

# 重庆市输血协会

重输协字〔2022〕8号

## 重庆市输血协会关于举办临床用血医疗机构人员 基本理论及操作培训班的通知

各相关单位：

为进一步增强临床用血医疗机构用血专业人员的业务能力，提高采供血服务质量和输血治疗水平，避免血液资源浪费和降低输血不良反应的发生，基于“强基础、重实用”的出发点，按照“一法两规”和《全国血液安全技术核查指南》要求，重庆市输血协会拟定于2022年5月举办临床用血医疗机构人员基本理论及操作培训班。届时由市采供血质量安全控制中心专家库成员、市血液中心业务技术专家作理论培训和实验带教，欢迎全市输血医学从业人员参加，现将有关事项通知如下：

### 一、培训时间

报到时间：2022年5月19日（周四）8:30-9:00；

培训时间：理论培训1天（5月19日9:00-16:00）

操作培训1天（5月24日—26日9:00-16:00，连续3天开展，每天限24人），每位参会代表任选一天进行操作培训，并在

附件 1 中注明具体日期。

## 二、培训地点

重庆市血液中心 4 楼 014 学术报告厅（地址：重庆市九龙坡区华福大道北段 21 号，重庆轨道交通 5 号线金建路站 1A 出口）

## 三、培训对象

- （一）医院输血科（血库）负责人及技术骨干。
- （二）采供血机构技术人员及管理人员。

## 四、培训内容

详见附件 2。

## 五、培训及交通、住宿费用

（一）培训费：会员单位 1000 元/人；非会员单位 1200 元/人（含培训师费、资料费、操作试剂耗材费等），请转账至协会银行账户，转账时请备注单位名称+纳税人识别号（纳税人识别号详细信息请咨询本单位财务人员）。

账 号： 2321 8033 4910 001

开户银行： 招商银行重庆分行上清寺支行

开 户 名： 重庆市输血协会

（二）食宿费、交通费自理，酒店自行安排，回单位报销。

（三）参考酒店名单

### 1. 维也纳酒店（重庆西站广场店）

房间价格（参考价）：258 元/天/间（单标间同价）

酒店地址：重庆市沙坪坝区凤中路 168 号渝铁 2 号楼附 6 号

咨询电话：023-65638008。

## 2. 汉庭酒店（重庆火车西站店）

房间价格（参考价）：230 元/天/间（单标间同价）

酒店地址：重庆市沙坪坝区凤中路 168 号（重庆轨道交通 5 号线重庆西站 1 号出口）咨询电话：023-88699888。

## 六、合格证书及学分授予

合格证书：理论及操作培训结束后，经重庆市采供血质量安全控制中心考核合格，颁发培训合格证书。

学分授予：本次培训授予市级 II 类继续医学教育学分 4 分，理论培训、操作培训各 2 分。

## 七、培训报名事宜

本期培训班名额有限，以报名先后顺序额满为止；参加操作培训人员可能因每批人数限制临时调整培训时间。

（一）请各单位于 2022 年 5 月 11 日前将附件 1《临床用血医疗机构人员基本理论及操作培训班报名表》发送至邮箱：chongqingsssxxh@163.com。待会务组进行名额确认并向培训人员反馈确认信息后，再行缴纳培训费用。

### （二）联系人及联系方式

杨 艺 023-89887321 15002329394

胡婷婷 023-89887314 13635495714

燕 红 023-63303831 18166562952

## 八、疫情防控须知

所有进入会场人员须严格测量体温、全程佩戴口罩，提供健康码、行程码，提供 48 小时内核酸阴性检测报告并携带附件 3《疫情防控个

人健康信息承诺书》纸质版签到。

附件 1：临床用血医疗机构人员基本理论及操作培训班报名表

附件 2：临床用血医疗机构人员基本理论及操作培训课程安排

附件 3：疫情防控个人健康信息承诺书



附件 1:

## 临床用血医疗机构人员基本理论及操作培训班报名表

单位名称（盖章）:

| 姓名          | 性别 | 科室    | 职务/职称 | 联系电话  | 操作培训时间 |
|-------------|----|-------|-------|-------|--------|
|             |    |       |       |       | 5月 日   |
|             |    |       |       |       | 5月 日   |
|             |    |       |       |       | 5月 日   |
| 联系人:        |    | 联系电话: |       | 电子邮箱: |        |
| 开票信息: 发票抬头: |    |       |       |       |        |
| 税务识别码:      |    |       |       |       |        |

备注: 1. 请于 5 月 11 日以前发至: [chongqingssexh@163.com](mailto:chongqingssexh@163.com);

2. 操作培训时间请任选一天填写具体日期 (5 月 24 日—5 月 26 日)。

附件 2:

### 临床用血医疗机构人员基本理论及操作培训课程安排

| 序号 | 课程        | 主要内容                                |
|----|-----------|-------------------------------------|
| 1  | 采供血基本情况   | 我市采供血基本情况介绍                         |
| 2  | 输血科基本要求   | 医院申请用血资格的办理流程，各项配置的基本要求             |
| 3  | 输血科基本操作理论 | 血型鉴定、抗体筛查、交叉配血的理论                   |
| 4  | 血液安全监测    | 《血液安全监测指南》(T/CSBT001-2019)中临床输血相关内容 |
| 5  | 血小板输注无效   | 血小板输注无效的解决方案及交叉配型                   |
| 6  | 血液运输与存储   | 血液储存要求、库存管理、取血流程及血液运输               |
| 7  | 血液成分与适应证  | 《全血及成分血质量要求》(GB18469-2012)解读及适应证简介  |
| 8  | 管理信息系统与联网 | 血液管理信息系统确认、全市血液信息联网(医院联网)简介         |
| 9  | 血型鉴定      | 血型鉴定分组实验操作                          |
| 10 | 交叉配血      | 交叉配血分组实验操作                          |
| 11 | 抗体筛查      | 抗体筛查分组实验操作                          |
| 12 | 血液运输与存储   | 血液储存，血站取血，血液打包、装箱的模拟操作              |
| 13 | 参观科普馆     | 参观市血液中心健康教育馆                        |
| 14 | 培训考核及发放证书 | 培训考试，颁发培训合格证                        |

附件 3:

## 疫情防控个人健康信息承诺书

填报单位（盖章）：

|  |   |         |  |
|--|---|---------|--|
| 姓 名  |   | 联系电话    |  |
| 工作单位及职务  |   |         |  |
| 紧急联系人姓名  |   | 紧急联系人电话 |  |
| 本人及共同居住人近 14 天内有无境内中高风险地区、港澳台地区、国外旅行史或居住史  | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> |         |  |
| 本人及共同居住人有无接触疑似、确诊新型冠状病毒肺炎患者史   | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> |         |  |
| 有无接种新型冠状病毒疫苗   | 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> |         |  |
| 目前健康状况（有则打“√”，无则打“X”）<br>发热（ ） 咳嗽（ ） 咽疼（ ） 胸闷（ ） 腹泻（ ） 头疼（ ）<br>呼吸困难（ ） 恶心呕吐（ ） 无上述异常症状（ ） |   |         |  |
| 其他需要说明情况   |   |         |  |

本人承诺以上提供的资料真实准确。如有不实，本人愿承担由此引起的一切后果及法律责任。

承诺人：

填报日期：