

108 年社區藥局實習指導藥師培訓課程簡章

一、目的

國內醫藥分業政策實施後，強化社區藥局藥師功能，提升藥事服務品質，藥師為醫療照護團隊中的重要成員，社區藥局及其執業藥師更是基層醫療體系不可或缺的一環。社區藥學實習即為養成專業技能與態度的必修過程，更是培養稱職專業藥師的基礎。為建立更完善的藥學生社區藥局實習制度，確保社區藥局專業教學品質，透過社區藥局指導藥師培訓課程，加強指導藥師之專業養成，鼓勵更多優質、有熱忱的社區藥局藥師參與，經過指導藥師之專業執業能力及溝通技巧後，將各大參與養成之藥師資料推薦給各大學藥學系參考，更藉以提升社區藥局之形象與品質。

二、內容規劃

(一) 本年度預計辦理場次：

上課時間	地點	人數	報名期間	上課名單公告時間
1/12(六)、 13(日) <u>兩天皆須上課</u>	中國醫藥大學 互助教學大樓 11A01 教室 (台中市北區學士路 91 號)	50	即日起至 1/7(一)	1/9(三)下午

*人數額滿將提早截止

(二) 課程內容：

第一天 時間	內容
09:00~09:50	成為適任之社區藥局實習指導藥師必備的特質與訓練
10:00~10:50	執業藥師之人文素養與社會關懷
11:00~11:50	社區藥局藥師執業倫理與藥事相關法規之落實
11:50~13:00	午餐
13:00~13:50	實習生藥品資訊之收集、分析與傳遞
14:00~14:50	如何教導實習生進行藥物諮詢服務
15:00~15:50	執業例行溝通技巧與人際關係之經驗教學
16:00~16:50	社區藥局實習之教學方法與評估
第二天 時間	內容
09:00~09:30	如何製作實習教案(1)
9:30~10:30	教案之製作(1) 完成訂定教學大綱與目標 五主題分組同步進行，各 60 分鐘討論
	1. 指示藥與成藥：感冒症狀處理
	2. 慢性病處方調劑：以高血壓為例
	3. 醫療保健相關產品
	4. 居家藥事照護
5. 社區式藥事照護	
10:30~10:50	教案報告(1) (五主題各 3-5 分鐘報告)
10:50~11:15	如何製作實習教案(2)
11:15~12:15	教案之製作(2) 完成訂定教學步驟與方法、時間、預算、場所、 物資等。
	五主題分組同步進行，各 60 分鐘討論
12:15~13:30	午餐
13:30~13:50	教案報告(2) (五主題各 3-5 分鐘報告)
13:50~14:10	如何製作實習教案(3)
14:10~15:10	教案之製作(3) 完成訂定教學評量方法與評量者。
	五主題分組同步進行，各 60 分鐘討論
15:10~15:30	張貼海報
15:30~16:20	藥局實習教學經驗分享
16:20~17:30	教案成果之運用討論與綜合討論(五主題各 10 分鐘報告,5 分鐘問 答)

(三) 上課方式：

1. 兩天日期課程全程參與。

(四) 報名資格：

1. 需具有效的台灣藥師執業執照。
2. 藥師具兩年以上健保特約藥局執業或社區藥局相關教學經驗。
3. 具教學熱忱且有積極意願指導學生實習，須簽署同意書(附件一)於上課當天攜帶至會場。
4. 本課程以社區健保藥局藥師為優先培訓對象。
5. 需檢附由藥師公會或各校藥學系推薦書(附件二)，並回傳至 jjsk1012@gmail.com。

(五) 報名方式：

1. 請於報名期間內上網(<https://goo.gl/8yQEqP>)報名，並填妥推薦書(附件二)回傳，而同意書(附件一)與請於上課當天攜帶至會場。
2. 上課學員名單將於各場公告時間公布於全聯會 TPIP 網站，並簡訊通知。
3. 已報名者若要取消報名，請於開課 3 天前進行取消。

(六) 培訓費用：

1. 全程免費。
2. 各場次皆附午餐，備有茶水請學員自行攜帶環保杯。

(七) 結訓資格：

1. 參訓學員須完成簽到退，並全程參與培訓課程。
2. 合格者，將由主辦單位於課程結束後 10 天內上傳學分積點至衛生福利部繼續教育積分管理系統並授與證書。
3. 實習指導藥師認證機構：台灣藥學會認證。
4. 認證以六年為有效期限，認證資格之延續需再經認證單位認定。

(八) 聯絡方式：

聯絡人：中華民國藥師公會全國聯合會 (02)2595-3856*117 張瓊憶

個人資料保護同意書

1. 中華民國藥師公會全國聯合會(以下簡稱本會)取得您的個人資料，目的在於進行藥局實習指導藥師培訓等相關工作，蒐集、處理及使用您的個人資料是受到個人資料保護法及相關法令之規範。
2. 本次蒐集與使用您的個人資料如報名表單內文所列，包含姓名、國民身分證統一編號、執業場所、執業場所電話、通訊住址及個人行動電話或其他得以直接或間接識別您個人之資料。
3. 您同意本會及因業務需要而委託其他機關(構)，執行藥學生至社區藥局實習所需，以您所提供的個人資料確認您的身份與您進行聯絡；並同意本會及因業務需要而委託其他機關(構)於您報名後，遵守個資法第 20 條之規定，於藥學生至社區藥局實習業務相關之事宜，繼續處理及使用您的個人資料(如:將培訓師資名單提供相關機關(構)運用…等)。
4. 您可自由選擇是否提供本會或因業務需要而委託之機關(構)您的個人資料，但若您所提供之個人資料，經檢舉或本會與因業務需要而委託其他機關(構)發現不足以確認您的身分真實性或其他個人資料冒用、盜用、資料不實等情形，本會有權終止報名資格等相關權利。
5. 您可依個人資料保護法，就您的個人資料向本會請求查詢或閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理及利用或請求刪除。但因本會執行職務或業務所必需者及受其他法律所規範者，本會得拒絕之。
6. 本會因業務需要而委託其他機關(構)處理您的個人資料時，將善盡監督之責，不逾越特定目的之必要範圍，與蒐集目的有正當合理之關聯，並受本會專人安全維護。
7. 您的個人資料儲存於本會秘書處，除應本人之申請、本會或公務機關依法執行事項及依本同意書同意之事項外，本會不得提供及利用本人之個人資料。
8. 您瞭解此一同意符合個人資料保護法及相關法規之要求，具有書面同意本會及因業務需要而委託之其他機關(構)蒐集、處理及利用您的個人資料之效果。
9. 培訓結束合格後將接受藥學生至藥局實習。
10. 本同意書如有未盡事宜，依個人資料保護法或其他相關法規之規定辦理。

我已詳閱及完全瞭解本同意書內容(請打勾)

同意者:_____ (請本人簽名)

中華民國 108 年 月 日

台灣藥學會

附件二

社區藥局實習指導藥師培訓研習會推薦暨報名表

藥師資料	姓名		性別		年齡		序號 (主辦單位編列)		
	執業單位	<input type="checkbox"/> 社區藥局： <input type="checkbox"/> 醫事機構： <input type="checkbox"/> 其他：			藥局型態	<input type="checkbox"/> 自營 <input type="checkbox"/> 連鎖_____體系 <input type="checkbox"/> 健保特約 <input type="checkbox"/> 非健保特約			
		執業處所	地址：□□□			電話	傳真		
	經歷	<input type="checkbox"/> 曾擔任藥學實習指導藥師： <input type="checkbox"/> 社區醫院，年資_____年；_____年度 <input type="checkbox"/> 醫院，年資_____年；_____年度							
		<input type="checkbox"/> 於健保特約藥局執業，相關執業年資_____年_____個月							
		<input type="checkbox"/> 其他							
	個人通訊處	<input type="checkbox"/> 同執業地址 □□□-□□							
	電話					手機			
E-mail					用餐	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素			
符合條件	受推薦藥師之資格 () 1. 藥師具兩年以上健保特約藥局執業或社區藥局相關教學經驗。 () 2. 自評符合實習指導藥師守則之「專業準則」、「病人照顧準則」、「指導實習生守則」等規範。 () 3. 具教學熱忱，有積極意願指導藥學生實習者。								
推薦單位	※推薦單位須為藥師公會或各校藥學系※								
	單位名稱				聯絡人：				
	主管簽章				電話：				
					E-mail：				
報名場次									
學分申請	<input type="checkbox"/> 藥事人員繼續教育學分 (皆為必填) 1. 藥師證號：_____ 2. 身分證號：_____								
評選意見	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 暫予保留								