

110 年醫院推動延緩失能之長者友善照護模式試辦計畫

110 年 11 月 25 日教育訓練課程表

地點：S 棟 11 樓大禮堂

主辦單位：羅東聖母醫院

參加對象：院內外對象有興趣者皆可報名參加



報名網址：<https://www.beiclass.com/rid=25465a5618a2eada32af>

*因疫情期間本院課程仍需實名制，故採用報名簽到制不再接受當天報名方式。

*課程分為上午簽到退及下午簽到退，如未確實完成簽到退者將不予登錄學分。

	時間	主題	講師
	07:40~08:00	報到	
1	08:00~08:50	高齡跨領域團隊照護模式	羅東聖母醫院 李照琳主任
2	09:00~09:50	高齡藥事照護	羅東聖母醫院 陳奕志藥師
3	10:00~10:50	衰弱症與肌少症	花蓮慈濟醫院 高聖倫醫師
4	11:00~11:50	周全性老年醫學評估	花蓮慈濟醫院 高聖倫醫師
	11:50~13:00	休息時間	
5	13:00~13:50	向殘酷的仁慈說再見--病人的善終我們護持	陽大附醫 陳秀丹醫師
6	14:00~14:50	高齡疾患與健康老化	員榮醫院 李威儒醫師
7	15:00~15:50	高齡者安寧療護與靈性照顧	羅東聖母醫院 林春蘭護理長
8	16:00~16:50	長者預防保健與健康促進	羅東聖母醫院 黃炳璋職能治療師

羅東聖母醫院 疫情期間課程防疫相關注意事項

- 1.課程期間請仍需維持梅花座位
- 2.課程場內請勿飲食(水除外)
- 3.課程期間仍需要全程配戴口罩
- 4.請院外參與者至本院上課時，需要帶健保卡於本院門口插卡進入院區
- 5.請院外參與者填寫 TOCC 表單，並於課程報到時繳交

羅東聖母醫院課程健康聲明書

因應 COVID-19 疫情，本課程或研習會配合中央主管機關與醫院實施感染管制措施，請如實回覆下列問答，感謝您的協助與配合。

一、個人資料:

姓名：_____、身分證字號：_____、手機：_____

二、風險評估:

(一) 請問您最近 14 日內是否有以下症狀：(已服藥者亦須填寫「有」)

- 有：發燒 ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) 咳嗽 腹瀉 流鼻水 鼻塞 喉嚨痛
肌肉痠痛 頭痛 極度疲倦感 味覺、嗅覺異常 其他：_____
無。

(二) 請問最近 14 日內旅遊史 (Travel)

- 無。
有：自己曾至國外旅遊，
地點：_____，日期：____年__月__日~____年__月__日
有：同住家人曾至國外旅遊，
地點：_____，日期：____年__月__日~____年__月__日

(三) 您的職業別(Occupation):

- 醫事機構工作者 旅遊業者 航空服務業工作者 其他：_____
無

(四) 請問最近 14 日內接觸史(Contact):

- 曾出入機場、觀光景點及其他頻繁接觸外國人場所
曾參與公眾集會 開學/畢業典禮、婚喪喜慶、運動賽事等聚眾活動
野生動物與禽鳥接觸 宗教、政治、學術藝文活動 _____
其他 以上皆無

(五) 近一個月內群聚史(Cluster):

(1) 同住家人正在:

- 居家隔離 居家檢疫 自主健康管理 (到期日：____月____日)
以上皆無。

(2) 家人/朋友/同事狀況:

- 家人也有發燒或類流感症狀 同事也有發燒或類流感症狀
其他：_____ 以上皆無

三、本人願意配合羅東聖母醫院防疫政策與集會相關規範建議，同意提供個人資料，且基於自由意志而簽署此健康申明書。

簽名：_____，填寫日期：____年__月__日