**ATTIVITA’ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI CHIRURGIA GENERALE (V anno)**

**STRUTTURA** ………………………………………………………………………………………………………………….

**Referente** …………………………………………………………….  **Tutor** …………………………………….….

**Studente ……………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Periodo (date): dal** …………………………………………. **al** …………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **ATTIVITA’ SVOLTA** | **DOCENTE** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  | **Raccolta anamnesi ed esame obiettivo nel paziente chirurgico** |  |  |
|  | **Valutazione clinica del paziente, discussione del diario clinico e della scheda terapeutica giornaliera post-operatoria** |  |  |
|  | **Raccolta anamnesi ed esame obiettivo in un paziente con patologia chirurgica vascolare**  |  |  |
|  | **Partecipazione seduta operatoria di Chirurgia maggiore/oncologica (laparoscopica/robotica)** |  |  |
|  | **Partecipazione seduta operatoria week surgery** |  |  |
|  | **Partecipazione seduta operatoria day surgery** |  |  |
|  | **Partecipazione seduta operatoria di Chirurgia ambulatoriale** |  |  |
|  | **Partecipazione ad un turno di reperibilità chirurgica in DEA** |  |  |
|  | **Partecipazione attività ambulatorio chirurgico prime visite e dimissioni protette** |  |  |
|  | **Partecipazione attività ambulatorio proctologico ed apprendimento tecnica di esecuzione anoscopia** |  |  |
|  | **Partecipazione ambulatori /attività specifiche SOD (MICI, patol pavimento pelvico, …)** |  |  |
|  | **Partecipazione ambulatorio endoscopico** |  |  |
|  | **Esecuzione di sutura cutanea secondo le principali tecniche (eventuale simulazione su materiale sintetico)** |  |  |
|  | **Medicazione di ferita chirurgica** |  |  |
|  | **Rimozione sutura cutanea (punti filo, punti metallici/agraphes)** |  |  |
|  | **Esecuzione di esplorazione rettale** |  |  |
|  | **Apprendimento tecnica di posizionamento di una sonda di Sengstaken-Blakemore** |  |  |
|  | **Apparecchiare/valutare correttamente una colo/ileostomia** |  |  |

**GIUDIZIO**…………………………………………………………………………………….…………….………....………..…………………………………………………………………………………………..……………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Timbro della Firma e timbro del referente o del tutor**

**Segreteria**

**ATTIVITA’ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI CHIRURGIA GENERALE (V anno)**

**COGNOME NOME MATRICOLA:**

**STRUTTURA**…………………………………………………………………………………………….

**Referente**………………………………………………………………………………………….………. **Tutor**…………………………………………………………………………………………………………

**GIUDIZIO** ……………………………………………………………………………………….………… …………………………………………………………………………………………….…………..……… ………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………

**Timbro della Firma e timbro del referente o del tutor**

**Segreteria**

**Copia da consegnare in segreteria**