**LIBRETTO DEL TIROCINANTE**

**Tirocinio pratico-valutativo (TPV) ai fini dell’abilitazione alla professione di Medico-Chirurgo**

**Area Medicina Generale**

Tirocinante (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo svolgimento tirocinio: da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si prega di compilare il presente libretto in ogni sua parte**

**REGISTRO DELLE FREQUENZE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede svolgimento attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **Orario entrata… uscita …** | **n. ore** | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **Firma tirocinante** | **Firma tutor** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Parere in itinere relativo all’andamento del tirocinio**: \_\_\_\_\_\_\_

Il tirocinante dichiara di aver ricevuto dal tutor un parere in itinere relativo all’andamento del tirocinio

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **Orario entrata… uscita …** | **n. ore** | **ATTIVITÀ SVOLTA** | **Firma tirocinante** | **Firma tutor** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Firma e Timbro del Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE AREA MEDICINA GENERALE**

\*Per una VALUTAZIONE POSITIVA utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a: A: Eccellente; B: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente; F: insufficiente. Per una valutazione NEGATIVA utilizzare la lettera F. INSERIRE UN VOTO PER OGNI ASPETTO INDICATO NELLA TABELLA.

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Componenti della Professione Medica** | **VOTO\*** |
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente, sa gestire l’accoglienza e strutturare la consultazione (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso). |  |
| Ha la capacità di raccogliere anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale e domiciliare. |  |
| Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: è in grado di individuare i motivi della richiesta di aiuto e la natura e priorità del problema. |  |
| È in grado di valutare le urgenze e individuare le necessità per un ricovero ospedaliero. |  |
| È in grado di proporre ipotesi diagnostiche e individuare gli accertamenti diagnostici di primo livello dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi. |  |
| È in grado di interpretare gli esami di laboratorio. |  |
| È in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini. |  |
| Si orienta sui processi decisionali relativi alle prescrizioni di un coretto trattamento e sulla richiesta di una consulenza specialistica. |  |
| È in grado di saper svolgere attività di controllo sull’adesione alla terapia da parte del paziente e programmare il monitoraggio e il follow-up. |  |
| Conoscere le problematiche del paziente cronico con comorbidità in terapia plurifarmacologica |  |
| Dimostra conoscenza circa l’organizzazione del SSN e SSR e sulle principali norme burocratiche e prescrittive |  |
| È in grado di utilizzare la cartella clinica informatizzata e conosce i sistemi informativi del SSN e SSR |  |
| Sa indicare azioni di prevenzione, di promozione della salute e corretti stili di vita |  |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole di organizzazione e funzionamento dello studio medico |  |
| Interagisce correttamente col personale di segreteria ed infermieristico dello studio del medico di Medicina Generale |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo e collaborativo (fa domande, si propone per svolgere attività) |  |

Firma e Timbro del Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE FINALE AREA MEDICINA GENERALE**

Tirocinante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APPROVATO/NON APPROVATO

**GIUDIZIO FINALE\***\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Tutor Responsabile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*inserire un giudizio dalla A (eccellente) alla F (insufficiente) per il giudizio finale