**广东省生殖专科护士**

**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：

基地联系人：

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 |  |
| 培训基地联系人 |  | 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 |  |
| **生殖医学中心经卫健委批准开展的生殖技术项目**： |
| **生殖医学科工作量**（※提供证明） |
| 年度 | **门诊量** | 取卵周期 | 人授周期 | 新鲜移植周期 | 冻胚胚胎周期 |
| 2017年 |  |  |  |  |  |
|  2018年 |  |  |  |  |  |
|  2019年 |  |  |  |  |  |
| **生殖医学科人员配备**（※提供证明） |
| 人员 | 医师 | 技术员 | 护士 |
| 高级职称 |  |  |  |
| 中级职称 |  |  |  |
| 初级职称 |  |  |  |
| **二、专科设备及场所** |
| **生殖医学科:** □无 ，□有 ； 总面积 平方米□生殖门诊 □生殖注射采血室 □生殖宣教室 □生殖手术室 □胚胎培养室 □**生殖医学专科教学场所，面积： 平方米** |
| **多媒体教学设备:**  □教学专用电脑 □投影机 □音响设备 □白板**生殖医学护理专科示范教学辅助工具:**  □取卵针 □负压吸引器 □身份识别验证系统 □胚胎转移管  □人工授精管 □心电监护仪 □恒温试管架 □妇检床 □急救车 □麻醉机 |
| **技术应用及材料：** □护理制度 □护理常规 □操作流程指引 □应急预案 □护理质控资料并体现持续改进分析 |
| **辅助学习工具：****医院/学院图书馆：** □无 □有**数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否 **辅助生殖技术专业书籍：** □无 □有包括：□辅助生殖护理技术（全国辅助生殖技术规范化培训教材）　　 □辅助生殖技术护理专科实践（人民卫生出版社） □临床诊疗指南（辅助生殖技术与精子库分册）（人民卫生出版社） |
| **三、师资及教学力量** |
| **师资力量：** 大专学历且主管护师以上职称、并具有7年以上生殖专科护理工作经验 名； 本科学历且护师以上职称、并具有5年以上生殖专科护理工作经验 名； 研究生学历且护师以上职称、并具有3年以上生殖专科护理专科工作经验 名；**专科护士持证情况：**□无 □有 专科名称（营养、静疗等） 人数 ；培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）**学会任职：** (※提供证书） □国家级 人数 人 □主委 人 □副主委 人 □常委 人 □省级 人数 人 □主委 人 □副主委 人 □常委 人 □市级 人数 人 □主委 人 □副主委 人 □常委 人  |
| **教学能力** ： □ 近3年来科室承担新护士规范化培训授课任务**接收进修护士：** □无 □有； 人数 ； 进修带教计划及考核：□无 □有　　护理教学负责人：□无 □有　 |
| **申请并完成继续教育项目**  (※提供办班证明或相片）2017年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级  2018年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级  2019年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级  |
| **四、专科建设** |
| **生殖专科护理教育管理团队**：□无 □有 □医生 人 □护士 人 □技师 人 (※提供团队人员名单及简介和相关职称证书）**健康教育培训专员：**□无 □有  |
| **系统的生殖专科护理教育培训：** 护理培训计划： 在职护士培训计划 □无 □有 新护士规范化培训计划或进修生培训计划 □无 □有**培训教程：**有配套的护士培训教程 □无 □有 **患者教育计划：** 中心患教计划 □无 □有  患者健康教育路径 □无 □有 配套的健康教育内容 □无 □有**教育培训开展频率：** □ 每月至少1次；□ 每月2次及以上**教育培训实施记录：**□无 □有 |
| **生殖专科护理小组**：□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：□ 每月1次及以上□ 每季1次 （※提供小组活动情况记录和相片）**生殖专科护理门诊**： □无 □有； 开立时间 ； 频次： 次/周； 出诊人员： 人； 资质： 门诊病人数： 例次/周**人类辅助生殖技术及人类精子库技术培训基地：** □是 □否（※提供证明材料） |
| **科研能力** 近3年来发表的学术论文： SCI 篇； 核心期刊 篇； 其他 篇近3年获得或主要参与的基金资助: 项院校级 项；国家级 项 ；省级 项 ；市级 项近3年获得的科研成果: 项 ；国家级 项 ；省级 项 ；市级 项近3年获得的专利: 项著作（同一本书既有主编又有参编者按主编计算）：主编 部； 参编： 部（※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）学术团体、专业杂志任职情况： |
| （二）教学及科研学术工作（近3年以来承担教学任务、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 |