附件5

医德医风考核表

申报人单位：（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **医德医风年度考核结果** | | | | | **2019年以来发生医疗纠纷事件次数** | **2019年以来发生医疗差错、医疗事故次数** | **2019年以来被投诉举报次数** |
| **2019年度** | **2020年度** | **2021年度** | **2022年度** | **2023年度** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.年度考核结果按优秀、良好、一般、较差四个等次填写。

2.2019年以来如发生医疗纠纷、医疗事故、投诉举报情况，请附相关情况说明材料。