附件2

2022年ECMO规范化应用培训（第二阶段）

团队报名申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | 单位  级别 |  | | |
| 团队成员 | 姓名  （组长） |  | 性别 |  | 工作科室 |  | 专业技术职务 |  | 工作性质 |  |
| 姓名  （成员1） |  | 性别 |  | 工作科室 |  | 专业技术职务 |  | 工作性质 |  |
| 姓名  （成员2） |  | 性别 |  | 工作科室 |  | 专业技术职务 |  | 工作性质 |  |
| 姓名  （成员3） |  | 性别 |  | 工作科室 |  | 专业技术职务 |  | 工作性质 |  |
| 联络人  姓名 | |  | | | 手机号码 | | 组 长：  成员1：  成员2：  成员3： | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | |
| ECMO机数量 | | 台 | | | 近三年开展的例数 | | 2019年 例  2020年 例  2021年 例 | | | |
| 团队业务技能情况概述 | |  | | | | | | | | |
| 期望培训后达到的ECMO管理目标 | |  | | | | | | | | |
| 所在单位  意见 | | 年 月 日  （公章） | | | | | | | | |

注：1.因ECMO管理强调团队协作，建议每家报名单位遴选3-4名医护骨干组队集体参加培训；2.如单独报名的,实践培训基地将根据人员情况分配组队；3.工作性质栏填写内容：医生、护士、灌注师，三选一；4.团队业务技能情况概述包含内容:①之前是否进行过类似的ECMO培训;②培训前完整上机管理ECMO患者人数或参与管理ECMO患者人数;③培训前ECMO上机管理熟练度的自我评价（未接触、了解、熟悉、掌握、熟练）；④其他业务技能情况概述等。

|  |
| --- |
| 一寸免冠照片粘贴处  （用于制作证书） |

|  |
| --- |
| 一寸免冠照片粘贴处  （用于制作证书） |

|  |
| --- |
| 一寸免冠照片粘贴处  （用于制作证书） |

|  |
| --- |
| 一寸免冠照片粘贴处  （用于制作证书） |