

מתמחים:

מדעי היסוד	רוטציה ראשונה		בחינות			מתמחה משנת	השם
	שם הרוטציה	תאריך יציאה לרוטציה שבוצעה/מתוכננת	פעמים	בחינות של ב (עבר/נכשל)	פעמים		

פעילות המחלקה:

הערות הוועדה	כמות	סוג הפעילות
		מספר הפניות השנתי של ילדים למחלקה ב- 5 השנים האחרונות (יד לפרט עבור כל שנה בנפרד)
		האם לרשות המלר"ד עומדים היועצים הבאים : כירורג ילדים נוירולוג ילדים מרדים קרדיולוג ילדים פסיכיאטר ילדים מומחה למחלקות זיהומיות אורתופד

האם קיים הציוד הבא?

הערות הוועדה	כן/לא	
		מכשיר א.ק.ג.
		מכשירי מד ריוויין חמצן (Pulse Oximeter)
		מוניטורים
		דפיברילטור
		מכשיר קפנוגרף (ETCO ₂)
		מכשירי הנשמה
		עירווי באמצעות מונה טיפות
		מכשיר אולטראסאונד

האם קיימים בבית החולים השירותים הבאים?

הערות הוועדה	כן/לא	סוג השירות
		יחידת טראומה
		שירותי מעבדה בסיסיים הניתנים למלר"ד ופועלים 24 שעות ביממה : שירות ביוכימי שירות המטולוגי בנק הדם בדיקות גזים מיקרוביולוגיה
		האם קיימים שירותי דימות במשך 24 שעות ביממה?
		האם מתבצעת בדיקת אולטראסאונד ליד מיטת החולה (Point of Care Ultrasound) על ידי רופאי המחלקה ?
		האם קיימת האפשרות להשיג מידע ממחלקת הרשומות אודות חולים שאושפזו בעבר או טופלו בחדר המיון בכל שעות היממה ?

הוראה המתמחה :

שלבי העברת האחריות למתמחה (בהתאם לשלבי ההתמחות המפורטים בסילבוס) :

שנה ראשונה - _____

שנה שנייה - _____

פעילות הוראתית:

האם מתקיימים סוגי הפעילות הבאים ובאיזה תדירות?

הערות הוועדה	פירוט	תדירות	כן/לא	סוג הפעילות ההוראתית
				ישיבות בוקר
				דיונים קליניים
				פגישות צוות מחלקתיות
				פגישות בין – מחלקתיות
				נהלי עבודה כתובים
				תוכנית הוראה כללית מחייבת למתמחים בביה"ח. פרט
				תוכנית התמחות אישית לכל מתמחה
				עבודות מחקר במסגרת המחלקה
				הטלת אחריות מסויימת וישירה של המתמחה על חולים
				סמינריונים לצוות המתמחים

				מועדון ספרות (ז'ורנאל קלאב)
				השתתפות בלימודי המשך
				עבודות מחקר קליני ו/או בסיסי, לרבות כתיבה ופרסום של העבודות, או הצגתן בכנסים רפואיים בארץ ובעולם
				ספרי לימוד ונגישות למידע אלקטרוני
				השתתפות מנהל המחלקה/יחידה בוועדות בדיקה מטעם המועצה המדעית ב-5 השנים האחרונות
				השתתפות מנהל המחלקה/יחידה בבחינות שלב ב' מטעם המועצה המדעית ב-5 השנים האחרונות
				פעילות לקידום איכות ב-5 השנים האחרונות, פרט
				מספר הפרסומים על ידי מומחים ומתמחים
				מספר הצגת עבודות בכנסים על ידי מתמחים ומומחים
				אמצעי הוראה טכנולוגיים. פרט

חתימת מנהל המחלקה

חתימת יו"ר ועדת ההתמחות של ביה"ח

למילוי ע"י ועדת הבדיקה

מספר הגיליונות שנבדקו _____

ציין 1-5 בכל סעיף על פי הסולם הבא:

1. תקין לחלוטין.
2. משביע רצון.
3. לקויים מסויימים הדורשים תיקון.
4. לקויים מרובים הדורשים תיקון מידי.
5. לא מספק או חסר לחלוטין.

- | | | |
|-------|-----|--|
| _____ | 1. | הרשומה מודפסת או קריאה ללא כל קושי |
| _____ | 2. | קיימת חתימה קריאה ו/או חותמת הרופא לאחר כל רישום |
| _____ | 3. | כל הנתונים הדמוגרפיים קיימים |
| _____ | 4. | אנמנזה רפואית מלאה לגבי: |
| _____ | א. | המחלות הנוכחיות |
| _____ | ב. | תולדות העבר |
| _____ | ג. | פירוט הרגלים (עישון, שתיה, שימוש בסמים) |
| _____ | ד. | ציון אלרגיות |
| _____ | ה. | אנמנזה משפחתית |
| _____ | ו. | סקירה מערכתית |
| _____ | ז. | אנמנזה פסיכו – סוציאלית |
| _____ | 5. | בדיקת גוף מלאה |
| _____ | 6. | הגדרת הבעיות, דיון ותכנית אבחנתית וטיפולית |
| _____ | 7. | רישומי בדיקות עזר |
| _____ | 8. | רישומי מעקב |
| _____ | 9. | רישומי רופאים בכירים |
| _____ | 10. | רישומי יועצים |
| _____ | 11. | סיכום מחלה: |
| _____ | א. | קריא |
| _____ | ב. | קיימים פרטים מזהים מלאים של החולה ושל המחלקה |
| _____ | ג. | ציון נאות של האבחנות |
| _____ | ד. | קיים פירוט הבירור שנעשה באשפוז |
| _____ | ה. | קיימות הנחיות מלאות להמשך הטיפול |

- **היקף העבודה והתאמתו לסילבוס** : טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

פירוט : _____

- **כח האדם במחלקה** (האם עונה למטלות ולהוראה) :

טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

פירוט : _____

- **חשיפה קלינית** :

א. האם קיימים בסילבוס נושאים שאין המתמחה נחשף להם? כן / לא

איזה? _____

ב. האם קיים ניטור או סקרי מעקב אחרי זיהומים במחלקה? כן / לא

ג. האם קיים מעקב בכתב של תמותה וסיבוכים ניתוחיים? כן / לא

- **תנאי ההוראה** :

א. נגישות לאינטרנט כן / לא

ב. ספרייה כן / לא

ג. מקום לימוד כן / לא

- **פעילות אקדמית** (הערכה כללית) : טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

פירוט : _____

- **הוראת המתמחה** :

א. קיום תוכנית התמחות אישית ומימושה :

טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

פירוט : _____

ב. ביצוע רוטציות בזמן? כן / לא

ג. ביצוע מדעי יסוד בזמן? כן / לא

ד. במקרה של מחלקה המוכרת חלקית – ביצוע השלמות במחלקה המוכרת מלא

כן / לא

ה. השתתפות במרפאות? כן / לא. מספר פעמים בשבוע _____

ו. לקיחת אחריות הדרגתית? כן / לא. פירוט _____

סיכום שיחה בנפרד עם המתמחים (תנאים פיזיים, הוראה, השתתפות בכנסים, קצב התקדמות

בהתמחות, גורמים שניתן לפנות אליהם כשיש בעיה, לקיחת אחריות, חשיפה לכל התחומים,

תוכנית התמחות אישית) _____

שיחת סיכום עם יו"ר ועדת ההתמחות ומנהל ביה"ח _____

הערכה כללית _____

הצעות הוועדה:

- הכרה מלאה
- הכרה חלקית למשך _____ מתוך 21 חודשים
- סיבת ההכרה החלקית: _____

- הכרה לסבב 3 חודשים
- הכרה משולבת עם _____

תאריך ביקור הוועדה _____

חתימות חברי הוועדה:

חבר הוועדה

חבר הוועדה

יו"ר הוועדה

תוכנית התמחות ברפואה דחופה, מסלול ילדים :

תואר מומחה ברפואת ילדים ;

– 30 חודשים מהם

21 חודשים במחלקה לרפואה דחופה המיועדת לטיפול בילדים – חובה ;

3 חודשים במחלקה לרפואה דחופה – חובה ;

3 חודשים במחלקה כירורגית ילדים – חובה ;

3 חודשים במחלקת הרדמה או מחלקת טיפול נמרץ ילדים – חובה ;