高风险技术操作授权、定期评估与再授权表

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.机械通气 □2.脉搏轮廓连续心排量监测  □3.深静脉穿刺置管术 □4.动脉穿刺置管术  □5.连续肾脏替代治疗 □6.纤维支气管镜吸痰  □7.心包穿刺术 □8.心律转复/除颤术 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |