



Karta potwierdzenia wymagań do przystąpienia do egzaminu
z umiejętności zawodowej lekarskiej
Leczenie żywieniowe 025

Imię nazwisko

Tytuł i stopień naukowy.....

Numer prawa wykonywania zawodu lekarza.....

Telefon kontaktowyEmail.....

1. Staże potwierdzające zdobyte doświadczenie w prowadzeniu leczenia żywieniowego

1.1 Staż w szpitalu.

Niniejszym potwierdzam, że lekarz w okresie 12 miesięcy w tutejszym Szpitalu udzielał konsultacji żywieniowych, zlecał doustne suplementy diety, żywienie dojelitowe i pozajelitowe.

.....

Pieczęć szpitala

.....

Pieczęć i podpis Dyrektora

1.2 Staż w ośrodku akredytowanym przez PTŻK

Staż 5 dniowy

Pieczęć ośrodka

.....

pieczęć i podpis kierownika

Staż 5 dniowy

Pieczęć ośrodka

.....

pieczęć i podpis kierownika

2. Potwierdzenie wykonania procedur z zakresu leczenia żywieniowego

- Samodzielne wykonanie:

Procedura	Liczba wymaganych procedur	Pieczętka i podpis kierownika ośrodka referencyjnego
Konsultacja leczenia żywieniowego w tym z zastosowaniem preparatów doustnych ONS		
Rozpisanie żywienia dojelitowego		
Rozpisanie żywienia pozajelitowego		
Procedura opieki nad permanentnym centralnym cewnikiem naczyniowym		
Procedura opieki nad gastrostomią		
Wprowadzenie zgłębnika do żołądka		
Wymiana gastrostomii		

- Asysta:

Procedura	Liczba wymaganych procedur	Pieczętka i podpis kierownika ośrodka referencyjnego
Wprowadzenie gastrostomii endoskopowej		
Usunięcie permanentnego centralnego cewnika naczyniowego		

Zaliczenie procedur potwierdza kierownik ośrodka referencyjnego na podstawie przedstawionych przez lekarza zanonimizowanych kopii elektronicznych dokumentacji medycznej.

3. Kursy (w przypadku kursów poza PTŻK należy załączyć program i certyfikat)

3.1 Rozpoznawanie niedożywienia i leczenie żywieniowe drogą doustną.....
Data kursu

3.2 Żywnienie dojelitowe w szpitalu
Data kursu

3.3 Żywnienie pozajelitowe w szpitalu
Data kursu

3.4 Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych.
Data kursu