**安徽医科大学第一附属医院**

**中法女性整体康复技术示范中心**

安徽医科大学第一附属医院妇产科是安徽省卫生厅 (首批)临床重点学科，省内最早的妇产科专业硕士研究生授权点，博士学位授予点、博士后流动站。妇产科是中华医学会安徽省妇产科分会主委单位，妇产科还是安徽省生殖医学主委单位，拥有安徽省产前诊断及辅助生殖技术质量控制中心。妇产科现建有卫生部四级妇科内镜手术培训基地，国家药物临床试验中心，首批国家级住院医师规范化培训专业基地，安徽省危重孕产妇救治中心，安徽省115创新团队，安徽省高校领军人才团队等临床和科教基地。

我科创建新亚专科，培育专业人才队伍，拥有优越场地和设备，加上规范运作流程，成立了安徽医科大学第一附属医院盆底康复中心，亦是安徽省中法女性整体康复技术示范中心培训基地。中心本着整体规划、科室联动、全员配合、培训为先的原则，为加强各医疗机构妇幼保健工作者学习交流协作，规范我省产后康复行业标准，增强我省产后康复技术力量，现开展安徽医科大学第一附属医院中法女性整体康复技术示范中心进修培训，邀请全省有关妇幼健康服务及医疗机构的同仁前来我院学习进修。

**盆底康复项目技术进修培训内容及时间安排**

**一、培训内容及时间安排**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 时间 | 培训内容 | 地点 | 授课人 |
| 第1周 | 星期一 | 盆底理论知识 | 安医盆底中心 | 安医相关主任医生 |
| 星期二 | 盆底项目如何开展管理（包括收费、宣教、病源引流） | 安医盆底中心 | 安医盆底中心老师 |
| 星期三 | 机器设备实操培训 | 安医盆底中心 | 安医盆底中心老师 |
| 星期四 | 机器设备实操培训 | 安医盆底中心 | 安医盆底中心老师 |
| 星期五 | 实际临床见习 | 安医盆底中心 | 安医盆底中心老师 |
| 第2周 | 星期一 | 实际临床见习 | 安医盆底中心 | 安医盆底中心老师 |
| 星期二 | 实际临床见习 | 安医盆底中心 | 安医盆底中心老师 |
| 星期三 | 实际临床见习 | 安医盆底中心 | 安医盆底中心老师 |
| 星期四 | 实际临床见习 | 安医盆底中心 | 安医盆底中心老师 |
| 星期五 | 考核（理论+实操）  颁发结业证书 | 安医盆底中心 | 安医相关主任及盆底中心负责人 |

**二、岗前及结业考核**

1、培训前盆底基础理论考核（培训第1天）。

2、培训结束后考核（培训第2周完成，包括理论及实操双考核）。

3、培训结束考试合格者颁发结业证书。

**三、盆底进修医护人员管理制度**

1.在医务处领导下，由安徽医科大学第一附属医院盆底康复技术培训中心具体主管。

2.进修期间应接受医院及科室的领导和管理，遵守医院及科室的各项规章制度。

3.进修期间不能擅自离岗，如需请病假、事假，需向培训中心主任递交书面假单，批复后方能离开，返回时需及时销假。如擅自离岗期间发生意外，培训中心概不负责。

4.进修期间书写病历、开具各种治疗单等需经上级医生审查，签名方为有效，各种治疗操作需在上级医生或康复师指导下完成，注意保护患者隐私，未取得患者同意，治疗期间禁止拍照摄像及录音，如因此医疗纠纷，须由拍摄方负全责。

5.爱护公物及仪器设备，如有损坏，按医院工作人员损坏公物赔偿制度处理。所有设备未经上级同意不得擅自动用。

6.进修结束，经考核合格，由科室主任签字，于教学部办理审核登记，领取结业证书，并做好离院前的物品清点工作。

**四、开班及培训时间**

全年开班，每个月第一周的周一开班，培训时间至少2周。

**五、培训费用**

费用标准：医院进修费800元/人。

**六、报名流程**

1、凡需要进修的各单位及个人需提前10-30天报名，填写进修申请表（附件一），电子件发送到***[ayfyjx@163.com](mailto:ayfyjx@163.com)，联系电话：0551-62922971。***

2、进修者必须随表附上个人毕业证书、学位证书、执业证书、职称证书、身份证复印件（以上复印件需原单位加盖公章）及一寸免冠彩照2张，进修人员需自带白色医生服。

3、选送单位应对申请表上填写的全部内容进行审查核实并负责任，由主管部门签署意见并加盖公章。

4、进修人员应按申请表原定科目、期限进修，如需延长进修期限或改变进修科目者，应由原单位来函商讨后再定。

5、进修时间在两个周以上者经考核合格者均发结业证《安徽医科大学第一附属医院中法女性整体康复技术结业证》；进修时间在以下者，均不发结业证。

6、严格遵守医院劳动纪律，请假一天以内由科主任批准，一天以上、三天以下报医院科教科审核、备案，三天以上需由所在单位同意、出具相关函件、至科教科备案，未办请假手续离院者按自动中止进修处理。提前结束进修者，需所在单位出具相关证明，进修费概不退还。

7、填写申请表必须实事求是，认真仔细，一律用黑色签字笔填写，要求字迹工整，清晰易辨，字迹潦草不清者概不受理。

**附件一**

**安徽医科大学第一附属医院**

**中法女性整体康复技术示范中心**

**进 修 申 请 表**

姓　 名

进 修 时 间

选 送 单 位

所 在 科 室

医 院 地 址

选送医院级别

**安徽医科大学第一附属医院**

**中法女性整体康复技术示范中心**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | 健康  情况 |  | | | 照  片  必须贴照片 | |
| 年 龄 |  | | | 民 族 | |  | | 是否住宿 |  | | |
| 学 历 |  | | | 职 称 | |  | | 职务 |  | | |
| 毕 业  学 校 |  | | | 参加工作时间 | |  | | 邮箱 |  | | | | |
| 联 系  方 式 | 本人电话： 单位电话(区号+) | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 码 |  | | | | | | | | | | | | |
| 执业  资格 | 注册时间 | | | |  | | | | | | | | |
| 注册证书编号  (必须填写) | | | |  | | | | | | | | |
| 资格证书编号  (必须填写) | | | |  | | | | | | | | |
| 主  要  经  历 | 起止时间 | | | | 工　作　单　位 | | | | | 科　室 | 职称/职务 | | |
|  | | | |  | | | | |  |  | | |
|  | | | |  | | | | |  |  | | |
|  | | | |  | | | | |  |  | | |
|  | | | |  | | | | |  |  | | |
| 目前从事专业 | | |  | | | | 从事该专业工作时间 | | | 年 月 日 | | | |
| 申请进修时间 | | | 年 月 日-- 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 进  修  科  目  与  要  求 | | **进修者签字：**  **日期：　 年　 月　 日** | | | | | | | | | | |
| 工  作  单  位  推  荐  意  见 | | **单位盖章：**  **日期：　 年　 月　 日**  **备注：**选送单位须知，因国家医疗处理条例的颁布执行，我院规定选修人员在我院学习期间  如发生任何医疗事故，将由选送单位负全部责任。 | | | | | | | | | | |
| 接  受  单  位  意  见 | | **签名（盖章）：**  **日期：　 年　 月　 日** | | | | | | | | | | |