

武汉大学口腔医学院文件

武汉大学口腔医院

武大口院〔2021〕23号

武汉大学口腔医院 临床型副主任医师职称评审方案（试行）

第一章 总 则

第一条 为适应新时代中国特色社会主义发展的新要求，客观科学公正地评价卫生系列专业技术人员的能力和水平，积极探索“坚持能力导向、突出临床实践”的专业技术职称评价模式改革，根据人力资源社会保障部和国家卫生健康委制定的《关于深化卫生专业技术人员职称制度改革的指导意见》，以及省人社厅、湖北省卫健委、武汉大学职称评审文件精神，结合口腔医院实际，特制定本方案。

第二条 临床型副主任医师职称评定中，突出品德、能力和业绩导向，破除唯论文、唯学历、唯奖项、唯“帽子”等倾

向。注重政治素质和医德医风考核，严格执行医德医风、师德师风、学术诚信等“一票否决”制度；注重专业性、技术性和实践性考核，重点评价临床工作业绩及执业能力。

第三条 临床型副主任医师职称评审实行“评聘结合”的原则，职务评定由医院组织实施，岗位聘任由医院根据实际需要予以聘任。

第四条 本方案适用于我院所有院外门诊部在编在岗医师（含院外门诊部储备医师），不含本部外派或借调到院外门诊部医师。

第二章 岗位设置

第五条 通过本方案评审并获批者，签订岗位聘用合同，受聘为武汉大学口腔医院临床型副主任医师，院内认定为卫生专业技术七级岗，享受与常规晋升的副主任医师相同的待遇。待遇如下：岗位工资、薪级工资、基础性绩效等由国家、地方政策确定的各类工资性收入，标准按本人原有专业技术岗位及年资执行，不足七级岗位的工资性收入，以特别津贴的形式按月补足。临床绩效部分各院外门诊部应参照副主任医师标准执行。

第六条 通过此方案晋升的岗位，不设置分级岗位，不对应常规职称晋升中的卫生专业技术分级聘任岗位。同时，个人也可申请常规专业技术岗位及分级岗位，待遇可根据就高原

则，享受较高的专业技术岗位级别待遇。

第三章 申报条件

第七条 申请人政治立场坚定，拥护中国共产党的领导和中国特色社会主义制度，在思想上和行动上与党中央保持高度一致，严格遵守国家和地方法律、法规，遵守学校各项规章制度，遵守医院的各项管理制度。

第八条 申请人应具有良好的思想政治素质和职业道德，爱岗敬业，具有较强的团队协作精神和良好的服务态度，近三年年度考核合格及以上。

第九条 资格条件。

一、具有医师执业资格。

二、学历、资历条件：

（一）从事本专业工作满3年及以上，具有本专业相关博士学位且受聘于中级主治医师岗位满2年及以上。

（二）从事本专业工作满8年及以上，具有本专业相关硕士学位且受聘于中级主治医师岗位满5年及以上。

（三）从事本专业工作满10年及以上，具有本专业相关本科学历且受聘于中级主治医师岗位满8年及以上。

第十条 业务能力要求。

要有扎实的医学理论基础，丰富的专业知识，精湛的临床技术，规范高效的服务质量。掌握本专业的基础理论和专业知

识，在本专业或某个方向上有比较深入的见解和研究。了解本专业的国内外现状及最新发展趋势，能够汲取新理论、新经验应用于本专业工作实践。

一、必备条件

（一）门诊部本专业技术骨干，能指导门诊其他医师的业务工作。有较丰富的临床工作经验，能熟练诊治常见病，独立解决本专业复杂疑难的临床技术问题，有正确抢救治疗危、急、重、疑难病症的能力。医疗效果好，社会声誉较高。

（二）具备较好的团队协作精神，患者满意率和出勤考核等符合医院要求。申报专业与岗位工作内容一致，完成医院规定和要求的工作内容和工作量。近三年的年门诊工作量超过门诊同级同类医生年平均诊疗人次。

（三）完成医院要求的住院医师规范化培训学员及进修生等临床带教工作任务。

（四）在专业核心期刊上公开发表具有本学科临床价值的临床研究论文 1 篇及以上。非本专业临床论文或在境外、港澳出版的中文刊物以及繁体字印刷的刊物上发表的文章不能作为参评论文。

（五）申报者应注重新理论、新知识、新方法、新技术的学习，不断更新专业知识和提高业务水平。申报者任现职且近三年以来所获得的继续教育学分达到 25 分及以上（参加各类继续教育学习班、单位组织的学术活动、发表论文、开展新业

务新技术、科研立项或获奖、获得专利等均可计入学分)。

(六) 提交任现职以来 5 份相关学科病例, 所提供的病例应为申请人任现职以来的、具有代表性的、且能够客观反映临床较高诊疗水平的病例。申请人提交的 5 份临床病例原则上须为本人独立完成, 因特殊情况与他人合作完成的部分必须标注清楚, 如非本人完成部分未清楚标注, 一律视为弄虚作假。

(七) 医务处随机抽取申请人任现职以来的 6 份病历。抽取的病历应结合个人实际, 着重考察申请人最近两三年的临床工作实绩。申请人需对被抽查的 6 份病历仔细核对, 确认签字。一般情况下, 申请人如无充分理由, 不得拒绝被抽查的病历进入评审程序。申请人若认为被抽查的病历不完整、不详实, 可以提供相关补充材料并本人确认签字。

二、选项条件 (任选一项)

(一) 任现职以来, 具有援疆、援藏、援外或扶贫工作经历并圆满完成工作任务。

(二) 在国家重大公共卫生事件、重大突发事件中做出贡献, 获省市级及以上部门表彰。

(三) 担任省级以上各相关学科专业委员会委员或市级以上各相关学科专业委员会常务委员。

(四) 担任门诊部主任或副主任两年及以上 (含试用期)。

(五) 具博士学位且受聘中级主治医师岗位满 7 年; 具硕士学位且受聘中级主治医师岗位满 10 年; 具本科学位且受聘

中级主治医师岗位满 15 年。

第十一条 所有成果必须为任现职以来至申报截止日的成果。

第十二条 在评审过程中，凡有下列情况之一者，取消当年申报资格。因申请人在评审过程中隐瞒不报，已经取得任职资格的，经查实后撤销其任职资格。

一、政治立场不坚定，组织或参加有损国家利益和集体利益的不当行为；违背社会主义公共秩序和公共道德，散布损害国家利益和集体利益的不当言论等。

二、工作严重失职，在重大医疗事故中负主要责任，造成恶劣影响的。

三、存在学历、资历、执业资格、病例、专业技术业绩、科研成果等弄虚作假以及其他学术不端等行为。

四、违反国家法律、地方法规、学校或医院相关规定，受到刑事处罚、党纪处分、行政处分等，刑期和处分期（含影响期）未了的。

第四章 评审组织

第十三条 医院成立专业技术职称评审委员会，由不少于 9 名正高级专业技术职称的专家组成，设主任一名，副主任若干名，主任原则上由院长担任，负责组织评审全过程。

第十四条 职称评审委员会到会成员须达到应到成员的三

分之二方能召开评审会。以实名投票方式表决，表决票中同意票达到实到成员的三分之二为有效通过。不出席评审会的成员不得委托投票。

第十五条 在职称评审过程中，严格执行回避制度。与申请人有近亲属关系或研究生师生关系的，应当回避。如因学术观点、情感倾向等原因可能影响学术评价公正性的，申报人也可提出不超过3名的回避专家。

第五章 评审程序

第十六条 评审程序。

一、个人申请。个人对申报材料的真实性、完整性负第一责任，申报材料门诊部负责人确认签字并科内公示。

二、资格审查。医院人事处统筹组织对申请人进行资格审查，并公开展示申请材料。

三、业务能力考核。人事处统筹对申请人提交的代表性病例和抽取的病历等临床业绩材料进行考评，成立业务能力考核小组，严格选任各相关学科评审组专家，实行业绩量化考核制度，对病例（历）进行量化综合评估。

四、医院职称评审委员会评议。申报者主要围绕任现职以来的医德医风、临床业绩等进行业务述职，并重点对提交的代表性病例进行专业答辩。医院组织职称评审委员会根据参评对象的医德医风、技术水平和工作能力进行评议表决，决定拟通

过人选，评议结果公示 7 日。

五、医院党委常委会讨论、批准后宣布评审结果。

第十七条 评审结果由评审组织统一对外发布。各级评审组织成员及工作人员必须严格遵守纪律，不得向任何人泄漏评审信息。如有泄密行为，该评审组织成员五年内将不得再担任该组织成员，工作人员按相关管理条例处理。

第六章 材料认定规则

第十八条 病例评价标准分学科进行量化及细化考量，具体内容见附件。

第十九条 申请人提交的病例必须整理汇总成册，每个病例附上病案号，科内公开展示，门诊主任审核并签字。病例包含主述、诊疗过程、预后效果等内容，要求图文并茂，亮点突出。

第二十条 所有论文、著作、教材等均指已公开出版且为正刊发表的成果。发表论文必须为第一作者或通讯作者论文。主持项目特指项目第一责任人。研究成果的统计仅限为所在学科且与工作相关的内容。

第二十一条 科研成果署名必须是以武汉大学口腔医院为第一作者单位。从院外调入的人员，其成果统计有效期内的非武汉大学口腔医院为第一作者单位的成果可纳入计算。

第七章 申诉与投诉

第二十二条 评审坚持公开、公平、公正的原则，接受广大教职工监督。凡是对评审过程及结果有异议者，申请人本人及他人可以到人事处或纪委办公室进行申诉和投诉。

第二十三条 处理程序。

一、当事人对拟聘申报人材料或评审组织工作有异议的，应在评审结果公示7日内，提出书面申诉。医院接到申诉后，应及时调查取证，在二十个工作日内形成书面处理意见并反馈给当事人。

二、其他人对拟聘申报人材料或评审组织工作有异议的，应在评审结果公示7日内进行投诉。投诉鼓励使用实名，医院将对反映人和反映内容严格保密，并根据反映情况负责进行调查核实，在二十个工作日内形成书面处理意见并反馈给投诉人。

三、申诉与投诉程序启动后，争议处理不能影响当年职称评审工作的正常进程。

第八章 附 则

第二十四条 申报通知截止日期之前已退休人员不得申报当年临床型副主任医师职称晋升。

第二十五条 任现职以来，近三年任一年度有效投诉达三次及以上者，推迟晋升一年。

第二十六条 实行责任追究制，对于提供虚假材料的申请人一经查实，永久取消其申报资格，已经获得聘任的予以撤销职称及相应待遇。

第二十七条 严肃评审纪律，对于组织不力、把关不严或违规操作的组织或个人，将对相关人员进行责任追究。

第二十八条 本方案自发布之日起实施，由人事处负责发布和解释。2021 年底将首次推出试行。

附件：临床型副主任医师晋升病例评价标准



附件：临床型副主任医师晋升病例评价标准

附件 1 牙体牙髓病学科（临床病历考核标准）

一、总体要求

1. 医师晋升副主任医师需提供临床病例 5 份，满分 100 分。
2. 牙体牙髓病例总体要求：1) 病种多样化；2) 病例相对疑难或特殊；3) 必要时，须提供 CBCT 片；4) 病例记录和图像资料完整、准确、规范，讨论精准恰当，有文献支持；5) 病例须为申请者本人在任现职工作期间完成，多学科病例中非本人完成部分要清楚标示注明。
3. 每个病例的实际得分（满分 20 分）=病例评分×难度系数

二、评分细则

1. 病例的评分标准如下（满分 20 分）：
 - 1) 基本信息(1 分)病人常规信息,要求完整准确。
 - 2) 主诉(1 分)记录病人的发病部位、主要症状和持续时间。
 - 3) 病史(1 分)详细而全面的描述病症发病经过和特征,包括与主诉疾病有关的治疗史,全身疾病史以及可能相关的家族病史,药物过敏史。
 - 4) 临床检查(2 分)口外检查：包括病人就诊时面型、神态、颞下颌关节检查及头颈部淋巴结检查；口内检查：包括口内软组织、牙周状况、咬合关系及详细的牙齿情况。主诉牙检查包括：视诊、探诊、叩诊、温度测试、牙周和松动度检查。检查要求实事求是，记录准确，重点突出，应用专业术语表达，并辅以相关图片或照片。
 - 5) 辅助检查（2 分）包括必要的检查类别及检测结果，要求应用专业术语表达，并辅以相关图片或照片。
 - 6) 诊断与鉴别诊断（3 分）要求综合分析主诉、病史及各项检查结果，对主诉疾病进行准确诊断，必要时还应对相关的其他疾病进行初步诊断及鉴别诊断。诊断书写正确、规范。
 - 7) 治疗计划（1 分）综合分析病人病情，与病人全面沟通交流后制定专业的治疗方案，并且对治疗的预后及治疗过程中的风险进行评估和告知。

- 8) 治疗过程（3分）合理安排治疗日程，完整并准确的记录治疗全程及治疗过程中的细节，跨学科治疗过程以及复查安排。应突出重点，表述专业，并辅以相关图片或照片。
- 9) 讨论（2分）要实事求是，科学深入的探讨病例的主要特点，治疗过程中的问题，难点及心得体会，还要对病人的愈后效果及随访情况进行讨论。
- 10) 参考文献（1分）参考文献真实合理，具有代表性和权威性，格式规范。
- 11) 病例图片（3分）图片清晰准确，编排合理，并配以合适的文字说明，重点突出。

2. 病例难度系数：根据患牙的位置和外形、根管系统复杂情况、多学科联合诊疗以及患者全身状况等情况，将病例分为三级，一般为0.6，中等为0.8，较难为1.0

1) 一般难度病例：

- （1）普通根管或轻度弯曲（弯曲度 <30 度）根管治疗；
- （2）单颗牙缺损的美学树脂修复、或多颗牙缺损的普通树脂充填或修复体修复；
- （3）活髓保存治疗；
- （4）外伤后断牙再接等；

2) 中等难度病例：

- （1）中度弯曲根管（弯曲度在 $30-60$ 度之间）、C形根管、根管细小或中度钙化、根管再治疗；
- （2）显微根尖屏障术、髓室或根管上段穿孔修复；
- （3）根管桩或根管上段分离器械去除；
- （4）单颗前牙的显微根尖手术；
- （5）单颗牙的多学科治疗等；

3) 较难病例：

- （1）重度弯曲（弯曲度 >60 度）根管、根管中下段分叉、少见或罕见根管形态的治疗；
- （2）根管重度钙化、台阶或堵塞；
- （3）根管中下段分离器械或其他异物取出；
- （4）根管中下段穿孔修复；
- （5）后牙区、涉及多个牙位或牙周牙髓联合病损患牙的显微根尖手术；

- (6) 牙意向再植术、牙髓血运重建术；
- (7) 多颗牙（三个及以上牙位）缺损的美学树脂修复
- (8) 多颗牙（三个及以上牙位）的多学科联合治疗等

附件 1 牙体牙髓病学科（门诊病历抽查评分标准）

一、总体要求

1. 医师晋升副主任医师需随机抽检近两三年内 6 个病例的完成情况。检查包括病历书写检查和根管治疗 X 线片检查。
2. 随机抽查病历，若为根管治疗则评分由病历和 X 线检查组成，以下评分细则相应折算，满分 100；若为非根管治疗则评分以病历为主，满分 100。

二、评分细则

1. 病历书写检查评分标准（满分 100 分）：
 - 1) 主诉(10 分) 记录病人的发病部位、主要症状和持续时间。
 - 2) 病史(10) 详细描述病症发病经过和特征, 包括与主诉疾病有关的治疗史; 记录全身疾病史以及可能相关的家族病史, 药物过敏史。
 - 3) 临床检查(20 分) 口外检查: 包括病人就诊时面型、神态、颞下颌关节检查及头颈部淋巴结检查; 口内检查: 包括口内软组织、牙周状况、咬合关系及详细的牙齿情况。主诉牙检查包括: 牙位书写准确, 视诊、探诊、叩诊、温度测试, 牙周和松动度检查。检查要求实事求是, 记录准确, 重点突出, 应用专业术语表达。
 - 4) 辅助检查(5 分) 牙位书写准确, 包括必要的检查类别及检测结果。
 - 5) 诊断(10 分) 综合分析患者主诉、病史及各项检查结果, 对主诉疾病进行诊断。诊断准确、书写规范。
 - 6) 治疗计划(10 分) 综合分析病人病情, 与病人全面沟通交流后制定专业的治疗方案, 并且对治疗的预后及治疗过程中的风险进行评估和告知。
 - 7) 治疗过程(20 分) 牙位书写准确, 合理安排治疗日程, 完整准确的记录治疗过程, 以及复诊和复查安排。
 - 8) 医嘱(10 分) 医嘱明确、清楚。
 - 9) 签字(5 分) 医生签字准确、清楚

2. 根管治疗 X 线片检查评分标准（满分 100 分）：

- 1) 完整性（20 分）：包括原始根尖片、试尖片、完成片、随访片；诊疗需要时，有 CBCT 片。
- 2) 根管充填（40 分）：充填长度到达工作长度，无欠充或牙胶超充（牙髓炎病例，工作长度为距影像根尖 0.5-2mm；根尖周炎病例，工作长度为距影像根尖 0.5-1mm）；充填物致密，无空隙气泡；充填物锥度和轮廓流畅。
- 3) 冠部充填物（20 分）：冠部充填物与根管充填物连接紧密；充填物内无空隙气泡；邻面充填物无缝隙和悬突。
- 4) 并发症（20 分）：无遗漏根管、根管内分离器械、髓腔穿孔等并发症。

附件 2 口腔外科学科

一、临床技能考核标准：

申报者按以下要求提供五份病例报告，采用百分制，具体病例类型要求如下：

病例类型	基础分	难度系数分	合计
病例一：上颌 6 拔除术(牙槽骨无明显吸收、牙体组织无松动、拔除需分根的死髓牙)	15 分 (百分制得分*0.15)	5 分 微创拔牙技术应用	20 分
病例二：近中 B 位以下的下颌埋伏阻生智齿拔除术	15 分 (百分制得分*0.15)	5 分 近中 C 位以下的下颌埋伏阻生智齿	20 分
病例三：完全骨性埋伏多生牙拔除术	15 分 (百分制得分*0.15)	5 分 (满足以下条件之一的病例可获得) ①上颌高于切牙孔平面的埋伏多生牙 ②下颌 4-6 根尖区舌侧的埋伏多生牙	20 分
病例四：拔牙相关并发症处理 (包括肿胀、皮下气肿、出血、感染、干槽症等术中及术后并发症)	15 分 (百分制得分*0.15)	5 分 (满足以下条件之一的病例可获得) ①上颌窦内断根或异物取出术 ②拔牙术后上颌窦口腔瘘修补术 ③下颌 8 临近间隙移位牙取出术 ④影响下牙槽神经的并发症处理	20 分
病例五：常见的口腔门诊手术 (种植手术、颌骨囊性病变摘除术、粘液腺囊肿摘除术、系带成形术等)	15 分 (百分制得分*0.15)	5 分 (满足以下条件之一的病例可获得) ①涉及上颌窦的手术 ②涉及下牙槽神经的手术	20 分
		合 计	100 分

(一) 病例报告考核及评分标准如下:

1、一般项目;(5分)

初诊有患者的姓名、性别、出生年月、民族、药物过敏史,就诊的科别和年、月、日。

2、主诉;(5分)

初诊必须写主诉,重点突出,简明扼要。

3、现病史;(5分)

初诊要求必须与主诉相关、相符,能反应本次疾病起始、演变、诊疗过程,重点突出,复诊重点记录经过治疗后的效果及病情变化情况。

4、既往史;(5分)

记录重要的或与本病诊断相关的既往病史,个人史,婚姻生育史,家族史。

5、临床检查;(10分)

初诊需记录一般体格检查及专科检查结果,应根据主诉,有选择地、顺序地先口外后口内逐项检查记录,以免遗漏,尽量做到全面细致。有关鉴别诊断的重要阴性项目亦应记录。

6、辅助检查;(5分)

记录所做的与诊断和鉴别诊断相关的各种化验及影像学检查结果。

7、诊断;(10分)

诊断依据充分、诊断名称正确;诊断不明确时应记录“待查”;三次就诊不能确诊应及时请上级医师会诊,并做出详细记录。

8、术前治疗计划;(10分)

拟定详细的治疗计划,术中术后手术风险、并发症等需告知患者或其监护人,并取得患者或其监护人知情同意签名,医师签字要签全名。

9、手术过程中的操作步骤;(20分)

术前再次核准患者姓名、性别、年龄、手术部位及手术方法,并确认风险预警等内容。术中注意无菌操作,保护好邻近组织,术后详细记录所做的检查及治疗过程、操作步骤等,患者出现的不适及相应并发症等亦需记录。

10、术后医嘱;(10分)

详细交代患者手术后的注意事项，包括饮食、生活习惯等，若不适可电话联系医生或返院观察。

11、术后用药；（10分）

病历中详细记录用药名称、剂量、用法、数量等，处方书写规范。

12、并发症处理。（5分）

对于并发症应该积极预防并及时处理，如肿胀明显、出血、疼痛等，补充患者营养、恢复饮食，合理用药，加强口腔护理，耐心给患者解释等。

13、图片要求

病例资料必须有治疗前、治疗中、治疗后的照片以及 X 线片等，附病例以及手术同意书复印件。若病例的图片资料，原始病例以及手术同意书不完整，则本份病例的得分不超过 50 分。

（二）计分方法：

每份病例按百分制评分，每份病例的基础分=百分制得分*0.15，每份病例的总分=基础分+难度系数分，五份病例的总分相加为临床技能的最后得分。

二、临床工作量要求

近两年的工作量为每年在 3000 个号以上。

附件 3 修复种植学科

一、基本条件

由人事处统一制订。

二、业务条件

1. **业务能力要求：**熟练掌握本专业基础理论和专业知识，熟悉本专业国内外现状及发展趋势，不断吸取新理论，新知识，新技术并用于医疗实践，熟悉本专业相关的法律法规，标准与技术规范，具有较丰富的专业工作经验，能熟练、正确的救治危重病人，具有指导本专业下级医师的能力，能熟练诊治**口腔修复和口腔种植**常见病，独立解决本专业**较复杂**疑难的临床技术问题，有正确处理并发症的能力。医疗效果好，患者满意度高。
2. **病例要求：**提交在院外门诊部工作期间代表本人最高专业水平的 5 个病例报告参加医院评审，建议选择疑难病例、交叉学科病例、特殊或者新技术应用的临床病例，其中要求 3 个病例为：**①前牙美学修复；②牙列缺失修复；③咬合重建或者种植骨增量**。若与他人合作完成，必须如实标注合作部分。（评分细则参考附表）
3. **工作量要求：**平均 1800 人次/年
4. **服务质量要求：**通过工作电脑在近两年内抽查六份病历，其中三份病历为临床复杂病例（纳入标准同“2. 病例要求”），由医院组织专家对病历书写、治疗方案设计和治疗效果进行评分，并发症的发生率，并对患者进行回访，调查患者满意度。
5. **加分项：**加分累计上限为 15 分。
 - 5.1 中华口腔医学会举办的全国病例大赛获奖（一等奖 12 分、二等奖 9 分、三等奖 6 分）
 - 5.2 医院新技术新业务奖（一等奖 10 分、二等奖 7 分、三等奖 5 分）
 - 5.3 与本专业相关的临床论文（包括病例报告）：SCI 论文 3 分；中文核心期刊 2 分；其它中文期刊 1 分。
 - 5.4 与临床相关的省部级或国家级奖项：国家级 2 分；省部级 1 分。
 - 5.5 社会或医院的表彰：2 分
 - 5.6 科普作品：每篇 1 分，最多加 5 分。
6. **扣分项：**患者有效投诉、重大医疗差错或事故。
7. **一票否决：**医德医风败坏，病例弄虚作假，发生医疗事故，或者连续两年业务量低于门诊平均水平。

