**附件1**

**广东省血液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 | | 🞎二甲 | | | | 🞎其他 | | | |  | | |
| **血液透析小组**  🞎无 🞎有 **血液透析门诊** 🞎无 🞎有 | | | | | | | | | | | | | |
| **临床血液透析治疗数据**（※提供近三年数据证明） | | | | | | | | | | | | | |
| 年 度 | HD治疗工作量/年 | | HF治疗工作量/年 | | | HDF治疗工作量/年 | | CRRT治疗工作量/年 | | | | | 总工作量/年 |
| 2019年 |  | |  | | |  | |  | | | | |  |
| 2020年 |  | |  | | |  | |  | | | | |  |
| 2021年 |  | |  | | |  | |  | | | | |  |
| **血管通路使用情况**（※提供近一年数据证明） | | | | | | | | | | | | | |
| AVF：（占 % ）  AVG：（占 % ）  CVC: （占 % ）  动脉直穿：（占 % ） | | | | | | | | | | | | | |
| **血液透析相关并发症发生情况：**（※提供近一年数据证明） | | | | | | | | | | | | | |
| 透中低血压（占 % ）、透中低血糖（占 % ）、内瘘堵塞（占 % ）、内瘘感染（占 % ）、导管感染（占 % ）、内瘘渗血（占 % ）、脱针（占 % ）、 其它（ ） | | | | | | | | | | | | | |
| **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： 🞎用于血液透析专科护士技能训练  **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 | | | | | | | | | | | | | |
| **血液透析专科设备:** □无 □有  包括: 🞎水处理系统 🞎中心供液系统设备 🞎血管显像仪  🞎影像设备 🞎内瘘超声仪器 🞎其他  （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** | | | | | | | | | | | | | |
| **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）  **血液透析专科护士：**🞎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年以上血液透析专科工作经验： 名；  本科学历、护师以上职称、5年以上血液透析专科工作经验： 名；  研究生学历、护师以上职称、3年以上血液透析专科工作经验： 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 | 成立血液透析治疗专科护理小组，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 | 具有规范统一的血液透析相关操作流程及评分标准及并发症处理流程。 |  |  | | 5 | 各类血液透析相关工具，应用合理。 |  |  | | 6 | 定期组织护理疑难病例讨论 |  |  | | 7 | 建立并落实血液透析专科护士培训方案。实施血液透析专业护士核心能力培训、有培训效果的追踪和评价机制。定期举办血液透析输液治疗护理知识培训课程及考核。 |  |  | | 8 | 建立血液透析护理质量数据库，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） | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | | | | |