附件1：

单位名称：

# 社会办医疗机构营养科室建设

# 现状和需求调研表

2018 年度营养科治疗病人数： 2018年度业务总收入：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 营养科总人数 | | 医 生 ： | | | | | | 技师人员总数： | | | | | | | 护士人员总数： | | |
| 高级 | 中级 | | | 初级 | | 高级 | 中级 | | 初级 | 技师 | 护士 | |  | | |
|  |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | 是： | | 否： |
| **一、主要负责人及骨干情况：** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 出生  年月 | | 性别 | | 职  称 | | | 职  务 | | 毕业  院校 | | | | 联系  电话 | | 备  注 | |
| 张三 | 19XX.X.X | | 男 | | 副高 | | | 门诊部主任 | | XX 医学院 | | | | 13xxxxxxxxx | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
| 1. **设备情况汇总：**维生素检测仪： 台 ； ： 台 ； ： 台   ： 台 ； 其它检验设备： | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 设备名称 | 厂家及型号 | | | 购置时间 | | | 工作量 | | | | | | | | 备注 | | |
| 2017（全年） | | | | 2018（全年） | | | |  | | |
|  |  | | | 201x.xx | | | xxxx | | | | xxxx | | | |  | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 需求设备： | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三、目前业务开展情况：** | | | | | |
| 每天  治疗  人数 | 营养开展科目 | 诊疗路径 | 治疗方法 | | 备注 |
| 肠内营养 | 肠外营养 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填 表 人：

联系方式：

日 期：

**附件2：**

# 生产企业产品和销售情况调研表

单位名称：

2018年度营养科产品品项： 2018年度产品销售总额：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 营养专业人数 | 医学专业 ： | | | 食品专业： | | | | | 其他专业： | |
| 初级 | 中级 | 高级 | 初级 | 中级 | 高级 | 技师 | 高级技师 |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 是： | 否： |

**一、年业务销售量:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院 | 药店 | 服务医疗机构 | 反馈情况 | | 备注 |
| 问题 | 业务增长 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**二、肠内营养产品情况：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品类别 | 产品名称 | 规格 | 剂型 | 建议  食用量 | 主要成分及含量 | 产品功效及临床验证 | 适应人群 | 年产量 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人：

联系方式：

日 期：

附件3：

**中国非公立医疗机构协会营养管理分会**

委员候选人所在机构信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | | | |
| 机构地址 |  | | | | | 邮编 | |  |
| 座机 |  | | | | 传真 |  | | |
| **机构性质** | □公立 □社会办：□民营 □外资 □中外合资 □混制 □上市公司 □国有公司 | | | | | | | |
| **机构规模** | 等级： 床位数： | | | | | | | |
| **机构类型** | □综合医院 □专科医院 □其它医疗机构 □企业 | | | | | | | |
| **法人代表** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **联系人** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **机构简介：（可另附页）** | | | | | | | | |
| **机构推荐意见** | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | |
| **（印章）**  **年 月 日** | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | |

**机构推荐代表信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **性别** |  | | | **民族** | |  | 照  片 |
| **出生年月** | |  | **身份证号** |  | | | | | |
| **学历** | |  | **技术职称** |  | | | **政治面貌** |  | |
| **所在机构** |  | | | | | | **职务** | |  | |
| **机构关系** | □执业注册机构□多点执业机构 | | | | | | | | | |
| **专业** |  | | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | **电子信箱** | |  | | |
| **手机** |  | | | | | **微信号** | |  | | |
| **其他社会职务** |  | | | | | | | | | |
| **本人主要简历、专业背景及主要业绩（可另附页）** | | | | | | | | | | |
| **本人签名** | | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | | |
| **年 月 日** | | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | | |