

113 年度專科護理師訓練計畫

壹、訓練目的

因應目前醫療環境變化及臨床照護需求，培育具備專業素養與倫理概念及專業知識與臨床技能之專科護理師人才，能促進醫療體系間團隊合作及提升護理專業之發展，提供以病人為中心之醫療照護。

貳、訓練目標

- 一、評估及診斷病人急、慢性健康問題。
- 二、拓展臨床專科護理師之角色功能。
- 三、培養醫療體系間團隊合作之核心價值。
- 四、應用理論及研究成果於臨床病人照護。
- 五、培養掌控病人疾病相關照護品質、專業諮商及輔導的能力。
- 六、瞭解專科護理師實務相關法律倫理議題。

參、主辦單位

新竹馬偕紀念醫院、新竹市立馬偕兒童醫院。

肆、學員資格

護理學系畢，領有中華民國護理師執業執照，且以護理師證書日起執登有內、外科病房、急診、加護病房、兒科等相當專長領域之護理實務經驗年資三年以上者，培訓學員名額：內科組_內科 5、內科組_兒科 3 名、外科組_5，共計 13 名，主辦單位保有最終調整員額權利。

- 一、院內：須經現職主管同意者。
- 二、院外：需檢附服務證明及護理師證書影印本。

伍、訓練時間：

- 一、學科訓練:113 年 10 月 28 日至 114 年 07 月 09 日止共計 184 小時。
- 二、臨床訓練:113 年 10 月 28 日至 114 年 07 月 09 日止共計 504 小時。

陸、訓練方式：

- 一、學科訓練：需達184小時。

(一)上課時間：週一至週三，17：00~20：00；星期六、日視情況調整。

(二)教學方式：課室授課、視訊、案例討論、實務技能操作演練。

(三)課程內容：

1. 基礎核心課程（56 小時）
2. 進階課程 I（64 小時）分為：內科-一般內科組、外科-一般外科組
3. 進階課程 II（64 小時）分為：內科-一般內科組、外科-一般外科組

二、臨床實務訓練：504小時；每週2-3天，學員每日實習 8 小時，並依每階段規定時數完成，結訓前須完成總實習時數共504小時，實習需填寫簽到簽退表。

(1) 實習時間：週一至週三。依單位人力需求安排，依單位人力需求排班。

(2) 第 1 階段（基礎核心實習）：1 天 8 小時，每週 2-3 天，共 168 小時，完成與第 1 階段課程相關之病人照護至少應有 10 個案例。

(3) 第 2 階段（進階實習 I）：1 天 8 小時，每週 2-3 天，共 192 小時，完成與第 2 階段課程相關之病人照護至少應有 15 個案例。

(4) 第 3 階段（進階實習 II）：1 天 8 小時，每週 2-3 天，共 144 小時，完成與第 3 階段課程相關之照護至少應有 15 個案例。

(四)實習方式：在臨床訓練師資指導下接受醫療輔助行為之相關訓練，重點包括：床邊教學、臨床訓練、案例討論、團體討論、及技能演練。

1. 住院病人身體理學檢查之初步評估及病情詢問。
2. 填具檢驗單、特殊檢查單、會診單、轉診單及診斷證明等各項臨床單據。
3. 記錄住院病人病情及各項檢查、檢驗結果。
4. 輔助醫師執行臨床處置。
5. 簡易之傷口處置、導管更換(依專師管理委員會公佈之執業範圍)。
6. 處理住院病人或家屬醫療諮詢及病情說明(需在醫師監督或授權下執行)。

柒、訓練地點：

一、課室教學：新竹馬偕紀念醫院、新竹市立馬偕兒童醫院指定之教室。

二、臨床實務訓練：於各次專科病房、加護重症病房、急診等單位完成實習。

捌、報名方式：

一、報名方式：

(一)院內學員：請於課程公告後於本院院外網站-最新消息「113年度專科護理師訓練計畫」請自行下載列印113年度專科護理師培育訓練報名相關附件，填妥後由主管核章，於10月10日前以傳送袋傳送至護理部賈煒怡護理師收。

(二)院外學員：

1. 請於新竹馬偕紀念醫院網頁-最新消息公告「113年度專科護理師訓練計畫」，請自行下載列印專科護理師訓練計畫相關報名附件。
2. 報名期間：即日起至113年10月10日（以郵戳為憑）。
30071 新竹市東區光復路二段690號平安樓12樓-新竹馬偕紀念醫院護理部賈煒怡護理師收，經過審核確認後始准予參訓。

