附件2

**医学高层次人才计划** **申报表**

**初选部门(盖章): 姓 名： 工作单位： 从事专业：**

**申报项目：国家杰出医师□国家优秀青年医师□**

**一、基本信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 照片  近期1寸正面 半身免冠彩色 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  | |
| 政治面 貌 |  | 是否当选国家  卫生健康突出  贡献中青年专  家 |  | |
| 证件类 型 |  | 执业证书编码 |  | |
| 证件号 码 |  |
| 现工作  单位 |  | 最高学历 |  | 最高学 位 |  |
| 现专业  技术职  务 |  | 现专业技术职  务聘任时间 |  | 行政职 务 |  |
| 从事专 业 |  | | | 专业方 向 |  |
| 联系方 式 | 电子邮箱： 手机： | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 教育经  历  (大学  以上) | 起止年月 | 院校 | 专业 | 学历 | 学位 | 导师信息 | | | |
| 姓名 | 从事专业 | 工作 单位 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 工作经 历 | 起止 年月 | 统一社  会信用  代码 | 工作单位 | 所在科室 | 所在  科室  床位  数 | 从事专业 | 职称 | | 职 务 |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |

**二、临床能力相关情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 近十年  (2014.1.1-2  023.12.31)  参与临床工  作情况 | 门诊人次数  (年均) \* | 人次 | | |
| 普通门诊人次数  (年均)\* | 人次 | | |
| 急诊人次数  (年均 ) \* | 人次 | | |
| 受邀会诊协助诊 治人次数(年均) | 院内： | | 院外： |
| 擅长病种(3项) |  | | |
| 擅长术种(3项) |  | | |
| 主持危急重症或  疑难病例的抢救  或诊治代表性病  案  (病案或病历，  包含查房记录或  会诊记录，5项以  内 ) | 出院 时间 | 病案号 | 技术亮点 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*注：1.门诊人次数：涉及多个执业地点的可合计，涉及多类专病门诊的可合计。 申报人在统计期内在医疗卫生机构的门诊按挂号数统计。

2.普通门诊人次数：仅计算普通门诊挂号接诊人次，不含特需门诊量、VIP门诊、MDT门诊等普通门诊以外的接诊量。

3.急诊人次数：计算包括急诊病人就诊登记簿、急诊观察室工作交班薄、抢 救登记簿、留观卡片和急诊病历等人次数总和。

**三、医疗实践及创新能力**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主持或参  与国际指  南/诊疗  方案编制  情况 | 制定时间 | 名称 | 应用范围 | 承担的工作内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 主持或参与国家级 指南/医 疗卫生行 业标准/ 诊疗方案 编制情况 | 制定时间 | 名称 | 应用范围 | 承担的工作内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 开展前沿  技术及推  广情况 | 名称 | 实施和推广情况简要情况  (详细情况附件说明，限200字) | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 取得临床  重大突破  性进展情  况 | 名称 | 进展简要情况  (详细情况附件说明，限500字) | | |
|  |  | | |
|  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 临床 实践 水平 | 包括主要学术观点、取得的主要学术成果、诊疗疑难 疾病在本地区的领先情况、临床业务量情况等(限500 字 ) |

**四、防治兼备工作情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参与突发重特大疫情或公共卫生事件监测、救治或处置情况(5项以内) | 起止时间 | 工作  内容 | 表彰 奖励 | 成效(限  100字 ) | 本人作用(专家组  组长/副组长/任务  负责人) | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 主持或参与重 大疾病和健康 危害因素防控 等科研攻关任  务情况  (5项以内) | 起止 时间 | 任务名 称及主 要内容 | 主要 产出 | 成果 转化 | 应用及  成效  ( 限100字) | 本人作用  (专家组  组长/副组  长/任务负  责人) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 承担的其他防治兼备工作情况 | 包括传染病防控、慢性病防治、健康管理、教育与预 防等工作内容、主要产出、成效及表彰奖励情况等(限 300字) |

**五、医学研究及转化能力**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 成果转化  和推广情  况 | 专利 获批 时间 | 名称  (含专  利批  号 ) | 类型 | | | 专利授  权及转  化  (金额  /万元) | 推广简要情  况  (详细情况  附件说明，限  200字) |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
| 成果 转化 获批 时间 | 主导标准制定 | | 简要描述  (详细情况附件说明，限200字) | | | |
|  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | | |
| 获得省部  级及以上  科技奖励  情况 | 获奖 时间 | 获奖项目名称 | | 奖励名称 | 授予机构 | 等级 | 排序 |
|  |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |

**六、学术影响及组织能力**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 临床代表性  论文  (第一作者  通讯作者) | 年度  卷 ( 期 ) 号 | 论文题目 | | 期刊名称 | | 摘要(限200  字 ) |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 期刊分区 | 他引次数 | | | | 关注量 |
| SCI | EI | SSCI | CSSCI |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 临床代表  性著作或  教材  (主编/副主  编 ) | 出版时间 | 著作名称 | | 出版社名称 | | 摘要(限200  字 ) |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 承担国家  级人才培  养专项情  况 | 批准时间 | 项目名称 | | 主管部门 | | 承担主要工作 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| 承担国家  临床重点  专科建设  情况 | 批准时间 | 项目名称 | | 主管部门 | | 承担主要工作 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国家级 学术团体 任职情况 | 起止年月 | 学术团体名 称 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 获取国家  级学术荣  誉称号情  况 | 年度 | 学术荣誉称号名称 | 授予部门 |
|  |  |  |
|  |  |  |

**七、发展计划**

|  |
| --- |
| 结合自身的专业方向和前期工作基础，在提升临床实践或研究水平方面拟开展的主要工作；围绕贯彻落实国家发展医疗卫生事业相关政策，结合临床医学发展的重点方向及重点领域拟开展的工作、预期能够取得的成果。(限800字) |

**八、承诺与推荐意见**

|  |  |
| --- | --- |
| **申请人**  **承诺** | 本人承诺推荐材料中所有信息真实可靠，不含有涉密内容，所提 交病案已隐去首页及内容中关于病人姓名、身份证号、联系方式等涉及个人隐私的信息。  若有失实、造假或违反以上承诺的行为，本人愿承担一切责任。  签字：  年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| **工作单位 推荐意见** | 评价推荐人选的医德医风、科学道德情况(限100字) |
| 对申报内容的真实性及本单位拟提供的保障措施(包括工作 条件、经费投入、后勤保障等)作出承诺(限200字) |
| 评价推荐人选纪检部门意见 |
| 明确是否同意推荐  单位法定代表人(签字) (公章)  年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| **专家组** **推荐意见** | 对申报人的道德品质、疾病救治能力、临床研究能力和水平、 临床技术教授传承情况、学科影响力及引领情况进行同行评 价和推荐(限200字)  专家签名：  年 月 日 |
| **初选部门** **推荐意见** | 明确是否同意推荐  负责人(签字): (公章)  年 月 日 |