

|                                                                                                           |               |                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|--|
| nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów<br>odbywających specjalizację na obszarze<br>województwa |               | nazwa stażu szkoleniowego / kierunkowego                               |  |
| kod oznaczenie zabiegu lub<br>procedury medycznej                                                         | data          | miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej / szpital, oddział / |  |
| pleć M/K pacjenta                                                                                         | wiek pacjenta | tryb nagły / planowy                                                   |  |
| wskazania                                                                                                 |               |                                                                        |  |
| rozpoznanie przedoperacyjne                                                                               |               |                                                                        |  |
| nazwa zabiegu /procedury medycznej                                                                        |               |                                                                        |  |
| imię i nazwisko wykonującego zabieg / procedurę<br>medyczną                                               |               | imię i nazwisko<br>pierwszej asysty                                    |  |
| rodzaj znieczulenia                                                                                       |               | imię i nazwisko<br>drugiej asysty                                      |  |
| rozpoznanie pooperacyjne                                                                                  |               |                                                                        |  |
| podpis i pieczęć kierownika<br>specjalizacji/kierownika stażu<br>kierunkowego                             |               |                                                                        |  |

|                                                                                                           |               |                                                                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|--|
| nr wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentystów<br>odbywających specjalizację na obszarze<br>województwa |               | nazwa stażu szkoleniowego / kierunkowego                               |  |
| kod oznaczenie zabiegu lub<br>procedury medycznej                                                         | data          | miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej / szpital, oddział / |  |
| pleć M/K pacjenta                                                                                         | wiek pacjenta | tryb nagły / planowy                                                   |  |
| wskazania                                                                                                 |               |                                                                        |  |
| rozpoznanie przedoperacyjne                                                                               |               |                                                                        |  |
| nazwa zabiegu /procedury medycznej                                                                        |               |                                                                        |  |
| imię i nazwisko wykonującego zabieg / procedurę<br>medyczną                                               |               | imię i nazwisko<br>pierwszej asysty                                    |  |
| rodzaj znieczulenia                                                                                       |               | imię i nazwisko<br>drugiej asysty                                      |  |
| rozpoznanie pooperacyjne                                                                                  |               |                                                                        |  |
| podpis i pieczęć kierownika<br>specjalizacji/kierownika stażu<br>kierunkowego                             |               |                                                                        |  |

## 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 stomatologów 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

## ZESTAWIENIE ZBIORCZE

| L.p | Nazwa stażu | Rodzaj zabiegu<br>lub procedury medycznej | Kod ABC –<br>zgodnie z pkt 3<br>instrukcji | Liczba wykonanych<br>zabiegów lub procedur<br>medycznych |
|-----|-------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|     |             |                                           |                                            |                                                          |

Niniejszym potwierdzam wykonanie ww. rodzajów zabiegów i procedur medycznych

.....  
/ podpis kierownika specjalizacji /

| Nr ewidencyjny | Data | Wiek pacjenta | ASA | Rodzaj zabiegu | Technika znieczulenia <sup>1)</sup> | Rodzaj nadzoru <sup>2)</sup> |
|----------------|------|---------------|-----|----------------|-------------------------------------|------------------------------|
|                |      |               |     |                |                                     |                              |

1) Technika znieczulenia:  
og – ogólne  
zo- zewnątrzoponowe  
pp- podpajęczynówkowe  
bn – blokady nerwów

2) Rodzaj nadzoru :  
sam. – samodzielnie  
współ. - współudział

.....  
/ pieczętka i podpis kierownika  
specjalizacji / kierownika stażu kierunkowego /