

Эволюционный формуляр для клинических ординаторов

ФИО Кудинова Ирина Сергеевна

Год подготовки 1 2

База кафедры: КГБУЗ ККБ

Дата прихода на базу 02.11.2020

Дата окончания занятий на базе 30.11.2020

Отделение: ОАР № 5

Месяц: Ноябрь

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 20

Количество пропущенных дней за месяц _____

Оценка практических навыков за месяц

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

Характеристика за месяц

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

Итоговая оценка **Хор.** **Удовл.** **Неуд.**

Дополнительные замечания и предложения _____

Врач анестезиолог - реаниматолог Черныш ОИ **Подпись** _____

Зав. отделением Робин И.О **Подпись** _____

Кафедраальный руководитель Робин И.О **Подпись** _____