重症医学科医师定期能力评价与再授权表

科室： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名： | | | 性 别： | | | 出生年月： | |
| 专业技术职称 |  | | 取得时间： | | | 聘任时间： | |
| 可以单独实施有创操作名称 | □1.呼吸机使用 □2.经皮扩张气管切开术  □3.深静脉穿刺置管术 □4.动脉穿刺置管术  □5.气管插管 □6.纤维支气管镜吸痰  □7.连续肾脏替代治疗 | | | | | | |
| 考试合格类别 | □8.病历书写和病历检查 □9.三基技能和理论  □10.查房规范 □11.疑难病分析  □12.临床新进展 | | | | | | |
| 有无医疗事故及纠纷发生 | 有无严重并发症 | | | | | | 有无越级操作 |
| 医源性原因 | | | 非医源性原因 | | |
|  |  | | |  | | |  |
| 考评结果 | | | | | | | |
| 合 格 | | | | | 不合格 | | |
| 是否同意再授权 | | 是否新授权 | | | 是否再授权 | | 是否撤销授权 |
|  | |  | | |  | |  |
| 科主任意见：  签字（盖科章）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 医务科意见：  盖章： 年 月 日 | | | | | | | |