

国家卫生健康委医院管理研究所

关于开展心血管核医学诊断技术能力提升 项目培训基地遴选工作的通知

各有关单位：

为贯彻落实《健康中国行动（2019-2030年）》文件要求，加强对医学技术人员的培训，进一步提升医疗机构心血管核医学诊断技术水平，我单位开展了心血管核医学诊断技术能力提升项目（以下简称“项目”）。根据工作安排，拟计划在全国范围内遴选一批医疗机构作为培训基地开展项目相关工作，具体事项通知如下：

一、基地要求

（一）培训基地应在心血管核医学诊断领域具有学术综合实力及专业影响力。

（二）培训基地负责人具有较高的学术及专业能力。

（三）培训基地具备开展理论和实践培训所需的人员、设备及办公场所等条件，具体要求（见附件1）。

二、基地职责

（一）培训基地根据项目培训大纲及要求，制定本基地的培训方案、工作制度和管理办法，确定本基地培训讲师名单，并按照培训方案接收进修学员，按时完成学员培训和考核任务。

(二) 培训基地需要进行理论培训及实践操作培训，定期安排基础理论与相关知识讲座及病例讨论。

(三) 培训基地须进行培训学员建档工作。档案内容包括学员基本信息、考勤、培训内容、时间、考核情况等。

三、遴选流程

(一) 满足基地要求的医疗机构，填写培训基地申请表（见附件2-4），并将申请表电子版以及加盖单位公章的PDF版于2024年4月30日下午17:00前发送至项目邮箱（xxghyxxm@163.com），并抄送ncis@niha.org.cn。

(二) 项目专家委员会将对申报材料进行审核及评选。

(三) 遴选结果公示。

四、申报时间

自发文之日起至2024年4月30日。

五、联系方式

联系人：医疗质量监测与控制研究室 吴老师 刘老师

联系电话：010-81138551、8511

项目邮箱：xxghyxxm@163.com

附件：1. 申报要求

2. 心血管核医学诊断技术能力提升项目培训基地申请表

3. 心血管核医学诊断技术能力提升项目培训基地负

责人信息表

4. 心血管核医学诊断技术能力提升培训项目基地培
训讲师信息汇总表

心血管核医学诊断技术能力提升项目工作组

(代章)

2024年4月3日



附件1

申报要求

一、基本条件

(一) 三级医院。

(二) 开展静息及负荷核素心肌灌注显像检查3年以上，每年开展核素心肌灌注显像检查不低于300例。

(三) 具备良好的教学师资，核医学科高级职称不低于2人，其中正高不低于1人。

(四) 具备心脏核医学诊疗辅助设备，如活动平板、踏车，除颤仪、心电监护仪等相关抢救设备。

(五) 申报单位能够安排至少1位副高级以上医师作为基地培训导师，参与日常培训教学工作。

二、其他条件

(一) 近五年承担过心血管核医学方向，省/部级以上科研项目。

(二) 近五年组织过心血管核医学领域国家级继续教育培训。

(三) 近五年承担过心血管核医学相关主题国家自然科学基金。

(四) 近五年获得过心血管核医学领域省/部级科技奖励。

(五) 近五年发表过心血管核医学方向论文、著作(论文为第一作者或通讯作者; 著作为副主编及以上)。

所有申报单位必须满足“基本条件”; “其他条件”中满足任一项可优先考虑。

附件2

心血管核医学诊断技术能力提升项目 培训基地申请表

医疗机构名称		医院级别	
医院类型	<input type="checkbox"/> 综合 <input type="checkbox"/> 专科	所在省市	
联系地址 (含邮编)			
核医学科基本情况			
核素心肌灌注 显像检查(例/年)	静息检查: (例/年); 负荷检查: (例/年)。		
是否具备放射防护设备	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
科室师资力量 及人员配备	核医学科高级职称: 人, 其中正高级职称: 人; 科室医师: 人, 技术人员: 人, 护士: 人。		
是否为教学医院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
培训基地的培训 硬件设施			
近五年单位的研究团队承 担过的心血管核医学 省/部级以上科研项目			
近五年组织过的心血管 核医学领域国家级 继续教育培训班			
近五年承担过的心血管核 医学领域国家 自然科学基金			
近五年曾获得的心血管 领域省/部级科技奖励			
近五年单位的研究团队发 表过心血管核医学方向 论文、著作			
培训基地负责人意见 (签字)	承诺以上信息真实有效, 签字: 年 月 日		

填表说明:

1. 所填报的信息应当真实有效, 有造假嫌疑者, 一经查实, 取消申报资格。
2. 核素心肌灌注显像检查情况、师资力量及人员配备情况请填写2023年底数据, 并附佐证材料, 如人员资格证书等。
3. 加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。

附件3

心血管核医学诊断技术能力提升项目 培训基地负责人信息表

省份：

医疗机构名称：

姓 名		年 龄	
性 别		民 族	
技术职称		行政职务	
从事临床/教育/培训总年数			
联系电话		联系邮箱	
通讯地址			
负责人工作经历			
本人签字	承诺以上信息真实有效，签字： 年 月 日		
单位盖章 (签字并盖章)	签字： 年 月 日		

填表说明：

1. 所填报的信息应当真实有效。
2. 申请培训基地负责人应当符合以下要求：
 - (1) 遵守职业道德，有较强的事业心和责任感，身体健康；
 - (2) 具有副高级及以上专业技术任职资格；
 - (3) 有较强的组织协调能力，为人正直，秉公办事；
 - (4) 热心并能够胜任中心相关工作，并能保证相应工作时间等。
3. 加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。

附件4

心血管核医学诊断技术能力提升项目培训基地
培训师信息汇总表

序号	专业	姓名	年龄	科室	技术职称	联系电话	联系邮箱
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

培训基地负责人签字：

(单位盖章)

填表说明：

1. 所填报的信息应当真实有效。
2. 基地培训师应当符合以下要求：
 - (1) 遵守职业道德，有较强的事业心和责任感，能够胜任培训授课相关工作，并能保证相应工作时间等。
 - (2) 具有副高级及以上专业技术任职资格。
3. 加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。