

# INDEKS WYKONANYCH ZABIEGÓW I PROCEDUR MEDYCZNYCH

Nr ...../.....r.

## **INSTRUKCJA**

Lekarz/lekarz dentysta odbywający specjalizację wpisuje do indeksu wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczy jako asysta, zabiegi i procedury medyczne określone programem specjalizacji lub stażu kierunkowego.

Zabieg lub procedurę medyczną należy wpisać do indeksu według następującego wzoru:

1. numer wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację na obszarze województwa,
2. nazwa stażu szkoleniowego,
3. kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej: wykonanej z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”, w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”, w których lekarz uczestniczy jako druga asysta – oznaczonych kodem „C”,
4. data wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
5. miejsce wykonania zabiegu/procedury medycznej,
6. wskazania do wykonania zabiegu lub procedury medycznej: planowe/nagłe,
7. płeć i wiek pacjenta,
8. rozpoznanie przedoperacyjne,
9. nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną,
10. nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako pierwsza lub druga asysta,
11. rodzaj znieczulenia,
12. nazwa zabiegu lub procedury medycznej,
13. rozpoznanie pooperacyjne,
14. podpis i pieczęć kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów  
odbywających specjalizację na obszarze województwa

.....  
(imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty)

.....  
(dziedzina medycyny)

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

.....  
(nazwa komórki prowadzącej specjalizację)

.....  
(imię i nazwisko kierownika specjalizacji)

nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację na obszarze województwa										nazwa stażu szkoleniowego/kierunkowego																													
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																							
kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej					data					miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej (szpital, oddział)																													
płeć M/K pacjenta					wiek pacjenta					tryb nagły/planowy																													
wskazania																																							
rozpoznanie przedoperacyjne																																							
nazwa zabiegu/procedury medycznej																																							
imię i nazwisko wykonującego zabieg/procedurę medyczną										imię i nazwisko pierwszej asysty																													
rodzaj znieczulenia										imię i nazwisko drugiej asysty																													
rozpoznanie pooperacyjne																																							
podpis i pieczętka kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego																																							
															strona nr.....																								

nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację na obszarze województwa										nazwa stażu szkoleniowego/kierunkowego																													
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																							
kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej					data					miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej (szpital, oddział)																													
płeć M/K pacjenta					wiek pacjenta					tryb nagły/planowy																													
wskazania																																							
rozpoznanie przedoperacyjne																																							
nazwa zabiegu/procedury medycznej																																							
imię i nazwisko wykonującego zabieg/procedurę medyczną										imię i nazwisko pierwszej asysty																													
rodzaj znieczulenia										imię i nazwisko drugiej asysty																													
rozpoznanie pooperacyjne																																							
podpis i pieczętka kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego																																							
															strona nr.....																								

### ZESTAWIENIE ZBIORCZE

Lp.	Nazwa stażu	Rodzaj zabiegu lub procedury medycznej	Kod ABC – zgodnie z pkt 3 instrukcji	Liczba wykonanych zabiegów lub procedur medycznych

Niniejszym potwierdzam wykonanie ww. rodzajów zabiegów i procedur medycznych

.....  
podpis kierownika specjalizacji