|  |
| --- |
| **Эволюционный формуляр для клинических ординаторов**  **ФИО \_\_\_Сидельникова Анастасия Александровна\_\_\_\_\_\_\_\_ Год подготовки 1 2**  **База кафедры \_\_\_\_\_\_СКЦ ФМБА России\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата прихода на базу \_\_\_01.09.2018\_ Дата окончания занятий на базе** \_\_\_31.08.2019\_\_  **Отделение \_\_\_\_\_\_АиР\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Месяц \_\_\_декабрь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **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 \_\_\_\_\_\_\_\_**  **Количество пропущенных дней за месяц \_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Оценка практических навыков за месяц**  **Оценка**  1. Знание аппаратуры ………………………………..... Отл.Хор.Удовл.Неуд.  2. Знание анестетиков…. ……………………….……….Отл. Хор.Удовл.Неуд.  3. Умение оценить состояние пациента ………………Отл. Хор.Удовл.Неуд.  4. Навыки в проведении регионарной анестезии …… ..Отл.Хор.Удовл. Неуд.  5.Катетеризация центральных вен ………………… ….Отл. Хор.Удовл.Неуд.  6.Вентиляция маской …………………………………...Отл. Хор.Удовл.Неуд.  7.Интубация трахеи ……………………………………..Отл.Хор. Удовл.Неуд.  8. Знание клиники наркоза ………………………………Отл.Хор.Удовл.Неуд.  **Итоговая оценка …………………………………....Отл.Хор. Удовл. Неуд.**    **Характеристика** **за месяц**  1.Способность принимать решения …………………... Отл.Хор.Удовл Неуд.  2.Самокритика ………………………………………..…..Отл.Хор.Удовл.Неуд.  3.Способность к сотрудничеству ………………… …. Отл. Хор.Удовл.Неуд.  4.Реакция на критику …………………………………….Отл.ХорУдовл.Неуд.  5.Надежность …………………………………………..…Отл.Хор.Удовл.Неуд.  6.Самостоятельность …………………………………….Отл. Хор.Удовл. Неуд.  7.Работоспособность……………………………………. .Отл.Хор.Удовл.Неуд.  8.Личная инициативность………………………………. Отл.Хор.Удовл. Неуд.  9.Добросовестность ………………………………………Отл.Хор.Удовл.Неуд.  10.Дисциплина …………………………………………….Отл. Хор. Удовл.Неуд  **Итоговая оценка …………………………………… Отл. Хор.Удовл. Неуд.**    **Врач анестезиолог - реаниматолог** ФИО\_\_\_\_\_\_\_Сорокин А. Г.\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись **\_**    **Зав. отделением** ФИО**\_\_\_\_Хиновкер В. В.\_\_\_\_\_\_\_**Подпись\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Кафедральный руководитель** ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_Хиновкер В. В\_\_**Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |