附件2

北京市卫生健康科技成果

和适宜技术推广项目调查表(学员用)

项目名称：

您所在医疗机构：

您的学历： 所从事的专业： 技术职称：

您的姓名及联系方式：

1. 您认为本项目在本地区是否适用？

A.适用 B.较适用 C.不适用

2、您认为您所在的医疗卫生机构现有条件是否达到开展此项技术的要求？

A.完全满足开展此项技术的要求

B.稍加完善相关条件即可开展

C.与开展此项技术应具备的条件相差较大

3、您对本项目的推广形式是否满意？

A.满意 B.较满意 C.不满意 D.其他建议\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4、通过此项目的培训，你对此项技术的掌握程度？

A.完全掌握 B.基本掌握 C.有所了解，还须再培训学习

5、为您讲课或带教的老师有哪些？

6、您认为学习此项目的难点在哪里？有何建议？

1. 您认为当地还需要哪些卫生科技成果与适宜技术？

注：本表每个学员填写一张（打印时请删除本行文字）

北京市卫生健康科技成果和

适宜技术推广项目调查表(被推广单位用)

项目名称：

医疗机构名称（加盖公章）：

医疗机构类别：

被推广单位项目联系人及联系方式：

1、本项目在本单位是否适用？

A.适用 B.较适用 C.不适用 D.其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2、本单位现有条件是否达到开展此项技术的要求？

A.完全满足开展此项技术的要求

B.稍加完善相关条件即可开展

C.与开展此项技术应具备的条件相差较大

D.其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3、本项目在本单位的推广方式是否合理？

A.非常合理 B.基本合理 C.需要较大改进 D.其他建议\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4、通过参加本项目，本单位专业技术人员对此项技术的掌握程度？

A.完全掌握 B.基本掌握 C.有所了解，还须再培训学习 D.基本无帮助

1. 本项目在本单位的知晓情况？

A.全员知晓 B.相关科室人员知晓 C.仅项目参加者知晓

6、通过参加本项目，本单位的相关技术服务能力有何变化？

7、对本项目推广单位的综合评价？有何建议？

1. 您认为本地或本单位还需要哪些卫生健康科技成果和适宜技术？

注：本表每个被推广单位填写一张（打印时请删除本行文字）

北京市卫生健康科技成果和

适宜技术推广项目调查表(受益患者用)

患者姓名： 患者联系方式：

门急诊号/住院号： 就诊时间：

尊敬的朋友：您好。为了更好的改进我们的医疗工作，给您提供更佳的就诊体验和诊疗效果，请您在适当的选项上打“√”，谢谢您的合作。

1、医护人员是否向您介绍其正在推广应用的科技成果或适宜技术？

没有（ ） 有（ ）

如果向您介绍了，您对他们的介绍是否满意？

满意（ ） 基本满意（ ） 不满意（ ）

2、医护人员是否向您介绍了有关您疾病的相关信息？

没有（ ） 有（ ）

3、医护人员给您做检查或治疗是否认真、仔细？

是（ ） 否（ ）

4、您是否认为在接受了该成果或技术的诊疗后，对自己的健康有帮助？

合理（ ） 不合理（ ）

5、您对该成果或技术是否满意？

满意（ ） 基本满意（ ） 不满意（ ）

注：本表按照任务书约定要求，请受益患者或家属填写，每位患者填一张（打印时请删除本行文字）