附件1

医师定期考核表

（考核周期：2021.1-2023.12）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医  师  基  本  信  息 | 姓名 | |  | 性别 |  |
| 专业技术职务及聘用时间： | | | | |
| 医师资格证书编码： | | | | |
| 医师执业证书编码： | | | | |
| 本次考核医师执业类别执业开始时间： 年 月 | | | | |
| 执业注册所在医疗机构名称： | | | | |
| 完成政府指令性任务情况 □合格 □不合格  在工作中推广应用成熟医疗技术情况 □合格 □不合格 | | | | |
| 考  核  信  息 | 考核周期： 年 月至 年 月 | | | | |
| 考核完成时间 ： 年 月 日 | | | | |
| 考核机构名称： | | | | |
| 考  核  意  见 | 工  作  成  绩 | 完成工作数量 □合格 □不合格  完成工作质量 □合格 □不合格  其他  医师执业注册机构（公章）  年 月 日 | | | |
| 考  核  意  见 | 职业道德 | 医师执业注册机构（公章）  年 月 日 | | | |
| 业务水平 | 测试方式： □技能操作 □综合笔试  测试结果： 技能操作 □合格 □不合格  综合笔试 □合格 □不合格  考核机构（公章）  2024年12月31日 | | | |
| 考  核  结  果 | 对工作成绩和职业道德的复核意见： □同意 □不同意  综合考核结论 ： □合格 □不合格  考核机构（公章）  2024 年12月31日 | | | | |
| 备  注 |  | | | | |

**注：1.在选定的□内划√；**

**2.考核不合格原因填入备注栏；**

**3.对考核结果不服并提出复核申请的处理情况填入备注栏；**

**4.其它需说明的问题记入备注栏。**

**5.打印2份，一份装入医师个人人事档案，一份由考核机构存入《医师定期考核档案》存档。**

附件2

医师行为记录表

医师执业注册机构：

考核周期： 2021年1月至2023年12月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 科室 |  |
| 医师执业证书编码 | |  | | | | |
| 行为记录（须注明时间）  1.考核周期内有“良好行为记录”或“不良行为记录”的均须如实填写；  2.无相关行为记录的填写“无良好行为记录”或“无不良行为记录”；  3.填写完成后本人手写签名，执业注册机构复核后盖章。 | | | | | | |
| 填写人： 单位盖章：  年 月 日 | | | | | | |

**注：良好行为记录包括医师在执业过程中受到的市级及以上奖励、表彰；完成政府指令性任务（援藏或援疆、反腐倡廉基地保障任务累计3个月及以上）等；不良行为记录包括因违反医疗卫生管理法规和诊疗规范常规受到的行政处罚、处分以及发生的医疗事故等。**

附件3

医师定期考核档案

姓 名 :

医师执业机构、科室 ：

医师定期考核 类别 ：

医师定期考核 级别 ：

医师资格证书 编码 :

医师执业证书 编码 :

填 表 时 间 ： 年 月 日

安徽省卫生厅监制

填表及归档说明

1、根据《安徽省医师定期考核管理办法实施细则》要求，医师定期考核实行“医师个人考核档案管理制度”。

2、本档案供取得临床、口腔、公卫或中医类别执业（助理）医师，在执业期间首次定期考核时使用，第二次以后的定期考核仅使用《医师定期考核表》。

3、一律用钢笔填写，内容要具体、真实、字迹要端正清楚。

4、封面、表1-4由本人填写，医师执业机构核准并加盖公章。

5、表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

6、医师定期考核类别请填写临床、中医、口腔或公共卫生类别。

7、医师定期考核级别请填写执业医师或执业助理医师。

8、本档案表一式二份，一份存入本人人事档案，一份存入考核机构本人医师定期考核档案。

9、医师定期考核档案内将以下材料归档：

《医师定期考核表》、《医师行为记录表》、《医师定期考核执行简易程序申请表》《医师资格证书》复印件；《医师执业证书》复印件；医师最高学历、学位证书复印件；《医师资格认定申请审核表》原件或复印件（限直接认定医师资格者）；医师授予资格表原件或复印件（限通过医考取得医师资格者）；按照医师执业岗位需要，必须具备的岗位培训或考试取得的各类证书复印件（如：全科医师培训合格证书、母婴保健合格证）和有关医师在执业活动中获得奖励、处罚记录等。

表1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 情 况 | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 民 族 |  | | | 小二寸  免冠照片 |
| 出 生  年 月 |  | | 籍贯 |  | | 参加工作时间 |  | | |
| 最高学历  取得时间 |  | | 学位 |  | | | | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | |
| 执业机构  （单位）名称 | | |  | | | | | | | |
| 医师执业范围  及科室 | | |  | | | | | | | |
| 单位通讯地址 | | |  | | | | | | | |
| 单位邮政编码 | |  | 联系电话 | |  | | | 传真 |  | |
| 现任专业技术职务及任职时间、聘用单位 | | |  | | | | | | | |
| 现有专业技术职务任职资格及取得时间、审批机关 | | |  | | | | | | | |
| 何时何地受何种处分 | | |  | | | | | | | |
| 人事档案存放单位、  地址及邮政编码 | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学 习 简 历 | | | | | | | |
| 起 止  年 月 | 学校及系、专业 | 肄  毕 业  结 | | | 学 位 | | 证明人 |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | | |  | |  |
| 工 作 经 历 | | | | | | | |
| 起止年月 | 单 位 | | 技术  职务 | 从事何专业技术工作 | | 证明人 | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |

表2

表3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考核期五年以来发表学术论文和专著情况 | | | |
| 时间 | 发表论文或专著题目 | 期刊名称 | 论文或专著作者排序 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 考核期五年以来获得科技成果奖励情况 | | | |
| 时间 | 获得成果题目 | 授奖机构级别 | 获奖作者排序 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

表4

|  |
| --- |
| 本人考核期3年内专业技术工作述评  本人签字： 年 月 日 |
| 医师执业机构核准结论：    单位公章  负责人签字： 年 月 日 |

附件4

医师定期考核执行简易程序申请表

（考核周期2021.1-2023.12）

医师执业注册所在医疗机构名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | |  | | 性别 |  | 填报时间 | |  |
| 执业时间 | | 年 月 日 | | 专业 |  | | 科室 |  |
| 医师资格证书编码 | | |  | | | | | |
| 医师执业证书编码 | | |  | | | | | |
| 本人述职报告 | 不少于500字。 | | | | | | | |
| 执行简易程序条件 | 具有 年以上执业经历，职称及取得时间  是否离退休后由本单位返聘：□是 □否  本考核周期内良好行为记录（具有12年以上执业经历可不填）：  有无不良行为记录： □有 □无 | | | | | | | |
| 科室意见：  负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 单位意见: □同意申报 □不同意申报    单位盖章： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 考核机构意见：□同意 □不同意  考核机构盖章： 年 月 日 | | | | | | | | |

**注：1、述职报告内容包含业务水平、工作成绩、职业道德等。2、良好行为记录包括医师在执业过程中受到的市级及以上奖励、表彰；完成政府指令性任务（援藏或援疆、反腐倡廉基地保障任务累计3个月及以上）等；不良行为记录包括因违反医疗卫生管理法规和诊疗规范常规受到的行政处罚、处分以及发生的医疗事故等。3、执业时间为医师考核级别（执业医师/执业助理医师）初次注册时间。4.专业填写执业范围。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件5** | | | | | | | | | | | | | |
| **2024年医师定期考核人员申报汇总表** | | | | | | | | | | | | | |
| 医师执业注册所在机构（盖章）： 填表人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **科室** | **姓名** | **性别** | **考核级别** | **首次注册时间** | **身份证号** | **医师执业证书编码** | **类别** | **执业范围** | **考核结果** | | **考核方式** | **备注** |
| **工作成绩** | **职业道德** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1.考核级别为执业助理医师/执业医师；2.首次注册时间填本次考核级别首次注册年月日；3.类别填写临床/中医/公卫；4.执业范围填内科/外科/妇产科等；5.考核结果填合格/不合格；6.考核方式填简易程序/一般程序；7.免业务水平测试、5年以上执业经历+良好行为记录或其他需要说明的情况请在备注栏注明。 | | | | | | | | | | | | | |

附件6

**年度医师定期考核情况汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **执业地点** | **执业类别** | **医师职称** | **考核结果**  **（合格/不合格）** | **使用程序**  **（一般/简易）** | **考核机构** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |