附件5-6

**工作实绩统计表（临床、口腔、中医）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | 现任专业  技术职务 | |  | | 聘任时间 |  |
| 申报级别 | 正高 □ 副高 □ | | 申报专业 | |  | | | | 是否手术为主专业 | 是 □否 □ |
| 所在科室 |  | | 有无病房 | | 有 □无 □ | | | | 带教下级人数 |  |
| 聘任现职称以来工作实绩数据（根据岗位情况选项填写） | | | | | | | | | | |
| 年度  项目 | | | | 2021年及以前 | 2022年 | 2023年 | | 2024年 | 2025年  （1-7月） | 合计 |
| 专业工作周数 | | | |  |  |  | |  |  |  |
| 门诊工作量 | | 有效单元 | |  |  |  | |  |  |  |
| 累计接诊人次 | |  |  |  | |  |  |  |
| 甲级病案率 | | | |  |  |  | |  |  |  |
| 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、呼吸内科） | | 手术/操作 | |  |  |  | |  |  |  |
| 镜下治疗 | |  |  |  | |  |  |  |
| 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） | | | |  |  |  | |  |  |  |
| 新技术、新知识专题讲座或授课次数 | | | |  |  |  | |  |  |  |
| 抢救、死亡或疑难病案数 | | | |  |  |  | |  |  |  |
| 科教部门意见  审核人（签字）： 科教部门（盖章）  年 月 日 | | | | | 工作量统计部门意见  统计人员（签字）： 统计部门（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 所在科室意见  负责人（签字）： 科室（盖章）  年 月 日 | | | | | 单位意见  负责人（签字）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | |

注：1.胸心外科需在申报专业处注明为胸外或心外。2.晋升副主任医师的出院人数通常以病案首页主治医师栏签名计算；晋升主任医师的出院人数通常以病案首页主任（副主任）医师栏签名计算。

**工作实绩统计表（药学）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 现任专业  技术职务 | |  | | 聘任时间 |  |
| 申报级别 | 正高 □ 副高 □ | | 申报专业 |  | | | | | |
| 所在科室 |  | | 带教下级人数 |  | | | | | |
| 聘任现职称以来工作实绩数据（根据岗位情况选项填写） | | | | | | | | | |
| 年度  项目 | | | 2021年及以前 | 2022年 | 2023年 | | 2024年 | 2025年  （1-7月） | 合计 |
| 专业工作周数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 调配处方数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 调配住院医嘱数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 门急诊处方点评数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 住院医嘱点评数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 药学门诊数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 药物重整数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 药学监护数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 静脉药物配置数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 制剂生产、质控、检验数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 用药监测数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 精准用药检测数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 精准用药方案制定数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 药物临床试验数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 药学质控次数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 药品供应管理数量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 科研工作量（药学科研岗） | | |  |  |  | |  |  |  |
| 药学信息工作量 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 用药教育次数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 新技术、新知识专题讲座或授课次数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 解决疑难病症讨论次数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 问题处方的讨论、处理次数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 新剂型开发数 | | |  |  |  | |  |  |  |
| 科教部门意见  审核人（签字）： 科教部门（盖章）  年 月 日 | | | | 工作量统计部门意见  统计人员（签字）： 统计部门（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 所在科室意见  负责人（签字）： 科室（盖章）  年 月 日 | | | | 单位意见  负责人（签字）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | |

**工作实绩统计表（中药学）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 现任专业  技术职务 | |  | | | 聘任时间 | |  |
| 申报级别 | 正高 □ 副高 □ | | 申报专业 |  | | | | | | | |
| 所在科室 |  | | 带教下级人数 |  | | | | | | | |
| 聘任现职称以来工作实绩数据（根据岗位情况选项填写） | | | | | | | | | | | |
| 年度  项目 | | | 2021年及以前 | 2022年 | 2023年 | | 2024年 | 2025年  （1-7月） | | 合计 | |
| 专业工作周数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 调剂中药处方数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 调剂中药医嘱数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 静脉用药调配数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 制剂生产、质控、检验、仓库管理数量 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 药品出入库数量 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 膏方制备数量 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 中药煎煮数量 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 中药采购、验收、养护数量 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 中药临床治疗数量 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 门急诊中药处方点评数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 中药医嘱点评数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 药物临床试验数量 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 科研工作量（药学科研岗） | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 药学信息工作量 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 居家药学服务 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 用药教育次数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 新技术、新知识专题讲座或授课次数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 解决疑难病症讨论次数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 问题处方的讨论、处理次数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 新剂型开发数 | | |  |  |  | |  |  | |  | |
| 科教部门意见  审核人（签字）： 科教部门（盖章）  年 月 日 | | | | 工作量统计部门意见  统计人员（签字）： 统计部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 所在科室意见  负责人（签字）： 科室（盖章）  年 月 日 | | | | 单位意见  负责人（签字）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

**工作实绩统计表（护理）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | 现任专业  技术职务 | |  | | 聘任时间 | |  | |
| 申报级别 | 正高 □ 副高 □ | | 申报专业 | |  | | | | | | | |
| 所在科室 |  | | 有无病房 | | 有 □无 □ | | | | 带教下级人数 | |  | |
| 聘任现职称以来工作实绩数据（根据岗位情况选项填写） | | | | | | | | | | | | |
| 年度  项目 | | | | 2021年及以前 | 2022年 | 2023年 | | 2024年 | | 2025年  （1-7月） | | 合计 |
| 专业工作周数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 责任护士记录条数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 质控管理记录条数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 护理患者人次数（有病房科室护士） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 配合医师诊疗患者人次数（无病房科室护士） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 配合手术台次数（手术室护士） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 配合三级手术台次数（手术室护士） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 主持护理查房/病例讨论数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 主持护理会诊/危重患者抢救数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 参与质量持续改进次数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 值夜班量 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 新技术、新知识专题讲座或授课次数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 科教部门意见  审核人（签字）： 科教部门（盖章）  年 月 日 | | | | | 工作量统计部门意见  统计人员（签字）： 统计部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在科室意见  负责人（签字）： 科室（盖章）  年 月 日 | | | | | 单位意见  负责人（签字）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

注：质控护士和责任护士记录等通常以病案首页计算。

**工作实绩统计表（医学技术）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | 现任专业  技术职务 | | |  | | 聘任时间 | | |  |
| 申报级别 | 正高 □ 副高 □ | | 申报专业 | |  | | | | | | | | |
| 所在科室 |  | | 带教下级人数 | |  | | | | | | | | |
| 聘任现职称以来工作实绩数据（根据岗位情况选项填写） | | | | | | | | | | | | | |
| 年度  项目 | | | | 2021年及以前 | | 2022年 | 2023年 | | 2024年 | | 2025年  （1-7月） | 合计 | |
| 专业工作周数 | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 编码病历数（病案信息技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 审核编码病历数（病案信息技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 完成专业检测项目数（微生物、理化、卫生检验技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 完成专业检验报告/技术报告/检测记录份数（微生物、理化、卫生检验技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 签发检查报告数（临床医学检验技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 配血次数（输血技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 交叉配血次数（输血技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 技术操作次数（核医学、放疗、脑电图、口腔、消毒技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 检查次数（放射医学、超声医学、心电图技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 病理制片数量（病理学技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 参与治疗人次（康复医学技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 风险评估报告数（卫生检验技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 参与新技术、新方法数量/参与编写质量控制文件数量（卫生检验技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 生物安全/实验室安全工作数量（卫生检验技术） | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 新技术、新知识专题讲座或授课次数 | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 解决疑难病症讨论、报告分析次数 | | | |  | |  |  | |  | |  |  | |
| 科教部门意见  审核人（签字）： 科教部门（盖章）  年 月 日 | | | | | 工作量统计部门意见  统计人员（签字）： 统计部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在科室意见  负责人（签字）： 科室（盖章）  年 月 日 | | | | | 单位意见  负责人（签字）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

**工作实绩统计表（公共卫生医师、技师）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | 现任专业  技术职务 | |  | | 聘任时间 | |  | |
| 申报级别 | 正高 □ 副高 □ | | 申报专业 | |  | | | | | | | |
| 所在科室 |  | | 带教下级人数 | |  | | | | | | | |
| 聘任现职称以来工作实绩数据（根据岗位情况选项填写） | | | | | | | | | | | | |
| 年度  项目 | | | | 2021年及以前 | 2022年 | 2023年 | | 2024年 | | 2025年  （1-7月） | | 合计 |
| 专业工作周数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 现场工作/基层工作天数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 应急处置工作量 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 工作报告数量 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 工作计划方案数量 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 检验报告、技术报告、检测/监测数量（卫生检验技术、营养等预防医学技术专业） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 风险评估报告数（卫生检验技术、营养等预防医学技术专业） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 检验项次（卫生检验技术、营养等预防医学技术专业） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 专业检测项次（卫生检验技术、营养等预防医学技术专业） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 参与新技术、新方法数量/参与编写质量控制文件数量（卫生检验技术、营养等预防医学技术专业） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 生物安全/实验室安全工作数量（卫生检验技术、营养等预防医学技术专业） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 健康教育活动数量 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 新技术、新知识专题讲座或授课次数 | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 参与检验、监测和公共卫生事件处置等分析总结次数（技术专业） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 解决复杂、重大技术问题的分析材料数量（技术专业） | | | |  |  |  | |  | |  | |  |
| 科教部门意见  审核人（签字）： 科教部门（盖章）  年 月 日 | | | | | 工作量统计部门意见  统计人员（签字）： 统计部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在科室意见  负责人（签字）： 科室（盖章）  年 月 日 | | | | | 单位意见  负责人（签字）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

**工作实绩统计表（基层）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | 现任专业  技术职务 | | |  | | 聘任时间 | |  | |
| 申报级别 | 正高 □ 副高 □ | | 申报专业 | |  | | | | | | | | |
| 所在科室 |  | | 带教下级人数 | |  | | | | | | | | |
| 聘任现职称以来工作实绩数据（根据岗位情况选项填写） | | | | | | | | | | | | | |
| 年度  项目 | | | | 2021年及以前 | | 2022年 | 2023年 | | 2024年 | | 2025年  （1-7月） | | 合计 |
| 专业工作周数 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 诊疗患者人数/技术操作次数 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 参与主持本专业业务、病例或查房讨论次数 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 家庭签约服务、随访、疾病普查、医疗救助、居家药学服务、用药教育、社区康复和护理等服务次数 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 基本公共卫生服务数量 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 健康湖北建设数量 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 健康教育数量 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 专题讲座或培训授课次数 | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 科教部门意见  审核人（签字）： 科教部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | 工作量统计部门意见  统计人员（签字）： 统计部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在科室意见  负责人（签字）： 科室（盖章）  年 月 日 | | | | | | 单位意见  负责人（签字）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |