

海南省药学会

琼药会〔2019〕3号

海南省药学会关于组织全省医疗机构药师 参加处方审核能力系列培训班的通知

全省各医疗机构：

依据《医疗机构处方审核规范》（国卫办医发〔2018〕14号）、《关于加强药事管理转政策变药学服务模式的通知》（国卫办医发〔2017〕26号）、《处方管理办法》、《药品管理法》等政策与法规的要求，为进一步提高药师处方审核能力、医院合理用药水平，使药师成为审方责任人，海南省药学会特邀请广东省在相关领域有代表性的专家，于2019年3月份，在海口市举办四次《处方审核能力系列培训班》。具体安排如下：

一、培训时间：本次培训于2019年3月份的每个星期六（3月2日，3月9日，3月16日，3月23日）集中培训，分为四次完成。

非海口地区学员每周五下午3点报到，海口地区学员周六报到，周六全天上课，并参加考试。

二、主办单位：海南省药学会

三、承办单位：

第一次（3月2日）：海南省人民医院；

第二次（3月9日）：海口市人民医院；

第三次（3月16日）：海南医学院第二附属医院；

第四次（3月23日）：海南医学院第一附属医院。

承办单位负责提供培训期间的会场、学员食宿安排等工作。

四、培训对象

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。

2、从事调剂工作满3年的一线（包括门诊药房、住院药房、静脉配置中心等审方岗位）医院药学工作者。

3、高等医药院校药学全日制本科毕业及以上学历者优先。

4、受培训规模限制，原则上海口市区以外的医疗机构限报名2人，海口市区内的医疗机构限报名10人,总人数限150人。

五、授课要求

1、授课内容覆盖病种相关常见药品基本信息，包括适应证、用法用量、常见不良反应、主要配伍禁忌、相互作用、特殊人群用药注意事项。

2、处方医嘱常见案例。

3、为学员布置和批改作业。

4、解答学员提出的与授课内容相关的问题。

5、指导学员课后阅读参考书籍、相关权威指南等。

六、理论课程设置

序号	内 容	学时
1	处方审核相关法规文件	1
2	处方审核基本要素	1
3	文献检索工具及应用	1
4	精神科药物处方审核要点	1
5	需皮试药品处方审核要点	1
6	高警示药品处方审核要点	1
7	冠心病药物处方审核要点	2
8	高血压药物处方审核要点	2
9	心律失常药物处方审核要点	2
10	超说明书用药处方审核要点	1
11	COPD 药物处方审核要点	2
12	静脉用药物处方审核要点	2
13	内分泌药物处方审核要点	2
14	审方中的药剂学问题	2
15	老年慢病药物处方审核要点	2
16	妊娠哺乳期药物处方审核要点	2
17	脑血管系统疾病药物处方审核要点	2
18	抗肿瘤药物处方审核要点	2
19	中成药处方审核要点	2
20	儿科常用药物处方审核要点	2
21	结业仪式及优秀学员颁奖典礼	

七、评估考核

1、考核标准：总成绩为百分制。案例 25%，考试 65%，组内表现 2.5%，团队协作 7.5%，担任组长者加 5 分。

全体学员在结业时必须达到培训班的考核要求，60 分以上（含）方可认为合格。

2、考核内容：出勤率、理论考试、案例分析、团队协作。

3、考核方式

(1) 出勤率进行打卡，课程结束后统计；凡不能全部参加完四期培训的学员，将不予发放合格证书。

(2) 考试成绩后台汇总。

(3) 案例由授课老师负责评分：①所提交 5 个案例是否为本门课程相关的问题处方；②审核分析是否专业合理；③5 个案例满分 100 分。

4、鼓励团队协作分析案例，团队协作项按每小组全体成员完成作业时间及作业成绩排序评分。

八、收费标准：

1、参加培训者，全程收取 500 元/人培训费，可于培训前对公转账，也可在第一次报到时现场刷卡或付现金缴费。

2、食宿由主办方统一安排。

海南省药学会账户信息

户名：海南省药学会

账号：4616 0230 2012 0150 33683

开户行：交通银行海口海府路支行

转账时请注明：处方审核培训

九、其他事项

- 1、请各医疗机构将参加培训人员名单，于2019年2月18日前上报电子回执（附件一）至邮箱：hnyxh1014@sina.com。学会联系人：陈月丽 18789821408，会务联系人：周思民 13307698566。
- 2、请各参加报名的人员，于第一次报到时，将学员申请表(附件二)打印盖章，一并上交至省药学会工作人员。



主题词： 处方审核 培训班 通知

海南省药学会

2019年01月21日印发

(共印200份)

附件一

**“处方审核能力系列培训班”
报名回执**

医院名称					
姓名	职称	职务	学历	联系电话	是否 住宿

于 2019 年 2 月 20 日前发至省药学会邮箱 hnyxh1014@sina.com,

谢谢!

附件二:

海南省药学会处方审核能力系列培训班学员申请表

填表期：2019年2月 日

姓名		性别		出生年月		专业职称		照片张贴处	
身份证				工作年限		政治面貌			
手机号码				邮箱					
选送单位				医院级别	A. 二级医院 B. 三级医院				
现岗位	A. 门诊药房 B. 住院药房 C. 静脉配置 D. 药库 E. 审方药师 F.其他								
最后学历、学校、专业									
工作经历（起至年月）									
从事处方审核工作实践情况									
选送单位药学部/科意见：					选送单位意见：				
签名（盖章）：					签名（盖章）：				
2019年 2月 日					2019年 2月 日				