**广东省淋巴水肿专科护士**

**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 | | |  | |
| 淋巴水肿科设置 □无 □有 | | | | | | | | | | |
| 淋巴水肿门诊 □无 □有 | | | | | | | | | | |
| 参与科室：□结直肠外科 □乳腺科 □妇科 □泌尿科 □放疗科 □肿瘤科□营养科 □康复科 □化疗科 □头颈科 □其他 | | | | | | | | | | |
| **参与科室床位数及床护比** | | | | | | | | | | |
| 年度 | 编制病床（张） | | 开放病床（张） | | | 护士（人） | | | 床护比 | |
| 2017年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2018年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2019年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **参与科室临床业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | |
| 全院 | | 各基地专科 | | | 全院 | | | 各基地专科 | |
| 2017年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2018年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2019年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **参与科室2019年收治病种（按照顺序罗列前6种疾病）**： | | | | | | | | | | |
| **二、专科设备及场所** | | | | | | | | | | |
| **参与科室有无教育场所:** □无 □有  总面积 平方米  用途：□可用于淋巴水肿患者教育或其它 | | | | | | | | | | |
| **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  **专科基地示范教学工具:** □ 无 □有 (※提供相片证明）  包括: □无弹性软尺 □纤维化测量仪 □压力测试仪  □淋巴水肿专科评分工具 □体重秤或BMI仪器  □身高测量仪 □量角器 □上肢、下肢周径测量板 □握力器  □空气压力波治疗仪 □人体成分分析仪 □托手架  □托脚架 □压力袖套/袜 □多层绷带  □操作/教学模型（至少一个） □操作台： 张  □淋巴水肿专科治疗单 □其他： | | | | | | | | | | |
| **技术应用及材料：**  □护理常规 □操作流程指引 □应急预案等 □护理指南 □持续改进分析 | | | | | | | | | | |
| **医院图书馆：** □无 □有  **数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否  **淋巴水肿专业书籍：** □无 □有  **淋巴水肿专业杂志：** □无 □有  包括：□护理期刊　　 □科期刊 □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年以上相关专科工作经验 名；  本科学历、护师以上职称、5年以上相关专科工作经验 名；  研究生学历（含在读）、3年以上相关专科工作经验的临床带教老师 名；  **淋巴水肿治疗相关专科护士：**□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 ； (※提供证书）  职务 ： □国家级 人数 人  □省级 人数 人  □市级 人数 人 (※提供证书） | | | | | | | | | | |
| **承担本科/专科护生授课任务:**  □无 □有  **接收下级单位进修护士：** □无 □有； 人数； 医院级别 ；  进修带教计划及考核：□无 □有 | | | | | | | | | | |
| **申请并完成继续教育项目**  2017年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级  2018年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级  2019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** | | | | | | | | | | |
| **临床淋巴水肿教育管理团队**：□无  □有 □医生 人 □重症专科护士 人  □淋巴水肿相关专科护士 人  (※提供团队人员名单及简介和相关证书） | | | | | | | | | | |
| **系统的淋巴水肿教育培训：**  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： | | | | | | | | | | |
| **淋巴水肿专科护理小组**：  □无 □有； （※提供证明材料）  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）  **淋巴水肿相关专科护理门诊**：  □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  **淋巴水肿专科培训基地：** □是 □否  □部级 □省级 □市级 □其它  （※提供证明材料） | | | | | | | | | | |
| **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  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  （※提供相关证明材料） | | | | | | | | | | |
| **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）专科基地组织保障、技术力量、临床实践状况 | | | | | | | | | | |
| （二）学术团体、专业杂志任职情况： | | | | | | | | | | |
| （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 | | | | | | | | | | |