

广东省护理学会

粤护教字〔2024〕129号

关于举办基于核心胜任力的 疼痛管理专科护士培训班的通知

为贯彻落实《全国护理事业发展规划（2021-2025年）》，推进专科护理高质量发展，培养具备高级护理实践能力的疼痛管理专科护士，提高疼痛护理质量与服务水平，广东省护理学会疼痛护理专业委员会定于2024年7月—9月在广州举办省级继续医学教育项目：基于核心胜任力的疼痛管理专科护士培训班（项目编号2024511405013，授予I类学分10分）。现将有关事项通知如下。

一、培训内容

（一）理论培训：4周。参考疼痛管理核心胜任力跨专业专家共识设计课程，包括疼痛的多维性，疼痛的评估与测量，疼痛的药物治疗及非药物干预策略，特定人群、部位及疾病等疼痛管理知识应用，疼痛专科护理建设与发展等领域的内容。

（二）实践培训：8周。到广东省护理学会疼痛专科护士临床实践培训基地实习，在导师指导下，按要求完成培训内容。

1. 临床实践：学员按照实践手册的培训方案完成疼痛评估、监测及评价，镇痛药物治疗管理，非药物干预疼痛管理，患者及家属疼痛教育，多学科团队疼痛治疗等实践内容。期间集中进行个案护理报告。

2. 教学实践：学员在实践培训中期组织1次疼痛护理教学查房。

3. 科研实践：学员根据临床实践中发现的问题检索文献，确定疼痛护理科研选题，实践培训结束前完成1份开题报告。

二、师资力量

理论培训由疼痛领域医疗、护理等多学科专家授课。临床实践带教由疼痛专科护士以及相关专科资深护理老师担任。

三、报名条件

（一）热爱本职工作，工作责任心强，能刻苦钻研业务。

（二）学历及资历要求：大专毕业从事本专科护理工作满5年；本科毕业从

事本专科护理工作满3年；硕士毕业从事本专科护理工作满2年，护师以上职称。

(三) 在二级以上医院工作的注册护士。

四、培训时间与地点

培训时间：2024年7月1日—9月29日

理论培训：2024年7月1日至7月28日（南方医科大学珠江医院）

临床实践：2024年7月29日至9月29日（广东省护理学会疼痛专科护士临床实践培训基地）

五、报名与录取

(一) 符合报名条件者，填写《广东省护理学会疼痛管理专科护士培训申请表》（附件），经单位审核推荐，将申请表Word版及加盖公章扫描PDF版，连同身份证、学历证、护士执业证、职称资格证PDF版，压缩文件命名为“姓名+单位全称”发至邮箱<gdtth12023@126.com>。报名截止日期：2024年6月30日。现场报到时间地点将在微信群通知，报到时请出示以上资料原件，提交培训申请表原件。

联系方式：崔老师 13268283272，刘老师 15889750547，李老师 020-62783678
(工作日 8:00—12:00, 14:30—17:30)

(二) 由广东省护理学会疼痛护理专业委员会组织专家对报名人员进行资格审查与考试，择优录取。拟招生50名。

六、培训费用

(一) 培训费：8700元/人（含培训费、实践费、资料费、考核费用等）。食宿自行安排，相关费用按规定回单位报销。报名后可为有需要的学员提供附近住宿信息。

(二) 报名缴费流程如下：

缴费方式：扫描缴费二维码，微信支付线上缴费。

(1) 识别缴费二维码。

(2) 点击【报名参会】填写信息并提交。

(3) 报名成功后点击【支付】【马上支付】进行微信支付（如需公务卡缴费，建议公务卡绑定个人微信，微信在线支付，在“支付方式”选择公务卡支付）。不接受现金缴费，其他支付方式请联系会务人员，缴费完成后，请点击【开发票】仔细核对发票信息。

(4) 学习班开班后统一开出电子发票并推送到预留邮箱，请务必填写正确

的报销单位发票抬头及税号，否则将导致发票无法报销。需要修改发票的学员请在开票后一周内提交申请，且每张发票只允许修改一次。

(5) 学习班开班后一周内，因特殊原因未能参加学习的学员可以申请退费。

七、结业及授予证书

学员完成理论培训和实践培训后，经理论考试及实践考核成绩合格者，由广东省护理学会疼痛护理专业委员会颁发“疼痛管理专科护士培训结业证书”。结业后回所在单位继续临床实践一年，经广东省护理学会组织专家进行认证考核，符合《广东省护理学会专科护士管理办法》要求者，由广东省护理学会颁发“疼痛管理专科护士资格证书”。

八、学分

参加培训班的学员请携带医疗教育一卡通，实名录入学分（不接受卡号录入）。逾期“卫生科教管理平台”将不予补授学分。

附件：广东省护理学会疼痛管理专科护士培训申请表

广东省护理学会疼痛护理专业委员会

2024年5月11日



缴费二维码



报名表二维码



报名微信群

附件：

广东省护理学会疼痛管理专科护士培训申请表

| | | | | | | | | | |
|----------------|--|----------|--|------|--------|--------|----------|-----|-------|
| 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 政治面貌 | | 相片 | |
| 初始学历(学位) | | 最高学历(学位) | | 职称 | | 职务 | | | |
| 工作单位 | | | | | | 科室 | | | |
| 单位地址 | | | | | | 邮政编码 | | | |
| 护士执业证书编号 | | | | | 临床工作年限 | | 疼痛相关工作年限 | | |
| 英语水平 | | | | 手机号码 | | E-mail | | | |
| 教育/培训经历 | | | | | | | | | |
| 工作经历 | | | | | | | | | |
| 主要工作业绩 | | | | | | | | | |
| 参加疼痛专科护士培训学习目标 | | | | | | | | 签名： | 年 月 日 |
| 单位意见 | | | | | | | | 盖章： | 年 月 日 |
| 学会意见 | | | | | | | | 盖章： | 年 月 日 |

(本表复制有效)

填表日期： 年 月 日