

NACIONALNI OBRAZEC ZA BELEŽENJE KOMPETENC

Ime in priimek: _____

Mesec, leto: _____

Medicinska fakulteta: _____

Delodajalec: _____

Vpisna številka: _____

Nadzorni mentor: _____

Obrazec je namenjen beleženju aktivnosti prostovoljnega in/ali študentskega dela v času obvladovanja širjenja nalezljive bolezni COVID-19 v Republiki Sloveniji. Obrazec je namenjen študentom medicinskih fakultet Univerze v Ljubljani in Univerze v Mariboru.

Delovišče: bolnišnica / socialnovarstveni zavod / zdravstveni dom / ostalo

(obkroži)

Opis dela, ki ga opravlja študent_ka:

Aktivnost	Datum*	Vrsta; opis izvedenih intervencij	št. ur**	Podpis mentorja
Vključevanje v tim zdravnikov (vizita, zdravniški sestanek, vključevanje v odločanje o obravnavi pacientov itd.)		<i>podrobnejši opis glede na tip delovišča</i>		
Vključevanje v negovalni tim - zagotavljanje temeljnih življenjskih aktivnosti (Dihanje in krvni obtok; prehranjevanje in pitje; izločanje in pitje; spanje in počitek, oblačenje in slačenje; vzdrževanje normalne telesne temperature; osebna higiena in urejenost; zagotavljanje varnega okolja; komunikacija in izražanje potreb, čustev; izražanje duhovnih potreb; delo in ustvarjalne zaposlitve; razvedrilo in rekreacija; učenje in skrb za lastno zdravje.)		<i>podrobnejši opis glede na 14 življenjskih aktivnosti</i>		

Aktivnost	Datum*	Vrsta; opis izvedenih intervencij	št. ur**	Podpis mentorja
Medicinsko-tehnični posegi in postopki (merjenje vitalnih funkcij (krvni tlak, frekvenca pulza, saturacija), EKG, KS; odvzem krvi, aplikacija terapije IV, IM ...)		<i>podrobnejši opis glede na tip delovišča</i>		
Delo na COVID oddelku (poznavanje sive, rdeče cone; prehajanje med conami, uporaba osebne varovalne opreme)		<i>podrobnejši opis glede na tip delovišča</i>		
Delo na vstopni triažni točki		<i>podrobnejši opis glede na tip delovišča</i>		
Delo v klicnem centru za potrebe obvladovanja širjenja nalezljive bolezni COVID-19		<i>podrobnejši opis glede na tip delovišča</i>		

Aktivnost (dodatno)	Datum*	Vrsta; opis izvedenih intervencij	št. ur**	Podpis mentorja
OPOMBE MENTORJA:				

* - V primeru, da gre za obdobje napišite datum od-do.

** - Prilagodljivo glede na primernost zapisa, v kolikor gre za dolgotrajno izvajanje, beležimo v številu ur, v primeru posameznih zdravstvenih postopkov pa v številu izvedb.