

長庚科技大學 第112 學年度第一學期授課科目使用書籍使用表

科目：專科護理學實習(II)	學分：3
班級：護理系碩士班2年級	時數：144

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

2. 病歷書寫參考書籍：

- 何弘能等(2019).臺大醫院專科護理師教戰手冊~預立特定醫療流程暨業務範疇·台北:金名圖書。
- Kasper,D.L.,Fauci,A.S.,Hauser,S.L.,Longo,D.L.,Jameson,J.L.,Loscalzo,J.(2020).Harrison's manual of medicine 19th edition.最新哈里遜內科學手冊(李心辰等譯 初版)·台北：合記。
- Klingensmith, M. E., Aziz, A., Bharat, A., Fox, A. C. & Porembka, M. (2015)·華盛頓外科學手冊(李丞騏譯；6版)·合記。(原著出版於2013)
- 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：合記。(原著出版於2004)。
- 楊義明(2017)·臨床推理-現代觀與教學運用·台灣愛思唯爾。
- 張凱鈞(2021)急診室住院醫師手冊(第六版)·合記。
- 廖彥珽(2021).圖解急診護理快速學習(Emergency Nursing at a Glance) .合記。
- 王采芷、高上淨譯(2021).健康評估與鑑別診斷(6版)翻譯 Advanced Health Assessment & Clinical Diagnosis in Primary Care 6E 台灣：台灣愛思唯爾
- 陳志中、張朝煜(2021).高級心臟救命術：ACLS 重點指引&精要解說(4版) .華杏
- 蔡秀鸞總校閱(2018)·最新實用內外科護理學(六版)·永大
- 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：合記。
- Scott, D.C., Adam, S., & Diane A.,(2019). Symptom to Diagnosis An Evidence Based Guide. (4 th ed). McGraw-Hill Education.
- Bickley, L. S., & Szilagy, P. G. (2017)·最新貝氏身體檢查指引(劉禹葶譯；4版)·合記。(原著出版於2007 第11版)
- Bickley, S. L. (2017). Bates' guideline to physical examination and history taking (12th ed). Wolters Kluwer.

-
- Cash, J.L., Glass, C.A., & Mullen, J.(2020). Family Practice Guidelines- Complete Family Practice Primary Care Resource Book (5th ed). Springer.
- Collins-Bride, G., Saxe, J. (2019). Clinical Guidelines for advanced practice nursing: An interdisciplinary approach. Jones & Bartlett Learning.
- Crees Z., Fritz C., Huedebrt A., Noe J., Rengarajan A., & Wang X. (2020). The Washington manual of medical therapeutics (36th ed). Lippincott Williams & Wilkins.
- Dains, J., Baumann, L. & Scheibel, P. (2019). Advanced health assessment & clinical diagnosis in primary care (6th ed). Elsevier.
- Dunphy, L.M., Winland-Brown, J.E., Porter, B.O., & Thomas, D.J. (2019). Primary Care: Art and Science of Advanced Practice Nursing - An Interprofessional Approach (5th ed). F. A. Davis.
- Fenstermacher, K, & Hudson, B.T. (2020). Practice Guidelines for Family Nurse Practitioners (5th ed). Elsevier.
- Klingensmith, M. E., Venmuri, C., Fayanju, O. M., Roberson, J. O., Samson P. P., & Sanford, D. E. (2019). The Washington manual of surgery (7th ed). McGraw-Hill.
-
-

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：范君瑜、張曉雲、吳美玲、陳海焦、
劉英妹、蔡青青、陳柏安、于素英、王瑋

112年 6 月 21 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(II) (Nurse Practitioner Practicum II)

授課學年：112學年度/第1學期

課程負責老師：王 琇副教授

授課教師：范君瑜、張曉雲、吳美玲、陳海焦、劉英妹、蔡青青、于素英、王 琇

授課班級：護理研究所碩士班2年級。

實習時間：112年9月18日-113年1月12日，**每天實習最多8小時**；若當日有上班，下班後若安排實習，最多只能4小時，**實習+上班總共不可超過12小時**。

學分數：3學分，共144小時；臨床實習時數含臨床推理與決策口頭報告實習地點：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(實習單位(醫院)必須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；請事假每小時扣總成績0.5分。

一、課程簡介：

本課程是專科護理師臨床實習的第二部分，旨在培育學生以專科護理師之角色，統合階病理生理學、進階健康評估、進階藥理與治療學、專科護理學(II)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10位內科(急/重症)住院之複雜病情病人，以培養學生具備成人專科護理師所需專業核心知識與技能；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於複雜病情之個案。
2. 應用批判思考能力與臨床推理進行鑑別診斷於複雜病情之個案。
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病情複雜個案之健康問題。
4. 提出具實證健康照護基礎之照護計畫。
5. 應用與評估實證照護成效。
6. 展現專科護理師之角色功能並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. 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。
2. 護研所依據研究生自我臨床經驗、論文研究方向及未來自我專業發展，經指導教授同意，協助安排及規劃實習單位；專科護理師則以內科(急/重症)單位為優先。
3. 研究生依實習目標與教學教師(Advisor)老師擬訂「實習學習計畫」(附件1)，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。

四、實習作業：

實習作業書寫方式請參照實習作業格式說明。所有學生都需完成1-9項表單，並於實習結束前繳交給學校實習教學老師。

1. 修訂完成實際執行的實習計畫書(標註實際實習日期及時數，完成自我評值)(附件1)
2. 教學老師(Advisor)實習指導記錄單1份(附件2)；臨床教師(Preceptor) 實習指導記錄單1份(附件3)，實習結束前1周繳交。
3. 實習時數紀錄表1份和個案照護經驗表1份(附件4)
4. 實習反思心得2份(書面)，並於實習結束，以口頭報告方式進行分享(附件5)。
5. 案例實證報告1份(口頭)，以PPT 和口頭報告方式呈現並分享(附件6)。
6. 專業核心實習案例: 個案入院病歷(1份)、Progress Note(3份)、出院病歷(1份)(附件7，書面)。
7. 案例分析報告1份(書面)，包含病史收集、家庭評估、身體評估及臨床鑑別診斷、處置與治療、臨床實證照護指引，以及出院後家庭照護等(附件8)。
8. 專科護理師實習(II)評值表(教學老師、preceptor、彙總表)(附件9,10,11)
9. 操作型技能直接觀察評量(DOPS)、迷你臨床演練評量(mini-CEX)(書面，附件12)

五、評值：依實習評值表內容評值(附件9,10,11)

1. 教學教師70% (臨床表現50%、專業精神15%、作業35%)(附件10)
2. 臨床教師30% (臨床表現80%、專業精神20%)(附件11)

六、專科護理師實習指導教師職責

1. 臨床教師(Clinical Preceptor) 臨床指導專科護理師需符合衛福部教學師資之規定：至少為NP2以上且具碩士學位，並有臨床醫師共同指導
2. 職責：以一對一輔導教學，透過床邊教學、patient rounds、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，提供研究生臨床照護諮詢及協助，完成下列工作：
 - (1) 根據研究生學習計畫，協助獲得相關學習經驗或活動，
 - (2) 執行操作型技能請協助完成直接觀察評量(DOPS)至少 1 次(附件 12)。
 - (2) 臨床示教，指導研究生執行個案照護相關之活動或諮詢。
 - (3) 協助研究生確認實習目標之達成。

- (4) 協助研究生特殊狀況之處理並通知教學教師。
- (5) 評量研究生實習表現。
- (6) 批改學生作業: 個案入院病歷(1份)、Progress Note(3份)、出院病歷(1份)

2. 教學教師(Advisor)職責: 配合研究生學習狀況、論文主題及進度作指導, 須赴臨床至少18小時參與NP學生實習。

- (1) 協助研究生擬訂實習學習計畫。
- (2) 負責協調臨床教師與研究生間之溝通, 以協助完成學習計畫。
- (3) 臨床示教, 實際參與臨床照護之指導。
- (4) 臨床考 NP 學生 DOPS 急 MINI CEX(附件 12)至少各 1 次
- (5) 指導並參加臨床推理與決策口頭報告以及OSCE考試至少1次, 至少4小時。
- (6) 批改研究生實習作業。
- (7) 與臨床教師共同討論, 完成研究生實習成效之評值。

