

第 25 回救急セミナー・日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修

（実施主体：鹿児島県医師会、鹿児島救急医学会）

日 程：平成 28 年 10 月 22 日（土）・23 日（日）

会 場：鹿児島県医師会館（鹿児島市中央町 8-1 TEL：099-254-8121）

対 象：医師、看護師、介護職、その他の医療従事者等

申込方法：別紙申込様式により、鹿児島県医師会事務局へ FAX または Email にてお申込み
ください。

※申し込みについて、医療機関ごとの申込者に定員はありません。

※受講決定者は先着順とし、決定者には後日、通知送付先宛に郵送にてお知らせします。

申込締切：平成 28 年 9 月 9 日（金） ※定員に達し次第締切ります。

問い合わせ先：鹿児島県医師会地域保健課（鹿児島救急医学会事務局）

電話：099-254-8121 FAX：099-254-8129

注意事項：○遅刻・途中退席・早退の場合などは、コースの修了したものとみなされない
場合もありますのでご注意ください。

○コース進行状況によって終了時間も変更となる場合がございますので、
交通機関等の時間には余裕を持って予定してください。

○昼食は各自ご準備ください。

研修コース概要：

（1）AHA BLS ヘルスケアプロバイダーコース

（内容）成人、小児、乳幼児の一次救命処置、AED、チーム蘇生、気道異物について学ぶ。
筆記試験、実技評価があります。

日 時：10月22日（土）① 9：00～13：00 ② 14：00～18：00

10月23日（日）③ 9：00～13：00 ※いずれか時間帯枠

時 間：0.5 日

対象者：医師、看護師、介護職、その他メディカルスタッフ

定 員：36 名 ※①～③時間帯枠 12 名

参加費：16,000 円（テキスト代含む）

当日必要な教材：○AHA ガイドライン BLS ヘルスケアプロバイダー受講者マニュアル

※テキストは事前送付いたします。

○ポケットマスクの持参 ※希望者には貸与いたします。

(2) AHA ACLS プロバイダーコース

(内容) 医療従事者、救急隊員を対象としたコースです。BLS を基盤に、更に高度な二次救命処置を学びます。少人数の学習ステーションにより、心停止、重症不整脈、急性冠症候群、脳卒中の初期治療を学びます。また効果的なチームダイナミクスとコミュニケーションにより現場の蘇生と救急対応のスキルを高めます。

筆記試験、実技評価があります。

※事前に配布するテキストを基にプレテスト (予習) を行います。

日 時 : 10月22日 (土) 9:00~18:00

23日 (日) 9:00~14:00

時 間 : 2日間

対象者 : 医師、看護師、その他メディカルスタッフ

定 員 : 12名

参加費 : 32,000円 (テキスト代含む)

当日必要な教材 : ○ACLS プロバイダーマニュアル (AHA ガイドライン 2010 準拠)

日本語版 ※テキストは事前送付いたします。

○ポケットマスクの持参 ※希望者には貸与いたします

(3) GEMS (救急医療従事者のための高齢者救急対応トレーニング)

(内容) 加齢による生理的変化、それに伴う臨床薬理、病態生理の学習で、内因性・外因性病態だけでなく、外傷も含まれます。高齢者傷病者に対応する上で不可欠の知識とスキルを強化するものです。

○加齢による変化 ○コミュニケーションの特異性 ○高齢者のアセスメント

○薬理特性 ○中毒 ○高齢者の精神科救急 ○心血管救急 ○呼吸器救急

○意識障害・脳神経系救急 ○高齢者の外傷 ○終末期ケア

筆記試験、実技評価があります。

※事前に配布するテキストを基にプレテスト (予習) を行います。

日 時 : 10月23日 (日) 9:00~17:00

時 間 : 1日間

対象者 : 医師、看護師、介護職、その他メディカルスタッフ

定 員 : 12名

参加費 : 24,000円 (テキスト代含む)

当日必要な教材 : ○GEMS テキスト (英語版)

※テキストは事前送付いたします。

(別紙様式)

平成 年 月 日

鹿児島県医師会地域保健課 行

FAX : 099-254-8129

※Email の場合は下記の必要事項を入力し、isichiho@kagoshima.med.or.jp にお申込みください。

締切り : 9月9日(金)まで

第24回救急セミナー・日本医師会 ACLS (二次救命処置) 研修参加申込書

氏名 ※1	漢字					
	ふりがな					
	ローマ字					
性別		生年月日	西暦	年	月	日
所属名			職種			
通知送付住所	〒 (-)					
連絡先 ※2	携帯電話					
	メールアドレス					
受講希望 コース	<p>() AHA BLS ヘルスケアプロバイダーコース</p> <p>() ①10/22 (土) 9:00~13:00 () ②10/22 (土) 14:00~18:00 () ③10/23 (日) 9:00~13:00</p> <p>※第二希望までお知らせください。() 内に 1 or 2 を記入してください。</p> <p>◎ポケットマスク貸与 () 希望する () 希望しない</p> <p>() AHA ACLS プロバイダーコース</p> <p>※BLS ヘルスケアプロバイダー認定の有無</p> <p>() 有 有効期限 (西暦 年 月) () 無</p> <p>◎ポケットマスク貸与 () 希望する () 希望しない</p> <p>() GEMS (救急医療従事者のための高齢者救急対応トレーニング)</p>					

※1 ローマ字はプロバイダーカードに記載されますので間違えないよう記載してください。

※2 連絡先は、セミナー当日に連絡がとれる電話番号並びに Email を記載してください。