# PT-F028 專項技術認證記錄表

| 文件編號 | 版本 | 標題 | 頁碼 |
| --- | --- | --- | --- |
| PT-F028 | A | 專項技術認證記錄表 | 1/2 |
| 擬制部門：物理治療部 | 批准：總院長 | 制定日期：2024年1月1日 | 實施日期：2024年1月1日 |

## 一、申請人基本資訊

| 姓名： |  | 員工編號： |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職位： |  | 科室/組別： |  |
| 入職日期： |  | 職稱/級別： |  |
| 聯絡電話： |  | 電子郵件： |  |

## 二、申請認證技術資訊

| 認證技術名稱： |  |
| --- | --- |
| 技術類別： | □評估技術 □手法治療 □運動治療 □物理因子治療 □輔具適配 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 技術適用範圍： |  |
| 風險等級： | □低風險 □中風險 □高風險 |
| 是否為管制性技術： | □是 □否 |

## 三、申請人相關培訓與經驗

### 1. 相關培訓經歷

| 培訓課程名稱 | 培訓機構 | 培訓日期 | 培訓時數 | 證書編號 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### 2. 相關臨床經驗

| 項目 | 內容 |
| --- | --- |
| 相關臨床經驗年限 |  |
| 過去半年內應用次數 |  |
| 臨床案例簡述 |  |
| 申請人自我評估 |  |

## 四、認證評核記錄

### 1. 理論知識評核

| 評核項目 | 評核方式 | 評核日期 | 評核人 | 評核結果 | 評語 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 技術原理 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 適應症與禁忌症 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 風險管理 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 相關解剖與生理 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  | □通過 □不通過 |  |

**理論評核總結**：

### 2. 實操技能評核

| 評核項目 | 評核方式 | 評核日期 | 評核人 | 評核結果 | 評語 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 準備工作 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 操作技巧 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 安全措施 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 處理特殊情況能力 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 設備使用能力 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  | □通過 □不通過 |  |

**實操評核總結**：

### 3. 臨床應用評核

| 評核項目 | 評核方式 | 評核日期 | 評核人 | 評核結果 | 評語 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臨床判斷能力 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 治療計劃整合 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 患者溝通能力 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 技術實施效果 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 文件記錄能力 |  |  |  | □通過 □不通過 |  |
| 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  | □通過 □不通過 |  |

**臨床應用評核總結**：

## 五、認證結果

### 1. 評核結果匯總

| 評核項目 | 必要條件 | 實際結果 | 是否達標 |
| --- | --- | --- | --- |
| 理論知識評核 | 全部通過 |  | □是 □否 |
| 實操技能評核 | 全部通過 |  | □是 □否 |
| 臨床應用評核 | 至少4項通過 |  | □是 □否 |

### 2. 最終認證結果

□ 通過認證 □ 有條件通過認證（需補充項目：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □ 未通過認證

### 3. 認證有效期限

認證生效日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

認證有效期至：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 4. 認證維持條件

□ 每年至少執行該技術\_\_\_\_\_\_次 □ 每\_\_\_\_\_\_個月接受一次技術複核 □ 每年參加至少\_\_\_\_\_\_小時相關繼續教育 □ 其他條件：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 六、審核與簽名

| 評核人簽名 | 日期 | 部門主管簽名 | 日期 |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

| 醫療部主任簽名 | 日期 | 總院長簽名 | 日期 |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

申請人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 七、技術維持與複核記錄

| 複核日期 | 複核項目 | 複核結果 | 複核人 | 備註 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | □合格 □不合格 |  |  |
|  |  | □合格 □不合格 |  |  |
|  |  | □合格 □不合格 |  |  |
|  |  | □合格 □不合格 |  |  |

| 文件編號 | 版本 | 標題 | 頁碼 |
| --- | --- | --- | --- |
| PT-F028 | A | 專項技術認證記錄表 | 2/2 |