**附件一**

**广东省糖尿病足病管理师**

**临床实践培训基地**

**申 请 书**

申请专业 ：

申请单位 ：（盖章）

申请日期 ：

联系人：

联系电话：

广东省护理学会

填 表 说 明

一、申请人要实事求是，认真填写申请书各项内容。表达要明确、严谨，字迹要清晰易辨。经审查，若填写内容不真实，则取消申请资格。

二、“培训基地负责人”指申报本专科的带头人。

三、递交申请书时，请使用A4纸打印，一式两份，签名并加盖医院公章。

四、表中填写的资料项目，可加附件补充。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、基本情况** | | | | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | | 传 真 | | | |  | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 | | | |  | | |
| **医院性质（在符合的项目框内打“√”）** | | | | | | | | | | |
| 医院类型 | □综合医院 | | □专科医院 | | | □教学医院 | | | □其他 | |
| 医院级别 | □三甲 | | □三乙 | | | □其他 | | |  | |
| 内分泌科 □无 □有 床位数 张 | | | | | | | | | | |
| **内分泌科床位数及床护比**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 编制病床（张） | | 开放病床（张） | | | 护士（人） | | | 床护比 | |
| 2018年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2019年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2020年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **内分泌科业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | |
| 全院 | | 内分泌科 | | | 全院 | | | 内分泌科 | |
| 2018年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2019年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2020年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **二、糖尿病足病专科规模** | | | | | | | | | | |
| **糖尿病足病收治规模**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 住院收治数量  （人次/年） | | 门诊处理数量  （人次/年） | | | | | | 足病专科护理会诊数  （人次/年） | |
| 2018年 |  | |  | | | | | |  | |
| 2019年 |  | |  | | | | | |  | |
| 2020年 |  | |  | | | | | |  | |
| **足病治疗团队** | | | | | | | | | | |
| **足病专科治疗团队：**□无 □有 副主任医师及以上职称人数 人；  **多学科合作团队：**□无 □有 合作团队科室： 个；  科室名称 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (※提供证书） | | | | | | | | | | |
| **三、专科设备及场所** | | | | | | | | | | |
| **糖尿病足病筛查室:** □无 □有  总面积 平方米  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **糖尿病足病换药室:** □无 □有  总面积 平方米  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **糖尿病足病筛查设备：**□无 □有  包括： □ABI检测仪器 □ 感觉阈值测量 □足底压力检测  □神经传导速度 (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **四、师资及教学力量** | | | | | | | | | | |
| **糖尿病专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）  **伤口专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）  **学会任职：** □无  □有 人数 人 ； 职务  □国家级 □省级 □市级 □区级 (※提供证书） | | | | | | | | | | |
| **五、培训基地负责人（医院指定）情况** | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | | 出生年月 | | |  |
| 学历/学位 |  | 职称 | | |  | | 科室/职务 | | |  |
| 护理专科 |  | 本专业工作年限 | | |  | | 专长 | | |  |
| 何时何地接受专科培训 | |  | | | | | | | | |
| 联系方式 | Email: | | | | 联系电话: | | | | | |
| （一）学术团体、专业杂志任职情况： | | | | | | | | | | |
| （二）教学及科研学术工作（“十一五”以来承担教学任务、项目、获奖成果、专利、发表论著等）： | | | | | | | | | | |
| （三）承担教学工作的经历： | | | | | | | | | | |
| **六、申请单位意见：**    负责人： （ 公 章 ）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **七、评价专家组意见**    组长签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **八、广东省护理学会意见：**    （ 公 章 ）    年 月 日 | | | | | | | | | | |