

TRANSZFÚZIOLÓGIA

SPECIÁLIS KÉPZÉSI PROGRAM EGYÉNI MUNKATERVE

Szakorvosjelölt neve:

Pecsétszáma:

Szakképzésbe lépés dátuma:

Értesítési címe:

E-mail címe:

Telefonszáma:

Elsődleges képzőhely/munkáltató:

Szakképzésre vonatkozó adatok:

Akkreditáció:

A munkatervben megjelölt gyakorlatok képzési idejének egy részét elsődleges képzőhelyen/munkáltatótól eltérő egészségügyi szolgáltatónál akkor töltheti, ha az elsődleges képzőhely/munkáltató az adott képzési elem teljesítésére nincs akkreditálva. Amennyiben az elsődleges képzőhely/munkáltató akkreditált, a gyakorlat máshol nem tölthető.

Szabadság és betegállomány:

A képzési elemek teljesítése akkor fogadható el, ha a képzési elem teljesítése során igénybe vett szabadság vagy betegszabadság időtartama nem haladja meg

- 1–4 hónap időtartamú képzési elemnél az adott képzési elem egyötöd részét,
- 5–12 hónap időtartamú képzési elemnél az egy hónapot,
- 12 hónap időtartamot meghaladó képzési elemnél arányosan az éves rendes szabadság mértékét.

Az 1 hónapnál rövidebb időtartamú képzési elem csak akkor fogadható el, ha a jelölt azt teljes időtartamában teljesítette. Ha a képzési elem teljesítése során igénybe vett szabadság vagy betegszabadság időtartama a fenti időtartamot meghaladja, az adott képzési elem a szabadság vagy betegszabadság időtartamának megfelelő azon szakterület szerinti gyakorlati idő igazolásával ismerhető el, amelynek elismerésére a szabadság vagy betegszabadság miatt nem került sor, tehát azokat be kell pótolni.

Tanfolyamok:

A munkatervben szereplő kötelező tanfolyamokra a szakorvosjelöltnek egyénileg kell jelentkeznie. A tanfolyamokról az OFTEX portálon, valamint a Dékáni Hivatal honlapján (<http://semmelweis.hu/aok/szakorvoskepzes/kotelezo-tanfolyamok-es-jelentkezesi-lap-2/>) tájékozódhat. A tanfolyamról szóló teljesítésigazolást a teljesitesigazolas.aokdh@med.semmelweis-univ.hu e-mail címre kell eljuttatni.

Ügyelet:

A havi munkaidő keret terhére a szakgyakorlati idő alatt havi 2 kötelezően előírt ügyelet teljesítése szükséges.

24 HÓ SPECIÁLIS KÉPZÉSI PROGRAM EGYÉNI MUNKATERVE

2 hó laboratóriumi gyakorlat:

helye: _____

időpontja: _____

2 hó véradásszervezés, vérgyűjtés, véradó-kivizsgálás, gondozás:

helye: _____

időpontja: _____

1 hó vértárolás, vérkiadás:

helye: _____

időpontja: _____

8 hó vércsoport szerológia:

helye: _____

időpontja: _____

helye: _____

időpontja: _____

helye: _____

időpontja: _____

3 hó vérkészítmény előállítás:

helye: _____

időpontja: _____

1 hó vírus-szerológiai gyakorlat:

helye: _____

időpontja: _____

3 hét speciális vércsoport-szerológia:

helye: _____

időpontja: _____

2 hét thrombocyta-szerológia:

helye: _____

időpontja: _____

1 hét minőségbiztosítási gyakorlat:

helye: _____

időpontja: _____

2 hét vírus-verifikálás, confirmálás:

helye: _____

időpontja: _____

5 hét aferezis gyakorlat, ezen belül:

2 hét donor-aferezis:

helye: _____

időpontja: _____

3 hét terápia-aferezis, őssejt-aferezis, őssejt processing:

helye: _____

időpontja: _____

5 hét transzplantációs gyakorlat, ezen belül:

1 hét szervkoordinációs teendők:

helye: _____

időpontja: _____

1 hét őssejt-donor toborzás, regiszter kezelés:

helye: _____

időpontja: _____

3 hét transzplantációs immunológiai vizsgálatok:

helye: _____

időpontja: _____

6 hét haemosztázis gyakorlat, ezen belül:

3 hét szűrővizsgálatok végzése, értékelése, thrombocyta vizsgálatok, speciális koagulációs vizsgálatok:

helye: _____

időpontja: _____

3 hét haemofiliások gondozása, kezelése, stabil vérkészítmények adása:

helye: _____

időpontja: _____

Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:

- **Szakvizsga előkészítő tanfolyam:** *Jelentkezés egyénileg a szervező intézménynél*
- A képzés ideje alatt kötelező konzultáció.

dátum: _____

szakorvosjelölt
Ph.

A jelölt képzési tervével egyetértek, a vonatkozó jogszabályi rendelkezések alapján felkészülését biztosítom.

dátum: _____

munkahelyi vezető
Ph.

A Semmelweis Egyetem ÁOK döntése

A képzési tervet az illetékes Szakmai Grémium elnökének javaslatát figyelembe véve:

- a) módosítás nélkül jóváhagyom
- b) módosításokkal jóváhagyom

dátum: _____

szakorvosképzésért felelős
dékánhelyettes