



**LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA
(obvezni del - pripravništvo)**

LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA (obvezni del - pripravništvo)

(nadzorni mentor)

potrjujem, da je

(zdravnik sekundarij)

**prišel in zaključil pripravništvo (obvezni del sekundariata) pod
mojim mentorstvom:**

dan: _____

Kraj in datum _____

nadzorni mentor

zdravnik sekundarij

LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA (obvezni del - pripravništvo)

RAZPORED OBVEZNEGA DELA SEKUNDARIATA - PRIPRAVNIŠTVA

PODROČJE KROŽENJA	Trajanje programa	OD - DO	POOBLAŠČENI IZVAJALEC	Podpis neposrednega mentorja
anesteziologija	2 tedna			
interna medicina	5 tednov			
kirurgija	4 tedne			
splošna nujna medicinska pomoč (Urgentni center – enota za hitre preglede)	4 tedne			
splošna nujna medicinska pomoč (Urgentni center – mobilna enota reanimobil)	1 teden			
pediatrija	3 tedni			
ginekologija s porodništvom (Urgentna ginekološka ambulanta)	2 dneva			
ginekologija s porodništvom (Porodne sobe (od tega vsaj 1 dan na simulatorju poroda))	3 dni			
nevrologija in psihiatrija (Urgentna nevrološka ambulanta)	4 dni			
nevrologija in psihiatrija (Seminar iz nujnih stanj v psihiatriji)	1 dan			
otorinolaringologija in oftalmologija (Urgentna ORL-ambulanta)	3 dni			
otorinolaringologija in oftalmologija (Urgentna očesna ambulanta)	2 dneva			
Seminar s področja javnega zdravja in področja osnov kakovosti in varnosti v zdravstvu	4 dni			
Seminar s področja osnov kakovosti in varnosti v zdravstvu	1 dan			
samostojni študij zakonodaje in drugih predpisov s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja ter zdravstvene dejavnosti v pripravi na strokovni izpit	1 teden			

LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA (obvezni del - pripravništvo)

NUJNI ZDRAVNIŠKI UKREPI

opomba: neposredni mentor naj pri posamezni veščini/ukrepu v prazno okence navede datum in podpis

VEŠČINA - POSEG					USTANOVA
1. Primarni pregled po ABCDE (min. 10x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
2. Temeljni in dodatni postopki oživljanja (lahko na modelu, vsaj 1x otrok) (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
3. Oskrba dihalne poti in podpora dihanju					USTANOVA
a) trojni oziroma prilagojeni trojni manever (min. 10x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
b) vstavitev supraglotičnih pripomočkov (iGel) (min. 15x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	

LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA (obvezni del - pripravništvo)

<i>c) uporaba zdravil za analgezijo, sedacijo in mišično relaksacijo (min. 10x)</i>					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
<i>d) uporaba sistemov za dovajanje kisika (binazalni nosni kateter, obrazne maske) (min 10x)</i>					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
<i>e) predihavanje z obrazno masko in dihalnim balonom (min. 15x)</i>					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
<i>f) kirurška vzpostavitev proste dihalne poti (lahko opisno) (min. 1x)</i>					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
<i>g) gelna torakocenteza (lahko opisno) (min. 1x)</i>					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	

LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA (obvezni del - pripravništvo)

4. Vzpostavitev znotrajžilnega dostopa					USTANOVA
a) periferni žilni dostop (min. 30x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
b) intraosalni dostop (lahko na modelu) (min 2x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
c) priprava in aplikacija sistema za infundiranje (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
d) odvzem krvi za laboratorijsko analizo (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
e) odvzem krvi za plinsko analizo arterijske krvi (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	

LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA (obvezni del - pripravništvo)

f) obposteljno merjenje krvnega sladkorja (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
5. Snemanje EKG z 12 odvodi (min. 10x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
6. Postopki defibrilacije, sinhronizirane elektrokonverzije in transkutanega srčnega spodbujanja (lahko na modelu, vsako vsaj 1x) (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
7. Mali kirurški posegi					USTANOVA
a) uporaba lokalne oziroma regionalne anestezije (min. 10x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
b) kirurška oskrba rane in prevezi (min. 10x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
c) kirurška oskrba kožnih abscesov, ateromov, paronihij in vraščenih nohtov (vsako vsaj 1x) (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	

LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA (obvezni del - pripravništvo)

8. Poškodbe					
a) pristop k poškodovancu na terenu (lahko opisno) (min. 1x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
b) pristop k poškodovancu v urgentnem centru (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
c) zaustavljanje arterijske krvavitve (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
d) imobilizacija udov oziroma hrbtenice (min. 10x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
9. Sodelovanje pri porodu (min. 3x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
10. Sodelovanje pri oskrbi novorojenca (min. 3x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
11. Kateterizacija sečnega mehurja pri moškem (min. 3x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	

LIST ZDRAVNIKA SEKUNDARIJA (obvezni del - pripravništvo)

12. Kateterizacija sečnega mehurja pri ženski (min. 3x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
13. Odstranjevanje tujka iz očesa (min. 3x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
14. Zaustavljanje krvavitve iz nosu (min. 3x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
15. Interpretacija izvida rentgenograma prsnih organov (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
16. Interpretacija izvida rentgenograma trebuha (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	
17. Obposteljni ultrazvočni pregled po protokolu RUSH (lahko opisno) (min. 5x)					
Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	
Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	Podpis:	