**附件1**

**广东省区域热循环灌注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 | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 相关专科及床位 | | | | | | | 亚专科病房： | 胃肠外科（普外科） | □是 | □不是 | 国家级/省级重点专科 | 床位数共 张 | | 亚专科病房： | 胸外科 | □是 | □不是 | 国家级/省级重点专科 | 床位数共 张 | | 亚专科病房： | 泌尿外科 | □是 | □不是 | 国家级/省级重点专科 | 床位数共 张 | | 亚专科病房： | 妇 科 | □是 | □不是 | 国家级/省级重点专科 | 床位数共 张 | | | | | | | | | | | | | |
| 相关专科：□是 □不是国家级/省级临床重点专科，如： 科 | | | | | | | | | | | | |
| **相关专科业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | | |
| 全院 | | 相关专科 | | | | 全院 | | | 相关专科 | | |
| 2021年 |  | |  | | | |  | | |  | | |
| 2022年 |  | |  | | | |  | | |  | | |
| 2023年 |  | |  | | | |  | | |  | | |
| **相关专科外科(或普外科)2023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：□专用于疾病健康教育 □可用于区域热循环灌注的场所 | | | | | | | | | | | | |
| **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  **相关专科示范教学工具等:** □无 □有  包括: □体腔热灌注机及组件 □PCI评分示意图  □负压引流装置 □造口护理用品 □伤口敷料  □气压泵 □超声理疗仪 □调频脉冲治疗仪 □床上单车  □肠内营养泵 □握力计 □皮褶计 □人体成分分析仪  □生物反馈治疗仪 □其他  （※提供相片证明） | | | | | | | | | | | | |
| **相关检测设备：**□ 无 □ 有   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 包括： | □血管内超声波诊断仪 | □彩色多普勒超声诊断仪 | |  | □CT机 | □MR机 | |  | □PET-CT机 | □其他： | |  |  | |   (※提供证明：相关检测报告） | | | | | | | | | | | | |
| **图书馆：** □无 □有  **数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否  **胃肠道专业藏书：**□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：**  **人才配备：**  科室本科及以上学历护士占护士总数 %；  科室研究生及以上学历护士总数 人；  科室主管护师及以上护士总数 人；  科室副主任护师及以上护士总数 人； | | | | | | | | | | | | |
| **基地临床带教老师：**  相关专科护理教学**核心团队成员**人数 人，其中：  研究生及以上学历 人，本科学历 人；  主管护师人数 人；副主任护师及以上 人；  专科护士人数 人  **相关专科护士：**  □无 □有 人数 人；  获得专科护士的培训方式：□部培训 □省培训 □行业培训 □其他  **其他专科护士：**  □无 □有 人数 人。  (※提供证明）  **学会任职：**  □无  □有 □国家级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  □省级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  □市级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  □区级 人数 人；其中主委 人，副主委 人，常委 人；  (※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） | | | | | | | | | | | | |
| **承担本科/专科护生/研修生授课任务:**  □无 □有  **接收其他医院研修护士：** □无 □有； 人数； 医院级别 ；  研修带教计划及考核：□无 □有  (※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**  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 | | | | | | | | | | | | |
| **四、专科建设** | | | | | | | | | | | | |
| **1.相关专科基地培训：**□无 □有  （1）专科护士培训基地名称： □部级 □省级 □市级 □其他  （2）专科护士培训基地名称： □部级 □省级 □市级 □其他  （3）专科护士培训基地名称： □部级 □省级 □市级 □其他  (※提供证明） | | | | | | | | | | | | |
| **2.业务水平：**  **（1）2023年相关专科收治病种和例数（按顺序罗列至少10种疾病，范围详见《遴选评审通知》）**：  ① ，2023年收治例数 ；② ，2023年收治例数 ；  ③ ，2023年收治例数 ；④ ，2023年收治例数 ；  ⑤ ，2023年收治例数 ；⑥ ，2023年收治例数 ；  ⑦ ，2023年收治例数 ；⑧ ，2023年收治例数 ；  ⑨ ，2023年收治例数 ；⑩ ，2023年收治例数 。 | | | | | | | | | | | | |
| **（2）2023年对应专科相关疾病的手术例数及区域热循环开展例次：**(※提供证明)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **对应专科** |  |  |  |  | | 胃肠外科 | 手术例数： | **例** | HIPEC | **例** | | 胸外科 | 手术例数： | **例** | HIPEC | **例** | | 泌尿外科 | 手术例数： | **例** | HIPEC | **例** | | 妇科 | 手术例数： | **例** | HIPEC | **例** | | XX 专科 | 手术例数： | **例** | HIPEC | **例** | | XX 专科 | 手术例数： | **例** | HIPEC | **例** | | | | | | | | | | | | | |
| **（3）2023年相关专科护理疑难病例会诊**  □无 □ 有； □院内会诊： 例 □院外会诊： 例  (※提供证明) | | | | | | | | | | | | |
| **3.相关专科科研能力**  （1）近3年来发表的护理学术论文： 篇：  其中SCI收录 篇；核心期刊 篇；其他 篇。  （2）近3年获得的护理立项课题: 项；基金资助： 万元：  其中国家级 项；省级 项；市级 项；院校级 项。  （3）近3年获得的科研成果: 项：  其中国家级 项；省级 项；市级 项；院校级 项。  （4）近3年获得的专利: 项：  其中发明专利 项；实用新型专利 项；外观专利 项。   1. 对应专科护理相关著作： 部：   其中主编 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 | | | | | | | | | | | | |