

Warszawa, dnia 28 marca 2023 r.

Poz. 585

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 22 marca 2023 r.

**w sprawie określenia wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza”
oraz wzoru dokumentu „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty”**

Na podstawie art. 14b ust. 3 ustawy z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wzory dokumentów „Karta stażu podyplomowego lekarza” oraz „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty” obowiązujące w trakcie odbywania stażu podyplomowego rozpoczynającego się w okresie od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 31 grudnia 2024 r.

§ 2. Do stażu podyplomowego rozpoczynającego się w terminie od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 28 lutego 2023 r. w zakresie dokumentacji przebiegu stażu podyplomowego stosuje się odpowiednio dokument:

- 1) „Karta stażu podyplomowego lekarza” według wzoru określonego w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 2) „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty” według wzoru określonego w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Do stażu podyplomowego rozpoczynającego się w terminie od dnia 1 marca 2023 r. do dnia 31 grudnia 2024 r. w zakresie dokumentacji przebiegu stażu podyplomowego stosuje się odpowiednio dokument:

- 1) „Karta stażu podyplomowego lekarza” według wzoru określonego w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 2) „Karta stażu podyplomowego lekarza dentysty” według wzoru określonego w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

§ 4. Elementy stażu podyplomowego zrealizowane od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia wejścia w życie rozporządzenia dokumentuje się na kartach stażu podyplomowego zgodnych ze wzorami określonymi w rozporządzeniu.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Minister Zdrowia: wz. *W. Kraska*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1493, 2112, 2345 i 2401, z 2021 r. poz. 2232 i 2459 oraz z 2022 r. poz. 2770.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 22 marca 2023 r. (Dz. U. poz. 585)

Załącznik nr 1

WZÓR

**KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO
LEKARZA**

		Nr	
Imię i nazwisko lekarza stażysty			
Data urodzenia		Numer prawa wykonywania zawodu	
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru	
w		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Data	Podpis i pieczęć Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej		
Pieczęć podmiotu uprawnionego		Numer wpisu na listę marszałka województwa	
Nazwa podmiotu uprawnionego			
Adres			
Okres zatrudnienia od <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego		

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa
Nazwa podmiotu uprawnionego	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; text-align: center;">od</td><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">do</td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>	od		do	
od		do			
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczątką i podpis opiekuna				
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczątką i podpis opiekuna				
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczątką i podpis opiekuna				
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczątką i podpis opiekuna				
Złożył kolokwium końcowe					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15%; text-align: center;">Data</td><td style="width: 55%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>		Data			
Data					
Pieczątką oddziału	Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)				

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Wkłucie dożylnie i dotętnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulacja żył	
Dożylnie przetaczanie krwi i innych płynów	
Badanie EKG	
Nakłucie opłucnej i otrzewnej	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Pobranie materiału do badań mikrobiologicznych	
Płukanie żołądka	
Pomiar i interpretacja wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, w tym pomiar ciśnienia na kostce	
Pomiar glikemii	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

**STAŻ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV,
DIAGNOSTYKI I LECZENIA AIDS**

W

Termin stażu od do

Nazwisko wykładowcy

Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością:

1) w zakresie profilaktyki zakażeń **HIV**;

2) diagnostyki i leczenia **AIDS**.

