

重庆市卫生健康委员会办公室

委办（2020—157）

重庆市卫生健康委员会办公室 关于开展 2020 年重庆市中医住院医师规范化 培训和中医助理全科医生培训结业考核的通知

涪陵区、九龙坡区、北碚区、江津区、永川区、铜梁区、垫江县、云阳县卫生健康委，市中医院：

根据《国家中医药管理局中医师资格认证中心关于 2020 年度中医住院医师规范化培训结业考核有关工作的通知》（国中医药认证〔2020〕33 号）文件要求，结合我市疫情防控工作实际，拟于 2020 年 8 月开展 2020 年重庆市中医住院医师规范化培训（以下简称“中医住培”）和中医助理全科医生培训（以下简称“中医助理全科”）结业考核，现将有关事项通知如下：

一、组织机构

考核工作由市卫生健康委统一组织实施，具体考务工作由市住培事务管理办公室负责。

二、考核对象

完成培训任务，经住培基地审核同意报考的中医住培学员和

中医助理全科学员。

三、考核工作安排

(一) 中医住培

- 1.专业理论人机对话考核：8月16日9:00-11:30。
- 2.临床实践能力考核：8月17至20日8:00-18:00。

(二) 中医助理全科

- 1.专业理论笔试：8月16日上午9:00-11:00。
- 2.临床实践能力考核：8月17日8:00-18:00。

四、考核内容

考核内容主要参照以下考核大纲、结业考核内容及标准：

(一) 国家《中医住院医师规范化培训结业理论考核大纲(2017试行版)》；

(二) 国家《中医全科住院医师规范化培训结业理论考核大纲(2017试行版)》；

(三) 《2019年重庆市第二批中医类别住院医师规范化培训临床实践能力结业考核内容及标准》；

(四) 《2019年重庆市中医类别助理全科医生培训结业考核内容及标准》。

五、其他事宜

(一) 请各住培基地高度重视结业考核工作，认真组织实施，充分考虑疫情防控要求，提供充足的间隔空间，避免人员聚集，

确保工作人员和学员的安全。

(二) 报考学员提交的报考信息应当真实、准确。提供虚假信息的，一经查实，按规定严肃处理。

(三) 请各住培基地认真审核学员材料，于6月2日17:00前将审核材料汇总报送至市住院医师规范化培训事务管理办公室，同时报送报名汇总表电子版至邮箱 67706807@163.com。

(四) 本次考核地点详见学员准考证。

联系人：市卫生健康委徐春燕，67705034。市住培培训事务管理办公室罗橙橙，63631020。

附件：1. 报考流程

2. 2020年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理全科医生培训结业考核申请表

3. 2020年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理全科医生培训过程考核记录汇总表

4. 2020年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理全科医生培训结业考核报名汇总表

重庆市卫生健康委员会办公室

2020年5月26日

附件 1

报考流程

一、上报学员资料：6月2日前

各住培基地参照 2019 年报送材料清单收集并认真审核学员材料，于 6 月 2 日 17:00 前报送至市住培事务管理办公室，同时报送《2020 年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理全科医生培训结业考核报名汇总表》电子版至邮箱 67706807@163.com。

二、资格审核：6月3日-5日

由市住培事务管理办公室组织专家审核考生资格。

三、考核报名

(一) 中医住培专业理论人机对话考核。

1. 网上预报名：6月15日-26日。

请各主基地登录中国中医药考试认证网 (www.tcmtest.org.cn)，集中导入通过资格审核的考生信息。

2. 网上报名现场确认：6月15日-30日。

按照 2019 年机考报名流程完成网上报名现场确认，并由主基地于 7 月 1 日前，统一将学员报名表等资料报送至市住培事务管理办公室。

(二) 中医住培临床实践能力考核及中医助理全科结业考

核网上报名：6月18日-22日。

请通过资格审核的考生登录重庆医药卫生人才网—重庆市住院医师、护士规范化培训专区-2020年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理全科医生培训结业考核报名入口（<http://ks.cqwsr.com>），凭本人姓名和身份证号码登录，上传照片，完成报名。

四、准考证打印

（一）中医住培专业理论人机对话考核准考证打印：8月7日-16日。

请考生登录中国中医药考试认证网（www.tcmtest.org.cn）打印准考证。

（二）中医住培临床实践能力考核及中医助理全科结业考核准考证打印：8月7日-20日。

请考生登录重庆医药卫生人才网—重庆市住院医师、护士规范化培训专区-2020年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理全科医生培训结业考核报名入口（<http://ks.cqwsr.com>）打印准考证。

附件 2

2020 年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理
全科医生培训结业考核申请表

| | | | | | | | | |
|--|--------------|----|----|--|---------------|--|-------|--|
| 本人填写 | 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 学历/学位 | |
| | 培训基地 医院名称 | | | | 培训起止时间 | | 报考专业 | |
| | 培训学科 | | | | 联系电话 | | | |
| | 培训轮转情况 | 时间 | | | | | | |
| 科室 | | | | | | | | |
| 时间 | | | | | | | | |
| 科室 | | | | | | | | |
| 培训基地填写 | 出科考试成绩 | 科室 | | | | | | |
| | | 成绩 | | | | | | |
| | | 科室 | | | | | | |
| | | 成绩 | | | | | | |
| 注：出科考试成绩按百分制评定。 | | | | | | | | |
| 培训基地意见 | 基地主任签名： | | | | | | | |
| 培训基地医院资格审查意见： | | | | | 市卫生健康委资格审查意见： | | | |
| 单位盖章： | | | | | 单位盖章： | | | |
| 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | |
| 本人承诺，提交的报考信息真实、准确，无伪造、变造有关证件、材料、信息，骗取考试资格行为。如有不实，后果自负。 | | | | | | | | |
| 承诺人签字： | | | | | | | | |

填表说明：1.科室名称请严格按照培训标准填写，如基地科室名称与培训标准不一致请备注说明；2.培训轮转情况栏时间填写格式 XXXX 年 XX 月 XX 日——XXXX 年 XX 月 XX 日。

附件 3

2020 年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理全科医生培训 过程考核记录汇总表

培训基地：

第二阶段培训科室：

姓名：

联系电话：

| 培训登记项目 | 科室 () | | 科室 () | | 科室 () | | 科室 () | | 科室 () | | 科室 () | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 |
| 书写门诊病案份数 | | | | | | | | | | | | |
| 书写住院志份数 | | | | | | | | | | | | |
| 书写大病历份数 | | | | | | | | | | | | |
| 应掌握的操作项数 | | | | | | | | | | | | |
| 培训登记项目 | 科室 () | | 科室 () | | 科室 () | | 科室 () | | 科室 () | | 科室 () | |
| | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 | 要求 完成 | 实际 完成 |
| 书写门诊病案份数 | | | | | | | | | | | | |
| 书写住院志份数 | | | | | | | | | | | | |
| 书写大病历份数 | | | | | | | | | | | | |
| 应掌握的操作项数 | | | | | | | | | | | | |

填表说明：1. 科室按学员培训手册登记顺序填写；2. 科室名称请严格按照培训标准填写，如基地科室名称与培训标准不一致请备注说明；3. 如学员类别为中医全科，请在第二阶段培训科室处填“中医全科”。

附件 4

2020 年重庆市中医住院医师规范化培训和中医助理全科医生培训 结业考核报名汇总表

培训基地医院（盖章）：

| 序号 | 姓名 | 性别 | 学历学位 | 身份证号 | 出生日期 | 中医执业（助理）医师资格证书编号或成绩 | 第二阶段培训科室 | 临床技能考核系统（内科系统/外科系统/中医全科） | 学员类别（单位人/社会人） | 规培年限 | 规培起止时间 | 联系方式 |
|----|----|----|------|------|------|---------------------|----------|--------------------------|---------------|------|--------|------|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

填报人：

联系电话：

填表说明：1.规培起止时间填写格式 XXXX 年 XX 月 XX 日——XXXX 年 XX 月 XX 日；2.出生日期填写格式 XXXX 年 XX 月 XX 日；3.补考学员请注明补考次数及补考项目；4.电子件请发 excel 版。