附件2

2025年楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核（试点）报名指南

为做好2025年楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核（试点）工作，依据《中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法》（原国家卫生和计划生育委员会第15号令）和《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》（云卫规〔2018〕2号）规定，根据《云南省楚雄彝族自治州彝医药条例》、《楚雄州彝医医术确有专长医师资格（乡村专项）考核管理办法》（楚卫规〔2024〕1号）规定，制定本指南。

一、报名时间、地点和方式

（一）报名时间：2025年6月30日至2025年7月19日。

（二）报名步骤

1.网上申请。申请考核人员网上填报信息并提交相关证明材料。本次考核采取网上报名，报名网址：cxyyzckhxt.kyzmnjk.com。相关文件可到网站下载。

2.现场确认。申请考核人员与其2名推荐医师一同到长期临床实践地所在县（市、区）卫生健康行政部门进行现场确认，核验相关证件及证明材料原件，推荐医师需签订书面推荐承诺书。

二、报名资格

（一）基础资格条件。楚雄州行政辖区内取得乡村医生资格，注册在村医疗卫生机构连续从业6年及以上人员，且取得《彝医药知识培训合格证》，可以申请参加彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核。

（二）凡有下列情况之一，不得报名：

1.不具有完全民事行为能力的；

2.正在接受司法机关立案侦查，或纪检监察机关立案审查的；

3.受党纪政纪处分期未满的；

4.受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请报名之日止不满2年的。

三、推荐医师条件

推荐医师应当了解熟悉被推荐者医术专长情况、与被推荐者专业相关、从事彝医临床工作十五年以上或者具有中医类副主任医师以上专业技术职务的中彝医类别执业医师。推荐医师每次考核最多只能推荐4名报考人员。

四、提交材料

申请参加彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核，应当准备好以下材料：

（一）楚雄州卫生健康委统一制定的《彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核申请表》（附件1）电子版扫描件；

（二）本人有效身份证明原件及电子版扫描件，《乡村医生执业证书》原件及电子版扫描件；近期正面白底免冠照片四张（二寸，约50mm×35mm，单独提供），要求与申请表中照片一致；

（三）在村卫生室连续从业满6年及以上证明（由村卫生室所在卫生院提供）电子版扫描件；

（四）彝医药知识培训合格证电子版扫描件；

（五）2名中（彝）医类别执业医师的推荐材料；推荐医师身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证书及所在注册执业机构证明的原件和电子版扫描件；

（六）《楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核彝医医术专长综述表》电子版扫描件；

（七）《楚雄州彝医医术确有专长人员常用彝药申报表》（附件3）（涉及使用彝药的考核人员需填报）电子版扫描件。

所有原件仅用于现场验证。申报材料按照要求填报并上传电子版扫描件作为附件。

五、报名程序

（一）网上报名：报考人员通过网络报名（选择长期临床实践所在县市卫生健康行政部门）。

（二）提交报名材料：详见“四、提交材料”。

（三）报名审核：网上报名结束后，各县市卫生健康行政部门初审，对申报材料及报名人员真实情况认真审核并负责，州卫生健康委负责复审。

（四）报名公示：各县市卫生健康行政部门将通过初审的报考人员和推荐医师信息在报考人员长期临床实践地或学习地进行公示（5个工作日），公示结束后，报州卫生健康委审核，审核合格人员在楚雄州卫生健康委网站进行公示。

（五）打印考证：进入考核程序的人员自行上网（cxyyzckhxt.kyzmnjk.com）打印《准考证》。并按照《准考证》上的时间、地点和要求参加考核。

六、医术专长填报说明

医术专长包括申请考核人员所使用的彝医药技术方法和擅长诊治的病证范围。使用的彝医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使用××技术诊治××病证”。医术专长还应符合“方法独特、技术安全、疗效明显”标准。

本次考核（试点）工作，仅对内科、内科、妇科、儿科和皮肤病下常见病、多发病及楚雄州推广运用的53项彝医治疗技术及针刺类技术、骨伤类技术、推拿类技术进行考核。

（一）关于填报病证范围和彝医药技术方法

1.按照“彝医疾病+彝医药技术方法”模式确定申报的医术专长。彝医疾病名称对照《报考彝医病名（楚雄州2025年开考项目）》填写。彝医药技术方法分内服方药、外治技术、内外兼有三类。选填“内服方药”或“内外兼有”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件2、附件4相关内容应前后一致），选填“外治技术”或“内外兼有”类的申报者须对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2025年开考项目）》（附件4），明确外治技术类别或外治技术名称。

2.《报考彝医病名（楚雄州2025年开考项目）》、《彝医医疗技术目录（楚雄州2025年开考项目）》未收录的彝医疾病或外治技术不开考。

3.各附件中涉及填写医术专长的内容和要求，已在栏目内进行简要文字提示，并可详见各附件的填表说明。

（二）关于申报彝医疾病数量的规定

对照《报考彝医病名（楚雄州2025年开考项目）》，每个考生可申报6个以内疾病。

（三）医术专长填报举例

1.填报彝医疾病名称：对照《报考彝医病名（楚雄州2025年开考项目）》（附件4、附件5）填写。

①选择填写某一个彝医疾病。表示仅掌握某一病类下的某一个具体疾病。例如：选择填写“内科病”中“肺系病类”下的“咳嗽病”，表示仅掌握“咳嗽病”这1个具体疾病。

②选择填写某几个彝医疾病（不超过6个）。例如：选择填写“内科病”下“肺系病类”下的“咳嗽病”、“肺痨病”，表示掌握“咳嗽病”、“肺痨病”这2个具体疾病。

2.填报彝医药技术方法：分“内服方药”、“外治技术”、“内外兼有”三类，在相应栏打“√”。选填“内服方药”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件1、附件2相关内容应前后一致）。选填“外治技术”类的申报者须对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2025年开考项目）》，明确技术类别或技术名称。选填“内外兼有”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件1、附件2相关内容应前后一致），并对照《彝医医疗技术目录（2025年）》，明确技术类别或技术名称。选择填写某一个技术类别，并填写具体的技术名称。例如：选择填写“针刺类技术”，并填写“针刺类技术”下所列的“毫针技术”、“头针技术”表示掌握“毫针技术”、“头针技术”两项技术。

3.附件填报示例：附件1、附件2中的医术专长示例：擅长使用毫针技术治疗呃逆病。

七、其他事项

（一）报考人员必须如实填写有关信息、提供真实资料。如发现弄虚作假等行为，将严格按照《云南省中医医术确有专长人员医师注册管理实施细则（暂行）》（云卫规〔2018〕2号）和《楚雄州彝医医术确有专长医师资格（乡村专项）考核管理办法》（楚卫规〔2024〕1号）等有关规定严肃处理。

（二）2025年楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核相关信息可登录楚雄州卫生健康委网站查询，或到当地县（市）卫生健康行政部门咨询。

附件：1.彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核申请表

2.楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核彝医医术专长综述表

3.楚雄州彝医医术确有专长人员常用彝药申报表

4.报考彝医病名（2025年）

5.考核彝医医疗技术目录（2025年）

附件1

彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 照 片 |
| 出生年月 |  | 民族 | |  | |
| 文化程度 |  | 政治面貌 | |  | |
| 健康状况 |  | 现从事主要职业 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 邮编 |  | | 联系电话 | |  | |
| 户籍所在地 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 医术实践地点 |  | | 医术实践时间 | | 年 月至 年 月 | |
| 医术专长 | 1.擅长使用××技术诊治××病  2.擅长使用××技术诊治××病  3.擅长使用××技术诊治××病  4.擅长使用××技术诊治××病  5.擅长使用××技术诊治××病 | | | | 近五年服务人数 |  |
| 学习途径 | 自学□ 家传□ 跟师□ 自创□ | | | | | |
| 医术渊源  （3代） | 1.彝医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。  2.接触彝医的时间、形式；学习或掌握的彝医典籍；主要彝医学术思想阐述等。 | | | | | |
| 个人学习经历 |  | | | | | |
| 医术实践经历 |  | | | | | |
| 医术专长综述 | 1.擅长使用××技术诊治××病  （1）医术的基本内容及特点描述  （2）医术专长适应症或适用范围  （3）医术安全性  （4）医术有效性  （5）医术潜在的风险性及防范措施  2...... | | | | | |
| 回顾性彝医医术实践资料10例（需提供患者真实姓名、住址、电话、病历资料等，以附件形式附后） | | | | | | |
| 本人承诺所填报信息全部真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》《楚雄州彝医医术确有专长医师资格（乡村专项）考核管理办法》有关规定，承担相应后果。  本人签字（按指印）：  日期： 年 月 日 | | | | | | |
|  | | | | | | |

推荐材料 一

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐 医师 基本 情况 | 姓名 | |  | 性别 |  |
| 职称 | |  | 民族 |  |
| 专业 | |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 | |  | | |
| 医师资格证书  编码 | |  | | |
| 医师执业证书  编码 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | |
| 推荐 医师 意见 | （推荐意见：被推荐人姓名、医术专长、推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。  推荐医师签字（按指印）：  日期： 年 月 日 | | | | |
| 县（市）中（彝）医药主管部门意见 | | （初审意见）  审核人签字：  单位负责人签字：  （单位公章） 年 月 日 | | | |
| 州中（彝）医药主管部门意见 | | （复审意见）  审核人签字：  单位负责人签字：  （单位公章） 年 月 日 | | | |

推荐材料 二

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推  荐  医  师  基  本  情  况 | 姓名 | |  | 性别 |  |
| 职称 | |  | 民族 |  |
| 专业 | |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 | |  | | |
| 医师资格证书 编码 | |  | | |
| 医师执业证书 编码 | |  | | |
| 工作单位 | |  | | |
| 推  荐  医  师  意  见 | （推荐意见：被推荐人姓名、医术专长、推荐理由等）  本人承诺推荐内容真实准确，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）》《楚雄彝族自治州彝医医师考核认定办法》有关规定，承担相应后果。  推荐医师签字（按指印）：  日期： 年 月 日 | | | | |
| 县（市）中（彝）医药主管部门意见 | | （初审意见）  审核人签字：  单位负责人签字：  （单位公章） 年 月 日 | | | |
| 州中（彝）医药主管部门意见 | | （复审意见）  审核人签字：  单位负责人签字：  （单位公章） 年 月 日 | | | |

填表说明

一.本表供彝医医术确有专长人员申请参加医师资格（乡村专项）考核使用。

二.可手写，也可电脑上填写后打印，内容要具体、真实，字迹要端正、清楚。申请人签字、推荐医师意见和签字只能由相应人员用钢笔或签字笔手写。

三.本表分别由申请人、推荐医师、县、州级中（彝）医药主管部门填写。

四.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

五.照片应为申请人近期二寸免冠白底照片。

六.文化程度：填写申请人目前所取得的最高学历。

七.工作单位：xx县xx卫生院xx村卫生室（社区卫生服务站）。

八.医术专长：包括所使用的彝医药技术方法和擅长诊治的病证范围。使用的彝医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使用××技术诊治××病”。医术专长还应符合“方法独特、技术安全、疗效明显”标准。申报的彝医疾病数量不超过6个。申报的彝医药技术分“内服方药”、“外治技术”、“内外兼有”三类，其中申报“外治技术”和“内外兼有”类的须明确技术类别或技术名称，如“使用内服方药治疗××病”、“使用××外治技术治疗××病”、“使用内服方药兼××外治技术治疗××病”。申报的医术专长应与附件2所填报医术专长一致。

