

Jméno a příjmení školence:

K čemu slouží záznam provedených výkonů - logbook?

Předkládaný Záznam provedených výkonů ve specializačním vzdělávání neboli logbook je součástí vzdělávacího programu v oboru dětská klinická psychologie 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 zdravotnickém pracovišti. Zaznamenávané výkony jsou prováděny pod odborným dohledem (ev. i distančně) a supervidovány školitelem.

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 dětská klinická psychologie probíhá v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. a zákonem č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů v délce 24 měsíců, z toho nejméně 2 měsíce na akreditovaném pracovišti. Specializační vzdělávání v dětské klinické psychologii navazuje na základní vzdělávání v klinické psychologii. Základní kmen proto není ve specializačním vzdělávání obsažen.

Jméno a příjmení školence:

VZOR | P | VZ

**VLASTNÍ
SPECIALIZOVANÝ
VÝCVIK
PRO
DĚTSKOU KLINICKOU
PSYCHOLOGII**

Jméno a příjmení školence:

4

POVINNÁ PRAXE

Povinná praxe – celkem 24 měsíců	od	do	počet měsíců	místo absolvování (zdravotnické zařízení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele podpis, jmenovka, razítko pracoviště
24 měsíců	dětská klinická psychologie – praxe na specializovaném dětském klinicko-psychologickém pracovišti, z toho nejméně 2 měsíce na akreditovaném pracovišti z toho: min. 3 měsíce na dětském lůžkovém oddělení, event. jiném lůžkovém nebo stacionárním oddělení poskytujícím péči o děti					

Jméno a příjmení školence:

5

min. 3 měsíce na psychologickém pracovišti pro péči o děti v ambulantní praxi						
---	--	--	--	--	--	--

Povinnou praxi na akreditovaném pracovišti lze vykonat ve kterékoli fázi specializačního vzdělávání též formou odborných stáží.

Jméno a příjmení školence:

6

DOPORUČENÁ DOPLŇKOVÁ PRAXE

Doporučená doplňková praxe	od	do	počet měsíců	místo absolvování (zdravotnické zařízení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele podpis, jmenovka, razítko pracoviště
3 měsíce	na psychologickém pracovišti pro děti, které poskytuje své služby pacientům dětské psychiatrie (v rámci lůžkových pedopsychiatrických oddělení nebo ambulancí dětské psychiatrie)					

Jméno a příjmení školence:

7

3 měsíce	na psychologickém pracovišti pro děti, které poskytuje své služby pacientům jiných lékařských oborů (pediatrie, praktičtí lékaři pro děti a dorost, dětská neurologie)						
----------	--	--	--	--	--	--	--

Doplňkovou praxi lze vykonat ve kterékoli fázi specializačního vzdělávání též formou odborných stáží, praxe se započítává do doby celkové praxe.

ÚČAST NA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH (POVINNÁ A DOPORUČENÁ)

Kurzy, semináře	Počet dní	Počet kreditů	Datum a místo konání
povinný specializační kurz před atestační zkouškou	3	6	
minimálně 1x za semestr povinná účast na teoretickém kazuisticky orientovaném semináři pořádaném akreditovaným pracovištěm	1	2	
minimálně 6x ročně povinná účast na supervizím semináři pořádaném akreditovaným pracovištěm – skupinová forma práce (otevřená skupina s minim. počtem míst 10 osob)	min. 6 seminářů za 1 rok studia	celkem 12 hodin – 12 kreditů	
certifikovaný kurz v psychologické vývojové diagnostice	dle vzdělávacího programu	dle vzdělávacího programu	
certifikované kurzy v psychologických diagnostických metodách (např. užití Rorschachovy metody, Wechslerovy soubory) a další certifikované kurzy v dílčích oblastech klinické psychologie	dle vyhlášky	dle vyhlášky	
zařazení do psychoterapeutického vzdělávacího programu akreditovaného pro zdravotnictví			
další odborné akce pořádané IPVZ, AKP, Českomoravskou psychologickou společností, ČSL JEP a jiných odborných společností	dle vyhlášky	dle vyhlášky	

Účastník specializačního vzdělávání musí získat minimálně 25 kreditů, které mu umožní přistoupit k atestační zkoušce.

SEZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ VE SPECIALIZOVANÉM VÝCVIKU OBORU DĚTSKÁ KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

Výkon	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Psychopatologický nález – popis pacienta ve věku 0–18 let: jeho vzezření a chování, popis jeho rozumových funkcí, emotivity, motoriky, vůle apod., terminologií obecné psychopatologie	5	
Klinické či výzkumné posouzení spontánní nebo strukturované hry dítěte nebo posouzení kvality rodinné interakce	5	
Komplexní vyšetření dítěte od 0 do 3 let věku, obsaženo musí být posouzení vývojové úrovně a hodnocení vývojového profilu (Gesell, Bayleyová); hodnocení rodinných vztahů na základě přímého pozorování interakce; hodnocení osobnostních / temperamentových charakteristik dítěte	5 (alespoň 1 vyšetření musí být prezentováno a obhájeno na supervizním semináři)	
Komplexní vyšetření dítěte od 3 do 6 let věku, obsaženo musí být posouzení vývojové úrovně nebo vyšetření inteligence u dětí do 6 let věku s využitím globální vývojové škály (Gesell, Bayleyová, Mnichovská vývojová diagnostika) nebo globálního inteligenčního souboru pro předškolní věk (SB-IV, TM-SB, K-ABC, McCarthy, SON-R ap.); hodnocení rodinných vztahů na základě přímého pozorování interakce a/nebo alespoň 2 klinických metod (kresebné metody, scénotest, projektivní rozhovor, varianty TAT, event. Bene-Anthony); hodnocení osobnostních charakteristik dítěte	5 (alespoň 1 vyšetření musí být prezentováno a obhájeno na supervizním semináři)	
Komplexní vyšetření dětí školního věku (7–13 let) obsahující hodnocení schopností (s využitím globální individuální intelektové baterie a testů či škál speciálních schopností), osobnosti a rodinných vztahů (včetně diagnostického rozhovoru/hry s dítětem a rozhovoru s rodiči), k diagnostice osobnosti musí být použit ROR, scénotest nebo varianta TAT a projektivní rozhovor	5 (alespoň 1 vyšetření musí být prezentováno a obhájeno na supervizním semináři)	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

SEZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ VE SPECIALIZOVANÉM VÝCVIKU OBORU DĚTSKÁ KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

Výkon	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Komplexní vyšetření dospívajících (13–18 let) obsahující kompletní vyšetření kognitivních schopností (s využitím Wechslerových souborů a testů speciálních schopností) a osobnosti (včetně diagnostického rozhovoru, projektivních metod a alespoň jedné metody dotazníkové)	5 (alespoň 1 vyšetření musí být prezentováno a obhájeno na supervizním semináři)	
Komplexní vyšetření (psychické funkce, paměť, pozornost, osobnost, rodinné vztahy atd.) v rámci diferenciatní diagnostiky. Věk 0–18 let	20	
Psychotherapie individuální, event. krizová intervence nebo individuální klinické poradenství (věk 0–18 let) nejméně v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců	20 pacientů	
Návrh komplexního léčebného nebo rehabilitačního programu, včetně návrhu školního zařazení či speciálně pedagogické péče	20 pacientů	
Rodinné klinicko-psychologické poradenské vedení nebo rodinná terapie	20 sezení	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

ZÁZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ A JEJICH ČETNOST NEBO DÉLKA BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU V KLINICKÉ PSYCHOLOGII

Typ provedeného výkonu: PSYCHOPATOLOGICKÝ NÁLEZ — popis pacienta ve věku 0–18 let: jeho vzezření a chování, popis jeho rozumových funkcí, emotivity, motoriky, vůle apod., terminologií obecné psychopatologie

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: KLINICKÉ ČI VÝZKUMNÉ POSOUZENÍ SPONTÁNNÍ NEBO STRUKTUROVANÉ HRY DÍTĚTE NEBO POSOUZENÍ KVALITY RODINNÉ INTERAKCE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 0 DO 3 LET VĚKU, obsaženo musí být posouzení vývojové úrovně a hodnocení vývojového profilu (Gesell, Bayleyová); hodnocení rodinných vztahů na základě přímého pozorování interakce; hodnocení osobnostních / temperamentových charakteristik dítěte

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Alespoň 1 vyšetření musí být prezentováno a obhájeno na supervizním semináři (označte * a datem semináře).

