**LIBRETTO DEL TIROCINANTE IV e V anno**

Tirocinante (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo svolgimento tirocinio: da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno accademico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***In relazione alla programmazione delle attività, nel caso in cui il tirocinante frequentasse più reparti, sia il registro delle frequenze che la scheda di valutazione devono essere replicati e compilati dai singoli docenti responsabili.***

**REGISTRO DELLE FREQUENZE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede svolgimento attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **n. ore** | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **Firma tirocinante** | **Firma tutor** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Firma e Timbro del Docente Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Il presente foglio deve essere firmato giornalmente dal tutor che segue l’attività del tirocinante e in calce dal docente responsabile.***

**SCHEDA DI VALUTAZIONE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Componenti della Professione Medica** | **VALUTAZIONE\*** |
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente? |  |
| Si dimostra capace di inquadrare le fragilità del paziente? |  |
| Ha la capacità di raccogliere l’anamnesi e di eseguire un esame obiettivo? |  |
| Si orienta sui processi decisionali relativi alla fase diagnostica e terapeutica? |  |
| Si orienta nel ragionamento clinico? |  |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario? |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole e dell’organizzazione del reparto (o ambulatorio) e della Struttura? |  |
| Interagisce correttamente col personale medico e infermieristico? |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo? |  |

***VALUTAZIONE FINALE: Approvato/Non Approvato Giudizio Finale\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

\*inserire un giudizio dalla A (eccellente) alla F (sufficiente) per ogni aspetto e un giudizio finale

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e Timbro del Docente Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_