長庚科技大學護理研究所碩士班

專科護理學實習(II) 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，專科護理師臨床實習(II)、姓名、學號、實習指導老師、實習臨床教師。
3. 按照封面、修正實習計畫、實習時數表、個案照護表、實習反思日誌、出(入)院病歷及progression notes、案例報告、DOPS & MINICEX之順序裝訂。

附錄 相關資料與表格

一、常見技術 (參考法規資料)

1. 傷口處置

- (1) 鼻部、口腔傷口填塞止血
- (2) 表淺傷口清創
- (3) 未及肌肉及肌腱之表層傷口縫合
- (4) 拆線

2. 管路處置

- (1) 初次胃管置入
- (2) Nelaton 導管更換、灌洗或拔除
- (3) 非初次胃造瘻管(Gastrostomy)/腸造瘻管(Enterostomy)更換
- (4) 非初次恥骨上膀胱造瘻管(Suprapubic Cystostomy)更換
- (5) 胃造瘻管(Gastrostomy)/腸造瘻管(Enterostomy)拔除
- (6) 動靜脈雙腔導管拔除
- (7) Penrose 導管/真空引流管(Hemovac)/真空球形引流管(Vacuum Ball)拔除
- (8) 胸管(Chest Tube)/肋膜腔、腹腔引流管拔除
- (9) 周邊靜脈置入中央導管(PICC、PCVC)拔除
- (10) 經皮腎造瘻術(Percutaneous Nephrostomy)引流管拔除
- (11) 膀胱固定引流管(Cystofix)拔除
- (12) 周邊動脈導管(Arterial Line)置入及拔除

3. 檢查處置

- (1) 陰道擴張器(鴨嘴器)置入採集檢體

4. 非侵入性處置

- (1) 石膏固定
- (2) 石膏拆除

長庚科技大學護理研究所碩士班

_____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(II)

四、教學老師：_____

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. 實習計畫書需取得臨床實習老師及學校實習教學老師同意後方可開實習；
2. 研究生應標註實際實習時間於計畫書(變更或調整，需取得 preceptor 和實習教學老同意)
3. 教學老師至臨床指導時間：_____

研究生：_____

實習教學老師：_____

長庚科技大學護理研究所碩士班
教學老師(Advisor)指導記錄單

實習科目名稱：**專科護理學實習(II)** 研究生姓名：_____ 實習機構/單位：_____ 教學老師：_____

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教學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**研究生**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：研究生填寫→教學老師簽名→林口本部所辦公室(留存)

長庚科技大學護理研究所碩士班
臨床教師(Preceptor)指導記錄單

實習科目名稱：**專科護理學實習(II)** 學生姓名：_____ 實習機構/單位：_____ 實習臨床教師：_____

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研究生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→研究生→林口本部所辦公室(留存)

實習時數紀錄表

期間：____年__月__日至__年__月__日、單位：____學號：____姓名：____

日期	起訖時間		照護重點	時數	臨床教師簽章

總計時數：_____小時

個案照護紀錄表

學生姓名：_____學號：_____實習單位：_____臨床教師：_____教學老師：_____

照護名單(請注意個案個資隱私)				
序號	姓名	診斷	照護處置學習重點	臨床教師 (專師或醫師)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

實習反思心得指引

學生姓名：_____ 實習單位：_____ 日期：_____

項 目	描 述
What ? (請在這部份寫下：看見什麼？聽到什麼？接觸到什麼？)	
So What ? (請於這部份寫下：我的所見、所聞給我什麼思考？這個議題對我有什麼意義？此倫理或人文議題引發我何種思考?)	
Now What ? (請於這部份記錄中寫下：這些經驗讓我有什麼改變？我能做什麼？對我在未來照護個案及看待社會現象上有什麼影響？)	
相關議題之省思	
指導教師回應	

指導教師簽名：_____

實證應用口頭報告

學生姓名: _____ 學號: _____ 日期: _____

實證應用(含實證醫學5 A步驟)，以PPT呈現

(一)根據上述案例，提出一個可回答的臨床問題(Ask: PICO) (10%)。

(二)搜尋證據(Acquire) (20%)：

1. 能清楚呈現文獻選取的條件(3%)。
2. 能清楚呈現文獻搜尋之策略與結果(3%)。
3. 能清楚呈現文獻篩選流程(4%)。

(三)嚴格評讀(Appraisal) (25%)：

1. 使用適當的文獻評讀工具(4%)。
2. 能清楚正確的呈現文獻評讀結果摘要(7%)。
3. 能清楚正確的呈現納入參考之文獻及其證據評等(3%)。
4. 能清楚正確的綜合證據(4%)。

(四)臨床運用(Apply) (30%)：

1. 能將實證結果應用在案例(可以是實習案例報告的案例)並詳細說明執行流程(20%)。
2. 考量病人觀點且有效說明(10%)。

(五)成效評值(Audit) (10%)：

1. 針對既定目標與措施之有效性評值工具、方式與過程(3%)。
2. 對個案的問題照護之具體成效作評值結果(3%)。
3. 有具體的後續照顧計畫(2%)。

七、總結 (10%)

1. 照護結果與過去文獻做比較(4%)。
2. 提出具體限制與困難(3%)。
3. 對日後照顧此類病人提出具體建議(3%)。

八、參考文獻 (5%)

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

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, SpO₂: % 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.

Student Nurse Practitioner:

Preceptors:

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)

Student Nurse Practitioner:

Preceptors:

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 compliant:

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, SpO₂: %

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.

Student Nurse Practitioner:**Preceptors:**

實證案例報告規範

一、通則 (10%)

1. 案例的選擇具特殊性及參考價值(5%)。
2. 結構通順、簡明、有條理，文字通順、達意扼要(5%)。

二、摘要 (5%)

1. 簡潔、扼要、能涵蓋全文內容(3%)。
2. 提供適當之關鍵詞(2%)。

三、前言 (5)

1. 清楚說明此案例之背景，以及動機及對臨床的重要性(5%)。
2. 清楚說明撰寫本文之動機及對專師專業的重要性(3%)。

四、案例簡介與評估 (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. 清楚說明鑑別診斷過程，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. 清楚說明確診後依據實證提供的照護計劃與措施(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/解釋個案問題、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個案提出具體建議(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%)

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

長庚科技大學護理研究所碩士班

____ 學年度 專科護理學實習(II) 評值表

學號：_____ 研究生姓名：_____ 教學教師：_____

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	備註
臨床表現	50	展現正確的病史收集與身體評估能力(10%)			含 patient rounds、臨床推理(MINICEX DOPS)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(10%)			
		提出臨床問題、搜尋及評讀實證文獻(10%)			
		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(5%)			
專業精神	15	遵守專業倫理、克盡職守(5%)			含心得分享
		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(10%)			
作業	35	實習病例報告(5%)			
		臨床推理與決策報告(5%)			
		實證案例/照護指引應用研究報告/研究計畫(25%)			
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)

長庚科技大學護理研究所碩士班

____學年度 專科護理學實習(II) 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	備註
臨床表現	80	展現正確的病史收集與身體評估能力(15%)			含 patient rounds、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(15%)			
		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(15%)			
		提出臨床問題、搜尋及評讀實證文獻(15%)			
		提出具實證健康照護基礎之照護計畫(10%)			
		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(10%)			
專業精神	20	遵守專業倫理、克盡職守(10%)			含實習心得分享
		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(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)

長庚科技大學護理研究所碩士班

____學年度 專科護理學實習(II) 評值彙總表

學號：_____ 研究生姓名：_____ 教學教師：_____

項目	分數
教學老師分數 (70%)	
原始分數 (100%)	
臨床表現 50%	
專業精神 15%	
作業 35%	
臨床教師分數 (30%)	
原始分數 (100%)	
臨床表現 80%	
專業精神 20%	
實習總成績 (100%)	

教學教師簽名：_____

日期：

_____學年度 長庚科技大學

操作型技能直接觀察評量(DOPS)

學生姓名：_____ 評估日期：_____

教師：_____ 操作技能的名稱：_____

病人資料： 男 女 年齡：_____ 新病人 複診 病歷號：_____

主要診斷：_____ 地點： 門診 一般病房 急診 其他 _____

評估項目	NA	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
相關知識：										
知情同意：										
準備措施：										
麻醉鎮靜：										
技術能力：										
無菌技巧：										
適時尋求協助：										
術後處置： 安全地置放醫療器材；記錄程序，樣本的標記和術後衛教；安排適當的後續醫療照護/監控。										
溝通技巧： 探究病患的觀點；不使用專業術語；開放和誠實；同理心；與病患共同決定病患的醫療處置計畫。										
專業素養： 展現尊重、同情、同理，建立信任感；致力於病患的舒適感需求；尊重個人資料保密性；行為合乎倫理標準；體察法律體制；體察個人能力的極限。										
整體能力：										

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

1. 研究生對此次評估滿意度(請以0~10給分): _____

2. 教師對此次評估滿意度(請以0~10給分): _____

3. 評量結果:

A: 經授權後可獨立執行該項臨床技術及處理併發症，不須在場監督。

B: 經授權後可不須在場監督執行該項臨床技術及處理併發症，但可能需要協助處理併發症。

C: 需在資深人員在場監督下執行。『※此研究生未來需要再次認證』

D: 無法完成。『※此研究生短期即需再次認證』

執行/觀察時間: _____ (分鐘)

討論/回饋時間: _____ (分鐘)

教師簽章: _____ 研究生簽章: _____

長庚科技大學 護理研究所實習 Mini-CEX 評估表

教師姓名：_____ 學員姓名：_____ 日期：____/____/____
 主要診斷：_____ 病情複雜度：易 適中 難
 評量地點：門診 住院 急診 其他_____
 病人資料：年齡_____ 性別_____ 病歷號碼_____ 新病人 追蹤病人
 演練評估重點：資料收集 臨床診斷 疾病治療 諮商衛教

1. 晤談技巧

稱呼病人 自我介紹 對病人說明面談之目的 能鼓勵病人說病史 適切發問引導以獲得正確且足夠的資訊 病人情緒及肢體語言能有適當的回應 適當地注視病人

N/A 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. 身體檢查

檢查前後洗手及注意感控規定 告知病人檢查目的及範圍 注意場所隱密性與病人的不適感及羞怯感 依病情需要以合理次序執行檢查評估 正確操作及實施必要步驟 能注意病人的安全

N/A 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. 專業素養

表現尊重 了解病人的心路歷程並表達同理心(感同身受) 建立良好醫病關係與信賴感 能注意並處理病人是否舒適 注意守密 對病患尋求相關訊息的需求能適當滿足

N/A 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4. 臨床判斷

能綜合面談與身體檢查資料 能判斷相關的檢查結果 鑑別診斷之能力 臨床判斷之合理性 臨床判斷之邏輯性 臨床檢查之益處與風險

N/A 1 2 3 4 5 6 7 8 9

5. 諮商衛教

同意書之取得 解釋檢查或處置的理由 解釋檢查結果及臨床相關性 有關治療處置之衛教 能詢問病患無問題 適當回應病患問題 使用病人能了解的語言

N/A 1 2 3 4 5 6 7 8 9

6. 組織效能

按優先順序處置 及時 給予有效治療 有效率 不浪費資源 歷練而簡潔

N/A 1 2 3 4 5 6 7 8 9

7. 整體評量

對病人的態度(愛心、同理心、利他) 知識淵博 整合資料與判斷的能力 整體有效性 臨床技術熟練 負責任

N/A 1 2 3 4 5 6 7 8 9

A. 評分標準建議：

不理想(≤2項)：1-3分

尚可(3-4項)：4-6分

優秀(5項)：7-9分

N/A：無法評核(無觀察)

4分：做到≥3項，獲得足夠的病史資料

7分：做到≥5項，獲得需要的病史資料包括精神社會層面

1分：皆無做到

5分：做到≥3項，獲得需要的病史資料包括精神社會層面

8分：皆有做到，表現流暢

2分：做到≤2項，無法傾聽，無法獲得足夠的病史資料

6分：做到≤4項，獲得需要的病史資料包括精神社會層面

9分：皆有做到，表現流暢並且能回應病人非語言的表達

3分：做到≤2項，獲得粗略的病史資料

B. 教師回饋意見

學生簽名：_____

教師簽名：_____

註：各所述為各項目評分之參考要點，評分請直接於1至9分之數字上圈記

2022/12/13 VI