**附件一**

**广东省心理专科护士**

**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 | □其他 |  |
| 医院级别 | □三甲 | □三乙 | □其他 |  |
| 精神（心理科） □无 □有  |
| **精神（心理）科业务量** |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | 出院病人（人次/年） |
| 2022年 |  |  |
| 2023年 |  |  |
| 2024年 |  |  |
| **二、专科设备及场所** |
| **教育场所：** □无 □有□专用 □不专用 教育场所面积 平方米**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**精神心理相关检测：**口认知功能成套测试 口智力测试 口人格测试 口睡眠测试口焦虑、抑郁测试 口症状自评测试口生活事件测试 口应对方式测试口其他： ；  |
| **图书馆：** □无 □有**数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否 **专业藏书：** □无 □有其他：  |
| **三、师资及教学力量** |
| **人才配备：**相关专科本科及以上学历护士占护士总数 %；相关专科研究生及以上学历护士总数 人；相关专科科室主管护师及以上护士总数 人；相关专科副主任护师及以上护士总数 人；**基地临床带教老师：**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**精神心理相关专科护士：**□无 □有 人数 人； **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；  |
| **承担本科/专科护生授课任务:**  □无 □有 **接收下级医院进修护士：** □无 □有； 人数； 医院级别 ； 进修带教计划及考核：□无 □有 |
| **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 |
| **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 |
| **2.业务水平****（1）2024年心理干预相关病种和例数（包括个体、团体）**： ，2022年心理干预例数 ； ，2022年心理干预例数 ； ，2022年心理干预例数 ； ，2022年心理干预例数 ； ，2022年心理干预例数 ； ，2022年心理干预例数 ；**（3）心理护理疑难病例会诊** □无 □ 有； □院内会诊 □院外会诊**（4）心理护理相关辅助科室** □心理科 □精神科 □其他 **（5）2024年开展心理护理相关技术种类及例数** ①团体干预护理，例数： ；②个体咨询，例数： ；③叙事护理，例数： ；④绘画治疗：例数： ；⑤沙盘治疗，例数： ；⑥音乐治疗，例数： ；⑦正念疗法，例数： ；⑧催眠疗法，例数： ；⑨其他1，例数： ；⑩其他2，例数： ； |
| **3.相关专科科研能力**（1）近5年来发表的学术论文： 篇；其中SCI收录 篇；核心期刊 篇；其他 篇；（2）近5年获得的立项课题: 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5年获得的专利: 项；其中发明专利 项；实用新型专利 项；（4）近5年出版的专著: 项； 主编 部；副主编 部；参编 部；（5）近5年获得奖励：  其中国家级 项；省级 项；市级 项；院校级 项  |
| **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 |   |
| 专业方向 |  | 本专业工作年限 |  |  |  |
| 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）科研成果（近五年的科研立项、获奖、发表论著、专利等）： |
| （三）承担教学工作的经历及成果： |
| **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 |