

INDEKS WYKONANYCH ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCZNYCH

Nr..... / r.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
odbywających specjalizację na obszarze województwa

.....
Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty

.....
Dziedzina medycyny

.....
Nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację

.....
Nazwa komórki prowadzącej specjalizację

.....
Imię i nazwisko kierownika specjalizacji

INSTRUKCJA

Lekarz/lekarz dentysta odbywający specjalizację wpisuje do indeksu wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczy jako asysta, zabiegi i procedury medyczne określone programem specjalizacji lub stażu kierunkowego. Zabieg lub procedurę medyczną należy wpisać do indeksu według następującego wzoru:

1. numer wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację
2. nazwa stażu szkoleniowego
3. kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej
 - A - wykonane z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego
 - B - zabieg, w którym lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta
 - C - zabieg, w którym lekarz uczestniczy jako druga asysta
4. data wykonania zabiegu lub procedury medycznej
5. miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej
6. wskazania do wykonania zabiegu lub procedury medycznej: planowe/nagłe
7. płeć i wiek pacjenta
8. rozpoznanie przedoperacyjne
9. nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną
10. nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta
11. rodzaj znieczulenia
12. nazwa zabiegu lub procedury medycznej
13. rozpoznanie pooperacyjne
14. podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego

Nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy stomatologów		Nazwa stażu szkoleniowego/kierunkowego	
Kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej	Data wykonania zabiegu	Miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej (szpital;oddział)	
Wskazania		Tryb nagły/planowy	
Płeć pacjenta	Rozpoznanie przedoperacyjne		
K M			
Wiek pacjenta			
Imię i nazwisko wykonującego zabieg/procedurę medyczną		Imię i nazwisko pierwszej asysty	
Imię i nazwisko drugiej asysty		.Rodzaj znieczulenia	
Nazwa zabiegu/procedury medycznej			
Rozpoznanie pooperacyjne		Podpis, pieczętka kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego	
Strona nr			

Nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy stomatologów		Nazwa stażu szkoleniowego/kierunkowego	
Kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej	Data wykonania zabiegu	Miejsce wykonania (szpital; oddział)	
Wskazania		Tryb nagły/planowy	
Płeć pacjenta	Rozpoznanie przedoperacyjne		
K M			
Wiek pacjenta			
Imię i nazwisko wykonującego zabieg/procedurę medyczną		Imię i nazwisko pierwszej asysty	
Imię i nazwisko drugiej asysty		.Rodzaj znieczulenia	
Nazwa zabiegu/procedury medycznej			
Rozpoznanie pooperacyjne		Podpis, pieczętka kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego	
Strona nr			

ZESTAWIENIE ZBIORCZE

Lp.	Nazwa stażu	Rodzaj zabiegu lub procedury medycznej	Kod ABC – zgodnie z pkt 3 Instrukcji	Liczba wykonanych zabiegów lub procedur medycznych

Niniejszym potwierdzam wykonanie w/wym. rodzajów zabiegów i procedur medycznych

.....
Podpis kierownika specjalizacji

ZESTAWIENIE ZBIORCZE

Lp.	Nazwa stażu	Rodzaj zabiegu lub procedury medycznej	Kod ABC – zgodnie z pkt 3 Instrukcji	Liczba wykonanych zabiegów lub procedur medycznych

Niniejszym potwierdzam wykonanie w/wym. rodzajów zabiegów i procedur medycznych

.....
Podpis kierownika specjalizacji

ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA

Imię i nazwisko nr książeczki specjalizacyjnej

[illegible]

¹Technika znieczulenia:

og - ogólne

z0 - zewnętrzne

pp - podpajeczynówkowe

bn - blokady nerwów

²Rodzaj nadzoru:

sam - samodzielne

współ - współudział

.....

Pieczętka i podpis kierownika specjalizacji
/kierownika stażu kierunkowego

