

国家卫生健康委医院管理研究所

国卫医研函〔2023〕205号

国家卫生健康委医院管理研究所关于开展 “感·动中国”项目培训基地 申报工作的通知

各有关单位：

为进一步夯实基层医疗机构医院感染防控基础，促进基层医院感染控制能力提升，我所将启动第二期基层医院感染质量管理培训项目（“感·动中国”项目），并遴选15家医疗机构作为项目培训基地。经研究，现开展“感·动中国”项目培训基地申报工作，具体事宜如下：

一、申报条件

（一）医疗机构的条件

- 三级甲等医院，具备开展培训所需的办公场所等硬件；
- 医院感染管理专业学术及管理综合实力较强，在全国具有一定影响力；
- 医疗机构的院感管理部门具有规范的进修生管理制度，具备带教进修生的专业经验；

4. 省级院感质控中心及国家医院感染管理医疗质量控制中心专家委员会委员所在医疗机构优先纳入。

（二）培训基地负责人条件

1. 培训基地负责人原则上由分管院感管理部门的院级领导担任；

2. 具有较强的专业和组织领导能力，熟悉院感管理有关法律、法规、规章和专业知识；

3. 具有较好的带教培训管理能力，热心院感管理相关培训工作，具有充裕的工作时间，能够胜任培训基地负责人工作。

二、培训基地任务

（一）按照项目培训计划和方案配套培训师资、场地，保质保量开展培训工作。

（二）开展多种形式相结合的培训。培训形式包括并不限于理论培训和实践带教。理论培训注重基础知识强化和运用，采用多种教学手段，增加教学互动。实践带教侧重院感管理的实践技能，能正确理解院感管理制度与流程，以问题为导向，掌握发现、分析和解决问题的工作方法，包括案例分析、质量改进过程、风险评估过程、暴发识别与调查程序、医院感染监测、项目设计与实施的能力等。

（三）做好学员管理工作。合理安排学员食宿，做好培

训安排及开展培训效果评估等。

三、招收学员范围

以中青年院感管理专职人员为主，满足以下条件：

（一）专职从事医院感染管理岗位工作五年以上或拟任医院感染管理科室负责人；

（二）本科及以上学历，具有中级及以上技术职称；

（三）具备较强的责任心、敬业精神和学习能力，具有良好的沟通和表达能力，在本专业领域中有重要贡献或参与过重大公共卫生事件处置，经所在单位推荐。

四、申报评选流程

（一）申报单位填写《“感·动中国”项目区域培训基地申报表》（详见附件），请于2023年11月30日前将申请书WORD版及签字、盖章后的PDF扫描件发送至联系人电子邮箱，邮件主题为“培训基地申请+单位+姓名+联系电话”。

（二）医院研究所将组织对申报单位进行遴选，结果将于2023年12月31日前进行公示。遴选时间、方式另行通知。

五、联系方式

联系人：医疗服务与安全研究部 武娜娜 赵烁

联系电话：010-81138560

电子邮箱：yyg1zx2012@163.com

附件：“感·动中国”项目区域培训基地申报表

国家卫生健康委医院管理研究所

2023年11月8日



附件

国家卫生健康委医院管理研究所
“感·动中国”项目培训基地
申 报 表

申报单位： _____

电子邮箱： _____

申报日期： _____

联系人： _____ 联系电话： _____

一、单位信息

申报单位 基本情况	医院名称		医院级别	
	医院地址			
基地负责人 基本情况	姓 名		性 别	
	学 历		年 龄	
	行政职务		技术职称	
	主要学术任职			

二、基本情况

内容	是否有/开展	支撑材料
1.培训基地是否有开设培训的会议室?	<input type="checkbox"/> 是, 面积: _____m ² <input type="checkbox"/> 否	如有器材, 请填写清单说明, 见附表
2.是否有为培训学员提供的办公工位?	<input type="checkbox"/> 是, 面积: _____m ² <input type="checkbox"/> 否	
3.培训基地是否有储存器材的场所?	<input type="checkbox"/> 是, 面积: _____m ² <input type="checkbox"/> 否	

4. 培训基地简介，并说明申请培训基地的原因或理由。（不超过 500 字）

三、师资队伍

内容				是否有/开展
1.培训基地是否已有本单位培训导师队伍？				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.如有，请在下表提供现有导师名单或拟首批培训导师名单				
姓名	职称	学历	所在单位及科室	主要学术任职

四、基地管理

内容	是否有/开展	
(一) 承担相关专业质控中心工作情况		
本单位是否是医院感染管理专业质控中心:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是, <input type="checkbox"/> 省级 <input type="checkbox"/> 市级 <input type="checkbox"/> 县(区)级	
(二) 培训基地培训/科研项目经验		
1.承担过国家级继续教育项目	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2.承担过省、部级医院感染管理培训项目	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3.获得过国家级、省部级科研、教学成果奖	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如有, (请附照片或证书等证明材料)	
(三) 除了本省(市)医疗机构单位的医护人员外,课程能否向其他省(市)单位医护人员开放?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如否,原因是:_____	
(四) 培训基地预期 2024 年培训计划:		
时间	培训课程名称(主题)	培训人数(人)

五、申报单位审批意见

基地负责人签字盖章	承诺以上信息真实有效, 签字: <div style="text-align: right;">年 月 日</div>
-----------	--

<p>医疗机构审核意见</p> <p>(请签字是否同意并盖章)</p>	<p>签字:</p> <p>年 月 日</p>
-------------------------------------	-------------------------

附表

培训相关器材清单

序号	器材	数量	照片（选填项）
1			
2			
3			
4			
5			
6			