



VSTOPNI KOLOKVIJ

Ime in priimek specializanta/-ke: _____

Glavni mentor: _____

je prisoten na kolokviju

ni prisoten na kolokviju

opravičeno odsoten

Člana komisije:

1. _____

2. _____

Vprašanja:

Kolokvij

je opravil/-a

ni opravil/-a

Opombe:

Kraj in datum:

Podpisi izpraševalcev:



INTERVJU PO PRVEM LETU KROŽENJA

(sestaneek skličiče in vodi glavni mentor)

Ime:

Regija:

Datum:

Glavni mentor:

Prisotni na intervjuju (imena in priimki):

Vstopni kolokvij opravljen: DA NE

Ocenjevanje veščin: DA NE

Ocenjevanje odnosa in obnašanja (MSF): DA NE

Pričakovanja specializanta/-ke:

Pričakovanja glavnega/neposrednih mentorjev:

Datum naslednjega sestanka (če je potreben):

Podpis specializanta/-ke:

Podpisi ostalih prisotnih:

360 stopinjsko ocenjevanje odnosa in obnašanja

__ . ciklus MSF _____ (mesec in leto)



Specializant _____, dr. med. Leto specializacije (obkroži): 1 2 3 4 5
 Glavni mentor _____, dr. med.
 Mesto kroženja _____, kjer je potekalo ocenjevanje od (datum) _____ do _____

Namen 360 stopinjskega ocenjevanja odnosa in obnašanja je **izboljševanje**. Specializant in njegov mentor morata dobro sodelovati, mentor/učitelj ga ves čas opazuje in mu pomaga najti stvari, ki so dobre (nezavedna kompetenca) in stvari, ki se jih da izboljševati (nezavedna inkompetenca).

(glej legendo)	Kaj specializanta ODLIKUJE opiši konkretno z eno besedo, kaj TEGA specializanta odlikuje in loči od vseh drugih
Zaupanja vreden	
Strokovnost	
Skupinsko delo	
Dostopnost	
	Kje bi se specializant lahko še IZBOLJŠAL opiši konkretno, kje se lahko TA specializant izboljša
Zaupanja vreden	
Strokovnost	
Skupinsko delo	
Dostopnost	
	Kje je specializantov odnos/ obnašanje NEDOPUSTNO opiši konkretno (primeri: zamuja; ne spoštuje intimnosti; pusti, da v sobo, ko pregleduje, vstopajo drugi; preden vaginalno gleda, ne razloži zakaj; ne pozna indikacije za operacijo; ni dosegljiv, ko je razpisan; drugo)
Zaupanja vreden	
Strokovnost	
Skupinsko delo	
Dostopnost	

Ime in priimek ocenjevalca (tiskano)

Naziv/delovno mesto _____ Ustanova, oddelek _____

lastnoročni podpis _____

LEGENDA - OPIS VSEBINE

Zaupanja vreden in odnos do bolnikov: ima profesionalen odnos, posluša, je vljuden, skrbi za bolnike; spoštuje mnenja bolnikov, njihovo intimnost, ponos in zaupnost; nima predsodkov
Strokovnost: daje razumljive informacije, na ravni, ki je primerna za bolnika
Skupinsko delo in delo s kolegi: spoštuje vloge drugih, ustvarjalno sodeluje v skupini, učinkovito zaključi delo, dobro se sporazumeva, nima predsodkov, pomaga in je pošten
Dostopnost: je dostopen, prevzema odgovornost; primerno delegira delo le, ko je to potrebno; ne izogiba se dolžnostim; ko je klican, se odziva; uredi, da ga nekdo nadomešča, če je odsoten

360 stopinjsko ocenjevanje odnosa in obnašanja
povzetek ____ .ciklusa MSF
(izpolni lokalni koordinator ali glavni mentor)



Specializant _____, dr. med.

Leto specializacije (obkroži): 1 2 3 4 5

Glavni mentor _____, dr. med.

Lokalni koordinator _____, dr. med.

Mesto kroženja _____, kjer je potekalo ocenjevanje od (datum)

_____ do _____

Ocenjevanje v dežurstvu,

ustanova: _____

Število vrnjenih ocen: _____ Samoocena (obkroži): da ne

Kaj specializanta ODLIKUJE

(vpišite povzetek odgovorov iz osnovnih obrazcev)

Kje bi se specializant lahko še IZBOLIŠAL

(vpišite povzetek odgovorov iz osnovnih obrazcev)

Kje je specializantov odnos/ obnašanje NEDOPUSTNO

(vpišite povzetek odgovorov iz osnovnih obrazcev)

Dodatni komentarji:

Samoocena:

Načrti za naprej:

Datum:

Podpis specializanta/-ke:

Podpis končnega ocenjevalca:



Klinični primer – porodništvo

predstavitev in razprava

(ustrezne odgovore označite s križcem "X")

Ime in priimek specializanta: _____

Glavni mentor: _____ Leto specializacije: _____

Mesto obravnave	Porodna soba <input type="checkbox"/>	Ambulantna obravnava <input type="checkbox"/>	Oddelek za patološko nosečnost <input type="checkbox"/>	Oddelek za otročnice <input type="checkbox"/>	Drugo (navedi) <input type="checkbox"/>
-----------------	--	--	--	--	--

Področje	Predporodna obravnava <input type="checkbox"/>	Patološka nosečnost <input type="checkbox"/>	Medporodna obravnava <input type="checkbox"/>	Poporodna obravnava <input type="checkbox"/>	Drugo (navedi) <input type="checkbox"/>
----------	---	---	--	---	--

Zahtevnost primera	Nizka <input type="checkbox"/>	Srednja <input type="checkbox"/>	Visoka <input type="checkbox"/>	Vloga ocenjevalca (glavni, neposredni mentor, vodja oddelka)
--------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---

Kako je bila predstavljena: (označi ustrezni kvadrat)	Nezadovoljivo		Mejno	Primerno	Nadpovprečno		Ne morem oceniti*
	1	2	3	4	5	6	
1. Medicinska dokumentacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klinična obravnava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Preiskave in napotitve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zdravljenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sledenje in načrtovanje za naprej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Strokovnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Skupna klinična presoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skupni dogovor za ukrepe:

Ime, priimek in podpis ocenjevalca

Datum:



Klinični primer – ginekologija predstavitev in razprava

(ustrezne odgovore označite s križcem "X")

Ime in priimek specializanta: _____

Glavni mentor: _____ Leto specializacije: _____

Mesto obravnave	Nujni sprejem <input type="checkbox"/>	Klinični oddelek <input type="checkbox"/>	Drugo (navedi) <input type="checkbox"/>
-----------------	---	--	--

Področje	Splošna ginekologija <input type="checkbox"/>	Urgentna ginekologija <input type="checkbox"/>	Reprodukcija <input type="checkbox"/>	Ginekološka onkologija <input type="checkbox"/>	Drugo (navedi) <input type="checkbox"/>
----------	--	---	--	--	--

Zahtevnost primera	Nizka <input type="checkbox"/>	Srednja <input type="checkbox"/>	Visoka <input type="checkbox"/>	Vloga ocenjevalca (glavni, neposredni mentor, vodja oddelka)
--------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---

Kako je bila predstavljena: (označi ustrezni kvadrat)	Nezadovoljivo		Mejno	Primerno	Nadpovprečno		Ne morem oceniti*
	1	2	3	4	5	6	
1. Medicinska dokumentacija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klinična obravnava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Preiskave in napotitve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zdravljenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sledenje in načrtovanje za naprej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Strokovnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Skupna klinična presoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skupni dogovor za ukrepe:

Ime, priimek in podpis ocenjevalca	Datum:
------------------------------------	--------



ŠIVANJE EPIZIOTOMIJE

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVANI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi, da porodnica in partner razumeta poseg		
Ocena morebitne dodatne poškodbe porodne poti		
Zagotovi zadostno analgezijo		
Oskrbi vrh epiziotomije		
Šivanje nožnice		
Šivanje podkožja perineja		
Anatomsko približanje vaginalnega in perinealnega tkiva		
Intradermalni šiv perineja		
Preveri hemostazo, ocena izgube krvi		
Prešteje igle in tampone, da česa ne pozabi		
Vaginalni pregled		
Rektalni pregled		
Komentarji:		

**Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008)
je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
ŠIVANJE EPIZIOTOMIJE.**

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:

ŠIVANJE POŠKODBE PERINEJA



Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVANI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi, da porodnica in partner razumeta poseg		
Ocena poškodbe, vključno z rektalnim pregledom		
Zagotovi zadostno analgezijo		
Oskrbi vrh ruptur nožnice		
Šivanje nožnice		
Šivanje mišic perineja		
Anatomsko približanje vaginalnega in perinealnega tkiva		
Intradermalni šiv perineja		
Preveri hemostazo		
Prešteje igle in tampone, da česa ne pozabi		
Vaginalni pregled		
Rektalni pregled		
Komentarji:		

**Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008)
je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede**

ŠIVANJE POŠKODBE PERINEJA.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



CARSKI REZ

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera*:		

OCENJEVANI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi, da porodnica in partner razumeta poseg in indikacijo zanj		
Ustrezen rez kože - lokacija, dolžina		
Varen vstop v trebušno votlino		
Previdno ravnanje z mehurjem		
Primeren rez maternice (lokacija, dolžina)		
Varna in sistematična ekstrakcija ploda		
Ustrezen porod placentе		
Preveri votlino maternice - prazna, cela, oblika		
Varna oskrba kotov reza na maternici		
Preveri adneксе		
Ustrezno zašitje fascije		
Kontrola hemostaze		
Šivanje kože – estetski izgled		
Komentarji:		

Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008) je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
CARSKI REZ NA _____ NIVOJU URJENJA.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:

***Primeri za vsak nivo urjenja:**

Osnovno urjenje – elektivni sc

Vmesno urjenje – stanje po sc

Nadaljevalno urjenje – urgentni sc



ROČNO LUŠČENJE POSTELJICE

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVANI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi, da sta porodnica in partner seznanjena s posegom		
Zagotovi dobro analgezijo		
Izprazni mehur / kateterizira		
Naredi poseg tako, da z drugo roko zaščiti maternico preko trebuha		
Zagotovi, da je votlina maternice prazna		
Zagotovi, da se maternica ustrezno skrči		
Preveri izgubo krvi in hemostazo		
Preveri poškodbe		
Komentarji:		

**Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008)
je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
ROČNO LUŠČENJE POSTELJICE.**

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



VAKUUMSKA EKSTRAKCIJA PLODA

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVANI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi, da porodnica in spremljevalec razumeta poseg		
Ustrezna predoperativna priprava: zadostna analgezija, izpraznitev sečnega mehurja		
Pregled: vstopanje, pozicija, višina VPD, oteklina, konfiguracija, spuščanje ob popadku, velikost in oblika medenice		
Odločitev o izbiri inštrumenta		
Pravilno sestavljanje in preverjanje opreme		
Pravilna namestitev inštrumenta		
Ustrezna smer, sila in čas potega Zagotovi spuščanje glavice z vlekrom		
Ustrezno spreminja vlek s porajanjem glave		
Ščiti perinej in oceni potrebo po epiziotomiji		
Preveri popkovnico. Pravilno porodi ramena in telo ploda		
Porajanje posteljice in ovojev		
Preveri krčenje maternice in poškodb vagine		
Oceni izgubo krvi in jo pravilno oskrbi		
Ustrezno sodelovanje z ekipo		
Stalna skrb za porodnico in otroka		
Komentarji:		

Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008) je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede VAKUUMSKO EKSTRAKCIJO PLODA.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



VODENJE PORODA PRI MEDENIČNI VSTAVI

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVANI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi, da porodnica in spremljevalec razumeta poseg		
Ustrezna predoperativna priprava: zadostna analgezija, izpraznitev sečnega mehurja		
Pregled: vstopanje, pozicija, višina VPD, oteklina, konfiguracija, spuščanje ob popadku, velikost in oblika medenice		
Odločitev o izbiri tehnike		
Pravilno sestavljanje in preverjanje opreme		
Se pravilno pripravi za izvedbo poroda (preveri ekipo, prisotne)		
Zagotovi pravilno spuščanje medenice		
Ščiti perinej in oceni potrebo po epiziotomiji		
Po potrebi ustrezno spreminja vlek telesa s porajanjem medenice		
Preveri popkovnico. Pravilno porodi ramena in glavico ploda		
Porajanje posteljice in ovojev		
Preveri krčenje maternice in poškodb vagine		
Oceni izgubo krvi in jo pravilno oskrbi		
Ustrezno sodelovanje z ekipo		
Stalna skrb za porodnico in otroka		
Komentarji:		

Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008) je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
VODENJE PORODA PRI MEDENIČNI VSTAVI.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



VAJA NA PELVITRAINERJU

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Teoretični primer	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis vaje:		

OCENJEVALNI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Pokaže poznavanje inštrumentov in sproti rešuje težave		
Preveri prehodnost in mehanizem Veresove igle		
Pokaže pravilno mesto incizije		
Varno vstavi Veresovo iglo, pravilna insuflacija		
Previdno uvede prvi delovni troakar in skozi njega optični inštrument		
Izbere primeren položaj za preostale delovne troakarje in jih uvede previdno, pod nadzorom kamere		
Ustrezno uporablja optiko		
Prepozna problem in vajo		
Gibi: tekoči in ne-travmatski		
Ustrezno si pomaga z asistentom		
Pravilno interpretira težave in jih reši		
Odstranitev delovnih troakarjev pod nadzorom očesa		
Predvidi izpraznitev pneumoperitoneja		
Opiše zašije vbodnih mest		
Komentarji:		

Specializant/ka je usposobljen/a, da pristopi k izvajanju endoskopske ginekološke operacije.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



DIAGNOSTIČNA HISTEROSKOPIJA

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVALNI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Nadzor pravilne lege bolnice - kot potrebno		
Pravilno kirurško umivanje in pokrivanje		
Pravilno sestavi inštrumente		
Izbira primernega medija za boljšo vidljivost.		
Pokaže poznavanje inštrumentov in zna rešiti probleme		
Pravilna uporaba spekuluma in špičaste prijemalke		
Pravilna uporaba cervikalnega dilatatorja (če je potrebno)		
Insercija histeroskopa v maternično votlino pod kontrolo očesa		
Inspekcija celotne maternične votline		
Pravilna interpretacija izvida		
Pravilna tehnika biopsije endometrija (če je potrebna)		
Previdno odstranjevanje špičaste prijemalke		
Komentarji:		

**Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008) je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
DIAGNOSTIČNO HISTEROSKOPIJO.**

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



DIAGNOSTIČNA LAPAROSKOPIJA

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVALNI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi primerno lego bolnice		
Kateterizira mehur in pravilno vstavi maternični manipulator		
Pokaže poznavanje inštrumentov in sproti rešuje težave		
Preveri prehodnost in mehanizem Veresove igle		
Pravilno mesto incizije		
Varno vstavi Veresovo iglo, Insuflacija do vsaj 20 mm Hg		
Previdno uvede prvi delovni troakar in skozi njega optični inštrument		
Izbere primeren položaj za preostale delovne troakarje in jih uvede previdno, pod nadzorom kamere		
Ustrezno uporablja optiko		
Prepozna medenične in trebušne organe		
Gibi: tekoči in ne-travmatski		
Ustrezno si pomaga z asistentom		
Pravilno interpretira najdbe		
Odstranitev delovnih troakarjev pod nadzorom očesa		
Izpraznitev pneumoperitoneja		
Šiv vbodna mesta		
Komentarji:		

Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008) je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede

DIAGNOSTIČNO LAPAROSKOPIJO.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



OPERATIVNA LAPAROSKOPIJA

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera*:		

OCENJEVALNI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi pravilno lego bolnice, kateterizacijo mehurja in vstavitve materničnega manipulatorja		
Varno vstavi Veresovo iglo		
Previdno uvede 1. delovni troakar in skozi njega optični inštrument		
Izbere primeren položaj za preostale delovne troakarje in jih previdno, pod nadzorom kamere uvede		
Ohranja dober pogled na operativno polje		
Uporablja primerne inštrumente za določeno opravilo		
Pozna in varno uporablja različne vire energije v laparoskopski kirurgiji		
Prepozna pomembne anatomske strukture (sečevod, arterija in vena iliaca interna)		
Ima dober občutek za položaj, kontrolo nad delovnimi inštrumenti ter dobro prostorsko predstavo		
Ustrezno si pomaga z asistentom		
Komentarji:		

Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008) je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede

OPERATIVNO LAPAROSKOPIJO NA _____ NIVOJU URJENJA.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:

***Primeri za vsak nivo urjenja:**

Osnovno urjenje - LPSC sterilizacija s sponkami / koagulacijo

Vmesno urjenje - bipolarna diatermija endometrioz

- odstranitev ovarijske ciste

- zunajmaternična nosečnost

Nadaljevalno urjenje - salpingektomija

- ooforektomija



DIAGNOSTIČNA in TERAPEVTSKA ABRAZIJA

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVALNI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Vaginalno pregleda in oceni velikost maternice, maternični vrat in dilatacijo		
Dilatira maternični vrat, če je potrebno		
Primerno izbira inštrumente za poseg		
Previdno uvaja inštrumente		
Zagotovi pravilno izpraznitev maternice		
Zagotovi ustrezno skrčenost maternice		
Kontrolira izgubo krvi		
Skrbno odstrani inštrumente		
Komentarji:		

**Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008) je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
DIAGNOSTIČNO in TERAPEVTSKO ABRAZIJU.**

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



SPREDNJA VAGINALNA PLASTIKA

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVALNI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi primerno lego bolnice		
Kateterizira mehur		
Namesti šiv pod ostium urethrae ext. na primernem mestu		
Namesti ustrezne instrumente na vaginalno steno na primerna mesta		
Incidira vaginalno steno in jo loči od sečnega mehurja		
Namesti šive pubovezikalne fascije za vaginalno plastiko po Kelly-ju		
Izvede plastiko sečnega mehurja in ustrezno zateguje šive		
Zaveže šive po Kelly-ju tako, da se vzpostavi kot med uretro in mehurjem		
Sprednja kolporafija: odstrani odvečno steno vagine		
Zašije robove vagine skupaj		
Vloži trak v vagino, zabeleži v dokumentacijo		
Komentarji:		

Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008) je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede SPREDNJO VAGINALNO PLASTIKO.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



ABDOMINALNA HISTEREKTOMIJA Z/BREZ ADNEKSOV

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVALNI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Pravilna priprava operativnega polja		
Pravilna uporaba skalpela in kutorja		
Hitrost in zanesljivost vstopa v trebuh, sprotna hemostaza		
Pravilna priprava notranjega operativnega polja		
Prepoznavanje ustreznih struktur		
Pravilna preparacija ovarija in tub v primeru odstranitve/ neodstranitve		
Pravilna in zanesljiva preparacija ter resekcija parametrijev		
Pravilno zapiranje vagine in hemostaza		
Pravilno zapiranje trebuha po plasteh		
Pravilno šivanje kože		
Sodelovanje z anesteziologom		
Sodelovanje z inštrumentarko		
Komentarji:		

**Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008)
je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
ABDOMINALNO HISTEREKTOMIJO.**

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:

VAGINALNA HISTEREKTOMIJA Z/BREZ ADNEKSOV



Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor
Opis kliničnega primera:		

OCENJEVALNI POSTOPKI	Opravi samostojno	Potrebuje pomoč
Zagotovi, da bolnica razume poseg in indikacijo zanj		
Ustrezna cirkularna incizija mukoze na porciji maternice		
Odpiranje Douglasovega prostora		
Odpiranje sprednjega peritoneja (plica vesicalis)		
Ligatura in resekcija parametrijev in arterije uterine		
Luksacija in ekstirpacija maternice brez adneksov		
Ekstirpacija maternice z adneksi		
Peritonizacija		
Kontrola hemostaze		
Šivanje krna vagine, vstavev drena in traka v nožnico		
Ravnanje s tkivi		
Pravilna izbira inštrumentov		
Sodelovanje z anesteziologom		
Sodelovanje z inštrumentarko		
Komentarji:		

**Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008)
je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
VAGINALNO HISTEREKTOMIJO.**

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



UZ PREISKAVA V NOSEČNOSTI

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor

Biometrija

- meritev BIP
- meritev HC
- meritev AC
- meritev FL
- določitev položaja placente
- ocena količine plodovnice
- določitev lege in položaja ploda

Morfologija

- prikaz možganskih struktur
 - mali možgani
 - stranski ventrikel
 - kavum septi pelucidi
- prikaz obraznih struktur
 - nosno ustna zveza
 - orbiti
 - profil
- prikaz hrbtenice
 - vzdolžno
 - prečno
 - koronarno
- prikaz okončin
 - 3 kosti roke
 - 3 kosti noge
- prikaz trebušne stene in popkavnice
- prikaz notranjih organov
 - FCV, IVZ
 - želodec
 - ledvici
 - mehur

Funkcionalne preiskave

- pretok v uterini arteriji - levo
- pretok v uterini arteriji – desno
- pretok v umbilikalno arterijo

Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008)
je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede
UZ PREISKAVO V DRUGEM TRIMESEČJU NOSEČNOSTI.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



UZ PREISKAVA V GINEKOLOGIJI

Ime in priimek specializanta	Ocenjevalec	Datum
Diagnoza	Leto specializacije	Glavni mentor

maternica

- dolžina telesa maternice
- širina telesa maternice
- višina telesa maternice
- struktura miometrija

jajčnik

- velikost
- število antralnih foliklov
- vodilen folikel
- rumeno telo

jajcevodi

- hidrosalpinx
- paraovarijska cista

Miom(i)

- velikost
- submukozni
- intramuralni
- subserozni
- intraligamentarni

Funkcionalne preiskave

- dopler (endometrij, adneksi)

endometrij

- debelina
- struktura
- morfološke nepravilnosti
- struktura materničnega vratu
- nepravilnosti v cervikalnem kanalu

Ocena Cavum Douglasi

- prosta tekočina – možne interpretacije
- ascites
- drugo

cista/tumor jajčnika

- velikost

IOTA (enostavni kriteriji)

- M1
- M2
- M3
- M4
- M5
- B1
- B2
- B3
- B4
- B5

Skladno z drugim odstavkom 20. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/2008 z dne 10.6.2008)
je specializant/ka usposobljen/a, da samostojno izvede

UZ PREISKAVO RODIL.

Podpis specializanta:

Podpis ocenjevalca:



OCENA SEMINARJA

Specializant/ka _____

je dne _____ pod mentorstvom _____

uspešno predstavil/a in zagovarjal/a seminarsko nalogo (ali osnutek priporočil) z naslovom

_____.

Seminarska naloga je ni oddana v predpisani pisni obliki, pregledana in podpisana s strani mentorja.

Kraj in datum: _____

Ime in priimek: _____

lokalni koordinator na GK UKCL ali KGP UKCM

Podpis: _____



KOLOKVIJ IZ PORODNIŠTVA

Ime in priimek specializanta/-ke: _____

Glavni mentor: _____

je prisoten na kolokviju

ni prisoten na kolokviju

opravičeno odsoten

Člana komisije:

1. _____

2. _____

Vprašanja:

Kolokvij

je opravil/-a

ni opravil/-a

Opombe:

Kraj in datum:

Podpisi izpraševalcev:



KOLOKVIJ IZ GINEKOLOGIJE

Ime in priimek specializanta/-ke: _____

Glavni mentor: _____

je prisoten na kolokviju

ni prisoten na kolokviju

opravičeno odsoten

Člana komisije:

1. _____

2. _____

Vprašanja:

Kolokvij

je opravil/-a

ni opravil/-a

Opombe:

Kraj in datum:

Podpisi izpraševalcev:



KOLOKVIJ IZ REPRODUKCIJE

Ime in priimek specializanta/-ke: _____

Glavni mentor: _____

je prisoten na kolokviju

ni prisoten na kolokviju

opravičeno odsoten

Člana komisije:

1. _____

2. _____

Vprašanja:

Kolokvij

je opravil/-a

ni opravil/-a

Opombe:

Kraj in datum:

Podpisi izpraševalcev:



PREDIZPITNI KOLOKVIJ

Ime in priimek specializanta/-ke: _____

Glavni mentor: _____

je prisoten na kolokviju

ni prisoten na kolokviju

opravičeno odsoten

Člana komisije:

1. _____

2. _____

Vprašanja:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Specialistična naloga: je primerna brez popravkov

potrebni so manjši popravki

potrebni so večji popravki

Predizpitni kolokvij

je opravil/-a

ni opravil/-a

Opombe:

Kraj in datum:

Podpisi izpraševalcev:



Cilji in ocena za posamezno leto specializacije (stran 1)

Specializant _____, dr. med.

Leto specializacije (obkroži): 1 2 3 4 5

Glavni mentor _____, dr. med.

Cilji

Opis specializanta in mentorja, kaj pričakujeta glede znanja, praktičnih posegov in izpolnjevanja nalog za tekoče leto specializacije.

ZNANJA: _____

PRAKTIČNI POSEGI: _____

NALOGE: _____

Podpis specializanta:

Podpis glavnega mentorja:

Cilji in ocena za posamezno leto specializacije (stran 2)

Ocena napredka

se izvaja med ali ob koncu vsakega leta specializacije. Vključuje ocenitev specializanta in mentorja o napredku specializanta, usmerjeno v prepoznavanju pomanjkljivosti, ki jih bo potrebno popraviti.

Ali so bili cilji, postavljeni za to leto doseženi?

<i>Ocenitev znanja, odnosov in opravila nalog</i>	Neustrezno	Slabo	Zadovoljivo	Odlično
Skupno znanje				
Doseganje pravilne odločitve; zbir in razlaga podatkov				
Motivacija, smisel za delovno disciplino, natančnost				
Organizacijske sposobnosti				
Administrativna dela (pr.: zdravstvena dokumentacija)				
Etika				
Odnosi z bolniki				
Odnosi do medicinskega in drugega osebja				
Prisotnost in aktivno sodelovanje pri sestankih				
Raziskovalna aktivnost				

Podpis specializanta:

Podpis glavnega mentorja:



Ocena neposrednega mentorja

Specializant _____, dr. med.

Leto specializacije (obkroži): 1 2 3 4 5

Neposredni mentor _____, dr. med.

Program kroženja _____

v obdobju _____

v ustanovi, oddelku, službi _____

Ocenitev znanja, odnosov in opravila nalog	Neustrezno	Slabo	Zadovoljivo	Odlično
Skupno znanje				
Doseganje pravilne odločitve; zbir in razlaga podatkov				
Motivacija, smisel za delovno disciplino, natančnost				
Organizacijske sposobnosti				
Administrativna dela (pr.: zdravstvena dokumentacija)				
Etika				
Odnosi z bolniki				
Odnosi do medicinskega in drugega osebja				
Prisotnost in aktivno sodelovanje pri sestankih				
Raziskovalna aktivnost				

Datum:

Podpis specializanta:

Podpis neposrednega mentorja:

**ZAKLJUČNA OCENA GLAVNEGA MENTORJA
O USPOSOBLJENOSTI SPECIALIZANTA**
(lastnoročno napisana ocena)



Kandidat je / ni uspešno opravil predpisani program specializacije iz ginekologije in porodništva.

Datum:

Podpis in imenski žig glavnega mentorja:

KONTROLNI SEZNAM DOKAZIL
(glavni mentor in koordinator označita pregledana dokazila)



- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | VSTOPNI KOLOKVIJ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | INTERVJU PO PRVEM LETU KROŽENJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | UZ ŠOLA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | KOLPOSKOPSKI TEČAJ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | PROGRAM IZ PSIHOSOMATIKE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | TEČAJ IZ TRANSFUZIJSKE MEDICINE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | MSF (5 povzetkov) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | SEMINARJI (2x) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | KLINIČNI PRIMER – PORODNIŠTVO (2x) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | KLINIČNI PRIMER – GINEKOLOGIJA (2x) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ŠIVANJE EPIZIOTOMIJE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ŠIVANJE POŠKODB PERINEJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | CARSKI REZ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ROČNO LUŠČENJE POSTELJICE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | VAKUUMSKA EKSTRAKCIJA PLODA ali
TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | VODENJE PORODA PRI MEDENIČNI VSTAVI ali
TRENING URGENTNIH PORODNIŠKIH STANJ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | VAJA NA PELVITREINERJU | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | DIAGNOSTIČNA HISTEROSKOPIJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | DIAGNOSTIČNA LAPAROSKOPIJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | OPERATIVNA LAPAROSKOPIJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | DIAGNOSTIČNA in/ali TERAPEVTSKA ABRAZIJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | SPREDNJA VAGINALNA PLASTIKA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ABDOMINALNA HISTEREKTOMIJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | VAGINALNA HISTEREKTOMIJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | UZ – PORODNIŠTVO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | UZ – GINEKOLOGIJA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | SPECIALISTIČNA NALOGA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | KOLOKVIJ IZ PORODNIŠTVA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | KOLOKVIJ IZ GINEKOLOGIJE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | KOLOKVIJ IZ REPRODUKCIJE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | PREDIZPITNI KOLOKVIJ | <input type="checkbox"/> |

Datum:

Datum:

Podpis glavnega mentorja:

Podpis nacionalnega koordinatorja:



Zdravniška zbornica Slovenije

Medical Chamber of Slovenia

Dunajska cesta 162
p. p. 439, SI-1001 Ljubljana

T el.: +386/1/30 72 100, faks: +386/1/30 72 109
E-pošta: gp.zzs@zss-mcs.si

PRIJAVA NA PREDIZPITNI KOLOKVIJ

SPECIALIZACIJA IZ GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA

--	--

Ime in priimek specializanta/ke

Naslov

--	--

Datum, kraj rojstva, državljanstvo

Telefon, e-mail

--	--

Diploma Medicinske fakultete, kraj, država

Datum

--

Glavni mentor

--	--	--

Datum odobritve specializacije

Št. odločbe

Pričetek specializacije

**ZAKLJUČNO POTRDILO
NACIONALNEGA KOORDINATORJA SPECIALIZACIJE**



S podpisom potrjujem, da sem pregledal/a podatke o izvajanju časovnega programa specializacije (kroženja), opravljene posege in obravnave, preizkuse znanja in usposobljenosti, obvezne tečaje in celotni E-list zdravnika specializanta.

Opombe:

Datum:

Podpis:

nacionalni koordinator specializacije
iz ginekologije in porodništva