbox"/> 其他: <u>醫院管理局</u>	<input type="checkbox"/> 本區(_____ 人) <input type="checkbox"/> 非本區(_____ 人) 負責人員(如幹事、委員等) _____ 人	<input type="checkbox"/> 不須繳交 <input type="checkbox"/> 需繳交 (每名會員費 _____ 元)
機構服務宗旨 : <u>為黃大仙區居民提供醫療服務</u>		
服務對象 : <u>黃大仙區居民</u>		

(註: 請在適當的方格加上✓號)

8. 機構負責人

姓名: 陳韻宜醫生 職位: 家庭醫學統籌 電話: 2354 2530
 地址: 九龍黃大仙沙田坳道 118 號聖母醫院 傳真: 2354 2491

9. 除機構負責人外，可提供機構詳情的人士(有需要時填寫)

姓名：姚翠嫻 職位：門診部護士長 電話：2354 2266
 地址：九龍黃大仙沙田坳道 118 號聖母醫院 傳真：2354 2491

10. 申請區議會撥款的記錄

- 這是本機構首次申請區議會撥款
 本機構曾申請區議會撥款
 但不獲批准。
 並獲得批准。在過去五年內，新近的三次申請(如有的話)，資料如下：

	活動名稱	活動日期	獲批款額(元)	活動編號
1.	代謝症候群篩選計劃 (加強版)	2010年7月至 12月	46,953.85	WTS DC 13/45/5/2
2.	代謝症候群篩選計劃	2009年7月至 12月	35,466	WTS DC 13/45/5/2
3.				