(三)報名應檢具資料：

1. 報名表需附二吋照片二張（如附件一）
2. 護理師證書正反面影本
3. 護理師執業登記年資證明（在職證明）
4. 檢附本院代訓專科護理師訓練班院外學員個人切結書（如附件三）
5. 檢附本院代訓人員申請表（如附件四）、本院代訓人員健康聲明書（如附件五），協請依據表單檢附相關資料及疫苗黃卡影印本（至少需完成四劑施打）。

二、訓練費用：課室課程**30,000**元，實習實務訓練**30,000**元，共60,000元，待確認報名成功後，另行通知繳費。

三、課程聯絡人：專科護理師小組張媯娜護理長，週一~週五（08:00-12:00、13:00-17:00）電洽03-6119595分機2036，E-mail聯絡方式：m008@mmh.org.tw。

四、繳費方式：一律採用銀行匯款方式，繳款後請於當日傳真(mail)匯款收據、匯款人姓名、匯款帳號、匯款日期，以方便對帳。

傳真號碼：03-6118869（請註明To 護理部賈煒怡護理師，傳真前請先電話告知）

戶名：台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院

匯款銀行：玉山銀行-竹科分行

匯款帳號：1344-968-019188

五、因特殊事故無法參加者，最晚請於開課前七天告知，並檢附收據辦理退費，每人退費須扣手續費新台幣貳佰元；若於開課前七天內才通知無法參加者，恕不退費，此訓練課程不接受現場報名。

拾、核發證明：

全程參加學員依衛福部規定上課總時數需達 184 小時以上，並完成504小時的臨床實習，且成績皆及格者，始可由本院發給結訓證書；僅報名參加課室課程者，則核發上課時數證明。

玖、參訓學員須知：

- 一、為尊重講師及顧及您的權益，請每位學員準時上課，學員需親自簽到，不可遲到或早退，超過15分鐘以上者，一律按請假規則辦理。本課程不提供網路數位學習，全程需參與現場實體課程。
- 二、實習請假時數須於結訓後一週內補足，超過請假時數或未補足時數者將不授予結業證書，以退訓論（取消受訓資格並不得要求退費）。
- 三、訓練期間不得曠課、遲到或早退(包括臨床實習訓練)。
- 四、訓練期間不得曠課，若因病、喪假或公務無法到課時，請假須經專科護理師督導或護理長同意並告知班代，否則該課程以缺課論之。

(一)公假定義：

1. 本院核准之各院校來函之因公事由。
2. 經本院或各校核准之考試。
3. 其他因公需要請假證明文件，如兵役體檢證明等。

(二)病假定義：

1. 因疾病必須治療或休養住院者，可事後向實(見)習單位補請假，並附上就診證明或診斷證明之影本，實習單位將視情況決定是否補實習
2. 如遇到突發疾病，應先向實習單位請假，准假後方能離開。

- 五、本培訓課程不提供停車優惠及餐點。
- 六、本課程由學員推派班代一名及副班代兩名，協助簽到及上課連絡、協調相關事宜。
- 七、受訓學員必須在各臨床指導教師實務訓練指導下，依本院專科護理師工作職責執行實務訓練業務。並遵守該專科各項規定，實務訓練期間鼓勵參加科內或機構內舉辦之各項學術活動(如病例討論會、讀書會、專題演講等)。
- 八、課程值日生由班代協助安排，在課程結束後收齊交由課程負責人存檔。
- 九、受訓學員在臨床指導教師監督下，對所照顧病人詳細觀察、紀錄並提供合宜照護，受訓學員除照護病人外，應特別注意護理專業倫理及法律概念。
- 十、受訓學員應維護病人安全，遵守本院「專科護理師工作說明書」各項規定。
- (一)受訓學員在實務訓練期間如有言行異常，干擾病人安全或違反受訓醫院規定情形時，視情節輕重本院保留隨時停止訓練之權利，學員不得異議。
- (二)課程當天如有課程問題、學員個人意外等特殊臨時狀況，可以聯絡專科護理師小組-張嫻娜護理長，院內電話：03-6119595 轉 2036 公務機請撥打 5523008。

附件一(必填)

新竹馬偕紀念醫院/新竹市立馬偕兒童醫院

113 年度專科護理師培育訓練-報名表

報名科別	<input type="checkbox"/> 內科組_內科 <input type="checkbox"/> 內科組_兒科		<input type="checkbox"/> 外科_外科組		相片黏貼處 (2吋正面脫帽半身光面相片)																																								
姓名			性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男																																									
身分證字號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							出生年月日	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
現職	服務機構		任職科別		職稱																																								
	服務機構類別： <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 其他_____																																												
聯絡電話	(O)		(H)		(手機)																																								
通訊地址	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																												
E-mail																																													
緊急聯絡人	姓名：		電話：																																										
收據抬頭	<input type="checkbox"/> 服務機構名稱_____			選習項目：																																									
	<input type="checkbox"/> 個人_____			<input type="checkbox"/> 學科訓練+臨床訓練 <input type="checkbox"/> 僅學科訓練																																									
報 名 審 核																																													
本 人 填					審核(主辦單位填)																																								
<input type="checkbox"/> 護理師證書字號_____領證日__年__月(請檢附護理師證照影本)					<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合																																								
<input type="checkbox"/> 護理師證書日起執業登計年資__年__月(結算至112年10月31日,請檢附執業登計年資證明)					<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合																																								
<input type="checkbox"/> B型肝炎免疫情形切結書					<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合																																								
<input type="checkbox"/> 三個月內之胸部X光檢查報告影本					<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合																																								

單位主管簽章：_____

附件二

新竹馬偕紀念醫院/新竹市立馬偕兒童醫院
113 年度專科護理師培育訓練 B 型肝炎免疫情形切結書

專業別：護理師	
姓名：	身分證字號：
推薦機構：	
B 型肝炎免疫情形如下：	
<input type="checkbox"/> 未篩檢 B 型肝炎免疫情形	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(+)	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(+)、HBsAg(-)： B 型肝炎疫苗注射 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(-)：未曾接受 B 型肝炎疫苗注射。	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(-)：已完成全程 B 型肝炎疫苗注射，但 B 型肝炎表面抗體仍呈陰性反應。 注射疫苗及檢驗證明另附。	
<p>為防止因職業傷害而感染 B 型肝炎，參訓者至訓練醫院受訓前須完成 B 型肝炎表面抗體及抗原之篩檢，若表面抗體及抗原皆呈陰性應完成全程疫苗施打，且提出 B 型肝炎表面抗體陽性證明。如因施打疫苗後 B 型肝炎表面抗原及抗體仍呈現陰性者，在實習或訓練過程中，發生有感染 B 型肝炎疑慮事件時，須依本院「尖銳物品刺傷之處理流程」辦理。參訓者應簽具切結書，表示知悉訓練醫院肝炎的措施及要求，並願意遵守；如未依規定完成施打疫苗者，應自負檢驗、治療費用及責任。</p>	
主管簽章：	本人簽章：

附件三

新竹馬偕紀念醫院/新竹市立馬偕兒童醫院_專科護理師訓練班
院外學員個人切結書

立切結書人 (服務機構：) 自願參加由新竹馬偕紀念醫院辦理之「113年度專科護理師訓練班」訓練，本人願確實遵守下列各項規定：

- 一、訓練期間自 113年 10月 28日至 114年 07月 09日止，訓練期間應遵守訓練機構之出勤及作業規定，如有違反得立即停止訓練，情形嚴重者得終止訓練。
- 二、訓練結束成績未達及格標準者不發給證書。總成績以100分為滿分，60分（含）以上為及格，評值方式依訓練計畫內容執行之。
- 三、訓練結訓後應依訓練機構離訓手續規定辦理，未辦清離訓手續者，不發予證書。
- 四、本人保證確實符合貴院之受訓資格（即具有護理師證照且已執業滿三年），如有不實，本人同意新竹馬偕紀念醫院取消本人之受訓資格並不發予證書，本人亦不得要求退費。
- 五、立切結書人如發生醫療糾紛時，必須負責賠償及相關法律責任。
- 六、立切結書人為確實履行本切結書，特邀約連帶保證人保證負責切結書內所規定事項之連帶賠償責任，並願放棄民法之『先訴抗辯權』。
- 七、如因本切結書涉訟時，立切結書人與連帶保證人均同意以台灣新竹地方法院為第一審管轄法院。

此 致

新竹馬偕紀念醫院暨新竹市立馬偕兒童醫院

立切結書人：姓名：

簽章：

出生年月日：

身分證字號：

戶籍地址：

電話：

連帶保證人：姓名：

簽章：

出生年月日：

身分證字號：

戶籍地址：

電話：

中華民國 年 月 日

附件四

新竹馬偕紀念醫院/新竹市立馬偕兒童醫院代訓人員申請表

類別：醫師 醫技 () 護理 其他： No：_____

姓名(中文)		身分證字號		二吋照片黏貼		
姓名(英文)		出生	婚姻狀況			<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚
籍貫		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
通訊處		聯絡電話	室話： 手機：			
學經歷	畢業學校、科系		畢業證書字號	畢業年度		
	服務機關		科別	職級	服務起迄時間	
					年 月 日至 年 月 日	
醫、護(技術)人員專業證書 字第 號						
申請代訓科別		申請代訓期間		自 年 月 日至 年 月 日止， 計 年 個月。		
申請推薦理由	申請機構/單位負責人： (簽章)					
以下由訓練醫院填寫						
審核	院長	副院長	教研部主任	部室科主任	單位主管	是否需代訓費： <input type="checkbox"/> 是_____元 <input type="checkbox"/> 否
						承辦：
會簽	總務課 <input type="checkbox"/> 手機經辦： <input type="checkbox"/> 宿舍經辦：		人力資源課 <input type="checkbox"/> 代訓識別證經辦： <input type="checkbox"/> 其它經辦：		檢附資料 1. 畢業證書影本一份 2. 專業證書影本一份 3. 服務證明正本一份 4. 切結書 5. 照片二張 6. 健康聲明書	
						※是否需結訓證明？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
離退手續	A、所有人員須至下列單位簽辦：					B、醫師人員須至下列單位加簽
	訓練單位主管	歸還借書(圖書館)	收回識別證(人力資源課)	歸還宿舍鑰匙(庶務組)	完成病歷(病歷組)	歸還手機(教研部)

※以上如無需求單位，請承辦單位劃除並蓋章。

2021.01

附件四

新竹馬偕紀念醫院/新竹市立馬偕兒童醫院代訓人員健康聲明書

姓名:					職稱:					代訓單位:														
身分證字號(或護照號碼):					國籍: <input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其它:					代訓(實習)期間: 年 月 日起														
出生日期: 年 月 日										至 年 月 日止														
代訓類別勾選					防疫檢查與疫苗注射結果																			
內外婦兒醫 護人	第一 線 人 員	營 養 醫 學 人 員	非 第 一 線 人 員	非 醫 療 照 護 人 員	註: 1.第一線人員是指會接觸到病人的所有醫療照護人員,括 整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學 2.«證明單位用印»指的是抗體檢測或提供疫苗施打機或 證明醫師用印										代訓人員原服務醫院關防									
															需檢附證明					證明單位 用印				
•	•	•	•	•	胸部X光					檢查日期: <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常(<input type="checkbox"/> 結核病相關 <input type="checkbox"/> 其它:)未檢					<input type="checkbox"/> 3個月內所 照的為限 (紙本報告)									
•	•	•	•	•	流感					最近一年內是否完成流感疫苗注射: <input type="radio"/> 是(注射日期:) <input type="radio"/> 否(未注射原因:)					<input type="checkbox"/> 檢附疫苗注 射證明									
•	•	•			B型肝炎					檢查日期: 表面抗原(HBsAg): <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 表面抗體(Anti-HBs): <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性表面 抗原及表面抗體陰性者是否完成B型 肝炎疫苗注射:					<input type="checkbox"/> 檢附檢驗結 果或疫苗注 射證明									
•	•	•	•	•	麻疹、腮腺炎、德 國麻疹					檢查日期: 麻疹抗體(Measles IgG): <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性德國 麻疹抗體(Rubella IgG): 麻疹抗體或德國麻疹抗體陰性者是否 完成MMR疫苗注射(1-2劑): <input type="radio"/> 是(注射日期1: 2:)					<input type="checkbox"/> 檢附檢驗結 果或疫苗注 射證明									
		•			A型肝炎					檢查日期: A肝抗體(Anti-HAV IgM): <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 A肝抗體(Anti-HAV IgG): <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 Anti-HAV IgG陰性需完成A型肝炎疫苗 注射(2劑):					<input type="checkbox"/> 檢附檢驗結 果或疫苗注 射證明									

立同意書人簽名: _____ 日期: 年 月 日

已依規定檢附證明、未檢附證明,說明: _____;

職安室護理師核章: _____ 職安室主任核章: _____

新竹馬偕紀念醫院代訓單位主管核章: