

Jméno a příjmení školence:

## K čemu slouží záznam provedených výkonů - logbook?

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

Evidence prováděných činností slouží školenci k monitorování postupu ve 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. Výpis z elektronické dokumentace nemůže nahradit zápis výkonů v logbooku, může být jen jeho event. přílohou. Uchazeč o atestační zkoušku musí být schopen doložit, že stanovené výkony skutečně na uvedeném pracovišti provedl. Pro splnění požadavků na praxi a stanovené výkony je možné toto absolvovat na více akreditovaných pracovištích, pokud nelze zajistit dostatečné spektrum pacientů a diagnóz. U seznamu výkonů bude uvedeno číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta a datum provedení výkonu. 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.

Vzdělávání v oboru urogynekologie probíhá v souladu s vyhl. č. 185/2009 Sb. podle vzdělávacího programu. Celková délka přípravy je minimálně 12 měsíců výcviku na akreditovaném zařízení.

Jméno a příjmení školence:



# **SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK**

Jméno a příjmení školence:

## SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK

Specializovaný výcvik - minimálně 12 měsíců						
Povinná praxe	od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
12 měsíců urogynekologie <sup>1), 2)</sup> - poskytovatel zdravotních služeb zabývající se diagnózou a léčbou inkontinence moče a descenzu pánevních orgánů všemi metodami uvedenými v logbooku, z toho:						
9 měsíců urogynekologie <sup>1)</sup> - poskytovatel zdravotních služeb s akreditací I. typu - zabývající se léčbou inkontinence moče a descenzu						
3 měsíce urogynekologie <sup>2)</sup> - poskytovatel zdravotních služeb s akreditací II. typu s akreditací EBCOG pro urogynologii (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) - zabývající se léčbou inkontinence moče a descenzu všemi metodami						

Jméno a příjmení školence:

### DOPORUČENÁ DOPLŇKOVÁ PRAXE

Doplňková praxe		od	do	počet měsíců	místo absolvování (akreditované zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
3 měsíce	urologie <sup>3), 4)</sup>						

Jméno a příjmení školence:

#### MINIMÁLNÍ POČTY VÝKONŮ PROVEDENÝCH BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU

Výkony	Počet	Počet provedených výkonů
Urogynekologická anamnéza s využitím dotazníků symptomatologických a QoL (Quality of Life)	100	
Posouzení výbavnosti základních reflexů anogenitální oblasti	20	
Fyzikální vyšetření se zaměřením na změny topiky a statiky malé pánve	100	
Klinické testy (PWT)	40	
Kalibrace a dilatace uretry	30	
Uretroskopie, cystoskopie	60	
Urodynamické vyšetření (cystometrie, profilometrie, uroflowmetrie - provedení a hodnocení)	100	
Ultrazvukové vyšetření (vaginální, introitální, perineální)	100	
Hodnocení nálezů a návrh léčby	100	
Přední poševní plastika	30	
Sutura análního svěrače	10	
Zadní poševní plastika, rekonstrukce hráze	30	
Závěs pochvy vaginální nebo abdominální cestou	10	
Rekonstrukce předního kompartmentu s použitím sítky	5	
Rekonstrukce zadního kompartmentu s použitím sítky	5	
Úplná rekonstrukce a závěs pochvy s použitím sítky	5	

Jméno a příjmení školence:

Volná poševní páska pro inkontinenci moči	30	
Kolpopexis Burch	3	
Epicystostomie	10	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

Jméno a příjmení školence:

### CELKOVÉ HODNOCENÍ ŠKOLENCE ŠKOLITELEM NA KONCI SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU

Hodnocení	neuspokojivé	uspokojivé	dobré	velmi dobré	výborné
Klinické dovednosti (anamnéza, vyšetření, léčba)					
Úroveň teoretických znalostí					
Komunikativní dovednosti (s pacienty, personálem)					
Organizační schopnosti, plnění svěřených úkolů					
Odborné a vědecké aktivity					
Motivace, smysl pro zodpovědnost					

**Datum:**

**Prohlášení školitele:**

Prohlašuji, že pan/í MUDr.

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: UROGYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA S VYUŽITÍM DOTAZNÍKŮ SYMPTOMATOLOGICKÝCH QoL  
(Quality of Life)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* UROGYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA S VYUŽITÍM DOTAZNÍKŮ SYMPTOMATOLOGICKÝCH QoL  
(Quality of Life)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* UROGYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA S VYUŽITÍM DOTAZNÍKŮ SYMPTOMATOLOGICKÝCH QoL  
(Quality of Life)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* UROGYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA S VYUŽITÍM DOTAZNÍKŮ SYMPTOMATOLOGICKÝCH QoL  
(Quality of Life)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* UROGYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA S VYUŽITÍM DOTAZNÍKŮ SYMPTOMATOLOGICKÝCH QoL  
(Quality of Life)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* POSOUZENÍ VÝBAVNOSTI ZÁKLADNÍCH REFLEXŮ ANOGENITÁLNÍ OBLASTI

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu: FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA ZMĚNY TOPIKY A STATIKY MALÉ PÁNVE*

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA ZMĚNY TOPIKY A STATIKY MALÉ PÁNVE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				



Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA ZMĚNY TOPIKY A STATIKY MALÉ PÁNVE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu: FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA ZMĚNY TOPIKY A STATIKY MALÉ PÁNVE*

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu: FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SE ZAMĚŘENÍM NA ZMĚNY TOPIKY A STATIKY MALÉ PÁNVE*

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **KLINICKÉ TESTY (PWT)**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

Typ provedeného výkonu: **KLINICKÉ TESTY (PWT)**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* KALIBRACE A DILATACE URETRY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* KALIBRACE A DILATACE URETRY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* URETROSKOPIE, CYSTOSKOPIE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				



Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* URETROSKOPIE, CYSTOSKOPIE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* URETROSKOPIE, CYSTOSKOPIE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ (CYSTOMETRIE, PROFILOMETRIE, UROFLOWMETRIE - PROVEDENÍ A HODNOCENÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ (CYSTOMETRIE, PROFILOMETRIE, UROFLOWMETRIE - PROVEDENÍ A HODNOCENÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ (CYSTOMETRIE, PROFILOMETRIE, UROFLOWMETRIE - PROVEDENÍ A HODNOCENÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ (CYSTOMETRIE, PROFILOMETRIE, UROFLOWMETRIE - PROVEDENÍ A HODNOCENÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* URODYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ (CYSTOMETRIE, PROFILOMETRIE, UROFLOWMETRIE - PROVEDENÍ A HODNOCENÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (VAGINÁLNÍ, INTROITÁLNÍ, PERINEÁLNÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				



Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (VAGINÁLNÍ, INTROITÁLNÍ, PERINEÁLNÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (VAGINÁLNÍ, INTROITÁLNÍ, PERINEÁLNÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (VAGINÁLNÍ, INTROITÁLNÍ, PERINEÁLNÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ (VAGINÁLNÍ, INTROITÁLNÍ, PERINEÁLNÍ)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* HODNOCENÍ NÁLEZŮ A NÁVRH LÉČBY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* HODNOCENÍ NÁLEZŮ A NÁVRH LÉČBY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* HODNOCENÍ NÁLEZŮ A NÁVRH LÉČBY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				
59.				
60.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* HODNOCENÍ NÁLEZŮ A NÁVRH LÉČBY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
76.				
77.				
78.				
79.				
80.				



Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* HODNOCENÍ NÁLEZŮ A NÁVRH LÉČBY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
81.				
82.				
83.				
84.				
85.				
86.				
87.				
88.				
89.				
90.				
91.				
92.				
93.				
94.				
95.				
96.				
97.				
98.				
99.				
100.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* PŘEDNÍ POŠEVNÍ PLASTIKA

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* PŘEDNÍ POŠEVNÍ PLASTIKA

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* SUTURA ANÁLNÍHO SVĚRAČE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ZADNÍ POŠEVNÍ PLASTIKA, REKONSTRUKCE HRÁZE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ZADNÍ POŠEVNÍ PLASTIKA, REKONSTRUKCE HRÁZE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ZÁVĚS POCHVY VAGINÁLNÍ NEBO ABDOMINÁLNÍ CESTOU

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* REKONSTRUKCE PŘEDNÍHO KOMPARTMENTU S POUŽITÍM SÍTKY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

*Typ provedeného výkonu:* REKONSTRUKCE ZADNÍHO KOMPARTMENTU S POUŽITÍM SÍTKY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				



Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* ÚPLNÁ REKONSTRUKCE A ZÁVĚS POCHVY S POUŽITÍM SÍTKY

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* VOLNÁ POŠEVNÍ PÁSKA PRO INKONTINENCI MOČI

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* VOLNÁ POŠEVNÍ PÁSKA PRO INKONTINENCI MOČI

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Jméno a příjmení školence:

*Typ provedeného výkonu:* KOLPOPEXIS BURCH

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				

*Typ provedeného výkonu:* EPICYSTOSTOMIE

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Jméno a příjmení školence:

### ÚČAST NA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH - POVINNÁ

Kurzy, semináře	Počet dní	Datum a místo konání
kurz Lékařská první pomoc <sup>5)</sup>	3	
kurz Základy zdravotnické legislativy, etiky a managementu <sup>5)</sup>	2	
kurz Prevence škodlivého užívání návykových látek (NL) a léčba závislostí <sup>5)</sup>	1	
kurz Radiační ochrana <sup>6)</sup>	1	
účast na mezinárodním nebo národním sympoziu nebo workshopu zaměřeného na problematiku urogynekologie	1x ročně	

Pokud školenc absolvoval kurzy Lékařská první pomoc a Základy zdravotnické legislativy, etiky a komunikace v rámci jiného vzdělávacího programu v době ne delší než 5 let, nemusí být absolvovány znovu a započítají se.

Pokud školenc absolvoval kurz Prevence škodlivého užívání návykových látek a léčba závislostí a Radiační ochrana v rámci jiného vzdělávacího programu v době ne delší než 10 let, nemusí být absolvovány znovu a započítají se.





Jméno a příjmení školence:

**POZNÁMKY**