

# 浙江省医学会文件

浙医会〔2021〕89号

---

## 浙江省医学会关于举办浙江省初级呼吸治疗师培训（第二批）的通知

各有关单位：

2020年，根据浙江省卫生健康委员会的工作部署，浙江省医学会联合国家级呼吸治疗单项规范化进修基地—浙江大学医学院附属邵逸夫医院和浙江大学医学院附属第一医院、浙江医院两家联合实践基地共同举办了浙江省初级呼吸治疗师培训（第一批），取得了良好的社会反响，提升了区域内呼吸治疗专业水平，为浙江省卫生应急人才培养提供了助力。根据工作安排，现将启动浙江省初级呼吸治疗师培训（第二批），具体事项通知如下：

### 一、培训安排

培训分线上理论培训和线下实践培训。

#### （一）理论培训

1. 培训对象：从事或拟从事重症医学、呼吸与危重症医学、急诊、康复医学等相关专业的医护人员。

2. 培训时间：2021 年 6 月 10 日至 7 月 30 日（培训学员在截止时间前完成注册、学习即可，名额不限）。

3. 培训考核：完成理论培训课程（附件 1）后统一参加线上理论考试（具体考试时间另行通知），考试合格者颁发《浙江省初级呼吸治疗师理论培训合格证明》。

## （二）实践培训

1. 培训对象：浙江省各二级甲等及以上综合性医院中正开展或拟开展呼吸治疗专业的相关医护人员，要求具有 5 年及以上临床工作经验，并经第一阶段理论培训考核合格；为保证培训质量，培训名额控制在 120 人，报满即止。

2. 培训时间：2021 年 9 月 1 日起分批次进入基地进行临床实践培训，脱产培训时间为 3 个月。

3. 培训考核：根据初级呼吸治疗师实践培训大纲的要求，进行临床实践技能培训。培训经考核合格后，授予《浙江省初级呼吸治疗师培训结业证书》。

## 二、报名方式

请报名人员于 2021 年 7 月 30 日前通过 pc 端（<http://hxzls.zjma.org>）或微信公众平台（关注“浙江省医学会”微信公众号—教育培训—呼吸师培训），根据有关提示和要求完成注册、缴费、学习。申请第二阶段培训的学员，请于 7 月 15 日前将加盖单位公章的培训报名申请表（附件 2）寄送至我会。为

了方便培训交流，参加培训人员可扫描下方二维码，加入钉钉群。



扫一扫二维码，立刻加入该群。

### 三、培训收费

理论培训费用为 3000 元/人，由浙江省医学会收取，系统报名后直接在线缴费；实践培训费用由实践基地按照有关进修费用标准进行收取。

### 四、联系方式

联系人：浙江省医学会 史雅雅

联系电话：0571-87567837

地址：杭州市下城区武林广场省科协大楼 10 楼 1003 室

附件 1. 初级呼吸治疗师理论培训课程安排

附件 2. 初级呼吸治疗师实践培训申请表



## 初级呼吸治疗师理论培训课程安排

(共计 77 学时: 66 个必修课, 11 个选修课)

1. 呼吸治疗学科体系建设
2. 呼吸治疗物理学基础
3. 呼吸治疗生理
4. 呼吸治疗相关药物
5. 呼吸功能检测和评估
6. 气道管理与维护
7. 机械通气的生理学效应
8. 机械通气并发症
9. 无创正压通气
10. 机械通气撤离
11. 经鼻高流量氧疗
12. 急性呼吸窘迫综合症的呼吸治疗
13. 阻塞性疾病: 慢性阻塞性肺病和哮喘呼吸治疗
14. 机械通气人机不协调的分析判断和处理
15. 急性心源性肺水肿的呼吸治疗
16. 神经肌肉疾病的呼吸治疗
17. 围术期(含肺移植术后)呼吸治疗
18. 儿科呼吸治疗
19. 呼吸治疗质控管理
20. 呼吸功能评估: 肺功能和呼吸肌功能评估
21. 肺康复: 肺康复评估, 方案的制订, 治疗措施, 肺康复的目标评价
22. 心肺运动检查: 质控, 流程, 结果判读

附件 2

一寸免冠照片粘  
贴处  
(用于制作证书)

初级呼吸治疗师实践培训申请表

|              |               |      |      |        |
|--------------|---------------|------|------|--------|
| 姓名           |               | 出生年月 |      | 一寸免冠照片 |
| 工作单位         |               | 单位级别 |      |        |
| 工作科室         |               | 从事专业 |      |        |
| 专业技术<br>职务   |               | 最高学历 |      |        |
| 身份证号         |               |      | 电子邮箱 |        |
| 通讯地址         |               |      | 手机号码 |        |
| 工作简历         |               |      |      |        |
| 个人业务<br>技能描述 |               |      |      |        |
| 期望达到<br>培训效果 |               |      |      |        |
| 所在单位<br>意见   | 年 月 日<br>(公章) |      |      |        |

