

# 四川省医师协会文件

川医协发〔2016〕35号



## 四川省医师协会关于评选表彰“2015年度 四川优秀精神卫生工作者”活动的通知

各市（州）、区、县精神卫生机构：

2014年和2015年，由四川医师协会精神科医师分会、西部精神医学协会组织开展的“四川省医师协会优秀精神卫生工作者”评选表彰活动，获得了业内一致好评，对推动我省基层精神卫生工作起到了良好的促进作用。

为进一步推动我省精神卫生工作，经研究，2016年将继续开展四川省医师协会优秀精神卫生工作者的评选表彰活动，旨在宣传表现突出的精神卫生工作者。通过评选交流促进全省精神卫生行风建设，激励各级各地的精神科同道为促进我省精神卫生事业做出更

大贡献。并于第八届精神科医师年会（南充）中对评选出的“2015年度四川省医师协会优秀精神卫生工作者”进行表彰。

请各地区相关机构仔细阅读《评选表彰 2015 年度“四川省医师协会优秀精神卫生工作者”活动实施方案》、《“四川省医师协会优秀精神卫生工作者”评选标准》和《“四川省医师协会优秀精神卫生工作者”候选人登记表》，并积极认真推荐出各地区的先进典型，宣扬优秀精神卫生工作者为人民服务的模范事迹。

报名截止时间：2016 年 4 月 15 日（以邮戳为准）。

- 附件：1、评选表彰 2015 年度“四川省医师协会优秀精神卫生工作者”活动实施方案
- 2、“四川省医师协会优秀精神卫生工作者”评选标准
- 3、2015 年度“四川省医师协会优秀精神卫生工作者”候选人登记表



西部精神医学协会

2016 年 3 月 11 日

附件 1:

## 评选表彰 2016 年度“四川省医师协会优秀精神卫生工作者”活动实施方案

### 一、表彰目的

通过表彰和奖励全省精神卫生系统中做出优异成绩的精神科医师、精防医务工作者、在当地为精神卫生事业做出重大贡献的管理者。展示精神科医师和精防医务工作者救死扶伤、爱岗敬业、乐于奉献、文明行医的精神风貌，弘扬开拓进取、刻苦钻研，全心全意为患者服务的职业精神，促进我省精神卫生队伍的建设和精神卫生事业的发展。

### 二、表彰名额

全省共计 12 名，优秀精神卫生医师 6 名，优秀精神卫生护士 2 名，优秀社区精神防治工作者 2 名，优秀精神卫生管理者 2 名，并由西部精神医学协会和四川医师协会精神科医师分会共同授予“优秀精神卫生工作者”称号。

### 三、评选程序

#### （一）推荐

采取单位推荐和个人申报方式。

由各市、区、县精神卫生办公室或社会防治科、精神卫生机构向西部精神医学协会推荐。

本次活动前期组织工作的推荐资料由自贡市精神卫生中心精神卫生办公室负责收集。

在报送候选人员前,应充分听取候选人员所在单位的干部和群众意见。并在候选人员所在单位范围内利用多种方式公示,对于群众实名举报的问题,应组织人员逐一核实。

个人申报的需要有至少 2 个西部精神医学协会理事或四川医师协会精神科医师分会委员的推荐。

## (二) 评选及批准

西部精神医学协会成立评选工作委员会(简称评委会),由会长任组长,成员由副会长、部分常务理事等组成。评委会负责审核“四川优秀精神卫生工作者”奖评选工作,在审核认定后,将在西部精神医学协会网站上公示一周(<http://www.chinawcpa.com>)

## (三) 表彰奖励方式

西部精神医学学会将于 2016 年 6 月 16 日在南充召开颁奖大会,颁发荣誉证书与奖杯。

## (四) 其他

1. 为配合评选工作,西部精神医学协会、四川省医师协会精神科医师分会将开展相应的宣传活动。

2. 四川省医师协会精神科医师分会将获奖者的先进事迹编印成册,工作开展情况视频 3 分钟,并通过媒体进行宣传介绍。

3. 具体相关事项将与获奖者进行联系和确认。

## 四、有关要求

2016 年 4 月 15 日前，各市区县将候选人登记表（附件 3）上报西部精神医学协会（一式三份）。并将电子版发送至自贡市第五人民医院电子邮箱

联系人：自贡市精神卫生中心精神卫生办公室

陈艳 13890028131

文丽萍 13890098082

办公室电话：0813-5532181；0813-5532499

传真：0813-3302480

电子邮箱：610025197@qq.com。

地址：四川省自贡市贡井区青杠林 138 号 精神卫生办公室

邮编：643020

附件 2：

## “四川省医师协会优秀精神卫生工作者” 评选标准

本次评选面向四川省内所有基层精神专科医院、社区中担任精神疾病防治的医务工作者和从事精神卫生管理工作的管理者。

一、遵纪守法，认真贯彻执行《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国精神卫生法》。遵守各项规章制度，严格执行专业技术规范和操作规程，医德高尚，不谋私利，严格执行规定的医疗服务价格和药品价格，确保群众医疗、用药安全，未发生过医疗事故。在群众中享有很高的威信，同行认可。

二、热爱本职工作，热情为群众服务，具有奉献精神。爱岗敬业，遵守职业道德，关心、爱护、尊重患者，在弘扬医德为本，救死扶伤人道主义的职业道德方面事迹突出，深受当地群众及业内同行好评。

三、从事精神卫生管理工作，积极支持精神卫生工作，在管理中创新，为当地精神卫生事业做出杰出贡献者。

四、具有探索精神，不断创新，积极参与精神卫生队伍建设。所在单位制度完善，管理规范，在本地区能发挥示范作用。

五、刻苦钻研业务，在医疗、康复和预防等方面成绩和业绩突出，具备为当地群众服务的专业特长。

六、在从事临床医疗、预防、保健、康复和突发公共卫生事件控制工作等方面具有突出的业绩，具有一定的代表性，可成为广大精神科医生学习的榜样。

七、致力于精神疾病患者的社区康复、消除对精神疾病歧视、培训指导社区医生取得了较好的社会效益、形成了带有指导意义的新的干预模式。

八、凡参加评选的精神科医生、护士应在岗在职，截止到 2016 年 4 月 15 日之前，须在精神科临床、康复等一线岗位连续工作 8 年以上；精神卫生管理者、社区精神防治工作者须连续工作 5 年以上。

附件 3:

## 2015 年度“四川省医师协会优秀精神 卫生工作者”候选人登记表

申报类别: 1. 年度优秀精神科医生 2. 年度优秀精神科护士  
3. 年度优秀精防工作者 4. 年度优秀精神卫生管理者

|                                    |                                                        |                    |                                                         |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------|
| 姓名                                 | 性别                                                     | 民族                 | 贴照片处<br><br>(2 寸近期免冠<br>照)                              |
| 年龄                                 | 岁 (                                                    | 年 月出生)             |                                                         |
| 文化程度                               | 政治面貌                                                   |                    |                                                         |
| 从事精神科工作年限 年;                       |                                                        |                    | 获得执业证书时间 年 月                                            |
| 工作单位                               |                                                        | 执业类别 (以西医为主 以中医为主) |                                                         |
| 通讯地址                               |                                                        |                    |                                                         |
| 邮政编码                               |                                                        | 电话 (区号 )           |                                                         |
| 个人简历 (请另附, 包括培训情况)                 |                                                        |                    |                                                         |
| 受过何种奖励 (请另附)                       |                                                        |                    |                                                         |
| 事迹材料 (请另附)                         |                                                        |                    |                                                         |
| 本单位意见<br><br><br>(盖章)<br><br>年 月 日 | (选填) 地市级医师协会或<br>卫生行政部门意见<br><br><br>(盖章)<br><br>年 月 日 |                    | (选填) 省级医师协会或卫<br>生行政部门审核意见<br><br><br>(盖章)<br><br>年 月 日 |

