

## ATTIVITA' FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI MEDICINA INTERNA

STRUTTURA.....

Referente.....

Studente.....

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

DATA	ATTIVITA' SVOLTA	TUTOR	FIRMA
	Raccogliere l'anamnesi (min 5)		
	Eseguire l'esame obiettivo completo (min 5)		
	Calcolare l'indice di massa corporea (BMI)		
	Rilevare la frequenza cardiaca e respiratoria		
	Eseguire e refertare un ECG (min 5)		
	Eseguire almeno un prelievo venoso		
	Seguire il prelievo di un'emocultura		
	Effettuare una saturimetria		
	Eseguire almeno un prelievo per emogasanalisi		
	Misurare la pressione arteriosa (anche in soggetti con fibrillazione atriale)		
	Conoscere la tecnica di esecuzione di una toracentesi e di una paracentesi		
	Rilevare la presenza di porpora o petecchie		
	Eseguire l'esame completo della cavità orale		
	Seguire una valutazione fisica, nutrizionale e psichica (in particolare del paziente anziano )		
	Valutare il rischio e riconoscere i reperti obiettivi della TVP		
	Formulare una richiesta di esame e di consulenza		
	Definire le indicazioni delle indagini di laboratorio (chimico-cliniche,ematologiche, immunologiche, microbiologiche, ecc.) e interpretare criticamente il significato diagnostico dei risultati		
	Conoscere le modalità di esecuzione di un esame standard estemporaneo delle urine (mediante stick)		
	Dosare la glicemia con apparecchio portatile o con stick		
	Calcolare la clearance della creatinina e conoscere le diverse formule disponibili		
	Conoscere le indicazioni e modalità di somministrazione di O2		

	Impostare una terapia antipiretica ed una terapia antibiotica		
	Assistere alla compilazione di una richiesta di terapia trasfusionale		
	Aver partecipato ad una richiesta di “consenso al trattamento dei dati”		
	Aver partecipato ad una “comunicazione a soggetti diversi dall’interessato di notizie relative allo stato di salute”		
	Aver partecipato ad una richiesta di consenso informato per procedure che lo richiedono		

**ATTIVITA’ FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI MEDICINA INTERNA**

**STRUTTURA**.....

**Referente**.....

**Tutor**.....

**Studente**.....

**GIUDIZIO**

☐ OTTIMO

☐ BUONO

☐ SUFFICIENTE

☐ INSUFFICIENTE

.....  
.....

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

**TIROCINIO medicina interna 5. Anno aa 2020-2021**

**Studente.....**

**UO/SOD .....**

Totale giorni:25

Totale ore: 150

[illegible]


Firma e timbro del tutor .....