

Csecsemő- és gyermekgyógyászat törzsképzési terv
(24 hó törzsképzés és 36 hó szakgyakorlat)

Jelölt neve:

Pecsétszám:

Munkáltató:

Szakképzés kezdete:

Törzsképzés kezdete:

Gyakorlat megnevezése	Gyakorlat időtartama	Gyakorlat elvégzésének ideje (-tól –ig)	Akkreditált gyakorlati hely megnevezése
1. Sürgősségi gyakorlat (6 hónap)			
a.) Felnőtt SBO osztályos gyakorlat	2 hét		
b.) Reanimációs tanfolyam	1 hét		
c.) Gyermek SBO osztályos gyakorlat	3 hét		
d.) Gyermek-intenzív osztályos gyakorlat	3 hónap		
e.) Transzfuziológia tanfolyam	2 hét		
f.) OMSZ mentőgyakorlat	1 hónap		
2. Törzsképzési tanfolyamok	1 hónap		
3. Alapképzés csecsemő- és gyermekosztályon	13 hónap		
4. Képződiagnosztikai gyakorlat	2 hónap		

5. Egészséges és patológiás újszülött osztályos gyakorlat (PIC, NIC)	2 hónap		
--	---------	--	--

A rezidens számára a képzés alatt a munkaidő terhére elrendelhető ügyeletek száma maximum 2 ügyelet/hó.

A fenti képzési programban szereplő időpontokkal egyetértek, és a jelöltnek az akkreditáció hiánya miatt máshol, külső képzőhelyen töltendő gyakorlatainak letöltésére a képzési terv szerint lehetőséget biztosítok. Amennyiben ennek valamilyen akadályoztatása lép fel, akkor a képzési programban időpont módosítást kérek.

Dátum: 20.....

.....
munkahelyi vezető

Dátum: 20.....

.....
grémiumvezető