

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 《加速康复外科护理专科护士培训班》的通知

各区县（自治县）卫生计生委，人民医院，市级各医院，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：

为贯彻落实党的十九大精神和习近平总书记在全国卫生与健康大会上的重要讲话精神，解决医疗卫生服务发展不均衡不充分的问题，推进护理专科的发展，提高专科护理水平和质量，促进专科护理人才建设，培养一批“规范化、知识全、专业精、技能强、有一定教学和科研能力”的高质量临床护理骨干。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加速康复外科护理专科护士培训基地，拟根据重庆市护理学会专科护士培训工作计划，于2019年10月28日—12月20日举办第一期重庆市加速康复外科护理专科护士培训班，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，具有护士执业资格证书，大专及以上学历，从事临床护理工作至少3年，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 30 名，招满为止。

三、培训时间及费用

(一) 培训时间：2019 年 10 月 28 日至 2019 年 12 月 20 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 10 月 13 日，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 2986440387@qq.com。

(三) 缴费方式

请将培训费经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：

洪梅 13983177116（学会联系人）

王小梅 15902305576（培训基地联系人）

六、报到程序

（一）报到时间

2019年10月28日09:00—12:00

（二）报到地点

重庆医科大学附属第二医院江南院区外科楼11楼学习室

（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，并贴照片）。
- 3.请自备两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

重庆市内外普通外科、麻醉科、营养科、康复科、呼吸内科及相关科室的医疗专家、护理专家、专科护士及康复治疗师授课。

（二）理论授课

理论授课4周（160学时），课程内容包括加速康复外科围手术期管理（术前心肺功能评估及肺康复训练方案、运动康复管理、目标导向性早期活动、目标导向性血糖管理、低体温预防、导管标准化流程管理等）；加速康复外科导航护士角色建立与实践、加速康复外科护理管理与实践、加速康复外科实践指南及专家共识、老年人加速康复外科相关理论、临床教学技巧、护理科研基本方法等模块进行专科核心理论与技能培训。

（三）临床实践

临床实践 4 周：根据培训大纲轮转相关科室，轮转期间实行导师跟班制，并进行手把手床旁实践教学(密闭式无针接头溶栓通路维护、输液港维护、区域热循环灌注热疗、经鼻盲插空肠置管、特殊伤口管理、造口护理等)及小组案例分析讨论，通过实践，提高专科护士分析问题、解决问题和评判性思维能力。

（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《重庆市加速康复外科护理专科护士培训证书》，综合表现优秀者颁发优秀学员证书。

九、交通路线

江北机场：轨道交通 10 号线江北机场→红土地换乘 6 号线→刘家坪换乘 130 路公交车或江南院区交通车

重庆北站：轨道交通 10 号线重庆北站北广场→红土地换乘 6 号线→刘家坪换乘 130 路公交车或江南院区交通车

附件 1 :

《重庆市护理学会第一期加速康复外科护理专科护士培训班》

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 :

- 1.回执单复印有效。
2. 请在 2019 年 10 月 13 日前将回执单发送到邮箱 2986440387@qq . com。
- 3.回执单请注明姓名、性别、单位和联系电话。
4. 按报名先后顺序择优录取，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加速康复外科护理专科护士培训班》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)			重庆市加速康复外科护理专科护士培训基地意见： (盖章)			
年 月 日			年 月 日			