附件2

**广东省皮肤病专科护士**

**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/三级 | | □三乙/二级 | | | □其他 | | |  | |
| 皮肤科 □无 □有 床位数 张 | | | | | | | | | | |
| **皮肤科床位数及床护比**（※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 |  | |  | | |  | | |  | |
| **皮肤科业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | |
| 全院 | | 皮肤科 | | | 全院 | | | 皮肤科 | |
| 2021年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2022年 |  | |  | | |  | | |  | |
| 2023年 |  | |  | | |  | | |  | |
| **皮肤科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** | | | | | | | | | | |
| **皮肤病教育场所:** □无 □有  总面积 平方米  用途：□专用于皮肤病患者教育 □可用于皮肤病患者教育或其它 | | | | | | | | | | |
| **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  **皮肤病专科示范教学工具:** □ 无 □有  包括: □治疗仪器 □伤口敷料 □负压引流装置  □过敏源试验试剂 □检查仪器  □其他 　 (※提供相片证明） | | | | | | | | | | |
| **皮肤病筛查设备：**□无 □有  包括： □皮肤镜 □伍德灯 □食物不耐受检测设备  □病理检测设备 □皮肤三维CT □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  **皮肤病专业藏书：**□无 □有  **专业杂志：** □无 □有  包括：□护理期刊　　 □皮肤病期刊  种类 （种）　　其他： | | | | | | | | | | |
| **三、师资及教学力量** | | | | | | | | | | |
| **师资力量：**  大专学历、主管护师以上职称、8年以上皮肤科专科工作经验 名；  本科学历、护师以上职称、5年以上皮肤科专科工作经验 名；  研究生学历、3年以上皮肤科专科工作经验的临床带教老师 名；  **学会任职：** □无  □有 人数 人 ； 职务 ；  □国家级 □省级 □市级 □区级 (※提供证书） | | | | | | | | | | |
| **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  (※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  (※提供办班证明或相片） | | | | | | | | | | |
| **四、专科建设** | | | | | | | | | | |
| **皮肤病教育与管理团队**： □无  □有 □医生 人 □营养师 人  □心理咨询师 人 □其他 人    (※提供团队人员名单及简介和相关证书） | | | | | | | | | | |
| **系统的皮肤病教育培训：**  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：  (※提供2022年、2023年教育培训工作计划、教程及实施记录（包括议程、患者签到表、照片等）） | | | | | | | | | | |
| **系统的皮肤病教育管理项目**  项目计划：□无 □有  （※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2022年、2023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)。 | | | | | | | | | | |
| **皮肤病专科护理小组**：  □无 □有； （※提供相关文件）  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）  **皮肤病专科护理门诊**：  □无 □有； 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：  **会诊制度**：  □无 □有  院外会诊：□无 □有  院内会诊：□无 □有  会诊病例： 例次/年 | | | | | | | | | | |
| **皮肤科的中医技术应用：**  □无 □有  项目： □5项以上 □ 2-5项 □2项以下 | | | | | | | | | | |
| **科研能力**  **近3年来发表的学术论文**  SCI收录 篇；核心期刊 篇；其它 篇；  **近3年获得的立项课题**  国家级： 项； 省级： 项； 市级： 项；  基金资助： 元；  **近3年获科研成果**  国家级： 项； 省级： 项； 市级： 项；  **近3年获得的专利** 项  **皮肤病相关著作** 主编： 部；参编： 部；  （※提供相关证明材料） | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | |