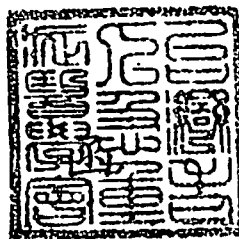


正本

台灣老人急重症醫學會



機關地址：台北市中山區民權西路 20 號 3 樓之 3

聯絡人：吳艾倫

電話：(02) 2543-3555

傳真：(02) 2543-1989

E-MAIL：sgecm1@gmail.com

受文者：財團法人仁愛綜合醫院

發文日期：中華民國九十七年八月十二日

發文字號：(九七)台灣老人急重正字第九七〇四七號

速別：普通

密等及解密條件：

附件：

主旨：本會訂於民國九十七年九月七日(星期日)假馬偕醫院舉辦「急重老人跌倒照護研討會」，敬請貴院轉知相關醫療人員，歡迎有興趣者踴躍報名參加。

一、時間：九十七年九月七日(星期日)。

二、地點：馬偕紀念醫院平安樓十五樓階梯講堂(台北市中山北路 92 號)。

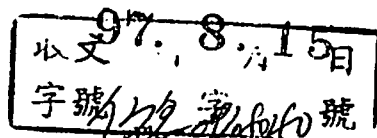
三、隨函檢附課程簡章、報名表。

四、教育積分：台灣老人急重症醫學會 25 分，台灣醫學會、內科醫學會、外科醫學會、心臟學會、急診醫學會、急救加護醫學會、重症醫學會申請中。

正本：

附本：台灣老人急重症醫學會

理事長 蔡正河



急重老人跌倒照護研討會

- 一、課程背景：**跌落常是老人死亡之開始。急重症老年患者照護不同於成人或小孩，常存各種變數需要高度關心監測。針對老人跌落之照護處置，常因老人各種特殊不同因素，術後或疼痛、溝通上或心智上之障礙，造成照護上困難，很多由於失能而有褥瘡或併發尿路感染而有不同預後。針對急重症老年患者照護，需要特別隨時提醒過程所存有許多併發症之可能，密集監測醫療行為適當性，並從實務操作中自我學習充實，提升各種情境下之照護技術能力，幫助急診醫護人員對老人急重跌倒病患作最專業處置。
- 二、課程目的：**強化急重症老人跌倒後，照護醫療行為適當性，並從常因老人各種特殊因素中學習充實，提升各種情境下之照護技術能力。
- 三、主辦單位：**台灣老人急重症醫學會
協辦單位：馬偕紀念醫院、財團法人台灣老人急重症基金會、台灣教會醫療院所協會
- 四、時間地點及報名費用：**
時間：97年9月7日（星期日）
地點：馬偕醫院平安樓十五樓階梯講堂（台北市中山北路二段92號）
費用：本課程為一天
本會會員、協辦單位會員（需提出證明）：
新台幣壹仟元整（含茶水、午餐、講義）；
非本會會員：新台幣壹仟伍佰元整（含茶水、午餐、講義）
名額：即日起至上課一星期前完成報名及匯款
- 五、報名方式：**即日起請利用網路至本會網站線上報名(<http://www.sgecm.org.tw>)，並於三日內郵政劃撥繳款，戶名「台灣老人急重症醫學會」，郵政劃撥儲金帳號「19919080」，擲繳報名費，郵政劃撥備註欄請註明課程名稱和日期，費用參上所列，匯款後收據寫上大名和課程主題和日期，連同報名表傳真至(02)2543-1989。不受理現場報名。聯絡電話(02)2543-3555。
- 六、教育積分：**台灣老人急重症醫學會25分，台灣醫學會、內科醫學會、外科醫學會、心臟學會、急診醫學會、急救加護醫學會、重症醫學會申請中，全程參與者會後發予參加證明（當天未領取者恕不補寄）
- 七、備註：**因故不克參加要求退費者，上課一週前退90%，上課三日前退70%，其餘狀況恕不退費。

急重老人跌倒照護研討會

時間：97年9月7日（星期日）

地點：馬偕醫院平安樓十五樓階梯講堂（台北市中山北路二段92號）

時 間	內 容	講 師
08:30-08:50	報 到	
08:50-09:00	開場致詞	蔡正河（台灣老人急重症醫學會理事長 馬偕醫院院長） 陳漢湘（台灣老人急重症醫學會 安全照護委員會主任委員、 馬偕醫院醫教部主任）
09:00-09:50	急重老人跌倒之安全監測之實證基礎 與預後評估	張文瀚（台灣老人急重症醫學會祕書長 馬偕紀念醫院急診醫學科主任）
09:50-10:40	急重老人跌倒術後恢復與早期復健照 護之重要	歐育志（馬偕醫院物理治療主任）
10:40-10:50	Break	
10:50-11:40	急重老人跌倒後疼痛之控制	林嘉祥（馬偕醫院麻醉科主治醫師）
11:40-12:30	急重老人跌倒之手術適應症與手術方 法	郭兆光（馬偕醫院骨科主任）
12:30-13:30	Lunch	
13:30-14:20	急重症老人跌倒後居家照護與生活回 復能力評估	姜義彬（馬偕醫院復健科主治醫師）
14:20-15:10	老人跌倒危險因子與預防對策	林茂榮（台北醫學大學傷害防治研究所教授）
15:10-15:20	Break	
15:20-16:10	急重老人跌倒後常見併發症與處置	吳哲侃（台北榮總急診部創傷科主治醫師）
16:10-17:00	急重老人骨質疏鬆預防與跌倒後骨折 之防治計劃	李毅明（馬偕醫院新竹分院骨科主任）

急重老人跌倒照護研討會報名表970907

姓 名	(請用正楷填寫)		身分證字號	(為恐同名同姓請務必填寫)
服 務 醫 院				
職 稱				
聯 絡 住 址	☐ ☐ ☐			
電 話	(O) : (H) :	轉	傳 真	(O) : (H) :
備 註				

請將報名表及劃撥單傳真至 (02) 2543-1989，並來電 (02) 2543-3555 確認