

## TRANSZFÜZIOLÓGIA

### 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 Szak- és Továbbképzési Központ honlapján tájékozódhat. A tanfolyamról szóló teljesítésigazolást a [teljesitesigazolas.szakestovabbkepzes@semmelweis-univ.hu](mailto:teljesitesigazolas.szakestovabbkepzes@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: \_\_\_\_\_

**1 hónap konzultáció**

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 Szakmai Grémiumának javaslata**

A javaslatot:

a.) módosítás nélkül

b.) módosításokkal jóváhagyom, az alábbiak szerint:

dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
a grémium elnöke

**A Semmelweis Egyetem Szak-és Továbbképzési Központ döntése**

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

- a) módosítás nélkül jóváhagyom
- b) módosításokkal jóváhagyom

dátum: \_\_\_\_\_

---

igazgató