九.医术渊源：包括彝医医疗服务类非物质文化遗产传承脉络、家族行医记载记录、医籍文献等。

十.个人学习经历：包括文化学习和医术学习经历。

十一.医术专长综述：按申报的彝医疾病，分别简要叙述医术专长的基本内容及特点、适应症或适用范围、安全性、有效性、潜在的风险性及防范措施等。

十二.推荐医师基本情况：需附推荐医师医师资格证书、医师执业证书复印件，中医类副主任医师以上专业技术职务任职资格证书复印件。

十三.推荐医师意见：包括被推荐人姓名、医术专长和推荐理由等。

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 年龄 |  |
| 身份证  号码 |  | | | | | | | 联系电话 （手机） |  |
| 住址 |  | | | | | | | 工作单位 |  |
| 一、医术 专长 | 病名 | 彝医药技术方法 | | | | | 常用内服方剂名称 | | 外治技术类别或名称 |
| 内服  方药 | | 外治  技术 | | 内外  兼有 |
|  |  | |  | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  |
| 二、彝医 医术渊源 说明 | 1.接触彝医时 间 | |  | | | | | | |
| 2.接触彝医形 式 | |  | | | | | | |
| 3.学习或掌握  的彝医典籍 | |  | | | | | | |
| 4.主要彝医学 术思想阐述 | |  | | | | | | |

楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核彝医医术专长综述表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 三、彝医 医术确有 专长综述 | （一）擅长××技 术 诊 治 × ×病 | 1.医术的基本内容及特点描述  2.医术专长适应症或适用范围  3.医术安全性  4.医术有效性  5.医术潜在的风险性及防范措施 |
| （二）擅长××技 术 诊 治 × ×病 | 1.医术的基本内容及特点描述  2.医术专长适应症或适用范围  3.医术安全性  4.医术有效性  5.医术潜在的风险性及防范措施 |
| （三）擅长×× 技 术 诊 治 × × 病 | 1.医术的基本内容及特点描述  2.医术专长适应症或适用范围  3.医术安全性  4.医术有效性  5.医术潜在的风险性及防范措施 |
| 四、真实 性承诺 | 本人对以上填写内容真实性做出承诺，如有虚假，愿意按照《云南省中医医术确有专长人员医师资格考核注册管理暂行办法实施细则（试行）《楚雄州彝医医术确有专长医师资格（乡村专项）考核管理办法》有关规定，承担相应后果。  承诺人签名（按指印）：  承诺时间： 年 月 日 | |

填表说明

一、申报者须填写所有栏目，不得留有空白栏。

二、关于表中“一、医术专长”。医术专长包括所使用的彝医药技术方法和擅长诊治的病证范围。使用的彝医药技术方法和诊治的病证范围应为对应关系，即“使用××技术诊治××病”。医术专长还应符合“方法独特、技术安全、疗效明显”标准。申报的彝医疾病数量不超过6个。申报的医术专长应与附件1所填报医术专长一致。

（一）填报彝医疾病名称：对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2025年开考项目）》（附件4）填写。

（二）彝医药技术方法分“内服方药”、“外治技术”、“内外兼有”三类，在相应栏打“√”。选填“内服方药”类的申报者须列举常用的方剂名称（附件1、附件2相关内容应前后一致）。选填“外治技术”类的申报者须对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2025年开考项目）》（附件4），明确技术类别或技术名称。选填“内外兼有”类的申报者须列举常用的方剂名称应前后一致，并对照《彝医医疗技术目录（楚雄州2025年开考项目）》，明确技术类别或技术名称。

三、彝医医术确有专长综述：按申报的彝医疾病，分别简要叙述 医术专长的基本内容及特点、适应症或适用范围、安全性、有效性、潜在的风险性及防范措施等。

四、应注意文字精炼、准确。表中“二、彝医医术渊源说明”，表中“三、彝医医术确有专长综述”均填写摘要，字数各不超过1000字。

附件3

楚雄州彝医医术确有专长人员常用彝药申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 常用药物 | | |
| 2 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 常用药物 | | |
| 3 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 常用药物 | | |
| 4 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 常用药物 | | |
| 5 | | 常用方剂 | | |  | | | | | | |
| 常用药物 | | |
| 汇总 | | 常用方剂共 方 | | | | | | | | | |
| 常用药物 味，填入常用药物表，以备现场辨识考核使用。 | | | | | | | | | |
| 常用药物中是否有毒性药物□否，□是。如有，填入有毒药物表，以备专家了解考核使用。 | | | | | | | | | |
| （一）常用药物表 | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 彝药名 | | 序号 | 彝药名  名称 | | 序号 | 彝药名 | 序号 | 彝药名 | 序号 | 彝药名  名称 |
| 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | | 7 |  | | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | | 12 |  | | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | | 17 |  | | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| 21 |  | | 22 |  | | 23 |  | 24 |  | 25 |  |
| 26 |  | | 27 |  | | 28 |  | 29 |  | 30 |  |
| 31 |  | | 32 |  | | 33 |  | 34 |  | 35 |  |
| 36 |  | | 37 |  | | 38 |  | 39 |  | 40 |  |
| 41 |  | | 42 |  | | 43 |  | 44 |  | 45 |  |
| 46 |  | | 47 |  | | 48 |  | 49 |  | 50 |  |
| （二）有毒药物表 | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 彝药名称 | | 序号 | 彝药名称 | | 序号 | 彝药名称 | 序号 | 彝药名称 | 序号 | 彝药名称 |
| 1 |  | | 2 |  | | 3 |  | 4 |  | 5 |  |
| 6 |  | | 7 |  | | 8 |  | 9 |  | 10 |  |
| 11 |  | | 12 |  | | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
| 16 |  | | 17 |  | | 18 |  | 19 |  | 20 |  |

填表说明

1.根据申报者实际情况，申报的常用方剂、常用药物数量不作规定，表格不够请自行添加。

2.常用方剂应与附件2所填报的“常用内服方剂名称”一致。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 三、10 名以上患者证明（注：患者就诊时间需跨度 5 年以上） | | | | | | | | | | |
| 序  号 | 姓  名 | 性  别 | 年  龄 | 身份证号码 | 家庭详细  住址 | 联系  方式（手机） | 所患  疾病 | 就诊经过（应包括发病时间、过程、诊疗方法、治疗效果等） | 患者承诺 | 签字  按手印印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 序  号 | 姓  名 | 性  别 | 年  龄 | 身份证号码 | 家庭详细  住址 | 联系  方式（手机） | 所患  疾病 | 就诊经过（应包括发病时间、过程、  诊疗方法、治疗效果等） | 患者承诺 | 签字  按手印印 |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |

附件4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 考核彝医病名  （2025年） | | |
| **科别类目名称** | **专科系统分类目名称** | **疾病名称** |
| 内科 | 呼吸系统 | 感冒 |
| 咳嗽 |
| 肺胀 |
| 喘病 |
| 哮病 |
| 乳蛾 |
| 外感发热 |
| 中暑 |
| 消化系统 | 腹痛 |
| 便秘 |
| 泄泻 |
| 胃痛 |
| 呕吐 |
| 梅核气 |
| 胁痛 |
| 心血管系统 | 心悸 |
| 不寐病 |
| 精神、神经系统 | 眩晕 |
| 头痛 |
| 酒厥 |
| 郁病 |
| 泌尿系统 | 热淋 |
| 石淋 |
| 子痈 |
| 内分泌系统 | 消渴病 |
| 肌痿 |
| 肥胖病 |
| 虚损病 |
| 风湿免疫系统 | 痹症 |
| 痛风 |
| 外科 | 骨科系统 | 颈椎病 |
| 漏肩风 |
| 颈肩综合征 |
| 腰痛 |
| 急性腰扭伤 |
| 踝关节扭伤 |
| 骨痿 |
| 膝痹 |
| 肛肠科 | 痔病 |
| 五官疾病 | 鼻渊 |
| 鼻衄病 |
| 天行赤眼 |
| 胬肉攀睛病 |
| 耳胀耳闭 |
| 脓耳 |
| 牙痛 |
| 妇科 | 月经疾病 | 月经先后无定期 |
| 痛经 |
| 带下疾病 | 带下病 |
| 阴痒病 |
| 乳房疾病 | 乳癖 |
| 皮肤科 | | 湿疮 |
| 蛇串疮（带状疱疹） |
| 风瘙痒 |
| 瘾疹 |
| 风热疮 |
| 水火烫伤 |
| 甲疽 |
| 儿科 | | 五软 |
| 鹅口疮 |

附件5

考核彝医医疗技术目录

|  |  |
| --- | --- |
| **技术类别** | **技术名称** |
| **彝医治疗**  **技术** | 彝医水膏药疗法、彝医湿热敷疗法、彝医清浊六路按摩疗法、彝医小儿泄泻按摩疗法、彝医水罐疗法、彝医“三伏灸”疗法、彝医灌洗肠疗法、彝医熏蒸疗法、彝医调清浊二气疗法、彝医泡洗疗法 |
| **骨伤类技术** | 理筋技术、脱位整复技术、骨折整复技术、夹板固定技术、石膏固定技术、骨外固定支架技术、练 功康复技术 |
| **针刺类技术** | 毫针技术、头针技术、耳针技术、腹针技术、眼针技 术、手针技术、腕踝针技术、三棱针技术、皮内针技术、火针技术、皮肤针（梅花针）技术、芒针技术、鍉针技术、穴位注射技术、埋线技术、平衡针技术、醒脑开窍技术、靳三针技术、浮针技术、贺氏三通技术、电针技术、针刺麻醉技术、鼻针技术、口唇针技术 、子午流注技术、灵龟八法技术、飞腾八法技术 |
| **推拿类技术** | 皮部经筋推拿技术、脏腑推拿技术、关节运动推拿技术、关节调整推拿技术、经穴推拿技术、导引技术、小儿推拿技术、器物辅助推拿技术、耳鼻喉擒拿技术、膏摩技术 |

（2025年）

说 明

《2025年楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核（试点）报名指南》，参考《2022年楚雄州彝医医术确有专长人员医师资格考核（试点）报名指南》，结合楚雄州基层彝医药传承发展情况草拟，并组织专家论证制定。

1. **申请参加彝医医术确有专长（乡村专项）人员医师资格考核需提供**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 提供材料 | 备注 |
| 1 | 《彝医医术确有专长人员医师资格（乡村专项）考核申请表》**（附件1）** | 填写主要信息后，整个表扫描后作为附件上传 |
| 2 | 彝医药培训合格证 | 扫描后作为附件上传 |
| 3 | 本人有效身份复印件，近期正面白底免冠照片四张（二寸，约50mm×35mm） | 身份证扫描后作为附件上传，本人照片直接上传 |
| 4 | 《云南省彝医医术确有专长人员医师资格考核彝医医术专长（乡村专项）综述表》**（附件2）** | 填写主要信息后，整个表扫描后作为附件上传 |
| 5 | 2名推荐医师身份证、医师资格证书、医师执业证书、职称证书复印件 | 推荐医师相关证件扫描后，作为附件上传 |
| 6 | 《云南省彝医医术确有专长人员常用彝药申报表》**（附件3）**（涉及使用彝药的考核人员需填报） | 填写主要信息后，整个表扫描后作为附件上传 |
| 7 | 在村卫生室连续从业满6年及以上证明 | 扫描后作为附件上传 |
| 10 | 《乡村医生执业证书》复印件 | 扫描后作为附件上传 |