



**ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ**





ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΜΕΝΟΥ

Όνομα Επώνυμο Όνομα πατέρα Όνομα μητέρας

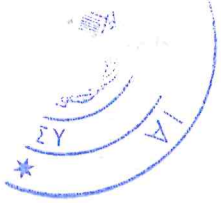
Ημ γέννησης Ημ λήψης Πτυχίου Αρ. Άδειας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος

ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Νοσοκομείο Τμήμα Έναρξη Λήξη Επιβλέπων εκπαίδευσης

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ

- Οι ιατρικές πράξεις τις οποίες κάνει ο εκπαιδευόμενος καταχωρούνται αμέσως μετά από τον ίδιο.
- Συμπληρώνεται το Τμήμα στο οποίο έγινε η ιατρική πράξη (πχ Παθολογική Κλινική ή ΤΕΠ κλπ) καθώς και η ημερομηνία.
- Σημειώνεται αν η ιατρική πράξη έγινε υπό επίβλεψη ή όχι.
- Κάθε καταχώρηση πρέπει να υπογράφεται το συντομότερο δυνατόν από τον εκπαιδευτή.



ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

ΕΝΔΟΜΥΪΚΗ ΕΝΕΣΗ

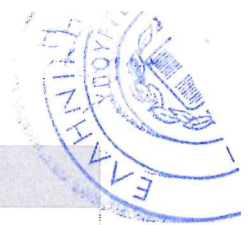
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΕΝΕΣΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΕΝΕΣΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	



ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΦΛΕΒΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ ΑΠΟ ΜΗΡΙΑΙΑ ΦΛΕΒΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΛΗΨΗ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	



ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΑΣΚΙΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	



ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΑΝΑΤΑΞΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ / ΕΞΑΡΘΡΗΜΑΤΟΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ (ΑΛΛΑΓΗ)

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	



ΛΗΨΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

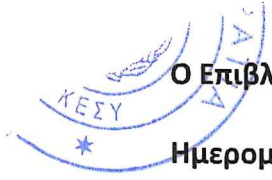
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΤΜΗΜΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

ΆΛΛΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΕΠΙΒΛΕΨΗ	ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΗΣ
Ερμηνεία ευρημάτων α/α θώρακα – κοιλίας - οστών		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Ερμηνεία αποτελεσμάτων συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων (γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος, γενική καλλιέργεια ούρων, έλεγχος πήξης, δείκτες ηπατίτιδας, δείκτες φλεγμονής, ανοσολογικές εξετάσεις)		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Διαχείριση ενδοφλεβίων διαλυμάτων για συνήθεις καταστάσεις που αφορούν τη χορήγηση ενδοφλεβίως διαλυμάτων/υγρών για διαφορες παθολογικές καταστάσεις, τη γλυκόζη του αίματος και τους ηλεκτρολύτες		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Οδηγίες για τη δίαιτα νοσηλευόμενων και εξωτερικών ασθενών		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Συνταγογράφηση εξετάσεων και φαρμάκων για νοσηλευόμενους και εξωτερικούς ασθενείς		<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	

Επιβεβαιώνεται ότι ο εκπαιδευόμενος ιατρός

επιτέλεσε τις παραπάνω ιατρικές πράξεις.



Ο Επιβλέπων Εκπαίδευσης.....

Ημερομηνία.....



