**附件1**

**广东省中医围手术期专科护士**

**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 |  |
| 外科 □无 □有 床位数 余张  |
| **专科床位数及床护比**（※提供证明） |
| 年度 | 编制病床（张） | 开放病床（张） | 护士（人） | 床护比 |
| 2021年 |   |  |  |  |
|  2022年 |   |  |  |  |
|  2023年 |  |  |  |  |
| **专科业务量**（※提供证明） |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | 出院病人（人次/年） |
| 全院 | 外科 | 全院 | 外科 |
| 2021年 |  |  |  |  |
|  2022年 |  |  |  |  |
|  2023年 |  |  |  |  |
|  |
| 1. **专科中医护理规模专科2023年开展中医适宜技术（按照开展数顺序罗列前3种中医适宜技术）**：
 |
| 年度 | 住院收治数量（人次/年） | 中医技术开展项目数（项/年） | 中医护理技术数量（人次/年） |
| 2021年 |  |  |  |
|  2022年 |  |  |  |
|  2023年 |  |  |  |
| **三、专科设备及场所** |
| **中医围手术期教育场所:** □无□有  总面积平方米： 平方米用途：□可用于外科患者教育或其它  |
| **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**中医围手术期专科示范教学工具:** □ 无 □有 (※提供相片证明）包括: □灸法用具 □罐法器具 □针刺法用具 □刮痧用具 □外科常见抢救流程及仪器 □外科相关操作/教学模型（至少一个） □其他中医类操作器具： |
| **技术应用及材料：** □护理常规 □操作流程指引 □应急预案等 □护理指南 □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 **中医护理专业书籍：** □无 □有**中医护理专业杂志：** □无 □有 种类 （种）　　其他： |
| **四、师资及教学力量** |
| **师资力量：****中医围手术期相关专科护士：**□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） |
| **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： 进修带教计划及考核：□无 □有　　 |
| **申请并完成继续教育项目**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2023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） |
| **五、专科建设** |
| **中医围手术期教育管理团队**：□无 □有 □医生 人 □重症专科护士 人□中医护理相关专科护士人 □外科相关专科护士 人(※提供团队人员名单及简介和相关证书） |
| **系统的外科专科教育培训：** 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： |
| **中医围手术期专科护理小组** □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）**中医围手术期专科护理门诊**： □无 □有； 年开始 开放时间： ； 出诊人员： 人； 资质： 门诊病人数： 次/周 会诊人员： 人； 资质：会诊制度：□无 □有 院外会诊：□无 □有 院内会诊：□无 □有 会诊病例：例次/年**中医围手术期专科培训基地：**□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） |
| **六、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： |
| **七、申请单位意见：**负责人： （ 公 章 ） 年 月 日  |
| **八、评价专家组意见**组长签名：年 月 日 |
| **九、广东省护理学会意见：** （ 公 章 ） 年 月 日 |