

# 广东省药学会文件

粤药会〔2024〕4号

## 外科药师营养专项培训（第一期）招生通知

为了更好贯彻广东省药学会《关于推动设立外科药师岗位的通知》（粤药会〔2018〕116号），加强广东省外科药师队伍的建设，提高外科药师岗位技能，实现药师与医师密切合作，使外科药师具备临床营养药学工作能力，提高外科药学的综合实践水平，促进外科药学和营养药学的发展，提高医院医疗质量，广东省药学会药物治疗管理专家委员会和广州医科大学附属第一医院科技服务站决定于近期举办“外科药师营养专项培训（第一期）”。有关事项通知如下：

### 一、学员条件及录取事项

1、具有2年及以上PIVAS或临床药学工作经验，工作内容涉及营养诊疗；根据报名材料择优录取。

2、每期招收学员36-48名，报名的药师经资格审核后，录取结果将提前在学会网站公布。

二、培训时间及地点：招生学制为4周，利用周末业余时间培训。时间为2024年3月，地点为广州。

### 三、培训内容：

本期培训采取理论授课联合工作坊实践的培训方式，理论课共计 34 个学时，工作坊实践共计 14 个学时。课程共有 4 个模块，具体安排见附件。

**四、考核要求：**考核内容包括理论考核和案例考核，经考核成绩合格者，由广东省药学会颁发结业证书。

**五、师资队伍：**经本会认证的医药专家。

**六、报名时间：**2024 年 2 月 1 日至 2024 年 2 月 25 日，每家医院推荐 2-3 名药师参加。

**七、报名方式：**

填写《外科药师营养专项培训班学员申请表》(见附件 2)，并经所在科室同意盖章，扫描后连同 Word 版发至 gdsrmyy\_zs@163.com，主题注明“外科药师营养专项培训+姓名+单位”。(建议使用网易邮箱发送，并注意有无收到自动回复邮件)。

**八、培训费用：**2000 元/人。

**九、联系人：**周婧 13925110641，杨晓琦 020-37886329。

附件：

1. 第一期日程安排
2. 外科药师营养专项培训班学员申请表



2024 年 1 月 18 日

附件 1:

### 第一期日程安排

日期	时间	授课内容
3月10日	模块 1. 临床营养诊疗基础	
	08:10-08:30	开班仪式与领导致辞
	08:30-09:30	营养不良的定义和肠外肠内营养概述
	09:40-10:40	营养素的消化、吸收及其代谢
	10:50-11:50	营养不良风险筛查、评定和诊断
	13:30-14:30	营养不良风险筛查、评定和诊断 (工作坊)
	14:40-15:40	营养支持计划的制订和药学监护
	15:50-16:50	营养支持的实施和并发症的预防
3月17日	模块 2. 肠外肠内营养制剂	
	08:30-09:30	肠内营养制剂的特点和选用
	09:40-10:40	肠内营养与药物相互作用
	10:50-11:50	经肠内喂养管给药
	13:30-14:30	肠外营养制剂的特点和选用
	14:40-15:40	肠外营养与药物相互作用
	15:50-16:50	肠外营养处方审核和相关参数的计算
3月24日	模块 3. 临床营养支持治疗	
	08:30-09:30	外科患者临床营养支持治疗
	09:40-10:40	肿瘤患者临床营养支持治疗
	10:50-11:50	重症患者临床营养支持治疗
	13:30-14:30	老年患者临床营养支持治疗
	14:40-15:40	肝功能不全患者临床营养支持治疗
	15:50-16:50	肾功能不全患者临床营养支持治疗
3月31日	模块 4. 营养药学实训	
	08:30-09:30	外科患者营养药学实训 (工作坊)
	09:40-10:40	肿瘤患者营养药学实训 (工作坊)
	10:50-11:50	重症患者营养药学实训 (工作坊)
	13:30-14:30	老年患者营养药学实训 (工作坊)
	14:40-15:40	肝功能不全患者营养药学实训 (工作坊)
	15:50-16:50	肾功能不全患者营养药学实训 (工作坊)

附件 2:

## 外科药师营养专项培训班学员申请表

填表日期： 年 月 日

姓名		性别		出生年月		专业职称		大一寸彩照
身份证				工作年限		政治面貌		
手机号码				邮箱				
选送单位				单位所在城市				
通讯地址								
联系方式								
医院级别	A. 三级医院 B. 二级医院 C. 其他					本人之前是否报过名		
现岗位	A. 临床药师 B. 门诊药房 C. 住院药房 D. 静脉配置 E. 药库 F. 审方药师 G. 其他							
学历、学校、专业								
工作简历 (起至年月)								
从事临床药学 工作实践情况								
已发表的论文、 著作及科研情况								
选送单位（医院）意见：					培训班录取意见：			
签名（盖章）：  年 月 日					签名（盖章）：广东省药学会  年 月 日			