附件

2024年楚雄州彝医医术确有专长人员

医师资格考核（试点）报名指南

为做好2024年楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核（试点）工作，依据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（原国家卫生和计划生育委员会第15号令）和《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》（云卫规〔2018〕2号）规定，根据《云南省楚雄彝族自治州彝医药条例》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》（楚卫规〔2019〕1号），制定本指南。

一、报名时间、地点和方式

（一）报名时间：2024年 月 日 至2024年 月 日。

（二）报名地点：报考人员长期临床实践地所在县市卫生健康局。

（三）报名方式：现场报名。

二、报名资格

（一）基本资格条件。楚雄州行政辖区内（含在楚雄州辖区内工作、生活或居住满6年以上）以师承方式学习彝医或者经多年实践，年满18周岁，具有完全民事行为能力，身体健康，能胜任工作，参加过楚雄州卫生健康委组织的彝医药知识培训班，并取得《楚雄州彝医药知识培训合格证书》者，可以申请参加彝医医术确有专长人员医师资格考核。

（二）以师承方式学习彝医的，申请参加医师资格考核应当同时具备下列条件：

1.连续跟师学习彝医满五年（或根据原卫生部《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核考试办法》在医疗机构跟师学习满3年后，继续跟师学习满2年）；

2.由至少2名楚雄州行政区域内执业的中彝医类别执业医师推荐。

（三）经多年彝医医术实践的，申请参加医师资格考核应当同时具备下列条件：

1.具有医术渊源，在彝医医师指导下从事彝医医术实践活动满六年的；

2.由至少2名楚雄州行政区域内执业的中彝医类别执业医师推荐。

（四）凡有下列情况之一，不得报名：

1.不具有完全民事行为能力的；

2.正在接受司法机关立案侦查，或纪检监察机关立案审查的；

3.受党纪政纪处分期未满的；

4.受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请报名之日止不满2年的。

三、指导老师和推荐医师条件

（一）指导老师。指导老师应当具有中彝医类别执业医师资格，从事彝医临床工作十五年以上或者具有中彝医类副主任医师以上专业技术职务任职资格，执业地点在我州行政区域内，申请人申请考核的彝医药技术方法和具体治疗病证的范围与指导老师的专业一致，并对所指导的报名人员和技术负责。

（二）推荐医师。推荐医师应当为被推荐者长期临床实践所在县（市）医疗机构执业、与被推荐者专业相关、从事彝医临床工作十五年以上或者具有中彝医类副主任医师以上专业技术职务任职资格的中彝医类别执业医师。推荐医师每个考试年度最多只能推荐4名报考人员，对报考人员的医术情况了解熟悉。

四、提交材料

（一）以师承方式学习彝医的，申请参加彝医医术确有专长人员医师资格考核，应当提交以下材料：

1.楚雄州卫生健康委统一制定的《彝医医术确有专长人员医师资格考核申请表（师承学习人员）》（附件1）；

2.本人有效身份证明原件及复印件二份，单独提供近期正面白底免冠照片四张（二寸，约50mm×35mm），要求与申请表中照片一致，不得更换；

3.至少2名中彝医类别执业医师的推荐材料（在申请表内填写）；推荐医师身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证书及所在注册执业机构证明的原件和复印件；

4.《楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核彝医医术专长综述表》（附件2）一式七份，五份单独装订；

5.经县级以上公证机构公证的跟师学习合同原件及复印件，或经卫生健康行政部门确认“传统医学师承关系人员情况登记表”原件及复印件；

6.跟师学习材料，包括自公证之日起连续跟师学习彝医满五年的证明材料（学习笔记、临床实践记录等）复印件；

7.《楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核师承人员指导老师和医疗机构意见表》（附件3）；指导老师医师资格证书、医师执业证书、职称证书原件及复印件；指导老师所在医疗机构的《医疗机构执业许可证（副本）》复印件（加盖机构公章）；

8.《楚雄州彝医医术确有专长人员常用彝药申报表》（附件4）（涉及使用彝药的考核人员需填报）。

9.继续跟师学习满五年的证明材料（由指导老师和所在医疗机构提供书面证明）；

（二）经多年彝医医术实践的，申请参加彝医医术确有专长人员医师资格考核，应当提交以下材料：

1.楚雄州卫生健康委统一制定的《彝医医术确有专长人员医师资格考核申请表（多年实践人员）》（附件5）；

2.本人有效身份证明原件及复印件一式二份，单独提供近期正面白底免冠照片四张（二寸，约50mm×35mm），要求与申请表中照片一致，不得更换；

3.至少两名中彝医类别执业医师的推荐材料（在申请表内填写）,推荐医师身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证书、所在注册执业机构原件和复印件；

4.《楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核彝医医术专长综述表》（附件2）一式七份，五份单独装订；

5.从事彝医医术实践活动满六年的证明材料（附件6）；

6.《楚雄州彝医医术确有专长人员常用彝药申报表》（附件4）（涉及使用彝药的考核人员需填报）；

7.经多年彝医医术实践满6年且是乡村医生的，需提交：

①《乡村医生执业证书》原件及复印件；

②前述第1-4项和第6项材料（不涉及使用彝药的考核人员不需提交第6项材料）。

所有原件仅用于现场验证。上交材料详见《彝医医术确有专长人员医师资格考核证明材料装订目录》（附件9），一式两份提供，**不要附“填表说明”页**。

五、报名程序

（一）现场报名：报考人员到其长期临床实践所在县市卫生健康行政部门现场报名。

（二）提交报名材料：详见“四、提交材料”。

（三）报名审核：各县市卫生健康行政部门初审，对申报材料及报名人员真实情况认真审核并负责，州卫生健康委负责复审。

（四）报名公示：各县市卫生健康行政部门将通过初审的报考人员、指导老师和推荐医师信息在报考人员长期临床实践地或学习地进行公示（5个工作日），公示结束后，报州卫生健康委审核。确认通过人员在楚雄州卫生健康委官网进行公示。

（五）领取准考证：通过材料审查、信息公示等程序，符合报考条件的人员，在报名县（市）卫生健康行政部门领取准考证，按准考证上的时间、地点和要求参加考核。

六、医术专长填报说明

医术专长包括申请考核人员所使用的彝医药技术方法和擅长诊治的病证范围。使用的彝医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使用××技术诊治××病证”。医术专长还应符合“方法独特、技术安全、疗效明显”标准。

本次考核工作，仅对内科病下的心系病、肺系病类、脾系病类、内科其他病类下的风湿痹病；外科病下的皮肤病类；骨伤科病下的病类；楚雄州推广运用的53项彝医治疗技术及针刺类技术、骨伤类技术、推拿类技术进行考核。

（一）关于填报病证范围和彝医药技术方法

1.按照“彝医疾病+彝医药技术方法”模式确定申报的医术专长。彝医疾病名称对照《报考彝医病名（楚雄州2024年开考项目）》填写。彝医药技术方法分内服方药、外治技术、内外兼有三类。选填“内服方药”或“内外兼有”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件2、附件4相关内容应前后一致），选填“外治技术”或“内外兼有”类的申报者须对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2024年开考项目）》（附件8），明确外治技术类别或外治技术名称。

2.《报考彝医病名（楚雄州2024年开考项目）》、《彝医医疗技术目录（楚雄州2024年开考项目）》未收录的彝医疾病或外治技术，今年不开考。

3.各附件中涉及填写医术专长的内容和要求，已在栏目内进行简要文字提示，并可详见各附件的填表说明。

（二）关于申报彝医疾病数量的规定

对照《报考彝医病名（楚雄州2024年开考项目）》，内服方药和内外兼有类考生，可申报5个以内的疾病，外治技术和内外兼有类考生，可申报5种技术。

（三）医术专长填报举例

1.填报彝医疾病名称：对照《报考彝医病名（楚雄州2024年开考项目）》（附件7）填写。

①选择填写某一个彝医疾病。表示仅掌握某一病类下的某一个具体疾病。例如：选择填写“内科病”中“肺系病类”下的“咳嗽病”，表示仅掌握“咳嗽病”这1个具体疾病。

②选择填写某几个彝医疾病（不超过5个）。例如：选择填写“内科病”下“肺系病类”下的“咳嗽病”、“肺痨病”，表示掌握“咳嗽病”、“肺痨病”这2个具体疾病。

2.填报彝医药技术方法：分“内服方药”、“外治技术”、“内外兼有”三类，仅限选填其中一类，在相应栏打“√”。选填“内服方药”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件2、附件4相关内容应前后一致）。选填“外治技术”类的申报者须对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2024年开考项目）》，明确技术类别或技术名称。选填“内外兼有”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件2、附件4相关内容应前后一致），并对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2024年开考项目）》，明确技术类别或技术名称。

①选择填写某一个技术类别，并填写具体的技术名称。例如：选择填写“针刺类技术”，并填写“针刺类技术”下所列的“毫针技术”、“头针技术”表示掌握“毫针技术”、“头针技术”两项技术。

3.附件填报示例

①附件1、附件5中的医术专长示例：擅长使用毫针技术治疗呃逆病。

②附件2中的医术专长示例：呃逆病外治技术√毫针技术。

七、其他事项

（一）报考人员必须如实填写有关信息、提供真实资料。如发现弄虚作假等行为，将严格按照《云南省中医医术确有专长人员医师注册管理实施细则（暂行）》（云卫规〔2018〕2号）和《楚雄彝族自治州彝医医师资格考核注册管理办法》（楚卫规〔2019〕2号）等有关规定进行处理。

（二）2024年楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核相关信息可登录楚雄州卫生健康委网站查询，或到当地县（市）卫生健康行政部门咨询。

附件：1.彝医医术确有专长人员医师资格考核申请表（师承学习人员）

2.楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核彝医医术专长综述表

3.楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核师承人员指导老师和医疗机构意见表

4.楚雄州彝医医术确有专长人员常用彝药申报表

5.彝医医术确有专长人员医师资格考核申请表（多年实践人员）

6.彝医医术实践证明材料

7.报考彝医病名（楚雄州2024年开考项目）

8.彝医医疗技术目录（楚雄州2024年开考项目）

9.彝医医术确有专长人员医师资格考核证明材料装订目录

附件1

彝医医术确有专长人员医师资格考核申请表

（师承学习人员）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 现从事主要职业 |  |
| 使用技术 |  | 治疗病名 |  |
| 工作单位 |  | 家庭地址 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 跟师学习地点 |  | 跟师学习时间 |  年 月至 年 月 |
| 医术专长 | 1、擅长使用××技术诊治××病2、擅长使用××技术诊治××病3、擅长使用××技术诊治××病4、擅长使用××技术诊治××病5、擅长使用××技术诊治××病 | 近五年服务人数 |  |
| 文 化学 习经 历 |  |
| 跟师学习医术及实践经历 |  |
| 医术专长综 述 | 1、擅长使用××技术诊治××病（1）医术的基本内容及特点描述（2）医术专长适应症或适用范围（3）医术安全性（4）医术有效性（5）医术潜在的风险性及防范措施2、...... |
| 回顾性彝医医术实践资料 5 例（需提供患者真实姓名、住址、电话、病历资料等，以附件形式附后） |
| 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。本人签字（按指印）： 日期： 年 月 日 |
| 指导老师 基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 从事彝医临 床工作时间 |  |
| 职称 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| 临床特长 |  |
| 指导老师意见（跟师学习情况评价意见及出师结论）本人承诺评价情况真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。本人签字（按指印））： 日期： 年 月 日 |

推荐材料 一

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推 荐 医 师 基 本 情 况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 民族 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| 工作单位 |  |
| 推 荐 医 师 意 见 | （推荐意见：被推荐人姓名、医术专长、推荐理由等）本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。推签字推荐医师签字（按指印） ：年 月 日 |

推荐材料 二

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 民族 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| 工作单位 |  |
| 推荐医师意见 | （推荐意见：被推荐人姓名、医术专长、推荐理由等）本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。推荐医师签字（按指印））： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 县（市）级彝医药主管部门意见 | （初审意见）审核人签字：单位负责人签字：（单位公章） 年 月 日 |
| 州级彝医药主管部门意见 | （复审意见）审核人签字：单位负责人签字：（单位公章） 年 月 日 |

填表说明

1.本表供彝医医术确有专长人员（师承学习人员）申请参加医师资格考核时使用。

2.可手写，也可电脑上填写后打印，内容要具体、真实，字迹要端正、清楚。申请人签字、指导老师意见和签字、推荐医师意见和签字只能由相应人员用钢笔或签字笔手写。

3.本表分别由申请人、指导老师、推荐医师、各级彝医药主管部门填写。

4.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

6.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

7.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

8.身份证号码：也可填写军官证等其他有效身份证明编号。

9.跟师学习地点：应具体到跟师学习及临床实践医疗机构。

10.医术专长：包括所使用的彝医药技术方法和擅长诊治的病证范围。使用的彝医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使 用××技术诊治××病”。医术专长还应符合“方法独特、技术安全、疗效明显”标准。申报的彝医疾病数量不超过 5个。申报的彝医药技术分“内服方药”、“外治技术”、“内外兼有”三类，其中申报“外治技术”和“内外兼有”类的须明确技术类别及技术名称，如“使用内服方药治疗××病、“使用××外治技术治疗××病”、“使用内服方药兼××外治技术治疗××病”。申报的医术专长应与附件 2 所填报医术专长一致。

11.近五年服务人数：是指近五年内在指导老师指导下应用医术专长服务的人数。

12.医术专长综述：按申报的彝医疾病，分别简要叙述医术专长的基本内容及特点、适应症或适用范围、安全性、有效性、潜在的风险性及防范措施等。

13.指导老师基本情况：需附指导老师医师资格证书、医师执业证书复印件，中彝医类副主任医师以上专业技术职务任职资格证书复印件。

14.指导老师意见：包括对学生跟师学习情况的评价意见及出师结论等。

15.推荐医师基本情况：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书复印件，中彝医类副主任医师以上专业技术职务任职资格证书复印件。

16.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

附件2

楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 （手机） |  |
| 住址 |  | 工作单位 |  |
| 一、医术 专长 | 病名 | 彝医药技术方法 | 常用内服方剂名称 | 外治技术类别或名称 |
| 内服方药 | 外治技术 | 内外兼有 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 二、彝医 医术渊源 说明（师 承学习人 员不填） | 1.接触彝医时 间 |  |
| 2.接触彝医形 式 |  |
| 3.学习或掌握的彝医典籍 |  |
| 4.主要彝医学 术思想阐述 |  |

彝医医术专长综述表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 三、彝医 医术确有 专长综述 | （一）擅长××技 术 诊 治 × ×病 | 1.医术的基本内容及特点描述2.医术专长适应症或适用范围3.医术安全性4.医术有效性5.医术潜在的风险性及防范措施 |
| （二）擅长××技 术 诊 治 × ×病 | 1.医术的基本内容及特点描述2.医术专长适应症或适用范围3.医术安全性4.医术有效性5.医术潜在的风险性及防范措施 |
| （三）擅长×× 技 术 诊 治 × × 病 | 1.医术的基本内容及特点描述2.医术专长适应症或适用范围3.医术安全性4.医术有效性5.医术潜在的风险性及防范措施 |
| 四、真实 性承诺 | 本人对以上填写内容真实性做出承诺，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。承诺人签名（按指印）：承诺时间： 年 月 日 |

填表说明

一、申报者须填写所有栏目，不得留有空白栏。表中“二、彝医医术渊源说明”由经多年实践人员填写，师承学习人员不需填写此栏。

二、关于表中“一、医术专长”。医术专长包括所使用的彝医药技术方法和擅长诊治的病证范围。使用的彝医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使用××技术诊治××病”。医术专长还应符合“方法独特、技术安全、疗效明显”标准。申报的彝医疾病数量不超过 5个。申报的医术专长应与附件1或附件5所填报医术专长一致。

（一）填报彝医疾病名称：对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2024年开考项目）》（附件7）填写。

（二）彝医药技术方法分“内服方药”、“外治技术”、“内外兼有”三类，仅限选填其中一类，在相应栏打“√”。选填“内服方药”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件2、附件4相关内容应前后一致）。选填“外治技术”类的申报者须对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2024年开考项目）》（附件8），明确技术类别或技术名称。选填“内外兼有”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件2、附件4相关内容应前后一致），并对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2024年开考项目）》，明确技术类别或技术名称。

三、彝医医术确有专长综述：按申报的彝医疾病，分别简要叙述 医术专长的基本内容及特点、适应症或适用范围、安全性、有效性、 潜在的风险性及防范措施等。

四、应注意文字精炼、准确。表中“二、彝医医术渊源说明”，表中“三、彝医医术确有专长综述”均填写摘要，字数各不超过1000字。

附件3

楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核

师承人员指导老师和医疗机构意见表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指导医师 基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位 |  | 民族 |  | 从事彝医 临床工作时间 |  |
| 职称 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| 临床特长 |  |
| 指导老师意见 | （跟师学习情况评价意见及出师结论）本人承诺评价情况真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。签字（按指印）： 日期： 年 月 日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指导老师 所在医疗 机构基本 情况 | 医疗机构名 称 |  |
| 地址 |  |
| 主要负责人 |  | 联系电话 |  |
| 登记号（医疗机构 代码） |  |
| 指导老师 所在医疗 机构意见 | 师承人员姓名： 学习情况：职业道德：临床能力：签字： 公章年 月 日 |

附件4

楚雄州彝医医术确有专长人员常用彝药申报表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 2 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 3 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 4 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 5 | 常用方剂 |  |
| 常用药物 |
| 汇总 | 常用方剂共 方 |
| 常用药物 味，填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。 |
| 常用药物中是否有毒性药物□否，□是。如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核使用。 |
| （一）常用药物表 |
| 序号 | 彝药名 | 序号 | 彝药名名称 | 序号 | 彝药名 | 序号 | 彝药名 | 序号 | 彝药名名称 |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | 12 |  | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | 17 |  | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| 21 |  | 22 |  | 23 |  | 24 |  | 25 |  |
| 26 |  | 27 |  | 28 |  | 29 |  | 30 |  |
| 31 |  | 32 |  | 33 |  | 34 |  | 35 |  |
| 36 |  | 37 |  | 38 |  | 39 |  | 40 |  |
| 41 |  | 42 |  | 43 |  | 44 |  | 45 |  |
| 46 |  | 47 |  | 48 |  | 49 |  | 50 |  |
| （二）有毒药物表 |
| 序号 | 彝药名称 | 序号 | 彝药名称 | 序号 | 彝药名称 | 序号 | 彝药名称 | 序号 | 彝药名称 |
| 1 |  | 2 |  | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | 7 |  | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | 12 |  | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | 17 |  | 18 |  | 19 |  | 20 |  |

填表说明

1.根据申报者实际情况，申报的常用方剂、常用药物数量不作规定，表格不够请自行添加。

2.常用方剂应与附件2所填报的“常用内服方剂名称”一致。

附件5

彝医医术确有专长人员医师资格考核申请表

（多年实践人员）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照 片 |
| 出生年月 |  | 民族 |  |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  |
| 健康状况 |  | 现从事主要职业 |  |
| 工作单位 |  |
| 家庭地址 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮编 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  | 身份证号码 |  |
| 医术实践地点 |  | 医术实践时间 |  年 月至 年 月 |
| 医术专长 | 1.擅长使用××技术诊治××病2.擅长使用××技术诊治××病3.擅长使用××技术诊治××病4.擅长使用××技术诊治××病5.擅长使用××技术诊治××病 | 近五年服务人数 |  |
| 学习途径 | 自学□ 家传□ 跟师□ 自创□ |
| 医术渊源（3代） | 1.彝医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。2.接触彝医的时间、形式；学习或掌握的彝医典籍；主要彝医学术思想阐述等。 |
| 个人学习经历 |  |
| 医术实践经历 |  |
| 医术专长综述 | 1.擅长使用××技术诊治××病（1）医术的基本内容及特点描述（2）医术专长适应症或适用范围（3）医术安全性（4）医术有效性（5）医术潜在的风险性及防范措施2...... |
| 回顾性彝医医术实践资料 5 例（需提供患者真实姓名、住址、电话、病历资料等，以附件形式附后） |
| 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。本人签字（按指印）： 日期： 年 月 日 |
| 指导老师基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 从事彝医临床工作时间 |  |
| 职称 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| 临床特长 |  |
| 指导老师意见：本人承诺评价情况真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。签字（按指印）：  日期： 年 月 日  |

推荐材料 一

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐 医师 基本 情况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 民族 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| 工作单位 |  |
| 推荐 医师 意见 | （推荐意见：被推荐人姓名、医术专长、推荐理由等）本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》、《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。推荐医师签字（按指印）：日期： 年 月 日 |

推荐材料 二

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐医师基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 民族 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 医师资格证书 编码 |  |
| 医师执业证书 编码 |  |
| 工作单位 |  |
| 推荐医师意见 | （推荐意见：被推荐人姓名、医术专长、推荐理由等）本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。 推荐医师签字（按指印）：日期： 年 月 日 |
| 县（市）级彝医药主管部门意见 | （初审意见）审核人签字：单位负责人签字： （单位公章） 年 月 日 |
| 州彝医药主管部门意见 | （复审意见）审核人签字：单位负责人签字：（单位公章） 年 月 日 |

填表说明

1.本表供彝医医术确有专长人员（多年实践人员）申请参加医师资格考核时使用。

2.可手写，也可电脑上填写后打印，内容要具体、真实，字迹要端正、清楚。申请人签字、指导老师意见和签字、推荐医师意见和签字只能由相应人员用钢笔或签字笔手写。

3.本表分别由申请人、指导老师、推荐医师、各级彝医药主管部门填写。

4.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

6.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

7.工作单位：没有工作单位者，填“无”。

8.医术实践地点：应具体到 XX 市 XX 区（县）XX 街道（乡、镇）。

9.医术专长：包括所使用的彝医药技术方法和擅长诊治的病证范围。使用的彝医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使用××技术诊治××病”。医术专长还应符合“方法独特、技术安全、疗效明显”标准。申报的彝医疾病数量不超过5个。申报的彝医药技术分“内服方药”、“外治技术”、“内外兼有”三类，其中申报“外治技术”和“内外兼有”类的须明确技术类别或技术名称，如“使用内服方药治疗××病”、“使用××外治技术治疗××病”、“使用内服方药兼××外治技术治疗××病”。申报的医术专长应与附件2所填报医术专长一致。

10.近五年服务人数：是指近五年内在医师指导下应用医术专长服务的人数。

11.医术渊源：包括彝医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。

12.个人学习经历：包括文化学习和医术学习经历。

13.医术专长综述：按申报的彝医疾病，分别简要叙述医术专长的基本内容及特点、适应症或适用范围、安全性、有效性、潜在的风险性及防范措施等。

14.多年实践人员自从事彝医医术实践活动起至报名之日从事彝医医术实践活动应满6年。

15.推荐医师基本情况：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书复印件，中彝医类副主任医师以上专业技术职务任职资格证书复印件。

16.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

附件6

彝医医术实践证明材料

（任选一项）

一、县（区）卫生健康行政部门证明

兹证明。

姓名 ，年龄 ，性别 ，

身份证号码 。

经审核，于 年 月 日至 年 月 日（共计 年），

在 （行医地点）多年从事彝医医术实践。

签字并盖章

年 月 日

二、所在医疗机构村委会、居委会证明

兹证明。

姓名 ，年龄 ，性别 ，

身份证号码 。

经审核，于 年 月 日至 年 月 日（共计 年），

在 （行医地点）多年从事彝医医术实践。

签字并盖章

年 月 日

|  |
| --- |
| 三、10 名以上患者证明（注：患者就诊时间需跨度 5 年以上） |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 家庭详细住址 | 联系方式（手机） | 所患疾病 | 就诊经过（应包括发病时间、过程、诊疗方法、治疗效果等） | 患者承诺 | 签字按手印印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号码 | 家庭详细住址 | 联系方式（手机） | 所患疾病 | 就诊经过（应包括发病时间、过程、诊疗方法、治疗效果等） | 患者承诺 | 签字按手印印 |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |

备注：与申请考核者有直系亲属关系及利害关系者不得作为患者推荐证明人。

附件7

报考彝医病名

（楚雄州2024年开考项目）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科别类目名称 | 专科系统分类目名称 | 彝医疾病分类名称 |
| 内科病 | 心系病类 | 不寐病 |
| 多寐病 |
| 心悸病 |
| 肺系病类 | 感冒病 |
| 咳嗽病 |
| 哮喘病 |
| 肺胀病 |
| 失音病（哑沙病） |
| 脾系病类 | 胃脘痛病 |
| 胃痞病 |
| 吐酸病 |
| 反胃病 |
| 呕吐病 |
| 呃逆病 |
| 嘈杂病 |
| 噎膈病 |
| 腹痛病 |
| 腹胀满病 |
| 泄泻病 |
| 脾系病(便秘病) |
| 内科其他病类 | 风湿痹病 |
| 妇科病 | 妇科病类 | 痛经病 |
| 带下病 |
| 月经不调 |
| 外科病 | 皮肤病类 | 热疮病 |
| 蛇串疮病 |
| 疣病 |
| 扁瘊病 |
| 疣目病 |
| 黄水疮病 |
| 癣病 |
| 肥疮病 |
| 鹅掌风病 |
| 脚湿气病 |
| 灰指(趾)甲病 |
| 圆癣病 |
| 湿疮病 |
| 旋耳疮病 |
| 四弯风病 |
| 顽湿聚结病 |
| 瘾疹病 |
| 土风疮病 |
| 摄领疮病 |
| 风瘙痒病 |
| 风热疮病 |
| 紫癫风病 |
| 面游风病 |
| 粉刺病 |
| 酒齄鼻病 |
| 油风病 |
| 白驳风病 |
| 黛黑斑病 |
| 皮肤病(疥疮病) |
| 皮肤病(鸡眼病) |
| 骨伤科病 | 骨折病类 | 骨折病 |
| 脱位病类 | 脱位病 |
| 伤筋病类 | 伤筋病 |
| 落枕病 |
| 漏肩风病 |
| 损伤出血病 |
| 损伤疼痛病 |
| 伤后发热病 |
| 损伤痿软麻木病 |
| 创伤病类 | 创伤病 |
| 骨伤科瘤病类 | 骨瘤 |

附件8

彝医医疗技术目录

（楚雄州2024年开考项目）

|  |  |
| --- | --- |
| **技术类别** | **技术名称** |
| **彝医治疗****技术** | 彝医水膏药疗法、彝医湿热敷疗法、彝医清浊六路按摩疗法、彝医小儿泄泻按摩疗法、彝医水罐疗法、彝医“三伏灸”疗法、彝医灌洗肠疗法、彝医熏蒸疗法、彝医调清浊二气疗法、彝医泡洗疗法 |
| **骨伤类技术** | 理筋技术、脱位整复技术、骨折整复技术、夹板固定技术、石膏固定技术、骨外固定支架技术、练 功康复技术 |
| **针刺类技术** | 毫针技术、头针技术、耳针技术、腹针技术、眼针技 术、手针技术、腕踝针技术、三棱针技术、皮内针技术、火针技术、皮肤针（梅花针）技术、芒针技术、鍉针技术、穴位注射技术、埋线技术、平衡针技术、醒脑开窍技术、靳三针技术、浮针技术、贺氏三通技术、电针技术、针刺麻醉技术、鼻针技术、口唇针技术 、子午流注技术、灵龟八法技术、飞腾八法技术 |
| **推拿类技术** | 皮部经筋推拿技术、脏腑推拿技术、关节运动推拿技术、关节调整推拿技术、经穴推拿技术、导引技术、小儿推拿技术、器物辅助推拿技术、耳鼻喉擒拿技术、膏摩技术 |

说 明

《2024年楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核（试点）报名指南》参考《2018年云南省中医医术确有专长人员医师资格考核（试点）报名指南》结合彝医实际情况草拟，由楚雄州中医医院（云南省彝医医院）组织专家论证制定。特做以下说明：

