

广东省护理学会

粤护教字〔2025〕071号

关于举办第十四届ICU专科护士培训班的通知

根据《全国护理事业发展规划(2021-2025年)》的要求,急需培养一批ICU专业护理技术人才,广东省护理学会危重症护理专业委员会于2025年5月6日-8月3日在广州举办“ICU专科护士培训班”,届时特邀请重症领域的专家进行授课。

一、培训内容

1. 理论课学习4周:

- (1) ICU护理专业核心能力培训;
- (2) ICU护理人力资源管理;
- (3) ICU专业护士资格认证与发展趋向;
- (4) 重症医学的发展、ICU的建设与管理;
- (5) ICU感染控制;
- (6) 基础及高级生命支持技术;
- (7) ICU护理安全管理;
- (8) 预防非计划拔管、管道固定工作坊;
- (9) 危重病患者的护理评估;
- (10) 重症护理超声;
- (11) 心血管系统应用解剖和生理学;
- (12) 血流动力学监测;
- (13) 心电图基础、恶性心律失常识别、分析与处理;
- (14) 各类型休克护理;
- (15) 安装临时心脏起搏器的护理;
- (16) 主动脉球囊反搏的监护;
- (17) ECMO治疗及护理;

- (18) 人工气道的建立与维护
- (19) ARDS 患者的护理;
- (20) 机械通气高级护理;
- (21) ECPR 神经功能监测;
- (22) CRRT 的护理;
- (23) 危重患者液体管理;
- (24) 亚低温治疗目标性体温管理;
- (25) 危重患者镇痛、镇静、谵妄评估;
- (26) 营养护理;
- (27) 血糖管理;
- (28) 安全转运;
- (29) 循证护理重症护理科研;
- (30) 重症护理论文撰写及投稿;
- (31) 护理个案;
- (32) 护理成组计划。

2. 临床实践 8 周：第一阶段（2 周）完成专业护士临床实践手册内容；第二阶段（6 周）完成专科护士实习手册内容。每人完成个案护理一篇，每组完成成组计划，并制作成 PPT 汇报。实践医院为 2 家广东省护理学会 ICU 专科护士培训基地，由培训班统一安排。

二、报名条件

符合以下条件之一：①大专毕业从事 ICU 或重症护理工作 5 年；
②本科毕业从事 ICU 或重症护理工作 3 年。

填写附表《广东省护理学会 ICU 专科护士培训申请表》，本人所在单位盖章后，扫描电子版，发送到危重症护理专委会邮箱 gdicu@163.com。由广东省护理学会危重症专业委员会组织专家审核学员资质，发录取通知书到学员报名邮箱。

三、培训时间与地点

1. 理论课时间：2025 年 5 月 6 日-6 月 1 日；临床实践时间：2025 年 6 月 2 日-8 月 3 日。

2. 报到时间：2025 年 5 月 6 日上午 8:00~9:00。

3. 报到地点：广州中华国际中心 B 座 4103 课室，广州市越秀区

中山三路 33 号中华广场。

四、培训费用及报名交费方式

1. 培训费：8700 元/人。（含培训费、资料费、实习费等）
2. 交通费与食宿自理，费用按规定回单位报销。
3. 报名方式：请扫描下方二维码【报名二维码】填写报名相关资料，并。
报名截止至 2025 年 4 月 25 日。
4. 交费方式：扫描交费二维码，微信支付线上交费。
 - (1) 扫描识别下方【交费二维码】。
 - (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（如需公务卡交费，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）。其他支付方式请联系会务人员。
 - (4) 交费完成后，请点击【开发票】仔细核对发票信息。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。

五、考核评估

课程结束后，学员通过理论笔试、临床实践考核合格后，由广东省护理学会危重症护理专业委员会颁发《ICU 专科护士结业证书》。学员回原单位按要求临床实践一年，经广东省护理学会专科护士认证委员会组织专家按照《广东省护理学会专科护士管理办法》进行认证，符合要求者，由广东省护理学会统一颁发《ICU 专科护士认证证书》。

六、联系人：唐宇君（13822159554）高明榕（18902233558）

广东省护理学会危重症护理专业委员会
2025 年 3 月 28 日



报名二维码



交费二维码

附表：

广东省护理学会 ICU 专科护士培训申请表

姓 名		性 别		年 龄		英语水平		照片
职 务		职 称		最高学历		第一学历		
身份证号				护士注册号				
单位					所在科室			
邮政编码		近 5 年在各级杂志 发表论文数/参与 市级以上科研数		手机号码				
				邮 箱				
临床工作年限		ICU 专科工作年限		微信号				
学习经历								
工作经历								
专业主要成绩								
单位意见	签 名：盖 章：日期： 年 月 日							
学会意见	签 名：盖 章：日期： 年 月 日							

（本表复制有效）

填表日期： 年 月 日