



# 禁止化学武器组织

技术秘书处

International Cooperation and Assistance Division

S/585/2006

16 August 2006

CHINESE

Original: ENGLISH

## 技术秘书处的说明

### 参加化学武器防护的医学问题课程候选学员的提名邀请

伊朗伊斯兰共和国，德黑兰

2006年11月4日 - 8日

1. 总干事谨代表伊朗伊斯兰共和国政府和禁止化学武器组织（禁化武组织），邀请各成员国提名候选学员，参加将于2006年11月4日 - 8日在伊朗伊斯兰共和国的德黑兰举行的第八次化学武器防护的医学问题课程。
2. 该课程主要面向医师，不过对来自医护行业的申请人也予以考虑。对初次接触化武防护以及不具备化武防护的医学问题方面的广泛背景的专业医务人员来说，此课程尤其价值。课程将为此类人士提供一次独特机会，使其了解到亲自在实地医治过化学武器受害者的伊朗医师的见地。
3. 学员们将听取对化学武器的性质及影响的概述，同时了解消除化学武器的最新国际努力。课程将使医务人员能够了解一旦参与对涉及化学武器的事件采取国家或国际性行动可能会遇到的问题，同时知晓能够通过禁化武组织获得哪些援助和进一步培训。课程将会为那些希望今后参加其他缔约国举办的专业培训课程的学员打下最理想的知识基础。课程将包括理论课和案例研究课，后者会涉及到因为接触过化学武器而受到其慢性影响所害的病人。本文附件1列有课程开设的具体课目。
4. 举办课程的地点为位于伊朗伊斯兰共和国德黑兰的培训和针对化学武器的治疗国际医疗中心。
5. 课程进行各种活动时使用的语文为英文，届时不提供翻译服务。为此，被提名的候选学员应熟谙口笔头英文。
6. 为让中选学员为课程做预习，会事先向其寄送各个课目的背景材料以及详细的活动安排表及时间表。如有请求，也可将材料寄至有关的常驻禁化武组织代表团，以转送课程学员。





**附件 1****化学武器防护的医学问题课程****伊朗伊斯兰共和国，德黑兰****2006 年 11 月 4 日 - 8 日****课目****一般性介绍**

化学武器的性质及影响概述

化学武器防护导言，包括检测、个人和集体防护、洗消控制  
使用化武防护设备所导致的功能减损及工效问题

**接触化武战剂的医学问题**

神经毒剂（病理学、迹象和症状、诊断和治疗）

糜烂毒剂（病理学、迹象和症状、诊断和治疗）

其他毒剂

**伊朗与化学武器打交道的经验**

回顾伊朗医师在于二十世纪八十年代处理大量化武伤亡人员时获取的经验教训

对化武袭击所采取的实地医疗行动的组织工作

为对化学武器中毒所产生的慢性影响进行治疗所做的组织工作，同时全面介绍贾恩巴  
桑伊朗老兵基金会以及培训和针对化学武器的治疗国际医疗中心的工作

接触芥子气的慢性影响：

(a) 对呼吸的影响

(b) 对皮肤的影响

(c) 对眼睛的影响

(d) 案例研究（教员指导下的临床培训课、对受接触芥子气的慢性影响所害的病人  
进行面访并做检查）

**消除化学武器的国际努力**

履行《化学武器公约》的最新情况；医务人员在化武防护和裁军方面所发挥的作用

对化学武器的指称使用进行调查所涉及的医学问题

可资助禁化武组织成员国为对付涉及化学武器的事件做准备或对其采取应对行动的进  
一步国际援助渠道

## Annex 2

**A COURSE ON  
THE MEDICAL ASPECTS OF DEFENCE  
AGAINST CHEMICAL WEAPONS  
TEHRAN, ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN  
4 – 8 NOVEMBER 2006**

**NOMINATION FORM**

Please submit the completed form **by 15 September 2006** to:  
The International Cooperation and Assistance Division, OPCW  
Attn: Assistance and Protection Branch  
Johan de Wittlaan 32, 2517 JR The Hague, the Netherlands  
Fax: + 31 (0)70 416 3209; e-mail: [EmergAssistBr@opcw.org](mailto:EmergAssistBr@opcw.org).

**Please type or use BLOCK LETTERS.**

1.	Family name of nominee*	
2.	First name(s)*	
3.	Gender <sup>1</sup>	Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
4.	Date of birth	
5.	Contact address (Please do not give a post-office box number.)	Street <span style="float: right;">Number</span>
		Post code <span style="float: right;">City</span>
		Country
6.	E-mail address	
7.	Telephone numbers, including country and city codes	Home
		Work
		Mobile
8.	Fax numbers, including country and city codes	Home
		Work
9.	Passport number	
10.	Date of issue	
11.	Place of issue	
12.	Expiry date	
13.	Affiliation	
14.	Professional qualifications	

\* Please give the first and family names exactly as they appear in the nominee's passport.

<sup>1</sup> For this and all like items below, please tick the appropriate box.

15.	Area(s) of expertise				
16.	Short overview of professional career, indicating any area of special interest	University Name, place, and country	Attended from/to (month/year)	Degree/diploma	Main area of study
17.	Have you had any previous training in medical defence against chemical weapons?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	If yes, please provide details:				
18.	Have you had any actual experience examining or treating patients who have been exposed to chemical weapons?	Yes <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
	If yes, please provide details:				
19.	What is your current or expected future involvement in the field of medical defence against chemical weapons?				
20.	Nominated by:				
21.	Is sponsorship a condition of participation?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

22.	Brief recommendation from the National Authority	
Signed _____		Date _____