**INDEKS**

**ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCZNYCH**

**Nr………………………..…. /……………. r.**

**INSTRUKCJA**

Lekarz/lekarz dentysta odbywający szkolenie specjalizacyjne wpisuje do indeksu 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 wpisać do indeksu według następującego wzoru:

1. numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne;
2. nazwa stażu szkoleniowego;
3. kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej:
	1. wykonanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”,
	2. w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”;
4. data wykonania zabiegu lub procedury medycznej;
5. miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej;
6. inicjały pacjenta;
7. płeć pacjenta;
8. nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną;
9. nazwiska lekarzy/lekarzy dentystów biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta;
10. nazwa zabiegu lub procedury medycznej;
11. pieczątka podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne / staż kierunkowy;
12. podpis i pieczątka kierownika specjalizacji / kierownika stażu kierunkowego.

Numer wpisu do rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne

…………………………………………………………………………………..

............................................................................................................................................

*(imię i nazwisko lekarza)*

.......................................................................................................................................

*(dziedzina medycyny)*

.......................................................................................................................................

*(nazwa podmiotu leczniczego prowadzącego szkolenie specjalizacyjne)*

.......................................................................................................................................

*(nazwa komórki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne)*

.......................................................................................................................................

*(imię i nazwisko kierownika specjalizacji)*

*strona 1*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stażu | Nazwa zabiegu lub procedury medycznej wykonanych z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji lub lekarza przez niego wyznaczonego, określonych w programie specjalizacji | Kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej  | Liczba wykonanych zabiegów lub procedur medycznych |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

**Strona …………**

*(strony od 2 do 9)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 2. |
| 3.\* **A** |   | **B** | 4. |
| 5. |
| 6. | 7. \*  **K / M** |
| 8. |
| 9. |
| 10. |
| 11. | 12. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. | 2. |
| 3.\* **A** |   | **B** | 4. |
| 5. |
| 6. | 7. \*  **K / M** |
| 8. |
| 9. |
| 10. |
| 11. | 12. |

\* Niepotrzebne skreślić

**Strona …………**

*Strony 10 i następne*