**附件一**

**广东省神经外科专科护士**

**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 | | |  | |
| 神经外科 □无 □有 | | | | | | | | | | |
| **神经外科床位数及床护比**（※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 |  | |  | | |  | | |  | |
| **神经外科业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | |
| 全院 | | 神经外科 | | | 全院 | | | 神经外科 | |
| 2020年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2021年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2022年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **二、专科设备及场所** | | | | | | | | | | |
| **教育场所：** □无 □有  □专用 □不专用 教育场所面积 平方米  **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  **神经外科相关检测设备：**□ 无 □有  包括：□神经内镜系统 □显微系统  口动力系统 口气钻系统  口超声导航系统 口电生理监测系统  口气压治疗仪 口排痰仪  口颅内压监测仪 口呼吸湿化治疗仪  口有创/无创呼吸机 口康复治疗系统  口其他： ；  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **图书馆：** □无 □有  **数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否  **神经外科专业藏书：**□无 □有  **专业杂志：** □无 □有  种类 （种）　　其他： (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **三、师资及教学力量** | | | | | | | | | | |
| **人才配备：**  科室本科及以上学历护士占护士总数 %；  科室研究生及以上学历护士总数 人；  科室主管护师及以上护士总数 人；  科室副主任护师及以上护士总数 人；  **基地临床带教老师：**  神经外科护理教学**核心团队成员**人数 人，其中：  研究生及以上学历 人，本科学历 人；  主管护师人数 人；副主任护师及以上 人；  专科护士人数 人  **神经外科相关专科护士：**  □无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他  (※提供证明）  **学会任职：**  □无  □有 □国家级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  □省级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  □市级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  □区级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  (※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  (※提供办班文件、照片等相关证明） | | | | | | | | | | |
| **四、专科建设** | | | | | | | | | | |
| **1.相关专科基地培训：**□无 □有  （1）专科护士培训基地名称： □部级 □省级 □市级 □其他  （2）专科护士培训基地名称： □部级 □省级 □市级 □其他  （3）专科护士培训基地名称： □部级 □省级 □市级 □其他  (※提供证明） | | | | | | | | | | |
| **2.业务水平**  **（1）2022年神经外科相关专科收治病种和例数（按顺序罗列至少6种疾病）**：  ，2022年收治例数 ； ，2022年收治例数 ；  ，2022年收治例数 ； ，2022年收治例数 ；  ，2022年收治例数 ； ，2022年收治例数 ；  **（2）2022年神经外科相关疾病的手术种类及例数**  脑血管介入手术例数： 例  脑肿瘤手术例数： 例  脑积水分流手术： 例  **（3）神经外科相关专科护理疑难病例会诊**  □无 □ 有； □院内会诊 □院外会诊  **（4）神经外科相关辅助科室**  □康复科 □放射科 □超声科 □核医学科 □神经内科  **（5）2022年开展神经外科专科护理技术种类及例数**  ①脑室外引流管护理， ；  ②腰大池引流管护理， ；  ③硬膜下引流管护理， ；  ④人工气道护理，： ；  ⑤吞咽障碍评估，例数： ；  ⑥营养风险筛查与评估，例数： ；  ⑦DVT规范化预防，例数： ；  ⑧皮下注射抗凝剂规范化护理，例数： ；  ⑨股动脉穿刺口的护理，例数： ；  ⑩PICC置管护理， ；  ⑪鼻肠管护理，例数： ； | | | | | | | | | | |
| **3.相关专科科研能力**  （1）近3年来发表的学术论文： 篇；  其中SCI收录 篇；核心期刊 篇；其他 篇；  （2）近3年获得的立项课题: 项；基金资助： 万元；  其中国家级 项；省级 项；市级 项；院校级 项；  （3）近3年获得的科研成果: 项；  其中国家级 项；省级 项；市级 项；院校级 项  （4）近3年获得的专利: 项；  其中发明专利 项；实用新型专利 项；  （5）神经外科相关著作：主编 部；副主编 部；参编 部；  （※提供相关证明） | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | |