陕中医药函〔2018〕444号

陕西省中医药管理局关于开展

2018年中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核工作的通知

各设区市、杨凌示范区、韩城市卫生计生局（委）、中医药管理局，西咸新区教育卫体局，神木市、府谷县卫生计生局，各有关单位：

根据《关于印发陕西省中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核实施方案的通知》（陕中医药函〔2016〕35号）文件精神及相关工作安排，2018年全省中医类别医师从事精神科执业范围的考核工作继续由西安市精神卫生中心承担，现就具体考核工作安排如下：

**一、考核目的**

贯彻落实《精神卫生法》，规范中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗的执业管理，为符合条件的可从事精神障碍疾病诊断与治疗的中医类别执业医师加注精神科执业范围提供依据。

**二、报名及资格审查**

（一）报名条件

已获得中医类执业医师资格证书，执业范围注册为中医类（中医、中西医结合）的医师。且符合下列条件之一的：

1、2013年5月1日前在中医医院的神志病科、中医心理科、心身医学科等精神类临床科室从业满5年。

2、2013年5月1日前，在精神专科医院、设精神科病房的综合医院精神科或设独立精神病院区的中医医院从事精神障碍诊断与治疗不满2年，或在中医医院的神志病科、中医心理科、心身医学科等精神类临床科室从业不满5年的，或在基层医疗机构从事精神障碍疾病诊断与治疗工作的，必须在三级精神专科医院或设精神科病房的三级甲等综合医院从业、培训或进修满1年（培训或进修可以累计，但单次进修或培训时间不低于1个月)。

3、2013年5月1日后从事精神障碍诊断与治疗的，必须在三级精神专科医院或设精神科病房的三级甲等综合医院从业、培训或进修满2年（培训或进修可以累计，但单次进修或培训时间不低于1个月)。

（二）报名时间、地点

报名时间：2018年12月10日至14日

报名地点：西安市精神卫生中心科教科（西安市航天大道东段与包茂高速交叉点东南角，行政楼二层）

联系人：张曼

联系电话：029-63609318

（三）报名材料

1、中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核申请表（附件1）；

2、考生本人有效身份证件（身份证等）及复印件1份；

3、考生本人毕业证及复印件1份；

4、考生本人的医师资格证书、执业证书及复印件1份；

5、考生工作单位出具的从事精神障碍疾病诊断与治疗的工作年限证明（附件2）；

6、考生在三级精神专科医院或设精神科病房的三级甲等综合医院从业、培训或进修的证明（附件3）；

7、考生所在单位医疗机构许可证副本复印件1份

8、考生本人近期的1寸免冠照片4张。

（四）资格审核与准考证发放

各机构将考生报名材料及汇总表报至西安市精神卫生中心，由西安市精神卫生中心对审核通过人员发放准考证。

（五）考核日期

暂定2018年12月22日，具体以准考证为准。

**三、考核内容和形式**

（一）对基本理论、基础知识、基本技能进行全面考核，分为理论考试、实践操作考核和病历文书书写三部分。

（二）考核项目采用百分制，其中：理论考试成绩占40%、实践操作成绩占40%、病历文书书写占20%。

理论考试为闭卷考试，主要内容为精神科基本理论、基础知识以及相关法律法规政策。实操考核包括病史采集、体格检查、精神检查、诊断与治疗、常规医疗操作等几方面。病历文书考核的案例以实操考核的诊疗病例为准。

（三）理论考试试题在考核单位试题库中随机抽取，每套均分为A、B卷。实践操作由两位高级职称精神科医师作为考官，一位主考官，一位考官，共同签字认可的成绩为有效成绩。病历书写由高级职称精神科医师评阅。

**四、考核纪律**

参照执业医师考试考场纪律及国家相关法律法规执行。

**五、考核结果**

考核总成绩60分以上为考核合格，由西安市精神卫生中心出具陕西省中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核表（附件4），并发放考核合格证明，作为从事精神障碍疾病诊断与治疗的中医类别执业医师加注精神科执业范围的相关依据。

**六、其他事项**

1、考生务必按准考证上的时间提前半小时到达考点候考，考生请自带身份证、文具、工作服、口罩、帽子、听诊器、叩诊锤等。

2、报名须提交的表格一律使用黑色钢笔或签字笔填写，做到字迹清楚，内容完整，格式规范。

**七、联系方式**

陕西省中医药管理局 王勇刚 029-89620682

西安市精神卫生中心 张 曼 029-63609318

[附件：](http://www.snatcm.gov.cn/attached/file/20160511/20160511143513_911.doc" \t "_blank)

1、中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核申请表

2、中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗工作年限证明

3、中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗培训、进修年限证明

4、陕西省中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核表

陕西省中医药管理局

2018年11月26日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1：  中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核申请表 | | | | |
| **姓名** |  | **性别** |  | 照片 |
| **工作单位** |  | **出生年月** |  |
| **参加工作时间** |  | **执业类别** |  |
| **培训或进修起止时间** | **培训或进修单位** | **培训或进修内容** | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| **进修或培训时间已满（ ）年，申请考核。** | | | | |
| **工作单位意见：** | | | | |
| 印 章    年 月 日 | | | | |
| **考核机构意见：** | | | | |
| 印 章     年 月 日 | | | | |
|
|
|
|
|

附件2：

中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗工作年限证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | | **出生年月** | | | |  |
| **民 族** |  | **参加工作时间** |  | | **从事精神障碍诊疗时间** | | | |  |
| **学习经历（从初中毕业后填写，只填写学历、学位学习经历）** | | | | | | | | | |
| **起止年月** | **所学专业** | **学校、院系** | | | | | | **学历及学位** | |
|  |  |  | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | |  | |
|  |  |  | | | | | |  | |
| **身份证号** |  | | | **执业证编号** | | |  | | |
| **执业医疗机构** | **名 称** |  | | | | **邮编** | | |  |
| **地  址** |  | | | | | | | |
| **法 人** |  | | | | **联系电话** | | |  |
| **现执业岗位**  **(专业)** | **专业科室** | **工作年限** | | | | **起止时间** | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
| **工作单位审核意见** | **请确认上述信息后盖章、签字。**  **单位公章 单位法人签字：**  **年    月    日** | | | | | | | | |

附件3：

中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗

培训（进修）年限证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** | |  | **出生年月** | |  |
| **民 族** |  | **身份证号** | |  | | | |
| **执业证编号** |  | | | | | | |
| **培训、进修** | **培训（进修）单位** | | | **培训（进修）科室** | | **培训（进修）起止时间** | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
| **累计培训（进修）时间** | | |  | | | | |
| **工作单位意见** | **请确认上述信息后盖章、签字。**  **单位公章 单位法人签字：**  **年    月    日** | | | | | | |
| **注：** | 1. **在精神科的培训或进修必须附培训（进修）结业证明。** 2. **单次在精神科从业、培训、进修时间不得低于1个月。** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件4： | | | | | | | | | | | | |
| 陕西省中医类别医师从事精神障碍疾病诊断与治疗考核表 | | | | | | | | | | | | |
| **姓 名** |  | **性 别** | |  | | | **出生**  **年月** |  | | **照片** | |
| **学 历** |  | **毕业**  **院校** | |  | | | | | |
| **身份证号** |  | | | **职称** | | |  | | |
| **参加工作**  **时间** |  | **工作单位** | | |  | | | | |
| **医师资格**  **证书编码** |  | | | | | | **取得**  **时间** |  | | | |
| **医师执业**  **证书编码** |  | | | | | | **注册**  **时间** |  | | | |
| **以下由考核机构填写** | | | | | | | | | | | |
| **理论考试** | **得分** | | **实践操作考核** | | | **得分** | | | **医疗文书书写** | | **得分** |
| **考核专家组意见** | **请签署合格或不合格**  **组长签字：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |
| **考核单位**  **意见** | **请签署合格或不合格**  **考核单位盖章： 法人签字：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | |