西安交通大学第二附属医院 分级授权申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 科 室 | |  | | 申请时间 | | |  | |
| 现技术职称 | |  | | 受聘职称时间 | |  | | 申请手术级别 | | |  | |
| 完成拟申请级别手术情况（上一年度数据）： | | | | | | | | | | | | |
| 完成例数 |  | 成功率 |  | | 并发症发生率 |  | 死亡例数 | |  | 非计划再  次手术例数 | |  |
| 附10例病案号： | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术水平（自评）  签 名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 科室考评意见：  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 医务部意见：  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 医疗质量与安全管理委员会意见：  负责人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |