**北京大学医学部  
专科医师规范化培训登记和考核手册**

**（耳鼻咽喉科）**

**姓 名:**

**性 别:**

**手 机:**

**EMAIL :**

**培训医院:**

**培训时间: 年 月至 年 月**

**北京大学医学部毕业后医学教育工作委员会**

**北京大学医学部继续教育处印制**

**填写说明**

1. 专科医师按照《北京大学医学部专科医师规范化培训细则》中本专科要求进行轮转和考核，如实、认真、及时填写各类登记表和汇总表；病例、手术和操作例数超出规定的可以自行加行填写。

2.完成每个科室轮转后应进行自我小结，并由相关专家进行考核评分，填写考核表。

3. 本手册由专科医师个人保存。参加结业考试前，将手册打印上缴各医院职能部门，作为培训完成情况和考试资格审查的重要依据。

**一、教育培训简历**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **教育经历** |  | **就读院校** | | **就读时间** | **专业** | **学位类别** |
| **本科** |  | |  |  |  |
| **硕士** |  | |  |  | **专业□ 科学□** |
| **博士** |  | |  |  | **专业□ 科学□** |
| **住院医师规范化培训基地** | | | | **培训时间** | **培训专业** | **结业时间** |
|  | | | |  |  |  |
| **医师资格证书编号** | | |  | | **执业类别** |  |
| **医师执业证书编号** | | |  | | **执业范围** |  |

**二、轮转科室和时间安排**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **轮转科室** | **应轮转时间（月）** | **实际轮转时间（月）** | **备注** |
| 耳科学 | 3 |  |  |
| 鼻科学 | 3 |  |  |
| 咽喉科学 | 3 |  |  |
| 头颈外科学 | 3 |  |  |
| 小儿耳鼻咽喉科学 | 3 |  |  |
| 专科门急诊 | 3 |  |  |
| 住院总医师 | 12 |  |  |
| 自选学科 | 6 |  |  |
| 脱产/科研 | 3 |  |  |
| 合计 | 36 |  |  |

\*注：1、要求在耳科学、鼻科学、咽喉科学、头颈外科学、小儿耳鼻咽喉科学5个亚专业任选4个进行轮转，并完成相应学科轮转要求。2、备选：北大医院、人民医院、北医三院三个医院轮转。3、自选学科为专业医师亚专科选定学科或者进行科研轮转，并完成相应学科轮转要求。4、自选学科与必选学科可以重复，如有重复，应双倍完成该学科轮转要求。

**三、专科医师培训轮转考勤登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轮转科室** | **时间**  **(月)** | **实际轮转情况（年/月/日）** | | **缺勤（天）** | | | **负责医师**  **签 字** |
| **开始** | **结束** | 病假 | 事假 | 缺勤 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 产假 天 （从 年 月 日至 年 月 日 ） | | | | | | | |

注：按实际轮转时间顺序填写轮转科室，用\*标明选转科室。

**四、耳科亚专科轮转表**

**1、管理病人汇总表（耳科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **疾病名称** | **要求例数** | **完成例数** | **备注** |
| 中耳炎 | 12 |  |  |
| 外耳、中耳肿瘤 | 3 |  |  |
| 人工听觉植入 | 2 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**2、管理病人登记表（耳科亚专科）**

| **疾病名称** | **例数** | **接诊日期** | **病例号** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3、手术操作汇总表（耳科亚专科）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **手术操作名称** | **要求** | | **完成例数** | **备注** |
| **术者** | **参加** |
| 乳突根治术（改良乳突根治术）+鼓室成形术 |  | 24 |  |  |
| 人工耳蜗植入术 |  | 5 |  |  |
| 耳前瘘管 | 3 |  |  |  |
| 鼓膜置管术 | 3 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | | |

**4、手术操作完成情况登记表（耳科亚专科）**

| **操作名称** | **例数** | **手术日期** | **病例号** | **完成情况** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **术者** | **一助** | **二助** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5、转 科 小 结**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 年 月至 年 月 | | |
| 亚专科 | **耳科亚专科** | | |
| 管理床位总数 | 张 | 收治病人数 | 人次 |
| 代理主治医师查房 | 次 | 组织/参与主任查房 | 次 |
| 组织/参与抢救病人 | 人次 | 组织/参与教学 | 次 |
| 个人总结 | | | |
| 主治医师对工作态度、工作能力、工作质量等的评价  签名： | | | |

**6、出科考核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轮转科室** |  | **轮转时间** | | **年 月 至 年 月** | |
| 一、培训时间 | 轮转科室 | 注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 出勤情况 | 全勤 □ 病假 天 事假 天 | | | 合格□不合格□ |
| 二、医德医风 | 廉洁行医 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | | 合格 □  （优、良为合格）  不合格 □  （中、差为不合格） |
| 服务态度 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 工作责任心 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医患沟通能力 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医疗差错、事故 | 无 □ 有 □ | | |
| 备注 |  | |
| 三、临床实践指标完成情况 | 1、病历质量 | 完成数量100%；无丙级病历 | | | 合格□不合格□ |
| 2、管理病种数 | 管理病种数应完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 3、管理病例数 | 管理病例数均应≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 4、技能操作 | 操作规范并能完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 5、手术基本操作 | 手术操作规范、完成例数≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 四、临床综合  能力 | 处理常见病人的能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | | 合 格 □  不合格 □ |
| 处理危重疑难病人能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 临床思维能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 五、参加各种形式学习（包括主任查房、病例讨论、业务学习、学术讲座等）： 次  合格 □ 不合格 □ | | | | | |
| 六、出科考试考核： 理论考试 通过□ 不通过□ 技能考核 通过□ 不通过□ | | | | | |
| 所在  培训科室考核小组意见 | 合 格 □ 不合格 □  科室负责人签字： 年 月 日 | | | | |

说明：1、休假：在轮转科室休假平均≥2天/月，为不合格。

2、医德医风中，要求如有1 项 “不合格”，视为该项不合格。

3、临床实践指标完成情况中有1项不合格，视为该项不合格。

4、临床综合能力3项中≥2项评价在 “较强”以上，无“差”方为合格；有1项“差”，不能通过。

5、考核6项内容，必须合格，如有1项不合格者，均不能通过培训过程考核。

**五、鼻科亚专科轮转表**

**1、管理病人汇总表（鼻科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **疾病名称** | **要求例数** | **完成例数** | **备注** |
| 鼻窦炎 | 20 |  |  |
| 鼻中隔偏曲 | 10 |  |  |
| 鼻腔鼻窦肿瘤 | 3 |  |  |
| 鼻、鼻窦外伤 | 1 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**2、管理病人登记表（鼻科亚专科）**

| **疾病名称** | **例数** | **接诊日期** | **病例号** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3、手术操作汇总表（鼻科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **手术操作名称** | **要求** | **完成例数** | **备注** |
| **术者/参加** |
| 鼻内镜下鼻窦开放及窦内病变去除术 | 30 |  |  |
| 鼻内镜下鼻中隔矫正术 | 10 |  |  |
| 鼻内镜下下鼻甲部分切除术 | 10 |  |  |
| 鼻内镜下鼻腔探查止血术 | 10 |  |  |
| 鼻腔鼻窦肿瘤切除术 | 5 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**4、手术操作完成情况登记表（鼻科亚专科）**

| **操作名称** | **例数** | **手术日期** | **病例号** | **完成情况** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **术者** | **一助** | **二助** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5、转 科 小 结**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 年 月至 年 月 | | |
| 亚专科 | **鼻科亚专科** | | |
| 管理床位总数 | 张 | 收治病人数 | 人次 |
| 代理主治医师查房 | 次 | 组织/参与主任查房 | 次 |
| 组织/参与抢救病人 | 人次 | 组织/参与教学 | 次 |
| 个人总结 | | | |
| 主治医师对工作态度、工作能力、工作质量等的评价  签名： | | | |

**6、出科考核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轮转科室** |  | **轮转时间** | | **年 月 至 年 月** | |
| 一、培训时间 | 轮转科室 | 注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 出勤情况 | 全勤 □ 病假 天 事假 天 | | | 合格□不合格□ |
| 二、医德医风 | 廉洁行医 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | | 合格 □  （优、良为合格）  不合格 □  （中、差为不合格） |
| 服务态度 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 工作责任心 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医患沟通能力 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医疗差错、事故 | 无 □ 有 □ | | |
| 备注 |  | |
| 三、临床实践指标完成情况 | 1、病历质量 | 完成数量100%；无丙级病历 | | | 合格□不合格□ |
| 2、管理病种数 | 管理病种数应完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 3、管理病例数 | 管理病例数均应≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 4、技能操作 | 操作规范并能完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 5、手术基本操作 | 手术操作规范、完成例数≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 四、临床综合  能力 | 处理常见病人的能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | | 合 格 □  不合格 □ |
| 处理危重疑难病人能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 临床思维能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 五、参加各种形式学习（包括主任查房、病例讨论、业务学习、学术讲座等）： 次  合格 □ 不合格 □ | | | | | |
| 六、出科考试考核： 理论考试 通过□ 不通过□ 技能考核 通过□ 不通过□ | | | | | |
| 所在  培训科室考核小组意见 | 合 格 □ 不合格 □  科室负责人签字： 年 月 日 | | | | |

说明：1、休假：在轮转科室休假平均≥2天/月，为不合格。

2、医德医风中，要求如有1 项 “不合格”，视为该项不合格。

3、临床实践指标完成情况中有1项不合格，视为该项不合格。

4、临床综合能力3项中≥2项评价在 “较强”以上，无“差”方为合格；有1项“差”，不能通过。

5、考核6项内容，必须合格，如有1项不合格者，均不能通过培训过程考核。

**六、咽喉科亚专科轮转表**

**1、管理病人汇总表（咽喉科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **疾病名称** | **要求例数** | **完成例数** | **备注** |
| 腺样体肥大 | 6 |  |  |
| 会厌囊肿 | 3 |  |  |
| 食道异物 | 1 |  |  |
| 声带息肉（小结） | 6 |  |  |
| 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 | 6 |  |  |
| 咽喉部良性、恶性肿瘤 | 6 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**2、管理病人登记表（咽喉科亚专科）**

| **疾病名称** | **例数** | **接诊日期** | **病例号** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3、手术操作汇总表（咽喉科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **手术操作名称** | **要求** | **完成例数** | **备注** |
| **术者/参加** |
| 声带息肉切除术 | 10 |  |  |
| 会厌囊肿切除术 | 5 |  |  |
| 悬雍垂腭咽成形术 | 10 |  |  |
| 食道异物取出术 | 3 |  |  |
| 咽喉部良、恶性肿瘤切除术 | 10 |  |  |
| 腺样体切除术 | 6 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**4、手术操作完成情况登记表（咽喉科亚专科）**

| **操作名称** | **例数** | **手术日期** | **病例号** | **完成情况** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **术者** | **一助** | **二助** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5、转 科 小 结**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 年 月至 年 月 | | |
| 亚专科 | **咽喉科亚专科** | | |
| 管理床位总数 | 张 | 收治病人数 | 人次 |
| 代理主治医师查房 | 次 | 组织/参与主任查房 | 次 |
| 组织/参与抢救病人 | 人次 | 组织/参与教学 | 次 |
| 个人总结 | | | |
| 主治医师对工作态度、工作能力、工作质量等的评价  签名： | | | |

