

長庚科技大學 第 109 學年度第 1 學期授課科目使用書籍使用表

科目：專科護理師臨床實習(I)

學分：3

班級：護理系碩士在職專班2年級

時數：162

教科書：

(請按作者、書名、版別、出版商、發行地、出版年份、起訖頁數順序填寫)

無

參考書：

1. 依臨床實務所需搜尋相關文獻資料。

2. 病歷書寫參考書籍：

(1). 羽白清(2019).病歷的正確寫法:問題導向型診療紀錄(賴敏裕譯).台北市：合記。  
(原著出版於 2004)。

(2). 臺灣醫療品質協會(2019).最新病歷記錄指引(第 2 版)修訂版.台北市：合記。

「遵守智慧財產權觀念」「不得非法下載、影印教科書作為課本使用」

說明：授課教師依教學大綱填寫本表，經教學研究會審核後，影印分送：教師所屬教學研究會召集人授課班級所屬科務行政助理，並於開始上課時，將本表內容向學生說明並指導學生「**遵守智慧財產權觀念**」「**不得非法下載、影印教科書作為課本使用**」。

授課教師：王瑋、王麗香、蔡明芬

2020年05月15日

# 長庚科技大學護理研究所碩士在職專班 實習教學計劃

課程名稱：專科護理師臨床實習(I) (Nurse Practitioner Practicum I)

授課學年：109 學年度/第一學期

課程負責老師：蔡明芬副教授

授課教師：王琇副教授；N棟435辦公室；分機：3435；jengwang@mail.cgust.edu.tw

王麗香助理教授；N棟424辦公室；分機：3424；lisamwang@mail.cgust.edu.tw

蔡明芬副教授；N棟340辦公室；分機：3340；mftsai@mail.cgust.edu.tw

授課班級：護理研究所碩士在職專班二年級。

實習時間：2020年08月01日-2021年01月31日(暫定)，每天實習最多8小時。

學分數：三學分，共162小時(1學分：18\*3小時，共計162小時)；臨床實習時數含臨床推理與決策口頭報告及patient rounds。

實習地點：以學生就近機構申請或護研所安排之實習機構/單位為優先考量。

備註：實習期間所有公假、事假、病假、喪假、分娩假或不可預期天災(如颱風假)，應於實習結束前補足實習規定時數。

## 一、課程簡介：

本課程是專科護理師臨床實習的第一部分，旨在培育學生以專科護理師之角色，統合基礎醫學、進階護理、臨床推理(I)所學習之專業知識，透過多元模式學習之實務訓練，使學生增進個人專科進階實務技能、提升病人照護品質、了解醫療體系間合作模式及專科護理師執業範疇。至實習結束，每位學生需照護至少十位內、外科住院病人，以培養學生具備成人專科護理師所需基礎核心知識與技能；同時反思透過參與病患照護，能如何促進照護品質與專科護理師角色功能發展。

## 二、教學目標：

實習完成後，學生能：

1. 運用基礎醫學及護理專業知識技能，展現病史收集與身體評估能力。
2. 應用批判思考能力與臨床推理進行鑑別診斷。
3. 藉由相關臨床檢驗、檢查之判讀與分析，與相關會診結果確立個案健康問題。
4. 提出臨床問題、搜尋及評讀實證文獻。
5. 提出具實證健康照護基礎之照護計畫。
6. 透過專科護理師之角色功能嘗試提供以個案為中心之跨團隊合作照護。
7. 能反思於照護過程中所面臨之臨床倫理與法律議題，瞭解專科護理師之執業範圍與限制。

