**附件1**

**广东省护理信息专科护士**

**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 | | |  | |
| 床位数 张 | | | | | | | | | | |
| **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 |  | |  | | |  | | |  | |
| **二、信息设备** | | | | | | | | | | |
| **临床护理信息化管理系统：共有 个系统**  □护理管理系统  □护士工作站（含护理病历及医嘱处理系统）  □移动护理PDA  □移动护理车  □护理人员培训管理系统  □临床路径或护理计划系统  □护理人力资源管理系统  □急诊管理系统  □重症监护系统  □早期预警系统（MEWS）  □预约系统  □护理绩效考核及分配系统  □手术麻醉系统  □输血系统  □闭环质控系统  □护士业务技术档案管理系统  □护士进修及实习生管理系统  □护理质量指标自动采集系统  □耗材信息化管理系统  □消毒灭菌供应追溯系统  □其他系统  **患者服务相关系统：共有 个系统**  □线下自助系统  □排队叫号系统  □手机APP或微信公众号，名称是  □随访管理系统  □延续性护理系统  □其他系统  **人工智能设备：共有 种**  □智慧病房，共有 **个**  □机器人导诊  □机器人配药  □机器人输送各种用药及医疗用品  □智能体温检测  □智能隔离椅  □其他系统  **其他信息相关设备：** | | | | | | | | | | |
| **四、师资及教学力量** | | | | | | | | | | |
| **医院是否有专科护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）  **医院是否有教育护士：**□无 □有 人数 人；  培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）  **医院是否有信息管理小组：**□无 □有  **医院是否有信息联络护士：**□无 □有 人数 人  **学会任职情况：** □无 □有  □国家级 人数 人 ；  □省级 人数 人 ；  □市级 人数 人 ；  □区级 人数 人 ；  (※提供证书） | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | |