

重庆市护理学会文件

重庆市护理学会关于举办

重庆市第一期《手术室专科护士培训班》的通知

各区县(自治县)卫生健康委员会, 人民医院, 市级各医院, 重庆医科大学各附属医院, 陆军军医大学各附属医院, 驻渝部队医院, 大型企业事业单位职工医院:

随着外科诊疗技术的不断发展, 为促进手术室学科发展, 加强手术室人才队伍建设, 培养具有手术室专科护理水平和专长、能较好地解决实际专科护理问题并指导其他护士开展相关工作能力的专科护士, 根据《中国护理事业十三五(2016-2020年)发展规划纲要》要求, 重庆医科大学附属第二医院作为重庆市护理学会批准的手术室专科护士培训基地, 拟根据重庆市护理学会专科护士培训工作计划, 于2019年3月4日—4月28日举办第一期重庆市手术室专科护士培训班, 现将培训班招生相关事宜通知如下:

一、招收对象

热爱护理事业, 思想品德良好, 身体健康, 具有 2 年及以上手术室护理实践经验, 护理学专业大专及以上学历, 并具有护士执业资格证的注册护士, 本人自愿并经单位推荐。按报名先后顺序择优录取。

二、招收人数

本期拟招收学员 50 名, 招满为止。

三、培训时间及费用

(一) 培训时间: 2019 年 3 月 4 日至 2019 年 4 月 28 日(共 8 周), 全脱产学习。

(二) 培训费和材料费: 3900 元/人。协调食宿安排, 费用自理, 差旅费回原单位报销。

四、报名程序

(一) 报名时间

即日起开始, 截止时间为 2019 年 2 月 15 日, 或满员为止。

(二) 报名方式

拟报名培训的学员请填写报名回执单(附件 1)发至重庆市护理学会邮箱 63606736@163.com, 同时将报名表(附件 2)发至重庆医科大学附属第二医院邮箱 286664923@qq.com。

(三) 缴费方式

请将培训费从银行转账至重庆市护理学会账户。

户名:重庆市护理学会

开户行:招商银行重庆观音桥支行

账号:123905286210201

并将银行汇款凭据拍照发至学会邮箱 63606736@163.com。

(四) 录取结果

被录取的学员培训基地将以电话和电子邮件的方式通知本人, 确认录取后再行缴费。

五、联系方式

联系地址: 江北区建新东路 3 号百业兴大厦 23 楼重庆市护理学会

联系电话:

程 倩 18996096871 (学会联系人)

向明菊 13657615577 (培训基地联系人)

六、报到程序

(一) 报到时间

2019 年 3 月 4 日 09: 00-12:00

(二) 报到地点

重庆医科大学附属第二医院

(三) 报到时需准备的材料

1. 护士执业证书、毕业证书、身份证原件及复印件各 1 份;

2. 单位盖章的纸质报名表 1 份（报名表请在附件 2 自行下载填写，并贴上相片）；

3. 请自备 3 张二寸免冠红底正面相片，背面请用圆珠笔写好姓名与单位名称。

七、培训内容

（一）师资力量

重庆市手术室相关科室的医疗专家、护理专家、专科护士等授课。

（二）理论授课

理论授课 4 周（160 学时），课程内容按照全国专科护士规范化培训教材内容设置，内容重在体现手术室专科护理新知识、新技术、新理念，强调临床评判性思维能力、教学能力、科研能力以及人文能力的培养。

（三）临床实践

临床实践 4 周：根据实习大纲，实行双导师带教模式下的跟班制：整个培训期间，有专职班主任全程对学员予以学习、生活等各方面的帮助；在临床实践过程中，将为每一位学员固定临床实践导师，实现导师—学员之间的“一对一”带教，以便提供个性化的指导，迅速提升学员的手术室专科照护能力。

（四）教学实践

在班主任的指导下，教学秘书运用 CBL、PBL 等教学手段，培养教学查房、小讲课、疑难病例讨论方法和技巧，提升学员的教学能力。

（五）科研实践

通过培养学员查阅文献、评价文献、运用文献、论文选题等方面的能力，培养学员护理科研能力。

八、资质认证

学员完成规定理论课程和临床实践培训及评价后，将进行理论考核、操作考核及结业答辩；理论考核由重庆市护理学会统一安排，操作考核及结业答辩由培训基地按大纲安排完成。考核合格者由重庆市护理学会颁发《重庆市手术室专科护士培训证书》，综合表现优秀者颁发优秀学员证书。

九、交通路线：

龙头寺汽车站、火车站

1、乘坐公交车 105 路到临江门站下车，下车过天桥后往前步行约 100 米即到；乘坐 612 路到解放碑终点站下，经地下人行道后即到。

2、地铁乘坐轻轨 3 号线到牛角沱站，再转轻轨 2 号线到临江门站下车，从 A 出口出。



附件 1:

《重庆市护理学会第一期手术室专科护士培训班》回执单

单位:

纳税人识别号:

姓名	性别	工作年限	职称	职务	联系电话	是否住宿	备注

注:报名按先后录取,收满为止。未缴培训费,一律不予录取,缴费未参加者不予退款。

附件 2

《重庆市护理学会第一期手术室专科护士培训班》学员报名表

姓名		出生年月		请贴上一寸照片		
政治面貌		学历				
英语水平		学位				
职称		职务				
从事护理工作年限		身份证号码				
工作单位						
联系方式	地址				邮编	
	电话		手机		E-mail	
工作经历 (何时何地在某专科的工作经历)						
以往参加过何种相关知识培训						
发表论文及科研工作情况						
单位推荐意见: (盖章) 年 月 日	重庆市手术室专科护士培训基地意见: (盖章) 年 月 日					

注 1. 回执复印有效。

2. 请在 2019 年 02 月 15 日前将回执发送到邮箱 286664923@qq.com, 同时电话告知。

3. 回执请写清姓名、性别、单位和联系电话, 方便联系。