

贵州省护理学会文件

Guizhou Nursing Association

黔护理学会发[2020]专培第 12 号

关于举办贵州省第六期助产专科护士培训班的 通知

尊敬的各二级以上医院护理部主任：

为积极响应世界卫生大会（WHA）将 2020 年定为“国际护士和助产士年”，根据《健康中国 2030 规划纲要》精神，为推进产科专科护士队伍建设，提高产科护理及助产质量，促进助产专业进步与发展，国家卫健委发布《全国护理事业发展规划纲要（2016-2020）》关于有计划、分步骤地在重点临床专科护理领域培养专科护士的精神，我会受省卫健委的委托将于 2020 年 8 月举办“第六期产科专科护士培训班”。现将有关具体事宜通知如下：

一、培训目的

通过对产科专科护士的培训，提高产科助产技术水平及护理质量，为产科发展提供了强有力的保障与支持，为孕产妇提供安全、有效的助产及护理服务。

二、培训对象

- 持有中华人民共和国护士执业证书及母婴保健技术考核合格证书，并进行护士执业注册的护士。
- 热爱本职工作，工作责任心强，具有良好的医德修养。
- 具有 3 年以上临床护理工作经验，并在产科助产岗位工作 1 年以上。

4. 具备产科较强的临床观察、评估和处理能力，有一定专业理论基础和专科操作技能。

三、培训内容及方式

1. 培训内容：按《贵州省专科护理领域护士培训管理办法（试行）》的要求，将进行相关理论知识、技能操作培训及临床实践。

2. 培训方式：采取全脱产方式进行，培训时间为3个月（其中理论教学1个月为线上教学，临床实践2个月为线下教学），学员必须完成相应的课程学习及规定的临床实践。

四、培训时间；3个月（2020年8月-10月）

理论：2020年8月6日-2020年9月4日。

操作：2020年9月5日-2020年10月30日。

五、培训地点

理论培训：线上进行。

临床实践：贵州省产科专科护士培训基地/实习基地（贵州医科大学附属医院、贵州省人民医院、遵义医学院附属医院、贵阳市妇幼保健院、安顺市人民医院、中医一附院、遵义市人民医院）

六、费用

1. 培训费 3000 元。

2. 食宿自理。

七、结业及授予学分

培训考试、考核合格后，经贵州省专科护士培训专家委员会审核合格报领导小组批准，由贵州省卫生计生委授予《贵州省专科护理领域护士培训合格证》，并授予省级继续教育 I 类学分 10 分。

八、报名方式

请填写附件1《报名申请表》，加盖医院护理部公章后，将扫描件发送至邮箱（543239867@qq.com）进行报名，报名截止时间为2020年7月30日。学员资格经省护理学会审核后，于培训开始前三天发布报到通知。

联系人：周 敏：18198561106 吴佳丽：15508515618

汤 薇：13618589463 孙念梅：13985466100

附件：1. 贵州省专科护士培训班报名申请表（见下页）

九、报到时间、地点及注意事项：

1. 报到时间：2020年8月6日9:00~12:00。
2. 报到地点：贵州医科大学附属医院第二住院部一楼分娩接待处。
3. 报到时请提供：

（1）报名时请提供：已填写附件即《贵州省专科护士培训学员申请表》（单位盖章方有效）；学员本人身份证、护士执业注册证、毕业证、职称证、母婴保健技术考核合格证书复印件各1份（带原件审核）；学员免冠白底小2寸彩照3张；核酸检测报告（8月6日前一周内皆可）。

（2）学员请自带护士服、护士帽以及学习所需用品。

4. 为保证线上理论学习，请提前下载并注册腾讯会议，届时会向各位发送参会码。

贵州省护理学会
贵州省助产专科护士培训基地
贵州医科大学附属医院
2020年07月10日

附件

贵州省专科护士培训学员申请表

姓名:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年龄:	职务职称:	工作年限:
身份证号:		护士注册号:		
工作单位:		工作部门:		
联系电话:		邮政编码:		
护理专业毕业院校:		毕业时间:		
目前学历: <input type="checkbox"/> 硕士 <input type="checkbox"/> 学士 <input type="checkbox"/> 本科 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 中专			健康状况:	
申请培训专科: <input type="checkbox"/> 重症监护 <input type="checkbox"/> 急诊急救 <input type="checkbox"/> 手术室 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 肿瘤 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 助产 <input type="checkbox"/> 儿科				
主要受教育经历(何时、何地开始专业学习,含进修和短期学习等)				
主要工作经历(从参加护理工作开始)				
主要专业成绩				
工作单位意见	盖章: 年 月 日 负责人:			

(本表复制有效)

填表日期: