

关于举办 2018 年贵州省重症脑损伤评估 技术培训班（第三期）的通知

贵阳、遵义、铜仁、毕节市卫生计生委医政医管科，仁怀市卫生计生局医政医管科，省人民医院、贵医大附院、遵医附院：

为进一步加强我省重症脑损伤评估技术（包括脑死亡判定）工作快速有序发展，省脑损伤质控评价质控中心受国家卫生健康委脑损伤评价质控中心委托，定于 2018 年 6 月 13 日-15 日在遵义医学院附属医院举办 2018 年贵州省重症脑损伤评估技术培训班（第三期）。现将有关事宜通知如下：

一、培训目标

加强脑损伤评价人员队伍建设，提升二级以上医院临床脑损伤评价服务能力，使相关医务人员熟练掌握脑损伤评价的基本方法。

二、培训对象

（一）招生名额：面对全省招收学员：60 名，各医院招生名额见附件 1。

（二）招生条件：二级以上医院神经内科、神经外科、麻醉科、急诊科及重症监护室工作满五年以上并获得医师资格证书的人员；从事脑电图、经颅多普勒超声及诱发电位工作满 2 年以上的医师、技师。

三、培训内容

脑损伤临床判定及脑损伤确认试验（包括脑电图、经颅多普

勒超声、诱发电位），共4项（学员可选其中一项或多项参加培训）。根据《脑死亡判定标准与技术规范（成人质控版）》，进行理论培训、技能培训与考核、重症病人床旁评估示教、理论闭卷考试。

四、报名方式

登录国家卫生健康委员会脑损伤质控中心官网（<http://bqcc.com.cn/>）进行报名，并按要求提供相关资料，审核合格后方能参加培训。

五、培训时间、地点

（一）培训时间：2018年6月13日-15日。

（二）培训地点：遵义医学院附属医院。

（三）报到时间：2018年6月12日9:00-11:30;14:30-17:30。

（四）报到地点：遵义医学院附属医院第三住院部二楼，贵州省脑损伤质控评价中心（脑电图室旁）。

六、其他事项

（一）本培训班将严格按照脱产学习的要求进行考勤（最终考核结果理论考试50%，技能操作50%，总分80分以上者为合格），本次培训考核合格者将颁发《贵州省脑损伤评价培训合格证书》，并授予省级继续医学教育Ⅱ类学分10分。

（二）学员报到时需携带医院证明原件（注明从事相关专业的工作时间）、所具有的资格证书原件及复印件、身份证原件及复印件，2寸免冠照片（蓝底，2张/项目），以便办证及建档管

理。

（三）请参加培训人员登录国家卫生健康委员会脑损伤质控评价中心官网（<http://bqcc.com.cn/>）网站进行报名，审核合格后填写参会回执（附件2），并于2018年6月10日前发送至贵州省脑损伤质控评价质控中心邮箱。

（四）本次培训由贵州省脑损伤质控评价质控中心（遵义医学院附属医院）承办，并具体负责相关事宜。

（五）参会人员交通、食宿费用自理（住宿由会务组统一协调安排在大连路佳乐家酒店）。

联系人：遵义医学院附属医院 邓卫康

联系电话：15085026663

电子邮箱：zyfyywc@163.com

联系人：省卫生健康委医政医管处 李梦茹、宁贵华

联系电话：0851-86827117

附件：

1. 2018年贵州省重症脑损伤评估技术培训班（第三期）名额分配
2. 2018年贵州省重症脑损伤评估技术培训班|（第三期）回执

2018年5月8日

附件 1:

2018 年贵州省重症脑损伤评估技术培训班（第三期）名额分配

序号	市（州）	医院	名额（人）
1	委直属医院	贵州省人民医院	3
2		贵州医科大学附属医院	3
3		遵义医学院附属医院	5
4	地州市	黔南州人民医院	1
5		黔西南州人民医院	1
6		黔东南州人民医院	1
7	遵义市	遵义市第一人民医院	2
8		红花岗区人民医院	1
9		绥阳县人民医院	1
10		绥阳县中医院	1
11		习水县中医院	2
12		习水县人民医院	2
13		赤水市人民医院	2
14		余庆县人民医院	1
15		凤冈县人民医院	1
16		桐梓县人民医院	1
17		正安县人民医院	3
18		务川县人民医院	1
19		道真县人民医院	1
20		播州区人民医院	2
21		德江县人民医院	1
22	德江县中医院	1	
23	湄潭县人民医院	1	
24	铜仁市	铜仁市人民医院	1
25		石阡县人民医院	1
26		沿河县人民医院	1
27		印江县人民医院	1
28		思南县人民医院	1
29		玉屏侗族自治县人民医院	1
30		江口县人民医院	1
31	毕节市	大方县人民医院	3

32		毕节市第一人民医院	3
33		威宁县人民医院	3
34		金沙县中医院	2
35		金沙县人民医院	2
36	仁怀市	仁怀市人民医院	1
37		仁怀市中医院	1
合计			60

附件 2:

2018 年贵州省重症脑损伤评估技术培训班（第三期）回执

医院名称		医院等级	
姓名	性别	联系电话	邮箱
学习项目（共四项，可学单项或 多项）			
通讯地址		邮编	
目前所在科室		是否住宿	
从事相关科室工作的起始时间			
毕业院校		专业	
执业类别			
工作简历			

1. 请详细填写本表，并发送至 zyfyycw@163.com。
2. 本表复印、复制有效。
3. 特别注明：报名网站（<http://bqcc.com.cn/>）国家卫生和计

划生育委员会脑损伤质控评价中心官网。

4. 是否住宿：双人标准间、单人标准间、不住宿.