

附件 2

住院医师规范化培训结业临床实践能力 考核标准方案（2020 版） （精神科）

一、考核形式及考站设置

精神科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核采用国际通行的客观结构化临床考核（Objective Structured Clinical Examination, OSCE）方式。共设 4 个独立考站和 1 个通用考站（即 4+1），4 个独立考站分别为：临床技能站、临床思维站、临床沟通站、神经系统检查站；1 个通用考站是心肺复苏考站。具体考站设置如下：

考站	考站名称	考核内容	考核方式	考核时间	分值占比
第 1 站	临床技能	精神检查、病史采集、必要的躯体检查	精神检查实际病人； 病史采集主管医生	45 分钟	40%
第 2 站	临床思维	病例分析、回答问题、 病历小结书写	口头汇报、面试、书 写	30 分钟	30%
第 3 站	临床沟通	住院医师常见的沟通 主题	与考官扮演的家属/ 患者进行谈话	15 分钟	15%
第 4 站	神经系统	颅神经、运动系统、 感觉系统、病理征等	检查专人	15 分钟	15%

		合计	105 分钟	100%
通用	心肺复苏	住院医师规范化培训阶段任何时候均可参加该项考核，也和上述 4 个考站同时进行。		

二、各考站设置具体要求

(一) 第 1 考站：临床技能考站

1. 考核内容。精神检查、病史采集、必要的躯体检查。
2. 考核形式。精神检查用合作的真实病人，病史采集由经过统一培训的主管医生扮演家属。
3. 考核试题。病种主要为精神分裂症及妄想性障碍、心境障碍、神经症性障碍，按照 5:3:2 的比例并结合当次参加考核的总人数进行充分准备。按考生数的 1.2 倍以上准备病人，予以编号，考前以抽签形式决定住院医师的待考病人编号，并做好病人的知情同意工作。
4. 考核时长。45 分钟。精神检查不少于 25 分钟，病史采集不多于 15 分钟，由考生自己决定二者的先后次序，在无提示信息的情况下进行临床晤谈。允许精神检查借用病史采集时间，也允许考生只和病人谈话（即精神检查和采集病史的对象都是病人本人）。考生自己决定是否做躯体检查（0-3 分钟），时间包含在本站总时间 45 分钟之内，到时即终止该站考核。
5. 考核人员。每组考官 2-3 人，专人接送和看护病人，病人的主管医生陪同。
6. 场地设备。足够考核用的诊室、配桌椅听诊器、血压计、

叩诊锤、计时器各 1 个，足够的评分表、备用纸和笔，如用电子评分系统，则考官提前试用。

7. 考核评分。由考官根据评分细则独立进行现场评分，由专人计算初分和占比分。评分表及评分细则见附件 1。

8. 合格标准。满分 100 分，70 分合格。

(二) 第 2 考站：临床思维考站

1. 考核内容。病例分析、回答问题、病历总结。5 项主要内容为症状及综合征分析、诊断分析、诊断结论及诊断标准、风险评估与处理措施、治疗计划。

2. 考核形式。口头汇报、面试，书写病历总结。

3. 考核试题。来自临床技能站所获得的临床资料。

4. 考核时长。30 分钟。考生口头汇报 15 分钟（含不超过 5 分钟的思考和准备时间），回答考官提问 15 分钟。结束后，考生在另处书写病历小结 15 分钟，交回给考务人员。

