附件1

2022年全国基层名老中医药专家传承工作室

建设项目专家名单

|  |  |
| --- | --- |
| 赛音毕力格 | 正镶白旗蒙医院 |
| 杜培君 | 武川县蒙医中医医院 |
| 尚晓良 | 五原县中蒙医院 |
| 杨呼格吉力图 | 杭锦旗蒙医综合医院 |
| 马志德 | 四子王旗蒙中医院 |
| 任晓林 | 鄂伦春自治旗中蒙医院 |
| 吴金刚 | 科尔沁右翼中旗蒙医医院 |

附件2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 国家中医药管理局  全国基层名老中医药专家传承工作室  建设项目任务书 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **项 目 名 称:** |  |
| **项目依托单位:** |  |
| **项目负责部门:** |  |

**国家中医药管理局人事教育司制**

**2022年2月**

**填写说明：**

1．《国家中医药管理局全国基层名老中医药专家传承工作室建设项目任务书》（以下简称《任务书》）系国家中医药管理局为开展全国基层名老中医药专家传承工作室建设项目而设计的任务书。项目名称为：xxx全国基层名老中医药专家传承工作室。

2.省级中医药主管部门或上级行政主管部门是项目管理部门为甲方，根据实施方案及《任务书》，具体负责指导和督促项目的执行，不定期对工作室建设进展进行指导、督促和检查。

3．承担建设任务的单位是项目依托单位为乙方，根据《2022年全国基层名老中医药专家传承工作室建设项目实施方案》，细化建设任务，制定具体措施，明确责任人，填写《任务书》，经省级中医药主管部门审核后，报国家中医药管理局人事教育司。

4．2022年全国基层名老中医药专家传承工作室建设周期为2022年2月至2025年1月。

5.国家拨款总额参考标准为25万元/个，分年度拨付经费，各省可根据实际情况自行确定补助标准，具体数额请咨询本省（区、市）中医药主管部门。

6.建设经费预算中人才培养经费不得低于经费总额的20%。

7.任务书内容须用仿宋四号字填写，用A4纸打印，超出格式者可另加页。所有填写内容必须真实有效。

一、老中医药专家基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **民族** |  | **健康状况** | |  |
| **出生年月** |  | | **职称** |  | | **学历/学位** | |  |
| **从事专业/专科** |  | | | | | | | |
| **擅治病种** |  | | | | | | | |
| **通讯地址** |  | | | **邮 编** | | |  | |
| **手机电话** |  | | | **电子邮箱** | | |  | |

二、工作室基本情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依托单位  基本情况 | **单位名称** |  | | |
| **通讯地址** |  | | |
| **联系电话** |  | **邮 编** |  |
| **负 责 人** |  | **职 务** |  |
| 工作室  负责人  基本情况 | **姓 名** |  | **性 别** |  |
| **出生年月** |  | **民 族** |  |
| **学历/学位** |  | **职称/职务** |  |
| **从事中医临床工作时间** |  | **专业/专科** |  |
| **手机电话** |  | **电子邮箱** |  |
| **通讯地址** |  | **邮 编** |  |

三、继承人等相关人员基本信息

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **继承人基本信息** | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 学历/学位 | 职称/  职务 | 工作单位 | 签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **重点指导的乡镇卫生院人员基本信息** | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 学历/学位 | 职称/  职务 | 工作单位 | 签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **重点指导的乡村医生基本信息** | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 学历/学位 | 职称/  职务 | 工作单位 | 签字 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

四、对口指导单位基本信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.乡镇卫生院 | | | |
| 单位名称 |  | | |
| 负 责 人 |  | 联系电话 |  |
| 2.村卫生室 | | | |
| 名 称 |  | | |
| 负 责 人 |  | 联系电话 |  |
| 3.村卫生室 | | | |
| 名 称 |  | | |
| 负 责 人 |  | 联系电话 |  |

五、现有工作基础（近5年以老中医药专家学术经验为主要内容开展的相关工作）

|  |
| --- |
|  |

六、建设任务、具体措施及责任人

| 建设任务 | | | 具体措施 | 完成时限 | 责任人 | 责任人签字 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 条件  建设 | 老中医专家临床经验示诊室（面积不小于15m2） | |  | 2022年10月底前 | 单位负责人 |  |
| 老中医专家临床经验示教室 | |  | 2022年10月底前 |
| 传承建设 | 收集整理老中医专家医案、处方、学习笔记、读书临证心得、论文等原始材料，建立资料库 | |  |  | 工作室负责人  专家 |  |
| 总结提炼老中医专家临床经验，形成至少1个相应的临床诊疗方案、经验方或技术方法 | |  |  |
| 人才培养 | 培  养  继  承  人 | 采用临床带教的方式，培养6名以上继承人 |  |  | 专家 |  |
| 每人每月跟师学习时间不少于4个工作日、撰写2篇跟师笔记、1篇与老中医专家临床经验相关的医案或临床经验运用心得，并运用于临床 |  |  | 继承人 |  |
| 人才培养 | 学习  交流  活动 | 围绕老中医专家临床经验，每季度组织1次人才培养相关活动，每年不少于4次，每次不少于10人，每次做好活动记录和学习资料保存 |  |  | 工作室负责人  专家 |  |
| 巡  诊  带  教 | 与1个乡镇卫生院、2个村卫生室建立对口指导联系，有条件的可建立相应的工作站，制订相关协议或文件 |  |  | 单位负责人  工作室负责人专家 |  |
| 每年巡诊活动次数不少于6次，每次活动时间不少于1个工作日；重点指导1名以上乡镇卫生院中医人员、2名以上乡村医生解决临床实际问题，做好活动记录和指导资料保存 |  |  | 工作室负责人专家 |  |
| 集中理论培训 | 组织继承人参加由省级中医药主管部门主办的不少于1次的集中理论培训 |  |  | 省级中医药  管理部门 |  |
| 制度建设 | 制定工作室建设计划，建立日常管理、经费使用、学习交流、跟师带教、巡诊等管理制度 | |  |  | 工作室负责人专家 |  |

七、建设经费预算

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国家拨款** | | | | **25万元** | |
| 预算项目及说明 | | | | | |
| **预算项目** | **数量** | **单价** | **总额** | | **备注/计算依据** |
| 一、条件建设 |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 二、传承建设 |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 三、人才培养（注：该部分经费不少于总额的20%） |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 四、制度建设 |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 五、其他 |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |

预算编制人（签名） 财务负责人（签名）

八、项目协议

|  |
| --- |
| 甲方：省级中医药主管部门  严格按照有关规定，指导督促项目依托单位按时保质完成项目任务。  **负责人签字： 项目负责部门（盖章）年 月 日** |
| 乙方：项目依托单位  严格按照有关规定和任务书的计划安排，按时保质完成所承担的项目，并严格管理项目经费使用，承担未按时完成项目的责任。  **项目依托单位负责人（签字） 项目依托单位（盖章）**  **年 月 日** |