武大口腔院外门诊部副主任医师病例评审标准(种植修复专业)

评审者姓名	得分			
内容	评价项目	分值100	评分	评分标准
病例资料	临床检查规范准确、病例资料完整(一般资料、检查、诊断、治疗计划、治疗过程、讨论、参考文献)、规范、有条理、逻辑性好、重点突出	15		0-5: 描述不规范, 资料条理性差或资料不完整;6-10:描述基本规范, 病例资料有条理, 但重点不突出; 10- 15:描述规范, 病例资料逻辑性好, 重点突出。
诊疗设计与治疗程序	诊疗设计合理、全面, 讲述清楚。	15		0-5: 诊疗设计不合理;5-10:诊疗设计合理, 但全面性欠佳或表述不清楚; 11- 15:诊疗设计合理、全面, 讲述清楚。
	治疗步骤合理、操作规范。	15		0-5: 治疗步骤错误, 操作不规范;6-10:治疗步骤基本合理, 操作基本规范; 11- 15:治疗步骤合理, 操作规范。
	融合多个专业的知识, 运用不同专业的诊疗方法, 有一定的专业难度。	5		0-1.5:未跨专业治疗, 难度较低;2-3.5:未跨专业治疗但有一定专业难度, 或跨专业治疗但难度较低;4-5:跨专业治疗, 难度较高。
疗效与维护	美学和功能效果满意, 功能符合预期	10		0-3:美学和功能效果均不足;4-7:基本满足功能, 但美学效果欠佳;8-10:美学和功能效果满意
	评价治疗远期效果, 维护口腔健康。	10		0-3: 随访6个月内;4-7:随访6个月-1年, 有一定的疗效评价和健康维护; 8- 10:随访1年以上, 有对远期疗效的评价, 口腔健康维护措施合理。
循证学证据	循证学证据充分, 讨论的文献切题, 有一定的深度和广度	10		0-3: 循证学证据差;4-7:有循证学依据, 但是深度和广度不足;8-10:循证学证据充分, 选择的文献切题, 有一定的深度和广度。
专业水平	病例难度是否发到国内该专业较高水平, 要体现难度和创新型	20		0-7: 难度一般;8-14:难度达到副主任医师一般水平、术后效果一般;15-20:难度发到较高水平, 有一定的创新性, 术后效果好。

附件 4 正畸学科

评定标准：掌握口腔正畸学的基本理论、专业知识及技能，熟悉与口腔正畸相关的其他学科知识和基本临床操作，比较全面了解口腔正畸专业国内外已开展的相关理论、应用技术和发展趋势，有丰富的临床实践经验和相对独特的学术专长，基本具备指导和培养下一级临床医师及临床工作人员的能力。

适用范围：本条件适用于在武汉大学口腔医院院外门诊工作的口腔正畸专科医师。

基本条件：热爱祖国，遵守国家法律法规，有良好的职业道德和敬业精神，热爱本职工作。任现职期间，年度考核合格以上。

学历、资历条件：学历大学本科以上，在武汉大学口腔医院院外门诊从事口腔正畸临床工作 8 年以上，或取得主治医师资格 5 年以上。

专业技术工作能力条件：

- 1、 在现任职期间，无因医疗因素导致的投诉、医疗差错及医疗纠纷。
- 2、 能熟练掌握并独立完成口腔正畸复杂病例、多学科联合治疗病例。
- 3、 须提交 8 例近三年内完成的病例，其中包括 4 例复杂病例，2 例多学科合作病例及 2 例简单病例。

附加条件：

在满足上述基本条件前提下，满足以下条件之一者可酌情加分：

- 1、 积极参加省级以上口腔正畸临床病例评比并获奖。
- 2、 以第一作者或通讯作者在核心期刊以上发表临床学术论文 1 篇。
- 3、 以申请人本人身份获得临床应用专利或实用新型 1 项。
- 4、 获我院新业务新技术三等奖及以上奖励。
- 5、 获批临床研究项目。

附录 1

关于复杂病例的解释与定义：

复杂病例指含Ⅲ度深覆合、Ⅱ度及以上开合、Ⅱ度或 5mm 以上的前牙覆盖、后牙反合或锁合、严重牙位异常、减数治疗、末端磨牙矫治、阻生牙助萌、牙周病正畸治疗、关节病需要正畸配合治疗、唇腭裂矫治、正颌外科手术适应症但患者仅要求正畸治疗，上述情况之一者。

关于所提供的病例资料内容：

所提交的病例资料须包括治疗前、治疗中以及治疗后的病历、X 线片（头颅侧位片、曲面断层片或 CT 片）、照片（面相及口内相片）、头影测量及重叠图、记存模型等，病例资料不完整的将不被纳入评选。所提交病例必须附原始病历及相关医疗文件，除多学科联合治疗外，病例必须为申请人本人完成。

关于病例质量评分原则：

- 1、 能否满足患者的基本主诉
- 2、 是否解决符合复杂病例所定义的相关临床症状
- 3、 病例治疗疗效评分按照 ABO-OGS 评分原则，总评分超过 30 分视为病例不通过。评分细则见附件。

附录 2

ABO-OGS 正畸治疗效果评分

ABO-OGS 体系是目前公认的比较客观而且可靠地对正畸治疗结果评价的系统，其使用标准 ABO-OGS 测量专用尺对正畸治疗结束后的模型进行测量，采用目测法对患者的 X 线曲面断层片记分来对正畸治疗结果进行评价。

ABO-OGS 评分系统包括牙齿排列、后牙边缘嵴高度、后牙颊舌向倾斜度、合接触、咬合关系、覆盖、邻接关系及牙根近远中倾斜度 8 个指标。按照每项指标的异常程度，评分时分别记为 0-2 分，最后将各项指标的分数相加得到总记分。总记分越高说明正畸治疗的结果越不理想。以下为各项指标详细评分标准。

1. 牙齿排列 (ALIGNMENT)

在上前牙区，牙齿的正常排列是指上切牙切缘、切端舌面与上尖牙的排列协调在一条弧线上。而下前牙的排列则参考下切牙切缘、切端唇面与下尖牙。在下颌后牙区，磨牙及前磨牙的近远中颊尖排列在一条近远中线上。上后牙的中央窝的近远中排列在同一平面上。如果所有牙齿的排列都正常或者偏离正常牙弓 0.5mm 之内，该项不予记分。如果任何一颗牙齿的近远中接触点偏离正常牙弓 0.5-1.0mm，这颗牙齿记一分。如果邻接的两颗牙齿都偏离正常牙弓，则两颗牙齿均记一分。如果一颗牙齿的近远中接触点偏离正常牙弓超过 1mm，该牙齿应该记两分。任何一颗牙齿的记分不得超过两分。

2. 边缘嵴 (MARGINAL RIDGES)

在上下牙弓中，相邻后牙的边缘嵴在同一水平或者偏离正常水平 0.5mm 范围之内。记分，不包括尖牙与前磨牙的接触；下颌第一磨牙远中也不包括在内。如果相邻后牙边缘嵴偏离 0.5-1.0mm，这两颗牙的接触区记一分；如果超过 1mm，记 2 分。每两颗牙接触区的记分不超过 2 分。边缘嵴视为邻接点 1mm 范围内相邻两颗牙牙合面的咬合接触点。

3. 颊舌向倾斜 (BUCCOLINGUAL INCLINATION)

上下颌后牙的颊舌向倾斜度需要以左右两侧后牙的咬合平面作为参考。在下

颌，该平面与两侧下磨牙颊尖接触，下磨牙舌尖离开平面不超过 1mm。上牙弓的咬合平面与上颌磨牙、前磨牙的舌尖接触，上后牙颊尖距离咬合平面 1mm 范围内。下颌第一前磨牙及第二磨牙远中尖不纳入记分系统。如果下后牙舌尖或者上后牙颊尖离开相应咬合平面的距离 1-2mm，则该牙记一分。如果这种不调超过 2mm，记 2 分。每颗牙齿最多记两分。

4.咬合接触(OCCLUSAL CONTACTS)

下后牙颊尖及上后牙舌尖要与对颌牙的咬合平面接触。下颌第二前磨牙及磨牙的颊尖、上颌前磨牙舌尖、上颌磨牙的近中舌尖视为功能尖，纳入记分系统。如果远中舌尖过短，则不予记分。但是，如果该远中舌尖尖锐没有磨耗，并与对颌牙没有接触，就应该记分。如果上述功能牙尖均与对颌牙齿有接触，不予记分。如果某一功能尖离开对颌接触在 1mm 范围内，该牙齿记 1 分。如果功能尖离开咬合接触的距离超过 1mm，则该牙齿记 2 分。任何一颗牙齿的记分不得超过 2 分。

5.咬合关系(OCCLUSAL RELATIONSHIP)

该部分标准的制定主要参考 Angle 咬合关系分类法。理想状态下，上颌尖牙咬在下颌尖牙与第一前磨牙的邻接区，上尖牙牙尖偏离邻接区 1mm 之内。上颌前磨牙颊尖咬在下颌前磨牙与第一磨牙的邻接区或偏离 1mm 范围之内。上颌磨牙的近中颊尖咬在下颌磨牙的近中颊沟，或者偏离近中颊沟 1mm 之内。如果上颌牙颊尖偏离上述理想位置 1-2mm，则该上颌牙齿记 1 分。如果如果偏离超过 2mm，则每颗牙齿记 2 分。

据治疗计划中拔牙类型的改变，正畸治疗结束时，后牙也可能表现为 Angle II 类或者 Angle III 类关系。在完全 Angle II 类的情况下，上颌第一磨牙的近中颊尖咬在下颌第二前磨牙与第一磨牙之间，上颌第二磨牙的近中颊尖要在下颌第一、第二磨牙之间。如果正畸治疗以完全 Angle III 类(单纯拔除下颌前磨牙)，上颌第二前磨牙咬在下颌第一磨牙的颊沟上。

6.覆盖(OVERJET)

该部分测量是将上下颌模型咬在一起，观察上、下颌牙弓唇舌向的位置关系。当下颌后牙的颊尖咬在上颌后牙咬合面颊舌向的中心位置时，上下颌后牙具有理想

的覆盖关系。在前牙区，当下颌尖牙和切牙接触到上颌尖牙和切牙的舌面时，上下牙弓前后向关系良好。

如果下颌后牙的颊尖偏离上后牙咬合平面颊舌向中心位置 1mm 以内，这颗牙记 1 分。如果偏离 1mm 以上，则记 1 分。任何一颗牙齿的总记分不能超过 2 分。在前牙区，如果下颌前牙接触不到上颌前牙的舌面，其距离在 1mm 以内，每颗上颌前牙记 1 分。如果这种不调超过 1mm，每颗牙齿记 2 分。

7.邻接关系(INTERPROXIMAL CONTACTS)

每颗牙齿的近远中都必须要与邻牙有接触。如果邻间隙不超过 0.5mm，则不记分(图 12)。如果相邻两颗牙齿之间有 0.5-1mm 的间隙，则该邻接区记 1 分。如果间隙超过 1mm，记 2 分。任何两颗牙齿邻间隙记分不得超过 2 分。

8.牙根的近远中倾斜度(ROOT ANGULATION)

牙根近远中倾斜度的评估主要基于曲面断层片。理想情况下，上下颌牙的牙根应相互平行，并与相应的咬合平面垂直。但是，由于投照方法的限制，曲面断层片往往会出现失真。因此 ABO 推荐，记分时不考虑尖牙牙根与邻牙的成角。如果某颗牙齿的牙根与邻牙牙根成角但没有直接接触，则每一处不调记 1 分。如果牙根与邻牙牙根有接触，记 2 分。

根据 ABO-OGS 临床评测标准，评分低于 20 分视为通过，超过 30 分视为病例不通过。

附件 5 儿童口腔学科

一、临床技术水平核心考核指标

- 1、任现职以来，年平均儿童口腔患者接诊量 1500 人次以上。
- 2、能处理儿童口腔科常见病、多发病。
- 3、提供任现职以来 5 份完整临床病例报告，病例要求能展现个人诊疗能力，要求交叉学科病例、疑难病例、新技术病例，包括但不限于儿童口腔疾病综合治疗（乳前牙透明成型冠、乳磨牙金属预成冠、根尖诱导成形术、活髓切断术等）、外伤牙序列治疗、咬合诱导、牙体缺损的修复治疗、儿童齿槽外科治疗等。
- 4、以上病例要求提供至少一年以上的随访资料（影像学资料、口内检查照等）。

二、评分细则：

1. 病历资料完整。15%。
2. 图片规范、清晰。15%
3. 病例多样性，反映个人诊疗复杂、疑难病例能力。50%
4. 有一定时限的随访资料。20%

附件 6 牙周学科

牙周病例资料要求：

- 1、患者一般资料、主诉、现病史、既往史、检查（中重度牙周炎患者要求有全口牙周检查记录表）、辅助检查、诊断、全口牙列及个别牙的预后判断、治疗方案选择和治疗计划拟定；治疗过程（包括各个治疗阶段的牙周再评估）、病例讨论
- 2、病例资料应包括术前、术中、术后、定期复查照片及 X 线片；建议病例资料提供从首诊到治疗后 2 年的疗效观察
- 3、病例选择：建议选择疑难病例（中重度牙周炎）、多学科合作学科病例、获得良好疗效的特殊或者新技术应用的临床病例；要求涵盖至少三个阶段的牙周治疗内容，由其他医师完成的部分需在病例中注明
- 4、下列病例种类至少 2 例
 - （1）牙周炎伴个别牙的牙周牙髓联合病变
 - （2）GTR 手术
 - （3）牙周炎联合正畸矫治
 - （4）牙周炎联合修复/种植治疗
- 5、以下病例可选择：
 - （1）中重度牙周炎经牙周基础治疗后疗效观察 3 年
 - （2）改善牙周美学手术（膜龈手术、牙冠延长术）

牙周病历评分标准：

- 1、一般资料，包括术前全口照片及 X 线片 10 分
- 2、牙周各项检查指标记录（中重度牙周炎有牙周系统检查及各项指标记录）20 分
- 3、结合牙周检查指标进行全口牙列及个别牙预后判断 10 分
- 4、治疗计划拟定 10 分
- 5、治疗程序及治疗前后各阶段的疗效评估（术前、术中及术后、定期复查照片、X 线片）35 分
- 6、依据循证医学开展病案讨论（附参考文献）10 分
- 7、病例观察年限达 2 年以上 5 分