

Szakképzési munkanapló

KLINIKAI NEUROFIZIOLÓGIA

ráépített szakképesítéshez

Szakképzési munkanapló

KLINIKAI NEUROFIZIOLÓGIA

szükséges első szakképesítés: neurológia, pszichiátria, idegsebészet, csecsemő- és gyermekgyógyászat, gyermek- és ifjúságpszichiátria



a szakorvosjelölt aláírása

A **szakképzési munkanapló** okmány, mely tulajdonosának valamely felsőoktatási intézményben, illetve a felsőoktatási intézmény által akkreditált képzőhelyen folytatott szakképesítés megszerzését célzó tanulmányait és gyakorlatait, valamint annak eredményeit és minősítését bizonyítja. A **szakképzési munkanaplóba** csak hivatalos bejegyzéseket szabad beírni, a hivatalos bejegyzéseket hitelesítéssel, aláírással a minősítéseket számmal és/vagy szöveggel és (a tanári bejegyzések kivételével) pecséttel kell ellátni.

A szakképesítés folyamata minden félévben az egyetem szakképzésért felelős szervezetének vezetője által érvényesítendő. A félév érvényes, ha a szakorvosjelölt minden tanulmányi és vizsga-kötelezettségének eleget tett. Erre nincs szükség.

A szakorvosjelölt köteles 24 órán belül a Dékáni Hivatalnak jelenteni, ha a leckönyv elvész vagy megsérül.

a felsőoktatási intézmény neve

A jelölt törzskönyvi száma: _____

E **szakképzési munkanapló** tulajdonosa: _____
(név)

aki _____ községben/városban
_____ megyében
_____ országban

19 ____ év ____ hónap ____ napján született,
_____ állampolgár.

anyja leánykori neve: _____
_____ (intézmény)
_____ kar
_____ ráépített szakképzés

résztevője.

A jelen szakképzési munkanapló asz. leckekönyvvel együtt bizonyítja a kötelező gyakorlatok elvégzését ide valami hasonlót kellene beírni, és akkor nem kell minden adatot ismételni, ami leckekönyvben úgyszintén benne van.

Kelt _____, _____ év _____ hó _____ nap

dékán

A ráépített szakképzés kezdete: _____

Az egyéni munkaterv kelte, kiadója: _____

A képzésért felelős grémium: _____

Vezetője: _____

A képzésért felelős mentor neve: _____

beosztása, tudományos fokozata: _____

munkahelye: _____

Esetleges beszámítások: _____

24 hó Szakképzési idő

24 hó klinikai neurofiziológiai laboratóriumban eltöltött gyakorlat, benne:

4 hét elektroencefalográfia (2 hét felnőtt, 2 hét gyermek)

Helye :.....KI/Kh
Ideje:év.....hó.....naptól
.....év.....hó.....napig

tutor neve:
beosztása:.....
tudományos fokozata:.....
munkahelye:

A képzés során 30 hagyományos EEG vizsgálat, 10 amplitúdó mapping, 10 frekvencia analízis önálló végzését/leletezését kell dokumentálni. A tutornak igazolni kell, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 400 EEG leletezésben vett részt.

	Betegazonosító (TAJ szám)	Vizsgálat időpontja	Diagnózis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			

27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			

Igazolom, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 400 EEG leletezésben részt vett.

Igazolom, hogy a jelölt teljesítette a 2 hét gyermek EEG laboratóriumi gyakorlatot.

Minősítés: 1 2 3 4 5,

Szöveges minősítés:

Kelt.....,.....év.....hó.....nap

.....
a gyermek képzőhely vezetője

.....
a felnőtt képzőhely vezetője

4 hét kiváltott válasz vizsgálatok (2 hét felnőtt , 2 hét gyermek)

Helye :.....KI/Kh
 Ideje:év.....hó.....naptól
év.....hó.....napig

tutor neve:
 beosztása:.....
 tudományos fokozata:.....
 munkahelye:

A képzés során 20 VEP, 20 AEP, és 10 SEP vizsgálat önálló végzését/leletezését kell dokumentálni. A tutornak igazolni kell, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 270 kiváltott válasz vizsgálat leletezésben vett részt.

	Betegazonosító (TAJ szám)	Vizsgálat időpontja	Diagnózis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			

28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			

Igazolom, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 270 kiváltott válasz vizsgálat leletezésben részt vett.

Igazolom, hogy a jelölt teljesítette a 2 hét gyermek kiváltott válasz vizsgálat gyakorlatot.

Minősítés: 1 2 3 4 5,

Szöveges minősítés:

Kelt.....,.....év.....hó.....nap

.....
a gyermek képzőhely vezetője

.....
a felnőtt képzőhely vezetője

4 hét elektromiográfia és elektroneurográfia

Helye :.....KI/Kh
 Ideje:év.....hó.....naptól
év.....hó.....napig

tutor neve:
 beosztása:.....
 tudományos fokozata:.....
 munkahelye:

A képzés során 15 EMG és 15 ENG vizsgálat önálló végzését/leletezését kell dokumentálni. A tutornak igazolni kell, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 100 EMG/ENG vizsgálat leletezésében vett részt.

	Betegazonosító (TAJ szám)	Vizsgálat időpontja	Diagnózis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			

28.			
29.			
30.			

Igazolom, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 100 EMG/ENG vizsgálat letelezésében vett részt.

Minősítés: 1 2 3 4 5,

Szöveges minősítés:

Kelt.....,.....év.....hó.....nap

.....
a képzőhely vezetője

4 hét poliszomnográfia

Helye :.....KI/Kh
 Ideje:év.....hó.....naptól
év.....hó.....napig

tutor neve:
 beosztása:.....
 tudományos fokozata:.....
 munkahelye:

A képzés során 20 poliszomnográfias, 5 kardiorespiratorikus, 5 multiplex alvás latencia és 5 aktigráfia, FIT, SZIT vizsgálat önálló végzését/leletezését kell dokumentálni. A tutornak igazolni kell, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 140 vizsgálat leletezésben vett részt.

	Betegazonosító (TAJ szám)	Vizsgálat időpontja	Diagnózis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			

29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			

Igazolom, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 140 poliszomnográfias, kardiorespiratorikus, multiplex alvás latencia, aktigráfia, FIT és SZIT vizsgálat leletezésben vett részt.

Minősítés: 1 2 3 4 5,

Szöveges minősítés:

Kelt.....,.....év.....hó.....nap

.....
a képzőhely vezetője

2 hét video-EEG (1 hét felnőtt, 1 hét gyermek)

Helye :.....KI/Kh
 Ideje:év.....hó.....naptól
év.....hó.....napig

tutor neve:
 beosztása:.....
 tudományos fokozata:.....
 munkahelye:

A képzés során 5 video EEG, 5 long-term EEG monitorizálás, 15 alvósos polygráfias EEG vizsgálat önálló végzését/leletezését kell dokumentálni. A tutornak igazolni kell, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 80 leletezésben vett részt.

	Betegazonosító (TAJ szám)	Vizsgálat időpontja	Diagnózis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

Igazolom, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 80 video EEG, long-term EEG monitorizálás, és alvászásos polygráfias EEG vizsgálat lelevezésben részt vett.

Igazolom, hogy a jelölt teljesítette az 1 hét gyermek video-EEG vizsgálat gyakorlatot.

Minősítés: 1 2 3 4 5,

Szöveges minősítés:

Kelt.....,.....év.....hó.....nap

.....
a gyermek képzőhely vezetője

.....
a felnőtt képzőhely vezetője

2 hét mágneses ingerlés

Helye :.....KI/Kh
Ideje:év.....hó.....naptól
.....év.....hó.....napig

tutor neve:
beosztása:.....
tudományos fokozata:.....
munkahelye:

A képzés során 10 MEP vizsgálat végzését/leletezését kell dokumentálni. A tutornak igazolni kell, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 20 MEP vizsgálat leletezésben vett részt.

	Betegazonosító (TAJ szám)	Vizsgálat időpontja	Diagnózis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Igazolom, hogy a fentiekkel együtt a jelölt legkevesebb 20 MEP vizsgálat leletezésben részt vett.

Minősítés: 1 2 3 4 5,

Szöveges minősítés:

Kelt.....,.....év.....hó.....nap

.....
a képzőhely vezetője

A Gremium által kötelezően előírt egyéb gyakorlatok

1 hét kognitív neurofiziológia gyakorlat

Helye :.....KI/Kh
Ideje:év.....hó.....naptól
.....év.....hó.....napig

tutor neve:
beosztása:.....
tudományos fokozata:.....
munkahelye:

Igazolom, hogy a jelölt teljesítette az 1 hét kognitív neurofiziológiai gyakorlatot.

Minősítés: 1 2 3 4 5,
Szöveges minősítés:

Kelt.....,.....év.....hó.....nap

.....
a képzőhely vezetője

Referátumok

A ráépített szakképesítési képzés 2 évében **legalább** 2 alkalommal neurofiziológiai tárgyú **folyóiratközlemény** referálása igazolandó.

A referált cikk címe, folyóirat	Referáló helyszíne	Referáló dátuma	A referáló szervezőjének aláírása

Tanulmányutak

Helye	Célja	Időtartama	Aláírás

19 hónap klinikai neurofiziológiai laboratóriumban végzett munka minősítése

Helye :.....KI/Kh

Ideje:év.....hó.....naptól

.....év.....hó.....napig

A laboratórium vezető / tutor neve:

Beosztása:.....

Tudományos fokozata:.....

Az értékelés szempontjai (Szöveges minősítés):
Elméleti felkészültség
Gyakorlati készség
Kommunikációs, empátias készség
Fizikai teherbírás
Kooperativitás
Dokumentációs készség

Kelt.....,év.....hó.....nap

.....
a képzőhely vezetője / laborvezető