

**Эволюционный формуляр для клинических ординаторов
НОЧНЫЕ ДЕЖУРСТВА**

ФИО Ильина Шабнам Агасуваровна Год подготовки 2

База кафедры КМК БСМП им. Н.С.Карповича
Дата прихода на базу _____ Дата окончания занятий на базе _____

Отделение ОРИТ №4 Месяц АПРЕЛЬ

Календарные дни работы с одним врачом анестезиологом – реаниматологом за месяц

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	

Всего рабочих дней за месяц с одним врачом анестезиологом-реаниматологом _____

Количество пропущенных дней за месяц _____

Оценка практических навыков за месяц

	Оценка	Хор.	Удовл.	Неуд.
1. Знание аппаратуры	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
2. Знание анестетиков.....	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
3. Умение оценить состояние пациента	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
4. Навыки в проведении регионарной анестезии	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
5. Катетеризация центральных вен	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
6. Вентиляция маской	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
7. Интубация трахеи	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
8. Знание клиники наркоза	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
Итоговая оценка	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.

Характеристика за месяц

	Оценка	Хор.	Удовл.	Неуд.
1.Способность принимать решения	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
2.Самокритика	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
3.Способность к сотрудничеству	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
4.Реакция на критику	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
5.Надежность	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
6.Самостоятельность	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
7.Работоспособность.....	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
8.Личная инициативность.....	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
9.Добросовестность	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
10.Дисциплина	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.
Итоговая оценка	Отл.	Хор.	Удовл.	Неуд.

Дополнительные замечания и предложения _____

Врач анестезиолог - реаниматолог ФИО Мамшев Э.Н. Подпись [Подпись]

Зав. отделением ФИО К.В. Дмитриев А.В. Подпись [Подпись]

Кафедральный руководитель ФИО Росляков Е.И. Подпись [Подпись]

Эволюционный формуляр для клинических ординаторов
НОЧНЫЕ ДЕЖУРСТВА
ФИО Ильина Шабнам Агасуваровна Год подготовки 2
База кафедры КМК БСМП им. Н.С.Карповича
Дата прихода на базу _____ Дата окончания занятий на базе _____
Отделение ОРИТ №4 Месяц _____
Календарные дни работы с одним врачом анестезиологом – реаниматологом за месяц
Всего рабочих дней за месяц с одним врачом анестезиологом-реаниматологом _____
Количество пропущенных дней за месяц _____
Оценка практических навыков за месяц
Характеристика за месяц
Дополнительные замечания и предложения _____
Врач анестезиолог - реаниматолог ФИО _____ Подпись _____
Зав. отделением ФИО _____ Подпись _____
Кафедральный руководитель ФИО _____ Подпись _____