**附件一：**

**广东省减重代谢外科个案管理专科护士**

**临床实践培训基地**

**申请书**

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 | | | |  | |
| 医院病房床护比达到1:0.4 □是□否编制床位数 张  减重代谢外科床位使用率90%以上 □是□否 | | | | | | | | | | | | |
| 减重代谢外科及相关专科：减重代谢外科（或胃肠科） □无口有床位数共 张  肺功能室 □无口有  消化内科 □无口有  中医康复科 □无口有  临床营养科 □无口有  内镜中心 □无口有  手术室 □无口有 | | | | | | | | | | | | |
| 减重代谢外科（或胃肠外科）：口是□不是国家级/省级临床重点专科  相关专科：口是□不是国家级/省级临床重点专科，如：科 | | | | | | | | | | | | |
| **减重代谢外科(或胃肠外科)业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | | |
| 全院 | | 减重代谢外科 | | | | 全院 | | | 减重代谢外科 | | |
| 2022年 |  | |  | | | |  | | |  | | |
| 2023年 |  | |  | | | |  | | |  | | |
| 2024年 |  | |  | | | |  | | |  | | |
| **减重代谢外科(或胃肠外科)2024年收治病种（按照顺序罗列前6种疾病）**： | | | | | | | | | | | | |
| **二、专科设备及场所** | | | | | | | | | | | | |
| **教育场所:** □无□有  总面积平方米  用途：□专用于减重代谢疾病患者教育 □可用于减重代谢疾病患者教育或其它 | | | | | | | | | | | | |
| **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  **减重代谢外科(或胃肠外科)示范用专科教学工具等:** □无 □有  包括: □人体成分分析仪 □光子治疗仪 □负压引流装置 □无创呼吸  机 □睡眠监测仪 □气压泵 □超声理疗仪 □脉冲治疗仪 □床上单车 □专用减重床  □专用减重轮椅 □专用减重患者血压计袖带 □专用减重病服 □肠内营养泵 □握力计  □皮褶计 □生物反馈治疗仪 □减重随访系统/数据表 □其他  （※提供相片证明） | | | | | | | | | | | | |
| **减重代谢疾病筛查设备：**□无 □有  包括： □胃肠道内窥镜 □呼吸睡眠监测仪 □肺功能监测 □CT和MR机□病理检测设备 □其他  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | | | |
| **图书馆：** □无 □有  **数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否  **减重代谢外科(或胃肠外科)专业藏书：**□无 □有  **专业杂志：** □无 □有  种类 （种）　　其他： | | | | | | | | | | | | |
| **三、师资及教学力量** | | | | | | | | | | | | |
| **医院人才配备：**  本科及以上学历护士占护士总数％；  主管护师及以上护士总数人；  副主任护师及以上护士总数人； | | | | | | | | | | | | |
| **基地临床带教老师（有3年或以上临床教学经验）：**  胃肠外科（普外科）护理教学核心团队成员人数人；  其中，本科及以上学历人；专科护士人数人；  主管护师人数人；副主任护师及以上人；  **减重代谢外科(或胃肠外科)相关专科护士：**  高级外科专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  康复专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  营养专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  造口伤口专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  造口治疗师：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  伤口治疗师：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  疼痛专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  科研专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  专科护士：口无 口有人数人；培训方式：口部级口省级口行业培训口其他  (※提供证明）  **学会任职：**口无  口有人数人；其中主委：人；副主委：人；常委：人；  口国家级 口省级 口市级 口区级 | | | | | | | | | | | | |
| (※提供证明） | | | | | | | | | | | | |
| 基地具有医学院校课堂或省级以上继续医学教育项目教学经验的授课老师人；  基地有5年及以上临床护理进修带教经验的指导老师人；  近3年承担本科/专科护生教学任务: □无 □有：每年平均人；  近3年接收进修护士/减重代谢外科相关专科护士：□无□有：每年平均人；医院级别 ；  带教计划及考核：□无 □有  (※提供近3年培训和培养进修/专科护士证明） | | | | | | | | | | | | |
| **申请并完成继续教育项目**  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  2024年继教编号 培训人数□国家级 □省级 □市级 □区级  **主办学术论文交流会**  2022年项目名称参会人数□国家级 □省级 □市级 □区级  2023年项目名称参会人数□国家级 □省级 □市级 □区级  2024年项目名称参会人数□国家级 □省级 □市级 □区级  (※提供办班证明或相片） | | | | | | | | | | | | |
| **四、专科建设** | | | | | | | | | | | | |
| **1.减重代谢外科管理团队**： □无  □有 □专科医生 人 □营养师 人  □心理咨询师 人 □康复师 人  □健康管理师 人 □其他 人  专职个案管理专科护士：□无 □有 人数 人  培训方式：口部级 口省级 口行业培训 口其他  (※提供团队人员名单及简介和相关证书） | | | | | | | | | | | | |
| **2.系统的减重代谢疾病教育管理项目**  项目计划：□无 □有（名称：）  （※提供项目针对性的目标人群、项目目标、项目实施的具体时间表、人员分工、资源/预算安排及具体程序或步骤；项目的评估方法和指标等等记录）  教育管理项目支持教程：□无 □有  教育管理项目开展频率：  (※提供2023年、2024年教育管理项目计划及实施工作的记录、议程、患者签到表、教程、评估表、照片等) | | | | | | | | | | | | |
| **3.减重代谢疾病及相关专科护理门诊/会诊**：□无 □有  （1）专科门诊名称：；自年开始；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：；会诊病人数：例次/年；  会诊制度：□无 □有； 院外会诊：□无 □有； 院内会诊：□无 □有；  （2）专科门诊名称：；自年开始；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：；会诊病人数：例次/年；  会诊制度：□无 □有； 院外会诊：□无 □有； 院内会诊：□无 □有；  （3）专科门诊名称：；自年开始；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：；会诊病人数：例次/年；  会诊制度：□无 □有； 院外会诊：□无 □有； 院内会诊：□无 □有；  (※分别附2例典型案例) | | | | | | | | | | | | |
| 1. **相关专科培训基地：**□无 □有 2. 专科护士培训基地名称：口部级 口省级 市级口其他 3. 专科护士培训基地名称：口部级 口省级 市级口其他 4. 专科护士培训基地名称：口部级 口省级 市级口其他   (※提供证明) | | | | | | | | | | | | |
| **5.减重代谢疾病的中医技术应用：**  □无 □有  项目： □5项以上 □ 2-5项 □2项以下 | | | | | | | | | | | | |
| **6.科研能力**  **（1）近3年来发表的学术论文：**篇；  SCI收录篇；核心期刊 篇；其它篇；  **（2）近3年获得的立项课题：**项；基金资助：元；  国家级：项； 省级：项； 市级：项；院校级：项；  **（3）近3年获科研成果：**项；  国家级：项； 省级：项； 市级：项；院校级：项；  **（4）近3年获得的专利：**项  **（5）减重代谢疾病相关著作:**主编： 部；副主编： 部；参编： 部；  （※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 | |  | | | | | | | | | | |
| Email |  | | | | | 联系电话 | |  | | | | |
| （一）近五年学术团体、专业杂志任职情况： | | | | | | | | | | | | |
| （二）教学及科研学术工作（近五年承担教学任务、项目、获奖成果、专利、发表论著等）： | | | | | | | | | | | | |
| （三）近五年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 | | | | | | | | | | | | |