5. 考核人员。每组考官 2-3 人。

6. 场地设备。足够考核用的诊室、配桌椅听诊器、血压计、计时器各 1，足够的评分表、备用纸和笔，如用电子评分系统，则考官提前试用。

本站需要单设配桌椅纸张的病历书写室，配 1-2 名考务人员，负责监督、计时、收回考生书写的病历总结。

7. 考核评分。由考官根据评分细则独立进行现场评分，由专人计算初分和占比分。评分表及评分细则见附件 2。

8. 合格标准。满分 100 分，70 分合格。

(三) 第 3 考站：临床沟通考站

1. 考核内容。住院医师经常面临的临床沟通问题。

2. 考核形式。考生用 1-3 分钟阅读提示信息 and 资料（时间包含在总时间内），然后按考题明示的要求与考官扮演的家属/患者进行沟通。

3. 考核试题。来自沟通题库，分别为考生和考官准备简短提示信息 and 资料。试题范例见附件 3-1。

4. 考核时长。15 分钟。

5. 考核人员。本站设 2 名考官。考官扮演家属/患者进行沟通，需事先经过培训。

6. 场地设备。诊室、桌椅、计时器、评分表、备用纸和笔，考生用和考官用的两种考核资料。

7. 考核评分。由考官根据评分细则独立进行现场评分，由专人计算初分和占比分。评分表及评分细则见附件 3-2。

8. 合格标准。满分 100 分，70 分合格。

(四) 第 4 考站：神经系统考站

1. 考核内容。高级神经活动、颅神经、运动系统、感觉系统、反射及病理征等。

2. 考核形式。检查专人。

3. 考核时长。15 分钟。

4. 考核人员。本站设 1-2 位考官，建议其中 1 人为神经内

科副高及以上职称。

5. 场地设备。诊室、诊察床、叩诊锤、小手电、音叉、皮尺、桌椅、计时器、评分表、备用纸和笔。

6. 考核评分。由考官根据评分细则独立进行现场评分，由专人计算初分和占比分。评分表及评分细则见附件4。

7. 合格标准。满分100分，70分合格。

（五）通用考站：心肺复苏考站

本站考核在住院医师规范化培训期间任何阶段都可进行。可与其他学科共享考站，也可与精神科前四站同时进行，均应严格执行相应考核标准。成绩由考官签字和所在学科的住培（专业）基地盖章后生效。

本站成绩合格是精神科住院医师规范化培训临床实践能力考核的通过条件之一。

（六）考核评分细则概述

前四站评分表均附有评分细则，以指导评分，保证评分的一致性。

1. 主要内容。包括主要站点的评分表和评分细则。评分表中标注有评分要点，供考官现场使用；评分细则主要用于考官培训时对评分要点的理解，以提高评分的一致性，也供考核时现场查阅之用。

2. 评分结构。设计为全面性（系统性）和能力（质量）两个维度，分别进行评分，尽量避免交叉影响。如评价精神检查的

“全面性”时，只评价所列项目是否做了，不评价做得好不好；评价精神检查的“能力”时，只评价所列项目做得好不好，不评价这几项是否涵盖精神检查的全面内容。另外为了平衡细节和整体的关系而设立“印象”项，为考官提供有限的自由裁量权。

3. 使用前培训。考官要进行考前的集中培训，以达到对评分细则的理解和把握上的基本一致性。如果没有培训，现场评分时不仅会有理解上的差异，而且考官的注意力会严重分散到查阅评分表和评分细则上，从而影响对考生的实际评价。

4. 理解考核目的。用评分的方式对能力、素质、特性等进行评价时，都面临一致性（信度）和真实性（效度）之间的权衡。评分项目越细致，一致性会越高，但并不意味着评价的真实性更好，考官应努力在细节和整体的把握上达到最佳平衡，公平而有效地评价考生的实际能力。住院医师规范化培训的根本目标是培养会看病的临床医生，如果考官确信可以放心让面前这位考生单独去诊疗，那么他在按照评分表的细节去扣分时，就会有更恰当的权衡和把握，并且能够更妥当地使用体现“有限的自由裁量权”的评分项。

三、结果评定

（一）通过标准

1. 同时满足以下 2 个条件为通过：①前四站考核总分（各站初分乘以占比后相加之和） ≥ 70 分，且初分低于 70 分的考站不超过 1 个；②通过心肺复苏考站的考核。

2. 当次考试的总通过率建议设定在 80%（当年补考通过率也为 80%，则当年总通过率最高 96%）。

3. 以上标准仅作为推荐，各考区可依据具体情况自行调整。

（二）成绩认定

1. 考核结束后立即召开全体考官会议，反馈、汇总考核情况，重点审核并确定未通过者；由主考官陈述理由，经过集体讨论，获得多数考官同意。全部成绩由总考官签字认定。

2. 当次考核成绩在规定时间内报上级行政主管部门。

四、具体实施

（一）命题

1. 命题人员

由各考区统一组织考核基地联合组建命题专家组进行命审题、组卷、制卷。命题专家应经过培训。

2. 试题设计

每年同一考区各考核基地务必使用统一考题。各站试题数量根据考试批次安排设定，不得少于每半天一套试题，各批次之间不得重复，并应准备至少 1 套备用卷。

试题应在考试前保密印制或制作成电子材料，制作考试材料应由专人负责，全程在保密监控下进行。

（二）场地

1. 考核基地

各考区根据情况设立 1-2 个考核基地，采用统一考题、统一

考核形式与标准进行集中考核，以保证考核的公平性和同质性。

2. 站点准备

考站	考站名称	设备	人员
第 1 站	临床技能	足够考试用的诊室、配桌椅 听诊器、血压计、计时器各 1 足够的评分表、备用纸和笔 如用电子评分系统，则考官提前试用	每组考官 2-3 人 专人接送和看护病人，病人的主管医生陪同
第 2 站	临床思维	同上，另加单独的病历书写室，配桌椅、纸张等	考官同上 病历书写室配 1-2 名考务
第 3 站	临床沟通	诊室、桌椅、计时器、评分表、备用纸和笔，考生用和考官用的两种考核资料	考官轮流扮演家属/患者
第 4 站	神经系统	诊室、桌椅、诊查床、计时器、评分表、备用纸和笔、叩诊锤、小手电、音叉、皮尺	供考生检查的专人或模拟人

(三) 人员

1. 考官

各考区负责考官遴选和培训，考官须经培训合格后持证上岗，考前须再次培训。对考生分组应采取回避原则，即考官回避本单位考生。每个分组必须至少有一名外单位考官。

(1) 考官遴选

考官须具备以下条件：(1) 积极参与住院医师规范化培训和考核工作，关心、理解住培医师；(2) 原则上应具有副高及以上相应临床学科职称，临床沟通站允许有一名临床心理学/心理治疗与咨询专业中级及以上职称的考官；(3) 对考生保持公正公平的态度，严格执行考核标准，认真履行考官职责。

(2) 考官培训

考官日常培训内容应包括国家住院医师规范化培训制度、《住院医师规范化培训内容与标准》、《住院医师规范化培训结业临床实践能力考核标准方案（2020版）》、考官制度、执考要求、评分等；考前培训应按分配的考核任务进行分组培训，由指定的考站组长负责召集该站考官进行培训，培训重点是评分细则的一致性，具体包括熟悉考核病例（或主题）的内容；按照要求进行角色扮演的练习；对照评分细则进行一致性评分练习与讨论。

2. 考务人员

考务人员须经过培训。在考务人员选拔、分组、培训时，除医院职工外，可吸收低年资不参加考核的住培生，但不宜承担监考等关键和重大任务。不得承担带有试题的考站任务。

考务人员应严格遵守保密协议，承担相应的保密责任。

3. 病人准备

按 5:3:2 的病种比例，筛选基本合作的精神分裂症、心境障碍、神经症性障碍的备考病人；按考生数的 1.2 倍以上准备病人，予以编号，并做好病人的知情同意工作；考前以抽签形式决定住院医师的待考病人编号。

4. 考生培训

在考前应对参加考核的全体考生进行考站设置、考核程序、考核内容的要点和注意事项、考场纪律等方面的培训。

（四）实施保障

1. 临床实践能力考核时间由各省卫生健康委根据国家考核计划统一发文确定，采取统一考核方案、统一考核时间、统一考核标准、统一考核培训等“四统一”模式开展，确保考核同质化；

2. 各考区应加强组织领导，完善工作机制，认真落实好考核各项工作，确保考核顺利进行；

3. 各考区应制定、完善本考区考核实施方案，包括考核经费使用方案、考官培训方案、考务实施方案、应急方案等，确保考核有序开展。

附件 1

精神科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核 临床技能站（第 1 考站）评分表及评分细则

临床技能评分表（100 分）

考生姓名：		准考证号：		考官姓名：	
项目	内容	满分	得分		
整体印象	熟练程度	2			
	现场表现	2			
	专业自信	2			
	人文素养	2			
	职业潜质	2			
全面性 (只评是否遗漏, 不评完成质量)	一般情况	2			
	感知思维	2			
	认知功能	2			
	情感活动	2			
	意志与行为	2			
步骤 (前三项评全面性, 后两项评完成质量)	开始	2			
	深入	2			
	结束	2			
	流畅性	2			
	完成质量	2			
精神检查能力 (只评所列各项的完成质量)	对症状线索的敏感性	6			
	对症状的深入检查和确认	6			
	综合征的检查思路	6			
	及时准确地调整检查重点和方向	6			
沟通技巧 (全面性、完成质量)	是否获得足够的诊治信息	6			
	知情同意与保密承诺	2			
	共情	2			
	观察	2			
	倾听	2			
全面性 (只评是否遗漏, 不评完成质量)	提问	2			
	现病史	3			
	个人史	3			
	既往史	3			
	家族史	3			
采集病史能力 (只评所列各项的完成质量)	重要检查结果	3			
	深入性和确认度	5			
	依据具体情况确定重点内容	5			
躯体检查	风险及预后的评估与沟通	5			
	扣分项, 依“必要性”而定。如必要做但考生忽略, 酌情扣 1-5 分				
合计		100			

考官签字：

统分人签字：

考试日期：

临床技能考站评分细则

本站最小评分值 1 分（没有 0.5 的评分），初分 70 分及格。精神检查 70 分，采集病史 30 分。

（一）精神检查

1.整体印象：5 个方面，一般在最后进行评分。熟练程度和现场表现两项依据现场情况进行评分；专业自信、人文素养、职业潜质三项，不仅依据现场情况，也依从考官对考生的直观感觉和内心认可（即“有限的自由裁量权”）。

2.全面性：5 个方面，基本涵盖精神检查的常规内容。每个方面必须检查的内容见下述，内容有遗漏扣 1 分，全缺则扣 2 分。

（1）一般情况：定向力和日常生活。

（2）感知思维：幻觉、妄想、强迫观念。

（3）认知功能：注意、记忆、理解与判断、计算力。

（4）情感活动：心境低落、高涨、焦虑。

（5）意志与行为：高级意志、自杀、冲动（暴力）行为。

3.步骤：5 小项，前 3 项（开始、深入、结束）是精神检查的常规步骤，只考查做与否；后 2 项考查前 3 项的完成质量，。

4.精神检查的能力：此项权重和分值都最大，5 个方面包含精神检查的主要能力，只对每项的完成质量评分。

（1）对症状线索的敏感性：考查考生能否在检查中（尤其是开始阶段）敏锐地察觉和追问可能是重要症状的线索。根据具体情况评分，如果考生对显而易见的症状线索都予以忽略，而

该症状对于诊治又十分重要；或者多处出现对重要线索“听而不闻”的情况，则扣 3-5 分。如果属于考官能够察觉但考生现阶段能力难以察觉的线索，则只扣 1-2 分。

(2) 对症状的深入检查和确认：考查对症状的检查是否深入和确认。并非要求对所有症状都如此，如考生对一些症状的询问不深入，但对某个症状（尤其是较重要的）询问较深入而且准确，则只扣 1 分或者不扣分。因如果考生对重要症状的询问都不深入，却在重要的症状上纠缠良久，或者以猎奇的心态深入询问隐私问题，则扣 3-4 分。

(3) 综合征的检查思路：考查是否能够带着诊断思路进行检查。此项一般只扣 1-2 分，如果考生能够对关键性的综合症进行流畅、准确的认证，则给满分。如果有明显严重的失误，则扣 2-3 分。该项和（2）项的区别在于：（2）项考查单个症状的深入确认能力，该项考查综合征的思考和检查能力。

(4) 及时准确地调整检查重点和方向：考查对主诉和主要问题的判断和确认能力以及主动避免“先入为主”纠偏能力。如果考生存在严重的“先入为主”倾向，对显而易见的其他重要症状视而不见，则扣 3-5 分。

(5) 是否获得足够的诊治信息：考查精神检查的实际效果。如果检查能够得出诊治所需的基本信息，则不扣分。如果不能，根据具体情况扣 1-3 分。

5.沟通技巧：此项有 5 个小项，考查精神检查中的沟通技能，

在全面性和完成质量方面都评分。如缺项，则该项扣 2 分；如不缺但做得不好，则该项扣 1 分。

多数情况下，知情同意和保密承诺不会扣分，而其余四项都可能扣 1 分，而且可能和精神检查能力重叠扣分。

(二) 采集病史

从全面性和能力两个维度进行评分。

1.全面性：5 个小项（现病史、个人史、既往史、家族史、重要检查结果）只评中每项的主要内容是否检查全面，不全面扣 1 分，该项全遗漏扣 2 分。

2.采集病史的能力：只评价完成质量。

(1) 深入性和确认度：如果对全面性的 5 项中的任一项有深入的确认，即不扣分；

(2) 依据具体情况确定重点内容：病史采集的考核时间最多 15 分钟。如果考生有能力在规定时间内做得既全面又重点突出，在本项上不扣分但也无加分（在整体印象上可以加分），否则根据情况扣 1-3 分。

(3) 风险及预后的评估与沟通：暴力、自杀、躯体疾病三大风险，缺 1 项扣 1 分，不缺但做得不好，每项最多扣 1 分。没有告知和沟通，扣 1 分。

(三) 躯体检查

此项为倒扣分。精神检查和病史采集所获得的信息表明有检查的必要性，如严重颅脑损伤史、可观察到的 **EPS** 表现、主诉心脏

症状、脚浮肿、割腕自杀外伤痕等。只要考生有检查的意识和动作，不必详细和准确，就不扣分。如果忽略而不做，根据必要程度（对临床诊治的重要性以及后果的严重性），酌情扣 1-5 分。

附件 2

精神科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核

临床思维站（第 2 考站）评分表及评分细则

临床思维评分表（100 分）

考生姓名：		准考证号：	考官姓名：	
项目	内容	满分	得分	
病历总结（20 分）				
完整性	主诉	1		
	简要病史	1		
	精神检查	1		
	重要检查结果	1		
	症状学检查	1		
	疾病分类学检查	1		
	诊断标准	1		
	危险评估	1		
	药物治疗方案	1		
	其他治疗计划	1		
准确性	诊断的关键证据	2		
	排除和鉴别诊断的关键证据	2		
	治疗方案的合理性	2		
	反映病例突出特点	2		
	书写质量	2		
口头汇报（50 分）				
完整性	症状及综合征分析	2		
	诊断分析过程	2		
	疾病分类学诊断与诊断标准的运用	2		
	风险评估与处理措施	2		
	治疗计划	2		
准确性	症状及综合征分析	6		
	诊断分析过程	6		
	疾病分类学诊断与诊断标准的运用	6		
	风险评估与处理措施	6		
	治疗计划	6		
逻辑性	思路清晰	5		
	逻辑严密	5		
答问环节（30 分）				
与该病例的诊断密切相关的问题		10		
与该病例的治疗密切相关的问题		10		
由该病例引申的其他问题（知识的广度）		10		
合计		100		

考官签字：

统分人签字：

考试日期：

临床思维评分细则

本站最小评分值 1 分，初分 70 分及格。共三大项。

（一）病历总结

病历总结不仅是病历内容的高度浓缩，更是诊疗思路的简练表达。应重点评价项目的完整性和内容的简洁、准确性。

1.完整性：10 个小项（主诉、简要病史、精神检查、重要检查结果、症状学诊断、疾病分类学诊断、诊断标准、危险评估、药物治疗方案、其他治疗计划），涵盖了病历的主要内容，也直接反映了基本的诊治思路。只评是否缺项。

2.准确性：5 个小项（诊断的关键证据、排除和鉴别诊断的关键证据、治疗方案的合理性、反映病例突出特点、书写质量），是反映诊治思路的核心内容，只评准确性而不评详细程度。

（二）口头汇报

是本站的核心内容，考查临床诊疗思路的系统性、准确性、逻辑性，同时也评价口头表达能力。

1.完整性：5 个小项的内容（症状及综合征分析、诊断分析过程、疾病分类学诊断与诊断标准的运用、风险评估与处理措施、治疗计划），只评系统性和全面性。

2.准确性：是本站的最大分值项。考查诊疗结论所依据的信息确定性和思路的严谨性。

（1）症状及综合征分析：考查对症状信息进行分析、确认、归纳的能力。评分时优先评价准确性，如考生尽管没有对所有症状进行分析，但对足以确立诊断的重点症状有准确认证而且能落

实到综合征并最终确定症状学诊断，则不扣分。如果对症状都有分析，但关键症状却不确认，也没有总结归纳到综合征和症状学诊断，或者归纳不准确，反而应根据情况扣 2-3 分。

(2) 诊断分析过程：主要考查从症状学到疾病分类学诊断过程中的假设诊断、鉴别诊断、排除诊断的分析思路，也包含病因学分析。根据情况扣 1-3 分。

(3) 疾病分类学诊断与诊断标准的运用：考查最后诊断的准确性和所用诊断标准的合理性。如诊断明显错误，扣 3 分。如诊断正确但应用诊断标准有错误，根据情况扣 1-3 分。

(4) 风险评估与处理措施：考查自杀、暴力、躯体疾病三大风险的识别与处理的合理性、准确性。无论有无实际风险，都要表达出评估结果和处理措施。每项内容 2 分。如所获得的信息中明确有自杀风险，但评估等级不准确、处理措施不合理，扣 1-2 分。

(5) 治疗计划：考查治疗计划的合理性，从规范化治疗指南的应用原则和该患者的具体方案两个方面进行评分，各占 3 分。还要考查根据病人的具体情况采取心理治疗、物理治疗、康复治疗的内容，根据必要性和重要性，酌情扣 1-2 分。

3.逻辑性：评价思路清晰度和表达逻辑性。如考生汇报的完整性和准确性没问题，但内容多而杂乱、表达缺乏逻辑，根据情况扣 3-5 分。

(三) 答问

3 个问题，根据考生回答的具体情况评分。前 2 个问题的回

答有明显和严重错误的，扣 3-5 分，一般错误扣 1-2 分；第 3 个问题的回答有明显和重大错误的，扣 2-3 分，一般错误扣 1 分。

附件 3-1

精神科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核

临床沟通站（第 3 考站）考题示例

提供给考生：

女，16 岁，高一。半年前高分考入重点中学，入学后成绩下降，渐孤僻、少语，情绪低落，注意力不集中，听不懂课，对同学老师的言谈举止敏感多疑，认为在讽刺她，眠差，频繁对父母发脾气，有时莫名冷笑。3 个月前到当地就诊为“抑郁症”，予舍曲林 100mg/日治疗，病情反而加重，拒绝上学。

1 周前住院，精神检查发现她在半年前即已存在言语性幻听、被控制和被洞悉体验、关系妄想、被害妄想。心境低落和兴趣下降均继发于前述症状。三级查房一致诊断“精神分裂症”，决定用抗精神病药物治疗。现由住院医师对她的父母告知诊断并协商治疗方案。

提供给考官：

女，16岁，高一。半年前高分考入重点中学，入学后成绩下降，渐孤僻、少语，情绪低落，注意力不集中，听不懂课，对同学老师的言谈举止敏感多疑，认为在讽刺她，眠差，频繁对父母发脾气，有时莫名冷笑。3个月前到当地就诊为“抑郁症”，予舍曲林100mg/日治疗，病情反而加重，拒绝上学。

1周前住院，精神检查发现她在半年前即已存在言语性幻听、被控制和被洞悉体验、关系妄想、被害妄想。心境低落和兴趣下降均继发于前述症状。三级查房一致诊断“精神分裂症”，决定用抗精神病药物治疗。现由住院医师对她的父母告知诊断并协商治疗方案。

父母扮演要点：

1. 认为是“抑郁症”，只是原来治疗效果差，这次下决心“把孩子交给你们”，用最好的方法尽快治好。

2. 不接受“精神分裂症”的诊断。因为孩子从来没有透露过“幻听”和“被控制”，强调是学习压力和成绩下滑导致情绪低落和厌学，青春期逆反而发脾气。

3. 对抗精神病药治疗存在诸多道听途说的观念和顾虑。

4. 可以参照以下描述来衡量考生的总体得分范围。

70分以下：考生和家属有争执和/或不当言语/或被家属引导得自我怀疑，导致沟通明显不畅甚至失败。

70-80分：交流基本融洽，相互能理解，但家属存疑虑，不能

当场同意治疗方案，要求和上级医生面谈后做最后决定。

90-100分：沟通能力强，交流融洽，家属接受诊断且现场同意治疗方案。

附件 3-2

精神科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核

临床沟通站（第 3 考站）评分表及评分细则

临床沟通评分表（100 分）

考生姓名：	准考证号：	考官姓名：		
内容		满分	得分	
原则态度（20 分）				
尊重并理解患者		4		
态度真诚和蔼		4		
以患者为中心的交流方式		4		
知情同意		4		
没有违背伦理和可能引起纠纷的言语和行为		4		
基本技巧（50 分）				
恰当的目光交流		5		
耐心观察、倾听并有恰当反应		10		
鼓励患者充分表达		5		
提问以开放式为先导，开放和封闭提问妥善结合与转换		5		
对重要信息和解释有核实		10		
提供恰当的具体建议		5		
清楚表明医生的意见		5		
有阶段性总结或结束时总结		5		
效果印象（30 分）				
达到沟通目的或者没有完成达成目的但不是医生的问题		10		
患者感到舒适和被理解		10		
考官认为考生有较好的沟通能力		10		
合计		100		

考官签字：

统分人签字：

考试日期：

临床沟通评分细则

本站最小评分值 1 分，初分 70 分及格。

原则和态度以及效果和印象,是从整体上评分的,给考官“有限的自由裁量权”。基本技巧是从细节上评分的,严格按照内容和分值打分。

本站考官最佳组合是一名副高及以上职称的精神科医生与一名中级及以上职称的心理治疗师。

(一) 原则态度

一般放在最后打分,以便合理地从整体上评价考生的沟通能力和素质。

尊重并理解患者、态度真诚和蔼,这两项主要考查共情能力以及职业态度。如果表现明显不合适,每项酌情扣 1-2 分。

知情同意、没有违背伦理和可能引起纠纷的言语和行为,这两项考查沟通的伦理和法律要求。如果有重大错误或者没有做知情同意,酌情扣 1-4 分。

以患者为中心的交流方式,考查沟通模式,所指为沟通时关注对方的诉求和心理需求,根据对方的特点进行交谈,而不是只按照自己的思路进行解释和说服。

(二) 基本技巧

所列 8 项是临床沟通中常用的基本技巧,按照具体内容和分值打分。缺项全扣,该项做了但是做得不好,5 分项扣 1-2 分,10 分项扣 2-4 分。

(三) 效果印象

从整体上评价沟通能力和素养。每次的沟通考题都自带供考官参考的沟通效果描述，此处也可用做评分的参照。比如通过沟通，家属和患者完全同意治疗方案，则满分。如果没有完全同意，但显然不是医生的失误，而是家属和患者意见不一致或者当时条件不允许，只有部分同意，但答应尽快考虑后答复，也可以满分，或者只扣 1 分。完全没有达成共识而且肯定是医生沟通不力，则酌情扣 2-5 分。

患者感到舒适和被理解，完全是从患者的角度进行评价。如果用的是 SP，则直接由其给分。如果是考官扮演的家属或患者，则和后面的考官感受和印象一起评分。如果感受不良、印象不好，则酌情扣 2-5 分。

附件 4

精神科住院医师规范化培训结业临床实践能力考核

神经系统评分表及评分细则

神经系统评分表（100 分）

考生姓名：		准考证号：	考官姓名：	
项目	内容	满分	得分	
高级神经活动（5 分）				
高级神经活动	意识状态、言语、构音障碍	5		
感觉系统（5 分）				
感觉系统	浅感觉、深感觉、复合感觉	5		
颅神经（不考眼底镜）（35 分）				
颅神经	12 对颅神经，考核检查的完整性、次序、手法正确性、熟练程度等	35		
运动系统（30 分）				
运动系统 （完整性、正确性）	肌容积、不自主运动、肌力、肌张力、指鼻试验、轮替动作、跟—膝—胫试验、Romberg 征、步态等	30		
反射病理征（25 分）				
反射病理征（完整性、正确性）	深浅反射	5		
	病理反射	5		
	颈项强直	5		
	克匿格征	5		
	布鲁斯基征	5		
合计		100		

考官签字：

统分人签字：

考试日期：

神经系统评分细则

本站考官由神经内科副高及以上职称的医生担任,只给出考核内容和参考分值,具体评分细则由考官参照神经科住培考试的相关标准进行把握,整体上以神经内科住培生神经系统检查考核的中上水平为本站“优秀”标准。