Data	Pieczętka i podpis opiekuna
------	-----------------------------

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie pediatrii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Termin stażu cząstkowego z zakresu neonatologii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu ogólnego niemowlęcia i dziecka starszego z uwzględnieniem badania otoskopowego i pomiaru ciśnienia krwi oraz badania w kierunku wad wrodzonych	
Zbieranie wywiadów od rodziny dziecka	
Prowadzenie resuscytacji i udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia dziecka	
Rozpoznawanie mózgowego porażenia dziecięcego	
Wkłucia dożylna i pobranie krwi do badań u niemowlęcia i dziecka starszego	
Pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci	
Pobranie materiałów do badań mikrobiologicznych u dzieci	
Założenie zgłębnika do żołądka lub odbytnicy i cewnika do pęcherza moczowego u dzieci	
Odbarczenie u dziecka odmy prężnej	
Pielęgnacja niemowląt i małych dzieci	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie: 1) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar; 2) testy przesiewowe u noworodka (fenyloketonuria).	
Resuscytacja noworodka	
Ocena dojrzałości noworodka, postępowanie we wcześniactwie	
Rozpoznawanie wad wrodzonych u noworodka i postępowanie w przypadku ich stwierdzenia	
Zasady transportu chorego noworodka	
Pielęgnacja i karmienie noworodka	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chirurgii ogólnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii urazowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Mycie chirurgiczne rąk i pola operacyjnego	
Chirurgiczne opracowanie i zeszytanie niewielkich ran	
Znieczulenie miejscowe	
Nacięcie i drenaż ropnia	
Założenie drenażu opłucnej	
Postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego	
Dożylnie przetaczanie krwi i płynów infuzyjnych	
Postępowanie w oparzeniach	
Badanie <i>per rectum</i> i ocena gruczołu krokowego	
Wykonanie anoskopii	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odczytał wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odczytał staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Badanie położnicze zewnętrzne i wewnętrzne	
Ocena czynności serca płodu, w tym interpretacja badania kardiotokograficznego	
Interpretacja badania gazometrycznego z krwi pobranej ze skąpu płodu lub pępowiny	
Odebranie 3 porodów fizjologicznych – przyswojenie zasad postępowania	
Nacięcie i zeszywanie krocza	
Badanie ginekologiczne	
Badanie sutków	
Wykonanie i interpretacja wyników badania cytologicznego	
Zasady i metody planowania rodziny	
Zasady rozpoznawania i leczenia dolegliwości okresu menopauzalnego	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PSYCHIATRII

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie psychiatrii	od		do	
Imię i nazwisko opiekuna				
Złożył sprawdzian z postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia	Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna			
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe				
Data				
Pieczętka oddziału	Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)			

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PSYCHIATRII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu psychicznego z uwzględnieniem specyfiki wieku rozwojowego i podeszłego	
Ocena wpływu czynników somatycznych na stan psychiczny chorego	
Ocena wpływu czynników psychicznych i środowiskowych na stan somatyczny chorego	
Ocena czynników patogennych w rodzinie chorego	
Ocena patogenicznego znaczenia kryzysów rozwojowych oraz doświadczeń związanych z chorobą (ostrą, przewlekłą, terminalną) i leczeniem	
Nawiązanie właściwego kontaktu z osobą z zaburzeniami psychicznymi i mobilizowanie do współdziałania w leczeniu, unikanie oddziaływań jatrogennych	
Prowadzenie interwencji kryzysowej	
Prowadzenie psychoterapii podtrzymującej	
Wybór zgodnego z prawem postępowania lekarskiego w sytuacji konieczności działania bez zgody chorego	
Stosowanie podstawowych grup leków psychotropowych, z uwzględnieniem profilaktyki uzależnień lekowych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE
MEDYCYNY RODZINNEJ**

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny rodzinnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Zapoznał się z organizacją i metodami praktyki lekarza rodzinnego			Pieczęć i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku			Pieczęć i podpis opiekuna		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczęć i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczęć poradni/zakładu leczniczego			Pieczęć i podpis kierownika poradni/zakładu leczniczego		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena rozwoju fizycznego i psychoruchowego dzieci ze szczególnym uwzględnieniem niemowląt	
Przeprowadzenie szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień	
Oznaczenie glikemii, glikozurii i ketonurii za pomocą suchych testów	
Przeprowadzenie testów skórnych	
Zakładanie opatrunków	
Leczenie ran	
Stosowanie profilaktyki tężcza	
Badanie położnicze zewnętrzne	
Stwierdzenie czynności serca u płodu	
Ocena ruchliwości płodu	
Pobranie badania cytologicznego	
Pobranie materiału do badań mikrobiologicznych w warunkach ambulatoryjnych	
Wykonanie tamponady przedniej	
Usuwanie woskowiny usznej	
Usuwanie ciał obcych z worka spojówkowego	
Badanie ostrości wzroku	
Badanie widzenia barwnego	
Badanie widzenia obuocznego	
Badanie dna oka	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w dziedzinie medycyny ratunkowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Złożył sprawdzian z postępowania z zakresu ratownictwa medycznego			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Przygotował doniesienie, pracę pogładową, opis przypadku			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Termin stażu cząstkowego z zakresu ratownictwa medycznego (p. rat.)		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny
RATUNKOWEJ**

**UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:

- 1) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi;
- 2) intubacja dotchawicza;
- 3) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe, itp.);
- 4) udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii;
- 5) wspomaganie oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej;
- 6) defibrylacja elektryczna i kardiowersja;
- 7) pośredni masaż serca;
- 8) wykonanie centralnego dostępu dożylnego;
- 9) resuscytacja płynowa;
- 10) odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej.

Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:

- 1) zabezpieczanie ранego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu;
- 2) podtrzymywanie funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu;
- 3) unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego;
- 4) unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku;
- 5) tamowanie krwotoków.

Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w czasie transportu oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym

Zaopatrywanie ran powierzchownych

Zasady znieczuleń przewodowych i analgosedacji w szpitalnych procedurach ratunkowych

Zasady postępowania w porodzie nagłym

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ Z ZAKRESU TRANSFUZJOLOGII KLINICZNEJ

Organizator			
Termin stażu z zakresu transfuzjologii klinicznej	od		do
Imię i nazwisko wykładowcy			
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu transfuzjologii klinicznej			
Data		Pieczęć i podpis	

STAŻ Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator			
Termin stażu z zakresu orzecznictwa lekarskiego	od		do
Imię i nazwisko wykładowcy			
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu orzecznictwa lekarskiego			
Data		Pieczęć i podpis	

STAŻ Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu bioetyki	
Data	Pieczętka i podpis

STAŻ Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu prawa medycznego	
Data	Pieczętka i podpis

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza**w okresie od****do****oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany**

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa
Nazwa podmiotu uprawnionego	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ

Termin stażu częściowego z zakresu stomatologii zachowawczej	od		do				
Imię i nazwisko opiekuna							
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczęć i podpis opiekuna						
Odbił staż częściowy zgodnie z programem	Pieczęć i podpis opiekuna						
Złożył sprawdzian końcowy							
<table border="1" style="margin: auto;"><tr><td style="width: 10%; padding: 2px;">Data</td><td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="width: 40%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr></table>					Data		
Data							
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Pieczęć i podpis opiekuna						
UWAGI:							

STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Diagnozowanie próchnicy (ze szczególnym uwzględnieniem oceny aktywności choroby, wykrywania i kwalifikacji zmian próchnicowych na powierzchniach stycznych zębów)	
Planowanie postępowania profilaktyczno-leczniczego próchnicy z uwzględnieniem indywidualnych czynników ryzyka choroby	
Postępowanie diagnostyczne w przypadku bólu zębów o niejasnej lokalizacji	
Leczenie próchnicy z zastosowaniem oszczędzających metod opracowania ubytku (metoda ART, tunelowa) i odpowiednich materiałów do wypełnień	
Postępowanie profilaktyczne i lecznicze ubytków niepróchnicowego pochodzenia zmineralizowanych tkanek zęba (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego)	
Wykonanie zabiegów endodontycznych	
Postępowanie diagnostyczne i lecznicze w przypadku chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych, ze szczególnym uwzględnieniem zębów wielokorzeniowych (ekstirpacja miazgi w znieczuleniu, leczenie kanałowe zębów z zainfekowaną miazgą, wypełnienie kanałów korzeniowych ćwiekami gutaperkowymi z użyciem różnych metod kondensacji, leczenie endodontyczne zębów z nieprawidłowościami anatomicznymi dotyczącymi liczby i przebiegu kanałów korzeniowych)	
Diagnostyka i postępowanie lecznicze w uszkodzeniach tkanek zęba spowodowanych czynnikami abrazyjnymi lub chemicznymi	
Diagnostyka i postępowanie lecznicze w przypadku pourazowych uszkodzeń zębów stałych	
Stosowanie diagnostyki radiologicznej wewnątrzustnej i zewnątrzustnej oraz innych metod obrazowania	
Diagnozowanie i usuwanie przebarwień zębów	
Prowadzenie instruktażu higieny jamy ustnej i motywacji chorego oraz ocena uzyskanych efektów	
Stosowanie profesjonalnych metod profilaktyki próchnicy i zapaleń dziąseł (profesjonalne usuwanie kamienia nazębnego, mechaniczne usuwanie płytki nazębnej, stosowanie lakierów i żeli fluorkowych, stosowanie lakierów chlorheksydynowych i uszczelniaczy bruzd)	
Planowanie i ocena efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu stomatologii dziecięcej	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; text-align: center;">od</td><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">do</td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>	od		do	
od		do			
Imię i nazwisko opiekuna					
Przygotował doniesienie, pracę pogładową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna				
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna				
Złożył sprawdzian końcowy					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15%; text-align: center;">Data</td><td style="width: 60%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>		Data			
Data					
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Pieczętka i podpis opiekuna				
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena wieku zębowego	
Diagnostowanie zaburzeń oraz wad rozwojowych w uzębieniu mlecznym i stałym	
Diagnostowanie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oceną aktywności oraz indywidualnych czynników ryzyka choroby próchnicowej	
Planowanie i wykonywanie profesjonalnych zabiegów profilaktycznych w zębach mlecznych i w zębach stałych	
Leczenie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oszczędzającymi metodami opracowania ubytków oraz zastosowaniem właściwych materiałów do wypełnień	
Postępowanie lecznicze w chorobach miazgi zębów mlecznych	
Leczenie chorób miazgi w zębach stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzenia	
Postępowanie w pourazowych uszkodzeniach zębów stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzeni	
Wykonywanie zabiegów endodontycznych	
Zastosowanie oraz interpretacja badań radiologicznych wewnątrzustnych i zewnątrzustnych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

<p>UWAGI:</p>

STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii stomatologicznej	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; text-align: center;">od</td><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">do</td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>	od		do	
od		do			
Imię i nazwisko opiekuna					
Przygotował doniesienie, pracę pogładową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna				
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna				
Złożył sprawdzian końcowy					
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15%; text-align: center;">Data</td><td style="width: 55%;"></td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>		Data			
Data					
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Pieczętka i podpis opiekuna				
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ
UMIĘJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Zastosowanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych w chirurgii stomatologicznej	
Znieczulenie nasiętkowe i przewodowe wewnętrzne i zewnętrzne w zakresie części twarzowej czaszki	
Wykonanie ekstrakcji zębów jedno- i wielokorzeniowych	
Wykonanie zabiegu chirurgicznego zaopatrzenia zębodołu po ekstrakcji zębów	
Wykonanie nacięcia powierzchniowych ropni zębopochodnych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU ORTODONCJI

Termin stażu cząstkowego z zakresu ortodoncji		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Przygotował doniesienie, pracę pogładową, opis przypadku		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył sprawdzian końcowy					
Data					
Pieczętka podmiotu uprawnionego			Pieczętka i podpis opiekuna		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU ORTODONCJI
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Postępowanie diagnostyczne w nabytych wadach zgryzu:

- 1) badanie kliniczne z oceną czynności narządów jamy ustnej;
- 2) wskazania do zlecenia badań dodatkowych, w tym rentgenogramów.

Wykonanie modeli diagnostycznych, ustalenie wzorca zgryzu nawykowego, pośrednia ocena zgryzu na podstawie modeli

Analiza rentgenogramów: ortopantomograficznych i odległościowych bocznych głowy

Leczenie w okresie uzębienia mlecznego i mieszanego z użyciem standardowych aparatów lub protez ortodontycznych

Asystowanie podczas leczenia wad zgryzu

Wykonanie procedur niezbędnych do naprawy zdejmowanego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia

Zdjęcie elementów stałego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII Z ZAKRESU PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu protetyki stomatologicznej	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%; text-align: center;">od</td><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 10%; text-align: center;">do</td><td style="width: 30%;"></td></tr></table>	od		do	
od		do			
Imię i nazwisko opiekuna					
Przygotował doniesienie, pracę pogładową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna				
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna				
Złożył sprawdzian końcowy					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15%; text-align: center;">Data</td><td style="width: 60%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>		Data			
Data					
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Pieczętka i podpis opiekuna				
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Wykonanie kliniczne protezy stałej: wkładu koronowego, koronowo-korzeniowego, korony lanej mostu	
Wykonanie kliniczne protezy płytowej, częściowej osiadającej	
Wykonanie kliniczne protezy całkowitej	
Wykonanie kliniczne protezy szkieletowej	
Wykonanie kliniczne naprawy protezy ruchomej	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ W DZIEDZINIE STOMATOLOGII
Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII**

Termin stażu cząstkowego z zakresu periodontologii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku		Pieczęć i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczęć i podpis opiekuna			
Złożył sprawdzian końcowy					
Data					
Pieczęć podmiotu uprawnionego			Pieczęć i podpis opiekuna		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu klinicznego i radiologicznego przyzębia (głębokość kieszonek, stopień rozchwiania zębów, zaawansowanie choroby w okolicy międzykorzeniowej zębów, krwawienie z kieszonki dziąsłowej, obecność płytki bakteryjnej, interpretacja obrazów radiologicznych przyzębia)

Opanowanie metod motywacji i instruktażu higieny u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia

Wykonanie skalingu naddziąsłowego i poddziąsłowego u osób z zapaleniem przyzębia o umiarkowanym zaawansowaniu

Korekta innych miejscowych czynników etiologicznych zapaleń dziąseł i przyzębia

Interpretacja wyników badań laboratoryjnych

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

Złożył kolokwium końcowe w dziedzinie stomatologii

Data

Pieczętka podmiotu uprawnionego

Pieczętka i podpis kierownika podmiotu uprawnionego

KURS Z ZAKRESU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

W			
.....			
Termin kursu	od		do
Imię i nazwisko wykładowcy			
Data	Pieczętka i podpis osoby przeprowadzającej sprawdzian końcowy		
UWAGI:			

STAŻ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV, DIAGNOSTYKI I LECZENIA AIDS

Organizator			
Termin stażu z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS	od		do
Imię i nazwisko wykładowcy			
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS			
Data	Pieczętka i podpis		

STAŻ Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator			
Termin stażu z zakresu orzecznictwa lekarskiego	od		do
Imię i nazwisko wykładowcy			
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu orzecznictwa lekarskiego			
Data	Pieczętka i podpis		

STAŻ Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu bioetyki	
Data	Pieczątka i podpis

STAŻ Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością z zakresu prawa medycznego	
Data	Pieczątka i podpis

**OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA
LEKARZA DENTYSTY**

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza dentysty

w okresie od

do

oraz złożył wymagane sprawdziany i kolokwium końcowe

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
z powodu	
Pieczętka podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa
Nazwa podmiotu uprawnionego	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie od	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data	Podpis i pieczętka kierownika podmiotu uprawnionego

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił szkolenie z transfuzjologii klinicznej w terminie: od..... do.....	Pieczęć regionalnego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa Pieczęć i podpis prowadzącego szkolenie				
Złożył sprawdzian z transfuzjologii klinicznej	Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian				
Odbił szkolenie z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w terminie: od..... do.....	Pieczęć i podpis prowadzącego szkolenie				
Złożył sprawdzian z bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV	Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian				
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczęć i podpis opiekuna				
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczęć i podpis opiekuna				
Złożył kolokwium końcowe					
		Data			
Pieczęć oddziału			Pieczęć i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Wkłucie dożylnie i dotętnicze w celu podania leku lub pobrania krwi do badań, kaniulacji żył	
Dożylnie przetaczanie krwi i innych płynów	
Badanie EKG	
Nakłucie opłucnej i otrzewnej	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Pobranie materiału do badań mikrobiologicznych	
Płukanie żołądka	
Pomiar i interpretacja wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, w tym pomiar ciśnienia na kostce	
Pomiar glikemii	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII

Termin stażu cząstkowego z zakresu pediatrii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczątką i podpis opiekuna		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczątką i podpis opiekuna		
Termin stażu cząstkowego z zakresu neonatologii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczątką i podpis opiekuna		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczątką i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PEDIATRII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu ogólnego niemowlęcia i dziecka starszego z uwzględnieniem badania otoskopowego i pomiaru ciśnienia krwi
Pielęgnacja i karmienie niemowlęcia
Zbieranie wywiadu od rodziny dziecka
Prowadzenie resuscytacji i udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia u dzieci
Ocena rozwoju psychoruchowego i psychicznego niemowlęcia i dziecka starszego
Ocena rozwoju fizycznego i na siatkach centylowych niemowlęcia i dziecka starszego
Ocena dojrzałości płciowej
Badanie neurologiczne niemowlęcia i dziecka starszego
Wykonanie wkłucia dożylnego i pobrania krwi do badań u niemowlęcia i dziecka starszego
Pobranie płynu mózgowo-rdzeniowego do badania przy podejrzeniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych
Pobranie materiałów do badań mikrobiologicznych
Założenie zgłębnika do żołądka lub odbytnicy i cewnika do pęcherza moczowego

Data

Pieczęćka i podpis opiekuna

Postępowanie z noworodkiem bezpośrednio po porodzie:

- 1) ocena noworodka na podstawie skali wg Apgar;
- 2) ocena dojrzałości noworodka;
- 3) resuscytacja noworodka.

Wykonywanie testów przesiewowych u noworodka

Rozpoznawanie wad wrodzonych u noworodka i postępowanie w przypadku ich stwierdzenia

Pielęgnacja i karmienie noworodka

Data

Pieczęćka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii ogólnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii urazowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII OGÓLNEJ
UMIĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Mycie chirurgiczne rąk i pola operacyjnego	
Chirurgiczne opracowanie i zeszytanie niewielkich ran	
Znieczulenie miejscowe	
Postępowanie w krwotoku zewnętrznym	
Założenie zgłębnika nosowo-żołądkowego	
Dożylnie przetaczanie krwi i płynów infuzyjnych	
Postępowanie przy oparzeniach	
Badanie <i>per rectum</i> i ocena gruczołu krokowego	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
Założenie podstawowych opatrunków gipsowych i unieruchamiających	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCyny RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu intensywnej terapii		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Termin stażu cząstkowego z zakresu medycyny ratunkowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

Z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:

- 1) udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi;
- 2) intubacja dotchawicza;
- 3) udrożnienie dróg oddechowych technikami alternatywnymi (np. maski krtaniowe, maski żelowe, rurki krtaniowe itp.);
- 4) udrożnienie dróg oddechowych technikami chirurgicznymi, w tym konikotomii i tracheotomii;
- 5) wspomaganie oddechu i sztucznej wentylacji zastępczej;
- 6) defibrylacja elektryczna i kardiowersja;
- 7) pośredni masaż serca;
- 8) wykonanie centralnego dostępu dożylnego;
- 9) resuscytacja płynowa;
- 10) odbarczenie odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej.

Z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:

- 1) zabezpieczanie ранego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu;
- 2) podtrzymywanie funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu;
- 3) unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego;
- 4) unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku;
- 5) tamowanie krwotoków.

Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w czasie transportu oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym

Zaopatrywanie ran powierzchownych

Zasady znieczuleń przewodowych i analgosedacji w szpitalnych procedurach ratunkowych

Zasady postępowania w porodzie nagłym

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE INTENSYWNEJ TERAPII
ORAZ W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ**

**KURS PODSTAWOWE I ZAAWANSOWANE CZYNNOŚCI RATUNKOWE
ALS/BLS**

w

Termin kursu

Imię i nazwisko wykładowcy

Odbył kurs określony programem i wykazał się znajomością podstawowych i zaawansowanych czynności ratunkowych ALS/BLS.

Data

Pieczętka i podpis

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie medycyny rodzinnej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Zapoznał się z organizacją i metodami praktyki lekarza rodzinnego			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka poradni/zakładu leczniczego			Pieczętka i podpis kierownika poradni/zakładu leczniczego		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY RODZINNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Badanie niemowlęcia i małego dziecka	
Wykonanie badania bilansowego dzieci w różnym wieku	
Kwalifikacja do szczepień dzieci i dorosłych	
Przeprowadzenie porady laktacyjnej	
Przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej	
Przeprowadzenie porady profilaktycznej u pacjenta dorosłego	
Przeprowadzenie porady edukacyjnej	
Ocena kliniczna bólu z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi	
Badanie stanu psychicznego z wykorzystaniem wystandaryzowanych skal i kwestionariuszy, mających zastosowanie w podstawowej opiece zdrowotnej	
Podstawowe badanie neurologiczne (badanie nerwów czaszkowych, badanie odruchów, badanie układu ruchu, objawy oponowe, badanie czucia)	
Badanie otoskopowe	
Wziernikowanie nosa (rynoskopia przednia)	
Orientacyjne badanie ostrości wzroku	
Orientacyjne badanie pola widzenia	
Badanie <i>per rectum</i> , w tym ocena gruczołu krokowego	
Usuwanie szwów i drenów	
Usuwanie woskowiny z ucha	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	
Zakładanie opatrunków	
Data	Pieczątką i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (1)

.....
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił wymaganą w programie liczbę dyżurów			Pieczętka i podpis opiekuna		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (2)

.....
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna				
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna				
Złożył kolokwium końcowe					
		Data			
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE (3)

.....
(Część personalizowana stażu podyplomowego – należy wypełnić osobno dla każdej wybranej dziedziny medycyny)

Termin stażu cząstkowego w dziedzinie		od		do	
.....					
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów		Pieczętka i podpis opiekuna			
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem		Pieczętka i podpis opiekuna			
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki onkologicznej	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu leczenia bólu	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu orzecznictwa lekarskiego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu prawa medycznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu bioetyki	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu zdrowia publicznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych	
Data	Pieczątka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym	
Data	Pieczątka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu	
Data	Pieczętka i podpis

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza

w okresie od

do

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu

WZÓR

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

	Nr																				
Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty																					
Data urodzenia <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-					Numer prawa wykonywania zawodu <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
		-			-																
numer rejestru																					
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej / Wojskowej Izby Lekarskiej W	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-														
		-			-																
Data	Podpis i pieczęć Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej / Wojskowej Rady Lekarskiej																				
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa																				
Nazwa podmiotu uprawnionego																					
Adres																					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 200px;">Okres zatrudnienia</td> <td style="width: 20px;">od</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">do</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>		Okres zatrudnienia	od			-			-				do			-			-		
Okres zatrudnienia	od			-			-				do			-			-				
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																				

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA

Data

Podpis i pieczęć kierownika podmiotu
uprawnionego

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ

Termin stażu cząstkowego z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczęć i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
		Data			
Pieczęć oddziału			Pieczęć i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ Z ENDODONCJĄ

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Diagnozowanie i ocena aktywności zmian próchnicowych w zębach stałych, zlokalizowanych na różnych powierzchniach z uwzględnieniem użycia nowoczesnych metod detekcji	
Planowanie postępowania profilaktyczno-leczniczego próchnicy z uwzględnieniem indywidualnych czynników ryzyka choroby	
Postępowanie diagnostyczne w przypadku bólu zębów o niejasnej lokalizacji	
Nieinwazyjne i inwazyjne leczenie zmian próchnicowych z uwzględnieniem użycia metod oszczędzających twarde tkanki zęba i odpowiednich materiałów stomatologicznych	
Postępowanie profilaktyczne i lecznicze ubytków niepróchnicowego pochodzenia zmineralizowanych tkanek zęba (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego, erozje)	
Postępowanie diagnostyczne i lecznicze w przypadku chorób miazgi i tkanek okołowierzchołkowych (ekstirpacja miazgi w znieczuleniu, biomechaniczne opracowanie kanałów korzeniowych, wypełnienie kanałów korzeniowych ćwiekami gutaperkowymi z użyciem różnych metod kondensacji, leczenie endodontyczne zębów z nieprawidłowościami anatomicznymi dotyczącymi liczby i przebiegu kanałów korzeniowych)	
Diagnostyka i postępowanie lecznicze w przypadku pourazowych uszkodzeń zębów stałych	
Stosowanie diagnostyki radiologicznej wewnątrzustnej i zewnątrzustnej oraz innych metod obrazowania	
Diagnozowanie i usuwanie przebarwień zębów	
Prowadzenie instruktażu higieny jamy ustnej i motywacji chorego oraz ocena uzyskanych efektów	
Stosowanie profesjonalnych metod profilaktyki próchnicy i zapaleń dziąseł (profesjonalne usuwanie kamienia nazębnego, mechaniczne usuwanie płytki nazębnej, stosowanie lakierów i żeli fluorkowych, stosowanie lakierów chlorheksydynowych i uszczelniaczy bruzd)	
Planowanie i ocena efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu stomatologii dziecięcej		Od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
		Data			
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena wieku zębowego	
Diagnozowanie zaburzeń oraz wad rozwojowych w uzębieniu mlecznym i stałym	
Diagnozowanie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oceną aktywności oraz indywidualnych czynników ryzyka choroby próchnicowej	
Planowanie i wykonywanie profesjonalnych zabiegów profilaktycznych w zębach mlecznych i w zębach stałych	
Leczenie próchnicy w zębach mlecznych i w zębach stałych wraz z oszczędzającymi metodami opracowania ubytków oraz zastosowaniem właściwych materiałów do wypełnień	
Postępowanie lecznicze w chorobach miazgi zębów mlecznych	
Leczenie chorób miazgi w zębach stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzenia	
Postępowanie w pourazowych uszkodzeniach zębów stałych z niezakończonym oraz zakończonym rozwojem korzeni	
Wykonywanie zabiegów endodontycznych	
Zastosowanie oraz interpretacja badań radiologicznych wewnątrzustnych i zewnątrzustnych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu chirurgii stomatologicznej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczęć i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczęć oddziału			Pieczęć i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Zastosowanie badań radiologicznych i ultrasonograficznych w chirurgii stomatologicznej	
Znieczulenie nasiękowe i przewodowe wewnętrzne i zewnętrzne w zakresie części twarzowej czaszki	
Wykonanie ekstrakcji zębów jednokorzeniowych i wielokorzeniowych	
Wykonanie zabiegu chirurgicznego zaopatrzenia zębodołu po ekstrakcji zębów	
Wykonanie nacięcia powierzchniowych ropni zębopochodnych wewnętrznych	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu protetyki stomatologicznej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Opanowanie umiejętności i czynności klinicznych niezbędnych podczas zastosowania klinicznego wkładów koronowych i koronowo-korzeniowych, koron lanych oraz płytowych protez częściowych i całkowitych, jak również naprawy wyżej wymienionych protez

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII I CHOROÓB BŁONY ŚLIZOWEJ

Termin stażu cząstkowego z zakresu periodontologii i chorób błony śluzowej		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbił szkolenia z zakresu bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV w terminie: od..... do			Pieczątką i podpis prowadzącego szkolenie		
Złożył sprawdzian z zakresu bezpieczeństwa pacjenta, w tym profilaktyki zakażeń, w szczególności HIV, diagnostyki i leczenia AIDS, diagnostyki i leczenia HCV			Pieczątką i podpis lekarza przeprowadzającego sprawdzian		
Odbił staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczątką i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczątką oddziału			Pieczątką i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE PERIODONTOLOGII I CHORÓB
BŁONY ŚLUZOWEJ**

UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Ocena stanu klinicznego i radiologicznego przyzębia (głębokość kieszonek, stopień rozchwiania zębów, zaawansowanie choroby w okolicy międzykorzeniowej zębów, krwawienie z kieszonki dziąsłowej, obecność płytki bakteryjnej, interpretacja obrazów radiologicznych przyzębia)

Opanowanie metod motywacji i instruktażu higieny u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia

Wykonanie skalingu naddziąsłowego i poddziąsłowego u osób z zapaleniem przyzębia o umiarkowanym zaawansowaniu

Korekta innych miejscowych czynników etiologicznych zapaleń dziąseł i przyzębia

Interpretacja wyników badań laboratoryjnych

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ORTODONCJI

Termin stażu cząstkowego z zakresu ortodoncji		od		do	
Imię i nazwisko opiekuna					
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem			Pieczętka i podpis opiekuna		
Złożył kolokwium końcowe					
Data					
Pieczętka oddziału			Pieczętka i podpis ordynatora (lekarza kierującego oddziałem)		
UWAGI:					

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE ORTODONCJI
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ
W STOPNIU UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE

Postępowanie diagnostyczne w nabytych wadach zgryzu:

- 1) badanie kliniczne z oceną czynności narządów jamy ustnej;
- 2) wskazania do zlecenia badań dodatkowych, w tym rentgenogramów.

Wykonanie modeli diagnostycznych, ustalenie wzorca zgryzu nawykowego, pośrednia ocena zgryzu na podstawie modeli

Analiza rentgenogramów: ortopantomograficznych i odległościowych bocznych głowy

Leczenie w okresie uzębienia mlecznego i mieszanego z użyciem standardowych aparatów lub protez ortodontycznych

Asystowanie podczas leczenia wad zgryzu

Wykonanie procedur niezbędnych do naprawy zdejmowanego aparatu ortodontycznego w przypadku uszkodzenia

Zdjęcie elementów stałego aparatu ortodontycznego w przypadku jego uszkodzenia

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki onkologicznej	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU LECZENIA BÓLU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu leczenia bólu	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
O odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu orzecznictwa lekarskiego	
Data	Pieczątka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRAWA MEDYCZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
O odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu prawa medycznego	
Data	Pieczątka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU BIOETYKI

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu bioetyki	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu zdrowia publicznego	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PROFILAKTYKI DOTYCZĄCEJ SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu profilaktyki dotyczącej szczepień ochronnych	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU KOMUNIKACJI Z PACJENTEM I ZESPOŁEM TERAPEUTYCZNYM

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym	
Data	Pieczętka i podpis

SZKOLENIE Z ZAKRESU PRZECIWDZIAŁANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył szkolenie określone programem i wykazał się wiedzą z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu	
Data	Pieczętka i podpis

KURS W DZIEDZINIE MEDYCYNY RATUNKOWEJ

Organizator	
Termin szkolenia	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył kurs określony programem i wykazał się wiedzą w dziedzinie medycyny ratunkowej	
Data	Pieczętka i podpis

OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA LEKARZA DENTYSTY

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza dentysty stażysty

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza dentysty

w okresie od

do

oraz złożył wymagane sprawdziany i kolokwia

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu