# 平煤神马医疗集团总医院非中医类别医师

# 学习中医培训班招生简章

为贯彻落实河南省卫生健康委员会《关于加强非中医类别医师学习中医培训工作的通知》（豫卫中医〔2020〕21号）、平顶山市卫生健康委员会《平顶山市非中医类别医师学习中医培训工作实施方案》（平卫中医〔2021〕11号）文件精神，鼓励西医学习中医，培养一批掌握中医辨证论治、理法方药，能熟练运用中医、西医两种诊疗方法的中西医结合人才，平煤神马医疗集团总医院将面向社会招收非中医类别医师学习中医培训学员，具体工作通知如下：

**一、培训目标**

培训学员通过系统培训，普及中医药基础理论、基本知识和基本技能，能熟练运用中西医结合方法对临床疾病辨证施治，规范合理使用中医药技术方法，提高中医药临床应用水平。

**二、培训时间及内容**

院内集中开展中医理论知识培训，培训内容参照《河南省非中医类别医师学习中医培训大纲》（附件1）进行。

（一）一年期培训班，非中医类别医师集中学习中医理论课程，完成8～9门的中医课程，总学时数不少于480学时（课外自学时间不多于100学时），临床实践时间不少于3个月。

（二）二年期培训班，非中医类别医师集中学习中医理论课程，完成11～16门的中医课程，总学时数不少于850学时（课外自学时间不少于300学时），临床实践时间不少于6个月。

**三、招收条件**

（一）具有执业助理医师及以上资格的非中医类别医师；（二）在临床科室工作中需开具中成药、中药饮片处方的非中医类别医师；（三）热爱中医事业，有良好的医德医风及学习钻研精神，能够保证培训任务的完成；

**四、报名时间及流程**

（一）报名时间：2023年5月15日至2023年5月24日上午08:00至12:00，下午14:30至17:30。（节假日休息）

（二）报名流程：

1.培训学员首先填写“平煤神马医疗集团总医院非中医类别医师学习中医培训申请表”（附件2）、“平煤神马医疗集团总医院非中医类别医师学习中医培训申请汇总表”（附件3），现场报名时提交上述表格纸质版（双面打印，一式四份）及以下材料：①一寸免冠照片2张(底色不限)；②个人身份证复印件(正反面印在一张A4纸上)；③执业证原件（核验）及复印件；④医师资格证原件（核验）及复印件；

2.报名地点：平煤神马医疗集团总医院科研教学中心（2号楼五楼西）

联系人：王慧鸽

联系电话：0375-2799078

开课时间另行通知。

**五、培训费标准**：

1年期培训班2500元（含教材费），2年期培训班4000元（含教材费）。

培训费用包括：1.所学必修课程和选学课程的理论授课；2.“西学中”在线试题库；3.“西学中”理论必修课程教材一套。

**六、培训考核**：

（一）考核分为日常考核和结业考核。日常考核含理论课程考试和临床实践考核，由我院负责，学期结束结业考核由省卫健委统一组织。

（二）结业发证：结业考核成绩合格的学员，由省卫生健康委（省中医管理局）发放河南省非中医类别医师学习中医培训结业证书。

（三）证书使用：根据《国家卫生健康委办公厅国家中医药管理局办公室关于印发第一批国家重点监控合理用药药品目录(化药及生物制品)的通知》（国卫办医函〔2019〕558号）要求，其他类别的医师，经过不少于1年系统学习中医药专业知识并考核合格后，遵照中医临床基本的辨证施治原则，可以开具中成药处方；取得省级以上教育行政部门认可的中医、中西医结合、民族医医学专业学历或学位的，或者参加省级中医药主管部门认可的2年以上西医学习中医培训班(总学时数不少于850学时)并取得相应证书的，既可以开具中成药处方，也可以开具中药饮片处方。根据《中共河南省委 河南省人民政府关于促进中医药传承创新发展的实施意见》（豫发〔2020〕4号），允许临床类别医师通过西医学习中医培训考核后提供中医服务，参加中西医结合职称评聘。

（四）培训学员信息管理报名工作结束后，由科研教学中心工作人员统一登录“河南省非中医类别医师学习中医培训管理系统”登记学员信息，上级主管部门审核后予以备案。同时定期完善学员理论考试、实践考核以及结业考核等过程管理信息，未经备案或过程管理信息不完善的学员不予安排结业考核。

**七、其他未尽事宜参考相关规定执行**：

附件1：河南省非中医类别医师学习中医培训大纲

附件2：平煤神马医疗集团总医院非中医类别医师学习中医培训报名表

附件3：平煤神马医疗集团总医院非中医类别医师学习中医培训报名汇总表

**附件1：**

**河南省非中医类别医师学习中医培训大纲**

**一、培训目标**

培训对象通过系统培训，普及中医药基础理论、基本知识和基本技能，能熟练运用、中西医结合方法对临床疾病辨证施治，规范合理使用中医药技术方法，提高中医药临床应用水平。

**二、培训学员条件**

具有执业助理医师及以上资格，在临床科室工作，按规定申请参加培训的非中医类别医师。

**三、培训形式及时间**

培训通过集中学习、课外自学、临床实践等方式进行。

一年期培训班培训时间为1年，总学时数不少于480学时（课外自学时间不多于100学时），临床实践时间不少于3个月。二年期及以上培训班，总学时数不少于850学时（课外自学时间不多于300学时），临床实践时间不少于6个月。

**四、培训内容**

**（一）集中学习**

1.一年期培训班。包括必修课6门：中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学、中医内科学、中成药学概论；选修课2～3门：根据所从事的专业，在中医外科学、中医妇科学、中医儿科学、中医骨伤科学、中医眼科学、中医耳鼻喉科学、中医推拿学等课程中自选。

2.二年期及以上培训班。包括必修课9门：中医基础理论、中医诊断学、中药学、方剂学、中医内科学、中成药学概论、中医推拿学、中医经典课程、中医科研思路与方法；选修课2～7门：根据所从事的专业及个人兴趣在中医外科学、中医妇科学、中医儿科学、中医骨伤科学、中医眼科学、中医耳鼻喉科学、医古文、针灸学等课程中自选。

**（二）课外自学**

培训对象结合临床工作实际，通过在线学习平台完成相应课程学时，巩固集中学习效果，提高中医理论知识与技能水平。

**（三）临床实践**

临床实践方式以门诊跟师为主。一年期培训班临床实践时间不少于12周。二年期及以上培训班，临床实践时间不少于24周。每周不少于3个半天。其中中医内科实践时间不少于一半，中医妇科、中医儿科、中医外科、中医骨伤科等科室结合个人实际情况安排，原则上临床实践科室不少于3个。

详细课程设置及学时安排情况附后。

**五、平时考核**

平时考核含理论课程考试和临床实践考核，由科研教学中心、中医管理科负责。

理论课程考试在每门课程结束后进行，成绩采用百分制，考试成绩占85%，作业成绩占15%。60分及以上合格，不合格者允许补考1次，并注明补考。

临床实践考核在每科轮转结束后进行，由带教老师结合学员考勤、跟师、考核等情况综合评定，分为优、良、合格、不及格，临床实践期间无故缺勤累计超过五分之一时间者直接判定为不合格。

**六、其他要求**

**（一）**学员要严格按照培训计划进行学习，不得随意减少学时，科研教学中心对培训学员的培训、考勤、考核等情况及时登记存档，以备查阅。

**（二）**培训学员应根据培训情况制定个人学习计划，按时参加培训，做好学习笔记，结合临床实际研习相关中医书籍，及时总结医案等。

**课程设置及学时安排**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 课程名称 | 一年期培训班 | 二年期及以上培训班 |
| 面授学时 | 课外学时 | 面授学时 | 课外学时 |
| 1 | 中医基础理论 | 65 |  | 68 |  |
| 2 | 中医诊断学 | 60 |  | 60 |  |
| 3 | 中药学 | 45 |  | 60 |  |
| 4 | 方剂学 | 60 |  | 60 |  |
| 5 | 中医内科学 | 60 |  | 60 |  |
| 6 | 中成药学概论 | 30 |  | 30 |  |
| 7 | 中医推拿学 | 2-3门选修（60） |  | 20 |  |
| 8 | 中医经典课程 |  | 80 |  |
| 9 | 中医科研思路与方法 |  | 12 |  |
| 10 | 中医妇科学 |  | 2-7门选修（100） |  |
| 11 | 中医儿科学 |  |  |
| 12 | 中医骨伤科学 |  |  |
| 13 | 中医耳鼻喉科学 |  |  |
| 14 | 中医眼科学 |  |  |
| 15 | 中医外科学 |  |  |
| 16 | 针灸学 |  |  |
| 17 | 医古文 |  |  |

**附件2：**

**平煤神马集团总医院非中医类别医师**

**学习中医培训报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 联系方式 |  | 卫生专业学历 |  |
| 从事工作岗位 |  | 专业技术职称 |  |
| 执业资格（填执业医师或执业助理医师） |  | 现工作单位（具体到市、县、镇、村） |  |
| 主要培训经历 | 起止年月 | 培训项目 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 身份证号 |  | 培训期限 | □1年期 □2年期 |
| 执业医师证号 |  |
| 单位意见 | 院长签字：年 月 日 |
| 备注 |  |

**附件3：**

**平煤神马医疗集团总医院非中医类别医师学习中医培训报名汇总表**

单位盖章 填表人： 电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在单位及负责人 | 培训类别 （1年期或2年期） | 序号  | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 从事专业 | 医师类别 （执业医师或助理医师） | 医师资格证号 | 联系电话 |
| xx医院负责人：联系电话： | 1年期 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2年期 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |