**附件4：**

**全国县级医院腹腔镜手术培训培训前情况备案表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  |  |  |
| 年龄 |  | 联系方式 |  |
| 职称 |  | 工作年限 |  |
| 手术掌握情况 | 主刀腹腔镜手术 | 有□ 无□ 病人数 例/月 |
| 主刀宫腔镜手术 | 有□ 无□ 病人数 例/月 |
| 能量系统使用能力 | 单极能量平台 熟练□掌握□了解□ 不了解□超声刀 熟练□掌握□了解□ 不了解□双极能量平台 熟练□掌握□了解□ 不了解□其他（请注明） |
| 主刀完成手术情况 | 手术总人数 |  例/月 |
|  科腹腔镜手术人数 |  人/月其中2级手术病人占 % 3级手术病人占 % |

填表人： 填表时间： 年 月 日

注：请如实填写此表，以便培训基地制定更为实际的培训计划