**LIBRETTO DEL TIROCINANTE**

**Tirocinio pratico-valutativo (TPV) ai fini dell’abilitazione alla professione di Medico-Chirurgo**

**Area Chirurgica**

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

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

Tutor (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Si prega di compilare il presente libretto in ogni sua parte**

**REGISTRO DELLE FREQUENZE**

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **Orario entrata… uscita …** | **n. ore** | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **Firma tirocinante** | **Firma tutor** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Parere in itinere relativo all’andamento del tirocinio**: \_\_\_\_\_\_\_

Il tirocinante dichiara di aver ricevuto dal tutor un parere in itinere relativo all’andamento del tirocinio

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **Orario entrata… uscita …** | **n. ore** | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **Firma tirocinante** | **Firma tutor** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Firma e Timbro del Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE AREA CHIRURGICA**

\*Per una VALUTAZIONE POSITIVA utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a: A: Eccellente; B: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente; F: insufficiente. Per una valutazione NEGATIVA utilizzare la lettera F. INSERIRE UN VOTO PER OGNI ASPETTO INDICATO NELLA TABELLA.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Componenti della Professione Medica** | **VOTO\*** |
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente: colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso. |  |
| Ha la capacità di raccogliere anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale. |  |
| Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: la capacità di individuare i problemi prioritari o urgenti e quelli secondari e la capacità di proporre ipotesi diagnostiche e di individuare gli accertamenti diagnostici dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi. |  |
| È in grado di interpretare gli esami di laboratorio. |  |
| È il grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini. |  |
| Si orienta sui processi decisionali relativi al trattamento farmacologico e non |  |
| È in grado di compilare il rapporto di accettazione/dimissione del ricovero e la lettera di dimissione. |  |
| È in grado di valutare l’appropriatezza dell’indicazione al ricovero e indicare percorsi di riabilitazione o di ricovero protetto in altre strutture |  |
| Si dimostra capace di inquadrare il motivo del ricovero nel complesso delle eventuali cronicità, altre criticità e fragilità dei pazienti |  |
| Sa indicare azioni di prevenzione e di educazione sanitaria |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza circa l’organizzazione del SSN e SSR |  |
| 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 del reparto (o ambulatorio) |  |
| Interagisce correttamente col personale medico, infermieristico e tecnico del reparto |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza dei diversi ruoli e compiti dei membri dell’equipe |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo: fa domande, si propone per svolgere attività |  |

Firma e Timbro del Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE FINALE AREA CHIRURGICA**

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

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

APPROVATO/NON APPROVATO

**GIUDIZIO FINALE\***\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del Tutor Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*inserire un giudizio dalla A (eccellente) alla F (insufficiente) per il giudizio finale