**附件一：**

**广东省加速康复外科护理专科护士临床实践培训基地**

**申 请 书**

申请专业 ：

申请日期 ：（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 | | | | |  | | |
| 加速康复外科病房设置 □有 □无 床位数 张 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICU病房 □有 □无 床位数 张 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参与科室： □胃肠外科 □肝胆外科 □普外科 □妇科 □胸外科  □泌尿外科 □骨科 □麻醉科 □营养科 □康复科 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **参与加速康复外科病房床位数及床护比**（※提供证明） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 编制病床（张） | | | 开放病床（张） | | | | | 护士（人） | | | | | 床护比 | |
| 2020年 |  | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 2021年 |  | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 2022年 |  | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| **参与加速康复外科病房的业务量**（※提供证明） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度 | 门诊量（人次/年） | | | | | | | 出院病人（人次/年） | | | | | | | |
| 全院 | | 参与科室 | | | | | 全院 | | | | 参与科室 | | | |
| 2020年 |  | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 2021年 |  | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 2022年 |  | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| **参与加速康复外科病房2022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：□专用于加速康复外科病房患者教育或其它 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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  **专科仪器或设备:** □无 □有  包括: □心电监护仪 □输液泵 □ 注射泵 □气压泵  □肠内营养泵 □床上脚踏车 □呼吸功能训练器  □造口护理产品 □离床活动辅助器  □握力计 □皮褶计 □人体成分分析仪  □其他  (※提供相片证明） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **技术应用及材料：**□无 □有  包括： □护理常规 □ 操作流程指引 □应急预案等  □护理指南 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **图书馆：** □无 □有  **数字图书馆：** □无 □有 检索国内外文献 □可 □否  **加速康复专业书籍：**□无 □有  **加速康复专业杂志：** □无 □有  包括：□护理期刊　　 □科期刊 □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、10年以上相关专科工作经验 名；  本科学历、护师以上职称、5年以上相关专科工作经验 名；  研究生学历（含在读）、3年以上相关专科工作经验的临床带教老师 名；  其中，本科及以上学历 人；  主管护师人数 人；  副主任护师及以上 人；  加速康复外科护理相关专科护士 □无 □有 人数 人；  培训方式：□医院培训 □省级培训 □行业培训 □其他 (※提供证书）  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； | | | | | | | | | | | | | | | |
| **承担本科/专科护生教学任务:**  □无 □有：每年平均 人；  **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  (※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**  2019年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级  2020年继教编号 培训人数 □国家级 □省级 □市级 □区级  2021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** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **加速康复外科护理教育与管理团队**： □无  □有 □医生 人 □营养师 人  □心理咨询师 人 □康复师 人  □专科护士 人 □其他 人    (※提供团队人员名单及简介和相关证书） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **系统的加速康复外科护理教育培训：**  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2020年、2021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）） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **加速康复外科专科护理小组**：  □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）  **加速康复外科护理相关专科护理门诊**：  □无 □有： 专科护理门诊  自 年开始 开放时间： 次/周  出诊人员： 人； 资质：  **加速康复外科护理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） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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    （※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 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |