**Pécsi Tudományegyetem**

**Általános Orvostudományi Kar**

ÚJABB ALAP SZAKKÉPESÍTÉS MEGSZERZÉSÉNEK EGYÉNI MUNKATERVE

**KLINIKAI ONKOLÓGIA**

**a 22/2012. (IX.14.) EMMI rendelete alapján**

**A szakképzésre jelentkező tölti ki!**

Jelentkező neve: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Születési hely, év, hó, nap:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Állampolgársága: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakcím, irányítószám: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon és e-mail cím: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diploma kiállításának kelte, száma, helye:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orvosi pecsétszám:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Munkahely megnevezése, címe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Munkahelyi beosztása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meglévő szakképesítés/ek megnevezése:1.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bizonyítvány száma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bizonyítvány száma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bizonyítvány száma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_év, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

jelentkező aláírása

A fent jelölt szakképzésre jelentkezését támogatom, felkészülését biztosítom a vonatkozó miniszteri rendelet és utasítások alapján, és javaslom a túloldali szakképzési terv elfogadását.

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_év, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nap

Ph. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

munkahelyi vezető aláírása

**KLINIKAI ONKOLÓGIA *SZAKKÉPZÉSI TERV***

**60 hó szakképzési idő:**

**24 hó törzsképzési program:**

**6 hó sürgősségi gyakorlat:**

*1 hó OMSZ mentőgyakorlat:*

helye: , ideje:

*1½ hó gyakorlat Intenzív Terápiás Osztályon:*

helye: , ideje:

*3 hó SBO gyakorlat (II. v. III. progresszivitási szintű egyetemi vagy oktató kórházi osztályon):*

helye: …………………………………………………………………………………………………………………, ideje:

*2 hét transzfúziós tanfolyam*

helye: …………………………………………………………………………………………………………………, ideje:

**5 hó ÁLTALÁNOS belgyógyászati gyakorlat**

helye: , ideje:

helye: , ideje:

helye: , ideje:

helye: , ideje:

**3 hó KARDIOLÓGIAI OSZTÁLYOS gyakorlat**

helye: , ideje:

helye: , ideje:

**6 hó PULMONOLÓGIAI gyakorlat**

helye: , ideje:

helye: , ideje:

helye: , ideje:

helye: , ideje:

**3 hó GASZTROENTEROLÓGIAI OSZTÁLYOS GYAKORLAT**

helye: , ideje:

helye: , ideje:

helye: , ideje:

**1 hó törzsképzési tanfolyam:**

helye: , ideje:

**36 hó szakgyakorlati képzés**

**14 hó ONKOLÓGIAI ALAPKÉPZÉS:**

|  |
| --- |
| **4 HÓ DAGANAT-DIAGNOSZTIKA:***1 HÓ PATOLÓGIA, MOLEKULÁRIS PATOLÓGIA, CITOLÓGIA*helye: , ideje:……………………………………………….*2 HÓ KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKA (HAGYOMÁNYOS RÖNTGEN, ULTRAHANG, ct, mri, MAMMOGRAPHIA)*helye: , ideje: ……………………………………………*1 HÓ IZOTÓP-DIAGNOSZTIKA (HAGYOMÁNYOS IZOTÓP, ÉS pet/ct DIAGNOSZTIKA)*helye: , ideje: ……………………………………………**3 hó SUGÁRTERÁPIA**helye: , ideje: ……………………………………………helye: , ideje: …………………………………………… **4 HÓ SEBÉSZETI ONKOLÓGIA***1 HÓ ÁLTALÁNOS ÉS MELLKASSEBÉSZET*helye: , ideje: …………………………………………..*1 HÓ NŐGYÓGYÁSZATI SEBÉSZET*helye: , ideje: …………………………………………….*1 HÓ FEJ-NYAK ÉS REKONSTRUKCIÓS SEBÉSZET*helye: , ideje: …………………………………………….*1 HÓ UROLÓGIAI SEBÉSZET*helye: , ideje: ……………………………………………**3 HÓ KLINIKAI ONKOLÓGIA**helye: , ideje: …………………………………………… |

 **22 hó KLINIKAI ONKOLÓGIAI GYAKORLAT:**

|  |
| --- |
| **2 hó FEJ-NYAK DAGANATOK GYÓGYSZERES KEZELÉSE**helye: , ideje: …………………………………………..**2 hó ONKO-PULMONOLÓGIA**helye: , ideje: ……………………………………………**2 hó URO-ONKOLÓGIA**helye: , ideje: ………………………………………………**2 hó EMLŐDAGANATOK GYÓGYSZERES KEZELÉSE**helye: , ideje: ……………………………………………**2 hó GASTROINTESTINALIS DAGANATOK GYÓGYSZERES KEZELÉSE**helye: , ideje:……………………………………………**2 hó NŐGYÓGYÁSZATI DAGANATOK GYÓGYSZERES KEZELÉSE**helye: , ideje:……………………………………………**2 hó onko-haematológia**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:……………………………………………**1 hó onko-dermatológia**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:……………………………………………**1 hó központi idegrendszeri daganatok gyógyszeres kezelése**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:……………………………………………**2 hó gyermekkori daganatok gyógyszeres kezelése**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:……………………………………………**1 hó endokrin daganatok gyógyszeres kezelése**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:……………………………………………**2 hét lágyrész daganatok gyógyszeres kezelése**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:……………………………………………**1 hó fájdalomcsillapítás**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:……………………………………………**2 hét onko-pszichológia**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:……………………………………………**1 hó palliatív terápia, hospice gyakorlat**helye: ……………………………………………………………………………………………………………………, ideje:…………………………………………… |

**Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei:**

Szakvizsga előkészítő tanfolyam

A miniszteri utasításban meghatározott számú és típusú beavatkozás teljesítése.

(<http://szti.pte.hu/sites/szti.pte.hu/files/files/szakkepzesi_nyomtatvanyok/a_szakvizsgara_bocsatas_feltetelei_mutetek_vizsgalatok.pdf>)

jelölt aláírása

**Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Szakmai Grémiumának véleménye:**

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

Kelt: , év, hó, nap

|  |  |
| --- | --- |
|  |  grémium elnök |

A szakképzési tervet tudomásul vettem, teljesítését támogatom.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  munkahelyi vezető |