附件2

医师定期考核表（一般程序）

**考核年度：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | 年 月 | | 相  片 |
| 学历 |  | 毕业学校 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | 参加工作时间 | | 年 月 | |
| 医师资格证书编码 |  | | | 取得时间 | | 年 月 | |
| 医师执业证书编码 |  | | | 取得时间 | | 年 月 | |
| 执业情况 | 在职/返聘 | 执业经历 | 年 | | 执业范围 | |  | |
| 医  师  行  为  记  录 | 良好  行为  记录 | 受到的表彰、奖励 | | |  | | | |
| 完成的政府指令性任务 | | |  | | | |
| 取得的科研技术成果 | | |  | | | |
| 不良  行为  记录 | 违反医疗卫生管理法规和诊疗规范受到行政处罚、处分情况 | | |  | | | |
| 发生医疗事故情况 | | |  | | | |
| 考  核  意  见 | 工  作  成  绩  评  定 | 完成工作数量  合格□ 不合格□  完成工作质量  合格□ 不合格□  完成政府指令性工作情况  合格□ 不合格□  执业机构评定意见：  合格□ 不合格□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 职业  道德  评定 | 执业机构评定意见：  合格□ 不合格□  执业机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核机构复核意见：  同意□ 不同意□ | | | | | | |
| 业  务  水  平  测  评 | □有关法律、法规、专业知识以及专业技术操作的考核或考试  □对其本人书写的医学文书的检查  □患者评价和同行评议  □省级卫生行政部门规定的其他形式  结论 合格□ 不合格□  考核机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 考核结果 | | 考核结论  合格□ 不合格□  考核机构盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | |

注：1.在选定的□内打“∨”。

2.考核不合格原因、对考核结果提出复核申请的处理意见及其他需要说明的记入备注栏。