



台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標」制度辦法暨作業細則

114年5月4日第11屆第12次理監事聯席會議覆核修訂

一、「單項能力指標」制度說明

鑑於各醫療機構於推動院內麻醉科專科護理師進階制度時，亟需具備麻醉照護專長之公正第三方單位，提供客觀且具公信力的單項能力指標審查，本會作為麻醉科專科護理師之專業代表團體，樂見會員之專業能力獲得雇主肯定與支持。

為此，特委由本會之「訓練暨執業委員會」設立以下單項能力指標之審核機制，包括：麻醉照護計畫、讀書報告、病例報告、臨床照護指引發展（或應用研究）等，以供各醫療機構之院內進階制度參考使用。

惟為避免會員混淆，特此聲明：上述單項能力指標之通過證明，僅適用於各醫療機構之院內專科護理師進階制度，其效力並不同於本會進階制度。因此，未來會員若有意願申請台灣麻醉專科護理學會之進階制度需求，仍須依規定重新申請「完整審查」，並繳交「完整審查」費。

二、審查作業時程

1. 本會每年受理一次申請，受理期間為當年度8月1日起至8月31日止，並以申請人完成資料上傳至表單之時間戳記為憑。
2. 送審資料不全者，接獲秘書處通知後限期於2週內補件，逾期不予受理、亦不退費。
3. 審查結果於當年度11月前於本會網站公告通過名單，並核發通過證明書，並提供審查結果。

三、申請「單項能力指標」費用及繳費方式

1. 申請費用如下表：

	單項能力指標審查(元)
單項能力指標－麻醉照護計畫	1,500
單項能力指標－讀書報告	1,700
單項能力指標－病例報告	2,000
單項能力指標－臨床照護指引發展（或應用研究）	2,500



2. 繳費方式如下，申請時需附上繳費劃撥收據或轉帳證明電子檔
- A. 郵局臨櫃：填寫劃撥單，郵政劃撥帳號：19348252，戶名：台灣麻醉專科護理學會。※劃撥單通訊欄請註記會員編號、姓名、「單項能力指標」費等。
 - B. 郵局ATM（郵局金融卡）：依ATM畫面「劃撥交易」指引操作，郵政劃撥帳號：19348252。
 - C. 郵局網銀：依畫面「劃撥交易」指引操作，郵政劃撥帳號：19348252。
 - D. ATM跨行轉帳：郵局代碼：700，學會帳號：700001019348252（共15碼數字）。
 - E. 網銀跨行轉帳：郵局代碼：700，學會帳號：700001019348252（共15碼數字）。
- ※ 單項能力指標申請表/作者資料表(暨單位主管同意書)需黏貼審查費劃撥、轉帳存根或截圖等影本。
- ※ 使用B-E方式繳費者，轉帳後務必 mail 交易成功之存根或畫面截圖至學會信箱，並註明所繳費用為「單項能力指標」費，另提供姓名、會員編號提供學會核對。
- ※ 本會秘書處，Email：tanaroc2024@gmail.com 電話：0960073160。

四、「單項能力指標」各作業細則

- 1. 單項能力指標－麻醉照護計畫，請參閱第3頁至第8頁
- 2. 單項能力指標－讀書報告，請參閱第9頁至第14頁
- 3. 單項能力指標－病例報告，請參閱第15頁至第24頁
- 4. 單項能力指標－臨床照護指引發展（或應用研究），請參閱第25頁至第31頁

五、本辦法經本會理監事會議通過，自發布日施行，修正時亦同。



台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標－麻醉照護計畫」作業細則

一、本作業細則依「台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標」制度辦法暨作業細則」辦理。

二、送審資格：台灣麻醉專科護理學會（以下簡稱本會）活動會員。

三、書寫相關規定

(一)書寫內容：具個別性、適當性及完整性的病人麻醉照護計畫，計畫內容包括病人簡介、檢驗檢查、麻醉評估、麻醉照護計畫與措施。

(二)書寫期限（不符者不予通過）：以照護日至送審日二年內為限。

(三)書寫篇幅（不符者不予通過）：

1.頁數限制：內文每篇至多15頁（自病人簡介開始編列頁碼，含圖表及所有附件）。

2.格式要求：

(1)一律電腦繕打，字數每頁600字（30字x20行）以內。

(2)字體中文為標楷體、英文與數字為Times New Roma。

(3)大標題字型大小16號（粗體，齊左）；小標題字型大小14號（粗體，齊左）；

內文字型大小12號；表格字型大小10號。

(4)行間距離採單行間距，上下邊界2公分，左右邊界3.17公分。

(5)標題寫法，以「壹、一、（一）1. (1) a. (a)」為序。

四、送審注意事項

(一)為維持評審公正，送審之稿件（含圖表及所有附件）嚴格要求不得出現所屬機構名稱、相關人員姓名及對象。

(二)「單項能力指標－麻醉照護計畫」不得抄襲或以原稿更改日期後再送審，如有不實或違反學術倫理，被發現查證屬實者不予通過；若已核發通過證書者，亦取消通過資格，送審者須將證書繳回本會，並可溯及既往，且前述作者二年內不得送審。

五、電子檔上傳須知

(一)請上傳完整送審文件電子檔至資料繳交表單中（網址及QR Code如下）。

單項能力指標申請資料繳交表單：<https://forms.gle/wC1PKKQxJbUdAiTWA>



(二)「單項能力指標－麻醉照護計畫」審查資料及電子檔名規範：

審查資料	檔名
單項能力指標申請表/作者資料表(暨單位主管同意書)	姓名-單項能力指標申請表
未發表「麻醉照護計畫」一份	姓名-題目名稱



(三)應檢附上傳之電子檔為PDF格式，且表單中每個欄位僅限上傳一份PDF檔。請留意檔案大小，避免超過10MB，若檔案太大無法上傳，可先嘗試進行壓縮檔案。

(四)送審資料不全者，接獲秘書處通知後得限期於2週內補件，逾期不予受理、亦不退費。

(五)「單項能力指標」制度辦法及相關資訊公告請參考本會網站。

六、本會秘書處，Email：tanaroc2024@gmail.com 電話：0960073160。



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－麻醉照護計畫』評分表

題目名稱：		稿件編號：	
單項能力指標－麻醉照護計畫審查項目	配分	審 查 重 點	得 分
一、通則 1. 結構通順、簡明，文字通順、達意扼要。(5) 2. 具系統性、組織條理。(5)	10	1. 報告內容應以清晰易懂的文字撰寫，避免冗長或過於複雜的句子。 2. 段落之間應有邏輯性，並以適當的標題或副標題區分。 3. 報告內容應按照一定的順序排列，例如：病人簡介、檢驗檢查、麻醉評估、麻醉照護計畫與措施。 4. 每個部分應有明確的標題，並以簡潔的文字說明點。 5. 內文有錯字，可酌予扣分。	
二、病人簡介(含現在及過去病史) 1. 清楚說明現在病史臨床表徵。(5) 2. 清楚說明過去病史、家族病史。(5)	10	1. 詳細描述病人的主要症狀，包括發病時間、症狀持續時間、嚴重程度等。 2. 避免使用過於難懂用語。 3. 列出病人的過去病史，包括既往病史、手術史、用藥史及過敏史等。 4. 說明病人的家族病史，包括是否有家族遺傳疾病等。	
三、檢驗檢查 1. 清楚記載重要檢驗/檢查/影像結果之發現。(5) 2. 能以專科護理師角度進行判讀/剖析。(5)	10	1. 列出所有與麻醉相關的檢驗、檢查和影像結果。 2. 只列出檢驗項目，而沒有說明結果，不給予分數。 3. 分析檢驗結果的意義，並說明其與麻醉的關係。 4. 提出可能影響麻醉的因素，例如：電解質異常、肝腎功能不全等。	
四、麻醉評估 1. 焦點式麻醉評估檢查。(20) 包含：呼吸道、心血管、呼吸系統、ASA 評估…等。 2. 麻醉評估異常部分能詳加說明。(10)	30	1. 焦點式麻醉評估包含：呼吸道、心血管、呼吸系統、ASA 評估等。 1.1 詳細描述病人的呼吸道、心血管、呼吸系統狀況，並說明其與麻醉的關係。 1.2 評估病人的 ASA 分級，並說明評估意義。 2. 如果病人有麻醉評估異常的部分，例如：呼吸道狹窄、心臟功能不全等，應詳細說明其原因、嚴重程度和可能影響麻醉的因素。	



<p>五、麻醉照護計畫與措施</p> <p>1. 具個別性。(5)</p> <p>2. 適當性。(5)</p> <p>3. 完整性。(5)</p> <p>4. 詳細記錄照護計畫(術前、術中、術後)。(25)</p>	40	<p>1. 麻醉照護計畫應根據病人的個別情況制定，例如：病人的年齡、體重、病史、手術類型等。</p> <p>2. 麻醉照護計畫說明選擇適當的麻醉藥物和方法，以確保病人的安全和舒適。</p> <p>3. 麻醉照護計畫需包括術前、術中和術後的照護措施，例如：術前評估、術中監測、術後止痛等。</p> <p>3.1 術前評估：病人的生命徵象、藥物過敏史、既往病史等。</p> <p>3.2 術中監測：監測項目、病人的生命徵象、麻醉深度、血壓、血氧飽和度或進階監測項目等。</p> <p>3.3 術後照顧：針對手術式的照護重點、傷口及引流管路狀況及使用何種止痛藥物、止痛效果等。</p>	
總 分	100		
<p>總評：（結果通過與否，應以整篇文章的內容是否能凸顯案例之有趣、創新、臨床重要性或教育意義來決定。）</p> <p>麻醉照護計畫是麻醉護理工作的重要組成部分，需要麻醉護理師具備扎實的專業知識和技能。通過對麻醉照護計畫的評估，可以更好地理解麻醉護理的流程和注意事項，提高麻醉護理的質量和安全性。希望以上評分標準和細則能更好地學習麻醉照護計畫的撰寫。</p>			
<p>評 審 結 果： <input type="checkbox"/>通過（70 分及以上） 評核者簽名：</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/>不通過（70 分以下） 審 查 日 期： 年 月 日</p>			



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－麻醉照護計畫』寫作指引

- 一、主題：單項能力指標－麻醉照護計畫個案的選擇應具特殊性及參考價值如：應以整篇文章的內容是否能凸顯案例之有趣、創新、臨床重要性或教育意義來決定，以增強其學術和臨床的教育價值。
- 二、通則：結構通順、簡明，文字通順、達意扼要及具系統性、組織條理。報告內容應按照一定的順序排列，例如：病人簡介、檢驗檢查、麻醉評估、麻醉照護計畫與措施，內文有錯字會酌量扣分，書寫篇幅、格式不符者不予通過。
- 三、病人簡介：詳細描述病人的主要症狀，包括發病時間、症狀持續時間、嚴重程度及病人的過去病史，既往病史、手術史、藥物過敏史等。並說明病人的家族病史，是否有家族遺傳疾病等。
- 四、檢驗檢查：列出與麻醉相關的檢驗、檢查和影像結果並分析檢驗結果的意義，並說明其與麻醉的關係。不可只列出檢驗項目，而沒有說明結果。以專科護理師角度進行判讀/剖析可能影響麻醉的因素，例如：電解質異常、肝腎功能不全等。
- 五、麻醉評估：焦點式麻醉評估檢查包含：呼吸道、心血管、呼吸系統、ASA 評估。詳細描述病人的呼吸道、心血管、呼吸系統狀況，及說明其與麻醉的關係。評估病人的 ASA 分級，並說明其意義。如果病人有麻醉評估異常的部分，例如：呼吸道狹窄、心臟功能不全等，應詳細說明其原因、嚴重程度和可能影響麻醉的因素。
- 六、麻醉照護計畫與措施：根據病人的個別情況制定，例如：病人的年齡、體重、病史、手術類型，選擇適當的麻醉藥物和方法，以確保病人的安全和舒適，而麻醉計畫應包括術前、術中和術後的照護措施，例如：術前評估、術中監測其項目、病人的生命徵象、麻醉深度、血壓、血氧飽和度等、術後對術式的照護重點、傷口及引流管路狀況及使用何種止痛藥物、止痛效果等。



壹、(16 號字體，標楷體，粗體，齊左)

一、(14 號字體，標楷體，粗體，齊左)

內文每篇至多 15 頁（自病人簡介開始編列頁碼，含圖表及所有附件）。

一律電腦繕打，字數每頁 600 字（30 字×20 行）以內。

行間距離採單行間距，上下邊界 2 公分，左右邊界 3.17 公分。

中文字型採用標楷體，標點符號及空白字為全形字；英文與數字字型為 Times New Roman，標點符號及空白字為半形字體。除各項標題外，內文不分中、英文均為 12 號字體；表格字型大小 10 號字體。內文撰寫格式如下：

(一) (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 1 字元)

1. (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 2 字元)

(1) (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 3 字元)

a. (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 4 字元)

(a) (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 5 字元)

貳、○○○○

參、○○○○

肆、○○○○

伍、○○○○



台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標－讀書報告」作業細則

一、本作業細則依「台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標」制度辦法暨作業細則」辦理。

二、送審資格：台灣麻醉專科護理學會（以下簡稱本會）活動會員。

三、書寫相關規定

(一)書寫內容：

1.包含主題、前言、文獻查證、結論及參考文獻。

2.參考資料請依照APA_VII版本格式書寫，且須與文內引用一致性，唯中文文獻不需加英譯。

(二)書寫期限（不符者不予通過）：近二年內著作（由收案日至本會受稿截止日）。

(三)書寫篇幅（不符者不予通過）：

1.前言：字數（含標點符號）限500字內。

2.頁數限制：內文每篇至多16頁（不含參考文獻），自前言開始編列頁碼，含圖表及所有附件。

3.格式要求：

(1)一律電腦繕打，字數每頁600字（30字x20行）以內。

(2)字體中文為標楷體、英文與數字為Times New Roma。

(3)大標題字型大小16號（粗體，齊左）；小標題字型大小14號（粗體，齊左）；

內文字型大小12號；表格字型大小10號。

(4)行間距離採單行間距，上下邊界2公分，左右邊界3.17公分。

(5)標題寫法，以「壹、一、（一）1. (1) a. (a)」為序。

四、送審注意事項

(一)為維持評審公正，送審之稿件（含圖表及所有附件）嚴格要求不得出現所屬機構名稱、相關人員姓名及對象。

(二)「單項能力指標－讀書報告」不得抄襲或以原稿更改日期後再送審，如有不實或違反學術倫理，被發現查證屬實者不予通過；若已核發通過證書者，亦取消通過資格，送審者須將證書繳回本會，並可溯及既往，且前述作者二年內不得送審。

五、電子檔上傳須知

(一)請上傳完整送審文件電子檔至資料繳交表單中（網址及QR Code如下）。

單項能力指標申請資料繳交表單：<https://forms.gle/wC1PKKQxJbUdAiTWA>





(二)「單項能力指標－讀書報告」審查資料及電子檔名規範：

審查資料	檔名
單項能力指標申請表/作者資料表(暨單位主管同意書)	姓名-單項能力指標申請表
未發表「讀書報告」一份	姓名-題目名稱

(三)應檢附上傳之電子檔為PDF格式，且表單中每個欄位僅限上傳一份PDF檔。請留意檔案大小，避免超過10MB，若檔案太大無法上傳，可先嘗試進行壓縮檔案。

(四)送審資料不全者，接獲秘書處通知後得限期於2週內補件，逾期不予受理、亦不退費。

(五)「單項能力指標」制度辦法及相關資訊公告請參考本會網站。

六、本會秘書處，Email：tanaroc2024@gmail.com 電話：0960073160。



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－讀書報告』評分表

題目名稱：		稿件編號：	
單項能力指標－讀書報告審查項目	配分	審 查 重 點	得 分
一、主題 1. 主題的選擇需具特殊性及參考價值，有助於提升護理同仁的照護知能。(3) 2. 具有護理重要性及實用性之主題。(3) 3. 足夠文獻。(2) 4. 定關鍵字作索引查尋，能以快速蒐集資料。(2)	10	1. 主題是否含關鍵字。 2. 簡潔明確。 3. 切合全文。 4. 具有護理之重要性與實用性。	
二、前言 1. 全文之引言，先說明該主題之重要性及動機，探討主題的目的。(5) 2. 能說明此主題之背景、撰寫本文之動機及對專業的重要性。(5)	10	1. 能明確說明主題的重要性。 2. 能具體闡明主題的動機與目的。	
三、文獻查證 1. 需具系統、組織條理，含近期之中、英文文獻，且探討的主題應與麻醉照護有相關性文章。(15) 2. 文獻查證之主要內容，相關知識理論、相關實證研究等引用是經過回顧後整理的文字敘述，避免網路、學術期刊等大量抄襲。(20)	35	1. 文獻的引述必須有系統。 2. 段落間呈現組織。 3. 文字敘述有條理，語詞清楚，避免錯字。 4. 能呈現出文獻查證是經過融會貫通與消化吸收所整理出來的內容。 5. 連續七個字不得相同於文獻。 6. 引用的文獻均有加註出處。 7. 包含近 5 年的中、英文獻。 8. 須注意到索引用的文獻是否老舊過時。	
四、結論（討論與建議） 1. 為全文的結束做一個總結。(7) 2. 應包含文獻查證之總結心得感想及具體建議。(8)	15	1. 呈現出一重點的總結。 2. 文獻查證後的心得。 3. 本文完成後的感想。 4. 呈現需要討論的問題並提出具體建議。	
五、參考文獻 1. 依據 APA 第七版格式呈現。(5) 2. 有被引用的文獻，才需要列出該篇報告。(5) 3. 所引用參考文獻具有價值性，能與主題相關且合適。(5)	15	1. 符合 APA 第七版格式之規範。 2. 所寫參考與文獻查證內容連貫一致。	



六、其他（整體內文與版面格式） 1. 整篇文章應呈現明確的結構、組織性。 (10) 2. 內文以文章格式寫出而非簡報或條列方式。(5)	15	1. 整篇文章結構適當性。 2. 文字敘述表達簡潔、清晰、通順。 3. 避免錯別字、簡字、及中英文夾雜情形。	
總 分	100		
總評：（結果通過與否，應以整篇文章的內容是否能凸顯案例之有趣、創新、臨床重要性或教育意義來決定。） ◇ 審查過程中應保持提攜後進的態度，無論讀書報告是否通過，都應給予具體而專業的意見，以助於作者學習與改進。 1. 若讀書報告未具麻醉相關照護知能，建議不予通過。審查時需確認主題及內容否與麻醉全期照護知能及特性具相關性。 2. 審查通過應基於文章內容是否能提供麻醉專師專業角色之照護能力依據。 3. 能對於此主題於臨床麻醉照護中所能應用提供重要價值整理；並針對臨床實務上可能改進提出討論及建議。 4. 對於引用不當與抄襲的界定，應根據文獻的相似度和內容的使用情況進行嚴格區分。前言、文獻查證、結論等部分的高相似度應被認為是引用不當，而護理評估、問題確立等直接涉及照護過程的高相似度應被認為是抄襲，並應該直接不予通過。			
評 審 結 果 ： <input type="checkbox"/> 通過（70 分及以上） <input type="checkbox"/> 不通過（70 分以下）			
評核者簽名： 審 查 日 期： 年 月 日			



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－讀書報告』寫作指引

- 一、主題：單項能力指標－讀書報告主題的選擇需具特殊性及參考價值，有助於提升護理同仁的照護知能。文章的內容是否簡潔明確並切合全文，且具有護理之重要性與實用性，並且應定關鍵字作索引查尋，能以快速蒐集資料。
- 二、前言：全文之引言比如先說明該主題之重要性及動機，在探討主題的目的中要能說明此主題之背景、撰寫本文之動機及對專業的重要性。
- 三、文獻查證：需具系統、組織條理，含近期之中、英文文獻，且探討的主題應與麻醉照護有相關性文章。文獻查證之主要內容，相關知識理論、相關實證研究等引用是經過回顧後整理的文字敘述，避免網路、學術期刊等大量抄襲。文字敘述有條理，語詞清楚，要避免錯字。連續七個字不得相同於文獻，同時引用的文獻均須加註出處，否則不予通過。
- 四、結論：為全文的結束呈現出一重點的總結，須具備文獻查證後的心得、本文完成後的感想、呈現需要討論的問題並提出具體建議以上內容，以上項目如有缺少會扣分。
- 五、參考文獻：須依據APA第七版格式呈現。有被引用的文獻，才需要列出該篇報告。而所引用參考文獻具有價值性，能與主題相關且合適，所寫參考與文獻查證內容都需連貫一致。
- 六、其他：整篇文章應呈現明確的結構、組織性。內文以文章格式寫出而非簡報或條列方式，例如敘述性。請避免錯別字、簡字、及中英文夾雜情形。



壹、(16 號字體，標楷體，粗體，齊左)

一、(14 號字體，標楷體，粗體，齊左)

前言字數(含標點符號)限 500 字內。

內文每篇至多 16 頁(不含參考文獻)，自前言開始編列頁碼，含圖表及所有附件。

一律電腦繕打，字數每頁 600 字(30 字×20 行)以內。

行間距離採單行間距，上下邊界 2 公分，左右邊界 3.17 公分。

中文字型採用標楷體，標點符號及空白字為全形字；英文與數字字型為 Times New Roman，標點符號及空白字為半形字體。除各項標題外，內文不分中、英文均為 12 號字體；表格字型大小 10 號字體。內文撰寫格式如下：

(一) (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 1 字元)

1. (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 2 字元)

(1) (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 3 字元)

a. (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 4 字元)

(a) (12 號字體，標楷體，粗體，縮排 5 字元)

貳、○○○○

參、○○○○

肆、○○○○

伍、參考文獻

僅限於在文中引據之論文、書籍等，中文列於前，英文列於後。參考文獻依照 APA_VII 格式撰寫，須與文內引用一致性，唯中文文獻不需加英譯。中文按姓名筆劃，英文依姓氏字母順序排列。



台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標－病例報告」作業細則

一、本作業細則依「台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標」制度辦法暨作業細則」辦理。

二、送審資格：台灣麻醉專科護理學會（以下簡稱本會）活動會員。

三、書寫相關規定

(一)書寫內容：

1. 單項能力指標－病例報告則包括主題、摘要、前言、案例介紹、討論及參考文獻。
2. 參考資料請依照APA_VII版本格式書寫，且須與文內引用一致性，唯中文文獻不需加英譯。

(二)書寫期限（不符者不予通過）：近二年內著作（由收案日至本會受稿截止日）。

(三)書寫篇幅（不符者不予通過）：

1. 摘要頁：字數（含標點符號）限400字以內。
2. 頁數限制：內文每篇至多20頁（不含摘要及參考文獻，自前言開始編列頁碼，含圖表及所有附件）。
3. 格式要求：
 - (1)一律電腦繕打，字數每頁600字（30字x20行）以內。
 - (2)字體中文為標楷體、英文與數字為Times New Roma。
 - (3)大標題字型大小16號（粗體，齊左）；小標題字型大小14號（粗體，齊左）；
內文字型大小12號；表格字型大小10號。
 - (4)行間距離採單行間距，上下邊界2公分，左右邊界3.17公分。
 - (5)標題寫法，以「壹、一、（一）1. (1) a. (a)」為序。
4. 首頁只需列題目及摘要（摘要需附加關鍵詞），勿列作者基本資料，亦不須封面及目錄，請自內文第一頁（前言）編排頁碼。

四、送審注意事項

- (一)為維持評審公正，送審之稿件（含圖表及所有附件）嚴格要求不得出現所屬機構名稱、相關人員姓名及對象。
- (二)「單項能力指標－病例報告」不得抄襲或以原稿更改日期後再送審，如有不實或違反學術倫理，被發現查證屬實者不予通過；若已核發通過證書者，亦取消通過資格，送審者須將證書繳回本會，並可溯及既往，且前述作者二年內不得送審。



五、電子檔上傳須知

(一)請上傳完整送審文件電子檔至資料繳交表單中（網址及QR Code如下）。

單項能力指標申請資料繳交表單：<https://forms.gle/wC1PKKQxJbUdAiTWA>



(二)「單項能力指標－病例報告」審查資料及電子檔名規範：

審查資料	檔名
單項能力指標申請表/作者資料表(暨單位主管同意書)	姓名-單項能力指標申請表
未發表「病例報告」一份	姓名-題目名稱

(三)應檢附上傳之電子檔為PDF格式，且表單中每個欄位僅限上傳一份PDF檔。請留意檔案大小，避免超過10MB，若檔案太大無法上傳，可先嘗試進行壓縮檔案。

(四)送審資料不全者，接獲秘書處通知後得限期於2週內補件，逾期不予受理、亦不退費。

(五)「單項能力指標」制度辦法及相關資訊公告請參考本會網站。

六、本會秘書處，Email：tanaroc2024@gmail.com 電話：0960073160。



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－病例報告』評分表

題目名稱：		稿件編號：	
單項能力指標－ 病例報告審查項目	配 分	審 查 重 點	得 分
一、通則 1. 制定適切題目。(1) 2. 病例的選擇具特殊性及參考價值。(2) 3. 整體架構表現出麻醉專師專業照護對此病例之思考過程，內文通順、簡明、有條理，文字通順、達意扼要。(2)	5	1. 評估題目是否清楚表達病例報告的核心問題；是否能引起讀者的興趣，且與麻醉專師之專業領域密切相關。 2. 病例是否具獨特性或在臨床實務中不常見，可提供讀者學習或反思的機會；亦可提供臨床實務之實際的參考價值，提供解決問題的新思維或方法。 3. 病例報告的架構是否清晰，能夠完整地展現麻醉專師在專業照護中的思考過程；文字表達是否流暢，簡明扼要，能夠準確傳達訊息。 4. 內文若有錯別字，可酌予扣分。	
二、摘要 1. 需涵蓋全文，包含選案理由、照護期間、簡要描述病情、醫療處置或具體照護建議、預後結果與建議。(4) 2. 提供適當之關鍵詞。(1)	5	1. 摘要應含括整篇文章的核心內容，提供全面的概述。 <ul style="list-style-type: none"> ● 選案理由：是否清楚描述為何選擇此病例，說明其麻醉照護實務或學術上之意義。 ● 照護期間：提供病人於麻醉整個照護期間，以西元年月日。 ● 病情簡要描述：包含病人基本病情，讓讀者能快速了解病例的背景。 ● 醫療處置或具體照護建議：具體說明醫療處置或麻醉照護措施，突顯麻醉專師的專業判斷和臨床照護之獨特性。 ● 預後結果與建議：病人的預後結果，並提供相關的建議或反思，以提高未來的麻醉照護實務之參考。 2. 摘要中若引用文獻佐證其重要性時，可不列出文獻出處。 3. 違反收案照護期間二年內之案例報告不予通過。	
三、前言 1. 說明撰寫本文之動機及對臨床的重要性。(2) 2. 清楚說明此病例之麻醉專業照護之重要性（包括疾病臨床表徵、診斷與處置之學理）。(3)	5	1. 前言是否清楚描述作者撰寫此文的原因或背景動機，並強調對麻醉臨床照護實務之重要性；或於麻醉照護過程中的應用價值，突顯其對提高臨床實務及病人麻醉照護品質的重要性。 2. 是否強調麻醉專業照護在臨床實務中的核心角色，並說明其對病人預後之影響。 <ul style="list-style-type: none"> ● 病例的臨床表徵：描述此病例的疾病臨床表徵，提供足夠的知識背景來解釋其重要性。 	

		<ul style="list-style-type: none"> • 診斷與處置學理：充分描述該病例的診斷與處置過程中之學理基礎，並說明麻醉專業照護在此過程中的關鍵角色。
<p>四、文獻查證</p> <p>1. 文獻查證之系統、組織與條理。(2)</p> <p>2. 文獻查證內容中含五年內之中、英文獻。(2)</p> <p>3. 能呈現與病例之麻醉照護過程（能反應/對照/解釋病人問題、臨床發現及醫護措施、描述該疾病流行病學、一般診斷與治療的相關臨床資料）相關之文獻，若有高證據等級實證文獻或照護指引尤佳。(6)</p>	<p>10</p>	<p>1. 文獻查證內容應避免過於冗長及與本病例報告無相關的文獻。</p> <p>2. 引用之文獻年限視主題而定，以引用近期（5年內）文獻為主，若主題罕見，無近5年文獻可引用者除外。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 引用文獻應以專業期刊或政府網站公告資料為主。依學會規定APA版次格式書寫（中文文獻不需加英譯）。 <p>3. 文獻查證需有效呈現與病例在麻醉照護過程相關的內容，包括對病人問題、臨床發現及醫護措施的反應、對照或解釋。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 文獻查證過程中是否引用高證據等級的實證文獻或照護指引，這些資料是否能強化論點，並為臨床決策提供強而有力的依據（若未呈現不予扣分，有呈現酌予加分）。
<p>五、病例介紹</p> <p>1. 正確且完整收集現在病史及過去病史。(5)</p> <p>2. 身體評估（具主客觀性及時效性，提供病例臨床表徵、初步身體檢查，與重要檢驗、檢查與影像學之整體性評估，分辨異常與正常）。(10)</p>	<p>15</p>	<p>◇ 書寫「病例」選定對象，應「以病人為中心」之完整性麻醉照護；若麻醉照護過程中，家屬角色極為重要，得以成為病例報告中之「共同主體」。如：新生兒或幼童之相關生理方面問題，及需要處理與照護的健康問題，故案例報告之主體仍應以新生兒或幼童為主體，照顧者可為共同主體。若有不能言語個案，如：老人、中風或昏迷指數很低之案例，照顧者應為共同主體，非唯一主體。此類病例之主客觀資料可從照顧者或評估病例之表情、非言語表徵進行資料蒐集。</p> <p>1. 病史收集的正確性與完整性：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 是否能完整且準確記錄病人現在病情的發展過程，包括病徵、症狀、病程及其影響。 • 是否能詳細記錄病人過去病史，包括所有相關疾病、手術、過敏、用藥史及家族病史，這些資料是否有助於理解病人的現況。 • 在收集病史的過程中是否使用可靠的資料來源，如病人訪談、病歷記錄等，以確保資料來源的準確性。 <p>2. 身體評估的全面性與時效性：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 主、客觀性：身體評估中是否充分包含病人的主觀表述（如疼痛程度、症狀描述）與客觀數據（如血壓、心率、體溫等）。 • 時效性：評估是否在適當時間內完成，以確保病人臨床表徵的真實狀況，並能反映當下的健康狀態。 • 臨床表徵的呈現：是否清楚描述病人的臨床表徵，包

	<p>括初步身體檢查結果，這些資訊是否對病例報告有直接的幫助。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 檢驗、檢查與影像學評估的整體性：是否能系統性整合重要的檢驗結果、檢查報告與影像學資料，並將其與身體評估結果進行整體分析。 • 異常與正常的分辨：是否能夠清晰分辨並報告異常與正常的檢查結果，並對異常結果進行深入探討。
<p>六、問題確立與分析</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 能以麻醉專科護理師角度以客觀、具時效性與正確性進行問題剖析。(2) 2. 能依據檢查及身體評估之發現進行區辨診斷。(3) 3. 清楚說明臆測診斷(初步判斷)，並依此給予進一步的理學檢查或檢驗、檢查、影像學等，以及最後的確認診斷(初步判斷)，需配合實證照護依據，具文獻查證支持(討論該個案典型與非典型的表現狀況或處置方式，並與相關文獻出處或學理做比較)。(7) 4. 具主客、觀資料及相關因素。(3) 	<p>15</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 問題確立與分析之重要性：問題確立過程始於「評估」，終於「評值」的連續過程，所以麻醉照護之評估、問題確立、護理措施與評值環環相扣相互影響。問題確立應為評估後所產生之問題。若評估不正確或不完整，則作者剖析病人「主要」或「重要」健康問題之客觀性、正確性勢必產生矛盾與影響。 ◇ 問題的確立應來自麻醉專師全面性評估，若無說明問題確立是如何產生的，則可扣分。 ◇ 麻醉照護評估主客觀資料及結果與「問題確立」應合理正確，若前後不一致應扣分。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 問題剖析客觀性、時效性與正確性： <ul style="list-style-type: none"> • 客觀性：分析時是否能以病人或家屬表述和數據，避免個人偏見，以客觀態度評估問題。 • 時效性：問題剖析是否及時進行，能夠快速反應臨床情況的變化，及時更新分析以配合病情進展。 • 正確性：分析的結果是否有充分證據和合理的推理，並且能正確指引臨床決策。 2. 據檢查及身體評估進行的區辨診斷： <ul style="list-style-type: none"> • 是否有效利用各項檢查及身體評估的結果來進行疾病的區辨診斷。 • 診斷過程是否精確，能夠區分不同疾病的可能性，並適當地解釋檢查結果。 3. 初步判斷及其實證照護依據： <ul style="list-style-type: none"> • 臆測診斷的清晰性：是否能夠基於初步的診斷提供正確的理學檢查等建議。 • 建議的進一步檢查是否能有效釐清臨床問題，對初步診斷有實質支持。 • 診斷和治療的建議是否有實證的文獻支持，包括實證研究和臨床指南，以確保提供的照護是基於最佳證據而來。 4. 主客觀資料及相關因素的整合： <ul style="list-style-type: none"> • 是否有效整合來自病人的主觀敘述和客觀檢查結果，形成全面的臨床情境。

		<ul style="list-style-type: none"> 分析時是否考慮所有相關因素，如病人的年齡、性別、過去病史、家族病史等，以確保診斷和建議的準確性和個別化。 	
<p>七、問題解決（麻醉照護措施）</p> <ol style="list-style-type: none"> 能擬定確立診斷後初步麻醉相關醫療照護計劃與措施。(2) 照護目標需具麻醉專科護理師之獨特性。(3) 依據問題確立提供一致、連貫且適當的麻醉照護措施。(8) 麻醉照護措施需具個別性與可行性，進行具體且周詳地提供照護，且照護措施與文獻查證內容呈一致性與連貫性。(7) 	20	<ul style="list-style-type: none"> 問題解決要有獨特性，依照病人狀況設立目標，並非一定要有短、中、長期目標。 撰寫格式，只要能清楚闡述護理措施與評值內容，以表格或條列式方法敘述皆可。 擬定麻醉照護計劃與措施： <ul style="list-style-type: none"> 是否能夠在確立診斷後，迅速且精確擬定初步的麻醉照護計劃，包括所需的醫療處置和照護措施。 照護措施是否具體明確，能夠直接針對診斷結果和病人的具體需求。 照護目標的獨特性： <ul style="list-style-type: none"> 照護目標是否展現麻醉專科護理師的專業知識和獨特性，如專業技能、臨床經驗和病人麻醉照護的獨特見解。 照護目標是否依據病人的具體情況，依病人個別性進行獨特性麻醉照護。 一致、連貫且適當的麻醉照護措施： <ul style="list-style-type: none"> 照護措施是否與診斷結果一致，能夠有效解決或緩解病人的問題。 照護過程是否流暢且連貫，措施間是否相互支持，形成環環相扣的麻醉照護計劃。 照護措施是否能夠滿足病人的實際需求，並符合臨床實務。 麻醉照護措施的個別性、可行性與文獻一致性： <ul style="list-style-type: none"> 照護措施是否考慮到病人的特殊情境，包括健康狀況、病史和個人偏好。 照護措施是否可實際運用於臨床實務，其臨床設備和資源是否充足以支持這些措施的實行。 照護措施是否與現有的學術研究和文獻查證結果相一致，並且是否能夠從文獻中得到支持。 	
<p>八、結果評值</p> <ol style="list-style-type: none"> 針對麻醉護理照護目標與措施之有效性評值。(4) 對案例整體麻醉照護之具體成效作評值。(4) 清楚描述具體的後續麻醉照護計畫。(2) 	10	<ul style="list-style-type: none"> 結果評值應針對麻醉護理照護目標與措施進行評值，不要只評值護理目標，而忽略護理措施，勿在結果評值處再敘述新的護理措施內容。 評值只須評值「麻醉照護期間」之問題。 麻醉護理照護目標與措施之有效性評值： <ul style="list-style-type: none"> 依據筆者敘述病例之臨床問題，經評估後所提供之麻醉照護目標與措施，進行是否已經達成之評值。 	

	<ul style="list-style-type: none"> • 探討所實施之照護措施是否有效，如何影響病人的麻醉經驗和恢復品質。 • 評估照護措施帶來的改善是否持續，及其對病人長期健康狀態之影響。 <p>2. 對該病例整體麻醉照護之具體成效作評值：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 以更廣泛的角度評估病例之麻醉照護成效，包括患者滿意度、術後復原速度和併發症的管理。 • 將實際成效與預期成效進行比較，分析任何差異的原因。 <p>3. 清楚描述具體的後續麻醉照護計畫：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 是否能提供一個明確和詳細的後續照護計畫，包括必要的檢查、復健安排和可能的進一步照護與治療。 • 後續照護計畫是否根據病人的實際恢復情況進行調整，以滿足其變化的健康需求。 • 後續照護計畫是否有足夠的實證支持，保證其效果和安全性。
<p>九、討論與結論</p> <p>1. 能討論影響該病例麻醉照護成效之相關因素，需具特殊性、創新或具臨床教學的重要性。(4)</p> <p>2. 提出具體限制與困難。(3)</p> <p>3. 對爾後麻醉臨床照護提供具體建議。(3)</p>	<p>1. 討論影響麻醉照護成效之相關因素：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 是否提及與眾不同的因素或創新的麻醉照護，這些因素或措施對照護成效有何影響。 • 是否能夠突顯該病例對麻醉臨床教學或實踐的貢獻，如何能作為未來教學的案例或指引。 • 是否可引用文獻分析討論影響該病例照護成效之因素。 <p>2. 提出具體限制與困難：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 是否清楚描述該病例照護過程中遇到的具體限制條件和困難。 <p>10</p> <ul style="list-style-type: none"> • 是否能討論這些限制和困難如何影響照護成效和病人結果，並評估這些因素在整體照護過程中的重要性。 • 是否能提供應對這些限制和困難的策略或已經採取的措施。 <p>3. 對爾後麻醉臨床照護提供具體建議：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 提出的建議是否具體可行，能否直接應用於臨床實務，以改進麻醉照護。 • 是否能有效提升整體麻醉照護品質，增進病人安全和照護成效。



十、參考文獻 1. 撰寫方法正確且依據APA最新版格式，中文文獻不需加英譯。(2) 2. 內文引用文獻需與參考文獻一致。(3)	5	1. 參考資料與內文引用若未按學會規範APA最新版格式撰寫，可扣分。 2. 檢查文內的每一個引用是否都在參考文獻列表中有對應的完整記錄，並且無遺漏。
總 分	100	
總評：（結果通過與否，應以整篇文章的內容是否能凸顯案例之有趣、創新、臨床重要性或教育意義來決定。） ◇ 審查過程中應保持提攜後進的態度，無論病例報告是否通過，都應給予具體而專業的意見，以助於作者學習與改進。 1. 若病例報告未能有效捕捉病人的核心問題或特性，建議不予通過。審查時需重視病人的獨特性和麻醉照護過程。 2. 鼓勵突顯病人的獨特性。審查通過應基於文章的整體架構和照護狀況是否充分展現麻醉專師專業角色之照護過程，而非僅依據文獻組織能力或診斷判斷之臨床日常照護實務。 3. 請對麻醉專師之護理專業的貢獻、實務趨勢以及護理過程中的缺失與不足進行深入評論，對於提升專業水準和改善臨床實務具有重要價值。 4. 對於引用不當與抄襲的界定，應根據文獻的相似度和內容的使用情況進行嚴格區分。前言、文獻查證、結論等部分的相似度高應被認為是引用不當，而護理評估、問題確立等直接涉及照護過程的相似度高應被認為是抄襲，並應該直接不予通過。		
評 審 結 果 ： <input type="checkbox"/> 通過（70 分及以上） <input type="checkbox"/> 不通過（70 分以下） 評核者簽名 ： 審 查 日 期 ： 年 月 日		



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－病例報告』寫作指引

- 一、主題：病例的選擇應具特殊性及參考價值（如：應展現麻醉照護之創見、特殊麻醉照護需求或罕見疾病之病例），以增強其學術和臨床的教育價值。
- 二、摘要：應簡潔且全面，包含選案理由、照護期間、病情描述、醫療及麻醉照護處置，以及預後與建議；中英文關鍵詞適當。
- 三、前言：描述該案例的臨床背景，撰寫動機和案例對麻醉照護專業的重要性。
- 四、文獻查證：文獻應系統性整合，組織清晰，與該病例麻醉臨床問題、照護問題及照護措施直接相關，需包含近期中、英文文獻。
- 五、病例介紹：完整記錄現在與過去病史，進行全面的身體評估，包括臨床表徵與必要的檢查結果。
- 六、問題確立與分析：以麻醉專科護理師的角度進行問題剖析，依據檢查結果進行區辨診斷，明確臆測診斷和確認診斷。
- 七、問題解決：根據問題確立制定初步的麻醉照護計劃，提供一致、連貫且適當的麻醉照護措施，根據問題確立訂定具個別性與可行性的照護計劃。
- 八、結果評值：評估麻醉照護措施的有效性，分析整體麻醉照護的成效，並描述後續照護計劃。
- 九、討論與結論：討論該病例於麻醉照護的成效影響因素，提出實務中遇到的限制與困難，並對未來麻醉照護實務提供具體建議。
- 十、參考文獻：按照APA最新版格式準確引用所有文獻，保持文獻的可靠性與相關性。
- 十一、文稿組織與結構：確保文章結構清晰，文字表達條理、簡明、通順，能夠有效傳達核心訊息和專業見解。



壹、(16 號字體，標楷體，粗體，齊左)

一、(14 號字體，標楷體，粗體，齊左)

摘要頁字數(含標點符號)限 400 字內。

內文每篇至多 20 頁(不含摘要及參考文獻，自前言開始編列頁碼，含圖表及所有附件)。

一律電腦繕打，字數每頁 600 字(30 字×20 行)以內。

行間距離採單行間距，上下邊界 2 公分，左右邊界 3.17 公分。

首頁只需列題目及摘要(摘要需附加關鍵詞)，勿列作者基本資料，亦不須封面及目錄，請自內文第一頁(前言)編排頁碼。

中文字型採用標楷體，標點符號及空白字為全形字；英文與數字字型為 Times New Roman，標點符號及空白字為半形字體。除各項標題外，內文不分中、英文均為 12 號字體；表格字型大小 10 號字體。內文撰寫格式如下：

(一)(12 號字體，標楷體，粗體，縮排 1 字元)

1.(12 號字體，標楷體，粗體，縮排 2 字元)

(1)(12 號字體，標楷體，粗體，縮排 3 字元)

a.(12 號字體，標楷體，粗體，縮排 4 字元)

(a)(12 號字體，標楷體，粗體，縮排 5 字元)

貳、○○○○

參、○○○○

肆、○○○○

伍、參考文獻

僅限於在文中引據之論文、書籍等，中文列於前，英文列於後。參考文獻依照 APA_VII 格式撰寫，須與文內引用一致性，唯中文文獻不需加英譯。中文按姓名筆劃，英文依姓氏字母順序排列。



台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標－臨床照護指引發展（或應用研究）」作業細則

一、本作業細則依「台灣麻醉專科護理學會「單項能力指標」制度辦法暨作業細則」辦理。

二、送審資格：台灣麻醉專科護理學會（以下簡稱本會）活動會員。

三、書寫相關規定

(一)書寫內容：

1. 單項能力指標－照護指引發展包含：主題、摘要、前言（背景、動機及重要性）、方法學、指引內容、推廣與執行策略、結論及參考文獻。
2. 單項能力指標－照護指引應用研究包含：主題、摘要、前言（背景、動機及重要性）、現況分析與問題確立、照護指引文獻回顧（藉以找出用以解決臨床問題之照護指引）、指引品質評估、臨床運用、成效評值、討論與結論及參考文獻。
3. 參考資料請依照APA_VII版本格式書寫，且須與文內引用一致性，唯中文文獻不需加英譯。

(二)書寫期限（不符者不予通過）：

1. 發展以資料搜索日至送審日三年內為限。（由收案日至本會受稿截止日）
2. 應用研究運用之指引以送審日前三年為限。（由收案日至本會受稿截止日）

(三)書寫篇幅（不符者不予通過）：

1. 摘要頁：字數（含標點符號）限400字以內。
2. 頁數限制：內文每篇至多40頁（不含摘要及參考文獻，自前言開始編列頁碼，含圖表及所有附件）。
3. 格式要求：
 - (1)一律電腦繕打，字數每頁600字（30字×20行）以內。
 - (2)字體中文為標楷體、英文與數字為Times New Roma。
 - (3)大標題字型大小16號（粗體，齊左）；小標題字型大小14號（粗體，齊左）；內文字型大小12號；表格字型大小10號。
 - (4)行間距離採單行間距，上下邊界2公分，左右邊界3.17公分。
 - (5)標題寫法，以「壹、一、（一）1. (1) a. (a)」為序。
4. 首頁只需列題目及摘要（摘要需附加關鍵詞），勿列作者基本資料，亦不須封面及目錄，請自內文第一頁（前言）編排頁碼。



四、送審注意事項

- (一)為維持評審公正，送審之稿件（含圖表及所有附件）嚴格要求不得出現所屬機構名稱、相關人員姓名及對象。
- (二)「單項能力指標－臨床照護指引發展（或應用研究）」不得抄襲或以原稿更改日期後再送審，如有不實或違反學術倫理，被發現查證屬實者不予通過；若已核發通過證書者，亦取消通過資格，送審者須將證書繳回本會，並可溯及既往，且前述作者二年內不得送審。

五、電子檔上傳須知

- (一)請上傳完整送審文件電子檔至資料繳交表單中（網址及QR Code如下）。

單項能力指標申請資料繳交表單：<https://forms.gle/wC1PKKQxJbUdAiTWA>



- (二)「單項能力指標－臨床照護指引發展（或應用研究）」審查資料及電子檔名規範：

審查資料	檔名
單項能力指標申請表/作者資料表(暨單位主管同意書)	姓名-單項能力指標申請表
未發表「臨床照護指引發展（或應用研究）」一份	姓名-題目名稱

- (三)應檢附上傳之電子檔為PDF格式，且表單中每個欄位僅限上傳一份PDF檔。請留意檔案大小，避免超過10MB，若檔案太大無法上傳，可先嘗試進行壓縮檔案。
- (四)送審資料不全者，接獲秘書處通知後得限期於2週內補件，逾期不予受理、亦不退費。
- (五)「單項能力指標」制度辦法及相關資訊公告請參考本會網站。

六、本會秘書處，Email：tanaroc2024@gmail.com 電話：0960073160。



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－臨床照護指引發展』審查評分表

題目名稱：		稿件編號：	
單項能力指標－照護指引發展審查項目	配分	審查意見	得分
一、通則 1. 指引主題具臨床重要性。(3) 2. 結構通順、簡明、有條理，文字通順、達意扼要。(2)	5		
二、摘要 1. 簡潔、扼要、能涵蓋全文內容。(3) 2. 提供適當之關鍵詞。(2)	5		
三、前言(背景、動機及重要性) 1. 清楚說明麻醉臨床照護指引發展之背景、動機及目的。(5) 2. 清楚說明麻醉臨床照護指引之範圍、針對之病人族群與重要性。(5)	10		
四、方法學 1. 清楚呈現麻醉臨床照護指引發展方法。(6) 2. 清楚呈現證據選擇及搜尋方法。(6) 3. 清楚呈現文獻品質及證據強度之評估方法。(6) 4. 清楚呈現建議形成的方法與建議強度的分級。(6)	24		
五、指引內容 1. 清楚呈現麻醉臨床照護指引內容。(15) 2. 清楚呈現麻醉指引內容之建議強度與支持證據。(6) 3. 清楚呈現相關應用的禁忌與可能造成的傷害。(6)	27		
六、專家審查與適用性評估 1. 專家審查過程與結果。(3) 2. 適用性評核方法與結果。(3)	6		
七、推廣與執行策略 1. 清楚呈現後續麻醉臨床照護指引執行推廣之有效策略。(6) 2. 清楚呈現麻醉臨床照護成果的重要指標即評值方式。(6)	12		



八、結論 1. 結論敘述簡明扼要。(3) 2. 有效的解決問題，達成麻醉臨床照護指引之目的，且對麻醉護理專業具有貢獻。(3)	6	
九、參考文獻 1. 包含所有評讀與參考的文獻。(3) 2. 撰寫方法正確且依據 APA 最新版格式。(1) 3. 與內文引用文獻一致。(1)	5	
總 分	100	
總評： （結果通過與否，應以整篇文章的內容是否能凸顯麻醉照護指引發展過程的完整性與所發展指引之品質來決定。）		
評 審 結 果： <input type="checkbox"/> 通過（70 分及以上） <input type="checkbox"/> 不通過（70 分以下）		
評核者簽名： 審 查 日 期： 年 月 日		



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－臨床照護指引應用研究』審查評分表

題目名稱：		稿件編號：	
單項能力指標－照護指引應用研究審查項目	配分	審查意見	得分
一、通則 1. 指引主題具臨床重要性。(3) 2. 結構通順、簡明、有條理，文字通順、達意扼要。(2)	5		
二、摘要 1. 簡潔、扼要、能涵蓋全文內容。(3) 2. 提供適當之關鍵詞。(2)	5		
三、前言(背景、動機及重要性) 1. 能說明應用此照護指引之背景。(2) 2. 能說明執行此照護指引之動機與重要性。(3)	5		
四、現況分析與問題確立 1. 呈現臨床照護問題之現況評估(包含資料收集)。(5) 2. 確立問題與重要導因。(5)	10		
五、照護指引文獻查證(藉以找出用以解決臨床問題之照護指引) 1. 說明文獻選取的條件(可限制為指引)。(2) 2. 說明文獻搜尋策略。(2) 3. 說明文獻篩選流程。(2) 4. 說明照護指引之搜尋結果及確認合適之照護指引。(4)	10		
六、指引品質評估 說明指引品質評估進行方式與結果(可參考 AGREE 臨床指引評估工具)。(10)	10		
七、臨床應用 1. 說明該指引對臨床照護問題的適用性。(5) 2. 說明所採用照護指引的內容與理由(針對問題提出可行之指引方案，並有足夠理由支持建議方案)。(5) 3. 說明指引的執行方法與過程。(10)	20		



八、成效評值 1. 說明成效評值方式。(10) 2. 說明評值結果(能否有效的解決問題，達成照護指引之目的)。(10)	20	
九、討論與結論 1. 討論解決問題的限制與困難。(4) 2. 討論在指引執行過程中遭遇的助力與阻力。(3) 3. 根據結果提出對護理實務的建議。(3)	10	
十、參考文獻 1. 撰寫方法正確且依據 APA 最新版格式。(2) 2. 與內文引用文獻一致。(3)	5	
總 分	100	
總評：(結果通過與否，應以整篇文章的內容是否能凸顯有系統性的應用照護指引與評價執行成效來決定。)		
評審結果： <input type="checkbox"/> 通過(70分及以上) <input type="checkbox"/> 不通過(70分以下)		
評核者簽名： 審查日期： 年 月 日		



台灣麻醉專科護理學會『單項能力指標－臨床照護指引發展（或應用研究）』書寫格式

壹、（16 號字體，標楷體，粗體，齊左）

一、（14 號字體，標楷體，粗體，齊左）

摘要頁字數（含標點符號）限 400 字內。

內文每篇至多 40 頁（不含摘要及參考文獻，自前言開始編列頁碼，含圖表及所有附件）。

一律電腦繕打，字數每頁 600 字（30 字×20 行）以內。

行間距離採單行間距，上下邊界 2 公分，左右邊界 3.17 公分。

首頁只需列題目及摘要（摘要需附加關鍵詞），勿列作者基本資料，亦不須封面及目錄，請自內文第一頁（前言）編排頁碼。

中文字型採用標楷體，標點符號及空白字為全形字；英文與數字字型為 Times New Roman，標點符號及空白字為半形字體。除各項標題外，內文不分中、英文均為 12 號字體；表格字型大小 10 號字體。內文撰寫格式如下：

（一）（12 號字體，標楷體，粗體，縮排 1 字元）

1.（12 號字體，標楷體，粗體，縮排 2 字元）

(1)（12 號字體，標楷體，粗體，縮排 3 字元）

a.（12 號字體，標楷體，粗體，縮排 4 字元）

(a)（12 號字體，標楷體，粗體，縮排 5 字元）

貳、○○○○

參、○○○○

肆、○○○○

伍、參考文獻

僅限於在文中引據之論文、書籍等，中文列於前，英文列於後。參考文獻依照 APA_VII 格式撰寫，須與文內引用一致性，唯中文文獻不需加英譯。中文按姓名筆劃，英文依姓氏字母順序排列。