

推荐卫生高级专业技术资格人员情况综合表（非临床）

人员编号：20203305001889040000013

姓名	陆卫丽	性别	女	出生年月	197812	政治面貌	非党团员
现工作单位	湖州市南浔区人民医院					行政职务	
学历一（初始）	199806，浙江省嘉兴卫生学校（全日制），药剂，中专，三年						
学历二	200901，绍兴文理学院（函授），药学，大学专科，四年						
学历三							
学历四（最高）	201301，绍兴文理学院（函授），药学，大学本科，三年						
身份证号码	330501197812203041	医师资格类别		注册范围			
现从事专业	医院药学	专业工作年限	22	参加工作时间	199806		
现专业技术资格及取得时间	主管药师 201105	现聘任职务及时间	主管药师 201208	推荐评审专业技术资格	副主任药师		
单位性质	社会公益类事业单位	破格情况		破格晋升条件			
单位考核情况	2019 优秀,2018 合格,2017 优秀			医院等级	二级甲等		
兼任学术职务	无			是否有援助经历	否		
承担的技术工作及工作量	1.年均专业工作：308天； 2.病区药房医嘱审核、调配、复核、发药，每月完成医嘱审核约500余条。出院带药窗口的药品审核、调配、复核、发药。 3.参与临床查房，提供药物调整建议，个体化给药。 4.每月对病区药房的药品进行使用保管、效期管理等质量检查。 5.负责病区药房麻醉药品、精神药品的使用及管理。每月审核整理，装订账册跟处方。年均审核整理合格处方一万多张。 6.开展新技术：合理用药软件（逸曜）在临床管理中的应用。 7.负责全院备用药品的更换，每月检查一次。 8.病区用药错误登记：对各病区临床用药错误医嘱纠正并登记。每月十几例。 9.配合癌痛规范化治疗，对临床进行合理用药指导，年均30余例。 10.指导下级药学人员业务工作，承担实习生的相关教学工作。 11.新冠严峻时期坚守在发热门诊工作。 12.上报安全事件（药物事件），年均10余例。 13.开展病人及临床满意度调查，综合满意度99%。						
专业工作经历	199812-200405 南浔久安老年医院 药士 200406-201108 南浔久安老年医院 药师 201109-201207 南浔久安老年医院 主管药师 201208-至今 南浔区人民医院 主管药师						
教学带教工作	1、培养下级专业技术人员 6 人(总人数)，其中实习生 6 人，规培生 0 人 2、协助指导研究生 0 人、博士研究生 0 人，硕士研究生 0 人 3、其他：						
论文论著	第一作者论文总数	1	一级论文数:0	二级论文数:1			
	论文（著）名称	期刊名称、期号、起止页码、主办单位		等级			
1	丁苯酞对前循环闭塞性脑梗死患者短期预后的影响	现代实用医学 2020年第6期721页		二级			
2		宁波市医学信息研究所					
3							
4							
5							
科研工作	项目名称	资助部门、经费数（万数）	承担项目者名次	成果鉴定、评审、奖励及等级			
1							
2							
3							
4							
奖励情况				病人投诉、处分及医疗事故情况			
	2019年8月荣获南浔区最美医技人荣誉称号。			无			
单位公示情况：无异议	单位意见：同意推荐申报副主任药师任职资格。			主管部门、市或省级厅局人事（职改）部门意见			
	（盖章） 年 月 日			（盖章） 年 月 日			
下一级评委会推荐意见				下一级评委会投票结果			
	（盖章） 年 月 日			评委会总人数	出席人数	赞成	反对
其他需要说明的问题	以上信息已经本人确认无误，如有虚假，愿按有关规定接受处理。 本人签名： 日期：						

专业技术工作实例表

申报人: 陆卫丽

科室: 药剂科

申报资格: 副主任药师

申报专业: 医院药学

患者李某某女 住院号342361, 因“意识障碍三小时”于2019-10-22, 21时50分入院。既往有2型糖尿病病史十余年, 自行注射胰岛素注射液治疗, 近期饮食量减少。三小时前家属发现患者双眼凝视但呼之不应, 随即出现昏迷不醒, 自测血糖1.1mmol/L, 家属喂食糖水后复测血糖1.6mmol/L, 但仍呼之不应, 无恶心呕吐, 无发热抽搐, 无大小便失禁等, 立即送来我院急诊, 急诊静脉补充葡萄糖注射液, 甘露醇注射液减轻脑水肿等治疗后收住ICU, 入院诊断: 1.低血糖昏迷性脑病, 脑出血;2.2型糖尿病;3.电解质代谢紊乱;4.贫血。入ICU后继续予升血糖, 监测血糖及维持水电解质平衡等对症处理。辅助检查 血电解质: 血糖0.8mmol/L, 钾3.13mmol/L, 钠136mmol/L, 肌酐68umol/L;血常规HB81g/L;头颅CT 左侧基底节区高密度影, 微出血灶?生化全套【住院】: 丙氨酸氨基转移酶, 13U/L, 白蛋白24.4g/L 10-23上午患者清醒, 但仍时有血糖偏低, 10-24下午患者转入内科病房继续治疗。2019/10/25血常规(五分类): 红细胞计数, 2.62*10¹²/L, 红细胞压积, 23.1%, 血红蛋白, 67g/L, ECG: 1.窦性心律2.肢导联低电压;CT 1.左侧基底节区高密度影, 对照前片相仿, 请结合临床2. 双侧脑室旁白质脱髓鞘、老年脑改变。

10-25上午本人参加临床药师查房, 患者因近期饮食减少, 胰岛素注射过量导致低血糖昏迷, 在ICU的空腹血糖17.7-2.6mmol/L, 在内科病房末梢毛糖6.3-3.4mmol/L, 显示血糖还是不稳定, 今天早上6点钟医嘱开始进食。目前诊断同前。参考中国2型糖尿病防治指南(2017年版)我提出: 1、胰岛素类似物与人胰岛素相比控制血糖的效能相似, 但在减少低血糖发生风险方面优于人胰岛素。目前低血糖的发生与使用胰岛素的剂型及使用剂量有关, 甘精胰岛素(来得时)注射液提供平稳的基础胰岛素, 属于长效, 可以预见低血糖反应较为少见, 可以睡前5u皮下注射, 门冬胰岛素(诺和锐特充)注射液持续时间短, 属于中效, 起效快, 导致夜间低血糖发生风险低, 可以作为每次餐前4u-4u-4u皮下注射, 加强血糖监测。2、患者白蛋白, 24.4g/L明显偏低, 红细胞压积23.1%, 血红蛋白67g/L, 根据指南中营养治疗目标我建议, 输注人血白蛋白注射液, 治疗贫血。根据本人建议, 调整治疗方案, 患者在治疗后血糖逐渐平稳, 10-29至30日病房末梢毛糖12.3-7.8mmol/L, 无明显口干多饮, 无易饥多食等不适。期间检查馒头餐试验(0-1-2-3)小时: (2.64-10.06-12.08-14.32) mmol/L;胰岛素释放试验(0-1-2-3)小时: (41.56-60.17-25.30-23.38) Pmol/L;C肽释放试验(0-1-2-3)小时: (0.059-0.741-0.982-1.426) ng/ml;GHB8.49%;尿培养、糖尿病抗体四项未见异常。患者30日准备出院, 我再次来到病房, 询问病史, 患者不适合口服二甲双胍治疗, 在加强血糖监测下, 可选择a-糖苷酶抑制剂, DDP-4抑制剂等口服药, 安全, 低血糖发生少。米格列醇片用法 1#2/日口服;西格列汀片用法 1#1/日口服。多糖铁复合物胶囊用法 1#1/日口服, 继续治疗贫血。文献中将定期监测糖化血红蛋白作为评估血糖管理的主要途径, 基本控制目标7%, 而对于有严重低血糖病史者可适当放宽至8%。叮嘱如有不适及时就诊。在后期的电话回访中病人血糖稳定, 无再次低血糖发生, 叮嘱定期来内分泌科门诊就复查。对该病例患者, 本人全面分析, 根据指南, 结合病人实际情况, 给予适当治疗, 达到疗效和副作用的平衡, 取得满意效果。

本人签名: _____	年 月 日
科室审查意见	单位意见
科主任签名: _____	负责人签名: _____
年 月 日	年 月 日 (盖章)

注: 填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实, 一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献, 字数不少于1000字。每页填写1例, 共填写5例。

专业技术工作实例表

申报人: 陆卫丽

科室: 药剂科

申报资格: 副主任药师

申报专业: 医院药学

患者吴某某,女,54岁,病案号324653,因"发作性胸闷喘息3天"于2019年11月01日入院。既往有支气管哮喘病史多年,多次在我院内科住院治疗,平素不规律服用吸入药物治疗。缘于3天前开始出现发作性胸闷喘息,呼气性呼吸困难,无畏寒发热,无胸痛,无意识丧失,无恶心呕吐等。入院查体 T.36.6, BP: 126/84mmHg,神志清,精神软,呼吸稍促,口唇紫绀,双侧瞳孔等大等圆,对光反射存在,两肺闻及哮鸣音,心率108次/分,律齐,未及病理性杂音。初步诊断 支气管哮喘急性发作期。治疗上予吸氧、甲强龙注射液、氨溴索注射液、多索茶碱注射液、雾化化痰解痉抗炎等对症支持处理。患者经治疗3天,病情已经缓解。

我参与查房,分析该病人,支气管哮喘急性发作期(中度)诊断明确。询问后得知因为担心药物不良反应,没有规范用药,所以导致经常复发。哮喘是一种由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病,与气道高反应性有关,治疗包括急性发作期的治疗和非急性发作期的管理。根据我国支气管哮喘防治指南,治疗目的在于尽快缓解症状、解除气流受限和低氧血症,同时制定长期治疗方案预防再次发作。患者的控制水平分级属于部分控制。急性期控制后,哮喘的慢性炎症病理生理过程改变仍持续存在,必须制定长期治疗方案,患者平时使用的是短效 β_2 -受体激动剂沙丁胺醇雾化吸入,吸入后5-19分钟起效,可维持4-6小时。指南中对于长期治疗方案根据哮喘病情控制分级制定治疗方案,哮喘患者症状明显,应直接选择第3级治疗方案:按需使用短效 β_2 -受体激动剂;下面选用1种低剂量吸入糖皮质激素+加长效 β_2 -受体激动剂 高-中等剂量吸入型糖皮质激素 低剂量吸入糖皮质激素+白三烯调节剂。与患者沟通后,使用布地奈德吸入剂,福莫特罗粉吸入剂每天各2吸(100ug/4.5ug),早晚各吸入1次,沙丁胺醇吸入剂有症状出现时吸入,并安慰患者目前有证据表明成人哮喘患者每天吸入低至中等剂量激素,不会出现明显的全身不良反应。如果使用该分级治疗方案不能使哮喘得到控制,应该升级直至达到控制。当哮喘控制并维持至少3个月,治疗方案可考虑降级。每个月回访1次,3个月后电话随访患者控制理想,根据指南中建议方案:联合吸入激素和长效 β_2 -受体激动剂者,将吸入激素减少50%,仍继续使用长效 β_2 -受体激动剂者;当达到低剂量联合治疗时,可选择改为每日1次或停用长效 β_2 -受体激动剂者。因此嘱咐患者将布地奈德,福莫特罗粉吸入剂改成每天各1吸,6个月后控制满意,停用福莫特罗粉吸入剂,单用吸入激素布地奈德每天1吸。我作为参与临床查房的药师对该患者讨论后,及时调整了治疗,采取了个体化的治疗方案,获得了较好的治疗效果,现病情稳定,未再急性加重入院。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名:

年 月 日

负责人签名:

年 月 日 (盖章)

注:填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实,一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献,字数不少于1000字。每页填写1例,共填写5例。

专业技术工作实例表

申报人: 陆卫丽 科室: 药剂科 申报资格: 副主任药师 申报专业: 医院药学

患者程某某, 女性, 81岁, 住院号310938因“摔伤致左髌部疼痛活动受限1天“ 2018-06-14 ”入院。既往有“高血压病”20余年, 平素口服厄贝沙坦片, 0.15g, 1次/日及非洛地平缓释片5mg, 1次/日, 自诉血压控制可; 既往有“2型糖尿病”病史, 平素口服“格列齐特缓释片, 30mg及瑞格列奈片1mg, 三餐前”;有“脑梗”个人史, 右侧肢体偏瘫, 活动度轻度受限, 平素口服“阿司匹林肠溶片, 1粒, 1次/日”;既往有“心脏病”病史, 平素口服“单硝酸异山梨酯片, 20mg, 2/日”, 病情控制不详。入院查体 T 37.6 P 63次/分 R 20次/分 BP 171/50mmHg, 右上、下肢肌力IV级, 活动轻度受限, 左髌部感疼痛, 腹股沟处压痛, 肿胀, 活动受限, 左下肢外旋畸形, 下肢无麻木感, 肢端感觉血运可。诊断 左股骨颈骨折;高血压病 2型糖尿病, 心脏病, 脑梗个人史

患者入院后予以左下肢皮牵引制动, 予以静滴活血、补液、止痛等治疗, 入院后, 完善各项检查及准备, 血常规 红细胞计数, 2.88*10~12/L, 红细胞压积, 26.3%, 中性粒细胞百分比, 85.2%, 淋巴细胞百分比, 8.7%, 中性粒细胞数, 7.4*10~9/L, 淋巴细胞数, 0.8*10~9/L;2018/6/14 11 01 06凝血全套 D-二聚体, 9470ng/ml 2018/6/14 11 16 33生化全套【住院】 同型半胱氨酸, 61umol/L, 总蛋白, 62.4g/L, 白蛋白, 37.7g/L, 碳酸氢根浓度, 14.5mmol/L, 钾, 5.34mmol/L, 钠, 136mmol/L。氯, 115mmol/L, 葡萄糖, 6.54mmol/L, 准备行左股骨颈骨折复位内固定术, 术前作为危重疑难病例讨论, 我作为药师参与, 患者入院后继续口服阿司匹林肠溶片, 下肢骨折卧床病人, 深静脉血栓形成(DVT)是主要并发症之一, 但阿司匹林对DVT没有预防作用, 而且对凝血酶原及血小板的抑制可导致围术期出血量增加。查阅了2018卧床患者常见并发症护理专家共识中关于下肢DVT的预防有1.基本预防 2.物理预防 3.药物预防, 常用预防药物有普通肝素、低分子肝素、Xa因子抑制剂、维生素K拮抗剂。中华医学会外科学分会血管外科学组DVT的诊断和治疗指南: 因为普通肝素注射液剂量个体差异较大, 静脉给予必须进行监测, 以确保疗效和安全性。低分子肝素注射液比普通肝素注射液的药动力学和生物效应具有更好的预测性, 大多数患者不需要实验室监测, 因此我建议下肢静脉B超检查排除DVT后, 本院使用的1ml低分子肝素注射液相当于9500IU抗凝血因子Xa, 术前皮下注射低分子肝素注射液预防剂量0.2ml每日一次, 手术当天停用。2018-06-19手术顺利, 术后第一天继续皮下注射低分子肝素注射液预防剂量0.2ml每日一次, 至6-27患者出院停用。治疗期间没有出现不良反应(不同部位的出血, 血小板减少等), 出院时患者病情稳定, 一般情况良好, 下肢无麻木肿胀肢端感觉血运可, 切口无红肿, 已拆线。出院后继续口服阿司匹林肠溶片。一个月后回访, 患者恢复良好, 下肢无麻木肿胀。作为药师, 通过该病例的用药指导, 为骨科数量较多的下肢骨折卧床病人, 预防DVT, 规范化治疗起了个好头, 赢得了良好的口碑。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名:

年 月 日

负责人签名:

年 月 日 (盖章)

注: 填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实, 一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献, 字数不少于1000字。每页填写1例, 共填写5例。

专业技术工作实例表

申报人: 陆卫丽

科室: 药剂科

申报资格: 副主任药师

申报专业: 医院药学

患者陈某某,男,65岁,住院号326522,因“胸痛伴咳嗽2天”2019/2/27入院,诊断慢性肺脓肿。既往有“高血压”病史10余年,口服药物“北京零号降压片”,20余年前有“肺脓肿”病史;现从事湖羊养殖工作。近期因“肺脓肿”于我科住院。查体 T36.4, BP:138/96mmHg,呼吸20次/分,神志清,精神一般,消瘦貌,双肺呼吸音粗,右肺可闻及干湿啰音,辅检(2019.02.27本院)肺CT 右肺多发感染复查,对照02-14图像明显吸收。2.慢性支气管炎,肺气肿;右肺肺大泡形成;两下胸膜增厚黏连。完善相关检查,2019/2/28 10 45 40血常规(五分类) 白细胞计数, $5.6 \times 10^9/L$,红细胞计数, $4.09 \times 10^{12}/L$,血小板计数, $119 \times 10^9/L$,中性粒细胞百分比,80.8%,淋巴细胞百分比,12.0%;2019/2/28 10 51 02急诊电肾糖(套餐) 钾,3.37mmol/L,钠,135mmol/L,葡萄糖,7.13mmol/L,阴离子间隙,6mmol/L 2019/2/28 13 21 29凝血全套 凝血酶原时间正常对照,10.8S;2019/2/28 13 24 30 PCT 降钙素原测定(化学发光法),0.76ng/mL 2019/2/28 15 50 00血型鉴定(病房卡式) ABO血型,AB,RH血型,阳性。入院后给予吸氧、“头孢曲松注射液”3.0g 1/日联合“甲硝唑注射液”0.5g 2/日静滴抗感染,“沐舒坦注射液”舒张支气管、化痰等治疗。纤维支气管镜检查 气管支气管及各叶支气管通畅,右下背段见钉状突起物(3月复查气管镜);结核菌涂片检查 未检测到抗酸杆菌。

我作为药师参与临床查房,查阅文献资料后分析:1患者有肺脓肿病史,近期本科住院史,细菌培养+药敏试验未做,治疗上先于经验治疗抗菌药物“头孢曲松注射液”“甲硝唑注射液”治疗,如果有细菌培养的结果,这对临床治疗有很大好处。2急性肺脓肿的疗程达2-3月,本例慢性肺脓肿病人出院后又马上复发,是出院后没有继续巩固治疗。在疗程中,一种药物有效,就一成不变也不可取,也要考虑在治疗过程中的细菌变迁,耐药性问题。3患者的全身营养也重要。患者从事湖羊养殖工作,布鲁氏菌病也要排除。4对于老年体质差的,需要注意是否发生真菌二重感染。因为此时患者已经治疗了一周,现偶感右侧胸痛,不剧,偶有咳嗽,咳少许白色粘痰,无咯血,无畏寒发热,无胸闷气急,较入院时症状已明显好转,患者不同意细菌培养,查布鲁氏菌病检查阴性,住院9天后患者要求出院,出院诊断:肺脓肿,肺部感染,慢性支气管炎,肺气肿。与临床医师商量,嘱咐患者回家后到当地社区服务站继续静脉输抗生素,与社区医生联系后输注头孢噻肟钠注射液3g每天,持续一周,并注意体位痰液引流。一周后电话回访患者诉,无明显咳嗽咳痰,无胸痛,也无其他不适。嘱咐患者开始口服阿奇霉素片0.25g,1次/日,一周后停药,平时加强营养摄入。半年,一年后电话回访,未再有慢性肺脓肿急性发作史,叮嘱患者注意避免感冒。对该病例的指导,取得了良好的效果。

本人签名:

年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名:

年 月 日

负责人签名:

年 月 日(盖章)

注:填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实,一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献,字数不少于1000字。每页填写1例,共填写5例。

专业技术工作实例表

申报人: 陆卫丽 科室: 药剂科 申报资格: 副主任药师 申报专业: 医院药学

患者沈某某, 男, 43岁, 家住南浔区富强村。住院号333677, 因“呕血2天”2019年6月8日入院。先天智障, “癫痫”40年, 口服苯巴比妥、鲁米那, 具体不详; 26年前因“伤寒”湖州九八医院治疗; 入院诊断 1、上消化道出血-消化性溃疡?2、坏疽性胆囊炎?胆管炎?3、癫痫。诊疗经过 入院后予奥美拉唑针抑酸护胃, 及抗炎、补液、营养支持等对症治疗, 效果欠佳。于6月13日下午插管全麻下行剖腹探查+胆囊切除术+胃十二指肠内瘘闭合+胃空肠吻合术+空肠切开取石术, 术后转入重症医学科进一步治疗。患者仍机械通气, 呼吸机辅助呼吸, 人机配合一般, 无畏寒寒战, 无四肢抽搐。查体 T37.2, BP140/115mmHg, SPO2 100%, 镇静状态, 呼吸12次/分, 口唇无紫绀, 胃肠减压通畅, 两肺呼吸音增粗, 未及干湿啰音, 心率140次/分, 律齐, 未及病理性杂音, 腹软, 切口敷料无渗出, 带入腹腔引流管一根, 可见血性液体, 留置导尿管通畅, 双下肢无浮肿。目前诊断 1、胆囊与十二指肠内瘘形成 2、结石性肠梗阻 3、胆囊结石并萎缩性胆囊炎 4、胃潴留, 5、肺部感染 6、癫痫 7、智力低下。给予ICU单元治疗, 特级护理, 禁食、胃肠减压, 多功能监护, 气管插管(带入)持续性机械通气, 呼吸机辅助呼吸。予“头孢哌酮舒巴坦注射液”2.0q8h抗感染及维持内环境稳定等治疗, 但患者病情加重, 出现血压低, 考虑脓毒症, 感染性休克, 经积极治疗效果不理想, 6月14日病危通知, 并组织全院讨论。

我作为药师参与临床查房。患者出现低血压后一直予生理盐水50ml+多巴胺注射液80mg+阿拉明注射液40mg升血压微泵静脉注射维持, 但疗效欠佳; 盐酸右美托咪定注射液400ug与丙泊酚注射液500mg镇静微泵维持。根据对“2016年脓毒症和感染性休克处理国际指南”的解读, 其中关于升压药应用: 首先去甲肾上腺素注射液作为一线升压药, 仅在严格筛选的患者(例如, 低心律失常风险和绝对或相对心动过缓的患者)中应用多巴胺注射液替代去甲肾上腺素注射液。解读: 去甲肾上腺素注射液比多巴胺注射液有更多生存益处, 更好的血流动力学特征和更少的不良事件发生率。去甲肾上腺素注射液主要作用于α受体, 而刺激心脏的β1受体作用轻微, 对β2受体几无作用, 与肾上腺素注射液相比, 其血管收缩效应突出, 正性肌力效应较弱, 并反射性地引起心率减慢, 静脉输注时在0.1-1.0ug/(kg.min)剂量范围内, 能有效提升平均动脉压。查看病例记录患者心率在100-120次/分。丙泊酚注射液500mg(厂家西安力邦)说明书: 适用范围有一点是ICU镇静, 禁忌症: 低血压或休克患者慎用或禁用。可以用咪达唑仑注射液代替丙泊酚注射液。我提出两点建议: 1使用去甲肾上腺素注射液微泵静脉注射替代多巴胺注射液; 2使用咪达唑仑注射液静脉泵注射, 减少丙泊酚注射液用量至最终停用。ICU医生采用了我的建议, 静脉泵注去甲肾上腺素注射液0.5ug/(k.min), 咪达唑仑注射液0.05mg/(kg.h), 停用丙泊酚注射液, 患者的血压逐渐上升至正常范围, 血流动力学的稳定为患者后期的呼吸恢复, 气管导管的顺利拔出创造了有利条件。后期去甲肾上腺素注射液的剂量随着患者血压的稳定而停用。虽然患者最终因为术后腹部并发症而转运到上级医院, 但对该例患者休克的治疗, 及时指导调整了用药, 取得较好效果。

本人签名: _____ 年 月 日

科室审查意见

单位意见

科主任签名:

负责人签名:

年 月 日

年 月 日 (盖章)

注: 填写本人主持危急重症抢救或解决疑难病例或关键、重大技术(科研)问题或处置重大突发公共卫生事件等能够代表本人专业技术水平的实例。填写内容要求准确、具体、详实, 一般应包括时间、地点、对象、过程、结果及本人所起的作用或贡献, 字数不少于1000字。每页填写1例, 共填写5例。