

Эволюционный формуляр для клинических ординаторов (День)

ФИО Мачанова М.О Год подготовки 1 2

База кафедры КМХБ НЧ

Дата прихода на базу _____ Дата окончания занятий на базе _____

Отделение ОАР 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 14

Количество пропущенных дней за месяц 6

Оценка практических навыков за месяц

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

Характеристика за месяц

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

Итоговая оценка Отл. Хор. Удовл. Неуд.

Дополнительные замечания и предложения _____

Врач анестезиолог - реаниматолог ФИО Голиков-Черешкевич Н.В. Подпись _____

Зав. отделением ФИО _____ Подпись _____

Кафедральный руководитель ФИО _____ Подпись _____