**广东省临床研究专科护士**

**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“√”）**（※提供证明材料） |
| 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 |  |
| **基本条件**（※提供证明材料）近3年来开展临床药物试验（含在研）项目\_\_\_\_\_项临床试验专用病床或日间病房床位数\_\_\_\_\_张定岗专职临床研究护士人数\_\_\_\_\_人 |
| **二、专科设备及场所（在符合的项目框内打“√”）**（※提供相片证明） |
| **临床研究教育场所：** □无 □有 总面积 平方米 **临床试验专项用房：** □谈话间 □实验室 □GCP药房 |
| **多媒体教学设备:** □无 □有 示范用教学工具：□肠内营养泵 □心电监护 □输液泵 □注射泵  □操作示范教学视频 □其他\_\_\_\_\_\_\_ **医院图书馆：** □无 □有**数字图书馆：** □无  □有 检索国内外文献 □可 □否  |
| **三、师资及教学力量** |
| **师资力量：**（※提供证书）专岗专职学科护理带头人□无 □有护理带头人在省级以上临床研究或临床试验专业委员会学会任职□无□有 □主委 □副主委 □常委 □委员带教师资：（※提供证明）具有医学院校护理实习生、进修生等教学工作经验8年或以上且本科学历、主管护师以上职称、8年以上临床护理研究工作经验 名；研究生学历、护师以上职称、5年以上临床护理研究工作经验 名； |
| **教学能力：**（※提供证明）近5年来科室承担本科/专科实习护士授课任务□无 □有近5年来科室接收下级单位进修护士培训任务□无 □有 进修带教计划及考核：□无 □有　　 |
| **近5年申报并完成继续教育项目：**（※提供办班证明或相片）继教项目□国家级 项 □省级 项 □市级 项 学术交流会 □国家级 项 □省级 项 □市级 项 |
| **四、专科建设** |
| **临床研究多学科管理团队**： (※提供团队人员名单及简介和相关证书）□无 □有 □临床研究医师 \_\_\_\_\_ 人 □临床研究药师 人 □临床研究统计师 人  |
| **临床研究教育及培训计划：**(※提供近3年教育培训工作计划、教程及实施记录）系统的培训计划：□无 □有 □大讲堂教育计划 □病区患者教育计划 □护士培训计划 配套的培训教程：□无 □有 □患者教育文字资料 □患者教育模具 □患者教育视频教育培训开展频率：□每季度 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 |
| **临床试验患者质量质控与持续改进：**(※提供相关纸质版或电子版文件）**建立完整临床试验质控档案：**有早期、中期、归档前全流程质控记录：□无 □有每位患者有完整病历记录：□无 □有试验药物/器械储存、使用、回收等符合管理规范并有相关记录：□无 □有**监测近5年质量指标数据、持续改进：**资料保存完整率 □无 □有 知情同意书的问题发生率 □无 □有方案违背的问题发生率 □无 □有 受试者随访完成率 □无 □有受试者随访脱落率 □无 □有 药物管理问题发生率 □无 □有 持续质量改进实施记录 □无 □有**制定规范的工作指引：**各级护理人员岗位职责 □无 □有 专科护理常规及健康教育 □无 □有各项诊疗技术规范及操作流程 □无 □有 应急预案 □无 □有 |
| **临床试验专科护理小组及培训基地**：（※提供相关文件、小组计划、活动相片） □无 □有；  年度计划：□无 □有  工作目标：□无 □有  开展活动：□无 □有 □其他□临床试验疑难病例会诊，包含 院外会诊：□无 □有\_\_\_\_\_\_例院内会诊：□无 □有\_\_\_\_\_\_例 临床试验专科病房或日间病房 □无 □有 |
| **科研能力：**（※提供相关证明） 近5年来发表的： SCI\_ 篇；核心期刊 篇；其他\_\_\_\_\_\_篇 近5年获得的基金资助: 院校级 项；市级 项；省级 项； 国家级 项近5年获得的科研成果: 院校级 项；市级 项；省级 项； 国家级 项近5年获得的专利: 项临床试验相关著作:主编\_\_\_\_\_篇；参编\_\_\_\_\_篇 |
| **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 |