

Jméno a příjmení školence:

K čemu slouží záznam provedených výkonů - logbook?

Předkládaný Záznam provedených výkonů ve specializačním vzdělávání neboli logbook je součástí vzdělávacího programu a slouží k evidenci průběhu odborné praxe školence, včetně evidence všech stanovených výkonů, které má školenc v průběhu celého specializačního vzdělávání v oboru vykonat na akreditovaném pracovišti pod odborným dohledem školitele se specializovanou způsobilostí.

Evidence prováděných činností slouží školenci k monitorování postupu ve specializačním vzdělávání a školiteli k hodnocení úrovně znalostí a dovedností a osvojovaných klinických kompetencí školence.

Stanovené počty výkonů jsou nepodkročitelné, o jejich provedení školencem musí být evidence v dokumentaci zdravotnického zařízení. Uchazeč o atestační zkoušku musí být schopen doložit, že stanovené výkony skutečně na uvedeném pracovišti provedl. Školitel s příslušnou specializovanou způsobilostí průběžně hodnotí činnost školence a potvrzuje, že stanovené výkony byly v dostatečné kvalitě a počtu provedeny na jím vedeném pracovišti.

Specializační vzdělávání v oboru klinická genetika probíhá v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. a zákonem č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů ve dvou na sebe navazujících fázích: základním dvouletém kmeni a vlastním specializovaným výcviku. Celková délka specializačního vzdělávání je minimálně 48 měsíců dle délky praxe v příbuzných laboratorních oborech. V první části logbooku jsou evidovány výkony v průběhu povinného kmene (24 měsíců) a ve druhé části jsou zaznamenávány výkony, činnosti, které školenc prováděl v průběhu vlastního specializovaného výcviku (24 měsíců).

Jméno a příjmení školence:

VZOR | P | VZ

I. ČÁST

ZÁKLADNÍ KMEN

PRO KLINICKÉ

LABORATORNÍ OBORY

Jméno a příjmení školence:

ZÁKLADNÍ KMEN PRO KLINICKÉ LABORATORNÍ OBORY

Základní kmen pro klinické laboratorní obory – v délce minimálně 24 měsíců		od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele podpis, jmenovka, razítko pracoviště
a) povinná praxe							
6 měsíců	úvodní povinná praxe – probíhá v klinické laboratoři oboru						
18 měsíců	praxe v klinických laboratorních oborech – probíhá v laboratořích biochemických, imunologických, nukleární medicíny, hematologických a transfúzní služby, mikrobiologických, toxikologických, genetických, cytologických, patologicko-anatomických a dalších z toho:						
	3 měsíce – klinická biochemie						
	3 měsíce – hematologie a transfúzní služba						
	2 měsíce – mikrobiologie						
	2 měsíce – imunologie						
	1 měsíc – nukleární medicína						
	1 měsíc – klinická genetika						

Jméno a příjmení školenec:

Zbývající praxi lze absolvovat jako volitelnou v jakémkoliv klinickém laboratorním oboru podle možností a odborného zaměření uchazeče.

Praxe probíhá na pracovištích schválených pro účely specializačního vzdělávání a jejichž laboratorní provozy mají příslušné vybavení. Praxe, včetně činností na všech pracovištích, je zaznamenávána a potvrzována v logbooku. Uvedená délka praxe je minimální a má sloužit k dokonalému osvojení se všech výkonů požadovaných v logbooku.

Seznamy musí být ověřeny a podepsány vedoucím (primářem nebo přednostou) pracoviště, na kterém byly provedeny.

ÚČAST NA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH

Kurzy, semináře	Počet dní	Počet kreditů	Datum a místo konání
Povinný modulárně uspořádaný kurz Základy klinických laboratorních oborů s případnou navazující e-learningovou formou výuky.	24	3 kredity za den	
Povinný kurz Neodkladná první pomoc.	2	4	
Povinný seminář Základy zdravotnické legislativy.	1	2	
Povinný specializační specializační kurz Klinická genetika před atestací.	2	4	
Povinná specializační stáž v klinické laboratorní genetice na akreditovaném pracovišti vyššího typu.	1 týden	10	

Doporučené jsou další odborné akce pořádané akreditovanými zařízeními, odbornou společností aj.