**6、出科考核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轮转科室** |  | **轮转时间** | | **年 月 至 年 月** | |
| 一、培训时间 | 轮转科室 | 注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 出勤情况 | 全勤 □ 病假 天 事假 天 | | | 合格□不合格□ |
| 二、医德医风 | 廉洁行医 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | | 合格 □  （优、良为合格）  不合格 □  （中、差为不合格） |
| 服务态度 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 工作责任心 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医患沟通能力 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医疗差错、事故 | 无 □ 有 □ | | |
| 备注 |  | |
| 三、临床实践指标完成情况 | 1、病历质量 | 完成数量100%；无丙级病历 | | | 合格□不合格□ |
| 2、管理病种数 | 管理病种数应完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 3、管理病例数 | 管理病例数均应≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 4、技能操作 | 操作规范并能完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 5、手术基本操作 | 手术操作规范、完成例数≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 四、临床综合  能力 | 处理常见病人的能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | | 合 格 □  不合格 □ |
| 处理危重疑难病人能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 临床思维能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 五、参加各种形式学习（包括主任查房、病例讨论、业务学习、学术讲座等）： 次  合格 □ 不合格 □ | | | | | |
| 六、出科考试考核： 理论考试 通过□ 不通过□ 技能考核 通过□ 不通过□ | | | | | |
| 所在  培训科室考核小组意见 | 合 格 □ 不合格 □  科室负责人签字： 年 月 日 | | | | |

说明：1、休假：在轮转科室休假平均≥2天/月，为不合格。

2、医德医风中，要求如有1 项 “不合格”，视为该项不合格。

3、临床实践指标完成情况中有1项不合格，视为该项不合格。

4、临床综合能力3项中≥2项评价在 “较强”以上，无“差”方为合格；有1项“差”，不能通过。

5、考核6项内容，必须合格，如有1项不合格者，均不能通过培训过程考核。

**七、头颈外科亚专科轮转表**

**1、管理病人汇总表（头颈外科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **疾病名称** | **要求例数** | **完成例数** | **备注** |
| 头颈部外伤 | 3 |  |  |
| 头颈部先天性疾病 | 3 |  |  |
| 头颈部良性、恶性肿瘤(其他) | 5 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**2、管理病人登记表（头颈外科亚专科）**

| **疾病名称** | **例数** | **接诊日期** | **病例号** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3、手术操作汇总表（头颈外科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **手术操作名称** | **要求** | **完成例数** | **备注** |
| **术者/参加** |
| 头颈部先天性病变（囊肿、瘘管等）切除术 | 3 |  |  |
| 气管切开术 | 5 |  |  |
| 头颈部清创缝合术 | 2 |  |  |
| 颈部淋巴结清扫术 | 3 |  |  |
| 头颈部良性、恶性肿物切除术 | 5 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**4、手术操作完成情况登记表（头颈外科亚专科）**

| **操作名称** | **例数** | **手术日期** | **病例号** | **完成情况** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **术者** | **一助** | **二助** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5、转 科 小 结**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 年 月至 年 月 | | |
| 亚专科 | **头颈外科亚专科** | | |
| 管理床位总数 | 张 | 收治病人数 | 人次 |
| 代理主治医师查房 | 次 | 组织/参与主任查房 | 次 |
| 组织/参与抢救病人 | 人次 | 组织/参与教学 | 次 |
| 个人总结 | | | |
| 主治医师对工作态度、工作能力、工作质量等的评价  签名： | | | |

**6、出科考核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轮转科室** |  | **轮转时间** | | **年 月 至 年 月** | |
| 一、培训时间 | 轮转科室 | 注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 出勤情况 | 全勤 □ 病假 天 事假 天 | | | 合格□不合格□ |
| 二、医德医风 | 廉洁行医 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | | 合格 □  （优、良为合格）  不合格 □  （中、差为不合格） |
| 服务态度 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 工作责任心 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医患沟通能力 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医疗差错、事故 | 无 □ 有 □ | | |
| 备注 |  | |
| 三、临床实践指标完成情况 | 1、病历质量 | 完成数量100%；无丙级病历 | | | 合格□不合格□ |
| 2、管理病种数 | 管理病种数应完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 3、管理病例数 | 管理病例数均应≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 4、技能操作 | 操作规范并能完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 5、手术基本操作 | 手术操作规范、完成例数≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 四、临床综合  能力 | 处理常见病人的能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | | 合 格 □  不合格 □ |
| 处理危重疑难病人能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 临床思维能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 五、参加各种形式学习（包括主任查房、病例讨论、业务学习、学术讲座等）： 次  合格 □ 不合格 □ | | | | | |
| 六、出科考试考核： 理论考试 通过□ 不通过□ 技能考核 通过□ 不通过□ | | | | | |
| 所在  培训科室考核小组意见 | 合 格 □ 不合格 □  科室负责人签字： 年 月 日 | | | | |

说明：1、休假：在轮转科室休假平均≥2天/月，为不合格。

2、医德医风中，要求如有1 项 “不合格”，视为该项不合格。

3、临床实践指标完成情况中有1项不合格，视为该项不合格。

4、临床综合能力3项中≥2项评价在 “较强”以上，无“差”方为合格；有1项“差”，不能通过。

5、考核6项内容，必须合格，如有1项不合格者，均不能通过培训过程考核。

**八、小儿耳鼻咽喉科亚专科轮转表**

**1、管理病人汇总表（小儿耳鼻咽喉科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **疾病名称** | **要求例数** | **完成例数** | **备注** |
| 气管异物 | 3 |  |  |
| 食管异物 | 3 |  |  |
| 小儿急性喉气管支气管炎 | 3 |  |  |
| 小儿鼻窦炎 | 5 |  |  |
| 小儿中耳炎 | 5 |  |  |
| 头颈部良恶性肿瘤 | 5 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**2、管理病人登记表（小儿耳鼻咽喉科亚专科）**

| **疾病名称** | **例数** | **接诊日期** | **病例号** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3、手术操作汇总表（小儿耳鼻咽喉科亚专科）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **手术操作名称** | **要求** | **完成例数** | **备注** |
| **术者/参加** |
| 支气管镜检查并气管异物取出术 | 3 |  |  |
| 硬性食管镜检查并食管异物取出术 | 3 |  |  |
| 小儿头颈部肿瘤切除术 | 5 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**4、手术操作完成情况登记表（小儿耳鼻咽喉科亚专科）**

| **操作名称** | **例数** | **手术日期** | **病例号** | **完成情况** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **术者** | **一助** | **二助** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **转 科 小 结**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 年 月至 年 月 | | |
| 亚专科 | **小儿耳鼻咽喉科亚专科** | | |
| 管理床位总数 | 张 | 收治病人数 | 人次 |
| 代理主治医师查房 | 次 | 组织/参与主任查房 | 次 |
| 组织/参与抢救病人 | 人次 | 组织/参与教学 | 次 |
| 个人总结 | | | |
| 主治医师对工作态度、工作能力、工作质量等的评价  签名： | | | |

**6、出科考核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轮转科室** |  | **轮转时间** | | **年 月 至 年 月** | |
| 一、培训时间 | 轮转科室 | 注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 出勤情况 | 全勤 □ 病假 天 事假 天 | | | 合格□不合格□ |
| 二、医德医风 | 廉洁行医 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | | 合格 □  （优、良为合格）  不合格 □  （中、差为不合格） |
| 服务态度 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 工作责任心 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医患沟通能力 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医疗差错、事故 | 无 □ 有 □ | | |
| 备注 |  | |
| 三、临床实践指标完成情况 | 1、病历质量 | 完成数量100%；无丙级病历 | | | 合格□不合格□ |
| 2、管理病种数 | 管理病种数应完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 3、管理病例数 | 管理病例数均应≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 4、技能操作 | 操作规范并能完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 5、手术基本操作 | 手术操作规范、完成例数≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 四、临床综合  能力 | 处理常见病人的能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | | 合 格 □  不合格 □ |
| 处理危重疑难病人能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 临床思维能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 五、参加各种形式学习（包括主任查房、病例讨论、业务学习、学术讲座等）： 次  合格 □ 不合格 □ | | | | | |
| 六、出科考试考核： 理论考试 通过□ 不通过□ 技能考核 通过□ 不通过□ | | | | | |
| 所在  培训科室考核小组意见 | 合 格 □ 不合格 □  科室负责人签字： 年 月 日 | | | | |

说明：1、休假：在轮转科室休假平均≥2天/月，为不合格。

2、医德医风中，要求如有1 项 “不合格”，视为该项不合格。

3、临床实践指标完成情况中有1项不合格，视为该项不合格。

4、临床综合能力3项中≥2项评价在 “较强”以上，无“差”方为合格；有1项“差”，不能通过。

5、考核6项内容，必须合格，如有1项不合格者，均不能通过培训过程考核。

**九、专科门急诊轮转表**

**1、管理病人汇总表（专科门急诊）**

| **疾病名称** | **要求例数** | **完成例数** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- |
| 耳外伤 | 3 |  |  |
| 急性中耳炎 | 10 |  |  |
| 慢性化脓性中耳炎 | 5 |  |  |
| 中耳胆脂瘤 | 3 |  |  |
| 分泌性中耳炎 | 10 |  |  |
| 梅尼埃病 | 3 |  |  |
| 良性阵发性位置性眩晕 | 3 |  |  |
| 突发性耳聋 | 3 |  |  |
| 周围性面瘫 | 1 |  |  |
| 变应性鼻炎 | 20 |  |  |
| 急性鼻窦炎 | 5 |  |  |
| 慢性鼻窦炎、鼻息肉 | 10 |  |  |
| 真菌性鼻窦炎 | 3 |  |  |
| 鼻骨骨折 | 2 |  |  |
| 鼻腔鼻窦良、恶性肿瘤 | 3 |  |  |
| 急性会厌炎 | 3 |  |  |
| 扁桃体脓肿 | 1 |  |  |
| 腺样体肥大 | 5 |  |  |
| 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 | 5 |  |  |
| 头颈部外伤 | 3 |  |  |
| 声带息肉（小结） | 3 |  |  |
| 咽喉部良恶性肿瘤 | 3 |  |  |
| 头颈部先天性疾病 | 5 |  |  |
| 食道异物 | 3 |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**2、管理病人登记表（专科门急诊）**

| **疾病名称** | **例数** | **接诊日期** | **门诊号** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3、手术操作汇总表（专科门急诊）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **手术操作名称** | **要求** | **完成例数** | **备注** |
| **术者** |
| 鼓膜穿刺术 | 8 |  |  |
| 耳周脓肿切开引流术 | 1 |  |  |
| 扁桃体脓肿穿刺术 | 1 |  |  |
| 鼻骨骨折复位术 | 2 |  |  |
| 前、后鼻孔填塞术 | 10 |  |  |
| 耳鼻咽喉异物取出术 | 20 |  |  |
| 外伤清创缝合术 | 10 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 专科医师培训指导小组意见 | 达标情况：已达标 未达标  质量情况：熟练 生疏  **组长签名： 日期：** | | |
| 医院职能部门核查意见 | 真实性，完整性。 是 否    **处长签名： 日期：** | | |

**4、手术操作完成情况登记表（专科门急诊）**

| **操作名称** | **例数** | **手术日期** | **病例号** | **完成情况** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **术者** | **一助** | **二助** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**5、转 科 小 结**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 年 月至 年 月 | | |
| 亚专科 | **专科门急诊** | | |
| 管理床位总数 | 张 | 收治病人数 | 人次 |
| 代理主治医师查房 | 次 | 组织/参与主任查房 | 次 |
| 组织/参与抢救病人 | 人次 | 组织/参与教学 | 次 |
| 个人总结 | | | |
| 主治医师对工作态度、工作能力、工作质量等的评价  签名： | | | |

**6、出科考核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **轮转科室** |  | **轮转时间** | | **年 月 至 年 月** | |
| 一、培训时间 | 轮转科室 | 注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 出勤情况 | 全勤 □ 病假 天 事假 天 | | | 合格□不合格□ |
| 二、医德医风 | 廉洁行医 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | | 合格 □  （优、良为合格）  不合格 □  （中、差为不合格） |
| 服务态度 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 工作责任心 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医患沟通能力 | 优 □ 良 □ 中□ 差 □ | | |
| 医疗差错、事故 | 无 □ 有 □ | | |
| 备注 |  | |
| 三、临床实践指标完成情况 | 1、病历质量 | 完成数量100%；无丙级病历 | | | 合格□不合格□ |
| 2、管理病种数 | 管理病种数应完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 3、管理病例数 | 管理病例数均应≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 4、技能操作 | 操作规范并能完成≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 5、手术基本操作 | 手术操作规范、完成例数≥80%  注明\*项应完成100% | | | 合格□不合格□ |
| 四、临床综合  能力 | 处理常见病人的能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | | 合 格 □  不合格 □ |
| 处理危重疑难病人能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 临床思维能力 | 强 □ 较强 □ 一般 □ 差 □ | | |
| 五、参加各种形式学习（包括主任查房、病例讨论、业务学习、学术讲座等）： 次  合格 □ 不合格 □ | | | | | |
| 六、出科考试考核： 理论考试 通过□ 不通过□ 技能考核 通过□ 不通过□ | | | | | |
| 所在  培训科室考核小组意见 | 合 格 □ 不合格 □  科室负责人签字： 年 月 日 | | | | |

