

江苏省卫生和计划生育委员会 文件

江苏省中医药局

苏卫科教〔2015〕13号

关于印发《江苏省住院医师规范化培训 学员培训时间认定方案（试行）》的通知

各市卫生计生委（卫生局），有关培训基地：

现将《江苏省住院医师规范化培训学员培训时间认定方案（试行）》印发给你们，请遵照执行。

执行中如有问题和建议，请与省卫生计生委科技教育处和中医科教处联系。

联系电话：025-83620705、83620506。

江苏省卫生和计划生育委员会



江苏省中医药局

2015年9月9日



江苏省住院医师规范化培训学员 培训时间认定方案（试行）

为便于各培训基地合理安排住院医师规范化培训学员培训时间，根据《国家卫生计生委等7部门关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》（国卫科教发〔2013〕56号）和《省发展改革委等5部门关于印发〈江苏省住院医师规范化培训实施办法（试行）〉的通知》（苏卫科教〔2010〕17号）有关要求，特制定本认定方案。

一、培训时间

我省住院医师规范化培训（原省一阶段，下同）培训时间为3年。

二、认定对象

高等院校医学类专业（指临床医学类、口腔医学类、中医学类和中西医结合类）本科及以上学历毕业、拟参加我省住院医师规范化培训的培训学员。

三、认定原则

- （一）从严从紧认定培训学员培训时间。
- （二）培训时间认定仅适用于即将参加我省住院医师规范化培训的培训学员。

四、认定细则

（一）若培训学员毕业专业与拟进入培训专业相同或毕业专业与拟进入培训专业存在含属关系：

- 1、本科毕业生（学士）、科研型研究生（硕士）、科研型研究

生（博士）培训时间为3年。

2、临床型研究生（硕士）培训时间不少于2年。

3、临床型研究生（博士）培训时间不少于1年。

4、有临床工作经历（在三级医院正式工作且临床工作时间超过2年，下同）的，可向培训基地申请临床能力测评，以减少相应培训时间，但培训时间最少不得低于1年。若未能通过临床能力测评，则培训时间统一为3年。

（二）若培训学员毕业专业与拟进入培训专业不同或毕业专业与拟进入培训专业不存在含属关系，不论是否有临床工作经历，所有培训对象培训时间统一为3年。

五、临床能力测评

（一）测评程序

1、符合测评条件的培训学员在进入培训基地接受培训之前自行提出书面申请，同时递交既往工作和临床证明材料。

2、培训基地培训管理部门审核相关材料，并确定是否接受培训学员临床能力测评申请。

3、培训基地有关专业基地组织实施临床能力测评，并提供初步缩减方案。

4、培训基地培训管理部门确定是否缩减培训学员培训时间并明确缩减方案。

5、培训基地培训管理部门将培训学员培训时间缩减情况于当年10月底前报送省毕业后医学教育委员会办公室（中医学类和中西医结合类培训学员培训时间缩减情况报送省中医药毕业后教育委员

会办公室)。

(二) 测评方法

1、临床能力测评由培训基地有关专业基地组织测评专家组执行，秉承公平、公正、实事求是、从严从紧的原则。

2、测评专家组由3名副高以上职称的临床专家和1名培训基地培训管理人员组成。内科、外科专业测评专家组临床专家数可适当增加。

3、测评结束后，测评专家组经讨论并将测评经过形成书面记录。初步缩减方案须经专家组一致同意并签字认可。

(三) 测评内容

1、测评依据《住院医师规范化培训内容与标准》(2014年)和《中医住院医师规范化培养标准(试行)》中培训学员拟进入培训专业有关培训内容进行。

2、专业理论，培训专业有关基本理论和病例分析，可笔试或口试。

3、实践技能，接诊病人、体格检查、病历书写和基本临床技能操作等。

4、测评专家组认为需要测评的其他内容。

(四) 测评结果

1、培训基地和有关专业基地对测评结果和上报的培训学员培训时间缩减方案负责。

2、省毕业后医学教育委员会办公室和省中医药毕业后教育委员会办公室接受培训基地上报的培训学员培训时间缩减情况并记录

在案后，培训基地方可执行培训学员培训时间缩减方案。

3、若获得缩减培训时间的培训学员培训结业临床技能考试和培训结业理论省统考未通过，省毕业后医学教育委员会办公室和省中医药毕业后教育委员会办公室将会对学员个人、专业基地和培训基地等信息予以通报。

六、其他

(一) 对于缩减培训时间的培训学员，培训基地和有关专业基地应合理安排他们的培训内容，加强培训过程管理，确保培训质量。

(二) 对于科研型研究生(博士)，培训基地可在《住院医师规范化培训内容与标准》(2014年)和《中医住院医师规范化培养标准(试行)》基础上，对其科室轮转安排和培训内容作出适当调整。

(三) 本认定方案自2015年起执行。所有我省2015级及今后住院医师规范化培训学员涉及培训时间认定均执行本认定方案。若培训基地结合医院实际作出比本认定方案更为严格的培训时间认定，则培训学员培训时间按培训基地规定执行。

(四) 我省专科医师规范化培训(原省二阶段)培训时间为2年。国家卫生计生委和国家中医药管理局专科医师规范化培训试点方案出台后，我省再另行调整专科医师规范化培训时间。即将参加我省专科医师规范化培训的培训学员不执行培训时间认定政策。

附：临床技能测评申请审批表

临床技能测评申请审批表

姓名：		性别：	出生年月：	手机：
培训基地：		拟进入培训专业：		
本科	毕业院校：	专业：		
硕士	毕业院校：	专业：	类型：科研 <input type="checkbox"/> /临床 <input type="checkbox"/>	
博士	毕业院校：	专业：	类型：科研 <input type="checkbox"/> /临床 <input type="checkbox"/>	
临床经历	医院名称：	科室：		
<p>培训学员申请声明及申请理由：（相关证明请附后）</p> <p>本人自愿申请缩减住院医师规范化培训时间，如缩减培训时间后未能按缩减期限通过各类考试，包括培训结业临床技能考试和理论省统考，后果自负。</p>				
个人签名：		年 月 日		
<p>培训基地意见</p> <p>1、培训管理部门审核通过并接受培训学员申请（是<input type="checkbox"/>/否<input type="checkbox"/>）；</p> <p>2、测评专家组意见（是<input type="checkbox"/>/否<input type="checkbox"/>同意缩减）；</p> <p>3、培训管理部门（是<input type="checkbox"/>/否<input type="checkbox"/>）同意专业基地初步缩减方案。（缩减方案请附后）</p>				
专业基地负责人签名：		培训管理部门负责人签名：		
（科主任）		年 月 日	（部门盖章）	
		年 月 日		
<p>省毕业后医学教育委员会办公室和省中医药毕业后教育委员会办公室意见：</p> <p>1、受理表格时间： 年 月 日</p> <p>2、是否通过审批并记录在案（是<input type="checkbox"/>/否<input type="checkbox"/>）</p> <p>3、（是<input type="checkbox"/>/否<input type="checkbox"/>）已告知培训基地接受申请并审批记录在案，通知日期： 月 日 （盖章生效）</p>				

培训学员培训时间缩减方案

学员信息	姓 名： _____ 性别： _____ 出生年月： _____
本科	毕业院校： _____ 专业： _____
硕士	毕业院校： _____ 专业： _____ 类型： 科研 <input type="checkbox"/> /临床 <input type="checkbox"/>
博士	毕业院校： _____ 专业： _____ 类型： 科研 <input type="checkbox"/> /临床 <input type="checkbox"/>
基地信息	基地名称： _____ 专业基地名称： _____
测评内容	专业理论分数： _____ 分； 测评形式： 笔试 <input type="checkbox"/> /口试 <input type="checkbox"/> 实践技能分数： _____ 分； 测评形式： 接诊病人 <input type="checkbox"/> /体格检查 <input type="checkbox"/> /病历书写 <input type="checkbox"/> /基本临床技能操作 <input type="checkbox"/> 基本临床技能操作内容： _____
测评结果	测评时间： _____ 年 月 日。 测评结果： (是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>) 一致通过。 <div style="text-align: center;">全部专家签名： _____</div>
缩减方案	原定培训时间： _____ 年； 现定培训时间： _____ 年 缩减具体内容： _____
备注	_____

