

# 中國醫藥大學

## 推廣教育中心

班別：

基層醫師 腦中風 臨床及影像學再教育課程 第 1 期

課程時間：

請擇一天：104/07/05(日) 或 104/07/19(日) 08:30-12:30

課程內容及目標：

腦中風一直都是國人十大死亡原因的第三名，而且更多人因此造成殘障、失能。腦中風的年齡層逐漸下降，年輕型中風不罕見，而且更可怕的是，四、五十歲年齡層，正在為事業打拼，是家庭支柱的中年人中風更是逐漸增加。

診斷及治療腦中風，這幾年來有許多突破的發展，例如黃金三小時、六小時溶解血栓，經血管以機械式掏出阻塞的血栓。對出血性中風而言，外科手術已發展到顯微手術，介入性放射線學則以線圈(coils)栓塞或以支架(stent)頂住血管。

診斷方面，除了傳統 CT 影像，又發展 CT 血管攝影(CTA)、CT-perfusion，MRI 則多了 MRA、MR-diffusion 影像。

這個推廣課程是由神經放射科沈戊忠教授籌劃，因此內容將以 CT、MRI 影像學診斷為重點，另再邀請神經內外科、神經介入放射科醫師講述臨床治療，在半天之間，就會讓您對腦中風最新的診斷及治療有完整的觀念。

任課教師：

沈戊忠院長-中國醫藥大學健康照護學院院長

-教育部部定教授

-中國醫藥大學附設醫院 院長室顧問、放射線部醫師

劉崇祥主任-中國醫藥大學附設醫院 神經部神經檢查室主任

-神經部主治醫師

魏嵩泰醫師-中國醫藥大學附設醫院 神經外科主治醫師

嚴寶勝主任-中國醫藥大學附設醫院 放射線部神經放射科主任

-教育部部定助理教授

招生對象：

國內合格醫師(含西醫、中醫、牙醫)。(限 140 人)。

(依據專科以上學校推廣教育實施辦法)

費用：

1. 共 1,500 元(含講義光碟、紙本、餐點)

上課地點：

中國醫藥大學立夫教學大樓 1 樓 104 講堂

台中市北區學士路 91 號 (學士路、英才路交叉路口)

報名方式：

《通訊報名》

郵政劃撥（帳號：22182041，戶名：中國醫藥大學）

劃撥單上請於「備註欄」註明班別及學員姓名

資料請備：

1. 報名表、2. 國民身分證影本（貼於報名表）、3. 醫師證書影本、
4. 半身正面 1 寸照片一式 1 張、5. 劃撥收據影本（請勿寄正本）

以上資料請以掛號寄至中國醫藥大學推廣教育中心（台中市北區學士路九十一號）

《現場報名》

請至立夫教學大樓 3 樓推廣教育中心辦理，並備齊資料。

（受理時間：每日 08:10-17:00）

《線上報名》

1. 請用郵政劃撥或至現場繳交學費

退費辦法（報名費不退，退費程序請參照本中心之“退費注意事項”）：

- 1) 學員自報名繳費後至實際上課日前退費者，退還已繳學分費、雜費等各項費用之九成
- 2) 自實際上課之日算起未逾全期三分之一者退還已繳等各項費用之半數
- 3) 在班時間已逾全期三分之一者，不予退還
- 4) 已繳代辦費應全額退還。但已購置成品者，發給成品。

\* 因故未能開班上課或報名人數已滿，應全額無息退還已繳費用

\* 溢繳費用者，應全額退還所溢繳之金額

注意事項：

- 1) 報名後請留意本中心網站所公佈之最新消息
- 2) 若上課前未收到通知，請於開課前二天來電確認是否開班，以告知上課地點

備註：

- 1) 本班謝絕旁聽及錄影，以維持教室秩序。
- 2) 本期報名截止日為 104.7.1。
- 3) 若人數不足本中心保留不開班或延期之權利。

**個人資料蒐集、處理、利用聲告說明**

中國醫藥大學為「教育或訓練行政」之目的，本報名表所蒐集之個人資料，將僅存放於校內，作為本次活動管理與聯繫之用。您得以本次活動聯絡人聯絡方式行使查閱、更正等個人資料保護法第 3 條的當事人權利。如您提供的資料不完整或不確實，將無法完成本次活動報名申請。

聯絡方式：台中市北區學士路 91 號

電話：04-22054326/傳真：04-22035557，Email：cce@mail.cmu.edu.tw。

基層醫師 腦中風 臨床及影像學再教育課程 第 1 期				
日期	星期	上課時間	課程名稱	授課教師
104/7/5 或 104/7/19 (請擇一天)	日	8:30-9:00	以 CT 及 MRI 了解腦中風 (基本概念)	沈戊忠
		9:00-9:40	腦中風的內科治療	劉崇祥
		9:40-10:20	腦中風的外科治療	魏嵩泰
		10:20-10:40	Break	
		10:40-11:20	腦中風的介入性治療	嚴寶勝
		11:20-12:30	CT、MRI 診斷腦中風新觀念 (進階觀念, 含 CTA, CT-perfusion, MR-diffusion)	沈戊忠

◆上課教室：立夫教學大樓 1 樓 104 講堂。

# 中國醫藥大學 推廣教育中心報名表

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

班 別	<b>基層醫師 腦中風 臨床及 影像學再教育課程</b>	期別	1 <input type="checkbox"/> 7/5 或 <input type="checkbox"/> 7/19 (請擇一天)	浮貼 各一張 一寸照片黏貼	
姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
E-mail		證書字號	醫字第 _____ 號		
出生日期	年 月 日	身分證字號			
最高學歷	畢業				
通訊地址					
聯絡電話	(公) 傳真：	(私) 手機：			
服務單位		E-mail			
	身分證影本 正面黏貼處		身分證影本 反面黏貼處		
資訊來源	<input type="checkbox"/> 網站 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 寄發之簡章 <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 雜誌 <input type="checkbox"/> 報紙：【   】聯合   【   】自由   【   】中國 <input type="checkbox"/> 其他				
身分別	<input type="checkbox"/> 復健科醫師 <input type="checkbox"/> 其他_____				
繳交金額	<input type="checkbox"/> 劃撥 <input type="checkbox"/> 現金   新台幣\$_____仟_____佰_____拾_____元整				

\*填寫完畢後，請以掛號方式寄至中國醫藥大學推廣教育中心(台中市北區 404 學士路 91 號)

推廣教育中心網址：<http://cce.cmu.edu.tw/>

聯絡電話：04-22054326

傳真：04-22035557