

重庆市护理学会文件

重庆市护理学会关于举办 重庆市《第一期老年专科护士培训班》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, 大型企事业单位职工医院:

为进一步响应国家卫健委制定的护理事业发展“十三五规划”和《健康中国 2030 规划纲要》的号召, 认真贯彻落实《全国护理事业发展规划(2016--2020)》精神, 推动老年护理专业发展和人才队伍建设, 全面提升老年护理服务能力, 我院根据重庆市护理学会专科护士培训计划, 将于 2019 年 10 月 28 日至 12 月 27 日举办第一期老年护理专科护士培训班, 现将培训班相关事宜通知如下:

一、招生条件

中华人民共和国执业护士, 护理专业大专及以上学历, 具有 2 年以上临床护理工作经历; 本人自愿并经单位推荐, 思想品德好, 身体健康, 现从事老年护理及相关工作的护理人员。

二、招生人数

本期招收 30 名学员, 招满即止。

三、培训时间及费用

(一) 2019年10月28日至2019年12月27日(共9周), 全脱产学习。

(二) 培训费和材料费: 3980元/人。食宿自理, 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10月20日。

(二) 报名方式

拟参加培训的学员请将报名回执表(附件1)发至重庆市护理学会邮箱 63606736@163.com; 将学员报名表(附件2)发至重医附二院老年病科邮箱 yanglamei7@gmail.com, 以便资格审查, 统计人数。

(三) 缴费方式

报名学员请将培训费从银行转账至重庆护理学会账户, 请注明: XX参加“老年护士培训”, 并将银行凭证拍照和报名回执单一同发至重庆市护理学会邮箱 63606736@163.com。如本人无故不参加者, **一律不予退款。**

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

五、录取方式

录取结果将以电话/微信/短信通知本人。

六、联系方式

联系地址：江北区建新东路3号百业兴大厦23楼2306办公室

联系电话：洪梅：023-67550607（学会联系人）

娄兰兰：18883147586（培训基地联系人）

杨腊梅：13399829143（培训基地联系人）

七、报到程序

（一）报到时间：2019年10月28日14:30-15:30。

（二）报到地点：重庆医科大学附属第二医院统战部七楼会议室

（三）报到时需准备的材料

1. 单位盖章的纸质报名表，并贴上相片；
2. 请自备2张二寸免冠红底正面相片，背面请用圆珠笔写好姓名；
3. 工作服统一在医院购买，请自带白色护士裤、白色护士鞋。

八、培训事宜

（一）师资力量

重庆市内、外老年医学相关科室的医疗、护理专家教授、专科护士、呼吸治疗师、康复治疗师等授课。

（二）培训内容

1. 理论授课

包括国内外老年医学、护理最新前沿理论、指南和专家共识、老年相关护理评估、老年康复技能、老年叙事护理、老年疾病管理、老年用药安全管理、科研方法、教学管理及美国老年互动性护理评估及老年护理实践课程方向等，进行老年专科护理核心理论和技能培训。

2.临床实践

学员在重庆市老年专科护士培训基地进行实践，参与临床技能操作培训，包括无创呼吸机使用技术、心衰超滤治疗仪使用、动脉血气采集及分析技术、肺康复治疗技术、TCD操作及分析技术、心肌损伤检测分析技术、动态心电图及动态血压操作及分析、老年综合健康评估各种评估量表的使用、ISBAR床旁交接班的实践运用等。

九、资质认证

培训结束后将进行理论考试、操作考核及个案护理汇报，考核合格者由重庆市护理学会颁发《重庆市老年专科护士培训证书》，培训期间根据学员综合表现颁发优秀学员证书。

十、交通路线

（一）龙头寺汽车站、火车站

1.公交车 105 路到临江门站下车，直行 100 米即到，乘坐 612 路到解放碑终点站下车，经地下人行道即到。

2.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 出口前行。

（二）朝天门汽车站：可乘坐出租车 10 元到达或公交车 112 路到临江门站下车，右行 100 米即到。



附件 1:

重庆市护理学会

《第一期老年护理专科护士培训班》回执

单位名称:

纳税人识别号:

姓名	性别	工作年限	职称	职务	联系电话	备注

注: 1. 录取名单按报名先后顺序进行资格审查, 请尽早报名

2. 此表请发至: 63606736@163.com (护理学会邮箱)。

附件 2:

重庆市护理学会老年护理专科护士学员报名表

姓 名		出生年月		请贴上 二寸照片			
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							
<p>单位推荐意见：（盖章）</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>							

注：此表请发至 yanglamei7@gmail.com（重医附二院培训基地邮箱）