

PRILOG II.

OBRAZAC PRIPRAVNIČKE KNJIŽICE DOKTORA MEDICINE

korice – prednja strana

**Prpravnička knjižica
doktora medicine**

Fotografija
4,5 x 5

(vlastoručni potpis pripravnika/ice)

Ime i prezime

(navesti ime i prezime pripravnika/ice)

Pripravnički staž započeo/la

(navesti datum)

Zdravstvena ustanova/trgovačko društvo/druga pravna osoba/nositelj privatne
prakse

*(navesti naziv zdravstvene ustanove/trgovačkog društva ili druge pravne osobe/privatne prakse
koji je doktora medicine primio na pripravnički staž)*

Mentor/ica

(navesti ime i prezime)

M. P.

(potpis i faksimil)*

* ovjerava ravnatelj zdravstvene ustanove, nositelj privatne prakse, odnosno odgovorna osoba u trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost i drugoj pravnoj osobi, koja je pripravnika primila na pripravnički staž

**Redoslijed provođenja Plana i programa
pripravničkog staža**

Dio programa pripravničkog staža (navesti naziv)		
Trajanje	od (navesti datum)	
	do (navesti datum)	
Obavljanje programa u	ustanova	
	ustrojstvena jedinica	
Voditelj ustrojstvene jedinice	ime i prezime	
	potpis (potvrda uredno obavljenog programa)	
Mentor/ica	potpis (potvrda uredno obavljenog programa)	

Dio programa pripravničkog staža (navesti naziv)		
Trajanje	od (navesti datum)	
	do (navesti datum)	
Obavljanje programa u	ustanova	
	ustrojstvena jedinica	
Voditelj ustrojstvene jedinice	ime i prezime	
	potpis (potvrda uredno obavljenog programa)	
Mentor/ica	potpis (potvrda uredno obavljenog programa)	

Dio programa pripravničkog staža (navesti naziv)		
Trajanje	od (navesti datum)	
	do (navesti datum)	
Obavljanje programa u	ustanova	
	ustrojstvena jedinica	
Voditelj ustrojstvene jedinice	ime i prezime	
	potpis (potvrda uredno obavljenog programa)	
Mentor/ica	potpis (potvrda uredno obavljenog programa)	

Dio programa pripravničkog staža (navesti naziv)		
Trajanje	od (navesti datum)	
	do (navesti datum)	
Obavljanje programa u	ustanova	
	ustrojstvena jedinica	
Voditelj ustrojstvene jedinice	ime i prezime	
	potpis (potvrda uredno obavljenog programa)	
Mentor/ica	potpis (potvrda uredno obavljenog programa)	

Stečene kompetencije

Popis kompetencija	Program pripravničkog staža					
	Obiteljska medicina	Hitna medicina	Interna medicina	Kirurgija	Pedijatrija	Ginekologija i opstetricija
	Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice
Poglavlje						
Tema						
Potvrda usvojenih kompetencija u dijelu programa pripravničkog staža						
Datum i potpis mentora/ice						

Popis obavljenih postupaka

Popis postupaka / broj postupaka	Program pripravničkog staža												
	Obiteljska medicina		Hitna medicina		Interna medicina		Kirurgija		Pedijatrija		Ginekologija i opstetricija		
	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	Broj obavljenih postupaka / Datum i potpis nadležnog specijaliste/ice	
Poglavlje													
Tema													
Potvrda obavljenih postupaka u dijelu programa pripravničkog staža													
Datum i potpis mentora/ice													

Završno mišljenje mentora/ice o savladanom programu pripravničkog staža i stečenim kompetencijama doktora medicine:

Pripravnički staž pripravnik/ica je završio/la _____
(navesti datum)

M. P.

(potpis i faksimil mentora/ice)

PRILOG III.

**OBRAZAC DNEVNIKA RADA DOKTORA MEDICINE NA PRIPRAVNIČKOM
STAŽU**

korice – prednja strana

DNEVNIK RADA

doktora medicine na pripravničkom stažu

Ime i prezime _____
(navesti ime i prezime pripravnika/ice)

Pripravnički staž započeo/la _____
(navesti datum)

Zdravstvena ustanova/trgovačko društvo/druga pravna osoba/nositelj privatne
prakse

(navesti naziv zdravstvene ustanove/trgovačkog društva ili druge pravne osobe/privatne prakse
koja je doktora medicine primila na pripravnički staž)

Mentor/ica _____
(navesti ime i prezime)

Evidencija dnevni aktivnosti pripravnika

Dio pripravničkog staža _____

Zdravstvena ustanova/trgovačko društvo ili druga pravna osoba/privatna praksa

Ustrojstvena jedinica _____

Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
-------	------------------------------------

Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
-------	------------------------------------

Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
-------	------------------------------------

Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
-------	------------------------------------

Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
-------	------------------------------------

Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
-------	------------------------------------

Datum	Dnevne aktivnosti <i>(opisati)</i>
-------	------------------------------------

Upitnik samoprocjene pripravnika

UPITNIK SAMOPROCJENE PRIPRAVNIKA (na kraju obavljenog pripravničkog staža)
Mjesto samoprocjene (ustrojstvena jedinica zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe/privatna praksa):

	Jako loše	Prilično loše	Prosječno	Prilično dobro	Izvršno	*
Komuniciram s pacijentom	1	2	3	4	5	NMP
Komuniciram s obitelji/pratnjom pacijenta	1	2	3	4	5	NMP
Komuniciram s medicinskim osobljem	1	2	3	4	5	NMP
Samostalno pregledavam bolesnika	1	2	3	4	5	NMP
Moje kliničke vještine su	1	2	3	4	5	NMP
Posjedujem sposobnost kliničkog prosuđivanja	1	2	3	4	5	NMP
Sposoban sam predložiti potrebne dijagnostičke pretrage	1	2	3	4	5	NMP
Sposoban sam predložiti odgovarajuće liječenje	1	2	3	4	5	NMP
Vodim medicinsku dokumentaciju	1	2	3	4	5	NMP
Svjestan sam psihosocijalnih učinaka bolesti	1	2	3	4	5	NMP
Svjestan sam vlastitih nedostataka i ograničenja	1	2	3	4	5	NMP

*NMP – Nisam u Mogućnosti Procijeniti

Datum _____

Potpis pripravnika _____

Upitnik provjere usvojenih kompetencija

UPITNIK ZA PROCJENU NAPREDOVANJA PRIPRAVNIKA U USVAJANJU KOMPETENCIJA (pri kraju staža procjenjuje mentor)

Status pacijenta (mentor ukratko opiše)							
Dijagnoza bolesnika							
Stupanj složenosti slučaja	Nizak		Umjeren		Visok		Nije moguća procjena
	0	1	2	3	4	5	
Usvojene kompetencije	Pripravnik navedene postupke izvodi						
	Uz značajnu pomoć		Samostalno, ali ne rutinski (uz malu pomoć)		Rutinski bez potrebne pomoći		
Klinička znanja	<i>Pokazuje odgovarajuća znanja i razumijevanja vezana uz slučaj</i>						NMP
Anamneza	<i>Uzima odgovarajuće podatke za procjenu stanja pacijenta i uspješno ih prikazuje</i>						NMP
Fizikalni pregled	<i>Obavlja potpun i odgovarajući pregled pacijenta i prikazuje dobro dokumentirani nalaz</i>						NMP
Planiranje	<i>Određuje odgovarajući klinički plan pokazujući razumijevanje relevantnih pitanja vezanih za pacijenta, postupak, patologija itd.</i>						NMP
Organizacija / učinkovitost	<i>Učinkovito koristi vrijeme i prostor</i>						NMP
Dokumentacija	<i>Sveobuhvatno, sažeto i čitljivo dokumentira relevantne informacije</i>						NMP
Komunikacija s pacijentom	<i>Razvija odnos i povjerenje; sintetizira i prenosi relevantne informacije; razvija zajedničko razumijevanje pitanja, problema i planova</i>						NMP
Komunikacija s timom	<i>Učinkovito i prikladno surađuje sa zdravstvenim timom (i unutar njega)</i>						NMP
Smanjenje rizika od pogreške	<i>Djeluje u skladu s relevantnim algoritmima i protokolima</i>						NMP
Opisne napomene mentora							

Povratne informacije i bilješke

Dobro obavljeno (primjeri)						
Područja u kojima je potreban nadzor						
Savjeti za postizanje veće samostalnosti						
Potrebna razina nadzora pripravnika	Pripravniku je bio potreban neprekidan nadzor		Pripravniku je potreban povremeni nadzor		Pripravnik je osposobljen da samostalno i ispravno poduzima sve radnje bez izravnog nadzora	
	0	1	2	3	4	5
<ol style="list-style-type: none"> 0. Pripravnik nije uputno ostaviti bez nadzora 1. Pripravnik je moguće ostaviti bez nadzora, ali samo na određeno vremensko razdoblje 2. Pripravnik primjećuje značajnije probleme o kojima pravovremeno obavještava dr. med. specijalistu; potrebno ga je nadzirati u pravilnim vremenskim razmacima 3. Kao pod 2. uz to što se od pripravnika očekuje samoinicijativni pokušaj rješavanja problema, a dr. med. specijalistu zove tek onda ako njegova rješenja ne pomažu pacijentu 4. Ispitivač smatra da je dijagnostičko terapijski plan pripravnika dobar i savjetuje ga po potrebi 5. Kao pod 4. uz to što dr.med. specijalista smatra kako nema potrebe za dodatnim savjetovanjem pripravnika 						
Opisne napomene pripravnika						

Datum _____

Mjesto provjere (ustrojstvena jedinica zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe/privatna praksa):

Potpis pripravnika _____ Potpis i faksimil mentora _____

Upitnik
procjene profesionalnog ponašanja
pripravnika

PROCJENA PROFESIONALNOG PONAŠANJA PRIPRAVNIKA (ispunjava mentor na kraju pripravničkog staža na temelju svojeg i opažanja dr. med. specijaliste)

30. stranica

Procjena osposobljenosti	Razina usvojenih kompetencija					Nije moguća procjena	
	Uz značajnu pomoć		Samostalno, ali ne rutinski (uz malu pomoć)		Rutinski bez potrebne pomoći		
Iskazuje empatiju prema pacijentu	0	1	2	3	4	5	NMP
Formulira problem i prepoznaje prioritetne postupke	0	1	2	3	4	5	NMP
Svjestan je vlastitih ograničenja te traži pomoć i savjet iskusnijih	0	1	2	3	4	5	NMP
Razumije psihosocijalne aspekte bolesti	0	1	2	3	4	5	NMP
Svjestan je svoje odgovornosti u stručnoj djelatnosti	0	1	2	3	4	5	NMP
Odgovorno se odnosi prema medicinskoj dokumentaciji	0	1	2	3	4	5	NMP
Dostupan je i pristupačan pacijentima i suradnicima	0	1	2	3	4	5	NMP
Jasno i uspješno komunicira s pacijentima	0	1	2	3	4	5	NMP
Jasno i uspješno komunicira s rodbinom/pratnjom pacijenta	0	1	2	3	4	5	NMP

Procjena osposobljenosti	Razina usvojenih kompetencija					Nije moguća procjena	
	Uz značajnu pomoć	Samostalno, ali ne rutinski (uz malu pomoć)		Rutinski bez potrebne pomoći			
Poštuje prava pacijenata, njihovu privatnost i povjerljivost	0	1	2	3	4	5	NMP
Uspješan je u verbalnoj komunikaciji							
Uspješan je u pisanoj komunikaciji s drugim djelatnicima i administracijom							
Poštuje druge zdravstvene djelatnike i cijeni njihov doprinos							
Uklapa se u timski rad u zdravstvenoj djelatnosti							
RAZINA	0	1	2	3	4	5	NMP
Napomene mentora							

Datum _____

Mjesto procjene razine kompetencija (ustrojstvena jedinica zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe/privatna praksa):

Bilješke

PRILOG IV.

OBRAZAC PRIJAVE ZA POLAGANJE STRUČNOG ISPITA

PODACI O DOKTORU MEDICINE (PRIPRAVNIKU)	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Mjesto rođenja	
Adresa i broj telefona	
PRILOZI (original ili ovjereni preslik)	
Dokaz o formalnoj osposobljenosti (diploma, svjedodžba i druga javna isprava koju je izdalo nadležno tijelo države ugovornice EGP-a odnosno treće države)	
Rješenje o priznavanju stručne kvalifikacije	
Dnevnik rada	
Pripravnička knjižica	
Potvrda o obavljenom pripravničkom stažu	
Drugi dokazi propisani Pravilnikom o pripravničkom stažu doktora medicine	

NAPOMENA: Prijava za polaganje stručnog ispita podnosi se Ministarstvu zdravlja najranije 30 dana prije isteka pripravničkog staža.

Ovu prijavu podnosim Ministarstvu zdravlja i prilažem dokaze iz članka 13. Pravilnika o pripravničkom stažu doktora medicine, radi izdavanja rješenja iz članka 14. stavka 1. Pravilnika kojim mi se odobrava polaganje stručnog ispita.

U _____, _____ 20____.

(*vlastoručni potpis doktora medicine*)

PRILOG V.

**OBRAZAC ZAPISNIKA O POLAGANJU STRUČNOG ISPITA
DOKTORA MEDICINE**

**REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVLJA**

**ZAPISNIK
o polaganju stručnog ispita za doktore medicine
održanog dana _____**

Ispitni predmet: _____

Ispitivač: _____

Red. br.	Prezime i ime kandidata	Pitanja	Uspjeh*

* P - položio

* NP - nije položio

Ispitivač: _____

Red. br.	Ime i prezime kandidata	Pitanja	Uspjeh*

* P - položio

* NP - nije položio

Ispitivač: _____

PRILOG VI.

OBRAZAC UVJERENJA O POLOŽENOM STRUČNOM ISPITU

**REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVLJA**

ISPITNA KOMISIJA _____

KLASA: _____

URBROJ: _____

BROJ EV: _____

Na temelju članka 132. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (»Narodne novine« broj, 150/2008, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 12/2012, 35/2012 – Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske, 70/2012 i 82/2013) i članka 24. stavka 1. Pravilnika o pripravničkom stažu doktora medicine, Ministarstvo zdravlja izdaje

**UVJERENJE
o položenom stručnom ispitu**

_____ (ime i prezime)
rođen/a _____ (datum) _____ (mjesto) _____ (država)

nakon uspješno završenog pripravničkog staža propisanog za doktora medicine

polagao/la je dana _____ stručni ispit pred ispitnom komisijom
Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske.

Ispitna komisija je ocijenila da je pripravnik/ca položio/la stručni ispit za

U _____ dana _____ 20 _____

Ministar