Typ provedeného výkonu: KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE OD 3 DO 6 LET VĚKU, obsaženo musí být posouzení vývojové úrovně nebo vyšetření inteligence u dětí do 6 let věku s využitím globální vývojové škály (Gesell, Bayleyová, Mnichovská vývojová diagnostika) nebo globálního inteligenčního souboru pro předškolní věk (SB-IV, TM-SB, K-ABC, McCarthy, SON-R ap.); hodnocení rodinných vztahů na základě přímého pozorování interakce a/nebo alespoň 2 klinických metod (kresebné metody, scénotest, projektivní rozhovor, varianty TAT, event. Bene-Anthony); hodnocení osobnostních charakteristik dítěte

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Alespoň 1 vyšetření musí být prezentováno a obhájeno na supervizním semináři (označte * a datem semináře).

Typ provedeného výkonu: KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU (7–13 LET) obsahující hodnocení schopností (s využitím globální individuální intelektové baterie a testů či škál speciálních schopností), osobnosti a rodinných vztahů (včetně diagnostického rozhovoru/hry s dítětem a rozhovoru s rodiči), k diagnostice osobnosti musí být použit ROR, scénotest nebo varianta TAT a projektivní rozhovor

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Alespoň 1 vyšetření musí být prezentováno a obhájeno na supervizním semináři (označte * a datem semináře).

Typ provedeného výkonu: KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DOSPÍVAJÍCÍCH (13–18 LET) obsahující kompletní vyšetření kognitivních schopností (s využitím Wechslerových souborů a testů speciálních schopností) a osobnosti (včetně diagnostického rozhovoru, projektivních metod a alespoň jedné metody dotazníkové)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Alespoň 1 vyšetření musí být prezentováno a obhájeno na supervizním semináři (označte * a datem semináře).

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ** (psychické funkce, paměť, pozornost, osobnost, rodinné vztahy atd.)
v rámci diferenciální diagnostiky. Věk 0–18 let

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ** (psychické funkce, paměť, pozornost, osobnost, rodinné vztahy atd.)
v rámci diferenciální diagnostiky. Věk 0–18 let

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ, event. krizová intervence nebo klinické poradenství (věk 0–18 let) nejméně v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ, event. krizová intervence nebo klinické poradenství (věk 0–18 let) nejméně v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: NÁVRH KOMPLEXNÍHO LÉČEBNÉHO NEBO REHABILITAČNÍHO PROGRAMU, VČETNĚ NÁVRHU ŠKOLNÍHO ZAŘAZENÍ ČI SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ PÉČE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: NÁVRH KOMPLEXNÍHO LÉČEBNÉHO NEBO REHABILITAČNÍHO PROGRAMU, VČETNĚ NÁVRHU ŠKOLNÍHO ZAŘAZENÍ ČI SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ PÉČE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Místo provedení výkonu (zdravotnické zařízení, adresa)	Datum provedení výkonu
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: RODINNÉ KLINICKO-PSYCHOLOGICKO PORADENSKÉ VEDENÍ NEBO RODINNÁ TERAPIE

Poř. číslo	Datum sezení	Název, adresa zdravotnického zařízení, kde se sezení konalo	Podpis školitele
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: RODINNÉ KLINICKO-PSYCHOLOGICKO PORADENSKÉ VEDENÍ NEBO RODINNÁ TERAPIE

Poř. číslo	Datum sezení	Název, adresa zdravotnického zařízení, kde se sezení konalo	Podpis školitele
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

POZNÁMKY

VZOR IPVZ