**关于举办第二期“云朵家园”脊柱裂与脑积水生活重建骨干伤友培训班的通知**

各省、直辖市、自治区残联康复部，新疆生产建设兵团残联康复部，黑龙江垦区残联康复部、肢残人协会：

　　根据“十三五”中央财政专项资金支持中国残联开展全国残联系统康复专业人才实名制培训工作安排，经中国残联领导同意，中国残联康复部、中国肢残人协会定于2018年11月7日-11月25日举办第二期“云朵家园”脊柱裂与脑积水骨干伤友培训班，现将有关事项通知如下：

**一、培训时间**

　　2018年11月7日至11月25日（含报到和撤离）

**二、培训地点**

　　沈阳浑河新城中西医结合医院（辽宁省沈阳市苏家屯区雪莲街

16甲，联系电话024—89162211）（见附件1）

**三、培训内容**

　（一） 全面认识脊柱裂，加强防护意识。

　（二） 提高脊柱裂伤友康复理念，掌握并发症防治方法，改善功

能，提高生活质量。

　（三） 开展个人能力建设指导，提高伤友社会适应能力和有关组

织、协调、沟通及就业创业能力，促进伤友回归和融入社会。

　（四） 服务社会，推进云朵家园建设，积极宣传脊柱裂防治工作，

团结脊柱裂伤友和家属，建设好各地脊柱裂委员会和服务载体云朵家园。

　（五） 本次培训班特聘国内相关权威专家及社会专业工作者授课。

**四、报名对象和名额**

（一）各地脊柱裂伤友积极分子，愿意参与脊柱裂组织建设者。

（二）目前身体情况稳定，生活能自理者。

（三）年龄20至45周岁之间。

（四）目前没有压疮、泌尿系统严重感染及传染病。

（五）参加名额：见附件2（各地若未掌握当地脊柱裂人员情况，

可由中肢协脊柱裂专委会进行推荐）。

**五、其他要求**

（一）请有关省（直辖市、自治区）及时通知相关人员，做好工作安

排，确保按通知要求参加培训。通知及附件均可在中国残联、中国肢协网站下载（http://www.cappd.org/）

1. 各省（直辖市、自治区）残联、肢协请于11月1日前将参加

培训人员报名表（见附件3）传真或邮件至中国肢协。

（三）培训人员的培训费、食宿费由培训班承担，往返交通费由各地

残联承担。

（四）请严格按照规定的时间报到和撤离，如有提早和延迟，所发生

的费用由本人自理。

**六、联系方式**

中国肢协：田 露 010-66580074（传真）

　　         范肇鹏 021-56084824、13701979554

白建华 18600018909

　电子邮箱：zzxjzlwyh@163.com

附件：1.路线图

2.名额分配表

    3.报名表

中国残联康复部         中国肢残人协会

2018年10月10日

附件1：

到达沈阳浑河新城中西医结合医院路线图

  1. 沈阳桃仙国际机场：

线路1：机场大巴2号线到中山公园东下车，到玉皇药业下

车即是。

线路2: 距离22.9公里，打出租车50元左右。

2. 沈阳站：

线路1：乘坐327路公交车，在银杏路雪莲街下车即是。

线路2：打的士车16公里，打出租车40元左右。

3. 沈阳南站：

线路1：乘坐333路公交车，在华府丹郡站换乘327路

公交车，在银杏路雪莲街下车即是。

线路2：距离16公里,打出租车20元左右。

4.沈阳北站：

 线路1:在北站北广场乘坐324路公交车，在三山集团

换乘K802/K801路公交车在浑河新城医院下车即是。

线路2：距离22公里,打出租车50元左右。

5.苏家屯站：

线路1:距离苏家屯站5公里，打出租车10元左右。

附件3：

报 名 表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | | 出生年月： | |
| 学历： | 婚姻状况： | | 身份证号： | |
| 电话： | 地址： | | | |
| 显性脊柱裂（ ）  隐性脊柱裂（ ） | 发病位置：胸椎（ ） 腰椎（ ） 骶椎（ ） 尾椎（ ） | | | |
| 残障程度： | 能走（ ）拄拐 （ ）坐轮椅（ ） | | | 身份证号： |
| 是否就业、从事什么行业 |  | | | |
| 脊柱裂并发症(现在)： | 足畸形（ ） 压疮（ ） 排尿降碍（ ） 脑积水（ ） | | | |
| 排尿方式： | 自解（ ）自导（ ）留置尿管（ ）造瘘（ ）其他（        ） | | | |
| 日常生活自理情况： | 完全自理（ ） 部分需要协助（ ） | | | |
|  |  | | | |
| 使用的交通工具： |  | | | |
| 是否参加过当地残联活动： |  | | | |
| 是否参加过相关训练： |  | | | |
| 在云朵家园任职或活动： | （  ）是（  ）否 | 所在云朵家园名字： | | |  |
| 备注 |  | | | |
| 紧急联络人： | 姓名： 关系：　　　 　联系电话： | | | |

 附表请提交：身份证彩色复印件、残疾人证彩色复印件、当地区及区以上残联（康复处/科）盖章后的报名表复印件。