



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Medicina e Chirurgia

Scuola di Specializzazione in

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Ordinamento secondo il **Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68**

LIBRETTO-DIARIO

per la registrazione delle attività formative

Medico Specializzando

Matricola n. _____

A. A. immatricolazione 2014 / 2015 COORTE 01/11/2015

Presentazione

Le attività formative che portano all'acquisizione della competenza specialistica sono distinte in:

- **attività formative didattiche** (comprendono lezioni, seminari, esercitazioni che sono tenute da un docente e si svolgono in aula per tutti gli studenti): assicurano l'acquisizione di conoscenze
- **attività formative professionalizzanti** (laboratori e tirocini si svolgono per piccoli gruppi e il docente è coadiuvato da alcuni tutori): assicurano l'acquisizione delle abilità e dei comportamenti necessari al futuro specialista

Ogni forma di attività conferisce crediti. I crediti si acquisiscono con la partecipazione e la valutazione positiva; quest'ultima può essere espressa direttamente come giudizio del Docente o del Tutore o richiedere una prova di esame.

Questo libretto registra la partecipazione dello Specializzando alle diverse attività, la valutazione in esse ottenuta, i crediti acquisiti. La compilazione del libretto è a cura dello Specializzando, frequenza e valutazione sono attestati dal Responsabile dell'Unità Operativa e dal Tutore.

Per Tutore si intende il docente designato annualmente dal Comitato Ordinatore / Consiglio della Scuola cui è stato assegnato lo specializzando ex d.lgs. 368/99.

Obiettivi

Il Consiglio della Scuola all'inizio dell'anno di corso definisce il piano formativo per lo specializzando definendone gli obiettivi che deve raggiungere e il piano delle rotazioni.

Attività obbligatorie dello specializzando

OSTETRICIA			
ANNO di CORSO	attività di diagnostica prenatale, prevenzione e trattamento delle patologie gravidiche	Assistenza a travaglio e parto fisiologico e operativo	Tagli cesarei
1	100	20	1
2	100	30	3
3	50	30	6
4		10	8
5		10	12
totali	250	100	30

GINECOLOGIA				
ANNO di CORSO	attività di diagnostica ginecologica, di fisiopatologia, di oncologia ginecologica e di endocrinologia ginecologica	interventi di alta chirurgia	interventi di media chirurgia	interventi di piccola chirurgia
1	100			25 (10)
2	100		15 (5)	25 (15)
3	50	15	25 (5)	50 (20)
4		15 (1)	25 (5)	75 (25)
5		20 (4)	35 (10)	75 (30)
totali	250	50*	100**	250***

(x): da 1° operatore

* = di cui 5 da primo operatore

** = di cui 25 da primo operatore e 75 da secondo operatore

*** = di cui 100 da primo operatore e 150 da secondo operatore

Il numero totale degli interventi deve essere raggiunto dallo specializzando alla fine del quinquennio.

PIANO RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI PER LO SPECIALIZZANDO

OUTCOME	Primo anno BASIC SKILLS	Secondo anno SKILLS TO BE ACQUIRED	Terzo anno SKILLS TO BE ACQUIRED	Quarto anno SKILLS TO BE ACQUIRED	Quinto anno SKILLS ACQUIRED
Cura del paziente					
Competenze cliniche	Svilupa una completa e sistematica anamnesi Ostetrica/Ginecologica	Affina le abilità acquisite durante il primo anno. Capacità di formulare una diagnosi e un piano terapeutico	Approfondimento e sviluppo delle competenze e delle abilità acquisite al secondo anno	Approfondimento e sviluppo delle competenze e delle abilità acquisite al terzo anno	Maturità nelle competenze ed abilità nel campo della Ginecologia e Ostetricia
Procedure	Esegue una vasta gamma di procedure di base	Esegue con competenza le procedure di base ed accresce l'esperienza in alcune procedure più complesse	Ha acquistato più esperienza e competenza nella gestione delle procedure ostetriche e ginecologiche	Ha acquisito completa padronanza delle procedure ostetriche di base e buona conoscenza delle procedure più complesse	Completa conoscenza e dimistichezza con tutte le procedure in ginecologia e ostetricia
Studio del paziente	Individua, ordina ed interpreta gli esami clinici/strumentali specifici del campo ost/gin	Svilupa le competenze riguardo all'interpretazione di specifici esami in situazioni cliniche più complesse	Ha acquistato maggiore esperienza e competenza nell'interpretazione di specifici esami in situazioni cliniche più complesse	Prescrive ed interpreta gli esami, elabora percorsi diagnostici e terapeutici in base agli esami prescritti	Prescrive ed interpreta gli esami, elabora percorsi diagnostici e applica la terapia in base agli esami prescritti
Gestione del paziente	Viene Introdotto ai diversi tipi opzioni terapeutiche disponibili; può somministrare le più semplici	Esegue con competenza specifiche procedure e trattamenti terapeutici; conosce i dosaggi inclusi gli effetti benefici, contrari e gli effetti collaterali	Esegue con competenza piani terapeutici specifici in situazioni cliniche semplici	Routinariamente esegue opzioni terapeutiche con sempre maggiore competenza	Gestisce il paziente con competenza in tutte le situazioni cliniche
Promozione della salute / prevenzione delle malattie	Applica una vasta gamma principi specifici nella prevenzione delle malattie e della salute della donna	Applica i principi a situazioni cliniche più complesse	Valuta programmi di promozione e prevenzione della salute della donna	Partecipa ai programmi di prevenzione e promozione della salute della donna	Pianifica, promuove e partecipa ai programmi di prevenzione e promozione della salute della donna
Abilità interpersonali e di comunicazione					
Comunicazione	Svilupa e affina competenze comunicative specifiche nel contesto "salute della donna"	Fa pratica di comunicazione in situazioni cliniche complesse	Svilupa una maggiore confidenza e competenza nelle varie forme di comunicazione	Comunica routinariamente nelle varie situazioni cliniche senza assistenza	Comunica routinariamente nelle situazioni cliniche complesse e negli eventi avversi senza assistenza
Informazioni: recupero/elaborazione	Viene introdotto alla compilazione degli elementi essenziali da inserire all'interno della cartella clinica	Usa con maggiore competenza i meccanismi di ricerca delle informazioni nella letteratura scientifica	Gestisce le cartelle cliniche dei pazienti con maggiore competenza ed esegue ricerche in letteratura con grande	Utilizza abilmente le tecniche di recupero delle informazioni scientifiche	Utilizza abilmente le tecniche di recupero delle informazioni scientifiche

			competenza		
Professionalità					
Attitudini, etica e responsabilità legali	sviluppa una maggiore consapevolezza delle questioni etiche attraverso le esperienze acquisite dai casi clinici studiati in Ostetricia / Ginecologia	Lo specializzando dimostra un atteggiamento adeguato ed eticamente corretto	Lo specializzando mantiene un atteggiamento adeguato ed eticamente corretto quando tratta argomenti complessi	Prende iniziative e guida gli altri specializzando a tenere un atteggiamento corretto ed etico	Prende iniziative e guida gli altri specializzando a tenere un atteggiamento corretto ed etico
capacità decisionali, ragionamento clinico e giudizio	risolve semplici problemi clinici attraverso un ragionamento diagnostico di base	risolve semplici problemi clinici attraverso un ragionamento diagnostico di base	risolve complessi problemi clinici attraverso un ragionamento diagnostico di base	Fa appropriate decisioni usando correttamente i risultati degli esami clinici effettuati dal paziente mentre esegue i compiti demandati	Prende decisioni basate su evidenze oggettive e può difenderle usando fonti provenienti dalla Letteratura

Specializzando in Ostetricia e Ginecologia:

E' un medico arruolato in un programma di formazione della durata di 5 anni che partecipa alla cura del paziente sotto le direttive di un Tutor/Supervisore.

Come parte del suo programma di formazione allo specializzando vengono assegnati gradualmente e progressive responsabilità che tengono conto delle personali esperienze cliniche, dei giudizi, delle conoscenze e delle competenze tecniche.

Ogni specializzando deve conoscere i limiti della sua autorità e le circostanze dove gli è permesso di agire in condizioni di autonomia vincolata. Lo specializzando è tenuto a chiedere aiuto al Tutor/Supervisore quando, nell'esercizio dei propri doveri, si trova nell'incertezza di effettuare una diagnosi, eseguire una procedura diagnostica o terapeutica o come implementare un appropriato piano di cura.

Lo specializzando nella gestione della cura del paziente è sempre sottoposto ad una supervisione che può essere diretta o indiretta.

Nella supervisione diretta un Tutor è presente fisicamente accanto allo specializzando e al paziente.

Nella supervisione indiretta il Tutor può essere immediatamente raggiungibile all'interno della Clinica e provvedere in tempi strettissimi alla diretta supervisione dello specializzando.

Schema di sintesi delle attività professionalizzanti obbligatorie

Le attività professionalizzanti obbligatorie previste nel D.I. 4 febbraio 2015 n.68 per la scuola di Ginecologia ed ostetricia sono state attribuite al SSD presente nell'offerta formativa e sono state ripartite per anno di corso, avendone valutato il peso in termini di CFU.

Lo schema di seguito riportato fornisce una programmazione di massima delle attività che devono essere svolte entro il termine del corso di studi.

Attività	N. minimo prestaz.	TAF	Ambito	SSD	N. prestazioni per anno di corso				
					1	2	3	4	5
Interventi di alta chirurgia di cui il 10% come primo operatore, il resto come secondo	50	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	0	0	15	15 (1)	20 (4)
Interventi di media chirurgia di cui il 25% come primo operatore, il resto come secondo	100	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	0	15 (5)	25 (5)	25 (5)	35 (10)
Interventi di piccola chirurgia di cui il 40% come primo operatore, il resto come secondo	250	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	25 (10)	25 (15)	50 (20)	75 (25)	75 (30)
attività diagnostica ginecologica, di fisiopatologia, di oncologica ginecologica e di endocrinologia ginecologica	250	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	100	100	50		
attività di diagnostica prenatale, prevenzione e trattamento delle patologie gravidiche	250	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	100	100	50		
Assistenza a travaglio e parto fisiologico e operativo	100	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	20	30	30	10	10
Tagli cesarei	30	B2	Discipline elettive per la tipologia della classe	MED/40	1	3	6	8	12

(n): interventi da primo operatore

ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PRENATALE, PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE GRAVIDICHE
--

Il controllo periodico clinico delle varie epoche di gravidanza

L'ecografia ostetrica e flussimetria

La cardiotocografia

Il counseling genetico

La valutazione biofisica delle condizioni fetali
--

La valutazione biochimica delle condizioni fetali

Il counseling infettivologico

Malformazioni fetali

ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA GINECOLOGICA, DI FISIOPATOLOGIA, DI ONCOLOGIA GINECOLOGICA E DI ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA
--

La semeiotica clinica in ginecologia

Patologie cervicali – colposcopie – microcolpoisteroscopia - colpocitologie – biopsie

patologie endometriali - isteroscopie office – citologia endometriale

patologie vulvari – colposcopie - biopsie

patologie tubo-ovariche – diagnostiche non invasive

ecografia ginecologica

Il follow-up oncologico

esame senologico

ALTA CHIRURGIA:
GINECOLOGIA
Laparotomia per patologia benigna complessa
Laparoscopia diagnostica/operativa per patologie benigne complesse
Laparotomia per patologie maligne:
e) K endometrio
f) K portio
g) K ovaio - tuba
h) Linfadenectomia addominale
Chirurgia vulvo-perineale per patologia maligna
Vulvectomy radicale - Linfadenectomia inguinale
Laparoscopia per patologia maligna:
K endometrio
K portio
K ovaio
Linfadenectomia
Chirurgia vaginale tradizionale e protesica
Interventi correttivi della statica pelvica
Biopsia linfonodo sentinella
Dissezione linfonodale ascellare (associata o meno a mastectomia totale o a quadrantectomia – tumorectomia)
Isteroscopia operativa
Isteroscopia in ginecologia oncologica
Assistenza ad interventi di chirurgia radicale oncologica
Simulazione chirurgia complessa

OSTETRICIA
Taglio cesareo primitivo in gravidanza ad alto rischio a termine
Taglio cesareo primitivo in gravidanza ad alto rischio a pre-termine
taglio cesareo iterativo
taglio cesareo demolitore
Miomectomia in gravidanza e post cesarea
Asportazione masse addominali in gravidanza
Assistenza/estrazione al parto podalico
villocentesi – amniocentesi in gravidanze ad alto rischio
Cordocentesi – amnioinfusione in gravidanze ad alto rischio
Svuotamento dell'utero per mola vescicolare
Simulazione patologie ostetriche

MEDIA CHIRURGIA (I o altro operatore e tempi chirurgici):
GINECOLOGIA
Laparoscopia diagnostica - office
Isteroscopia diagnostica - operativa
Laparoscopia operativa per patologia benigna
Miomectomia laparotomica – laparoscopica - isteroscopica
Isteroscopia in ginecologia benigna
Vulvectomia semplice – emivulvectomia – skin vulvectomy – biopsia vulvaree – tumorectomia vulvare
Laparotomia Isterectomia Totale/subtotale annessiectomia/ovariectomia/salpingectomia/resezione ovarica mono o bilaterale
Chirurgia eco-guidata
Chirurgia vulvo-perineale per patologia benigna
Aspirazione – biopsie ecoguidate di neoformazioni
Esami urodinamici
Tumorectomia - Quadrantectomia mammaria
Mastectomia totale semplice con/senza protesi
OSTETRICIA
Gravidanza extrauterina,(LPS o in LPT)
Taglio cesareo primitivo in gravidanza a basso rischio
Procedure di PMA di II livello
Applicazione di vacuum extractor e forcipe
Suture complicate del canale da parto
Amniocentesi – Villocentesi per gravidanze a basso rischio

Secondamento manuale
Cerchiaggio vaginale
Revisione postpartum – puerperio della cavità uterina

PICCOLA CHIRURGIA:
GINECOLOGIA
Asportazione/Marsupializzazione cisti del Bartolini
revisione cavità uterina ed isterosuzione
Conizzazione/Leep
colposcopie - biopsie cervicali – polipectomie cervicali
inserzione IUD
inserzione contraccettivo sottocute
Drilling ovarico
Isteroscopia office
Procedure di simulazione Chirurgica (almeno 1 CFU professionalizzante)
Ambulatorio chirurgico – day hospital
Biopsie – exeresi di lesioni palpabili del seno
OSTETRICIA
Amniorexi
Revisione cavitaria in ostetricia
Episiotomia/episiorragia/sutura lacerazioni vagino-perineali
Procedure di PMA di I livello
Procedure di simulazione Ostetrica (almeno 1 CFU professionalizzante)
Ambulatorio chirurgico – day hospital
Assistenza al parto per via vaginale

1° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale e tirocinio professionalizzante

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale “L”)

(1 CFU: 32 ore tirocinio professionalizzante “T”)

TAF	Ambito	SSD	L/T	CFU	Insegnamento
Base	Discipline generali per la formazione dello specialista	MED/05 PATOLOGIA CLINICA	L	1	PATOLOGIA CLINICA
Affini, Integrative e Interdisciplinari	Scienze Umane e Medicina di Comunità	MED/42 Igiene generale e applicata	L	1	IGIENE GENERALE E APPLICATA
Affini, Integrative e Interdisciplinari	Discipline Integrative e Interdisciplinari	MED/35 Malattie Cutanee e veneree	L	1	MALATTIE CUTANEE E VENEREE
Caratterizzanti - Tronco comune	Clinico	MED/18 Chirurgia Generale	T	10	CHIRURGIA GENERALE 1
Caratterizzanti - Tronco comune	Emergenza e Pronto soccorso	MED/41 Anestesiologia	T	10	ANESTESIOLOGIA 1
Caratterizzanti - Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	6	CHIRURGIA OSTETRICA
Caratterizzanti - Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	6	ELEMENTI DI OSTETRICIA
Caratterizzanti - Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	T	24	FISIOPATOLOGIA E CLINICA DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE 1 (TIROCINIO)
Altre attività	Altre attività		L	1	LINGUA E TRADUZIONE - LINGUA INGLESE 1

2. Attività Formativa Professionalizzante

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Laboratori e nei Reparti Clinici e si svolge sotto la guida di un Tutore.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti OBBLIGATORIE (2A);
- b) le ALTRE attività professionalizzanti – ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 25 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
76					
77					
78					
79					
80					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Attività diagnostica ginecologica, di fisiopatologia, di oncologica ginecologica e di endocrinologia ginecologica

[almeno 100 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

D – Assistenza a travaglio e parto fisiologico e operativo

[almeno 20 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

E – Tagli cesarei

[almeno 1 caso]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

2B. Attività Formativa Professionalizzante – Rotazioni del tronco comune

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

(1 CFU: 32 ore di attività pratica)

Periodo (dal – al)	Attività	CFU	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
	Chirurgia generale 1	10	MED/18 Chirurgia Generale Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente
						<input type="checkbox"/> buono
	Anestesiologia 1	10	MED/41 ANESTESIOLOGIA Ambito emergenze e pronto soccorso			<input type="checkbox"/> sufficiente
						<input type="checkbox"/> buono
						<input type="checkbox"/> ottimo

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 1° anno:

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore della Scuola

Il Direttore dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il PRIMO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

 / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:

2° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale e tirocinio professionalizzante

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale “L”)

(1 CFU: 32 ore tirocinio professionalizzante “T”)

TAF	Ambito	SSD	L/T	CFU	Insegnamento
Base	Discipline generali per la formazione dello specialista	MED/07 MICROBIOLOGIA	L	1	MICROBIOLOGIA E MICROBIOLOGIA CLINICA
Base	Discipline generali per la formazione dello specialista	MED/06 ONCOLOGIA MEDICA	L	1	ONCOLOGIA MEDICA
Caratterizzanti - Tronco comune	Clinico	MED/19 CHIRURGIA PLASTICA	T	2	CHIRURGIA PLASTICA
Caratterizzanti - Tronco comune	Clinico	MED/18 CHIRURGIA GENERALE	T	11	CHIRURGIA GENERALE 2
Caratterizzanti - Tronco comune	Emergenze e pronto soccorso	MED/33 MALATTIE APPARATO LOCOMOTORE	T	2	MALATTIE APPARATO LOCOMOTORE
Caratterizzanti - Tronco comune	Emergenze e pronto soccorso	MED/41 ANESTESIOLOGIA	T	5	ANESTESIOLOGIA 2
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	4	GINECOLOGIA E OSTETRICIA: FISILOGIA DELLA GRAVIDANZA
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	4	GINECOLOGIA E OSTETRICIA: ENDOCRINOLOGIA OSTETRICA
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	4	GINECOLOGIA E OSTETRICIA: DIAGNOSTICA STRUMENTALE IN OSTETRICIA
Affini e integrative	Discipline integrative e interdisciplinari	MED/24 UROLOGIA (tirocinio)	T	1	UROLOGIA
Caratterizzanti - Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	T	24	FISIOPATOLOGIA E CLINICA DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE 2 (TIROCINIO)
Altre attività	Altre attività		L	1	LINGUA E TRADUZIONE - LINGUA INGLESE 2

2. Attività Formativa Professionalizzante

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Laboratori e nei Reparti Clinici. Si svolge con la guida di un Tutore in periodi, indicati nel calendario, liberi dall'attività didattica irrinunciabile ed elettiva, per gruppi precostituiti di Studenti ed è finalizzata al raggiungimento di obiettivi specifici diversi nelle singole sedi formative.

Un'eventuale valutazione negativa al termine dell'attività formativa professionalizzante esclude lo studente dall'iscrizione all'anno successivo e comporta la ripetizione del tirocinio stesso.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti **OBBLIGATORIE (2A)**;
- b) le **ALTRE** attività professionalizzanti – **ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)**

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di media chirurgia

[almeno 15 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 25 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

C – Attività diagnostica ginecologica, di fisiopatologia, di oncologica ginecologica e di endocrinologia ginecologica

[almeno 100 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

D – Attività di diagnostica prenatale, prevenzione e trattamento delle patologie gravidiche

[almeno 100 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

E – Assistenza a travaglio e parto fisiologico e operativo

[almeno 30 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

F – Tagli cesarei

[almeno 3 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

2B. Attività Formativa Professionalizzante – Rotazioni del tronco comune

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

(1 CFU: 32 ore di attività pratica)

Periodo (dal – al)	Attività	CFU	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
	Anestesiologia 2	5	MED/41 Anestesiologia Ambito emergenze e pronto soccorso			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Chirurgia generale 2	11	MED/18 Chirurgia Generale Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Chirurgia Plastica	2	MED/19 Chirurgia Plastica Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Malattie apparato Locomotore	2	MED/33 Malattie apparato Locomotore Ambito emergenze e pronto soccorso			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Urologia	1	MED/24 Urologia Ambito Discipline Integrative e interdisciplinari			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 2° anno:

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore della Scuola

Il Direttore dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il SECONDO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

 / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:

3° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale e tirocinio professionalizzante

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale “L”)

(1 CFU: 32 ore tirocinio professionalizzante “T”)

TAF	Ambito	SSD	L/T	CFU	Insegnamento
Base	Discipline generali per la formazione dello specialista	MED/08 ANATOMIA PATOLOGICA	L	2	ANATOMIA PATOLOGICA
Caratterizzanti - Tronco comune	Clinico	MED/20 CHIRURGIA PEDIATRICA	T	2	CHIRURGIA PEDIATRICA
Caratterizzanti - Tronco comune	Clinico	MED/18 CHIRURGIA GENERALE	T	13	CHIRURGIA GENERALE 3
Caratterizzanti - Tronco comune	Emergenze e pronto soccorso	MED/41 ANESTESIOLOGIA	T	5	ANESTESIOLOGIA 3
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	4	GINECOLOGIA: PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	4	GINECOLOGIA: PIANIFICAZIONE FAMILIARE
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	5	GINECOLOGIA ONCOLOGICA PREVENTIVA
Caratterizzanti - Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	T	22	FISIOPATOLOGIA E CLINICA DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE 3 (TIROCINIO)
Prova Finale	Prova Finale		T	2	ATTIVITÀ FINALIZZATE ALLA PROVA FINALE 3° ANNO
Altre	ULTERIORI CONOSCENZE LINGUISTICHE, ABILITA' INFORMATICHE E RELAZIONALI		L	1	LINGUA E TRADUZIONE - LINGUA INGLESE 3

2. Attività Formativa Professionalizzante

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei LaBoratori e nei Reparti Clinici e si svolge sotto la guida di un Tutore.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti **OBBLIGATORIE (2A)**;
- b) le **ALTRE** attività professionalizzanti – **ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)**

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di Alta chirurgia

[almeno 15 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Interventi di media chirurgia

[almeno 25 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

C – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 50 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

D – Attività diagnostica ginecologica, di fisiopatologia, di oncologica ginecologica e di endocrinologia ginecologica

[almeno 50 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

E – Attività di diagnostica prenatale, prevenzione e trattamento delle patologie gravidiche

[almeno 50 prestazioni]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

F – Assistenza a travaglio e parto fisiologico e operativo

[almeno 30 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

G – Tagli cesarei

[almeno 6 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

2B. Attività Formativa Professionalizzante – Rotazioni del tronco comune

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

(1 CFU: 32 ore di attività pratica)

Periodo (dal – al)	Attività	CFU	SSD	Struttura (indicare dove necessario)	Firma del Responsabile dell'Unità Operativa e timbro	Valutazione
	Anestesiologia 3	5	MED/41 Anestesiologia Ambito emergenze e pronto soccorso			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Chirurgia generale 3	13	MED/18 Chirurgia Generale Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
	Chirurgia Pediatria	2	MED/20 Chirurgia Pediatria Ambito clinico			<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 3° anno:

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore della Scuola

Il Direttore dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il TERZO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

 / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:

4° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale e tirocinio professionalizzante

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale “L”)

(1 CFU: 32 ore tirocinio professionalizzante “T”)

TAF	Ambito	SSD	L/T	CFU	Insegnamento
Affini o Integrative	Scienze Umane e Medicina di Comunità	MED/43 MEDICINA LEGALE	L	1	MEDICINA LEGALE
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	4	GINECOLOGIA MEDICA
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	5	CHIRURGIA GINECOLOGICA ENDOSCOPICA
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	5	CHIRURGIA GINECOLOGICA VAGINALE
Caratterizzanti - Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	T	39	FISIOPATOLOGIA E CLINICA DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE 4 (TIROCINIO)
Prova Finale	Prova Finale		T	5	ATTIVITÀ FINALIZZATE ALLA PROVA FINALE 4° ANNO
Altre	ULTERIORI CONOSCENZE LINGUISTICHE, ABILITA' INFORMATICHE E RELAZIONALI		L	1	LINGUA E TRADUZIONE - LINGUA INGLESE 4

2. Attività Formativa Professionalizzante

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Laboratori e nei Reparti Clinici e si svolge sotto la guida di un Tutore.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti OBBLIGATORIE (2A);
- b) le ALTRE attività professionalizzanti – ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di Alta chirurgia

[almeno 15 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Interventi di media chirurgia

[almeno 25 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

C – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 75 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

D – Assistenza a travaglio e parto fisiologico e operativo

[almeno 10 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

E – Tagli cesarei

[almeno 8 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 4° anno:

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore della Scuola

Il Direttore dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il QUARTO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

 / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:

5° ANNO – data inizio _____

1. Attività Formativa Didattica Frontale e tirocinio professionalizzante

[Vanno indicate anche le attività del tronco comune]

(1 CFU: 8 ore didattica frontale “L”)

(1 CFU: 32 ore tirocinio professionalizzante “T”)

TAF	Ambito	SSD	L/T	CFU	Insegnamento
Affini o Integrative	Sanità pubblica, management sanitario, statistica ed epidemiologia	MED/44 MEDICINA DEL LAVORO	L	1	MEDICINA DEL LAVORO
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	3	GINECOLOGIA ONCOLOGICA CHIRURGICA
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	3	GINECOLOGIA ONCOLOGICA MEDICA
Caratterizzanti	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	L	3	PATOLOGIE GINECOLOGICHE ED OSTETRICHE
Caratterizzanti - Discipline specifiche	Discipline specifiche della tipologia	MED/40 GINECOLOGIA E OSTETRICIA	T	41	FISIOPATOLOGIA E CLINICA DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE 5 (TIROCINIO)
Prova Finale	Prova Finale		T	8	ATTIVITÀ FINALIZZATE ALLA PROVA FINALE 5° ANNO
Altre	ULTERIORI CONOSCENZE LINGUISTICHE, ABILITA' INFORMATICHE E RELAZIONALI		L	1	LINGUA E TRADUZIONE - LINGUA INGLESE 5

2. Attività Formativa Professionalizzante

L'attività formativa professionalizzante (didattica pratica e tirocinio) concerne l'acquisizione della competenza propria dello specifico profilo professionale, che si acquisisce tramite il lavoro nei Laboratori e nei Reparti Clinici e si svolge sotto la guida di un Tutore.

Nelle pagine che seguono vanno registrate:

- a) le attività professionalizzanti OBBLIGATORIE (2A);
- b) le ALTRE attività professionalizzanti – ROTAZIONI DEL TRONCO COMUNE (2B)

2A. Attività Formative Professionalizzanti Obbligatorie

[Attestazione di avvenuta maturazione dei rispettivi CFU]

A – Interventi di Alta chirurgia

[almeno 20 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

B – Interventi di media chirurgia

[almeno 35 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

C – Interventi di piccola chirurgia

[almeno 75 interventi - indicare quali sono stati effettuati come primo operatore]

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					

N.	Data	Tipologia / procedura	Ruolo	Nome Supervisore dell'operazione	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro
80					

Indicare la valutazione dell'insieme delle attività svolte nelle singole Unità Operative

Unità Operativa (nome e luogo)	Valutazione	Firma Resp. Unità Operativa e Timbro
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	
	<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo	

D – Assistenza a travaglio e parto fisiologico e operativo

[almeno 10 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

F – Tagli cesarei

[almeno 12 casi]

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Data o periodo (dal – al)	Tipologia / procedura	N. prestazioni effettuate	Firma Responsabile Unità Operativa e Timbro	Valutazione
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo
				<input type="checkbox"/> sufficiente <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> ottimo

Giudizio del/i Tutore/i

Il/i tutore/i esprime/ono il seguente giudizio sulla formazione specialistica complessiva del 5° anno:

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Nome del Tutore:	Acquisizione delle competenze	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	Firma e timbro del Tutore
	Capacità	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	
	Attitudini	<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> buone <input type="checkbox"/> ottime	

Attestazione di passaggio all'anno successivo del Direttore della Scuola

Il Direttore dichiara di aver verificato la corretta compilazione del libretto per il QUINTO anno di corso e di aver verificato la congruità delle attività svolte con quelle previste dal piano individuale di formazione.

Preso atto dei giudizi espressi dai Responsabili delle Unità Operative sull'attività formativa professionalizzante svolta e del giudizio qualitativo espresso dal tutore/i sull'intera formazione specialistica, acquisiti gli esiti delle prove in itinere, attesta che il Medico in formazione specialistica ha maturato i crediti previsti dal piano formativo conseguendo la seguente votazione:

 / 30 (positivo da 18 a 30)

Firma e timbro del Direttore della Scuola: _____

Per presa visione, il Medico in formazione specialistica: _____

Eventuali note:
