**Załącznik nr 8**

*WZÓR*

**Elektroniczna Karta Szkolenia Specjalizacyjnego**

*(Elektroniczną Kartę Szkolenia Specjalizacyjnego (EKS) wypełnia się w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych uzupełniając dane w odpowiednich rubrykach)*

**Dane znajdujące się na każdej stronie EKS**

Imię, drugie imię i nazwisko PESEL

 Numer wpisu do rejestru

Numer karty osób odbywających szkolenie Podmiot wydający kartę

szkolenia specjalizacyjnego specjalizacyjne szkolenia specjalizacyjnego

Dziedzina medycyny Kod dziedziny medycyny Status

**Dane podstawowe**

**Dane Osobowe**

Imię Drugie imię Nazwisko

PESEL Płeć

Dokument

potwierdzający tożsamość Numer dokumentu Kraj wydania

Miejscowość urodzenia Data urodzenia Obywatelstwo

**Adres**

Województwo Miejscowość Ulica

Kod pocztowy Nr domu Nr lokalu

**Adres korespondencyjny**

Województwo Miejscowość Ulica

Kod pocztowy Nr domu Nr lokalu

**Kontakt**

Telefon Adres email

**Uprawnienia Zawodowe**

Numer prawa

Wykonywania

Zawodu (PWZ) Podmiot wydający PWZ Numer seryjny PWZ

 Numer rejestracyjny

 w okręgowej izbie

Data wystawienia PWZ Miejsce wystawienia PWZ lekarskiej

Rodzaj PWZ Wystawca PWZ

**Posiadane specjalizacje**

 Stopień specjalizacji

Dziedzina medycyny lub tytuł zawodowy Data uzyskania

**Pozostałe dane**

Posiadany stopień naukowy Stopień wojskowy (dotyczy lekarzy

lub tytuł zawodowy będących żołnierzami w służbie czynnej)

**Informacje o skreśleniu** *(dotyczy lekarzy, którzy zostali skreśleni z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne)*

Data wydania decyzji Tryb wydania decyzji

 ☐ Skreślenie w trybie art. 16o ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.

 o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.)

 ☐ Skreślenie w wyniku zmiany dziedziny szkolenia specjalizacyjnego

Przedmiot i uzasadnienie decyzji

Organ wydający decyzję

Odwzorowanie cyfrowe decyzji o skreśleniu

**Dane szkolenia specjalizacyjnego**

**Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

Tryb odbywania szkolenia ☑ aktualny tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego

specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania

Powód zmiany trybu *(dotyczy osób, które zmieniały tryb)*

**Poprzedni tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego** *(dotyczy osób, które zmieniały tryb)*

Tryb odbywania szkolenia ☐ aktualny tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego

specjalizacyjnego

Data początku obowiązywania Data końca obowiązywania

**Podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego:**

Wnioskuję o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego na podstawie/w ramach: *(należy wybrać jedną z podstaw odbywania szkolenia specjalizacyjnego wymienionych w art. 16h ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty )*

Data zmiany

Poprzednia podstawa odbywania szkolenia specjalizacyjnego *(dotyczy osób, które zmieniły podstawę odbywania szkolenia specjalizacyjnego)*

**Okres szkolenia**

Planowana data rozpoczęcia szkolenia Planowana data zakończenia szkolenia

Rzeczywista data rozpoczęcia szkolenia Rzeczywista data zakończenia szkolenia

**Jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne**

**Obecna jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne**

Data początku obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Poprzednia jednostka akredytowana prowadząca szkolenie specjalizacyjne** *(dotyczy osób, które zmieniały miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego)*

Data początku obowiązywania Data końca obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Kierownik specjalizacji**

**Obecny kierownik specjalizacji**

Data początku

obowiązywania

Imię Drugie imię Nazwisko

Tytuł zawodowy Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

**Poprzedni kierownik specjalizacji** *(dotyczy osób, którym zmieniono kierownika specjalizacji)*

Data początku Data końca

obowiązywania obowiązywania

Imię Drugie imię Nazwisko

Tytuł zawodowy Numer PWZ

Zajmowane stanowisko

Posiadane specjalizacje

**Jednostka prowadząca moduł podstawowy (jeśli jest inna niż jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne)**

**Obecna jednostka akredytowana prowadząca moduł podstawowy**

Data początku obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Poprzednia jednostka akredytowana prowadząca moduł podstawowy** *(dotyczy osób, które zmieniły poprzednią jednostkę prowadzącą moduł podstawowy)*

Data początku obowiązywania Data końca obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Kierownik modułu podstawowego**

**Obecny kierownik modułu podstawowego**

Data początku

obowiązywania

Imię Drugie imię Nazwisko

Tytuł zawodowy Numer PWZ

**Poprzedni kierownik modułu podstawowego** *(dotyczy osób, którym zmieniono kierownika modułu podstawowego)*

Data początku Data końca

obowiązywania obowiązywania

Imię Drugie imię Nazwisko

Tytuł zawodowy Numer PWZ

**Jednostka prowadząca staż kierunkowy albo podstawowy**

**Nazwa i adres jednostki akredytowanej prowadzącej staż kierunkowy albo podstawowy**

Data początku Data końca

obowiązywania obowiązywania

Nazwa jednostki akredytowanej

Adres jednostki akredytowanej

Nazwa jednostki nadrzędnej

Adres jednostki nadrzędnej

**Kierownik stażu**

**Obecny kierownik stażu**

Data początku Data końca

obowiązywania obowiązywania

Imię Drugie imię Nazwisko

Tytuł zawodowy Numer PWZ

Numer PWZ

Nazwa stażu

**Adnotacje**

**Adnotacje o przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego**

Od dnia Do dnia

Przyczyna przedłużenia

Odwzorowanie cyfrowe dokumentu potwierdzającego przyczynę przedłużenia

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Adnotacje o dodatkowym przedłużeniu czasu trwania szkolenia specjalizacyjnego**

Od dnia Do dnia

Przyczyna przedłużenia

Odwzorowanie cyfrowe pozytywnej decyzji właściwego organu o przedłużeniu okresu szkolenia specjalizacyjnego

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Adnotacje o skróceniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego**

☐ Decyzja pozytywna ☐ Decyzja negatywna

 Okres skrócenia

Do dnia szkolenia specjalizacyjnego (dni) Data decyzji

Przyczyna skrócenia

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Adnotacje o uznaniu**

☐ Decyzja pozytywna ☐ Decyzja negatywna

Data decyzji Organ wydający decyzję

Przedmiot decyzji

Załącznik

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Program specjalizacji**

**Informacje podstawowe o programie specjalizacji**

Nazwa programu specjalizacji

Grupa zawodowa Dziedzina medycyny

Numer specjalizacji Numer wariantu programu specjalizacji

Data obowiązywania od Data obowiązywania do

Liczba dodatkowych dni

na samokształcenie

załącznik - program specjalizacji

**Moduły**

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

**Kursy specjalizacyjne**

Nazwa kursu

Numer specjalizacji Numer kolejny kursu Typ kursu

Liczba dni kursu Rok szkolenia

 ☐ Fakultatywny

**Staż kierunkowy**

Nazwa stażu

Liczba dni stażu Rok szkolenia

 ☐ Zrealizowano częściowo

**Szkolenie w zakresie wykonywania procedur i zabiegów medycznych**

Szczegółowe wymagania

Liczba procedur

**Procedura: (Nazwa procedury)**

Liczba procedur

Czas trwania samokształcenia Czas pełnienia dyżurów

Liczba dni urlopu Liczba dni wolnych od pracy

**Indeks wykonywanych zabiegów i procedur medycznych**

Nazwa modułu

Rodzaj modułu

Szczegółowe wymagania

 Liczba Liczba

Liczba procedur wykonanych procedur zaakceptowanych procedur

**Procedura: (Nazwa procedury)**

 Liczba Liczba

Liczba procedur wykonanych procedur zaakceptowanych procedur

**Wykonane zabiegi albo procedury medyczne**

**Zabieg albo procedura medyczna**

Miejsce wykonania zabiegu albo procedury medycznej

Nazwa stażu

Rok szkolenia Kod zabiegu albo

 procedury medycznej Data wykonania

Inicjały pacjenta Płeć pacjenta

Imię (imiona) i nazwisko osoby wykonującej zabieg albo procedurę medyczną

Imiona i nazwiska osób biorących udział w zabiegu albo procedurze medycznej jako pierwsza lub druga asysta

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Realizacja programu szkolenia specjalizacyjnego**

**I rok szkolenia** (analogicznie kolejne lata szkolenia)

**Kurs specjalizacyjny wprowadzający**

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia Numer kolejny kursu Data ukończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Kursy specjalizacyjne**

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia Numer kolejny kursu Data ukończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Staże kierunkowe**

Nazwa podmiotu prowadzącego staż

Nazwa komórki organizacyjnej

Nazwa stażu

Rok szkolenia Data rozpoczęcia Data zakończenia

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Zabiegi i procedury medyczne**

**Procedura: (nazwa procedury)**

 Liczba procedur

Liczba Liczba zaakceptowanych Kod zabiegu alboprocedury

wykonanych procedur procedur medycznej

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Formy samokształcenia**

Rok szkolenia

Rodzaj

Tytuł

Wydawnictwo

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Dyżury medyczne**

 Rok szkolenia Liczba godzin dyżuru Liczba minut dyżuru Data rozpoczęcia dyżuru

Nazwa komórki organizacyjnej

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Inne wymagania określone w programie specjalizacji**

Rok szkolenia

Spełnienie innych wymagań określonych w programie specjalizacji

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Potwierdzenie zrealizowania rocznego planu**

Rok szkolenia

Potwierdzenie zrealizowania rocznego planu

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Uwagi**

Uwagi

Dane osoby wprowadzającej uwagi

Data wprowadzenia uwag Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Kursy w zakresie zdrowia publicznego, ratownictwa medycznego oraz prawa medycznego**

Numer kursu

Nazwa kursu

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Rok szkolenia Numer kolejny kursu

Data ukończenia Data ważności

**Akceptacja**

 Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Wykonywane zabiegi i procedury medyczne**

**Procedura: (nazwa procedury)**

Liczba procedur

Liczba Liczba zaakceptowanych Kod zabiegu albo procedury

wykonanych procedur procedur medycznej

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Elementy do realizacji wskazane przez konsultanta krajowego**

**Zaliczenie modułu podstawowego**

Nazwa modułu

Moduł podstawowy został zaliczony:

☐ w ramach bieżącego szkolenia specjalizacyjnego

☐ w ramach innego szkolenia specjalizacyjnego

**Potwierdzenie zaliczenia modułu podstawowego**

Data zaliczenia

Potwierdzenie

**Załączniki**

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja

**Zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego**

Data zaliczenia

Potwierdzenie

**Akceptacja**

Data akceptacji Imię i nazwisko Pełniona funkcja