说明：1、休假：在轮转科室休假平均≥2天/月，为不合格。

2、医德医风中，要求如有1 项 “不合格”，视为该项不合格。

3、临床实践指标完成情况中有1项不合格，视为该项不合格。

4、临床综合能力3项中≥2项评价在 “较强”以上，无“差”方为合格；有1项“差”，不能通过。

5、考核6项内容，必须合格，如有1项不合格者，均不能通过培训过程考核。

**十、住院总工作登记表**

**1、会诊登记表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序** | **日期** | **申请会诊科室** | **疾病名称** | **病案号** | **处理意见或转归** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |

**2、总住院医师工作总结表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **轮转科室** |  | **轮转时间** |  |
| 自  我  鉴  定 | (从医疗行政管理能力、院内会诊能力和危重病人抢救的组织、参与能力等进行自我小结)        签名： 年 月 日 | | | | | |

注：总住院医师任职期满后填写工作总结表

**3、总住院医师工作考核表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **轮转科室** |  | **轮转时间** |  | |
| **考核项目** | **考核内容** | | | | | **专家打分** |
| 1.临床实践能力 （50分） | 1. 对常见病诊断、治疗水平及医嘱、处理的正确性。  2. 对危重病人的抢救能力和诊疗技术掌握的能力。  3. 下午或晚间查房对病人的观察与判断能力。 | | | | |  |
| 2.组织管理能力 （25分） | 1 协助科主任做好日常医疗行政工作的能力。  2 组织临床病例讨论、会诊、抢救治疗工作的能力。 | | | | |  |
| 3.开展临床研究与指导下级医师工作 （25分） | 1 开展新技术、新疗法等的科研工作能力。  2 做好资料积累和经验总结的能力。  3 协助对住院、进修、实习医师的培训和日常管理工作的能力。 | | | | |  |
| **合 计 得 分** | | | | | |  |
| 上级医师评语：  签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 科主任（系、教研室）意见：  签名： 年 月 日 | | | | | | |

注：住院总医师任职期满后填写工作总结表，之后进行住院总医师工作考核

**十一、专科医师培训轮转考核汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轮转科室  测评项目 | | | | 总住院医师 | 耳科 | 鼻科 | 咽喉科 | | 头颈外科 | 小儿耳鼻咽喉科 | 专科门急诊 |  |  |  |  |  |  | 合计 |
| 一、轮转科室情况 | | | 轮转科室 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出勤情况 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二、医德医风 | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三、临床  实践指标完成情况 | 1、 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2、 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3、 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4、 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5、 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 四、临床  综合能力 | 处理常见病人的能力 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 处理危重疑难病人能力 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 临床思维能力 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 五、参加各种形式学习（≥40次/年） | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 六、出科考试考核 | | 理论考核 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 技能考核 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 培训基地考核小组意见:  合 格 □ 不合格 □  基地负责人签字:  年 月 日 | | | | | | | | 医疗机构管理部门意见:  合 格 □ 不合格 □  负责人签字:  (单位盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | |

**十二、教学与科研登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **教学内容** | **带教对象** | **带教人数** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **日期** | **科研内容** | **项目分工** | **完成情况** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **日期** | **论文题目** | **发表刊物名称** | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

**十三、参加学术活动登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **题 目** | **讲**  **座** | **会**  **议** | **疑难**  **病例**  **讨论** | **学**  **时** | **主讲人** | **组织单位** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |