附表1：

**科医德考评汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 考评分数 | 考评等次 |  | 姓名 | 考评分数 | 考评等次 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

专业组长： 科室考评组长（主任）

**科医务人员医德考评科室考评表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 姓名 | 救死扶伤全心全意为人民服务 | 尊重患者保守医密 | 文明服务构建和谐医患关系 | 遵纪守法廉洁行医 | 因病施治规范医疗服务行为 | 顾全大局团结协作和谐共事 | 严谨求实努力提高专业水平 | 合计 |
| 10 | 10 | 20 | 20 | 20 | 15 | 5 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附表3：

**淄博市医务人员医德考评表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医  务  人  员  基  本  信  息 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 考核年度 | ———年 |
| 专业类别：□医师 □护士 □检验  □药剂 □影像 □财会 □其他 | | | 专业技术职务及任职时间： | | |
| 资格证书号码： | | | | | |
| 执业证书号码： | | | | | |
| 执业医疗机构名称： | | | | | |
| 考  评  意  见 | 自我  评价 | 自我评价得分：上半年 下半年  其他  医务人员签字：  年 月 日 | | | | |
| 科室  评价 | 科室评价得分：上半年 下半年  其他  科室主任签字：  年 月 日 | | | | |
| 群众  评价 | 群众对个人评价和科室评价意见：  同意人数： 上半年 下半年  不同意人数：上半年 下半年  其他  考评机构（公章）  年 月 日 | | | | |
| 单位  评价 | 单位评价得分：  单位评价等次 □优秀 □良好 □一般 □较差  其他  考评机构（公章）  年 月 日 | | | | |
| 考  核  结  果 | 综合考评结论 ：  考评机构（公章）  年 月 日 | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | |

注：1.请在选定的□内划√；2.考评不合格原因填入备注栏；3.对考评结果不服并提出复核申请的处理情况填入备注栏；4.其它需说明的问题记入备注栏。