Absolvování kurzu Neodkladná první pomoc a semináře Základy zdravotnické legislativy není podmínkou pro ukončení základního kmene, lze absolvovat i během specializovaného výcviku.

Podmínkou pro ukončení základního kmene je splnění všech požadavků stanovených vzdělávacím programem, včetně úspěšného absolvování povinného kurzu a ověření znalostí písemným testem.

Jméno a příjmení školence:

SEZNAM A POČET POŽADOVANÝCH VÝKONŮ POD PŘÍMÝM VEDENÍM ŠKOLITELE A JEJICH ČETNOST NEBO DÉLKA TRVÁNÍ BĚHEM POVINNÉHO ZÁKLADNÍHO KMENE KLINICKÝCH LABORATORNÍCH OBORŮ

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Klinická biochemie		
Samostatné provedení validace chemické analytické metody	1	
Samostatná kalibrace E. P. metody	2	
Samostatná kalibrace kinetické metody	2	
Samostatná kalibrace metody na imunoanalytickém analyzátoru	2	
Samostatná kalibrace turbidimetrické metody	1	
Samostatná kalibrace nefelometrické metody	2	
Ekonomické zhodnocení analytické metody	1	
Hodnocení efektivity diagnostického testu	1	
Asistence u odběru biologického materiálu (např. odběr žilní krve)	5	
Vypracování SOP analytického	1	
Monitorování systému vnitřní kontroly kvality	2	
Komentář výsledků externího hodnocení kvality	1	
Praxe na úseku separačních metod	10 dnů	
Praxe na úseku migračních metod	10 dnů	
Praxe na úseku automatizovaných metod	15 dnů	
Praxe na úseku imunoanalytických metod	15 dnů	
Praxe na úseku atomové absorpční spektrofotometrie	5 dnů	
Samostatné provádění vyšetření moče a mikroskopie močového sedimentu na příslušném úseku	10 dnů	
Praxe na úseku elektrochemických analyzátorů	5 dnů	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Klinická hematologie a transfúzní služba		
Samostatné vyšetření série kompletních krevních obrazů se 7 parametry	4 série	
Samostatné vyšetření série kompletních krevních obrazů s 18 parametry	4 série	
Samostatné stanovení faktorů II., V., VII., IX., X., XI., XII.	2 x každý faktor	
Samostatné stanovení proteinu C	2 série	
Samostatné stanovení proteinu S	2 série	
Samostatné stanovení počtu trombocytů mikroskopicky	2 série	
Samostatné stanovení trombinového času	2 série	
Samostatné stanovení APTT	2 série	
Samostatné stanovení thromboplastinového času	2 série	
Samostatné stanovení degradačních produktů fibrinu	2 série	
Samostatné provedení krevního nátěru a panoptického obarvení	2 série	
Samostatné stanovení počtu retikulocytů	2 série	
Samostatné určení krevní skupiny ABO RhD	2 série	
Samostatně provedený screening protilátek (minimálně 50x)	2 série	
Samostatně provedená zkouška kompatibility (minimálně 50x)	2 série	
Samostatně provedená identifikace protilátek (minimálně 20x)	2 série	
Samostatně provedený přímý Coombsův test (minimálně 20x)	2 série	
Samostatné provedení dalších antigenů (Rh fenotyp, Kell, Kidd, Duffy)	2 x každá metoda	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Mikrobiologie		
Základní mikrobiologické kultivační techniky (aerobní, anaerobní kultivace, analyzátory pro kultivační techniky)	10 dnů	
Základní techniky identifikace bakterií	5 dnů	
Detekce a identifikace bakterií v biologickém materiálu mikroskopickými technikami	5 dnů	
Určování citlivosti baktérií na antibiotika	5 dnů	
Mikroskopické vyšetření na parazity	5 dnů	
Základní virologické kultivační techniky	10 dnů	
Imunologie		
Samostatné provedení přímé a nepřímé aglutinace (použité nosiče – ovčí krevinky, latexové/želatinové partikule)	5 x každá reakce	
Samostatné provedení reakce vazby komplementu (včetně celkové aktivity komplementového systému – CH100 total)	2 x každá reakce	
Samostatné provedení enzymové imunoanalýzy – stanovení Ab/Ag	3 série	
Samostatné provedení precipitační reakce (např. ELFO, imunofixace, RID)	4 provedení min. 2 typů reakce	
Samostatné provedení specifického IgE (2 metody)	2 x každá metoda	
Samostatné stanovení specifických protilátek/antigenů (anti-infekční imunita)	5 sérií	
Samostatné provedení nepřímé imunofluorescence – stanovení autoprotlátek	5 sérií	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Imunologie		
Samostatné provedení multiplexových technik (WB, imunodot, line assay)	2 x každá metoda	
Samostatné provedení fagocytózy (2 metody)	2 x každá metoda	
Samostatné provedení průtokové cytometrie (imunofenotypizace leukocytů pomocí CD znaků)	5 sérií	
Indikace a interpretace imunologických vyšetření – kazuistiky	2	
Nukleární medicína		
Systém práce v laboratoři, kde se provádějí radioimunoanalýzy – informace	1 den	
Nejčastěji stanovované analyty pomocí imunoanalytických metod – informace	1 den	
Dávkování a měření radioaktivních roztoků – samostatné provedení a vyhodnocení	1 série	
Samostatná kalibrace a normalizace zařízení používaných v imunoanalytické laboratoři pro detekci	2	
Samostatné provedení typické radioimunoanalýzy kompetitivního formátu	2 série	
Samostatné provedení typické radioimunoanalýzy nekompetitivního formátu	2 série	
Samostatné zhodnocení interní kontroly kvality při manuálních imunoanalytických metodách	1 den	
Samostatné zhodnocení interní kontroly kvality při automatizovaných imunoanalytických metodách	1 den	
Klinická genetika		
Analýza klasického cytogenetického vyšetření	3	
Analýza molekulárně cytogenetického vyšetření	3	
Rozbor klinicko-genetického případu	2	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

