附件4

**河南省卫生系列高级职称申报工作量统计表（医疗类）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | 科室 |  | 行政职务 |  |
| 聘任时间 |  | 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 从事专业 |  | 是否手术为主专业 |  | 有无病房 |  |
| 任职期间是否轮转急诊科 |  | 轮转起止时间 |  |
| 聘任现职称以来工作量统计数据（由工作量统计部门填写） |
| 专业 | 项目 | 2020及以前 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 合计 |
| 所有专业 | 工作时间 | 周 | 周 | 周 | 周 | 周 | 周 |
| 门诊工作量 | 接诊有效单元 |  |  |  |  |  |  |
| 累计接诊人次 |  |  |  |  |  |  |
| 轮转急诊科门诊单元 |  |  |  |  |  |  |
| 出院人数（参与或作为治疗组长） |  |  |  |  |  |  |
| 诊疗人次（口腔无病房科室） |  |  |  |  |  |  |
| 手术/操作人次（消化、呼吸、生殖与遗传医学、眼视光医学） | 内镜诊疗 |  |  |  |  |  |  |
| 镜下治疗 |  |  |  |  |  |  |
| 男科手术/操作 |  |  |  |  |  |  |
| ART助孕 |  |  |  |  |  |  |
| 产前诊断 |  |  |  |  |  |  |
| 屈光手术 |  |  |  |  |  |  |
| 出院患者手术/操作人次 | 手术/操作 |  |  |  |  |  |  |
| 三四级手术比例 |  |  |  |  |  |  |
| 参与诊疗患者人数（其他临床专业） |  |  |  |  |  |  |
| 签发检查报告份数（辅助诊断专业） |  |  |  |  |  |  |
| 现场或基层工作天数（公卫专业） |  |  |  |  |  |  |
| 工作量统计起止时间： 年 月 日- 年 月 日承诺：已对申报人在我单位聘任现职称以来的工作量如实统计，无错填、漏填项目。如有不实或隐瞒，愿承担责任并接受处罚。统计人员签字： 所在部门： 职务： 统计部门负责人签字： 统计部门（盖章） 年 月 日 |
| 申报人意见核对无误。申报人员签字：年 月 日 |
| 所在科室意见核对无误。负责人（签字）： 科室（盖章） 年 月 日 |
| 单位意见 承诺：已对以上内容进行核查，情况属实，并在本单位进行公示满5个工作日。如有不实或隐瞒，愿承担责任并接受处罚。负责人（签字）： 单位（盖章）年 月 日  |

注：1.工作量从聘任时间开始累计计算；

2.胸心外科需注明从事专业为胸外或心外；

3.晋升副主任医师的出院人数以病案首页主治医师栏签名计算，出院患者手术/操作人次以主刀或一助计算；晋升主任医师的出院人数以病案首页主任（副主任）医师栏签名计算，出院患者手术/操作人次以主刀计算；其他数据通过单位信息管理系统以及各类签字记录单进行提取。

4.任期内有多个单位工作经历的，每个单位分别进行统计。

5.此表共2页，正反面打印。

**河南省卫生系列高级职称申报工作量统计表（护理类）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | 科室 |  |
| 现任职称 |  | 聘任时间 |  | 行政职务 |  |
| 申报职称 |  | 申报专业 |  | 有无病房 |  |
| 护理岗位类别 | 临床护理岗位□ 护理管理岗位□ 其它护理岗位□ |
| 聘任现职称以来工作量统计数据（由工作量统计部门填写） |
| 年度 | 2020及以前 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 合计 |
| 本专业工作时间 | 周 | 周 | 周 | 周 | 周 | 周 |
| 责任护士记录数量 |  |  |  |  |  |  |
| 质控护士记录数量 |  |  |  |  |  |  |
| 护理记录（急诊、重症、手术室、血透、导管室等填写） |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |
| 护理患者人数（有病房科室护士） | 人次 |
| 配合医师诊疗患者人数（无病房科室护士） | 人次 |
| 配合手术次数（手术室护士） |  台次，其中四级手术 台次 |
| 工作量统计起止时间： 年 月 日- 年 月 日承诺：已对申报人在我单位聘任现职称以来的工作量如实统计，无错填、漏填项目。如有不实或隐瞒，愿承担责任并接受处罚。统计人员签字： 所在部门： 职务： 统计部门负责人签字： 统计部门（盖章） 年 月 日 |
| 申报人意见核对无误。申报人员签字：年 月 日 |
| 所在科室意见核对无误。负责人（签字）： 科室（盖章） 年 月 日 |
| 单位意见 承诺：已对以上内容进行核查，情况属实，并在本单位进行公示满5个工作日。如有不实或隐瞒，愿承担责任并接受处罚。负责人（签字）： 单位（盖章）年 月 日  |

