

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              | 2021 及以前 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 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<br>门诊单元   |          |      |      |      |      |    |
| 出院人数                                         | 主（副主）任<br>医师签名  |          |      |      |      |      |    |
|                                              | 主治医师签名          |          |      |      |      |      |    |
|                                              | 住院医师签名          |          |      |      |      |      |    |
|                                              | 合计              |          |      |      |      |      |    |
| 诊疗人次（口腔无病房科室）                                |                 |          |      |      |      |      |    |
| 手术/操作人次<br>(消化、呼吸、<br>生殖与遗传医<br>学、眼视光<br>医学) | 内镜诊疗<br>(含镜下治疗) |          |      |      |      |      |    |
|                                              | 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/<br>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和住院医师栏签名计算，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）医师和主治医师栏签名计算，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. 工作量只统计所在单位（河南省主要执业机构），不统计多点执业机构，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 <input type="checkbox"/> 护理管理岗位 <input type="checkbox"/> 其它护理岗位 <input type="checkbox"/> |                       |          |      |    |
| <b>聘任现职称以来工作量统计数据（由工作量统计部门填写）</b>                                      |          |                                                                                                 |                       |          |      |    |
| 年度                                                                     | 2021 及以前 | 2022                                                                                            | 2023                  | 2024     | 2025 | 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<br>(无病房护士填写)                                                      |          |                                                                                                 |                       |          |      |    |
| 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                                |          |                                                                                                 |                       |          |      |    |
| <p><b>承诺：</b>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。</p> |          |                                                                                                 |                       |          |      |    |
| 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    |      |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>申报人意见</p> <p style="text-align: center; margin-top: 40px;"><b>核对无误。</b></p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">申报人员签字：<br/>年    月    日</p>                                                                                                                |
| <p>所在科室意见</p> <p style="text-align: center; margin-top: 40px;"><b>核对无误。</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <p>负责人（签字）：</p> <p>科室（盖章）<br/>年    月    日</p> </div>                                                       |
| <p>单位意见</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"><b>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。</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <p>负责人（签字）：</p> <p>单位（盖章）<br/><br/>年    月    日</p> </div> |

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 |      |    |
| <b>聘任现职称以来工作量统计数据（由工作量统计部门填写）</b>                                                                                                                                                                       |          |      |      |      |      |    |
| 年度                                                                                                                                                                                                      | 2021 及以前 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 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                                                                                                                                                                                                      |          |      |      |      |      |    |
| <p>工作量统计起止时间：_____年___月___日—_____年___月___日</p> <p><b>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。</b></p> <p>统计人员签字：_____ 所在部门：_____ 职务：_____</p> <p>统计部门负责人签字：_____ 统计部门（盖章）<br/>年 月 日</p> |          |      |      |      |      |    |

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。

— 35 —

## 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     |      |      |    |
| <b>聘任现职称以来工作量统计数据（由工作量统计部门填写）</b>                                                                  |              |         |      |          |      |      |    |
| 专业                                                                                                 | 项目           | 2021及以前 | 2022 | 2023     | 2024 | 2025 | 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、中医康复治疗技术                                                                                    | 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                                                            |              |         |      |          |      |      |    |
| <p style="text-align: center;"><b>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。</b></p> |              |         |      |          |      |      |    |
| 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：<br>年 月 日                                         |                 |
| 所在科室意见                                                   |                 |
| 核对无误。                                                    |                 |
| 负责人（签字）：                                                 | 科室（盖章）<br>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）<br>年 月 日 |

核对无误。

科室 (盖章)  
年 月 日

**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。