



Tirocinio Libero 1

Cognome e Nome _____ Matr. _____

Periodo di tirocinio dal ___/___/___ al ___/___/___ N° ore _____

Sede del tirocinio _____

	Obiettivo non raggiunto	Obiettivo Parziale	Obiettivo raggiunto
<i>REGOLE</i>			
Rispetto delle regole dell'ambiente lavorativo e orari concordati			
Decoro della persona			
Discrezione nel mantenere il segreto professionale			
CAPACITÀ RELAZIONALI / AFFIDABILITA'			
Capacità di relazione con il personale dell'ambiente lavorativo			
Capacità di relazione e comunicazione appropriata con il paziente			
Capacità di modificare dopo osservazione il proprio operato			
Affidabilità nello svolgere il compito assegnato			
LIVELLI ABILITA'			
Abilità	Dopo aver osservato saper descrivere	Saper fare assistiti	Saper fare in autonomia
Interpretare i risultati dei più comuni esami strumentali e di laboratorio		<input type="checkbox"/>	
Interpretare gli elementi essenziali di un ECG		<input type="checkbox"/>	
Richiedere esami strumentali di approfondimento		<input type="checkbox"/>	
Richiedere consulenza specialistica		<input type="checkbox"/>	
Individuare i principali sintomi e segni			<input type="checkbox"/>
Rilevare i parametri vitali di un paziente			<input type="checkbox"/>
Eseguire l'esame fisico generale e distrettuale			<input type="checkbox"/>
Compilare la cartella clinica			<input type="checkbox"/>
Partecipare attivamente alla discussione del caso clinico			<input type="checkbox"/>
Saper eseguire le procedure diagnostiche e terapeutiche di base sul paziente.			<input type="checkbox"/>
OBIETTIVO FINALE	Obiettivo non raggiunto	Obiettivo Parziale	Obiettivo raggiunto
Approccio al malato durante il ricovero nel reparto di degenza. Apprendere le conoscenze teorico-pratiche necessarie al fine di identificare i sintomi e segni clinici delle patologie trattate nel reparto di elezione			

Giudizio finale complessivo

Insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Distinto	Ottimo

N.B. La scheda deve essere discussa tra tutor clinico e studente – nel retro aggiungere eventuali note di merito o demerito

Cognome Tutor Clinico Responsabile:

Nome Tutor Clinico Responsabile:

Mail Tutor Clinico Responsabile:

Firma e timbro del Tutor Clinico Responsabile

Firma dello Studente