МОЗ УКРАЇНИ

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

ЖУРНАЛ ОБЛІКУ

РОБОТИ ЛІКАРЯ ІНТЕРНА_____

Спеціальність_____

Який ВНЗ (факультет) І і коли
закінчила_____

_____

База інтернатури(адреса ,телефон)_____

_____

П.І.П. керівника бази стажування_____

Кафедра (назва)_____

П.І.П.(викладача)керівника_____

Початок інтернатури Закінчення інтернатури

_____ _____

Місце роботи та посада за направленням

_____
_____
_____

Тема науково-практичної роботи

_____

_____

_____

«Затверджую»	«Затверджую»	«Затверджую»
Декан з інтернатури	Директор установи	Завідувач кафедри
_____	_____	_____
«_____»_____20____р.	«_____»_____ 20____р.	«_____»_____20____р.

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН ПРОХОДЖЕННЯ ІНТЕРНАТУРИ

(перший рік навчання)

№ п/п	Місце проходження заочної частини лікаря-інтерна.	Термін проходження	Відмітка про виконання (зараховано, підпис.печатка)
1.	2.	3.	4.
1.	Практична підготовка на базі стажування		
1.1	Графік роботи в стаціонарі		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
1.2	Робота в діагностичних кабінетах		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
1.3	Кабінет основного спеціаліста		
1.3.1	Кабінет вузького спеціаліста		

1.4.	Робота в маніпуляційному кабінеті		
1.	Навчання на кафедрах Теоретична підготовка		
2.	Назва розділів програми:		
2.1	А.Профільні кафедри:		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	Б.Суміжні дисципліни:		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10.		
	11.		
	12.		
	13.		
	14.		
	15.		
	16.		
	17.		
	18.		
	19.		
	20.		
3.	Виконання науково-практичної роботи		
3.1	Освоєння методик взяття матеріалу		
3.2	Обробка матеріалу та оформлення роботи		
3.3	Виступ на конференції		

Керівник інтерна Лікар-інтерн

«Затверджую»	«Затверджую»	«Затверджую»
Декан з інтернатури	Директор установи	Завідувач кафедри
_____	_____	_____
«_____»_____20____р.	«_____»_____ 20____р.	«_____»_____20____р.

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН ПРОХОДЖЕННЯ ІНТЕРНАТУРИ

(другий рік навчання)

№ п/п	Місце проходження заочної частини лікаря-інтерна.	Термін проходження	Відмітка про виконання (зараховано, підпис.печатка)
1.	Практична підготовка на базі стажування		
1.1.	Графік роботи в стаціонарі		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
1.2.	Робота в діагностичних кабінетах		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
1.3.	Кабінет основного спеціаліста		
1.3.1	Кабінет вузького спеціаліста		
1.4	Робота в маніпуляційному кабінеті		

1.	Навчання на кафедрах Теоретична підготовка		
2.	Назва розділів програми:		
2.1	А.Профільні кафедри:		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	Б.Суміжні дисципліни:		
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10.		
3.	Виконання науково-практичної роботи		
3.1	Освоєння методик взяття матеріалу		
3.2	Обробка матеріалу та оформлення роботи		
3.3	Виступ на конференції		

Керівник інтерна _____

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

ПЕРЕЛІК ЗНАНЬ ТА УМІНЬ ,ЯКИМИ ОВОЛОДІВ ЛІКАР-ІНТЕРН НА СУМІЖНИХ ДИСЦИПЛІНАХ (Першого року навчання)

Назва суміжної кафедри	Назва тематики ,розділу,маніпуляції	Оцінка	Дата підпис, Печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

ПЕРЕЛІК ЗНАНЬ ТА УМІНЬ ,ЯКИМИ ОВОЛОДІВ ЛІКАР-ІНТЕРН НА СУМІЖНИХ ДИСЦИПЛІНАХ (Першого року навчання)

Назва суміжної кафедри	Назва тематики ,розділу,маніпуляції	Оцінка	Дата підпис, Печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

ПЕРЕЛІК ЗНАНЬ ТА УМІНЬ ,ЯКИМИ ОВОЛОДІВ ЛІКАР-ІНТЕРН НА СУМІЖНИХ ДИСЦИПЛІНАХ (Першого року навчання)

Назва суміжної кафедри	Назва тематики ,розділу,маніпуляції	Оцінка	Дата підпис, Печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

ПЕРЕЛІК ЗНАНЬ ТА УМІНЬ ,ЯКИМИ ОВОЛОДІВ ЛІКАР-ІНТЕРН НА СУМІЖНИХ ДИСЦИПЛІНАХ (Першого року навчання)

Назва суміжної кафедри	Назва тематики ,розділу,маніпуляції	Оцінка	Дата підпис, Печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

ПЕРЕЛІК

Практичних навичок, діагностичних та лікувальних маніпуляцій,якими повинен оволодіти лікар-інтерн за фахом _____

№ п\п	Назва	Кількість (план)	Кількість (виконано)	Підпис печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на кафедрі-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на кафедрі-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на кафедрі-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць__________________20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ______________________________з____________до___________

2. Відділ______________________________з____________до___________

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_______________________________

Куратор інтерна_______________________________

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-перший рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ ТА УМІНЬ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ
(ЗАОЧНА ЧАСТИНА) Першого року навчання

Дата	Назва розділу /Практичної навички	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ ТА УМІНЬ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ
(ЗАОЧНА ЧАСТИНА) Першого року навчання

Дата	Назва розділу/Практичної навички	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Робота в кабінеті лабораторної діагностики

Дата	Зміст виконаної роботи	Кількість	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на базі стажування-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ ТА УМІНЬ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ
(ЗАОЧНА ЧАСТИНА) Другого року навчання

Дата	Назва розділу /Практичної навички	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНЬ ТА УМІНЬ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ
(ЗАОЧНА ЧАСТИНА) Другого року навчання

Дата	Назва розділу/Практичної навички	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Робота в маніпуляційному кабінеті

Дата	Зміст виконаної роботи	Кількість	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Робота в фізіотерапевтичному кабінеті

Дата	Зміст виконаної роботи	Кількість	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на кафедрі-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на кафедрі-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Місяць_____20____р.

РОБОТА В СТАЦІОНАРІ(на кафедрі-другий рік навчання)

1.Відділ_____з_____до_____

2. Відділ_____з_____до_____

Дата	Перелік курованих хворих та їх повний діагноз

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

ПЕРЕЛІК ЗНАНЬ ТА УМІНЬ ,ЯКИМИ ОВОЛОДІВ ЛІКАР-ІНТЕРН НА СУМІЖНИХ ДИСЦИПЛІНАХ (Другого року навчання)

Назва суміжної кафедри	Назва тематики ,розділу,маніпуляції	Оцінка	Дата підпис, Печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

ПЕРЕЛІК ЗНАНЬ ТА УМІНЬ ,ЯКИМИ ОВОЛОДІВ ЛІКАР-ІНТЕРН НА СУМІЖНИХ ДИСЦИПЛІНАХ (Другого року навчання)

Назва суміжної кафедри	Назва тематики ,розділу,маніпуляції	Оцінка	Дата підпис, Печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

ПЕРЕЛІК

Вмінь на практичних навичок ,якими оволодів лікар-інтерн за час проходження інтернатури по

спеціальності_____

№ п\п	Назва	Кількість (план)	Кількість (виконано)	Підпис печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

Семінарські заняття та клінічні роботи (першого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Семінарські заняття та клінічні роботи (першого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Семінарські заняття та клінічні роботи (першого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Семінарські заняття та клінічні роботи (першого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Прослухані лекції (першого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Семінарські заняття та клінічні роботи (другого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Семінарські заняття та клінічні роботи (другого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Семінарські заняття та клінічні роботи (другого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Семінарські заняття та клінічні роботи (другого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

Прослухані лекції (другого року навчання)

Дата	Назва теми	Оцінка	Підпис Керівника (Печатка)

Лікар-інтерн_____

Куратор інтерна_____

ЗАРЕФЕРОВАНА ЛІТЕРАТУРА

№ п/п	Місяць	Автор,назва джерел та рік видання

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

Зведений звіт по набутим практичним навичкам протягом навчання в інтернатурі за фахом Дерматовенерологія

№ п\п	Назва	Кількість (виконано)	Підпис печатка

Лікар-інтерн_____

Відповідальна по інтернатурі_____

ХАРАКРЕРИСТИКА лікаря-інтерна

Директор бази стажування_____

№ п\п	Навчання в інтернатурі	Оцінювання теоретичне	практичне	загальне	Підпис членів комісії
1.	На базі стажування				
	з « _____» до «_____»				
	з «_____» до «_____»				
2.	На профільній кафедрі з «_____» до «_____»				
	з «_____» до «_____»				
3.	Суміжні дисципліни				
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				

	21				
	22				
	23				
	24				
	25				
	26				
	27				
	28				
	29				
	30				
4.	Підсумковий піврічний контроль				
5.	Підсумковий річний контроль				
6.	Ліцензійний іспит Крок-3	Дата атестації	Середній процент	№ сертифікату	Підпис декана, печатка
7.	Заступник декана з інтернатури				
8.	Заключна атестація спеціаліста				

РІШЕННЯ АТЕСТАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ

присвоїти звання лікаря _____

(назва спеціальності)

Голова атестаційної комісії_____

Члени атестаційної комісії _____

_____

_____

_____