

# 重庆市护理学会文件

重庆市护理学会关于举办

重庆市《第三期脑卒中专科护士培训班》的通知

各区县(自治县)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, 大型企事业职工医院:

为认真贯彻落实《医药卫生中长期人才发展规划(2011—2020年)》、《中国护理事业发展规划纲要(2016—2020年)》, 推动脑卒中专科护理发展, 加强脑卒中专科护理领域骨干人员的培训, 培养一批具有规范的脑卒中核心能力的专科护士, 我们在圆满完成前两届脑卒中专科护士培训工作的基础上, 将于2020年4月13日至7月5日举办重庆市护理学会“第三期脑卒中专科护士培训班”, 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, 现从事脑卒中相关工作的护理人员。

## 二、招生人数

本期招收35-40名学员, 招满为止。

### 三、培训时间及费用

(一) 培训时间：2020年4月13日至2020年7月5日(共12周)，全脱产学习。

(二) 培训费和资料费：4500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2020年4月3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)发至重庆医科大学附属第二医院培训基地邮箱243779657@qq.com进行资格审核，审核通过后将电话告知本人，并在接到通知后3个工作日内将费用转账至重庆市护理学会账户，同时将报名回执单(附件1)与缴费凭据截图一起发至重庆市护理学会邮箱63606736@163.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

**缴费确认：请务必写上xx参加脑卒中专科护士培训，如本人无故不参加，一律不予退款。**

## 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 023-67550607（学会联系人）

廖春莲 13983605888（培训基地负责人）

刘继红 15922612353（培训基地报名联系人）

## 六、报到程序

### （一）报到时间

2020年4月13日（星期一）14:00—16:00

### （二）报到地点

重庆医科大学附属第二医院江南院区内科楼12楼学习室

### （三）报到时需准备的材料

- 1.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，并贴上照片）；
- 2.请自备2张二寸免冠红底正面照片，背面请用圆珠笔写姓名与单位名称；
- 3.工作服统一在医院设备处购买，请自带白色护士裤、护士鞋。

## 七、培训事宜：

### （一）师资力量：

重庆市内外的神内科、神外科、康复科、重症医学科、护理部等脑卒中相关科室医疗专家、康复治疗师、护理专家、专科护士等授课。

### （二）培训内容：

#### 1、理论授课：

包括卒中中心建设、脑心健康管理、脑卒中信息化建设、脑卒中预防、院前

急救、介入治疗、康复、居家访视等国内外前沿理论与指南；脑卒中临床护理技能（如脑卒中患者良肢位摆放、运动功能训练、吞咽筛查及训练、认知功能筛查与训练、言语功能康复、肺康复、深静脉血栓预防等）；卒中相关疾病管理、社区管理、科研方法、教学管理等。

## 2、临床实践：

学员在重庆市脑卒中专科护士培训基地进行实践，以个案管理师工作模式对脑卒中患者进行全程健康管理。在全面巩固理论课程中各项技能的同时，参与医师、康复师的查房，找到护士与其他学科人员在脑卒中治疗、康复的协同点。学员按照实践手册的培训方案完成急危重症脑卒中患者的护理及早期康复护理、脑卒中患者延续性护理、脑卒中患者后遗症护理四个模块的教学内容。

## 3、教学实践：

在实践中期根据所分管个案进行1次护理查房，独立制订1份健康教育流程，以“能讲授、能演示、懂原理”的标准完成1项康复技能操作。

## 八、资质认证：

培训结束后将进行理论考试、操作考核、健康教育考核、个案护理汇报考核；理论考试由重庆市护理学会统一安排，操作、健康教育、个案护理汇报考核由培训基地按大纲安排完成。考试考核合格者由重庆市护理学会颁发“重庆市脑卒中专科护士证书”，培训期间根据学员综合表现颁发优秀学员证书。



附件 1 :

《重庆市护理学会第三期脑卒中专科护士培训班》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

附件 2 《重庆市护理学会第三期脑卒中专科护士培训班》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			科室	
联系方式	地址			邮箱
	电话			
工作经历（何时何地 在某专科的工作经历）				
以往参加过何种 相关培训				
发表论文及 科研工作情况				
单位推荐意见：		重庆市脑卒中专科护士培训基地意见：		
(盖章)		(盖章)		
年 月 日		年 月 日		

注：1. 请在 2020 年 4 月 3 日前将回执发送到邮箱 243779657@qq.com。

2. 报名表请写姓名、性别、单位和联系电话，方便联系。