注：1.工作量从聘任时间开始累计计算；

2.质控护士和责任护士记录等从病案首页提取，其他数据通过单位信息管理系统以及各类签字记录单进行提取；

3. 任期内有多个单位工作经历的，每个单位分别进行统计；

4. 此表共2页，正反面打印。

**河南省卫生系列高级职称申报工作量统计表（药学类）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 科室 |  |
| 工作单位 |  | 行政职务 |  |
| 聘任时间 |  | 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 聘任现职称以来工作量统计数据（由工作量统计部门填写） |
| 年度 | 2020及以前 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 合计 |
| 本专业工作时间 | 周 | 周 | 周 | 周 | 周 | 周 |
| 调剂处方数 |  |  |  |  |  |  |
| 调剂住院医嘱数 |  |  |  |  |  |  |
| 中药煎药数 |  |  |  |  |  |  |
| 静脉药物配置数 |  |  |  |  |  |  |
| 点评门急诊处方数 |  |  |  |  |  |  |
| 点评住院医嘱数 |  |  |  |  |  |  |
| 制剂生产炮制或检验批次 |  |  |  |  |  |  |
| 临方制剂数 |  |  |  |  |  |  |
| 制剂新注册或备案 |  |  |  |  |  |  |
| 实施药学监护或完成TDM或基因检测数量 |  |  |  |  |  |  |
| 药品验收（中药学） |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |
| 工作量统计起止时间： 年 月 日- 年 月 日承诺：已对申报人在我单位聘任现职称以来的工作量如实统计，无错填、漏填项目。如有不实或隐瞒，愿承担责任并接受处罚。统计人员签字： 所在部门： 职务： 统计部门负责人签字： 统计部门（盖章） 年 月 日 |
| 申报人意见核对无误。申报人员签字：年 月 日 |
| 所在科室意见核对无误。负责人（签字）： 科室（盖章） 年 月 日 |
| 单位意见 承诺：已对以上内容进行核查，情况属实，并在本单位进行公示满5个工作日。如有不实或隐瞒，愿承担责任并接受处罚。负责人（签字）： 单位（盖章）年 月 日  |

注：1.工作量从聘任时间开始累计计算；

2.各项数据通过单位信息管理系统以及各类签字记录单进行提取；

3.任期内有多个单位工作经历的，每个单位分别进行统计；

4.此表共2页，正反面打印。

**河南省卫生系列高级职称申报工作量统计表（技术类）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 科室 |  |
| 工作单位 |  | 行政职务 |  |
| 聘任时间 |  | 申报职称 |  | 申报专业 |  |
| 聘任现职称以来工作量统计数据（由工作量统计部门填写） |
| 专业 | 项目 | 2020及以前 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 合计 |
| 所有专业 | 工作时间 | 周 | 周 | 周 | 周 | 周 | 周 |
| 病案信息技术 | 病历编码 | 份 | 份 | 份 | 份 | 份 | 份 |
| 修改病历编码 | 份 | 份 | 份 | 份 | 份 | 份 |
| 毒理、微生物、理化检验技术 | 完成检测项目、检测指标 | 项次 | 项次 | 项次 | 项次 | 项次 | 项次 |
| 临检技术 | 签发检查报告 | 份 | 份 | 份 | 份 | 份 | 份 |
| 输血技术 | 配血或血液检测次数 | 次 | 次 | 次 | 次 | 次 | 次 |
| 核医学、放疗、脑电图、口腔、消毒技术 | 技术操作次数 | 次 | 次 | 次 | 次 | 次 |  次 |
| 放射、超声、心电图技术 | 检查次数 | 次 | 次 | 次 | 次 | 次 | 次 |
| 病理学技术 | 病理制片数量 | 次 | 次 | 次 | 次 | 次 | 次 |
| 康复医学技术 | 参与治疗人次 | 人次 | 人次 | 人次 | 人次 | 人次 | 人次 |
| 病媒、消毒技术（公卫机构） | 现场工作或在基层工作天数 | 天 | 天 | 天 | 天 | 天 | 天 |
| 工作量统计起止时间： 年 月 日- 年 月 日承诺：已对申报人在我单位聘任现职称以来的工作量如实统计，无错填、漏填项目。如有不实或隐瞒，愿承担责任并接受处罚。统计人员签字： 所在部门： 职务： 统计部门负责人签字： 统计部门（盖章） 年 月 日 |
| 申报人意见核对无误。申报人员签字：年 月 日 |
| 所在科室意见核对无误。负责人（签字）： 科室（盖章） 年 月 日 |
| 单位意见 承诺：已对以上内容进行核查，情况属实，并在本单位进行公示满5个工作日。如有不实或隐瞒，愿承担责任并接受处罚。负责人（签字）： 单位（盖章）年 月 日  |

注：1.工作量从聘任时间开始累计计算；

2.各项数据通过单位信息管理系统以及各类签字记录单进行提取；

3.任期内有多个单位工作经历的，每个单位分别进行统计；

4.此表共2页，正反面打印。