**JELENTKEZÉSI LAP**

# Neurointervenció

**Képzés időtartama:** Radiológiai alap-szakképesítés és ráépített neuroradiológiai esetén: **18 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Helye:** | **Ideje:** | **Tutor neve** |
| 18 hónap gyakorlat |  |  |  |

**Képzési program:**

Klinikai neurointervenciós képzés akkreditált neurointervenciós gyakorlóhelyen , amely képzési idő alatt

*a) folyamatos részvétel a képzőhely neurológiai, idegsebészeti és neuro-intenzív osztályos klinikai munkájában*

*b) folyamatos részvétel a képzőhely diagnosztikus neuroradiológiai gyakorlatában*

Elméleti követelmények

*a) a klinikai és képalkotó diagnózis felállítása*

*b) a neurointervenciós beavatkozások biztonságos végzéséhez szükséges idegrendszeri képalkotó vizsgálatok értékelése*

*c) a neurointervenciós beavatkozások indikációja és kontraindikációja*

*d) a beavatkozások végzése*

*e) az esetleges szövődmények kezelése*

*f) a betegek pre- és postopetratív kezelésének, kivizsgálásának és követésének komplex irányítása*

Gyakorlati követelmények

*a) diagnosztikus neuroradiológia: 100 neuro-CT és 50 neuro-MR vizsgálat*

*b) klinikai idegtudomány: 25 önállóan vezetett neurológiai vagy idegsebészeti kórrajz megírása, 25 vascularis idegsebészeti műtétben való részvétel asszisztensként vagy megfigyelőként, és 25 intenzív osztályos dekurzus neuro-intervenciós vagy idegsebészeti kezelésen átesett vagy neurológiai kórkép miatt kezelt betegről*

*c) neurointervenció:*

*ca) 150 diagnosztikus ún. négy-ér-angiographiás vizsgálat*

*cb) 150 neuro-intervenciós beavatkozás, amelyből legalább 55 önállóan, operatőrként végzett beavatkozás az alábbiak szerint:*

*1. 10 koponyaűri aneurysma endovascularis ellátása*

*2. 5 intracerebralis arteriovenosus érmalformatio endovascularis kezelése*

*3. 15 intervenciós stroke-prevenció és stroke-terápia*

*4. 10 fej- és nyakterületi embolizáció*

*5. 10 percutan vertebroplasztika*

*6. 5 spinalis kisízületi és 5 gyöki infiltráció*

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 szakképzési tervet tudomásul vettem, teljesítését támogatom.

…………………………………………………………………………….

munkahelyi vezető