CELKOVÉ HODNOCENÍ ŠKOLENCE ŠKOLITELEM NA KONCI ZÁKLADNÍHO KMENE

Hodnocení	neuspokojivé	uspokojivé	dobré	velmi dobré	výborné
Praktické dovednosti					
Teoretické znalosti					
Komunikační dovednosti					
Organizační dovednosti					
Odborné a vědecké aktivity					
Plnění úkolů					

Datum:

Prohlášení školitele:

Prohlašuji, že pan/í _____ splňuje všechny stanovené podmínky vzdělávacího programu.

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

**ZÁZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ POD PŘÍMÝM VEDENÍM ŠKOLITELE A JEJICH ČETNOST NEBO DÉLKA BĚHEM
POVINNÉHO SPOLEČNÉHO ZÁKLADU KLINICKÝCH LABORATORNÍCH OBORŮ**

KLINICKÁ BIOCHEMIE

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ VALIDACE CHEMICKÉ ANALYTICKÉ METODY

Požadovaný počet 1	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ KALIBRACE E.P. METODY

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ KALIBRACE KINETICKÉ METODY

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ KALIBRACE METODY NA IMUNOANALYTICKÉM ANALYZÁTORU

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ KALIBRACE TURBIDIMETRICKÉ METODY

Požadovaný počet 1	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ KALIBRACE NEFELOMETRICKÉ METODY

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: EKONOMICKÉ ZHDNOCENÍ ANALYTICKÉ METODY

Požadovaný počet 1	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: HODNOCENÍ EFEKTIVITY DIAGNOSTICKÉHO TESTU

Požadovaný počet 1	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ASISTENCE U ODBĚRU BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU (NAPŘ. ODBĚR ŽILNÍ KRVE)

Požadovaný počet 5	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: VYPRACOVÁNÍ SOP ANALYTICKÉHO

Požadovaný počet 1	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: MONITOROVÁNÍ SYSTÉMU VNITŘNÍ KONTROLY KVALITY

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: KOMENTÁŘ VÝSLEDKŮ EXTERNÍHO HODNOCENÍ KVALITY

Požadovaný počet 1	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: PRAXE NA ÚSEKU SEPARAČNÍCH METOD

Požadovaný počet 10 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: PRAXE NA ÚSEKU MIGRAČNÍCH METOD

Požadovaný počet 10 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: PRAXE NA ÚSEKU AUTOMATIZOVANÝCH METOD

Požadovaný počet 15 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: PRAXE NA ÚSEKU IMUNOANALYTICKÝCH METOD

Požadovaný počet 15 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: PRAXE NA ÚSEKU ATOMOVÉ ABSORPČNÍ SPEKTROFOTOMETRIE

Požadovaný počet 5 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVÁDĚNÍ VYŠETŘENÍ MOČE A MIKROSKOPIE MOČOVÉHO SEDIMENTU NA PŘÍSLUŠNÉM ÚSEKU

Požadovaný počet 10 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: PRAXE NA ÚSEKU ELEKTROCHEMICKÝCH ANALYZÁTORŮ

Požadovaný počet 5 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

VZOR PPLV

Jméno a příjmení školence:

KLINICKÁ HEMATOLOGIE A TRANSFÚZNÍ SLUŽBA

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ VYŠETŘENÍ SÉRIE KOMPLETNÍCH KREVNÍCH OBRAZŮ SE 7 PARAMETRY

Požadovaný počet 4 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ VYŠETŘENÍ SÉRIE KOMPLETNÍCH KREVNÍCH OBRAZŮ S 18 PARAMETRY

Požadovaný počet 4 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ FAKTORŮ II., V., VII., IX., X., XI., XII.

Požadovaný počet 2x každý faktor	Provedený počet/ druh faktoru	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ PROTEINU C

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ PROTEINU S

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ POČTU TROMBOCYTŮ MIKROSKOPICKY

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ TROMBINOVÉHO ČASU

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ APTT

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ THROMBOPLASTINOVÉHO ČASU

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ DEGRADAČNÍCH PRODUKTŮ FIBRINU

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ KREVNÍHO NÁTĚRU A PANOPTICKÉHO OBARVENÍ

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ POČTU RETIKULOCYTŮ

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ URČENÍ KREVŇÍ SKUPINY ABO RHD

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNĚ PROVEDENÝ SCREENING PROTILÁTEK

Požadovaný počet 2 série minimálně 50x	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNĚ PROVEDENÁ ZKOUŠKA KOMPATIBILITY

Požadovaný počet 2 série minimálně 50x	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNĚ PROVEDENÁ IDENTIFIKACE PROTILÁTEK

Požadovaný počet 2 série minimálně 20x	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNĚ PROVEDENÝ COOMBSŮV TEST

Požadovaný počet 2 série minimálně 20x	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ DALŠÍCH ANTIGENŮ — RH FENOTYP

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ DALŠÍCH ANTIGENŮ — KELL

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ DALŠÍCH ANTIGENŮ — KIDD

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ DALŠÍCH ANTIGENŮ — DUFFY

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

MIKROBIOLOGIE

Typ provedeného výkonu: ZÁKLADNÍ MIKROBIOLOGICKÉ KULTIVAČNÍ TECHNIKY (AEROBNÍ A ANAEROBNÍ KULTIVACE, ANALYZÁTORY PRO KULTIVAČNÍ TECHNIKY)

Požadovaný počet 10 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ZÁKLADNÍ TECHNIKY IDENTIFIKACE BAKTERIÍ

Požadovaný počet 5 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: DETEKCE A IDENTIFIKACE BAKTERIÍ V BIOLOGICKÉM MATERIÁLU MIKROSKOPICKÝMI TECHNIKAMI

Požadovaný počet 5 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: URČOVÁNÍ CITLIVOSTI BAKTERIÍ NA ANTIBIOTIKA

Požadovaný počet 5 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ NA PARAZITY

Požadovaný počet 5 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: ZÁKLADNÍ VIROLOGICKÉ KULTIVAČNÍ TECHNIKY

Požadovaný počet 10 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

VZOR PVL

Jméno a příjmení školence:

IMUNOLOGIE

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ PŘÍMÉ AGLUTINACE (POUŽITÉ NOSIČE – OVČÍ KRVINKY, LATEXOVÉ/ŽELATINOVÉ PARTIKULE)

Požadovaný počet 5	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ NEPŘÍMÉ AGLUTINACE (POUŽITÉ NOSIČE — OVČÍ KRVINKY, LATEXOVÉ/ŽELATINOVÉ PARTIKULE)

Požadovaný počet 5	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ REAKCE VAZBY KOMPLEMENTU (VČETNĚ CELKOVÉ AKTIVITY KOMPLEMENTOVÉHO SYSTÉMU — CH100 TOTAL)

Požadovaný počet 2 x každá reakce	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ ENZYMOVÉ IMUNOANALÝZY — STANOVENÍ AB/AG

Požadovaný počet 3 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ PRECIPITAČNÍ REAKCE (NAPŘ. ELFO, IMUNOFIXACE, RID)

Požadovaný počet 4 provedení min. 2 typů reakce	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ SPECIFICKÉHO IGE (2 METODY)

Požadovaný počet 2 x každá metoda	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ STANOVENÍ SPECIFICKÝCH PROTILÁTEK/ANTIGENŮ (ANTI-INFEKČNÍ IMUNITA)

Požadovaný počet 5 sérií	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ NEPŘÍMÉ IMUNOFLUORESCENCE – STANOVENÍ AUTOPROTILÁTEK

Požadovaný počet 5 sérií	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ MULTIPLEXOVÝCH TECHNIK — WB

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ MULTIPLEXOVÝCH TECHNIK — IMUNODOT

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ MULTIPLEXOVÝCH TECHNIK — LINE ASSAY

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ FAGOCYTÓZY (2 METODY)

Požadovaný počet 2 x každá metoda	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ PRŮTOKOVÉ CYTOMETRIE (IMUNOFENOTYPIZACE LEUKOCYTŮ POMOCÍ CD ZNAKŮ)

Požadovaný počet 5 sérií	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: INDIKACE A INTERPRETACE IMUNOLOGICKÝCH VYŠETŘENÍ — KAZUISTIKY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Kazuistika	Datum provedení výkonu
1.			
2.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

VZOR IPV

Jméno a příjmení školence:

NUKLEÁRNÍ MEDICÍNA

Typ provedeného výkonu: **SYSTEM PRÁCE V LABORATOŘI, KDE SE PROVÁDĚJÍ RADIOIMUNOANALÝZY — INFORMACE**

Požadovaný počet 1 den	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **NEJČASTĚJI STANOVOVANÉ ANALYTY POMOCÍ IMUNOANALYTICKÝCH METOD — INFORMACE**

Požadovaný počet 1 den	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: DÁVKOVÁNÍ A MĚŘENÍ RADIOAKTIVNÍCH ROZTOKŮ — SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ A VYHODNOCENÍ

Požadovaný počet 1 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ KALIBRACE A NORMALIZACE ZAŘÍZENÍ POUŽÍVANÝCH V IMUNOANALYTICKÉ LABORATORII PRO DETEKCI

Požadovaný počet 2	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ TYPICKÉ RADIOIMUNOANALÝZY KOMPETITIVNÍHO FORMÁTU

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ TYPICKÉ RADIOIMUNOANALÝZY NEKOMPETITIVNÍHO FORMÁTU

Požadovaný počet 2 série	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ ZHODNOCENÍ INTERNÍ KONTROLY KVALITY PŘI MANUÁLNÍCH IMUNOANALYTICKÝCH METODÁCH

Požadovaný počet 1 den	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ ZHODNOCENÍ INTERNÍ KONTROLY KVALITY PŘI AUTOMATIZOVANÝCH IMUNOANALYTICKÝCH METODÁCH

Požadovaný počet 1 den	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

KLINICKÁ GENETIKA

Typ provedeného výkonu: ANALÝZA KLASICKÉHO CYTOGENETICKÉHO VYŠETŘENÍ

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ANALÝZA MOLEKULÁRNĚ CYTOGENETICKÉHO VYŠETŘENÍ

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			

Datum potvrzení: Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: ROZBOR KLINICKO-GENETICKÉHO PŘÍPADU

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

VZOR PŘÍPADU

Jméno a příjmení školence:

VZOR | PLVZ

II. ČÁST

VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK

Jméno a příjmení školence:

VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK V OBORU KLINICKÁ GENETIKA (odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků)

Vlastní specializovaný výcvik – minimálně 24 měsíců						
Povinná praxe v oboru Celková doba	od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
22 měsíců praxe v cytogenetické laboratoři/molekulárně genetické laboratoři na akreditovaném pracovišti I. typu z toho: 3 měsíce – praxe v cytogenetické/ molekulárně genetické laboratoři (doplňk k základnímu zaměření účastníka specializačního vzdělávání						
Povinná doplňková praxe Celková doba	od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
2 měsíce praxe v genetické ambulanci na akreditovaném pracovišti vyššího typu						

Jméno a příjmení školence:

SEZNAM A POČET POŽADOVANÝCH VÝKONŮ

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Samostatná analýza prenatalního cytogenetického vyšetření včetně molekulárně cytogenetického – interpretace	10	
Samostatná analýza postnatálního cytogenetického vyšetření včetně molekulárně cytogenetického – interpretace	10	
Samostatná analýza onkocytogenetického vyšetření – interpretace	5	
Manuální izolace DNA z různých materiálů	10	
Samostatné provedení PCR reakce	10	
Samostatné provedení metody MLPA	5	
Sekvence produktových úseků PCR reakce	10	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

CELKOVÉ HODNOCENÍ ŠKOLENCE ŠKOLITELEM NA KONCI SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU

Hodnocení	neuspokojivé	uspokojivé	dobře	velmi dobré	výborné
Praktické dovednosti					
Teoretické znalosti					
Komunikační dovednosti					
Organizační dovednosti					
Odborné a vědecké aktivity					
Plnění úkolů					

Datum:

Prohlášení školitele:

Prohlašuji, že pan/í _____ splňuje všechny stanovené podmínky vzdělávacího programu.

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

ZÁZNAM VÝKONŮ VE SPECIALIZAČNÍM VZDĚLÁVÁNÍ PROVEDENÝCH BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ ANALÝZA PRENATÁLNÍHO CYTOGENETICKÉHO VYŠETŘENÍ VČETNĚ MOLEKULÁRNĚ
CYTOGENETICKÉHO — INTERPRETACE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ ANALÝZA POSTNATÁLNÍHO CYTOGENETICKÉHO VYŠETŘENÍ VČETNĚ MOLEKULÁRNĚ
CYTOGENETICKÉHO — INTERPRETACE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÁ ANALÝZA ONKOCYTOGENETICKÉHO — INTERPRETACE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: MANUÁLNÍ IZOLACE DNA Z RŮZNÝCH MATERIÁLŮ

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ PCR REAKCE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SAMOSTATNÉ PROVEDENÍ METODY MLPA

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: SEKVENACE PRODUKOVANÝCH ÚSEKŮ PCR REAKCE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

PŘEHLED ABSOLVOVANÉ PRAXE

Zdravotnické zařízení	Pracoviště/oddělení	Praxe od - do	Potvrzení školitele (jmenovka a podpis)

Jméno a příjmení školence:

POZNÁMKY

VZOR | P | VZ