**附件1**

**广东省脆性骨折专科护士**

**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 | | □教学医院 | | | | | | □其他 | | |
| 医院级别 | □三甲 | | | □三乙 | | □其他 | | | | | |  | | |
| 参与科室 | □骨科 □创伤外科 □关节外科 □脊柱外科 □其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 专科级别 | □国家重点 □省重点 口市重点 □其他 | | | | | | | | | | | | | |
| **科室床位数及床护比**（※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 | | |  | | |  | | |  | | | |  | |
| **业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | | | 出院病人（人次/年） | | | | | | | | | | | |
| 全院 | | | | 骨科 | | | | | | | |
| 2021年 | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 2022年 | | |  | | | |  | | | | | | | |
| 2023年 | | |  | | | |  | | | | | | | |
| **二、专科设备及场所** | | | | | | | | | | | | | | |
| **教育场所:** □无 □有 面积 平方米  用途：□专用于专科教学 □可用于患者健康教育或其它  **更衣柜/物品存放柜**：□无 □有 | | | | | | | | | | | | | | |
| **多媒体教学设备:** □无  □有 （□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）  **教学/示范设备或器具:** □无  □操作/教学用具、模型（至少一个）  □其他    (※提供相片证明) | | | | | | | | | | | | | | |
| **专科流程指引：**□无  □有 （□护理常规 □ 操作流程指引 □应急预案等  □护理指南 □持续护理质量 □其他　　　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| **图书馆：** □无 □有  **数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否  **骨科专业书籍：** □无 □有  **脆性骨折专业杂志：** □无 □有（□护理期刊　 □专科期刊 种类 （种）  □其他： | | | | | | | | | | | | | | |
| **三、师资及教学力量** | | | | | | | | | | | | | | |
| **师资力量：**  研究生导师：□无 □有（ 名）  学历：研究生 名 本科 名  职称：高级 名 中级 名  骨科护理相关专科护士 □无 □有 名；(※提供证书)  （ 专科护士，培训方式：□国家级 □省级 □行业培训 □其他 ）  （ 专科护士，培训方式：□国家级 □省级 □行业培训 □其他 ）  （ 专科护士，培训方式：□国家级 □省级 □行业培训 □其他 ）  （ 专科护士，培训方式：□国家级 □省级 □行业培训 □其他 ）  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 名；  基地有5年及以上进修护士带教经验的指导老师 名；  **骨科护理相关学术任职：**  □无  □有 人数 人；其中主委： 人；副主委： 人；常委： 人；  □国家级 □省级 □市级 □区级    (※提供资质证书) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **近3年承担本科/专科护生教学任务:**  □无 □有：每年平均 人；  **近3年接收下级医院进修护士：** □无 □有： 每年平均 人； 医院级别 ；  进修带教计划及考核：□无 □有  **近3年接收骨科相关专科护士**□无 □有： 每年平均 人； 医院级别 ；进修带教计划及考核：□无 □有  **近3年获奖教学/带教相关奖励** □无 □有（奖项数 ，获奖级别 ）  (※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  (※提供办班文件或相片） | | | | | | | | | | | | | | |
| **四、专科建设** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.骨科相关专科培训地：**  □无 □有（总数 个；□国家级 个 □省级 个 □市级 个 ）  （1）专科基地名称：  （2）专科基地名称：  （3）专科基地名称：  **2.专科科研能力**  **（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： 万元；  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  发明专利：项 实用新型专利：项  **（5）骨科专科相关著作:**主编： 部；副主编： 部；参编： 部；  (※提供团队人员名单及简介和相关证书) | | | | | | | | | | | | | | |
| **骨科护理教育及科普：**  健康教育计划：□无 □有 (开展频率： 次/年；□教育讲座计划  □病区患教计划 □小组教育计划 □其他 )  健康科普材料：□无 □有    (※提供2021年、2022年教育培训工作计划及实施记录（包括议程、患者签到表、照片等）) | | | | | | | | | | | | | | |
| **骨科护理小组**：  □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） | | | | | | | | | | | | | | |
| **骨科相关专科护理会诊制度**：  □无 □有  院外会诊：□无 □有：会诊病例： 例次/年  院内会诊：□无 □有：会诊病例： 例次/年  会诊人员： 人； 资质：  （※提供相关证明材料） | | | | | | | | | | | | | | |
| **五、培训基地负责人情况** | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |