



# 達文西機械手臂

## 輔助低前位直腸切除術認證課程

- 報名資格：具本會專科醫師資格已參與達文西機械手臂受訓及手術認證至少 **20** 小時  
(1 時數+ 2 時數)  
時數計算基準如下：  
\*\* 1. **必要條件：已通過 TR100 認證課程**，認證時數為 6 小時  
\*\* 2. 達文西機械手臂手術認證：須提供各次手術紀錄以作為認證佐證  
(甲) 主刀醫師，每台手術認證時數為 3 小時。  
(乙) 助手醫師，每台手術認證時數為 1.5 小時。
- 課程場次：(僅可選擇一場次)  
A 場：112 年 2 月 12 日 09:00~12:00、地點台北  
B 場：112 年 2 月 12 日 09:00~12:00、地點台中  
C 場：112 年 2 月 19 日 09:00~12:00、地點台北  
D 場：112 年 2 月 19 日 09:00~12:00、地點高雄
- 報日截止日：A、B 場截止日期 2 月 8 日；C、D 場截止日期 2 月 15 日
- 活動報名費：3,000 元 (含認證)

### 報 名 表

姓 名	(中)	服 務 機 關	
(中、英文)	(英)		
聯絡手機		E - m a i l	
地 址			
場 次	<input type="checkbox"/> A 場 / <input type="checkbox"/> B 場 / <input type="checkbox"/> C 場 / <input type="checkbox"/> D 場		會 員 編 號
報名資格	<div><input checked="" type="checkbox"/> 已通過 TR100 認證課程 (請提供影本證明文件，並請填妥附件一)</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 手術認證 (請提供各次手術紀錄)請加填附件二 主刀醫師：_____台，小計認證_____小時 助手醫師：_____台，小計認證_____小時</div>		
◆ 名額有限，請等待秘書通知確認報名錄取後，於期限內完成繳費。			
◆ 配合活動順利進行，請於各場次截止日期事先報名，恕不接受現場報名。			
◆ 因時間緊迫，報名資料(含附件一、二)請先行掃描 mail 至學會信箱 <a href="mailto:scrstw@gmail.com">scrstw@gmail.com</a> 並請將實體資料掛號郵寄至本會(新北市淡水區民生路 45 號)			

主辦單位：中華民國大腸直腸外科醫學會

聯絡人：楊燕萍

連絡電話：02-28094661 分機 2163

地址：新北市淡水區民生路 45 號

e-mail：[scrstw@gmail.com](mailto:scrstw@gmail.com)

## 學會舉辦認證課程內容

09:00~09:10		Opening/學會
09:10~09:30	20 分鐘	(一) 健保部分給付內容說明
09:30~09:50	20 分鐘	(二) The update evidence of robotic rectal surgery
09:50~10:30	40 分鐘	(三) Procedure overview - Step by step
10:30~11:40	10 分鐘	Break
10:40~11:10	30 分鐘	(四) How to overcome learning curve
11:10~11:40	30 分鐘	(五) The complications of robotic rectal surgery
11:40~11:50	10 分鐘	Closing/學會

## 達文西手術學會認證課程 授課老師

台北 intuitive office	2 月 12 日(日)			台北 intuitive office	2 月 19 日(日)		
	(一)	和信醫院	陳建志		(一)	和信醫院	陳建志
	(二)	雙和醫院	張東晟		(二)	雙和醫院	張東晟
	(三)	林口長庚	游正府		(三)	林口長庚	游正府
	(四)	和信醫院	朱俊合		(四)	台中榮總	林俊余
	(五)	臺大醫院	林本仁		(五)	台北榮總	林宏鑫
台中 intuitive office	2 月 12 日(日)			高雄 intuitive office	2 月 19 日(日)		
	(一)	和信醫院	陳建志		(一)	和信醫院	陳建志
	(二)	中國附醫	柯道維		(二)	中國附醫	柯道維
	(三)	高醫附醫	黃敬文		(三)	高醫附醫	黃敬文
	(四)	台中榮總	林俊余		(四)	和信醫院	朱俊合
	(五)	高雄長庚	盧建璋		(五)	高雄長庚	盧建璋

## 委託授權書

本人(中文)\_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_因報名  
中華民國大腸直腸外科醫學會舉辦之認證課程所需，特  
委託 中華民國大腸直腸外科醫學會 代為辦理並授權代  
理本人查詢前已參加 TR100 認證訓練課程之相關事宜。

以此為憑

授權人：

身分證統一編號：

簽署日期：

# 手術認證列表

(請提供個案手術紀錄)

附件 二

個案編號：

認證積分	<input type="checkbox"/> 3 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時	手術日期	
醫師別	<input type="checkbox"/> 主刀醫師		
	<input type="checkbox"/> 助手醫師	主刀醫師簽章： 施行手術醫院(註明)：	
個案手術摘要			

個案編號：

認證積分	<input type="checkbox"/> 3 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時	手術日期	
醫師別	<input type="checkbox"/> 主刀醫師		
	<input type="checkbox"/> 助手醫師	主刀醫師簽章： 施行手術醫院(註明)：	
個案手術摘要			

個案編號：

認證積分	<input type="checkbox"/> 3 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時	手術日期	
醫師別	<input type="checkbox"/> 主刀醫師		
	<input type="checkbox"/> 助手醫師	主刀醫師簽章： 施行手術醫院(註明)：	
個案手術摘要			