

# 附件 1.基礎急診超音波課程

## (Basic EUS)

主辦單位：依據本會 101 年 5 月 23 日第九屆第十一次理監事聯席會議決議，自 102 年起，  
開放急診專科醫師訓練醫院承辦「急診基礎超音波課程」。

時數：4 小時

講師及學員比：1:5

內容：

### 1.大組演講

基礎超音波簡介—心臟、胸部、腹部、軟組織—至少 40 分鐘。

### 2.小組互動式病例教學—5 堂(每堂至少 40 分鐘)

2.1 急診心臟超音波及血管系統。

2.2 胸部正常器官之超音波評估。

2.3 腹部之超音波評估(肝、膽、腎)。

2.4 AAA&DVT。

2.5 FAST。

課程日期	課程地點	主辦單位	評核教師
課程參加證明 (此項選填)	黏貼處		

## 附件 2.進階急診超音波課程 (Advanced EUS)

主辦單位：社團法人台灣急診醫學會

時數：12 小時

講師及學員比：1:5

內容：

### 1.大組演講

- 1.1 急診超音波之發展及臨床應用介紹—至少 30 分鐘。
- 1.2 腹部急症之應用 I (非腸道) —至少 50 分鐘。
- 1.3 腹部急症之應用 II (腸道) —至少 50 分鐘。
- 1.4 心血管急症之應用(包含休克及心搏中止)—至少 50 分鐘。
- 1.5 骨骼肌肉軟組織急症之應用—至少 50 分鐘。
- 1.6 婦產科急症之應用—至少 50 分鐘。
- 1.7 胸腹部外傷之臨床應用及流程、胸部急症之應用—至少 50 分鐘。
- 1.8 泌尿科急症之應用—至少 50 分鐘。
- 1.9 兒科急症之應用—至少 50 分鐘。
- 1.10 經超音波引導之緊急臨床處置之應用—至少 50 分鐘。

### 2.小組互動式病例教學—8 堂(每堂至少 50 分鐘)

- 2.1 Shock screening。
- 2.2 Msk assessment。
- 2.3 echocardiography。
- 2.4 Abdominal US。
- 2.5 Thoraco-abdominal trauma。
- 2.6 Airway。
- 2.7 Clinical applications for procedures。
- 2.8 Demo & Simulation。

課程日期	課程地點	主辦單位	評核教師
課程參加證明 (此項選填)	黏貼處		

### 附件 3. 急診超音波訓練評核表

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)				
A	主動脈評估	10 例，Positive exam 10%		
	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:            年            月            日		

<註> 評核結果必須經由行政審核老師認證，評核方式依下列建議方法擇一

1. 由臨床評核老師於學員床邊操作時即時評核 (於急診或其他部門)
2. 由學員記錄靜態或錄影內容，臨床評核老師做事後評核
3. 訓練之項目應填具訓練評核表，可直接填寫於此表格，亦可至學會網站下載

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)				
B	心包膜評估	10 例，Positive exam 10%		
	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:            年            月            日		

<註> 評核結果必須經由行政審核老師認證，評核方式依下列建議方法擇一

1. 由臨床評核老師於學員床邊操作時即時評核 (於急診或其他部門)
2. 由學員記錄靜態或錄影內容，臨床評核老師做事後評核
3. 訓練之項目應填具訓練評核表，可直接填寫於此表格，亦可至學會網站下載

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)				
C	外傷評估(FAST)	10 例，Positive exam 20%		
	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:           年           月           日		

<註> 評核結果必須經由行政審核老師認證，評核方式依下列建議方法擇一

1. 由臨床評核老師於學員床邊操作時即時評核 (於急診或其他部門)
2. 由學員記錄靜態或錄影內容，臨床評核老師做事後評核
3. 訓練之項目應填具訓練評核表，可直接填寫於此表格，亦可至學會網站下載

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)				
D	肝膽急症	10 例，Positive exam 20%		
	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:            年            月            日		

<註> 評核結果必須經由行政審核老師認證，評核方式依下列建議方法擇一

1. 由臨床評核老師於學員床邊操作時即時評核 (於急診或其他部門)
2. 由學員記錄靜態或錄影內容，臨床評核老師做事後評核
3. 訓練之項目應填具訓練評核表，可直接填寫於此表格，亦可至學會網站下載

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)				
E	產科評估	10 例，Positive exam for IUP & FHB 20%		
	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:            年            月            日		

<註> 評核結果必須經由行政審核老師認證，評核方式依下列建議方法擇一

1. 由臨床評核老師於學員床邊操作時即時評核 (於急診或其他部門)
2. 由學員記錄靜態或錄影內容，臨床評核老師做事後評核
3. 訓練之項目應填具訓練評核表，可直接填寫於此表格，亦可至學會網站下載

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)				
F	泌尿道評估	10 例，Positive exam for obstructive uropathy & urinary retention 20%		
	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:            年            月            日		

<註> 評核結果必須經由行政審核老師認證，評核方式依下列建議方法擇一

1. 由臨床評核老師於學員床邊操作時即時評核 (於急診或其他部門)
2. 由學員記錄靜態或錄影內容，臨床評核老師做事後評核
3. 訓練之項目應填具訓練評核表，可直接填寫於此表格，亦可至學會網站下載

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)				
G	深部靜脈 栓塞評估	10 例，Positive exam 10%		
	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:            年            月            日		

<註> 評核結果必須經由行政審核老師認證，評核方式依下列建議方法擇一

1. 由臨床評核老師於學員床邊操作時即時評核 (於急診或其他部門)
2. 由學員記錄靜態或錄影內容，臨床評核老師做事後評核
3. 訓練之項目應填具訓練評核表，可直接填寫於此表格，亦可至學會網站下載

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)

急診超音波訓練考核表 (同類疾病一天限一例)				
H	Procedures	10 例，US-assisted paracentesis or thoracentesis		
	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:            年            月            日		

<註> 評核結果必須經由行政審核老師認證，評核方式依下列建議方法擇一

1. 由臨床評核老師於學員床邊操作時即時評核 (於急診或其他部門)
2. 由學員記錄靜態或錄影內容，臨床評核老師做事後評核
3. 訓練之項目應填具訓練評核表，可直接填寫於此表格，亦可至學會網站下載

急診超音波訓練考核表 (選擇案例)

序	日期	病歷號	檢查結果描述	評核老師
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
行政審核老師		日期:            年            月            日		

編號及案例：

- |  |  |
|--|--|
| 1.Liver tumor                                  | 12.Pneumothorax                                |
| 2.Pneumobilia                                  | 13.Solid organ injury                          |
| 3.PVT thrombosis                               | 14.GI-tract: target sign or pseudokidney sign  |
| 4.Unexplained jaundice                         | 15.GI-tract: bowel obstruction                 |
| 5.Cardiac activity during CPR                  | 16.Soft tissue abscess evaluation and drainage |
| 6.Global LV systolic function evaluation       | 17.Soft tissue foreign bodies evaluation       |
| 7.Intravascular volume status evaluation (IVC) | 18.Joint effusion evaluation and drainage      |
| 8.US-assisted pericardiocentesis               | 19.US-assisted lumbar puncture                 |
| 9.Evaluation of hematuria                      | 20.Ovarian cyst                                |
| 10.Evaluation of acute renal failure           | 21.Myoma uteri                                 |
| 11.Renal cyst and tumor                        | 22.輔助中央靜脈導管放置                                  |

## 附件.毒物學學習護照格式

	訓練內容	訓練記錄	評核老師簽證
1.	訓練醫院或學術研討會中報告中毒個案	報告日期／地點／病例號／診斷	
2.	參加毒化災訓練課程	日期／地點／主辦單位	
3.	參加毒化災實兵演習	日期／地點／主辦單位	
4.	參加由學會主辦之中毒個案討論會	日期／地點	
	課程參加證明 (此項選填)	黏貼處	
5.	參加急診醫學會之AALS課程並取得證書	考試日期／地點／證書號	
	課程參加證明 (此項選填)	黏貼處	
	AALS證書 (可用影本)	黏貼處	

	訓練內容	訓練記錄	評核老師簽證
6.	訓練過程中所照顧或被照會之中毒病例	日期／病例號／診斷	
	訓練過程中所照顧或被照會之中毒病例	日期／病例號／診斷	
選修	參加毒化災桌上演練	日期／地點／主辦單位	

## 災難醫學訓練課程評核表

課程名稱	日期	地點	主辦單位	評核老師簽證
<b>一、課程(學會主辦)</b>				
住院醫師初階災難訓練課程(16 小時)				
課程參加證明 (此項選填)	黏貼處			
<b>二、特殊災難訓練課程(毒化災或核災) 24 小時 (學會認證)</b>				
1.毒化災 8 小時。				
2.核災 8 小時。				
3.其他經急診醫學會認證之相關課程。				
<b>三、演習參加至少三場演習(不同型態)含實兵演練或桌上演練</b>				
1.災難醫療隊或是大量傷患演習。				
2.醫院緊急應變演習。				
3.特殊災害演習(毒化災或核災)。				

# 災難醫學訓練課程評核表(演習)

日期： 年 月 日

學習護照編號		住院醫師姓名	
演習名稱		主辦單位主管或 承辦人簽章	
時 數	小 時	演習地點	
演習形式			
學員角色	<input type="checkbox"/> 觀察 <input type="checkbox"/> 參與操作 <input type="checkbox"/> 參與規劃		
<b>一、學員是否瞭解演習</b>			
1. 演習標地：  2. 背景情境：  3. 關鍵程序與技術：  4. 演習評估與討論：			
<b>二、主要事件/期待的行為</b>			
1.  2.  3.			
<b>三、執行動作/需改善的地方</b>			
1.  2.  3.			
訓練醫院急診醫學科(部)主任簽章		急診醫學科訓練計劃負責人簽章	

# 災難醫學訓練課程評核表(演習)

日期： 年 月 日

學習護照編號		住院醫師姓名	
演習名稱		主辦單位主管或 承辦人簽章	
時 數	小 時	演習地點	
演習形式			
學員角色	<input type="checkbox"/> 觀察 <input type="checkbox"/> 參與操作 <input type="checkbox"/> 參與規劃		
<b>一、學員是否瞭解演習</b>			
1. 演習標地：  2. 背景情境：  3. 關鍵程序與技術：  4. 演習評估與討論：			
<b>二、主要事件/期待的行為</b>			
1.  2.  3.			
<b>三、執行動作/需改善的地方</b>			
1.  2.  3.			
訓練醫院急診醫學科(部)主任簽章		急診醫學科訓練計劃負責人簽章	

# 災難醫學訓練課程評核表(演習)

日期： 年 月 日

學習護照編號		住院醫師姓名	
演習名稱		主辦單位主管或 承辦人簽章	
時 數	小 時	演習地點	
演習形式			
學員角色	<input type="checkbox"/> 觀察 <input type="checkbox"/> 參與操作 <input type="checkbox"/> 參與規劃		
<b>一、學員是否瞭解演習</b>			
1. 演習標地：  2. 背景情境：  3. 關鍵程序與技術：  4. 演習評估與討論：			
<b>二、主要事件/期待的行為</b>			
1.  2.  3.			
<b>三、執行動作/需改善的地方</b>			
1.  2.  3.			
訓練醫院急診醫學科(部)主任簽章		急診醫學科訓練計劃負責人簽章	

## 附件 1.住院醫師緊急醫療系統訓練課程

課程日期	課程地點	主辦單位	評核教師
課程參加證明 (此項選填)	黏貼處		

## 附件 2-1.消防單位實習書面紀錄（救護出勤 1）

日期	年      月      日	住院醫師姓名	
時數	小時	消防單位  主管簽章	
實習地點	分隊		
出 勤 內 容			
個案	姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 歲  求救原因：（請依救護紀錄表求救原因填寫）  到院前處置概述：  討論：  優點：  缺點：		
建 議 事 項			
評核老師  簽章			課程指導老師  簽章

## 附件 2-1.消防單位實習書面紀錄（救護出勤 2）

日期	年      月      日	住院醫師姓名	
時數	小 時	消防單位  主管簽章	
實習地點	分 隊		
出 勤 內 容			
個案	姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 歲  求救原因：（請依救護紀錄表求救原因填寫）  到院前處置概述：  討論：  優點：  缺點：		
建 議 事 項			
評核老師  簽章			課程指導老師  簽章

## 附件 2-1.消防單位實習書面紀錄（救護出勤 3）

日期	年      月      日	住院醫師姓名	
時數	小 時	消防單位  主管簽章	
實習地點	分 隊		
出 勤 內 容			
個案	姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 歲  求救原因：（請依救護紀錄表求救原因填寫）  到院前處置概述：  討論：  優點：  缺點：		
建 議 事 項			
評核老師  簽章			課程指導老師  簽章

## 附件 2-1.消防單位實習書面紀錄（救護出勤 4）

日期	年      月      日	住院醫師姓名	
時數	小時	消防單位  主管簽章	
實習地點	分隊		
出 勤 內 容			
個案	姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 歲  求救原因：（請依救護紀錄表求救原因填寫）  到院前處置概述：  討論：  優點：  缺點：		
建 議 事 項			
評核老師  簽章			課程指導老師  簽章

## 附件 2-2.消防單位實習書面紀錄（救護派遣 1）

日期	年      月      日	住院醫師姓名	
時數	小 時	消防單位	
實習地點	甲、 救災救護指揮中心 乙、 消防分隊	主管簽章	
線 上 指 導 內 容			
個案	姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 歲  求救原因：（請依救護紀錄表求救原因填寫）  討論：		
建 議 事 項			
評核老師  簽章		課程指導老師  簽章	

## 附件 2-2.消防單位實習書面紀錄（救護派遣 2）

日期	年      月      日	住院醫師姓名	
時數	小 時	消防單位  主管簽章	
實習地點	甲、 救災救護指揮中心  乙、 消防分隊		
線 上 指 導 內 容			
個案	姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 歲  求救原因：（請依救護紀錄表求救原因填寫）  討論：		
建 議 事 項			
評核老師  簽章		課程指導老師  簽章	

## 附件 2-3.消防單位實習書面紀錄（個案討論）

日期	年      月      日	住院醫師姓名	
時數	小 時	主辦單位主管	
會議名稱		或承辦人簽章	
研 討 會 內 容			
個案一	姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 歲  求救原因：（請依救護紀錄表求救原因填寫）  到院前處置：  急診處置：  診斷：  確定處置：  去向：  討論：  到院前處置  急診處置  建議		
案例二	（同上）		
評核老師  簽章		課程指導老師  簽章	

附件：檢傷分類訓練記錄(111年起訓之住院醫師適用)

訓練內容	訓練記錄 (日期/地點)	評核老師簽證
台灣急診五級檢傷 (TTAS)學員訓練課程	課程參加證明 黏貼處	