**广东省腹膜透析专科护士**

**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 | | |  | |
| 肾脏内科 □无 □有 床位数 张 | | | | | | | | | | |
| **肾脏内科床位数及床护比**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 开放病床（张） | | 护士（人） | | | 床护比 | | | PD专科护士 | |
| 2018年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2019年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2020年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **肾脏内科业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 膜透析置管术（年/例） | | 腹膜透析随访患者例数 | | | 腹膜透析患者随访人次 | | | 腹膜透析患者腹膜炎发生例次 | |
| 2018年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2019年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2020年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **二、专科设备及场所** | | | | | | | | | | |
| **肾脏内科专科及教育场所:** □无 □有  总面积 平方米  用途：□可用于肾病患者教育 □可用于腹膜透析患者教育 | | | | | | | | | | |
| **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  **腹膜透析专科示范教学工具:** □ 无 □有 (※提供相片证明）  包括: □腹膜透析换液操作模具 □腹膜透析换药操作模具  □自动腹膜透析（APD）机 □食物模型 □操作示范教学视频  □生物电阻抗 □心理状态评估量表 □营养评估 | | | | | | | | | | |
| **技术应用及材料：**  □护理常规 □操作流程指引 □应急预案等 □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  **腹膜透析专业书籍：** □无 □有  **腹膜透析专业杂志：** □无 □有  包括：□护理期刊　　 □腹膜透析期刊 □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年以上腹膜透析专科工作经验 名；  本科学历、护师以上职称、5年以上腹膜透析专科工作经验 名；  研究生学历、3年以上腹膜透析专科工作经验的临床带教老师 名；  **腹膜透析相关专科护士：**  □无 □有 人数 人； 专科护士姓名：  培训方式：□中华护理学会培训 □广东省护理学会培训 □行业培训 (※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）  **腹膜透析专科护理质量指标提交情况：**□无提交 ☑有准确提交，不及时  □有及时、准确提交(※提供证书） | | | | | | | | | | |
| **近3年承担本科/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**  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  2020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** | | | | | | | | | | |
| **腹膜透析教育管理团队**：□无  □有 □医生 人 □腹膜透析专科护士 人  □腹膜透析相关专科护士 人  (※提供团队人员名单及简介和相关证书） | | | | | | | | | | |
| **系统的腹膜透析教育培训：**  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：□每月 次 | | | | | | | | | | |
| **有配套的培训教程：**  患者培训教育文字资料：□无 □有  患者培训教育模具：□无 □有  患者培训教育视频：□无 □有  教育培训开展频率：□每月 次 | | | | | | | | | | |
| **有完整的教育培训实施记录和持续质量改进实施记录：**□无 □有 | | | | | | | | | | |
| **建立完整腹透病历档案：**  每位患者有随访记录：□无 □有  实验室检查及辅助检查记录：□无 □有  腹膜平衡试验及充分性评估记录、并发症、转归记录：□无 □有  腹透患者营养及心理评估：□无 □有  培训、再培训考核记录：□无 □有 | | | | | | | | | | |
| **建立腹透患者质量控制数据：**  完整随访登记系统：□无 □有  每年均有完整质控数据：□无 □有  □随访患者腹膜炎发生率 □导管出口感染率 □生存率 □技术生存率  □腹透患者在院期间腹膜炎发生率  关于腹膜炎发生控制等持续质量改进实施记录：□无 □有 | | | | | | | | | | |
| **建立腹透病房及腹透随访质量管理体系：**  制定各项规章制度：□无 □有  医院感控及消毒隔离制度：□无 □有  医院感染监测报告制度：□无 □有  病房及腹透随访护理人员岗位职责：□无 □有  □腹膜透析置管术技术规范及操作规程 □腹膜炎处理技术规范及操作规程  □外接短管换管术技术规范及操作规程 □透析充分性等相关诊疗技术规范及操作规程 | | | | | | | | | | |
| **腹膜透析专科护理小组**：  □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）  **腹膜透析专科护理门诊**：  □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  **腹膜透析疑难病例会诊：**  院外会诊：□无 □有  院内会诊：□无 □有  会诊病例： 例次/年  **腹膜透析专科培训基地：**□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）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 | | | | | | | | | | |