

KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA STOMATOLOGA

		Nr	
IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA			
Data urodzenia - -		Numer ograniczonego prawa wykonywania zawodu	
Członek okręgowej izby lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru - -	
W			
Data		Podpis i pieczęć przewodniczącego okręgowej rady lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej	
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii		Numer wpisu na listę marszałka województwa	
Nazwa zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii			
Adres			
Okres zatrudnienia od - - do - -			
Data		Podpis i pieczęć kierownika zakładu opieki zdrowotnej	

PRZEDŁUŻENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Staż został przedłużony od	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
z powodu	
Staż został przedłużony od	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
z powodu	
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii	Numer wpisu na listę marszałka województwa
Nazwa zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii adres	
Został ponownie zatrudniony w celu odbycia stażu podyplomowego	
w okresie od	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> do <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Data	Podpis i pieczęć kierownika zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii

KOORDYNATOR STAŻU PODYPLOMOWEGO

IMIĘ I NAZWISKO	
Data	Podpis i pieczęć kierownika zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii
UWAGI:	

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ**

Termin stażu cząstkowego w zakresie stomatologii zachowawczej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył sprawdzian końcowy	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii	Pieczęć i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ W ZAKRESIE STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

diagnozowanie próchnicy (ze szczególnym uwzględnieniem oceny aktywności choroby, wykrywania i kwalifikacji zmian próchnicowych na powierzchni stycznych zębów)	
planowanie postępowania profilaktyczno-leczniczego próchnicy z uwzględnieniem indywidualnych czynników ryzyka choroby	
postępowanie diagnostyczne w przypadku bólu zębów o niejasnej lokalizacji	
leczenie próchnicy z zastosowaniem oszczędzających metod opracowania ubytku (metoda ART, tunelowa) i odpowiednich materiałów do wypełnień	
postępowanie profilaktyczne i leczenie ubytków tkanek twardych zęba niepróchnicowego pochodzenia (nadżerki nietypowe, ubytki typu abrazyjnego),	
wykonanie zabiegów endodontycznych	
postępowanie diagnostyczne i lecznicze w przypadku chorób miążgi i tkanek okołowierzchołkowych ze szczególnym uwzględnieniem zębów wielokorzeniowych (ekstirpacja miążgi w znieczuleniu, leczenie kanałowe zębów z zainfekowaną miążgą, wypełnienie kanałów korzeniowych cwiąkami gutaperkowymi z użyciem różnych metod kondensacji, leczenie endodontyczne zębów z nieprawidłowościami anatomicznymi dotyczącymi liczby i przebiegu kanałów korzeniowych)	
diagnostyka i postępowanie lecznicze w uszkodzeniach tkanek zęba spowodowanych czynnikami abrazyjnymi lub chemicznymi	
diagnostyka i postępowanie lecznicze w przypadku pourazowych uszkodzeń zębów stałych	
stosowanie diagnostyki radiologicznej wewnątrz- i zewnątrzustnej oraz innych metod obrazowania	
diagnozowanie i usuwanie przebarwień zębów	
prowadzenie instruktażu higieny jamy ustnej i motywacji chorego oraz ocena uzyskanych efektów	
stosowanie profesjonalnych metod profilaktyki próchnicy i zapaleń dziąseł (profesjonalne usuwanie kamienia nazębnego, mechaniczne usuwanie płytki nazębnej, stosowanie lakierów i żeli fluorkowych, stosowanie lakierów chlorheksydynowych i uszczelniaczy bruzd)	
planowanie i ocena efektów edukacji prozdrowotnej w różnych grupach populacji	
Data	Pieczętka i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ**

