**109年度內科專科臨床護理師訓練計畫**

1. **計畫目的**

為培育具專業知識與臨床技能，並能以病人為中心的醫療照護方式，促進護理專業進階發展，訂定本培訓計畫。

1. **教學訓練課程**

（一）訓練目的

1.瞭解專科護理之照護基礎並且能應用於醫療工作，進而終身學習以掌握健康照

護之發展。

2.能夠與病人良好互動、適當的溝通、獲取病史資料、執行身體檢查、協助醫師

進行診斷過程、判讀檢驗資訊、給予基本處置等臨床照護技能。

3.能夠執行以病人為中心之醫療照護。

4.能夠在醫療團隊中與同仁建立良好關係，並能尊重其他專業人員的角色。

5.能夠評估醫療照護品質、改善及處理醫療照護品質問題。

6.能夠運用實證醫學與資訊技術於醫療照護。

7.能夠做倫理判斷及進階醫療照護決策。

（二）訓練對象及資格

依據內科專科護理師訓練規範之訓練資格遴選受訓人員;專科或大學護理科、系畢業具護理師執照及臨床工作年資三年者。

（三）訓練課程

依據衛生福利部公告之專科護理師訓練課程辦理，學科課程內容及臨床實務

訓練規範時數編定。

1.學科課程（187小時）：

(1)基礎核心課程：57小時。

(2)進階課程I：64小時。

(3)進階課程II：66小時。

2.臨床實務訓練（504小時）：

(1)第1階段（基礎核心實習）：1天8小時，每週3天，共7週168小時（完成與第一階段課程相關之病人照護至少15例）。

(2)第2階段（進階I實習）：1天8小時，每週3天，共8週192小時（完成與第二階段課程相關之病人照護至少15例）。

(3)第3階段（進階II實習）：1天8小時，每週3天，共6週144小時（完成與第三階段課程相關之病人照護至少10例）。

(四)報名方式及費用:

1.報名方式

(1)院內員工: 報名流程-申請人填妥「2020年專科護理師培育訓練-院內報名表」。

(2)院外人士: 請於課程公告後事先與本院護理部課程負責人聯繫確認，填妥院外

報名表後(附件一**)**，並附護理師證書影本與臨床護理年資等備查其資格(額滿為

止)。

2.訓練費用：學科課程20,000元，臨床實務訓練25,000元，待確認報名成功後，另行通知繳費。

3.繳費方式

(1)銀行匯款:寶建醫療社團法人寶建醫院、帳號83000188999900，並傳真匯款單至08-7340833。註明姓名、電話及服務單位。

(2)收據開立請註明醫院抬頭。

(3)因特殊事故無法參加者，最晚請於開課前14天告知，每人退費須扣手續費新台 幣230元(含匯費)(檢附存摺影本)；在開課前14天內才通知無法參加者，恕不退費。

(4)課程聯絡人：虞育庭 辦事員 08-7665995轉7337

林儀貞 督導 08-7665995轉7332

（五）訓練期間及訓練費：

1.課室學科-109年05月01日至109年09月30日

2.臨床訓練-109年10月01日至110年04月30日

3.訓 練 費：課室學科20,000元、臨床訓練25,000元

（六）師資：

1.專科主治醫師三年以上。

2.部定講師以上教師並具該講授主題專長。

3.具課程內容領域專長之大專校院教師或臨床專家。

4.具護理碩士學位並領有專科護理師執照及具該證照兩年以上專科護理師工作

經驗

5.其中「專科護理師之理論、角色與功能」課程需由曾擔任或熟悉專科護理師角色及功能之護理人員擔任。

（七）訓練場所

1.課室教學：寶建醫院會議室。

2.臨床實務訓練：寶建醫院各專科臨床單位。

（八）訓練方式

課室教學及臨床實務訓練。

（九）訓練評值

1.學科課程時數達184小時。

2.筆試成績達70分（含），可補考乙次。

3.學科報告成績平均70分。

4.OSCE技術考達60分。

5.臨床實務訓練時數達504小時。

6.臨床實務訓練平均70分。

完成上述評值項目由本院醫教會核發結業證書乙紙。

**寶建醫療社團法人寶建醫院**

**109年度內科專科護理師培育訓練計畫報名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | | | | | | | | | **照**  **片**  **（2吋）** | |
| 性 別 | | □男 □女 | | | | | | | | | | | | |
| 出生日期 | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 國民身分證  字號 | |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |
| 護理師證第號 | |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |
| 郵寄  地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡  方式  （務必全部填寫） | | 電話（H）：  行動電話：  E-mail： | | | | | | | | | | | | | | |
| 學歷  (大專以上) | 畢業學校 | | | | | | | | | 系(所) | | | | 畢業日期（年月） | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| 工作經歷  (從現職回溯填寫) | 服務機關 | | | | | | | | 科別 | | | | | 職稱 | | 起迄年月 |
|  | | | | | | | |  | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | |  |
| 檢附資料 | 1.畢業證書影本。 | | | | | | | | | □符合 □不符合 | | | | | | |
| 2.護理師證書影本。 | | | | | | | | | □符合 □不符合 | | | | | | |
| 3.服務證明（影本） | | | | | | | | | □符合 □不符合 | | | | | | |
| 4.身份證影本 | | | | | | | | | □符合 □不符合 | | | | | | |