

重庆市输血协会

重输协字〔2022〕9号

关于举办重庆市《输血相容性检测标准》、《儿科输血指南》及《围手术期患者血液管理指南》行业标准探讨和解读的通知

各相关单位：

输血医学二级学科的获批，标志着我国输血医学将进入前所未有的发展时期。近几年我国输血事业经历了“积累”和“平台构建”历程，目前一些地区的输血技术和水平已经和世界接轨，部分项目达到了世界领先水平，步入输血现代化进程。

为推动输血医学快速健康发展，2022年1月国家卫健委出台了《输血相容性检测标准》（WS/T 794-2022）、《儿科输血指南》（WS/T 795-2022）、《围手术期患者血液管理指南》（WS/T 796-2022）行业标准。为促进以上标准和指南的理解和落实，系统地提高重庆市采供血机构及临床医疗机构输血相容性检测实验室技术、临床用血及围手术期患者血液管理的理论和操作技能水平，由重庆市输血协会与重庆市输血医学专科联盟联合主办，重庆市血液中心承办的“重庆市《输血相容性检测标准》、《儿科输血指南》及《围手术期患者血液管理指南》行业标准解读”拟定于2022年5月19日-21日在重庆市血液中

心学术报告厅举行。

一、培训对象

重庆市临床医疗机构、采供血机构人员：分管领导 1 名、工作人员 1-2 名。

二、培训时间及地点

（一）培训时间：

2022 年 5 月 19 日-21 日（5 月 19 日 14:00-18:00 报到，5 月 20 日培训，5 月 21 日离会）

（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、会议内容及安排

（一）《输血相容性检测标准》（WS/T 794-2022）比对解读——黄霞

（二）《儿科输血指南》（WS/T 795-2022）内容解读——邓昆

（三）《围手术期患者血液管理指南》（WS/T 796-2022）内容解读——余泽波

（四）血型参比实验室常见疑难问题处理——刘不尽

（五）围术期患者血液管理临床应用与案例分享——闵苏

（六）儿科输血的临床应用与案例分享——郭玉霞

四、培训及交通、住宿费用

（一）培训费：会员单位 400 元/人；非会员单位 600 元/人，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

五、学分授予

本次培训授予市级 II 类继续教育学分 2 分，各参会人员凭身份证或二维码授予学分。

六、培训报名

请参会人员于 2022 年 5 月 11 日前将附件 1 中《参会回执》发送至指定邮箱：chongqingssxxh@163.com。

七、联系人及联系方式

杨 艺 023-89887321 15002329394

罗金莲 023-89011038 13996108372

杨俊鸿 023-89887331 15826122836

八、疫情防控

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 2《疫情防控个人健康信息承诺书》纸质版签到。

附件 1：参会回执

附件 2：疫情防控个人健康信息承诺书



附件 1:

参会回执

单位名称（盖章）：

姓 名	性 别	科 室	职务/职称	联系电话	备注

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：请于 2022 年 5 月 11 日前将回执发送至邮箱 chongqingssxxh@163.com。		

附件 2:

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 ☐ 无 ☐		
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 ☐ 无 ☐		
有无接种新型冠状病毒疫苗	有 ☐ 无 ☐		
目前健康状况（有则打“√”，无则打“X”）： 发热（ ） 咳嗽（ ） 咽疼（ ） 胸闷（ ） 腹泻（ ） 头疼（ ） 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：