1.所选病种科目。主要选取辖区内多发病、常见开考，考虑到患者的安全性，在《2018年云南省中医医术确有专长人员医师资格考核（试点）报名指南》确定开考病种的基础上，减去了部分疑难、急危重症疾病，目录（见附件7）。

2.彝医治疗技术。在《2018年云南省中医医术确有专长人员医师资格考核（试点）报名指南》确定开考中医医疗技术目录基础上，增加楚雄州发布卫生健康委发布的“54项彝医治疗技术”。

3.申报的彝医疾病数量科内5个。

附件9

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提供材料 | 未取得相关证书 | 取得《传统医学师承出师证书》 | 取得《执业助理医师资格证书》 | 备注 |
| 1 | 《彝医医术确有专长人员医师资格考核申请表（师承学习人员）》（附件1） | √ | √ | √ |  |
| 2 | 本人有效身份复印件，近期正面白底免冠照片四张（二寸，约50mm×35mm） | √ | √ | √ |  |
| 3 | 《云南省彝医医术确有专长人员医师资格考核彝医医术专长综述表》（附件2）一式七份，五份单独装订 | √ | √ | √ |  |
| 4 | 2名推荐医师身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证书复印件 | √ | √ | √ |  |
| 5 | 经县级以上公证机构公证的跟师学习合同复印件 | √ |  |  |  |
| 6 | 跟师学习材料，包括自公证之日起连续跟师学习彝医满五年的证明材料（学习笔记、临床实践记录等）复印件 | √ |  |  |  |
| 7 | 《云南省彝医医术确有专长人员医师资格考核师承人员指导老师和医疗机构意见表》（附件3），指导老师医师资格证书、医师执业证书、职称证书原件及复印件，指导老师所在医疗机构的《医疗机构执业许可证（副本）》复印件（加盖机构公章） | √ |  |  |  |
| 8 | 《云南省彝医医术确有专长人员常用彝药申报表》（附件4）（涉及使用医药的考核人员需填报） | √ | √ | √ |  |
| 9 | 《传统医学师承出师证书》复印件 |  | √ | √ |  |
| 10 | 继续跟师学习满两年的证明材料（由指导老师和所在医疗机构提供书面证明） |  | √ | √ |  |
| 11 | 《执业助理医师资格证书》复印件 |  |  | √ |  |
| 12 | 《楚雄州彝医药知识培训合格证书》复印件 | √ | √ | √ |  |

**一、以师承方式方式学习彝医，申请参加彝医医术确有专长人员医师资格考核需提供材料清单**

1. **多年彝医医术实践，申请参加彝医医术确有专长人员医师资格考核需提供**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提供材料 | 未取得相关证书 | 取得《传统医学医术确有专长证书》 | 取得《执业助理医师资格证书》 | 取得《乡村医生执业证书》 | 备注 |
| 1 | 《彝医医术确有专长人员医师资格考核申请表（多年实践人员）》**（附件5）** | √ | √ | √ | √ |  |
| 2 | 本人有效身份复印件，近期正面白底免冠照片四张（二寸，约50mm×35mm） | √ | √ | √ | √ |  |
| 3 | 《云南省彝医医术确有专长人员医师资格考核彝医医术专长综述表》**（附件2）一式七份，五份单独装订** | √ | √ | √ | √ |  |
| 4 | 2名推荐医师身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证书复印件 | √ | √ | √ | √ |  |
| 5 | 《云南省彝医医术确有专长人员常用彝药申报表》**（附件4）**（涉及使用彝药的考核人员需填报） | √ | √ | √ | √ |  |
| 6 | 从事彝医医术实践活动满六年的证明材料**（附件6）** | √ |  |  |  |  |
| 7 | 《传统医学医术确有专长证书》复印件 |  | √ | √ |  |  |
| 8 | 《执业助理医师资格证书》复印件 |  |  | √ |  |  |
| 9 | 《乡村医生执业证书》（一技之长人员）复印件 |  |  |  | √ |  |
| 10 | 《楚雄州彝医药知识培训合格证书》复印件 | √ | √ | √ | √ |  |