**附件1**

**广东省癌痛专科护士**

**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 | 🞎二甲 | 🞎其他 |  |
| **是否开设疼痛门诊** 🞎否 🞎是 **是否开设疼痛病区**  🞎否 🞎是  |
| **是否是疼痛学科相关教学基地** 🞎否 🞎是  |
| **是否有疼痛专科工作小组：**  🞎否 🞎是  **牵头部门：**  |
| **是否是癌痛规范化治疗示范病房（GPM-W）** 🞎否 🞎省级 🞎国家级 |
| **是否开设疼痛护理相关门诊** 🞎否 🞎是 具体名称：  年平均工作量：  |
| **是否有疼痛护理工作小组：**  🞎否 🞎是 |
| **疼痛/癌痛护理数据**（※提供近三年数据证明） |
| **年 度** | 住院患者疼痛/癌痛人数 | 疼痛/癌痛评估工作量/年（人数） | 疼痛/癌痛随访工作量/年（人数） |
| 2019年 |   |  |  |
|  2020年 |    |   |  |
|  2021年 |    |   |  |
| **疼痛/癌痛护理开展特色：** |
|  |
| **二、专科设备及场所** |
| **专科护士培训场所:** 🞎无 🞎有：总面积 平方米  用途： 🞎用于癌痛患者护理临床实践**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 |
| **疼痛专科（医疗和护理）设备设施:** □无 □有 包括:  （具体设备请以附件形式罗列）   (※提供检查结果） |
| **图书馆：** 🞎无 🞎有**数字图书馆：** 🞎无 🞎有 检索国内外文献 🞎可 🞎否 **专科专业藏书：** 🞎无 🞎有**专科专业杂志：** 🞎无 🞎有 包括：🞎护理期刊 　各手术专科期刊 种类 （种）　其他：  |
| **三、师资及教学力量** |
| **肿瘤护理学科带头人：**🞎无 🞎有 人数 人；包括：副高及以上职称：🞎无 🞎有 人数 人；  (※提供证明）**癌痛/疼痛专科护士：**🞎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)**专科护士岗位及职责：** 🞎无 🞎有**临床带教老师：** 大专学历、主管护师以上职称、8年以上癌痛专科工作经验： 名； 本科学历、护师以上职称、5年以上癌痛专科工作经验： 名； 研究生学历、护师以上职称、3年以上癌痛专科工作经验： 名； |
|  **近5年接收下级医院进修护士：**🞎无 🞎有； 人数； **近5年,承担本科、专科实习护生人数：**🞎无 🞎有； 人数；  (※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**  2019年继教编号 培训人数 🞎国家级 🞎省级 🞎市级 🞎区级 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 (※提供办班证明或相片）　　 |
| **四、专科建设** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 评审标准 | 是否符合标准 |
| 是 | 否 |
| 1 | 成立疼痛/癌痛专科护理小组，有组织架构并能定期开展小组活动。 |  |  |
| 2 | 分区合理，环境整洁，标识清晰规范。基本设备与配置使用安全、方便及符合环境卫生学要求。 |  |  |
| 3 | 建立各岗位工作职责、各项工作流程。 |  |  |
| 4 | 具有规范统一的疼痛/癌痛相关操作流程及评分标准及应急处理流程。 |  |  |
| 5 | 各类评估工具，应用合理。 |  |  |
| 6 | 定期组织护理疑难病例讨论 |  |  |
| 7 | 建立癌痛护理质量数据库，收集相关数据，定期对质量问题进行分析，提出整改措施，并有相关资料记录，体现持续质量改进。 |  |  |

 |
| **科研能力** 近5年来发表的学术论著： 篇；核心期刊 篇；SCI收录 篇 （※以网上查询为准）近5年获得的基金资助: 项院校级 项； 市级 项； 省级 项； 国家级 项近5年承担市级及以上课题: 项近5年获得的专利: 项近5年参编相关著作: 项（※提供复印件） |
| **所获奖励** |
|  （※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 |