

實習計劃

一、科目名稱：進階家庭專科護理臨床實習(一)

二、課程性質：家庭專科護理師必修

三、授課學年：學年度 第 學期

四、學分數：3 學分，共 160 小時 (含臨床實習 144 小時及討論 16 小時)。

五、課程負責老師(姓名及連絡方式)：魏倩雯/0921819040

六、授課教師 (姓名及連絡方式)：

七、授課班級：臨床護理研究所碩士班一年級。

八、實習時間：年 月 日至 年 月 日。

九、實習機構及單位：

(一)符合教學醫院評鑑合格且通過衛生福利部專科護理師訓練醫院認定作業標準。

(二)進階家庭專科護理臨床實習(一)：以內科/外科領域為主。

十、實習人數：1 人

十一、實習名單：

學生姓名：	電話：	Email:
實習機構/ 單位 (一)	／	實習時數 共 小時
Preceptor:	專科護理師／	醫師

註：1. 以日間實習為主。

2. 每天實習+上班時數總共不可超過 12 小時，半天 4 小時實習 $\leq$ 12 次。

3. 每週實習+上班總天數不得連續超過 6 天，需符合勞基法之規範。

十二、實習臨床教師 (Preceptor) 姓名及聯絡方式：

醫師教師：姓名：

聯絡電話：

專科護理師教師：姓名：

聯絡電話：

十三、實習臨床教師 (Preceptor) 與學生人數比例：專師教師 1:1、醫師教師 1:4。

十四、教學設計：

本科目之教學設計縱向銜接進階病理生理學、進階藥理學、進階身體健康評估與實驗等相關知識；橫向統合進階家庭專科護理(一)。欲修習本科需完成三門先修課程，進階病理生理學、進階藥理學、進階身體健康評估與實驗。

十五、課程摘要：

本課程旨在培育學生以常見急性醫療照護病人之知識及技能為基礎，建立家庭專科護理師角色及進階照護能力功能，並發揮其功能於社區及家庭，並對常見之執業議題有初步瞭解。運用批判性思維與實證醫學及護理，以建立適當之健康問題診斷與處置，評價照護結果。藉由課程及臨床實習教師的協同教學，至實習結束每位學生將至少照護 10 位個案，並依計畫書規定完成相關報告、案例分析與心得。

十六、教學目標：

- (一)扮演專科護理師之角色與功能於急性醫療、社區及家庭。
- (二)運用批判性思考及技能執行疾病評估及鑑別診斷、評估與監測病患照護結果。
- (三)展現實證案例分析能力並應用實證照護標準於急性病人之健康照護。
- (四)以專科護理師之角色與醫療團隊合作促進病人健康復原。
- (五)能反思於照護過程中所面臨之臨床倫理與法律議題，了解家庭專科護理師之執業範疇及限制。

十七、授課方法/實習方式：

學生依自己的專業及未來發展，經指導教授同意協助安排及規劃實習單位。需將課室所學知識及照護技巧運用於實習中，需實際接觸並照護具有內外科問題之住院病人，例如疼痛、發燒、感染、營養不良、疲勞、體液電解質與酸鹼不平衡、內分泌異常、休克、急慢性傷口、創傷、或內科急症。實習前學生需與指導教師、臨床實習指導教師和相關人員共同討論，擬訂實習學習計畫，並依計畫內容進行與評估。

十八、教學活動：

依學生個別擬定之實習契約進行。透過實習契約書之訂定、實習指導教師與實習教學教師的共同輔導、實習日誌、個案報告、互動記錄與實習心得的完成，以確保學生的實習經驗，至實習結束每位學生將至少照護 10 位內外科常見之急性醫療病人，以培養學生具備家庭專科護理師入門所需之知識與技能。

十九、教學進度：(依學生進度撰寫)

週次	日期	課程進度	教學時數	備註
1			討論時數： 16 小時	學生依實習學習契約及計畫進度，與臨床實習
2				
3				
4				

週次	日期	課程進度	教學時數	備註
5				教師約定
6				
7				

二十、作業：請參照實習作業格式說明，需完成以下所有項目，並於實習結束後一週內，按下列順序，將完整計畫書及作業(包含簽名)電子檔掃描寄送所辦公室存檔。

(一)實習計畫書 (P1 至附件一)

(二)實習教學教師 (Advisor) 指導記錄單一份 (附件二)。

(三)實習臨床教師 (Preceptor) 指導記錄單一份 (附件三)。

(四)實習反思心得一份 (附件四)。

(五)病歷報告四份 (每份病歷報告需含入院記錄 1 份、病程記錄 2 份、出院記錄 1 份)(附件五)。

(六)案例報告 (NPIII) 一篇 (案例報告書寫指引請參照附件六)。

(七)案例報告 (NPIII) 評分表一份 (附件七)。

(八)照護個案記錄表一份 (需獨立照護至少 10 位個案)(附件八)。

(九)實習簽到表一份(附件九)。

(十)DOPS 考核表二份 (實習教學教師及實習臨床教師各一份)(附件十)。

二十一、實習評值及所占百分比：

(一)實習計畫書：5%

(二)臨床考核：50%

1. 實習教學教師：20% (臨床表現及學習參與度)(附件二)

2. 實習臨床教師：30% (臨床表現及學習參與度)(附件三)

(三)實習作業 (案例報告 (NPIII))：20% (附件九)

(四)實習技能考核 (DOPS)：25% (實習教學教師及臨床教師各占 12.5%)(附件十)

二十二、實習指導人員職責：

(一)實習教學教師 (Advisor) 職責

1. 依學生實習計劃及學習狀況，需實際參與至少 16 小時實習活動。

2. 發現學生問題加以指導及追蹤。

3. 與實習臨床教師緊密連繫及溝通，協助學生完成實習。

4. 指導及批改學生案例分析報告及實習技能考核 (DOPS)。
5. 與實習臨床教師共同討論及評值學生實習成效。

(二)實習臨床教師 (Preceptor) 職責

1. 根據學生之實習契約及實習目標，透過各種臨床照護活動、團隊會議及情境技能演練，強化相關臨床實務經驗。
2. 以一對一教學模式，提供學生良好的學習典範。
3. 幫助學生了解醫護合作模式及模式中之專科護理師角色功能。
4. 協助並監督學生實習活動的執行，並確認實習目標之完成。
5. 定時與學生討論實習之進度，依學習狀況給予指導及建議。
6. 若學生有異常或特殊狀態請協助通知實習教學教師。
7. 批改學生作業並指導修正建議 (入院紀錄、病程紀錄、出院紀錄)。
8. 評值學生實習表現。

國立中興大學臨床護理研究所

學年度第

學期

進階家庭專科護理臨床實習(一)

實習契約

學生姓名：

學號：

實習機構：

實習單位：

電話：

地址：

實習臨床教師(Preceptor)簽名：專師：

醫師：

實習教學教師(Advisor)簽名：

日期：

實習學生簽名：

日期：

實習目標	預獲得實習經驗	預計達成目標時間	學生自我評值方式

實習教學教師 (Advisor) 指導記錄單

實習科目：進階家庭專科護理臨床實習(一) 實習機構／單位：_____

學生姓名：_____ 學號：_____ 實習教學教師：_____

日期	問題 (困境)	指導內容摘要	追蹤或反饋

➤ 臨床實習成績

總評分數(0-100 分)	說明 (成績低於 70 分或高於 90 分，請說明)

實習臨床教師 (Preceptor) 指導記錄單

實習科目：進階家庭專科護理臨床實習(一) 實習機構／單位：_____

學生姓名：_____ 學號：_____ 實習臨床教師：_____

日期	指導/討論內容	實習活動	實習臨床教師 簽名

➤ 臨床實習成績

總評分數(0-100 分)	說明 (成績低於 70 分或高於 90 分，請說明)

國立中興大學臨床護理研究所碩士班
進階家庭專科護理臨床實習(一)
實習心得

附件四

學生姓名：_____ 學號：_____ 繳交日期：_____

國立中興大學臨床護理研究所碩士班
進階家庭專科護理臨床實習(一) 病例報告
入院病歷記錄 (Admission note) (以英文書寫)

附件五

學生姓名：_____ 學號：_____ 日期：_____

General Information:

Name:	
Bed No:	Admission date:
Age:	ID No:
Gender:	Occupation:
Education level:	Marital status:

Chief Complaint:

1. The most important sign or symptom as a chief complaint.
2. The duration, frequency, or interval of the chief complaint.

Present Illness:

1. To describe the important information from the LQQOPERA guide of present illness.
2. To mention the response to medical treatment for each symptom after onset.
3. To describe the final result of serial work up.
4. The final result of serial work up and outcome of the last treatment.
5. The last assessment result and current treatment plan.

Past medical history:

1. To mention the general health of the patient in their past time.
2. To mention the patient's history of chronic disease and current treatment by medication.
3. To mention the patient's operation or accident.
4. To describe menstruation history (onset of menstruation, amount of flow, interval and cycle of the menstruation, dysmenorrhea).
5. To mention drug reactions, food and / or environmental allergies.

