附件1

下基层服务申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  |  |
| 民族 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位 |  |
| 所在科室 |  | 从事专业 |  |
| 联系方式（手机号） |  |
| 拟支援单位 |  |
| 现聘专业技术职称 |  |
| 预约开始服务时间 |  |
| 预约服务时长 |  |
| 派出机构意见 | 审核签名： 年 月 日 |
| 备注 |  |

备注：此表由系统自动生成。

附件2

湖南省卫生系列副主任医师申报参评人员

下基层服务考核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民 族 |  |  |
| 身份证号 |  | 现聘专业技术职称 |  |
| 派出机构 |  | 从事专业 |  |
| 基层医疗卫生机构 |  |
| 服务时间 |  |
| 服务期间主要任务 |  |
| 工作内容 | 诊疗病人（人次） |  | 开展手术（台次）/流行病学调查（人次）/健康教育（人次）等 |  |
| 主持病（案）例讨论（次） |  | 带教下级医生（人） |  |
| 开展专题讲座（次） |  | 开展新技术新项目（项） |  |
| 专科住院量增长比 |  | 专科手术量增长比 |  |
| 专科住院人均费用 |  | 远程医疗工作量 |  |
| 其他工作 |  |
| 考勤内容 | 迟到/早退次数 |  | 旷工次数 |  |
| 擅自离岗次数 |  |  |  |
| 工作总结 |  |
| 基层服务科室考核意见 | 同志于 年 月日至 年 月 日，在我科室完成基层服务工作，经考核 。科室负责人签名：年 月 日  |
| 基层医疗卫生机构考核意见 | 同志于 年 月 日至 年 月 日在我单位服务，经考核 。以上情况已于 年 月 日-- 月 日在本单位公示，无异议。单位负责人签名： 单位公章年 月 日 |
| 基层医疗卫生机构所在地卫生健康行政部门意见 | 考核结果：单位公章年 月 日 |
| 派出机构考核意见 | 同志完成到（基层医疗卫生机构名称）服务任务，经考核 。以上情况已于 年 月 日-- 月 日在本单位公示，无异议。单位负责人签名： 单位公章年 月 日 |

备注：1.考核结果分为合格和不合格。

2.此表作为完成下基层服务认定证明。各签章单位对考核内容及意见负责。

3.专科住院量增长比、专科手术量增长比为同期数据对比增长百分比。

4.此表数据由平台自动生成。

附件3

接收单位考核表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 接收基层服务人数 |  | 接收基层服务人员累计时长 |  月 |
| 派出进修人数 |  | 派出进修累计时长 |  月 |
| 专科门诊量 |  | 保障落实 |  |
| 专科住院量增长比 |  |
| 专科手术量增长比 |  |
| 专科住院人均费用 |  |
| 新技术新项目数 |  | 新技术新项目开展人次 |  |
| 上级督查情况 |  |

备注：1.门诊量、住院量、人均费用、新技术新项目开展情况等，均以下基层服务本专业为准。

2.专科住院量增长比、专科手术量增长比为同期数据对比增长百分比。

3.以上数据统计时间为每年3月至次年2月底。

附件4

派出机构考核表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 按时报到人数 |  | 迟到/ 早退人次 |  |
| 旷工人次 |  | 擅自离岗人次 |  |
| 保障落实 |  |
| 基层服务合格人数 |  |
| 基层服务不合格人数 |  |
| 上级督查情况 |  |

备注：以上数据统计时间为每年3月至次年2月底。