

ZÁZNAM
PROVEDENÝCH VÝKONŮ VE SPECIALIZAČNÍM VZDĚLÁVÁNÍ
(LOGBOOK)

OPLM

ALERGOLOGIE A KLINICKÁ IMUNOLOGIE

Věstník č. 11/2020 Ministerstva zdravotnictví ČR

Jméno a příjmení školence:

Pracoviště:

Jméno a příjmení školitele v oboru kmene:

Jméno a příjmení školitele ve specializovaném výcviku:

2020

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 školence 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 alergologie a klinická imunologie probíhá v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. a zákonem 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů ve dvou na sebe navazujících fázích: základním dvouletém kmene a vlastním specializovaném 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 školence prováděl v průběhu vlastního specializovaného výcviku (24 měsíců).

Jméno a příjmení školence:

VZOR PÍŠ

I. ČÁST

ZÁKLADNÍ KMEN

PRO KLINICKÉ

LABORATORNÍ OBORY

Jméno a příjmení školence:

VZOR PÍŠ

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 /týdnů	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 (nebo na úseku RIA metod v laboratoři klinické biochemie nebo imunologie), hematologických a transfuzní služby, mikrobiologických, toxikologických, genetických, cytologických a dalších					
Z toho:						
8 týdnů	Povinná praxe v klinické biochemii, z toho 1 týden na pracovišti imunoanalytických, eventuálně radioimunoanalytických metod					
4 týdny	Povinná praxe v hematologii a transfuzní službě					
4 týdny	Povinná praxe v mikrobiologii					
4 týdny	Povinná praxe v alergologii a klinické imunologii					
2 týdny	Povinná praxe v lékařské genetice a molekulární biologii					

Jméno a příjmení školence:

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

Odborná praxe probíhá na pracovištích, která jsou schopná zabezpečit provádění výkonů uvedených v logbooku a jejichž provozy mají příslušné vybavení (nemusí být akreditována dle zákona č. 96/2004 Sb. v platném znění).

Školitelem imunoanalytických ev. radioimunoanalytických metod může být bioanalytik s atestací z nukleární medicíny nebo bioanalytik z oborů klinická biochemie nebo klinická imunologie a alergologie.

Praxe, včetně činností na všech pracovištích, je zaznamenávána a potvrzována v logbooku. Uvedená délka praxe **je minimální** a má sloužit k dokonalému osvojení si všech výkonů požadovaných v logbooku.

Seznam výkonů zahrnuje celkový přehled požadovaných výkonů, které školeneц samostatně, ale pod vedením školitele provedl ve specializačním vzdělávání. Z dokumentace v laboratoři musí být jasné, že výkon provedl školeneц ve specializačním vzdělávání, který tyto údaje předkládá.

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

VZOR PŘÍKLAD

Jméno a příjmení školence:

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	

Absolvování kurzu Neodkladná první pomoc a semináře Základy zdravotnické legislativy není podmínkou pro ukončení základního kmene lze je absolvovat 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 end point metody	2	
Samostatná kalibrace kinetické metody	2	
Samostatná kalibrace metody s markerem 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 analytického SOP	1	
Monitorování systému vnitřní kontroly kvality	2	
Komentář výsledků externího hodnocení kvality	1	
Praxe na úseku separačních metod (příprava vzorku, metoda, hodnocení)	5 dnů	
Praxe na úseku migračních metod (elektroforeza, imunofixace, hodnocení)	5 dnů	
Praxe na úseku automatizovaných metod	10 dnů	
Praxe na úseku imunoanalytických metod	10 dnů	
Samostatné provádění vyšetření moče a mikroskopie močového sedimentu	5 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)	3 dny	
Základní techniky identifikace bakterií	3 dny	
Detekce a identifikace bakterií v biologickém materiálu mikroskopickými technikami	2 dny	
Určování citlivosti bakterií na antibiotika	3 dny	
Mikroskopické vyšetření na parazity	2 dny	
Základní virologické techniky	7 dnů	
Imunologie		
Stanovení protilátek přímou a nepřímou aglutinací	2 x 5	
Stanovení funkční aktivity komplementového systému	5	
Provedení enzymové imunoanalýzy v uspořádání pro stanovení antigenu i protilátky	10	
Provedení ELFO a imunofixace	5	
Provedení imunonefelometrie/imunoturbidimetrie)	10	
Stanovení specifického IgE	20 vzorků	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Imunologie		
Stanovení specifických protilátek proti infekčnímu agens	20 vzorků (minimálně dva různé druhy infekčních agens)	
Stanovení autoprotilátek nepřímou imunofluorescencí	20 vzorků, detekce alespoň 5 různých autoprotilátek	
Provedení multiplexových technik (imunodot a příbuzné metody)	10	
Vyšetření fagocytární aktivity	5	
Imunofenotypizace průtokovou cytometrií (základní lymfocytární panel)	10 vzorků (pacientů)	
Indikace a interpretace imunologických vyšetření - kazuistiky	5	
Klinická genetika		
Praxe v cytogenetické laboratoři (kultivace buněk, zpracování buněčných kultur, příprava a barvení preparátů)	5 dnů	
Konvenční cytogenetická analýza (sestavění karyotypu, interpretace nálezu)	3	
Molekulárně cytogenetická analýza (FISH, interpretace nálezu)	3	
Praxe v molekulárně genetické laboratoři (izolace DNA, PCR)	5 dnů	
Molekulárně genetická analýza, interpretace nálezu	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 END POINT 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 S MARKEREM 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 školenice:

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 ZHODNOCENÍ 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 ANALYTICKÉHO SOP

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 (PŘÍPRAVA VZORKU, METODA, HODNOCENÍ)

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: PRAXE NA ÚSEKU MIGRAČNÍCH METOD (ELEKTROFORÉZA, IMUNOFIXACE, HODNOCENÍ)

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: PRAXE NA ÚSEKU AUTOMATIZOVANÝCH 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 IMUNOANALYTICKÝCH 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: SAMOSTATNÉ PROVÁDĚNÍ VYŠETŘENÍ MOČE A MIKROSKOPIE MOČOVÉHO SEDIMENTU

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: 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:

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:

VZOR PPLV

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 KREVNÍ 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 3 dny	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 3 dny	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 2 dny	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 3 dny	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: MIKROSKOPICKÉ VYŠETŘENÍ NA PARAZITY

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ZÁKLADNÍ VIROLOGICKÉ TECHNIKY

Požadovaný počet 7 dnů	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

IMUNOLOGIE

Typ provedeného výkonu: STANOVENÍ PROTILÁTEK PŘÍMOU A NEPŘÍMOU AGLUTINACÍ

Požadovaný počet 2 x 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: STANOVENÍ FUNKČNÍ AKTIVITY KOMPLEMENTOVÉHO SYSTÉMU

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: **PROVEDENÍ ENZYMOVÉ IMUNOANALÝZY V USPOŘÁDÁNÍ PRO STANOVENÍ ANTIGENU I PROTILÁTKY**

Požadovaný počet 10	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: PROVEDENÍ ELFO A IMUNOFIXACE

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: PROVEDENÍ IMUNONEFELOMETRIE/IMUNOTURBIDIMETRIE

Požadovaný počet 10	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: STANOVENÍ SPECIFICKÉHO IgE

Požadovaný počet 20 vzorků	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: STANOVENÍ SPECIFICKÝCH PROTILÁTEK PROTI INFEKČNÍMU AGENS

Požadovaný počet 20 vzorků	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: STANOVENÍ AUTOPROTILÁTEK NEPŘÍMOU IMUNOFLUORESCENCÍ

Požadovaný počet 20 vzorků	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: PROVEDENÍ MULTIPLEXOVÝCH TECHNIK (IMUNODOT A PŘÍBUZNÉ METODY)

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: VYŠETŘENÍ FAGOCYTÁRNÍ AKTIVITY

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: IMUNOFENOTYPIZACE PRŮTOKOVOU CYTOMETRIÍ (ZÁKLADNÍ LYMFOCYTÁRNÍ PANEL)

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: INDIKACE A INTERPRETACE IMUNOLOGICKÝCH VYŠETŘENÍ — KAZUISTIKY

Požadovaný počet 5	Provedená metoda	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: PRAXE V CYTOGENETICKÉ LABORATOŘI (KULTIVACE BUNĚK, ZPRACOVÁNÍ BUNĚČNÝCH KULTUR, PŘÍPRAVA A BARVENÍ PREPARÁTŮ)

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: KONVENČNÍ CYTOGENETICKÁ ANALÝZA (SESTAVENÍ KARYOTYPU, INTERPRETACE NÁLEZU)

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: MOLEKULÁRNĚ CYTOGENETICKÁ ANALÝZA (FISH, INTERPRETACE NÁLEZU)

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: PRAXE V MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ LABORATOŘI (IZOLACE DNA, PCR)

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: MOLEKULÁRNĚ GENETICKÁ ANALÝZA, INTERPRETACE NÁLEZU

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: 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:

Jméno a příjmení školence:

VZOR PÍŠŤ

II. ČÁST

VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK

VZORIPVZ

Jméno a příjmení školence:

VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK V OBORU

Vlastní specializovaný výcvik v oboru – minimálně 24 měsíců							
Celková doba		od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
24 měsíců	Praxe v laboratoři lékařské imunologie						
z toho min. 4 týdny	v laboratoři akreditovaného pracoviště s klinickou i laboratorní složkou (splňující definici laboratoře alergologie a klinické imunologie uvedené v příloze koncepce oboru alergologie a klinická imunologie viz www.csaki.cz a doporučené výborem ČSAKI).						
	probíhá-li celá povinná praxe na domácím akreditovaném pracovišti - nutno absolvovat 2 týdny stáž v jiné akreditované laboratoři.						

Jméno a příjmení školence:

DOPORUČENÁ DOPLŇKOVÁ PRAXE

Pracoviště	Délka trvání
Praxe dle vlastní volby na laboratorních pracovištích s odlišným odborným zaměřením než je zaměření vlastního pracoviště, např. v laboratořích molekulární biologie, genetických, mikrobiologických, která vhodně doplní praxi v laboratorních oborech a stáže na klinických pracovištích podle zadání logbooku.	neurčena

ÚČAST NA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH

Kurzy, semináře	Počet dní	Počet kreditů	Datum a místo konání
Předatestační kurz v alergologii a klinické imunologii	5		
Doporučené jsou další odborné akce pořádané ČSAKI, IPVZ, ČLS JEP, ČLK aj.			

Jméno a příjmení školence:

SEZNAM A POČET POŽADOVANÝCH VÝKONŮ S KONZULTACÍ A DODATEČNOU KONTROLOU ŠKOLITELE A JEJICH ČETNOST NEBO DÉLKA TRVÁNÍ BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO PRAKTICKÉHO VÝCVIKU V OBORU ALERGOLOGIE A KLINICKÁ IMUNOLOGIE

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Aglutinace přímá a nepřímá	50	
Turbidimetrické/nefelometrické stanovení proteinů	100	
Funkční aktivita komplementu	25	
Stanovení imunokomplexů	50	
Imunoanalytická vyšetření	200	
Stanovení specifického IgE (počet pacientů)	100	
Funkční testy basofilů	10	
Funkční testy fagocytózy	25	
Funkční testy lymfocytů (fenotypizace, produkce cytokinů, proliferační testy)	20	
Imunofenotypizace leukocytů periferní krve (počet pacientů)	100	
Imunofenotypizace buněk v jiných tělních tekutinách/tkáních (BAL, punktát, CSF,....)	5	
Průkaz a interpretace ANA autoprotilátek nepřímou imunofluorescencí	200	
Vyšetření a interpretace ENA profilu	50	
Imunofluorescenční průkaz a interpretace ANCA protilátek	100	
Imunofluorescenční průkaz a interpretace dalších orgánově nespecifických autoprotilátek	200	
Imunofluorescenční průkaz a interpretace orgánově specifických autoprotilátek	100	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

SEZNAM A POČET POŽADOVANÝCH VÝKONŮ S KONZULTACÍ A DODATEČNOU KONTROLOU ŠKOLITELE A JEJICH ČETNOST NEBO DÉLKA TRVÁNÍ BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO PRAKTICKÉHO VÝCVIKU V OBORU ALERGOLOGIE A KLINICKÁ IMUNOLOGIE

Typ provedeného výkonu	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Metody imunoblotu včetně interpretace	50	
Metody molekulární biologie včetně interpretace (PCR, RT-PCR)	30	
Laboratorně diagnostická rozvaha a interpretace imunodeficiencí	50	
Laboratorně diagnostická rozvaha a interpretace alergologického vyšetření	20	
Laboratorně diagnostická rozvaha a interpretace autoimunních onemocnění	50	
Laboratorně diagnostická rozvaha a interpretace lymeské boreliózy	20	
Laboratorně diagnostická rozvaha a interpretace herpetických infekcí	20	
Laboratorně diagnostická rozvaha a interpretace postvakcinační odpovědi	20	
Laboratorní diagnostika monoklonálních gamapatií (ELFO, IELFO, imunofixace)	20	
HLA typizace pro transplantační program	5	
Imunologické vyšetření likvoru	5	
Příprava bakteriální vakcíny	5	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školenec:

Seznam výkonů zahrnuje celkový přehled požadovaných výkonů, které školenec samostatně, ale pod vedením školitele provedl ve specializačním vzdělávání.

Z dokumentace v laboratoři musí být jasné, že výkon provedl školenec ve specializačním vzdělávání, který tyto údaje předkládá.

Doporučuje se, aby analytické výkony probíhaly pod vedením analytika se specializací v oboru vyšetřovací metody v klinické imunologii nebo lékařská imunologie, nebo alergologie a klinická imunologie a praxí v oboru nejméně 10 let.

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

CELKOVÉ HODNOCENÍ ŠKOLENCE ŠKOLITELEM NA KONCI SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU

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 SAMOSTATNĚ POŽADOVANÝCH VÝKONŮ S KONZULTACÍ A DODATEČNOU KONTROLOU ŠKOLITELE A JEJICH ČETNOST NEBO DÉLKA TRVÁNÍ BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO PRAKTICKÉHO VÝCVIKU V OBORU ALERGOLOGIE A KLINICKÁ IMUNOLOGIE

Typ provedeného výkonu: AGLUTINACE PŘÍMÁ A NEPŘÍMÁ

Požadovaný počet 50	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: **TURBIDIMETRICKÉ/NEFELOMETRICKÉ STANOVENÍ PROTEINŮ**

Požadovaný počet 100	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: **FUNKČNÍ AKTIVITA KOMPLEMENTU**

Požadovaný počet 25	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: STANOVENÍ IMUNOKOMPLEXŮ

Požadovaný počet 50	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: IMUNOANALYTICKÁ VYŠETŘENÍ

Požadovaný počet 200	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: STANOVENÍ SPECIFICKÉHO IGE

Požadovaný počet 100 pacientů	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: FUNKČNÍ TESTY BASOFILŮ

Požadovaný počet 10	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: **FUNKČNÍ TESTY FAGOCYTÓZY**

Požadovaný počet 25	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: FUNKČNÍ TESTY LYMFOCYTŮ (FENOTYPIZACE, PRODUKCE CYTOKINŮ, PROLIFERAČNÍ TESTY)

Požadovaný počet 20	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školenec:

Typ provedeného výkonu: IMUNOFENOTYPIZACE LEUKOCYTŮ PERIFERNÍ KRVE

Požadovaný počet 100 pacientů	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: IMUNOFENOTYPIZACE LEUKOCYTŮ PERIFERNÍ KRVE

Požadovaný počet 100 pacientů	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: IMUNOFENOTYPIZACE BUNĚK V JINÝCH TĚLNÍCH TEKUTINÁCH/TKÁNÍCH (BAL, PUNKTÁT, CSF,...)

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

VZOR PPLV

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: PRŮKAZ A INTERPRETACE ANA AUTOPROTILÁTEK NEPŘÍMOU IMUNOFLUORESCENCÍ

Požadovaný počet 200	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

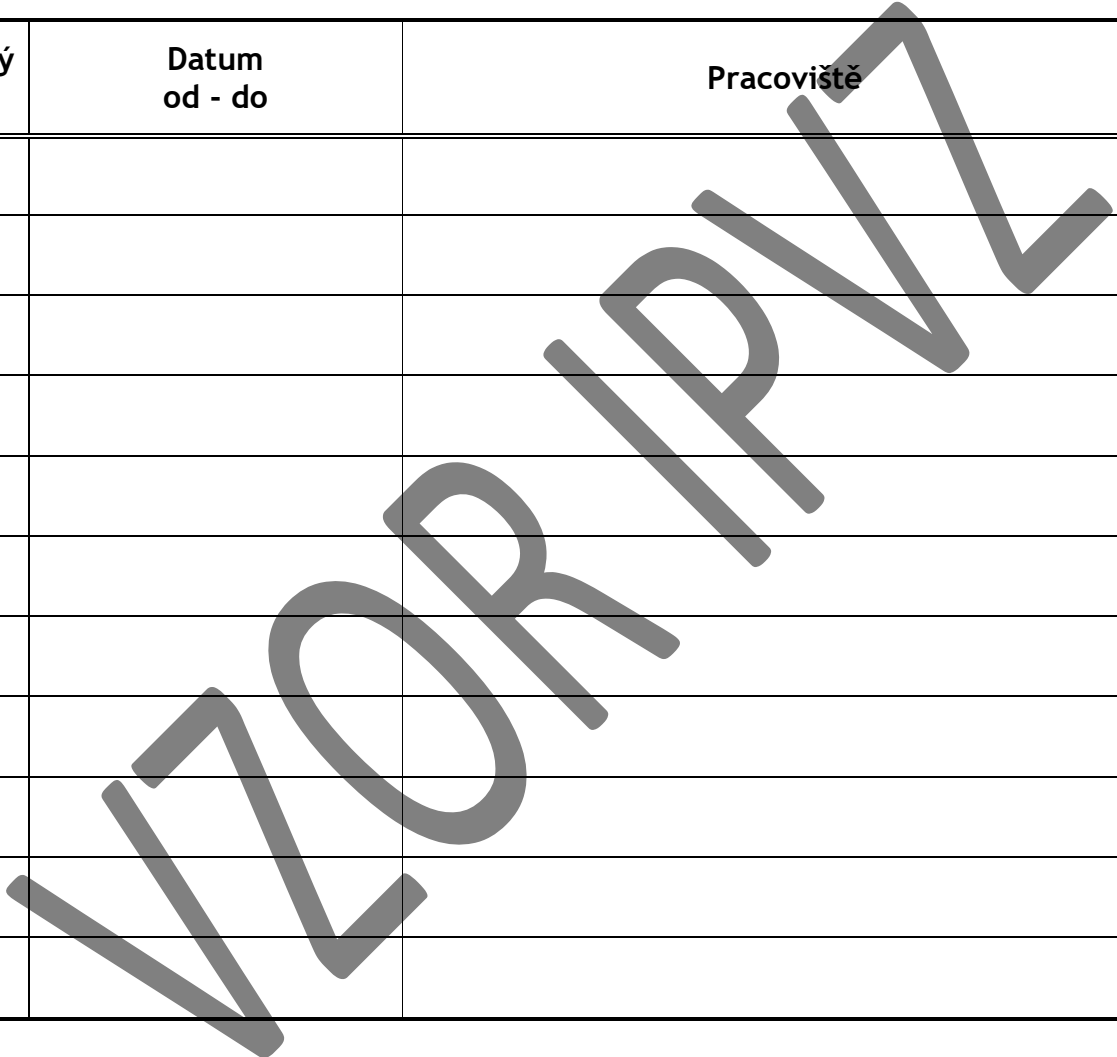
Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: VYŠETŘENÍ A INTERPRETACE ENA PROFILU

Požadovaný počet 50	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele



Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školenec:

Typ provedeného výkonu: IMUNOFLUORESCENČNÍ PRŮKAZ A INTERPRETACE DALŠÍCH ORGÁNOVĚ NESPECIFICKÝCH AUTOPROTILÁTEK

Požadovaný počet 200	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: **METODY IMUNOBLOTU VČETNĚ INTERPRETACE**

Požadovaný počet 50	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: METODY MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE VČETNĚ INTERPRETACE (PCR, RT-PCR)

Požadovaný počet 30	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: LABORATORNĚ DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA A INTERPRETACE ALERGOLOGICKÝCH VYŠETŘENÍ

Požadovaný počet 20	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školenec:

Typ provedeného výkonu: LABORATORNĚ DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA A INTERPRETACE AUTOIMUNITNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Požadovaný počet 50	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školenec:

Typ provedeného výkonu: LABORATORNĚ DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA A INTERPRETACE LYMESKÉ BORELIÓZY

Požadovaný počet 20	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školenice:

Typ provedeného výkonu: LABORATORNĚ DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA A INTERPRETACE HERPETICKÝCH INFEKČÍ

Požadovaný počet 20	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školenec:

Typ provedeného výkonu: LABORATORNĚ DIAGNOSTICKÁ ROZVAHA A INTERPRETACE POSTVAKCINAČNÍ ODPOVĚDI

Požadovaný počet 20	Provedený počet	Datum od - do	Pracoviště	Jméno a podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Jméno a příjmení školenice:

Typ provedeného výkonu: LABORATORNÍ DIAGNOSTIKA MONOKLONÁLNÍCH GAMAPATÍÍ (ELFO, IELFO, IMUNOFIXACE)

Požadovaný počet 20	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: HLA TYPIZACE PRO TRANSPLANTAČNÍ PROGRAM

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

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: IMUNOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ LIKVORU

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: PŘÍPRAVA BAKTERIÁLNÍ VAKCÍNY

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:

Jméno:

Pracoviště:

Školitel:

PŘEHLED ABSOLVOVANÉ PRAXE

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

Jméno a příjmení školence:

PŘEHLED ABSOLVOVANÉ PRAXE

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

VZOR PVL

Jméno a příjmení školence:

PŘEHLED ABSOLVOVANÉ PRAXE

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

Jméno a příjmení školence:

PŘEHLED ABSOLVOVANÉ PRAXE

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

VZOR PVL

Jméno a příjmení školence:

POZNÁMKY

VZOR PPLZ