Personal, Social, Occupational and Family History:

1. The patient's traveling history.
2. The patient's occupation or work (if retiring, please mention the last occupation or work)
3. the general health of patient's parents, alive or dead. If dead, what age and what was the cause and its relative factor to present illness of the patient.
4. The patient's habits or addiction (alcohol consumption, betel nut chewing, cigarette smoking, substance use)

Review of Systems:

Systems	(+) or (-)
General	body weight loss appetite, fever/chill, activity
Head	headache, diplopic, blurred vision, dizziness
ENT	hearing impairment, vertigo, logorrhea, otorrhea, tinnitus, nasal stuffiness, oral ulcer, gum bleeding, epistaxis
Respiratory	cough, Sputum, Shortness of breath, wheezing, dyspnea
Cardiovascular	limbs edema, chest tightness, chest pain, palpitation, cold limbs, cyanosis

G-I	dysphagia, nausea, vomiting, abdominal distress/pain, change in bowel habit, hematemesis, melena, bloody stool
Epigastralgia	Diarrhea, Constipation, Incontinence, Tarry stool, Abdominal pain, abdominal distention, Tenesmus
G-U	Dysuria, Urgency, Hematuria, ribbling, Flank pain, Incontinence
Hematological	anemia, easy bruise/bleeding, lymphadenopathy, transfusion
Musculoskeletal	joint pain, stiffness, limitation of motion, muscular weakness, wasting
Endocrine	growth, development, weight change, heat/cold intolerance, nervousness, sweating, polydipsia
Neurologic	Faint, Dizzy, Weakness, Numbness, Stroke

Physical examination:

Vital sign: BT: , PR: /min, RR: /min, BP: / mmHg, SpO2: %, BW: Kgs, BH: cm

General appearance:

Consciousness Level:

HEENT: conjunctiva: not pale, sclera: not icteric, extraocular muscle intact, no hard of hearing, no nasal obstruction or nasal discharge, normal tongue movement.

Neck: supple, no jugular vein engorgement

Chest: symmetrical expansion, breath sounds clear bilateral.

Heart: regular beat, no murmur, no gallop.

Abdomen: flat and soft, no superficial vein engorgement, liver and spleen are impalpable, no tenderness, no rebound tenderness, normal bowel sound.

Extremities: freely movable, pitting edema (-), cyanosis (-), clubbing digits (-).

Digital examination: no palpable mass, external hemorrhoid.

Neurological examination: within normal limits.

Lymphadenopathy: cervical (-), supraclavicular (-), axillary (-), inguinal (-)

Lab :

1. It usually includes blood, urine, stool, and sputum routine examinations.
2. To mention the most important positive and negative findings this might be related to the diagnosis.

Initial Diagnosis :

1. To choose the most important possibility of diagnosis as the first diagnosis.
2. To list out all the next important known diagnosis as the second, third, or fourth impression.

Diagnosis and Management: The problem list includes active problems and inactive problems.

Care plan: The diagnostic plan, therapeutic plan, and patient education.

註：請將個案資料去識別化。

國立中興大學臨床護理研究所碩士班
進階家庭專科護理臨床實習(一) 病例報告
病程病歷記錄 (Progression note) (以 PORM 及英文書寫)

學生姓名：_____ 學號：_____ 日期：_____

Time / date:

1. List each medical, surgical or psychiatric problem separately.
2. Give each problem a call number, e.g. 1, 2, 3
3. Evaluate each problem by number in the following SOAP format.

Problem number/problem:

Subjective data: To describe the patient's feelings, symptoms, and any complaints.

Objective data: List each item separately on a separate line, including vital signs, physical examination findings, Lab data, image study, or biopsy related to the problem.

Assessment:

- (1) Progress in establishing the patient's diagnosis, prognosis, and response to management.
- (2) Evaluation of the data and any conclusions that can be drawn.
- (3) Progress in terms of therapeutic goals.

Plan: List or adjust the plan based on subjective, objective data and evaluation results.

註：請將個案資料去識別化。

國立中興大學臨床護理研究所碩士班
進階家庭專科護理臨床實習(一) 病例報告
出院病歷記錄 (Discharge note) (以英文書寫)

學生姓名：_____ 學號：_____ 日期：_____

Name:

Bed No:

Admission date:

Age:

ID No:

Gender:

Occupation:

Education level:

Marital status:

Admission diagnosis:

1. The main diagnosis of chief complains, it was present, relieve or subside.
2. Post Op diagnosis.
3. To list out all the next important known diagnosis as the second, third or fourth impression which were receiving treatment.

Discharge diagnosis:

Be the same as "Admission note"

Any new diagnosis made during hospitalization

Chief complaint:

Be the same as "Admission note"

Present illness:

A brief review of the main points of history, finding of physical and result of lab tests before admission. The goal here is not to repeat what is available in the admission note but to summarize the most important information about patient's admission.

Past history:

Be the same as "Admission note"

Physical examination (Be the same as " Admission note ")

Vital sign :	B.P. :	mmHg	B. H. :	cm
	P.R.:	/ min	B.W.:	kg
	R.R.:	/ min	KPS :	%
	B.T.:			

General: cont's clear and alert,

HEENT: conjunctiva: pale, sclera: not icteric, extraocular muscle intact, no hard of hearing, no nasal obstruction or nasal discharge, normal tongue movement,,

Neck: supple, no jugular vein engorgement,

Chest: symmetrical expansion, breath sound clear bilaterally.

Heart: regular beat, no murmur, no gallop.

Abdomen: obese, flat and soft, no superficial vein engorgement, liver span: spleen is impalpable, no tenderness, no rebound tenderness, normal bowel sound.

Extremities: freely movable, pitting edema (-), cyanosis (-), clubbing digits (-).

Digital examination: no palpable mass, external hemorrhoid (-)

Neurological examination: within normal limits.

Lymphadenopathy: cervical (-), supraclavicular (-), axillary (-), inguinal (-)

Operation and Therapeutic procedure:

Date of operation, name of operation and procedure (picture, finding).

Hospital course:

Briefly summarize course of hospitalization including physical assessment, treatment modalities, patient's response to the treatment, and progression of disease.

Complications:

If patient have complications, please mention the type of complication, treatment and responses.

Laboratory data: (Review the results obtained since admission, including general test, blood, stool, urine, etc. and specific test, EKG, sonography, endoscopy, biopsy, consultation, etc.)

Image studies results: (Review image results obtained during hospitalization).

Pathology report: (Including biopsy pathology report (Gross, Micro), cytology, etc.).

Discharge status:

Maybe discharge	Against-advice discharge	Transfer to other institutes
Expired	On critical	Other

Follow up instruction and medication:

1. Date of discharge.
 2. Follow up: date of return to clinic, blood examination, image study, etc....
 3. Discharge medications: List medications, dosing, and refills.
 4. Discharge education.
-

Student Nurse Practitioner:

Preceptor:

註：請將個案資料去識別化。

進階家庭專科護理臨床實習(一)

案例報告書寫指引 (NPIII)

一、通則

1. 案例的選擇具特殊性及參考價值。
2. 結構通順、簡明、有條理，文字通順、達意扼要。

二、摘要

1. 簡要描述病情呈現、醫療處置或具體照護建議及預後結果，且能涵蓋全文內容。
2. 提供適當之關鍵詞。

三、前言

清楚說明案例背景(包括疾病臨床表徵、診斷與處置之學理)，以及動機及對臨床的重要性。

四、案例介紹

1. 詳細描述現在病史及過去病史。
2. 清楚說明臨床表徵、身體檢查，與重要檢驗/檢查/影像之發現。
3. 能以專科護理師角度進行問題剖析。
4. 能依據檢查及身體評估之發現進行區辨診斷。
5. 清楚說明鑑別診斷，並依此給予進一步理學檢查或測試或檢驗/檢查/影像，及最後的確診。
6. 清楚說明確診後的醫療照護計劃與措施。
7. 清楚說明整體照護之具體成效和預後。

五、討論

1. 詳細描述該疾病流行病學、一般診斷與治療的相關臨床資料。
2. 清楚討論該個案非典型的表現狀況或處置方式，並與相關文獻出處或學理做比較。
3. 能反應/對照/解釋個案問題、臨床發現及醫護措施。
4. 能呈現案例特殊性、創新性或具臨床教學的重要性。
5. 能對日後臨床照顧該類個案提出具體建議。
6. 具系統、組織條理，且總(結)論敘述簡明扼要。

六、參考文獻

1. 撰寫方法正確且依據 APA 最新版格式。
2. 內容中含五年內之中、英文獻，與內文引用文獻一致。

七、注意事項

1. 請勿以曾經送審過或發表過的NP3報告或case report做為作業內容。
2. 所選擇的案例，必須是在實習期間曾照顧過或臨床教師同意撰寫的案例。
3. 若於實習期間無可選擇的案例，可與指導教授討論後，選擇適當的案例書寫，但不得違背注意事項第1、2項。

八、報告格式

1. 字體：12 號字，1.5 倍行距。中文標楷體，英文字體：Times New Roman。
2. 邊界：上、下、左、右各 2 公分，需標註頁數(置於版面最下方中間位置)。
3. 內容：包含封面(題目、學生與老師資訊、照護期間)、摘要、前言、案例介紹、討論、結論、參考文獻。影像、表格(至多 2 個) 請以附件方式呈現。
4. 正文頁數：需控制於 10 至 11 頁 (不含封面、摘要、影像、表格、參考文獻)。

進階家庭專科護理臨床實習(一)

案例報告 (NPIII) 評分表

審查項目	配分	審查意見	得分
一、通則 1. 案例的選擇具特殊性及參考價值(3) 2. 結構通順、簡明、有條理，文字通順、扼要(2)	5		
二、摘要 1. 簡要描述病情呈現、醫療處置或具體照護建議及預後結果，且能涵蓋全文內容(4) 2. 提供適當之關鍵詞(1)	5		
三、前言 1. 清楚說明此案例之背景(包括疾病臨床表徵、診斷與處置之學理)，及動機及對臨床的重要性(5)	5		
四、案例介紹 1. 詳細描述病史現在與過去病史 (5%) 2. 清楚說明臨床表徵、身體檢查，與重要檢驗/檢查/影像之發現 (5%) 3. 能以專科護理師角度進行問題剖析(10%) 4. 能依據檢查及身體評估發現進行區辨診斷(10%) 5. 清楚說明鑑別診斷，並依此給予進一步的理學檢查或測試或檢驗/檢查/影像，與最後的確診(5%) 6. 清楚說明確診後醫療照護計劃與措施(5%) 7. 清楚說明整體照護之具體成效和預後(5%)	45		
五、討論 1. 詳細描述該疾病流行病學、一般診斷與治療的相關臨床資料(5%) 2. 清楚討論該個案非典型的表現狀況或處置方式，並與相關文獻出處或學理做比較(10%) 3. 能反應/對照/解釋病人問題、臨床發現及醫護措施(5%) 4. 能呈現案例特殊性、創新或具臨床教學的重要性(5%) 5. 能對日後臨床照顧該類病人提出具體建議(5%) 6. 具系統、組織條理(5%)	35		
六、參考文獻 1. 撰寫方法正確且依據 APA 最新版格式(2) 2. 內容中含五年內之中、英文獻，與內文引用文獻一致(3)	5		
總評：			總分：

進階家庭專科護理臨床實習(一)

照護個案記錄表

NO	個案姓名/病歷號/ 床號/入院日期/病 房 (sticker)	主要診斷 次要診斷	照護 期間	訓練 單位	實習臨床 教師簽名
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

註：請將個案資料去識別化。

進階家庭專科護理臨床實習(一)

實習簽到表

實習機構						實習單位							
實習教學教師						實習臨床教師							
學生學號						學生姓名							
實習起迄日期		~				臨床實習時數							
臨床實習日期	日期及時間		簽名	日期及時間		簽名	日期及時間		簽名	日期及時間		簽名	實際實習時數： 小時
	☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			
	☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午		實習臨床教師簽章：	
	☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			
	☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午		實習單位主管簽章：	
	☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			☐ 上午 ☐ 下午			

- ☐ 實習教學教師
- ☐ 實習臨床教師

附件十

國立中興大學臨床護理研究所碩士班

進階家庭專科護理臨床實習(一)

Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) 評估表

學生姓名：

評量日期：

評量地點：

個案主要診斷：

學生簽名：

評估項目(%)	學生自評	考核教師評分
溝通技巧 (20%)： - 準確收集病人的病史及健康問題。 - 展現邏輯性的思考脈絡。 - 不使用專業術語。 - 同理心的關懷及信任感的建立。		
相關知識 (30%)： - 運用知識判斷問題方向及行鑑別診斷。 - 不使用專業術語。		
技術能力 (30%)： - 注意個案隱私及安全。 - 能運用焦點式身體評估技術。 - 充分正確的運用各式檢查工具。 - 動作適宜溫暖，關注個案非語言徵象。 - 能適宜的告知檢查結果及提出問題。		
適時尋求協助 (10%)： 能適當的尋求支持及協助。		
專業素養 (10%)： - 展現尊重的態度並重視病人需求。 - 尊重病人資料保密性。 - 檢查過程及行為合乎倫理標準。		
整體能力總評分 (如成績低於70分，請具體說明需加強部份)：		

註：請將個案資料去識別化。

考核滿意度調查 (考核時間： 分鐘，回饋時間： 分鐘)		
參與人員	實習學生	考核教師
滿意度(0~100 分)		
簽名		
日期		