**Załącznik nr 5**

*WZÓR*

**INDEKS ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCZNYCH**

Lekarz/lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne wpisuje, za pomocą SMK, zabiegi i procedury medyczne wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczy jako asysta, określone w programie specjalizacji lub stażu kierunkowego.

Zabieg lub procedurę medyczną należy wypełnić zgodnie ze wzorem:

1. Numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne;
2. Nazwa stażu szkoleniowego;
3. Kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej:
4. wykonanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego- oznaczonych kodem „A”,
5. w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”;
6. data wykonania zabiegu lub procedury medycznej\miejsce wykonana zabiegu lub procedury medycznej;
7. inicjały pacjenta;
8. płeć pacjenta;
9. nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną;
10. nazwisko lekarzy/lekarzy dentystów biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta;
11. nazwa zabiegu lub procedury medycznej.

Zatwierdzenie poprzez SMK przez kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego w podmiocie leczniczym prowadzącym szkolenie specjalizacyjne/staż kierunkowy.

Wpis do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne Nr ……………../…….r.

Imię i nazwisko lekarza ………………………………………………………………………..

Dziedzina medycyny …………………………………………………………………………..

Nazwa podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne ………………………

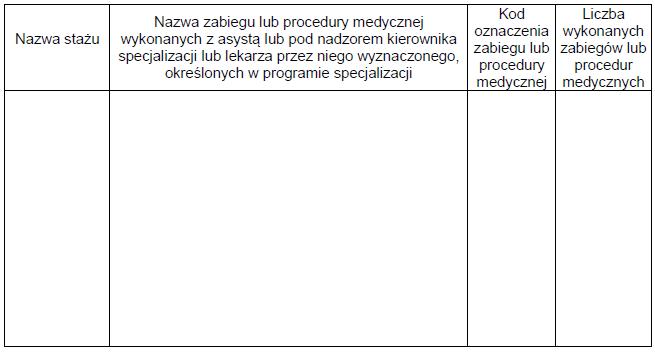
…………………………………………………………………………………………………

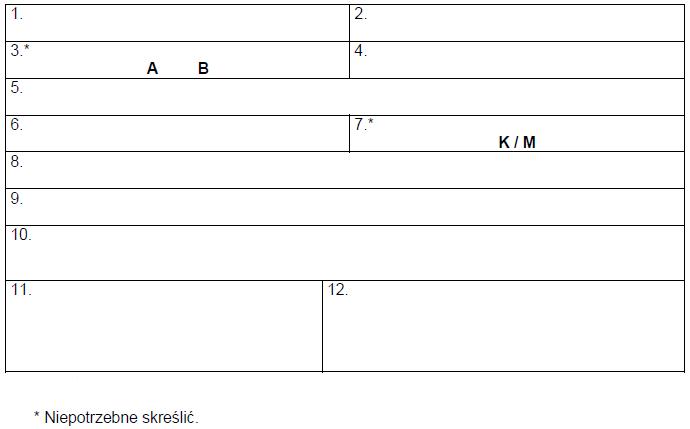
Nazwa komórki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne w podmiocie leczniczym …………..

…………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko kierownika specjalizacji ………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..





Wypełnia lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii   
i intensywnej terapii

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr ewidenc. | Data | wiek pacjenta | ASA | Rodzaj zabiegu | Technika znieczulenia1 | Rodzaj nadzoru2 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**1 Technika znieczulenia**: 2 **Rodzaj nadzoru:**

**og**.- ogólne **sam**. - samodzielnie

**zo**.- zewnątrzoponowe **współ**.- współudział

**pp**.- podpajęczynówkowe

**bn.-** blokady nerwów

*Zatwierdzenie w SMK przez kierownika specjalizacji/kierownika stażu podyplomowego.*