

Jméno a příjmení školence:

## K čemu slouží záznam provedených výkonů - logbook?

Předkládaný Záznam provedených výkonů ve specializačním vzdělávání neboli logbook je součástí vzdělávacího programu a slouží k evidenci průběhu odborné praxe školence, včetně evidence všech stanovených výkonů, které má školenc v průběhu celého specializačního vzdělávání v oboru vykonat na akreditovaném pracovišti pod odborným dohledem školitele se specializovanou způsobilostí.

Evidence prováděných činností slouží školenci k monitorování postupu ve specializačním vzdělávání a školiteli k hodnocení úrovně znalostí a dovedností a osvojovaných klinických kompetencí školence.

Stanovené počty výkonů jsou nepodkročitelné, o jejich provedení školencem musí být evidence v dokumentaci zdravotnického zařízení. Uchazeč o atestační zkoušku musí být schopen doložit, že stanovené výkony skutečně na uvedeném pracovišti provedl. Školitel s příslušnou specializovanou způsobilostí průběžně hodnotí činnost školence a potvrzuje, že stanovené výkony byly v dostatečné kvalitě a počtu provedeny na jím vedeném pracovišti.

Specializační vzdělávání v oboru perfuziologie probíhá v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. a zákonem č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, celková délka specializačního vzdělávání je stanovena na minimálně 24 měsíců. Obsahuje nejméně 560 hodin teoretické a praktické výuky, z toho zahrnuje minimálně 50% praktické výuky.

Jméno a příjmení školence:

VZOR | P | VZ

o a příjmení školence:

# VLASTNÍ SPECIÁLIZOVANÝ VÝCVIK

KROK 2

Jméno a příjmení školence:

**SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK V OBORU PERFUZIOLOGIE minimálně 24 měsíců**

Povinná praxe na akreditovaném kardiokirurgickém pracovišti – minimálně 22 měsíců <b>Celková doba</b>	od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
6 měsíců <b>Úvodní povinná praxe</b> – probíhá na operačním sále pracoviště zaměstnavatele školence (seznámení s vedením mimotělního oběhu pod přímým vedením školitele).						
6 měsíců <b>Praxe v přípravě s vedení standardního mimotělního oběhu</b> za kontroly školícího pracovníka – probíhá na operačním sále pracoviště zaměstnavatele školence (vedení mimotělního oběhu pod přímým vedením školitele).						
1 měsíc <b>Obsluha podpůrných prostředků oběhu</b> – probíhá na operačním sále pracoviště zaměstnavatele (kontrapulzace, EMCO).						

Jméno a příjmení školence:

1 měsíc	Odborná praxe pod vedením školitele.							
8 měsíců	Samostatné vedení mimotělního oběhu – probíhá na operačním sále pracoviště zaměstnavatele (pod odborným dohledem školitele).							

VZOR IPV

**SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK V OBORU PERFUZIOLOGIE minimálně 24 měsíců**

Odborné stáže a doplňkové kurzy (2 měsíce)	od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
<b>Celková doba</b>						
0,5 měsíce	Odborná stáž na jiném pracovišti se shodnou oborovou náplní (na dospělé kardiologii).					
0,5 měsíce	Odborná stáž na jiném pracovišti s odlišnou oborovou náplní shodnou náplní (dospělá kardiologie na dětské kardiologii a opačně).					
0,5 měsíce	Odborné vzdělávací kurzy na IPVZ.					
0,5 měsíce	Stáž na pooperačním oddělení kardiologického pracoviště.					
Není určeno	Doporučení jsou další odborné akce pořádané IPVZ a odbornými společnostmi kardiologickými, kardiologickými, české společnosti pro mimotělní oběh a podpůrné systémy.					

V průběhu specializačního vzdělávání provede uchazeč o specializaci 100 perfuzí pod odborným dohledem školitele, který provede záznam o provedení výkonů do průkazu odbornosti.

Odborná praxe musí být zajištěna v rámci akreditovaného kardiologického pracoviště (22 měsíců).

Personální zabezpečení musí být zajištěno z řad erudovaných pracovníků se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru specializace a pedagogickou způsobilostí v souladu s platnými právními předpisy.

VZOR IPV

### SEZNAM A POČET POŽADOVANÝCH VÝKONŮ

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Mimotělní oběh pod odborným dohledem školitele	100	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

VZOR PVL



## CELKOVÉ HODNOCENÍ ŠKOLENCE ŠKOLITELEM NA KONCI SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU

Hodnocení	neuspokojivé	uspokojivé	dobré	velmi dobré	výborné
Praktické dovednosti					
Teoretické znalosti					
Komunikační dovednosti					
Organizační dovednosti					
Odborné a vědecké aktivity					
Plnění úkolů					

Datum:

Prohlášení školitele:

Prohlašuji, že pan/í \_\_\_\_\_ splňuje všechny stanovené podmínky vzdělávacího programu.

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

## ZÁZNAM VÝKONŮ VE SPECIALIZAČNÍM VZDĚLÁVÁNÍ PROVEDENÝCH BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU

Typ provedeného výkonu: MIMOTĚLNÍ OBĚH POD ODBORNÝM DOHLEDEM ŠKOLITELE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: MIMOTĚLNÍ OBĚH POD ODBORNÝM DOHLEDEM ŠKOLITELE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: MIMOTĚLNÍ OBĚH POD ODBORNÝM DOHLEDEM ŠKOLITELE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			

Datum potvrzení:      Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: MIMOTĚLNÍ OBĚH POD ODBORNÝM DOHLEDEM ŠKOLITELE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
56.			
57.			

Datum potvrzení:      Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: MIMOTĚLNÍ OBĚH POD ODBORNÝM DOHLEDEM ŠKOLITELE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
58.			
59.			
60.			
61.			
62.			
63.			
64.			
65.			
66.			
67.			
68.			
69.			
70.			
71.			
72.			

Datum potvrzení:      Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: MIMOTĚLNÍ OBĚH POD ODBORNÝM DOHLEDEM ŠKOLITELE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
73.			
74.			
75.			
76.			
77.			
78.			
79.			
80.			
81.			
82.			
83.			
84.			
85.			
86.			
87.			

Datum potvrzení:      Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: MIMOTĚLNÍ OBĚH POD ODBORNÝM DOHLEDEM ŠKOLITELE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
88.			
89.			
90.			
91.			
92.			
93.			
94.			
95.			
96.			
97.			
98.			
99.			
100.			

Datum potvrzení:      Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:



**PŘEHLED PRAXE**

Zdravotnické zařízení	Pracoviště/oddělení	Praxe od - do	Potvrzení školitele (jmenovka a podpis)

VZOR PVL





POZNÁMKY

VZOR IPVZ