**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 |