附件1

医师到基层服务情况鉴定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 学历 | |  | 专业技术  资格 | |  |
| 派出单位 | |  | | | | 科室 | |  | | | 现从事专业 | |  | |
| 接受单位 | |  | | | | | | 科室 | |  | | | | |
| 工作时间 | | 年 月 日至 年 月 日 累计工作时间共 个月 天 | | | | | | | | | | | | |
| 个 人 自 我 鉴 定 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 接收单位考核鉴定意见 | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定等次 （优秀、合格、基本合格、不合格）  负责人签字： （签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 卫生健康行政部门意见 | | | | | | | | | | | | | | |
| （签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

附件2

医师到基层服务时间折算/视同情况认定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 学历 |  | | 专业技术资格 | |  |
| 派出单位 | |  | | | | 科室 |  | | 现从事专业 | |  |
| 接收单位 | |  | | | | | 科室 | |  | | |
| 折算/视同  情况 | | □已具有一年以上到基层工作或服务经历  □完成政府指令性援外、援藏、援疆、援陕、援青、东西部协作、皖北结对合作、省内结对帮扶等  □参与突发公共卫生事件应急医疗救援、传染病疫情防控工作  □参与公安监所工作  □到基层现场开展培训、讲座、义诊、开设专家工作室（联合病房）、基层特色科室孵化等工作  □参与院前急救工作  □作为派驻的专职疾控监督员  □在托育机构内开展服务  □参与市卫健局指派的其他工作。  □参与省、市级卫生健康行政部门认可的其他工作情况  （请说明）： | | | | | | | | | |
| 折算/视同  累计时长  （ 年 月 天） | |  | | | | | | | | | |
| 工作名称 | | 地点 | | | | 开始时间  （ 年 月 日） | | | 结束时间  （ 年 月 日） | 时长  （ 月 天） | |
|  | |  | | | |  | | |  |  | |
|  | |  | | | |  | | |  |  | |
|  | |  | | | |  | | |  |  | |
|  | |  | | | |  | | |  |  | |
| 审核意见 | | 审核人签名：  单位盖章  年 月 日 | | | | | | 审核人签名：  主管部门盖章  年 月 日 | | | |

附件3

医师到基层服务申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 学历 |  | 专业技术  资格 |  |
| 派出单位 | |  | | | 科室 |  | | 现从事专业 |  | |
| 接收单位 | |  | | | | 科室 | |  | | |
| 下基层服务时间 | | 年 月 日至 年 月 日 ，共计 月。 | | | | | | | | |
| 派出单位意见 | | 负责人签字：  章  盖章 年 月 日 | | | | 派出单位所在地卫健行政部门意见 | | 负责人签字：  盖章 年 月 日 | | |
| 接收单位意见 | | 负责人签字：  盖章 年 月 日 | | | | 接收单位所在地卫健行政部门意见 | | 负责人签字：  盖章 年 月 日 | | |

注：此表由接收单位留存备查

附件4

医师到基层服务工作日志

派出单位：

接收单位：

职 称：

专 业：

服务时间： 年 月至 年 月

乐清市卫生健康局

工 作 记 录（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 时间 | 患者姓名 | 性别 | 年龄 | 住院号 | 诊断 | 工作类型 | | | |
| 门诊 | 查房 | 手术 | 其它 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

考核人（签字）： ；

|  |
| --- |
| 个 人 自 我 鉴 定 |
|  |
| 接收单位考核鉴定意见 |
| 鉴定等次 （优秀、合格、基本合格、不合格）  负责人签字： （签章）  年 月 日 |
| 派出单位考核鉴定意见 |
| 负责人签字： （签章）  年 月 日 |
| 受援地 卫生健康行政部门意见 |
| 负责人签字： （签章）  年 月 日 |

备注：工作日志由派出单位存档。

附件5

年医师到基层服务

编 号：

姓 名：

支援单位：

受援单位：

科 别：

服务时间：

佐证材料目录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 项目 |  | 页数 |
| 1 | 排班表 | 值班表 |  |
| 门诊排班表 |  |
| 2 | 病历 | 门诊病历 |  |
| 住院病历 |  |
| 3 | 处方 | |  |
| 4 | 检查报告单 | |  |
| 5 | 讲座和培训记录 | |  |
| 6 | 其它佐证资料 | 工作安排表 |  |
| 7 | 会议记录 |  |
| 8 | 活动记录 |  |
| 9 | 媒体宣传 |  |
| 10 | 有人员名单的对口支援协议 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：1、病历资料每月至少一份，共20份（病历资料请复印病例首页和有医师签名的大病历或病程记录或手术记录）；2、临床医师处方或检查科室的检查、检验、影像报告单每月不少于1张，共20张；3、所有佐证材料的复印件均需支援、受援单位盖章，原件备查；4、所有复印材料统一使用A4纸；5、认定表和佐证材料目录请打印，不要手写；6、每位人员的认定表和佐证材料一起装订成册，一式两份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乐清市医生晋升副高级资格前到城乡基层医疗机构服务核查认定表 | | | | | | | | | |
| 编 号 |  | | 工作单位 |  | | | 姓 名 |  | |
| 申报专业 |  | | | 申报资格 | 副主任医师 | | 执业类别 |  | |
| **核 查 服 务 情 况** | | | | | | | | | |
| 服务机构1 | | | 起止时间1 | 第1月 | 第2月 | 第3月 | 第4月 | 第5月 | 第6月 |
|  | | | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  |  |
| 服务机构2 | | | 起止时间2 |  |  |  |  |  |  |
|  | | | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  |  |
| 服务机构3 | | | 起止时间3 |  |  |  |  |  |  |
|  | | | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  |  |
| 累计时间 | | |  | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |
| 核查人员签名： | | | | | 核查意见： | |  | |  |
|  |  |  | |  | 个人填报 个月，核查完成 个月。 | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 核查组成员签名： | | | | |  | | | | |
|  |  |  | | |  |  |  | | |
| 年 月 日 | | | | |  | | 年 月 日 | | |
| 注：1、根据核查要求，核查受援单位中是否有被核查人员的佐证材料，并按下列标识在表格相应栏目中注明。 | | | | | | | | | |
|  | A 值班记录 | | | B 诊疗处方 | |  | C 病案 | |  |
|  | D 手术记录 | | | E 上下班考勤记录 | |  | F 预防保健门诊记录 | |  |
|  | G 流行病学调查报告或记录 | | | H 病患者家庭访视记录 | |  | I 检验报告或样品采集送检单 | |  |
|  | J 讲座和培训记录 | | | K 其他（请在备注中注明） | |  |  |  |  |
| 2、若在受援单位服务时间超过6个月，则服务机构1和服务机构2填写相同单位，服务机构2填写6个月后的情况。 | | | | | | | | | |