

国家卫生健康委医院管理研究所

关于举办外科基础技能交流会的通知

各医疗机构:

为进一步提高外科医师基础技能水平,加强外科基础技能培训同质化规范化,我单位开展了外科基础技能提升项目(以下简称“项目”)。根据项目工作安排,我所拟于9月6日在第三届中国医疗质量大会上举办外科基础技能交流会,现将具体事项通知如下:

一、交流内容

外科基础技能交流将围绕四个部分进行,分别为:

- 手工深部打结。
- 手工肠肠吻合。
- 腹腔镜下缝合打结。
- 腹腔镜下剪圆。

二、会议时间及地点

(一)会议时间。

2024年9月6日8:00-18:00,9月5日(周四)报到,9月7日离会,会期1天。

(二)会议地点。

杭州国际博览中心(地址:浙江省杭州市萧山区钱江世纪

城奔竞大道 353 号)。

三、交流形式

本次交流会将以团体交流的形式进行，即以医疗机构为单位，4 人组成一个团队。每家医疗机构最多 1 个团队参与，除手工深部打结内容外，每位选手仅可参加一个交流内容。

四、团队要求

- (一) 二级及以上医疗机构。
- (二) 年龄为 45 周岁及以下（1979 年及以后出生）。
- (三) 住院医师及以上职称的外科医师。

五、交流安排

(一) 参加人员请以团队形式填写报名表(见附件 1 和 2)，并将报名表 word 版以及加盖单位公章的 PDF 版于 2024 年 8 月 15 日 17:00 前发送至项目邮箱 (wkjcn2022@163.com)。

(二) 医院研究所将组织外科基础技能提升项目专家委员会专家对报名团队进行审核。

(三) 通过审核的团队将被邀请至本次交流会进行技能交流，审核结果将于 8 月 20 日前以邮件或电话进行通知。

(四) 医院研究所将组织专家依据科学、公平、公正的原则对交流内容进行打分，分数最高的前六名为本次交流会优秀团队，将会在第三届中国医疗质量大会主论坛进行证书颁发。

六、其他事项

- (一) 会议所需交通、食宿费用自理，会议不安排接送站。
- (二) 交流所需模型、器械等材料由会议统一提供。
- (三) 具体技术要求、会议日程安排等相关内容将另行通知。

七、联系方式

联系人：医疗质量监测与控制研究室 袁老师 刘老师

联系方式：010-81138551、8557

联系邮箱：wkjcjn2022@163.com

- 附件：1. 外科基本技能交流会医院报名表
2. 外科基本技能交流会学员报名表

国家卫生健康委医院管理研究所

2024年7月29日



附件 1

外科基本技能交流会医院报名表

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)			
外科培训基本情况			
是否参加过外科基础技能提升项目相关培训	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否为教学医院	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
交流会领队姓名		联系电话	
近两年开展过或参加过的培训项目			
申请人签字	承诺以上信息真实有效，签字： 年 月 日		
医疗机构审核意见 (签字并加盖医院公章)	签字： 年 月 日		

填表说明：

1. 所填报的信息应当真实有效。
2. 加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。

附件 2

外科基本技能交流会学员报名表

省份：

医疗机构名称：

A. 手工深部打结			
姓 名		年 龄	
性 别		民 族	
技术职称		联系电话	
B. 手工肠肠吻合			
姓 名		年 龄	
性 别		民 族	
技术职称		联系电话	
C. 腔镜下缝合打结			
姓 名		年 龄	
性 别		民 族	
技术职称		联系电话	
D. 腔镜下剪圆			
姓 名		年 龄	
性 别		民 族	
技术职称		联系电话	

本人签字盖章 (四人签字)	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. 申请交流会学员应当符合以下要求：
 - (1) 遵守执业道德，有较强的事业心和责任感，年龄原则上不超过 45 周岁，身体健康；
 - (2) 具有住院医师及以上专业技术任职资格的中青年；
3. 加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。