

重庆市医学会关于举办 医院药师处方审核能力培训班（第二、三期）的通知

各有关单位：

为短期提高重庆市各级医院药师处方审核能力，发现存在或潜在的用药问题，保障患者用药安全有效，重庆市医学会临床药学专委会主办的 2019 重庆市医院药师处方审核能力培训班（第二期、第三期）将于 2019 年 6 月 11 日-6 月 14 日、9 月 24 日-27 日正式开班。现将有关事项通知如下：

（一）学员条件

1、具有药师（含）以上资格，热爱药学事业，熟悉医院药学岗位流程，具有良好的职业道德和业务素质，从事调剂工作满 3 年的调剂药师，临床药师不予录取。

2、面向社会招生，优先录取医院药学骨干人员、高等医药院校药学全日制本科毕业及以上学历者。

（二）招生学制和名额

学制为全日制 4 天，总课时 40 小时，集中脱产学习。每期招收学员 100 名。各医疗机构限派 2 名/期，根据招生人数限制、报名资格等审核条件后，择优录取，结果将于开班前 2 周通知到本人。

（三）时间及地点

报到时间：开班前一日 16:00-19:00、开班当日 7:50-9:00

培训时间：（第二期）2019 年 6 月 11 日 8:00-6 月 14 日 18:30

（第三期）2019 年 9 月 24 日 8:00-9 月 27 日 18:30

培训地点：长城酒店 2 楼多功能厅

（四）考核和结业

学员按要求完成理论课程，考核成绩合格者，由重庆市医学会颁发《重庆市医院药师处方审核能力培训班结业证书》。

（五）师资队伍

重庆市医学会临床药学专业委员会主委和副主委、重庆市三甲医院具备多年处方审核经验的资深药师、临床药师。

（六）报名时间

（第二期）2019 年 5 月 18 日 24:00，逾期不候。

（第三期）2019 年 9 月 6 日 24:00，逾期不候。

（七）报名方式

填写《重庆市医院药师处方审核培训学员申请表》，并经所在单位同意盖章

后（见附件，以下简称《申请表》），将扫描件以“姓名-医院-拟报期数”命名发送邮件至 166218853@qq.com。

（八）注册及培训费

请务必在收到录取通知电话后进行注册。

（第二期）会议网站：<http://yspx2.medmeeting.org/>

（第三期）会议网站：<http://yspx3.medmeeting.org/>

注册方式（推荐使用在线注册）

1. 在线注册：电脑登陆会议网站或关注“重庆市医学会”微信公众号后点击“学术会议”选择此次会议，点击“参会注册”栏目下的“个人代表注册”按钮，在线填写注册信息，并按照网页提示进行注册费的网上支付操作。

2. 现场注册：手机扫描现场提供的二维码，填写个人信息注册。

说明

1. 培训费 2000 元/人，可提前在网上注册后，进行现场交费，银行卡、公务卡、微信、支付宝等方式均可缴费。

2. 差旅费自理，回单位按规定报销。报会议名称预定长城酒店住宿，协定价 350 元/间，联系人：罗婷 023-63998188；15025361563。

4. 报到时请提供单位准确的全称及税号，以便开具发票。网上交费代表现场凭相关证件领取注册费发票。

（九）学分授予

成功注册代表凭本人身份证每日打卡，共授予重庆市级 I 类继续医学教育学分 8 分。凡是未在会议网站注册者不授予学分。

（十）联系方式

重医一院 E-mail: 166218853@qq.com

（第二期）屈 灿 电话：15923289075

孔令希 电话：13647645984

（第三期）郑晓英 电话：17384046819

孔令希 电话：13647645984

登录重庆市医学会网站（<http://www.cqma.cn/>）或扫描二维码关注重庆市医学会微信公众号了解更多学会动态和会议信息。



微信扫描关注



附表1 重庆市医院药师处方审核能力培训班课程表（第二期）

日期	内 容	学时
第一天	开班仪式	
	处方审核相关法规文件	2
	超说明书用药处方审核要点	2
	皮试药品处方审核要点	2
	高警示药品处方审核要点	2
	静脉用药物处方审核要点	2
	培训考核（一）	
第二天	临床实验室检查指标解读	2
	心血管系统疾病用药处方审核要点	2
	呼吸系统疾病用药处方审核要点	2
	精神疾病用药处方审核要点	2
	神经系统疾病用药处方审核要点	2
	培训考核（二）	
第三天	消化系统疾病用药处方审核要点	2
	内分泌系统疾病用药处方审核要点	2
	抗菌药物处方审核要点	2
	抗变态反应及免疫调节药物处方审核要点	2
	疼痛治疗药物处方审核要点	2
	培训考核（三）	
第四天	肠外药物处方审核要点	2
	抗肿瘤药物处方审核要点	2
	中成药处方审核要点	2
	儿科常用药物处方审核要点	2
	妊娠哺乳期药物处方审核要点	2
	培训考核（四）	
	结业仪式及优秀学员颁奖典礼	

附表2 重庆市医院药师处方审核能力培训班学员申请表

姓名		性别		出生年月		照片
技术职称		最高学历		工作年限		
拟报期数	<input type="checkbox"/> 第二期 <input type="checkbox"/> 第三期		单位推荐人:			
联系方式	电话:		Email:			
单位名称						
所属部门	<input type="checkbox"/> 门/急诊药房 <input type="checkbox"/> 住院药房 <input type="checkbox"/> 中药房 <input type="checkbox"/> 静配中心 <input type="checkbox"/> 社会药店					
学历信息	年 月- 年 月 毕业于			学校 (专业)		
	年 月- 年 月 毕业于			学校 (专业)		
	年 月- 年 月 毕业于			学校 (专业)		
调剂或审方工作经验						
已发表的论文、著作及科研情况						
单位推荐意见 (院级及科级公章)						
培训班录取意见 (报名者不填)						