Termin stażu cząstkowego w zakresie stomatologii dziecięcej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył sprawdzian końcowy	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii	Pieczęć i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ W ZAKRESIE STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

ocena wieku zębowego	
diagnozowanie zaburzeń i wad rozwojowych uzębienia	
diagnozowanie próchnicy zębów mlecznych i zębów stałych niedojrzałych	
leczenie próchnicy zębów mlecznych i zębów stałych niedojrzałych	
planowanie i wykonywanie zabiegów profilaktycznych	
postępowanie lecznicze w chorobach miazgi zębów mlecznych	
leczenie chorób miazgi zębów stałych z nie zakończonym rozwojem korzenia	
postępowanie w pourazowym uszkodzeniu zębów stałych z nie zakończonym rozwojem korzenia	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna

<p>UWAGI:</p>

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ**

Termin stażu cząstkowego w zakresie chirurgii stomatologicznej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył sprawdzian końcowy	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii	Pieczęć i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ W ZAKRESIE CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

zastosowanie badań: radiologicznych i ultrasonograficznych w chirurgii stomatologicznej

znieczulenie nasiękowe i przewodowe zewnętrzne i wewnętrzne w zakresie części twarzowej czaszki

wykonanie ekstrakcji zębów jedno- i wielokorzeniowych

wykonanie zabiegu chirurgicznego zaopatrzenia zębodołu po ekstrakcji zębów

wykonanie nacięcia powierzchniowych ropni zębopochodnych

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE ORTODONCJI**

Termin stażu cząstkowego w zakresie ortodoncji od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył sprawdzian końcowy	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii	Pieczęć i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ W ZAKRESIE ORTODONCJI
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

ustalenie wskazań do wykonywania następujących badań:

- a) radiologicznych (ortopantomogramy, teleradiogramy, rtg przylegające osiowe),
- b) ustalania wieku zębowego i kostnego,
- c) czynnościowych narządu żucia

ocena wskazań do:

- a) ortodontycznej ekstrakcji zębów mlecznych i stałych,
- b) leczenia zespolowego wad twarzo-szczękowo-zgryzowych

wykonanie wycisku diagnostycznego i pobranie zgryzu diagnostycznego

opiłowanie guzków klinujących zęby mleczne

stosowanie mioterapii

leczenie prostymi aparatami ortodontycznymi (płytką przedsiolkową, utrzymywacz przestrzeni)

ocena klinicznej możliwości reperacji uszkodzonego aparatu

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ W ZAKRESIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ

Termin stażu cząstkowego w zakresie protetyki stomatologicznej od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył sprawdzian końcowy	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii	Pieczęć i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ W ZAKRESIE PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

wykonanie kliniczne protezy stałej: wkładu koronowo-korzeniowego, korony lanej mostu	
wykonanie kliniczne protezy płytowej, częściowej osiadającej	
wykonanie kliniczne protezy całkowitej	
wykonanie kliniczne protezy szkieletowej	
wykonanie kliniczne naprawy protezy ruchomej	
Data	Pieczątka i podpis opiekuna

UWAGI:

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINIE STOMATOLOGII OGÓLNEJ
W ZAKRESIE PERIODONTOLOGII**

Termin stażu cząstkowego w zakresie periodontologii od <input type="text"/> do <input type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył sprawdzian końcowy	
Data <input type="text"/>	
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii	Pieczęć i podpis opiekuna
UWAGI:	

**STAŻ W ZAKRESIE PERIODONTOLOGII
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOSCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

ocena stanu klinicznego i radiologicznego przyzębia (głębokość kieszonek, stopień rozchwiania zębów, zaawansowanie choroby w okolicy międzykorzeniowej zębów, krwawienie z kieszonki dziąsłowej, obecność płytki bakteryjnej, interpretacja obrazów radiologicznych przyzębia)	
opanowanie metod motywacji i instruktażu higieny u osób z zaawansowanym zapaleniem przyzębia	
wykonanie skalingu nad- i poddziąsłowego u osób z zapaleniem przyzębia o umiarkowanym zaawansowaniu	
korekta innych miejscowych czynników etiologicznych zapaleń dziąseł i przyzębia	
interpretacja wyników badań laboratoryjnych	
Data	Pieczęć i podpis opiekuna
UWAGI:	
Złożył kolokwium końcowe z zakresu stomatologii ogólnej	
Data <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej / indywidualnej praktyki lekarskiej w dziedzinie stomatologii	Pieczęć i podpis kierownika zakładu / lekarza stomatologa

STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINACH INTENSYWNEJ TERAPII I MEDYCYNY RATUNKOWEJ

Termin stażu cząstkowego w zakresie intensywnej terapii i medycyny ratunkowej od <input style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Złożył sprawdzian z postępowania w zakresie medycyny ratunkowej	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Przygotował doniesienie, pracę poglądową, opis przypadku	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Termin stażu cząstkowego w zakresie ratownictwa medycznego (P. rat.) od <input style="width: 150px;" type="text"/> do <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Imię i nazwisko opiekuna	
Odbył wymaganą w programie liczbę dyżurów	Pieczętka i podpis opiekuna
Odbył staż cząstkowy zgodnie z programem	Pieczętka i podpis opiekuna
Złożył kolokwium końcowe	
Data	<input style="width: 250px;" type="text"/>
Pieczętka oddziału	Pieczęć i podpis ordynatora

**STAŻ CZĄSTKOWY W DZIEDZINACH INTENSYWNEJ TERAPII
I MEDYCYNY RATUNKOWEJ
UMIEJĘTNOŚCI I CZYNNOŚCI, KTÓRE STAŻYSTA OPANOWAŁ W STOPNIU
UMOŻLIWIAJĄCYM ICH SAMODZIELNE WYKONYWANIE**

z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej:
udrożnienie dróg oddechowych metodami bezprzyrządowymi,
intubacja dotchawicza,
krikotyrotomia igłowa (zasady wykonywania),
techniki sztucznej wentylacji,
defibrylacja elektryczna,
pośredni masaż serca,
resuscytacja plynowa,
odbarczenia odmy opłucnowej, w szczególności odmy prężnej

z zakresu czynności ratunkowych w warunkach przedszpitalnych:
zabezpieczanie rannego pacjenta w czasie wyjmowania z uszkodzonego pojazdu,
podtrzymywanie funkcji życiowych na miejscu zdarzenia lub wypadku i w czasie transportu,
unieruchamianie kręgosłupa szyjnego i piersiowo-lędźwiowego,
unieruchamianie złamań na miejscu zdarzenia lub wypadku,
tamowanie krwotoków

monitorowanie podstawowych funkcji życiowych w trakcie transportu i w oddziale intensywnej terapii

Data

Pieczętka i podpis opiekuna

UWAGI:

STAŻ W ZAKRESIE ORZECZNICTWA LEKARSKIEGO

ODDZIAŁ ZAKŁADU UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO w	
Termin stażu w zakresie orzecznictwa lekarskiego od <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> do <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie orzecznictwa lekarskiego	
Data	Pieczętka i podpis

STAŻ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ HIV, DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHOROBY AIDS

REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA w	
Termin stażu w zakresie profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia choroby AIDS od <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> do <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie profilaktyki zakażeń HIV oraz diagnostyki i leczenia choroby AIDS	
Data	Pieczętka i podpis

STAŻ W ZAKRESIE BIOETYKI

Numer wpisu do rejestru zezwoleń ORL	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie bioetyki	
Data	Pieczętka i podpis

STAŻ W ZAKRESIE PRAWA MEDYCZNEGO

Numer wpisu do rejestru zezwoleń ORL	
Imię i nazwisko wykładowcy	
Odbył staż określony programem i wykazał się znajomością w zakresie prawa medycznego	
Data	Pieczętka i podpis

**OPINIA ZAWODOWA DOTYCZĄCA
LEKARZA STOMATOLOGA**

Imię i nazwisko

ZALICZENIE STAŻU PODYPLOMOWEGO

Imię i nazwisko lekarza stomatologa

Odbył przewidziany programem staż podyplomowy lekarza stomatologa

w okresie od

do

oraz złożył wymagane kolokwia i sprawdziany

Data

Podpis i pieczęć
koordynatora stażu