

長庚科技大學 第 113 學年度第 2 學期授課科目使用書籍使用表

科目：專科護理學實習(III)	學分：4
班級：護理系碩士在職專班 2 年級	時數：252

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研究文獻資料。
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。
  - (3). 陳金鳳, 卓惠伶, & 陳煒. (2020). 現行台灣專科護理師學會病例報告之書寫規範及歷程. *台灣專科護理師學刊*, 7(1), 18-24.
3. Bickley, L. S., Szilagyi, P. G., Hoffman, R. M., Soriano, R. P., & Bates, B. (2021). *Bates' Guide to Physical Examination and history taking*. Wolters Kluwer.
4. Stern S. D. C. Cifu A. S. & Altkorn D. (2020). *Symptom to diagnosis: an evidence-based guide* (4th ed.). McGraw-Hill Medical. Retrieved June 6 2023 from <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2715>.

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及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：于素英、趙莉芬

113 年 11 月 8 日

# 長庚科技大學護理研究所碩士班

## 實習教學計劃

**課程名稱：**專科護理學實習(III) Nurse Practitioner Practicum (III)

**授課學年：**113 學年度/第二學期

**課程負責老師：**于素英助理教授

**授課教師：**于素英教師、趙莉芬教師

**授課班級：**護理系碩士班 二年級

**實習時間：**113 年 1 月 22 日-113 年 6 月 15 日

**學分數：**四學分；臨床實習時數合計 252 小時，共 31.5 天

**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(實習醫院符合教學醫院評鑑合格且通過衛福部專科護理師訓練醫院認定作業標準)。

**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：

本課程旨在協助尚未取得專科護理師專業認證執照之學生，進行專科護理師之整合實習。實習中透過以準專科護理師角色，學生應用所學整合進階健康評估專業知識、進階藥物治療學、進階病理生理學、實證為基礎的照護知識為架構，根據現行最佳照護標準，配合照護對象不同文化、生活模式特性，提供能以病患為中心的健康促進、疾病照護與預防。經此實習學生將能展現專師具備的專業整合照護能力、批判性思維、鑑別診斷與實務照護技能，體認專科護理師角色功能與重要性，以培養學生具備專科護理師所需之知識、態度與技能。

### 二、教學目標：

完成本實習後，學生將能：

1. 運用基礎醫學及護理專業知識技能，展現臨床推理能力於病人健康問題評估、鑑別診斷個案健康問題。
2. 應用相關臨床檢驗、檢查之判讀與分析，與相關會診結果，進行分析並提供相關照護計畫。
3. 執行以病人為中心，統整其實證照護之現行最佳照護標準、符合病人需求、文化背景下，具個別性且具成效性之照護計畫。
4. 評值所提供照護計畫成效，並適時做修正。
5. 展現專科護理師在醫療跨團隊中之角色與功能。
6. 分析及參與照護倫理相關議題之處理。
7. 統整現行相關研究結果於照護計畫內，以促進最佳的照護。

### 三、實習場所/實習方式：

1. 實習場所一律由學校護理研究所安排於須符合衛生福利部認證之專科護理師訓練醫院機構進行相關實習事宜。
2. 學生依實習目標與老師擬訂每週「實習學習計畫」進度表(附件二)，臨床實習時數計 252 小時完成。
3. 實習過程教學教師(Advisor)配合學生學習狀況及進度，至少安排 24 小時於臨床指導學生，並依學生學習進度，於實習結束前安排客觀結構式臨床測驗、情境模擬以檢測該階段實習成效。
4. 臨床教師(Preceptor)透過床邊教學、臨床訓練、案例討論、團體討論、客觀結構式臨床測驗、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。
5. 本實習依照學生未來就業取向之相關科別，或實習學習目標，實習過程中至少需在臨床教師監督或協助下獨力照護個案數二十位之住院病人、或至少兩種臨床問題或症狀、或兩種不同科別屬性、(可內科、外科或是同一內/外科不同次專科)。
6. 實習結束前，學生必須通過由教學老師與臨床教師設計之以情境案例評估(Simulation assessment test) 測試，才能取得學分。

### 四、實習作業：

實習作業書寫方式請參照實習作業格式說明(附件一)。

1. 教學老師(Advisor)實習指導記錄單一份(附件三)，學生應於實習過程每次與教學教師討論後填寫，並於期末繳交。
2. 臨床教師(Preceptor) 實習指導記錄單一份(附件四)，學生應於實習過程每次與臨床教師討論後填寫，並於期末繳交。
3. 實習反思心得二篇，於期末繳交(附件五)。
4. 實習病例報告(附件六): 入院紀錄、病程紀錄、出院記錄各 5 份，其中需包含一位個案完整的病例報告，並進行一份案例分析口頭報告(請參閱專師學會 NP2 照護計畫參考範本)。
5. 臨床教師(Preceptor)根據實習學生執行臨床技能，依據操作型技能直接觀察評量(DOPS)(附件八-1)，不同技巧項目，可以不同臨床教師審核，至少 5 份。
6. 臨床教師(Preceptor)根據實習學生執行臨床能力指引進行 MINI-CEX 評分表(附 八-2)至少 5 份。
7. 臨床訓練照護個案紀錄表 20 位(附件九)

8. 參與實習單位的臨床教學或活動紀錄單至少 3 份(可含教學活動)(附件十、十一)
9. 實習期間於臨床教師監督下所執行的技術請登錄於技術登錄表(附件十二)

**五、評值：**依實習評值表內容評值(附件十三、十四)

1. 臨床表現 50% (Advisor 15%、Clinical Preceptor 35%)、
2. 專業精神 10% (Advisor 5%、Clinical Preceptor 5%)、
3. 作業 40% (Advisor 40%)
  - (1) 實習反思：5%
  - (2) 實習病例報告：20%
  - (3) MINI-CEX、DOPS：10%
  - (4) 教學紀錄單:5%

**六、專科護理學實習(III)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：
  - (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教學教師。
  - (5) 評量學生實習表現。
  - (6) 協助批改研究生實習病例報告(包括 Admission Note、Progress Note & Discharge Summary)。
2. 教學老師(Advisor)職責：
  - (1) 協助學生擬訂實習學習計畫。
  - (2) 負責協調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班

## 專科護理學實習(III)-實習作業格式說明

請依下列規則於時間內繳交各項作業

### 1. 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。

### 2. 作業項目

1. 實習反思心得二篇，於期末繳交(附件五)。
2. 病例報告(附件六):入院紀錄、病程紀錄、出院紀錄各 5 份，其中需包含一份完整個案病例報告，並進行口頭報告。
3. 操作型技能直接觀察評量(DOPS)5 份(附件八-1)、MINI-CEX 評分表 5 份(附件八-2)
4. 臨床訓練照護個案紀錄表 20 位(附件九)
5. 參與臨床教學紀錄單 5 份(附件十)

### 3. 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班、專科護理師實習(III)、姓名、學號、教學教師、實習臨床教師。

3. 按照封面、實習反思心得、病例報告、DOPS、MINI-CEX、臨床訓練照護個案紀錄表、參與臨床教學紀錄單之順序裝訂。

附件一

## 林口本部護理研究所碩士班

### 專科護理學實習(III) 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

\_\_\_\_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：專科護理學實習(III)
- 四、教學教師：\_\_\_\_\_
- 五、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. 教學教師至臨床指導時間：\_\_\_\_\_
- 3. 研究生：\_\_\_\_\_ 教學老師：\_\_\_\_\_

附件三 林口本部護理研究所碩士班 教學教師指導記錄單

實習科目名稱：專科護理學實習(III) 學生姓名：\_\_\_\_\_

實習機構/單位：\_\_\_\_\_ 教學教師：\_\_\_\_\_

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教學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)

附件四 林口本部護理研究所碩士班 臨床教師指導記錄單

實習科目名稱：專科護理學實習(III) 學生姓名：\_\_\_\_\_

實習機構/單位：\_\_\_\_\_ 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：臨床教師填寫→學生→林口本部所辦公室(留存)

附件五

### 專科護理學實習(III)實習心得

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的影響？
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？

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.

**Conclusion:**

The reasoning process for **rule out & rule in.**

**Final Diagnosis and Management:**

Problem list including active problems and inactive problems.

**Care plan:**

The diagnostic plan, therapeutic plan, and patient education.

## 專科護理學實習(III)

### 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, Long-term Care need assessment, Health promotion care plan, interdisciplinary consulting plan)

## 專科護理學實習(III)

### 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.
5. Long term care resource.

**Attending physician:**

**Nurse Practitioner:**

## 附件八-1 操作型技能直接觀察評量(DOPS)

學生姓名：\_\_\_\_\_ 臨床教師：\_\_\_\_\_ 評估日期：\_\_\_\_\_

學生執行此技能的總次數：0次 1-3次 4-7次 8-10次 >10次

操作技能的名稱：\_\_\_\_\_

請依照下列項目評估學員表現	有待加強	合乎標準	優良	未評
1.操作前病人及用物準備	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
2.確認病人(二種以上方法)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
3.適當解說	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
4.洗手時機及方法正確	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
5.正確操作技能的能力	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
6.感染控制技術的操作	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
7.觀察病人的反應	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
8.技術處置後處理及衛教	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
General performance				
9.警覺性	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
10.專業素養	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
11.應對溝通能力	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
12.相關知識	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
13.執行技術後記錄該項技術及病人反應及衛教及應變過程或問題處置	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A
14.整體表現	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> N/A

\* 評估優良或有待加強時，請教師依評等項目逐項說明回饋

直接觀察時間：\_\_\_\_\_ (分鐘)      回饋時間：\_\_\_\_\_ (分鐘)

---



---



---



---



---



---



---



---

學生自評對此次技術操作的滿意度(1-100分)為：\_\_\_\_\_/100分

臨床教師對學生此次技術操作的滿意度(1-100分)為：\_\_\_\_\_/100分

臨床教師簽名：\_\_\_\_\_ 學生簽名：\_\_\_\_\_

附件八-2

## MINI CEX 評分表

學員姓名：	臨床教師：
病人資料： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 新病人 <input type="checkbox"/> 非新病人
病人問題/診斷：	
評估日期：	執行科別：

評估項目	未評估	未達預期標準			符合預期標準			高於預期標準		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>面談技巧：</b> 準確收集病人的病史；有效地使用問題或引導以獲得所需的正確資訊；適當地回應非語言的溝通；展現尊重/愛心/同理心，並建立信任；關心病人對舒適/尊嚴/守密/醫療資訊的需求。										
<b>身體檢查：</b> 告知檢查事項；有順序、邏輯的次序檢查；依病情均衡地操作篩選或診斷之步驟；細心體察病人的害羞與不適；保護病人隱私；減少病人不適。										
<b>專業素養：</b> 表現尊重、憐憫、感同身受；建立信賴感；關心病人對舒適的需求；保守病人秘密；謹守倫理的態度；理解法律的架構；理解自身能力的極限。										
<b>臨床判斷：</b> 選擇與執行適切的診斷性檢查；考量治療方法的風險與利益。										
<b>諮商衛教技巧：</b> 解釋檢查/治療的理由；取得病人的同意；針對疾病的處理提供教育與諮商；依照疾病輕重緩急的、及時的且扼要的進行討論。										
<b>組織能力與效率：</b> 設定輕重緩急；及時且簡潔地處理病患事務；具整合能力；了解醫療健康體系的制度；有效地在系統中利用其他資源以提供最佳醫療服務。										
<b>整體臨床技能：</b> 於對病人照護的效率上表現出判斷力、整合力、有效性；判斷力、整合力、愛心、有效率等整體評量。										

表現良好項目：	建議加強項目：
---------	---------

觀察時間：\_\_\_\_\_分鐘      回饋時間：\_\_\_\_\_分鐘  
 臨床教師對此次評估滿意度(請以 0~100 給分)：\_\_\_\_\_分  
 學生對此次評估滿意度(請以 0~100 給分)：\_\_\_\_\_分

臨床教師簽名：\_\_\_\_\_      學生簽名：\_\_\_\_\_

### 附錄--Mini-CEX 評估指引

<p><b>醫療面談</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 稱呼病人</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 自我介紹</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 對病人說明面談之目的</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 能鼓勵病人說病史</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 適切發問及引導以獲得正確且足夠的訊息</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 對病人情緒及肢體語言能有適當的回應</li> </ul>
<p><b>身體檢查</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 告知病人檢查目的及範圍</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 注意檢查場所隱密性</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 必要時，請護理人員在旁</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 依病情需要及合理之次序</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 正確操作及實施必要之步驟</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 適當且審慎處理病人不適感</li> </ul>
<p><b>臨床判斷</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 能綜合面談與身體檢查資料</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 能判讀相關的檢查結果</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 鑑別診斷之能力</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 臨床判斷之合理性與邏輯性</li> </ul>
<p><b>諮商衛教</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 同意書之取得</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 解釋檢查或處置的理由</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 解釋檢查結果及臨床相關性</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 有關處置之教育與諮商</li> </ul>

**專業素養**

- 表現尊重
- 同理心(感同身受)
- 建立良好關係與信賴感
- 能注意並處理病人是否舒適，注意守密及
- 對病患詢求相關訊息的需求能適當滿足

**組織能力及效率**

- 按優先順序處置
- 及時且適時
- 歷練而簡潔

**整體臨床技能**

- 對病人的態度(愛心、同理心)
- 整合資料與判斷的能力
- 整體有效性

附件九

臨床照護個案紀錄表

1	科別/病歷號碼/姓名： 主要診斷：	照護期間： 臨床問題及處理：

請自行增列



教學活動方案設計

教學主題			
教學者		地點	
日期		時間	
對象		人數	
教學方法	<input type="checkbox"/> 講述法 <input type="checkbox"/> 閱讀法 <input type="checkbox"/> 線上教學 <input type="checkbox"/> 討論法 <input type="checkbox"/> 觀察法 <input type="checkbox"/> 示範教學 <input type="checkbox"/> 練習法 <input type="checkbox"/> 視聽教學法 <input type="checkbox"/> 合作學習法 <input type="checkbox"/> 角色扮演法 <input type="checkbox"/> 模擬與遊戲 <input type="checkbox"/> 問題解決法 <input type="checkbox"/> 其他		
教學教具及資源	<input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 單槍投影機 <input type="checkbox"/> 標準病人 <input type="checkbox"/> 模具 <input type="checkbox"/> 高擬真模擬病人 <input type="checkbox"/> 資料庫(網站) <input type="checkbox"/> 軟體: <input type="checkbox"/> 講師: <input type="checkbox"/> 其他:		
參考資料			
教學目標	例如: 認知方面: 情意方面: 技能方面:		
課程摘要			
課程評值與成效探討	一、評值方法 <input type="checkbox"/> 隨堂測驗(平均   分)、 <input type="checkbox"/> 隨堂問答(了解與否- <input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否)、 <input type="checkbox"/> 試題測驗(平均   分)、 <input type="checkbox"/> 示範回饋(執行完整- <input type="checkbox"/> 是、 <input type="checkbox"/> 否)、 <input type="checkbox"/> 滿意度學員評核 <input type="checkbox"/> 其他(請說明) 二、評值內容及成效探討:		

備註說明:

本項目須檢附 A.教育課程表設計表單、講義 PPT、B.課程表、C.課程評值或滿意度、D.成效探討、E.簽到記錄一同呈現

附件十二、臨床技術訓練登錄單

※【學習項目】請自行依各專科需求增列。

學習項目	學習日期	協助下完成	獨力完成	臨床教師
				姓名簽章(職章)
傷口拆線				
傷口縫合				
更換慢性病患氣切套管 (依專科性)				

附件 十三

林口本部護理研究所碩士班

\_\_\_\_學年度 專科護理學實習(III) 評值表

學號：\_\_\_\_\_ 研究生姓名：\_\_\_\_\_ 臨床教師 (Preceptor)：\_\_\_\_

評分項目	所佔分數	評分子項與所佔分數	自我評值	臨床教師
臨床表現	80	展現推理能力於病人健康問題評估、鑑別診斷(20%)		
		臨床檢驗、檢查之判讀與分析，與相關會診結果並提供相關照護計畫(10%)		
		能正確執行符合專科護理師法之醫療處置(10%)		
		以病人為中心擬定具實證照護之現行最佳照護標準符合病人需求、文化背景下，具個別性且具成效性照護計畫(15%)		
		展現專科護理師在醫療跨團隊中之角色與功能(15%)		
		統整相關研究結果於促進最佳照護(5%)		
		客觀結構式臨床測驗、情境模擬(5%)		
專業精神	20	遵守專業倫理、克盡職守(10%)		
		分析及參與照護倫理相關議題之處理(10%)		
總分	100			

評語：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

流程：研究生填寫自我評值→臨床教師評分→護理研究所辦公室(留存)

林口本部護理研究所碩士班

\_\_\_\_\_學年度 專科護理學實習(III) 評值表

學號：\_\_\_\_\_ 研究生姓名：\_\_\_\_\_ 教學教師(advisor)：\_\_\_\_\_

評分項目	所佔分數	評分子項與所佔分數	自我評值	教學教師
臨床表現	50	展現推理能力於病人健康問題評估、鑑別診斷(15%)		
		臨床檢驗、檢查之判讀與分析，與相關會診結果並提供相關照護計畫(5%)		
		以病人為中心擬定具實證照護之現行最佳照護標準符合病人需求、文化背景下，具個別性且具成效性照護計畫(15%)		
		展現專科護理師在醫療跨團隊中之角色與功能(5%)		
		統整相關研究結果於促進最佳照護(5%)		
		客觀結構式臨床測驗、情境模擬(5%)		
專業精神	10	遵守專業倫理、克盡職守(5%)		
		分析及參與照護倫理相關議題之處理(5%)		
作業	40	實習反思(5%)		
		病例報告(20%)		
		MINI-CEX、DOPS(10%)		
		教學紀錄單(5%)		
總分	100			

評語：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

流程：研究生填寫自我評值→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班

\_\_\_\_學年度 專科護理學實習(III) 評值彙總表

學號：\_\_\_\_\_ 研究生姓名：\_\_\_\_\_ 教學教師：\_\_\_\_\_

項目	分數
<b>教學老師分數 (60%)</b>	
原始分數 (100%)	
臨床表現 50%	
專業精神 10%	
作業 40%	
<b>臨床教師分數 (40%)</b>	
原始分數 (100%)	
臨床表現 80%	
專業精神 20%	
<b>實習總成績 (100%)</b>	

教學教師簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_年\_\_月\_\_日