附件一

**广东省康复护理专科护士**

**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 | | |  | |
| 康复科 □无 □有 床位数 张 | | | | | | | | | | |
| **康复科床位数及床护比**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 编制病床（张） | | 开放病床（张） | | | 护士（人） | | | 床护比 | |
| 2020年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2021年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2022年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **康复科业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | |
| 全院 | | 康复科 | | | 全院 | | | 康复科 | |
| 2020年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2021年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2022年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **康复科2022年收治病种（按照顺序罗列前6种疾病）**： | | | | | | | | | | |
| **二、专科设备及场所** | | | | | | | | | | |
| **开展康复教育场所:** □无 □有  总面积 平方米  用途：□专用于康复患者教育 □可用于康复患者教育或其它 | | | | | | | | | | |
| **多媒体教学设备:** □无 □有  包括：□多媒体计算机 □投影机 □数字视频展示台  □中央控制系统 □投影屏幕 □音响设备  **康复专科示范教学工具:** □ 无 □有 包括:  □牵引治疗设备 □辅助用具 □减重步行训练架 □专用运动平板 □生物反馈训练设备  □姿势矫正镜 □训练用垫 □肋木 □平行杠 □楔形板 □砂袋和哑铃 □ 训练用棍  □ 墙拉力器 □手指训练器 □肌力训练设备 □肩及前臂旋转训练器 □滑轮吊环  □电动起立床 □ 悬挂装置 □踏步器 □助行器 □CPM □训练用阶梯 □训练用球  □平衡训练设备 □轮椅 □运动控制能力训练设备 □功能性电刺激设备  □其他 | | | | | | | | | | |
| 膀胱容量测定设备：□无 □有  简易膀胱内压测定设备 ：□无 □有  步态测定设备：□无 □有  临床常用假肢、矫形器、辅助具制作设备：□无 □有  (※提供检查结果） | | | | | | | | | | |
| **数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否  **康复科专业藏书：**□无 □有  **专业杂志：** □无 □有  包括：□护理期刊 □康复期刊  种类 （种）　　其他： | | | | | | | | | | |
| **三、师资及教学力量** | | | | | | | | | | |
| **师资力量：**  大专学历、主管护师以上职称、10年以上康复专科工作经验 名；  本科学历、护师以上职称、3年以上康复专科工作经验 名；    **康复护理专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证明）  **学会任职：** □无  □有 人数 人 ； 职务  □国家级 □省级 □市级 □区级 (※提供证明） | | | | | | | | | | |
| **承担本科/专科护生授课任务:**  □无 □有  **接收下级医院进修护士：** □无 □有； 人数； 医院级别 ；  进修带教计划及考核：□无 □有  (※提供近3年培训和培养下级单位进修护士证明） | | | | | | | | | | |
| **申请并完成继续教育项目**  2020年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级  2021年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级  2022年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级  (※提供办班证明或相片） | | | | | | | | | | |
| **四、专科建设** | | | | | | | | | | |
| **康复（护理）专科与管理团队**：□无  □有 □医生 人 □康复治疗师 人  □矫形师 人 □其他 人  (※提供证明） | | | | | | | | | | |
| **系统的康复护理教育培训：**  培训计划：□无 □有 □大讲堂教育计划 □病区患教计划 □小组教育计划  培训教程：□无 □有  教育培训开展频率：  (※提供2年至少的康复护理教育计划与实施记录包括签到表、相片等等） | | | | | | | | | | |
| **系统的康复护理教育管理项目**  项目计划：□无 □有  （※提供项目针对性的目标人群、项目目标、项目实施的具体时间表、人员分工、资源/预算安排及具体程序或步骤；项目的评估方法和指标等等记录）  教育管理项目支持教程：□无 □有  教育管理项目开展频率：  (※提供至少2年的康复护理教育管理项目计划与实施记录包括签到表、相片等） | | | | | | | | | | |
| **康复护理专科护理小组**：  □无 □有； （※提供相关文件）  年度计划：□无 □有  工作目标：□无 □有  活动开展频率： （※提供小组活动情况记录和相片）  **康复专科护理门诊**：  □无 □有； 年开始 开放时间： 次/周；  出诊人员： 人； 资质：  门诊病人数： 例次/周  会诊人员： 人； 资质：  会诊制度： □无 □有  院外会诊：□无 □有  院内会诊：□无 □有  会诊病例： 例次/年  （※附2例典型案例）  **康复专科培训基地：**□是 □否  □部级 □省级 □市级 □其它 （※提供证明） | | | | | | | | | | |
| **科研能力**  近3年来发表的学术论文： 篇；核心期刊 篇；SCI收录 篇  （※以网上查询为准）  近3年获得的基金资助: 项  院校级 项； 市级 项； 省级 项； 国家级 项  近3年获得的科研成果: 项  近3年获得的专利: 项    （※提供复印件） | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | |