关于举办《广东省伤口造口专科护士认证培训班》的通知

根据卫生部《中国护理事业发展规划纲要(2011—2015 年)》及《国家中长期人才发展规划纲要(2010-2020)》中关于"有计划、分步骤地在重点临床护理领域培养专业护士"的精神要求,针对目前临床急需培养具有伤口造口护理理论与技能的专科护士的现状,广东省护理学会造口护理专业委员会拟于 2016 年7月29日——9月26日在广州市举办第五届"广东省伤口造口专科护士认证培训班"【项目编号 2016511405006】。学习班采用理论授课与临床实习相结合的教学形式,所有学员需完成4周理论学习和4周临床实践,通过考核合格后,由广东省护理学会颁发《广东省伤口造口专科护士培训课程结业证书》,并获得省级继续医学教育 I 类学分 10 分,欢迎广大护理同仁积极报名。现将学习班有关事宜通知如下:

一、培训内容

- (一) 理论培训: 为期 4 周,包括伤口与造口两部分内容。
- 1、伤口部分授课内容: 1)伤口的基础理论: 皮肤组织结构、伤口的评估、分类,影响伤口愈合的因素、伤口的病理生理特点等; 2)伤口的各论: 压疮、糖尿病足部溃疡、烧伤及烫伤、癌症伤口、放射性皮炎、静脉性及动脉性溃疡、术后切口脂肪液化伤口、感染伤口、复杂瘘管的处理等。
- 2、造口部分授课内容: 1)造口的基础理论:包括造口相关的肠道疾病与泌尿系统疾病、结肠和回肠造口手术、泌尿造口手术、造口用品及辅助用品的特性与选择等; 2)造口病人护理:造口术前定位、造口术前与术后评估及护理、造口周围并发症的处理、造口病人的健康教育等。
- 3、专科护理教学与科研能力培养:造口护理工作模式、个案汇报技巧、临床评判性思维能力培养与专科科研思维能力培养等。
- (二)临床实习: 为期 4 周,安排每位学员到 2 所广州市内有带教资质的医院进行临床实习。

二、师资力量

届时将邀请港澳台等地的专家,以及广东省内各大医院的知名专家教授与具有丰富临床经验的造口/伤口治疗师进行授课。临床带教老师由带教经验丰富的

造口/伤口治疗师担任,实施一对二或一对三全脱产带教。

三、报名条件

面向广东省内各三级医院和有条件的地、市、社区医院招生,要求:

- 1、热爱本职工作,有奉献精神,工作责任心强,刻苦专研业务:
- 2、学历及年资要求:大专毕业从事本专科护理工作5年;本科毕业从事本专科工作3年;护理师以上职称:
 - 3、对处理慢性伤口、造口有一定经验。

四、培训时间及地点: 2016年7月29日——9月26日,共60天。其中理论授课4周,临床实习4周。理论课上课地点在中山三院院内。

五、培训费用: 5800 元/人, 含培训费、实习费、资料费、证书费及考核费等。 住宿统一安排(中山三院附近酒店),费用回单位报销;餐费自理。

六、报名方式

- 1、符合报名条件者自愿报名,填写《广东省伤口、造口专科护士认证培训班学员申请表》(见附表),并报单位审核批准,加盖护理部或医院公章。
- 2、报名方式:将加盖公章的报名表①邮寄至:广州市萝岗区开创大道 2693 号中山大学岭南医院护理部刘老师收,邮编 510530;②传真至 020-82179524;③扫描后电子版发至邮箱 415037384@qq. com。以上三种方式任选其一。
- 3、报名截止时间: 2016 年 7 月 10 日。报名结束后,由造口护理专业委员会组织专家对报名学员统一审核、择优录取。
- 4、联系人: 刘老师 020-82179527, 18922103217。

七、报到方式

- 1、报到时间: 2016 年 7 月 29 日下午 14:30-17:30; 报到地点: 中山大学附属第三医院门诊 13 楼多媒体厅。
- 2、缴费方式: (1) 现场刷卡或现金: (2) 支票。
- 3、报到时请携带身份证。

★ 请参加学习班的各位学员必须要带 IC 卡于报到时录入学分。逾期录入 "卫生科教管理平台"将不予认可。

> 一东省护理学会造界护理专业委员会 2016年5月15日章

《广东省伤口、造口专科护士认证培训班》学员申请表

					6- 16A					
姓	名		性别		年 龄					
第一学历		最	高学历		英语水平			. HI	1 0 11.	
职称			职务		政治面目			贴	相片	
I	作单位				科 室			-		_
通	i讯地址		3		#I	邮重	女编码			
I	E-mail					工作	作年限			
身	Y份证号					Q	0号			
	7公电话				手机			•		
	个人				•			**		
										2
1	简 历 护理专业									
	习和护理									12
	工作)									g A
										8
	参加过何种 伤口造口治									a a
	方相关培训						2 - #			
			*							
										* 1
	业务									
	能力									
						报	名者签名:		н	
	(由个人填写)	5					年	月	日	
										180
	选送单位					负责人签名				
	护理部意见					(选送单位	加盖公章		日	
			W. The				年	月	Н	
	招生部门	□同意	□不同意						-	п
	意见	-, ,,,,,,		e fue				年		日

备注: 本表复制有效