### 三、實習場所/實習方式：

1. 護研所依據學生自我臨床經驗、論文研究方向及未來自我專業發展，協助安排及規劃實習單位(附件一)。
2. 學生依實習目標與老師擬訂「實習學習計畫」(附件二)，提供個案及家屬深度的臨床評估與照護，並於實習過程自我反思，將理論與實證應用於臨床實務中。
3. 整個實習過程實習指導老師(Advisor)配合學生學習狀況及進度，**至少18小時於臨床指導學生；含臨床推理與決策口頭報告及patient rounds**。
4. 臨床教師(Preceptor)透過床邊教學、臨床訓練、案例討論、團體討論、情境模擬及技能演練、醫療輔助行為之相關訓練等，提供學生必要時之臨床照護諮詢及協助。

### 四、實習作業：

實習作業書寫方式請參照實習作業格式說明。所有學生需完成**1-3**項共同作業，**未取得專科護理師執照者**需再完成第**4**項作業，**已取得專科護理師執照者**則需完成第**5-6**項作業。

1. 與指導老師(Advisor)討論之實習指導記錄單一份(附件三)，於期末繳交。
2. 與臨床教師(Preceptor)討論實習指導記錄單一份(附件四)，於期末繳交。
3. 實習反思心得，於學期中**作口頭分享(指引可參考附件五)**。
4. 基礎核心實習案例報告**10**份(附件七)。
5. 臨床推理與決策報告一篇(附件六)。
6. 案例分析/個案報告一份(附件八)。

### 五、評值：依實習評值表內容評值(附件九、十)

1. 臨床表現 **70%** (Advisor 35%、Clinical Preceptor**35%**)、
2. 專業精神 10% (Advisor 5%、Clinical Preceptor 5%)、
3. 作業 **20%** (Advisor **20%**)

**(1) 未具執照 NP：基礎核心實習案例報告 10 份(20%)**

**(2) 未具執照 NP：臨床推理與決策報告(5%) & 案例分析/個案報告(15%)**

### 六、專科護理師臨床實習(I)相關人員職責(臨床指導專科護理師需符合衛福部教學師資之規定)：

1. 臨床教師(Clinical Preceptor)職責：輔導時數 18\*3=54 小時
  - (1) 根據學生學習計畫，協助學生獲得相關學習經驗或活動。
  - (2) 臨床示教，指導學生執行個案照護相關之活動或諮詢。
  - (3) 協助學生確認實習目標之達成。
  - (4) 協助學生特殊狀況之處理並通知實習指導老師。
  - (5) 評量學生實習表現。
2. 指導老師(Advisor)職責：
  - (1) 協助學生擬訂實習學習計畫。
  - (2) 負責協調護理臨床教師與學生間之溝通，以協助學生完成學習計畫。
  - (3) 臨床示教，實際參與臨床照護之指導。
  - (4) 指導並批改學生實習作業。
  - (5) 與護理臨床教師共同討論，完成學生實習成效之評值。

# 長庚科技大學護理研究所碩士在職專班

## 專科護理師臨床實習(I) 實習作業格式說明

請依下列規則於時間內繳交各項作業

### 一、文書規範

1. 邊界：A4紙張由左至右電腦打字，版面配置使用標準格式，上下邊界各2.54公分、左右邊界各3.18公分。
2. 段落間距：單行行距、與前段距離1行。
3. 「標題」次序：一、(一)、1、(1)
4. 字體：內文部分以12號大小字型、中文採用標楷體、英文及數字採用Times New Roman。
5. 頁碼：自正文首頁開始，於頁面底端編頁碼、使用1、2、3．．．以此類推。

### 二、作業項目(未取得專科護理師執照者需完成第2項作業要求，已取得專科護理師執照者則需完成第3-4項作業)

1. 實習反思心得**口頭報告**，指引請參考附件五，於學期**中分享**。
2. 基礎核心實習案例報告**10份**，參考最新病歷指引，以PORM形式及英文書寫，包括Admission Note、Progress Note、Discharge Summary，內容請參考附件七。
3. 臨床推理與決策報告一篇，指引請參考附件六。
4. 病例報告一份，參考NPIII病例報告規定書寫，內容請參考附件八。

### 三、作業繳交

1. 封面：字體採用標楷體(中文)、Times New Roman(英數)、學校名稱字體大小24號、實習名稱字體大小22號，其餘皆採用18號字體大小。
2. 封面項目皆置中、內容包含：長庚科技大學護理研究所碩士在職專班、專科護理師臨床實習(I)、姓名、學號、實習指導老師、實習臨床教師。
3. 按照封面、臨床推理與決策報告、案例報告/病例報告之順序裝訂。

**林口本部護理研究所碩士在職專班  
專科護理師臨床實習(I) 實習名單**

實習負責教師：

實習負責同學：

學生姓名/ 電話	實習單位/電話	實習日期	實習教學教師/ 電話/指導日期/時間	臨床教師/ 指導日期/時間

## 林口本部護理研究所碩士在職專班

### 109學年度實習學習計畫

一、學生姓名：\_\_\_\_\_ 學 號：\_\_\_\_\_

二、實習機構：\_\_\_\_\_ 實習單位：\_\_\_\_\_

三、實習科目：專科護理師臨床實習(I)

四、實習指導老師：\_\_\_\_\_

五、護理臨床教師：\_\_\_\_\_

六、實習天數：\_\_\_\_\_

七、實習時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_月\_\_\_\_日

八、實習計畫進度 (配合實習目標)：

週數/日期	學習目標	實習活動及方式	評值
I			
II			
III			
IV			
V			
VI			

說明：

1. 製作學生實習時間表

2. 實習指導老師至臨床指導時間：\_\_\_\_\_

研究生：\_\_\_\_\_

實習指導老師：\_\_\_\_\_

**林口本部護理研究所碩士在職專班**  
**實習指導老師指導記錄單**

實習科目名稱：**專科護理師臨床實習(I)** 學生姓名：\_\_\_\_\_ 實習機構/單位：\_\_\_\_\_ 實習指導老師：\_\_\_\_\_

指導日期	指導重點	指導重點內容摘要	下次追蹤事項

說明：

- ①實習指導老師配合學生實習學習計畫，安排 on-site 臨床指導及討論。
- ②本單由學生記錄臨床指導與討論的重點及內容。
- ③同學於實習結束後一週內，送繳所辦公室存檔。

流程：學生填寫→指導老師簽名→林口本部所辦公室(留存)

**林口本部護理研究所碩士在職專班**  
**臨床教師指導記錄單**

實習科目名稱：**專科護理師臨床實習(I)** 學生姓名：\_\_\_\_\_ 實習機構/單位：\_\_\_\_\_ 護理臨床教師：\_\_\_\_\_

指導日期	指導重點	指導重點內容摘要	下次追蹤事項

說明：

- ①護理臨床教師配合學生實習學習計畫，安排 on-site 臨床指導及討論。
- ②本單由**護理臨床教師記錄**臨床指導與討論的重點及內容。
- ③同學於實習結束後一週內，送繳所辦公室存檔。

流程：護理臨床教師填寫→學生→林口本部所辦公室(留存)



## 專科護理師臨床實習(I)

### 期末實習心得指引

學生姓名:\_\_\_\_\_ 學號:\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_

1. 經由臨床實習我學習到什麼？這些學習對我的個人及專業成長有何影響？
2. 在實習過程中，發現什麼臨床困境(含臨床倫理與法律議題、專科護理師之執業範圍與限制)？可以如何應對或改善？

## 專科護理師臨床實習(I)

### 臨床推理與決策報告

學生姓名:\_\_\_\_\_ 學號:\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_

#### 一、 病人簡介 (5%)

including name, gender, age, diagnosis, date of admission, chief complaint, family system and family tree, medical decision maker, primary care giver, etc.

#### 二、 現在及過去病史 (20%)

including past medical history, present medical history, social history, family history.

#### 三、 系統回顧 (10%)

Including complete review of systems.

#### 四、 身體評估 (15%)

including general and specific physical examination.

#### 五、 檢驗檢查 (10%)

including lab tests and image study related to patient's chief complaints or clinical impression.

#### 六、 鑑別診斷與臨床推理 (20%)

1. 請列出至少三種可能造成病人 chief complaints 的原因 (診斷)
2. 請列出上述原因(或診斷)可協助確立病人診斷的推理依據來源與文獻支持

#### 七、 照護計畫 (18%)

1. 病人住院主要之健康問題(5%)
2. 照護計畫 (10%)
3. 評值方法 (3%)

#### 八、 參考文獻 (2%)

請依照最新版 APA 格式書寫並列出至少三篇五年內參考資料。

## 專科護理師臨床實習(I)

## 入院病歷(Admission Note)紀錄

學生姓名: \_\_\_\_\_ 學號: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**General Information:**

Name: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_  
 Age: \_\_\_\_\_ Education level: \_\_\_\_\_  
 Gender: \_\_\_\_\_ Marital status: \_\_\_\_\_  
 Date of care: \_\_\_\_\_ Admission date: \_\_\_\_\_  
 Source of referral: \_\_\_\_\_ Source of history: reliability

**Chief Complaint:**

1. The most important sign or symptom as a chief complaint.
2. The duration, frequency or interval of the chief complaint.

**Present Illness:**

1. Location, Quality, Quantity/time course, Onset mod, Precipitating factors, Exaggerating/exacerbating factors, Relieving factors, Accompanying/associated symptoms (LQQOPERA) of present illness.
2. The response to medical treatment for the present illness.
3. The final result of serial work up and outcome of the last treatment.
4. The last assessment result and current treatment plan.

**Past History:**

1. The general state of patient's health before this time.
2. The patient's childhood illness, vaccination, and psychiatry illness.
3. The patient's history of chronic disease, current treatment by medication and treatment.
4. The patient's operation, hospitalization, or accident/injury.
5. Menstruation history (onset of menstruation, amount of flow, interval and cycle of the menstruation, dysmenorrhea).
6. Allergy history (food reactions, drug reactions, environmental allergies).

**Personal, Social, Occupational and History:**

1. The patient's traveling history.
2. The patient's occupation or work (if retiring, please mention the last occupation or work)
3. The patient's contact cluster history.
4. The patient's habits or addiction (alcohol consumption, betel nut chewing, cigarette smoking, substance use)

**Family History:**

1. The general health of patient's parents, siblings, children; alive or dead. If dead, what age and what was the cause and its relative factor to present illness of the patient.
2. To draw the Family tree (including third generation, living together and main care giver).

**Review of Systems:**

Systems	Yes/(+); No/(-)
General	weakness, fatigue, anorexia, fever, insomnia
Integument (skin/hair/ nails)	changes in color, pruritus, rash, hair loss

Head	headache, dizziness, vertigo
Eyes	visual acuity, color vision, corrective lenses, photophobia, diplopia, pain
Ears	pain, discharge, hearing loss, tinnitus
Nose	epistaxis, discharge, stuffiness, sense of smell
Throat	status of teeth, gums, dentures, taste, soreness, hoarseness, lump
Respiratory system	cough, sputum, hemoptysis, wheezing, dyspnea
Cardiovascular system	edema, chest tightness, chest pain, palpitation, intermittent claudication, cold limbs, cyanosis
G-I system	dysphagia, nausea, vomiting, abdominal distress/pain, change in bowel habit, hematemesis, melena, bloody stool
Genitourinary system	frequency, hesitancy, urgency, dribbling, incontinence, dysuria, hematuria, nocturia, polyuria, impotence
Hematological system	anemia, easy bruise/bleeding, lymphadenopathy, transfusion
Musculoskeletal	joint pain, stiffness, limitation of motion, muscular weakness, wasting
Endocrine system	growth, development, weight change, heat/cold intolerance, nervousness, sweating, polydipsia
Neuropsychiatric	dizziness, syncope, seizure, speech disturbance, loss of sensation, paresthesia, ataxia, weakness/paralysis, tremor, anxiety

### Physical Examination:

**Vital sign:      date:      time:**

BT:    PR:    /min    RR:    /min    BP:    /mmHg, SpO<sub>2</sub>:    %    BW:    Kgs    BH:    cm

### General appearance:

### Consciousness Level:

### HEENT:

Conjunctiva:      Sclera:      Extraocular muscle:      Vision:

Hearing:      Nasal obstruction or nasal discharge:      Tongue movement:

**Neck:** supple, no jugular vein engorgement.

**Chest:** symmetrical expansion, breath sounds clear bilateral.

**Heart:** regular heartbeat, no murmur, no gallop.

**Abdomen:** flat and soft, no superficial vein engorgement, liver and spleen are impalpable, no tenderness, no rebound tenderness, normal bowel sound.

**Extremities:** freely movable, pitting edema (-), cyanosis (-), clubbing digits (-).

**Digital examination:** no palpable mass, external hemorrhoid.

**Neurological examination:** within normal limits.

**Lymphadenopathy:** cervical (-), supraclavicular (-), axillary (-), inguinal (-)

### Laboratory Findings:

1. It usually includes blood, urine, stool, and sputum routine examination.
2. The most important positive and negative findings this might be related to the diagnosis.

### Results of Image Study:

The most important positive and negative findings this might be related to the diagnosis.

### Diagnosis and Management:

Problem list including active problems and inactive problems.

### Care plan:

The diagnostic plan, therapeutic plan, and patient education.

## 專科護理師臨床實習(I)

### 病程進展(Progress Note)紀錄

學生姓名:\_\_\_\_\_ 學號:\_\_\_\_\_ 日期:\_\_\_\_\_

Time / Date:

1. List each medical problem separately.
2. Give each problem a code number (1, 2, 3, etc.).
3. Evaluate each problem by number in the following SOAP format

#### **Problem number/problem:**

**Subjective data:** Description of symptom as told by the patient.

**Objective data:** List each item separately on separate line. Including vital signs, finding of physical examination, Lab data, image study or biopsy related to the problem.

#### **Assessment:**

1. Justification of upgrading a problem to a higher level of resolution
2. Progress in establishing the patient's diagnosis, prognosis, response to management.
3. Discussion of conflicting, confusing or unexpected data/report.
4. Evaluation of the data and any conclusions that can be drawn.
5. Progress in terms of therapeutic goals.

**Plan:** List of interventions (list in order: diagnostic, educational, therapeutic interventions)

## 專科護理師臨床實習(I)

### 出院病歷摘要(Discharge Summary)

學生姓名: \_\_\_\_\_ 學號: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Gender: \_\_\_\_\_ Bed NO.: \_\_\_\_\_ ID NO.: \_\_\_\_\_  
Admission date: \_\_\_\_\_ Discharge date: \_\_\_\_\_

#### Admission diagnosis:

1. The main diagnosis of chief complains, it was present, relieve or subside.
2. All the next important known diagnosis as the second, third or fourth impression which were receiving treatment.

#### Discharge diagnosis:

The same as "Admission note"  
Any new diagnosis made during hospitalization.  
Post operation diagnosis.

#### Chief complaint:

The same as "Admission note"

#### Present illness:

A brief review of the main points of history, findings of physical exam and result of lab tests before admission. To summarize the most important information about patient's admission.

#### Past History:

The same as "Admission note"

#### Physical Examination:(The same as " Admission note ")

Vital sign: BT: PR: / min RR: / min BP : / mmHg, SpO<sub>2</sub>: %

General: consciousness level

HEENT: conjunctiva: pale, sclera: not icteric, extraocular muscle intact, no hard of hearing, no nasal obstruction or nasal discharge, normal tongue movement.

Neck: supple, no jugular vein engorgement.

Chest: symmetrical expansion, breath sound clear bilaterally.

Heart: regular beat, no murmur, no gallop.

Abdomen: obese, flat and soft, no superficial vein engorgement, liver span: spleen is impalpable, no tenderness, no rebound tenderness, normal bowel sound.

Extremities: freely movable, pitting edema (-), cyanosis (-), clubbing digits (-).

Digital examination: no palpable mass, extremal hemorrhoid (-)

Neurological examination: within normal limits.

Lymphadenopathy: cervical (-), supraclavicular (-), axillary (-), inguinal (-).

#### Operation and Therapeutic procedure:

Including date and the name of operation and/or therapeutic procedure.

**Hospital course:**

Briefly summarize course of hospitalization including physical assessment, treatment modalities, patient's response to the treatment, and progression of disease.

**Complications:**

If patient have complications, please mention the type of complication, treatment and responses.

**Laboratory data:**

Review lab results obtained since admission.

General test (including blood, stool, urine, culture, etc.)

Specific test (including EKG, sonography, endoscopy, biopsy, expertise consultation, etc.)

**Image studies results:**

Review image results obtained during hospitalization.

**Surgical finding/Pathology report:**

Including Surgical Findings, Biopsy pathology report (Gross, Micro), Cytology, etc.

**Discharge status:**

Maybe discharge    AAD    On critical    Expired    Transfer to other institutes.

**Follow up instruction and medication:**

1. Date of discharge.
2. Follow up: date of return to clinic, blood examination, image study, etc.
3. Discharge medications: a list of medications, dosing, and refills.
4. Discharge education.

**Attending physician:****Nurse Practitioner:**

## 專科護理師臨床實習(I) 案例分析/個案報告規範

### 一、通則 (10%)

1. 制定適切題目(2%)。
2. 案例的選擇具特殊性與參考價值(5%)。
3. 結構通順、簡明、有條理，文字通順、扼要清楚達意(3%)。

### 二、摘要 (5%)

1. 簡要描述病情呈現、醫療處置或具體照護建議及預後結果，且能涵蓋全文內容(4%)。
2. 提供適當之關鍵詞(1%)。

### 三、前言 (5%)

清楚說明此案例之背景(包括疾病臨床表徵、診斷與處置之學理)，以及動機及對臨床的重要性。

### 四、案例介紹 (35%)

1. 詳細描述現在病史及過去病史(5%)。
2. 清楚說明臨床表徵、身體檢查，與重要檢驗/檢查/影像之發現(5%)。
3. 能以專科護理師角度進行問題剖析 (5%)。
4. 能依據檢查及身體評估之發現進行區辨診斷(5%)。
5. 清楚說明鑑別診斷，並依此給予進一步的理學檢查或測試或檢驗/檢查/影像，及最後的確診(5%)。
6. 清楚說明確診後的醫療照護計劃與措施(5%)。
7. 清楚說明整體照護之具體成效和預後(5%)。

### 五、討論 (40%)

1. 詳細描述該疾病流行病學、一般診斷與治療的相關臨床資料(5%)。
2. 清楚討論該個案非典型的表現狀況或處置方式，並與相關文獻出處或學理做比較(10%)。
3. 能反應/對照/解釋病人問題、臨床發現及醫護措施(5%)。
4. 能呈現案例特殊性、創新性或具臨床教學的重要性(5%)。
5. 能對日後臨床照顧該類病人提出具體建議(5%)。
6. 具系統、組織條理(5%)。
7. 總(結)論敘述簡明扼要(5%)。

### 六、參考文獻 (5%)

1. 撰寫方法正確且依據 APA 最新版格式(2%)。
2. 內容中含五年內之中、英文獻，與內文引用文獻一致(3%)。



**林口本部護理研究所碩士在職專班**  
**109學年度 專科護理師臨床實習(I) 評值表**

學號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_ 實習指導教師：\_\_\_\_\_

評分項目	所佔分數	評分子項與所佔分數	學生自我評值	實習教學教師	備註
臨床表現	35	展現正確的病史收集與身體評估能力(8%)			含 patient rounds 及臨床推理和決策口頭報告討論
		能運用臨床推理進行鑑別診斷(8%)			
		臨床檢驗、檢查之判讀與分析，與相關會診結果確立個案健康問題(5%)			
		提出臨床問題、搜尋及評讀實證文獻(3%)			
		提出具實證健康照護基礎之照護計畫(5%)			
		嘗試以專科護理師之角色功能提供個案為中心之跨團隊合作照護(3%)			
		能反思於照護過程中所面臨之臨床倫理與法律議題，瞭解專科護理師之執業範圍與限制(3%)			
專業精神	5	遵守專業倫理 (2%)			
		討論之準備、敬業、克盡職守 (3%)			
作業	20	(1) 未具執照 NP：基礎核心實習案例報告 10 份(20%) (2) 具執照 NP：案例分析/個案報告(15%) & 臨床推理與決策報告(5%)			
總分	60				

評語：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

流程：學生填寫自我評值→實習教學教師→護理研究所辦公室(留存)

**林口本部護理研究所碩士在職專班**  
**109學年度 專科護理師臨床實習(I) 評值表**

學號：\_\_\_\_\_ 學生姓名：\_\_\_\_\_ 護理臨床教師 (Preceptor)：\_\_\_\_\_

評分項目	所佔分數	評分子項與所佔分數	學生自我評值	護理臨床教師	備註
臨床表現	35	展現正確的病史收集與身體評估能力(10%)			含 patient rounds 及臨床推理和決策口頭報告討論
		能運用臨床推理進行鑑別診斷(10%)			
		臨床檢驗、檢查之判讀與分析，與相關會診結果確立個案健康問題(5%)			
		提出臨床問題、搜尋及評讀實證文獻(3%)			
		提出具實證健康照護基礎之照護計畫(3%)			
		嘗試以專科護理師之角色功能提供個案為中心之跨團隊合作照護(2%)			
		能反思於照護過程中所面臨之臨床倫理與法律議題，瞭解專科護理師之執業範圍與限制(2%)			
專業精神	5	遵守專業倫理 (2%)			含實習心得分享
		討論之準備、敬業、克盡職守 (3%)			
總分	40				

評語：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

流程：學生填寫自我評值→護理臨床教師評分→護理研究所辦公室(留存)

## 操作型技能直接觀察評量(DOPS)

附件十一

姓名：\_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_

臨床教師：\_\_\_\_\_ 臨床教師職稱：主治醫師 專科護理師 其他

操作技能的名稱：\_\_\_\_\_

請依照下列項目評估學員表現	未達標準 (1-5分)	達到標準 (6分)	超過標準 (7-10分)	N/A*
1.技術執行前病人及用物準備				
2.確認病人(二種以上方法)				
3.執行前、後適當解說及應對溝通能力				
4.洗手時機及方法正確				
5.正確執行技能的能力(含無菌技術)				
6.觀察病人的反應及處置後結果				
7.恢復病人及用物處置				
8.正確執行紀錄書寫				
9.遵守專業倫理(隱私、不傷害、自主等)				
10.整體表現				

1.請依標準於空格內給予適當分數；2. N/A：沒有觀察此項目，無法評估。

### 評語

表現良好的項目	建議加強的項目

教師對此次評估滿意度(請以0~10給分)：\_\_\_\_\_

學員對此次評估滿意度(請以0~10給分)：\_\_\_\_\_

執行/觀察時間：\_\_\_\_\_ (分鐘)

討論/回饋時間：\_\_\_\_\_ (分鐘)

臨床指導員簽章：\_\_\_\_\_

學員簽章：\_\_\_\_\_