|  |  |
| --- | --- |
| BVĐK TỈNH…………………………  **KHOA RĂNG HÀM MẶT** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập –Tự do –Hạnh phúc** |

**KHẢO SÁT THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU CHUYỂN GIAO KỸ THUẬT**

1. **Thông tin tổng quát:** *(tính đến thời điểm khảo sát)*

- Hạng Bệnh viện (1,2,3): ………………… - Bệnh viện tuyến: ………………….

- Tổng số nhân viên BV: ………………….. - Tổng số giường bệnh của BV: ……

- Cơ cấu tổ chức:

+ Khoa RHM

+ Đơn vị RHM thuộc liên chuyên khoa

- Số giường bệnh RHM:

+ Số giường kế hoạch:…….

+ Số giường thực kê:………

+ Số ghế máy nha khoa: …...

1. **Nguồn nhân lực**: (*tính đến thời điểm khảo sát)*
   1. Trình độ chuyên môn:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Trình độ** | **Số lượng** |
|  | Tiến sĩ |  |
|  | BSCKII |  |
|  | Thạc sĩ |  |
|  | BSCKI |  |
|  | BS RHM |  |
|  | BSCK định hướng RHM |  |
|  | Cử nhân Điều dưỡng |  |
|  | Điều dưỡng trung cấp |  |
|  | Y sỹ RHM |  |
|  | KTV phục hình |  |
|  | Khác *(vui lòng ghi rõ)*…….. |  |
|  | Tổng |  |

* 1. Đào tạo nâng cao:

Đang đi học:

+ Nghiên cứu sinh: ……..; + Cao học:………;

+ Chuyên khoa II: ……...; + Chuyên khoa I: ………;

1. **Hoạt động chuyên môn:**

3 loại bệnh nội trú nhiều nhất Số ca/năm Tỉ lệ %

1)……………………………………. …………. ………

2)……………………………………. …………. ………

3)……………………………………. …………. ………

3 loại bệnh chuyển tuyến nhiều nhất Số ca/năm Tỉ lệ %

1)……………………………………. …………. ………

2)……………………………………. …………. ………

3)……………………………………. …………. ………

* 1. Số ca bệnh đến khám/ nhập viện điều trị (hoặc cần phẫu thuật) liên quan đến kỹ thuật đề nghị chuyển giao (thống kê trong 3 năm gần nhất).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Số ca bệnh liên quan đến kỹ thuật đề nghị chuyển giao** | **Năm 2015** | **Năm 2016** | **Năm 2017** |
| - Số ca bệnh đến khám |  |  |  |
| - Số ca bệnh đến nhập viện |  |  |  |
| - Số ca bệnh chuyển tuyến |  |  |  |

1. **Trang thiết bị và cơ sở vật chất:** 
   1. Cơ sở vật chất:

+ Phòng/ ghế phẫu thuật trong miệng: có  không

+ Phòng mổ cho chuyên khoa RHM: có  không

* 1. Trang thiết bị phục vụ chuyển giao:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Trang thiết bị** | **Số lượng** | **Chi tiết** |
| 1 | Máy khoan phẫu thuật |  | Máy khoan micro motor  Máy khoan Implant  Máy khoan chuyên dụng PTHM (Aesculap, Striker…) |
| 2 | Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng |  |  |
| 3 | Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm |  |  |
| 4 | Bộ dụng cụ phẫu thuật xương |  | - Dụng cụ đầy đủ đồng bộ để phẫu thuật KHX gò má theo đường trán thái dương:  có  không  - Dụng cụ trocar để phẫu thuật kết hợp xương lồi cầu:  có  không |
| 5 | Bộ dụng cụ phẫu thuật cấy ghép răng |  | Nhà sản xuất: …………… |
| 6 | Bộ dụng cụ nẹp vít |  | Nhà sản xuất  LeFort (Jeil – Korea)  Osteonic (Korea)  Khác:……………….. |
| 7 | Dụng cụ chỉnh hình răng mặt |  |  |

* 1. Vật tư phục vụ chuyển giao:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Vật tư** | **Đã mua sắm** | **Có kế hoạch mua sắm** | **Nhà sản xuất** |
| **Cấy ghép răng** | | | | |
| 1 | Implant |  |  |  |
| 2 | Xương nhân tạo/ màng |  |  |  |
| **Phẫu thuật hàm mặt** | | | | |
| 1 | Nẹp vít nhỏ (2.0 mm) |  |  |  |
| 2 | Nẹp vít tái tạo xương hàm dưới |  |  |  |
| 3 | Nẹp vít xương hàm trên |  |  |  |
| 4 | Mũi khoan ngắn |  |  |  |
| 5 | Mũi khoan dài (để thực hiện KHX góc hàm và lồi cầu) |  |  |  |
| **Chỉnh hình răng mặt** | | | | |
| 1 | Vật tư chỉnh hình răng mặt cố định |  |  |  |

* 1. Trang thiết bị hỗ trợ:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Trang thiết bị** | **Số lượng** | **Hiện trạng hoạt động** | | | |
| Tốt | Kém | Không hoạt động | Lý do không hđ:  *(VD: không có thiết bị thay thế, cũ…)* |
| 1 | Máy chụp phim răng |  |  |  |  |  |
| 2 | Máy chụp phim toàn cảnh |  |  |  |  |  |
| 3 | Máy X quang đo sọ |  |  |  |  |  |
| 4 | Máy CT Scan |  |  |  |  |  |
| 5 | Máy CT San có phần mềm tái tạo RHM 3D |  |  |  |  |  |
| 6 | Siêu âm vùng đầu – mặt – cổ |  |  |  |  |  |

1. **Kỹ thuật cần chuyển giao**
   1. Kỹ thuật đề nghị chuyển giao:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên kỹ thuật đề nghị chuyển giao** | **Thời gian đào tạo** | **Có trong DMKT của bệnh viện** | |
| **Có** | **Không** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

* 1. Nhân sự chuyển giao kỹ thuật:

**+ Bác sĩ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên bác sĩ nhận chuyển giao** | **Trình độ chuyên môn** | **Chức vụ** | **Chứng chỉ đào tạo về kỹ thuật cần chuyển giao** | **Nơi đào tạo chứng chỉ** | **Năm đào tạo** |
| 1. |  |  | Có \*  Không |  |  |
| 2. |  |  | Có \*  Không |  |  |

**+ Điều dưỡng/ kỹ thuật viên**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên điều dưỡng/KTV nhận chuyển giao** | **Trình độ chuyên môn** | **Chức vụ** | **Chứng chỉ đào tạo về kỹ thuật cần chuyển giao** | **Nơi đào tạo chứng chỉ** | **Năm đào tạo** |
| 1. |  |  | Có \*  Không |  |  |
| 2. |  |  | Có \*  Không |  |  |

*(\*): nếu có chứng chỉ xin ghi rõ tên khoá học và thời gian đào tạo*

* 1. Thời điểm dự kiến nhận chuyển giao:
  2. Cán bộ phụ trách công tác chuyển giao kỹ thuật:

*(Số ĐT và địa chỉ email liên lạc):*

|  |  |
| --- | --- |
| **Thủ trưởng đơn vị**  *(Ký tên,đóng dấu)* | **Trưởng khoa**  *(Ký,ghi rõ họ tên)* |