**JELENTKEZÉSI LAP**

# VASCULARIS NEUROLÓGIA

**A képzés időtartama: 36 hónap**

Jelentkező neve:

Eü. tevékenység során használt név (az orvosi pecséten található):

Állampolgársága:

Születési hely, év, hó, nap:

Anyja neve:

Lakcím:

Levelezési cím:

Telefon / fax

E-mail:

Orvosi diploma kiállításának kelte, száma, helye:

Orvosi pecsétszám:

Működési nyilvántartás érvényessége:

Munkahely megnevezése:

Munkahely címe:

Munkahelyi beosztása:

Munkahely telefonszáma:

**A licenc bemeneteként használni kívánt szakképesítés:**

„A licenc birtokában végezhető tevékenység gyakorlásának feltétele, hogy a szakorvos a licenc bemeneti követelményeként meghatározott szakképesítés tekintetében érvényes működési nyilvántartással rendelkezzen.” (23/2012 (IX.14) EMMI rendelet)

 ideje: száma:

Kelt:……………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

jelentkező aláírása

**A fent jelölt licenc képzésre jelentkezését támogatom.**

Kelt:……………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

munkahelyi vezető aláírása, intézmény pecsétje

**EGYÉNI KÉPZÉSI TERV**

**A képzésben való részvételhez szükséges szakképesítés:**

1. neurológia
2. belgyógyászati
3. anaesthesiológia és intenzív terápia
4. geriátria
5. gyermek-neurológia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Helye:** | **Ideje:** | **Tutor neve** |
| 24 hónap a kiképzőhelyen a képzését vezető oktató vezetése, ellenőrzése alatt1. idegtudományi háttérismeretek, a stroke neurobiológiája2. neurológiai alapismeretek3. a stroke tünettana4. a kivizsgálás, a leletek értékelése5. az akut ischaemiás stroke ellátása, thrombolysis-terápia6. a vérzéses stroke ellátása7. a korai és késői utókezelés8. a stroke beteg gondozása |  |  |  |
| 12 hónap gyakorlat |  |  |  |

**Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:**

**1. Határterületi ismeretek**

a) határterületi psychiátriai ismeretek

b) neuroradiológiai ismeretek, CT- és MR-képolvasás

c) carotis Doppler UH és transcranialis Doppler vizsgálatok

d) EKG ismeretek, kardiológiai alapismeretek

e) véralvadási alapismeretek

**.2. A képzéshez szükséges önállóan ellátott esetszám**

a) 2 hónap gyakorlat stroke szubintenzív osztályon

b) 20 vérzés ellátásának irányítása

c) 5 vénás thrombolysis elvégzése

d) 20 carotis-stenosis értékelése, a műtéti indikáció felállítása

e) 5 subarachnoidealis vérzés ellátásának irányítása

Kelt:……………………………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

jelentkező aláírása

1. A fenti szakképzési tervet módosítás nélkül elfogadom.
2. A fenti szakképzési tervet az alábbi módosítással/okkal fogadom el:

Kelt:……………………………………………………………., \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  licencvezető |

A képzési tervet tudomásul vettem, teljesítését támogatom.

 ………………………………………………………………………….

 munkahelyi vezető