



**UNIVERSITÀ  
DI TORINO**

SCUOLA DI MEDICINA  
CORSI DI LAUREA  
MAGISTRALE A C.U. IN  
MEDICINA E CHIRURGIA  
POLO TORINO

ORDINI PROVINCIALI  
DEI MEDICI CHIRURGHICI E DEGLI ODONTOIATRI  
DI TORINO, ASTI,  
ALESSANDRIA, BIELLA, CUNEO,  
VALLE D'AOSTA, VERBANO  
CUSIO OSSOLA

---

## LIBRETTO DI VALUTAZIONE DEL TIROCINIO DELL'ESAME DI STATO PER L'ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI MEDICO CHIRURGO

---

**Studente/Studentessa**

COGNOME e NOME TIROCINANTE

**Polo di afferenza del Corso di Studi**

MEDICINA E CHIRURGIA – SEDE TORINO

**Matricola N.**

INSERIRE IL PROPRIO NUMERO DI MATRICOLA

---

*Direzione Didattica e Servizi agli Studenti*

*Area Didattica e servizi agli Studenti Polo Medicina Torino*

*Corso Dogliotti 38 – 10126 Torino*



SCUOLA DI MEDICINA  
CORSI DI LAUREA  
MAGISTRALE A C.U. IN  
MEDICINA E CHIRURGIA

ORDINI PROVINCIALI  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DI TORINO, ASTI,  
ALESSANDRIA, BIELLA, CUNEO,  
VALLE D'AOSTA, VERBANO  
CUSIO OSSOLA

**Valutazione del tirocinio dell'esame di Stato  
per l'abilitazione alla professione di Medico chirurgo**

**Assessment of clinical placement of state qualifying exam  
for the profession of medical doctor**

**LIBRETTO DI VALUTAZIONE DEL/DELLA TIROCINANTE  
TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO DI AREA MEDICA**

**ASSESSMENT RECORD OF CLINICAL PLACEMENT IN  
MEDICAL AREA**

**Tirocinante/Student** COGNOME e NOME TIROCINANTE

**Tutor coordinatore - Coordinating tutor Dr./Prof.**

**Con riferimento alla delibera del  
22/10/2024 del CdS la figura del Tutor  
coordinatore coincide con la persona  
Responsabile di struttura.**

**ORGANIZZAZIONE DEL TIROCINIO DI AREA MEDICA -  
ORGANIZATION OF CLINICAL PLACEMENT IN MEDICAL AREA**

| Ore/hours                        | Struttura/Ward   | Tutor  | Insegnamento o altra AD a cui è associata la AFP / Connected learning activity, if any |
|----------------------------------|--|--|--|
| INSERIRE IL NUMERO DI ORE SVOLTE | NOME della STRUTTURA FREQUENTATA PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO  | INSERIRE IL NOMINATIVO DI CHI HA SVOLTO IL RUOLO DI TUTOR O DEL/DELLA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA | NON COMPILARE  |
| 100 ore                          | Medicina interna 4   | Prof. Milan  |  |
|                                  | se il tirocinio è stato svolto online durante il periodo pandemico, indicare la disciplina di afferenza (es. endocrinologia, diabetologia..) | se online inserire il nominativo del professore relativo al caso clinico svolto.                   |  |

Esempio compilazione

## TUTOR DELLA STRUTTURA/WARD TUTOR – AREA MEDICA/

INSERIRE IL NOMINATIVO DI CHI HA SVOLTO IL RUOLO DI TUTOR O DEL/DELLA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Attestazione della presenza del/della tirocinante e delle attività svolte/Confirmation of presence of student and activities completed

| Data/Date (dd/mm/yyyy)          | Orario/hours                               | Attività svolte/Activities completed   | Firma del/della tirocinante/Student's signature |
|---------------------------------|--|--|---|
| INSERIRE LA DATA DI SVOLGIMENTO | INSERIRE ORARIO DI INIZIO E ORARIO DI FINE | SPECIFICARE L'ATTIVITÀ SVOLTA GIORNALMENTE (Es. "attività di reparto", visita pazienti, ecc) | APPORRE LA PROPRIA FIRMA                        |
| <b>Esempio compilazione</b>     |  |  |   |
| 04/12/2023                      | 08.00-13.00                                | Visite in reparto  | Firma tirocinante                               |
| 05/12/2023                      | 08.30-13.30                                | Compilazione cartella clinica  | Firma tirocinante                               |
| 06/12/2023                      | 09.00-14.00                                | Visite in reparto  | Firma tirocinante                               |
| 07/12/2023                      | 08.00-13.00                                | Riunione di reparto e visita pazienti  | Firma tirocinante                               |
| 09/12/2023                      | 09.00-14.00                                | Cartella clinica   | Firma tirocinante                               |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |
|                                 |  |  |   |

### Parere *in itinere* relative all'andamento del tirocinio stesso/Ongoing opinion on clerkship progress

Il/La tirocinante dichiara di aver ricevuto dal/dalla tutor un parere *in itinere* relativo all'andamento del tirocinio/Student declares that he or she has received, from the tutor, an *ongoing* opinion about clerkship progress

| Data/Date           | Firma del/della tirocinante/Student's signature |
|---------------------|---|
| DATA FINE TIROCINIO | Firma tirocinante                               |

Firma e timbro del/della tutor/responsabile di struttura/Ward Tutor's signature and stamp (1)\_

FAR APPORRE TIMBRO E FIRMA DA CHI HA SVOLTO IL RUOLO DI TUTOR CHE PUÒ COINCIDERE CON IL /LA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Compilato dal/dalla Tutor di struttura anche se in questa sezione il proprio libretto porta la dicitura "Firma del/della Tutor Coordinatore)

## Valutazione del/della candidato/a

## Assessment of candidate

Per una VALUTAZIONE POSITIVA utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a: A: Eccellente; B: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente; F: insufficiente  
Per una valutazione NEGATIVA utilizzare la lettera **F**

For a POSITIVE EVALUTION use a letter with the following values: A: Excellent, B: Very good, C: Good, D: Satisfactory, E: Sufficient, F: Insufficient.  
For a NEGATIVE EVALUATION use the letter **F**

| Componenti della professione medica/Aspect of medical profession   | VALUTAZIONE/<br>EVALUATION   |
|--|--|
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso) /<br>Puts good practices into action with regards to doctor-patient rapport (conversation, relationship, information, clarity, consent acquisition)  | <b>LA<br/>VALUTAZIONE<br/>DEVE ESSERE<br/>EFFETTUATA<br/>DA CHI HA<br/>SVOLTO IL<br/>RUOLO DI<br/>TUTOR CHE<br/>PUO'<br/>COINCIDERE<br/>CON IL/LA<br/>RESPONSABILE<br/>DELLA<br/>STRUTTURA</b> |
| Ha la capacità di raccogliere l'anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale /<br>Has the ability to collect a medical history and perform an physical examination in an outpatient setting  |  |
| Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: la capacità di individuare i problemi prioritari o urgenti e quelli secondari e la capacità di proporre ipotesi diagnostiche e di individuare gli accertamenti diagnostici dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi /<br>Knows how to apply clinical reasoning, namely, the ability to prioritize urgent and secondary problems, propose diagnostic hypotheses, identify diagnostic tests with better sensitivity and specificity to confirm or reject hypotheses |  |
| È in grado di interpretare gli esami di laboratorio /<br>Can interpret laboratory exams  |  |
| E' in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini /<br>Can interpret medical reports of imaging tests  |  |
| Si orienta sui processi decisionali relativi al trattamento farmacologico e non /<br>Is oriented toward decision processes for pharmacological or non-pharmacological treatment  |  |
| È in grado di compilare il rapporto di accettazione/dimissione del ricovero e in grado di compilare la lettera di dimissione /<br>Can complete admission/discharge reports as well as discharge letters  |  |
| È in grado di valutare l'appropriatezza dell'indicazione al ricovero e indicare percorsi di riabilitazione o di ricovero protetto in altre strutture /<br>Can assess properly indications to hospitalization, rehabilitation, and admissions to protected recovery in other structures   |  |
| Si dimostra capace di inquadrare il motivo del ricovero nel complesso delle eventuali cronicità, altre criticità e fragilità dei pazienti /<br>Demonstrates the ability to contextualize the reason for hospitalization, taking into account chronicity, criticality, and patient fragility  |  |
| Sa indicare azioni di prevenzione e di educazione sanitaria /<br>Knows when preventative and educational actions are indicated   |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza circa l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regionale /<br>Demonstrates knowledge and awareness about the organization of the national and regional health systems   |  |

Firma e timbro del/della tutor/responsabile di struttura/Ward Tutor's signature and stamp (1)\_

**FAR APPORRE TIMBRO E FIRMA DA CHI HA SVOLTO IL  
RUOLO DI TUTOR CHE PUÒ COINCIDERE CON IL /LA  
RESPONSABILE DELLA STRUTTURA**

5

**Compilato dal/dalla Tutor di struttura** anche se in questa sezione il proprio libretto porta la dicitura "Firma del/della Tutor Coordinatore)

|   |  |
|---|--|
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario /<br>Respects starting and ending times, dresses appropriately for the role, and brings all necessities |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole del reparto (o ambulatorio) /<br>Demonstrates knowledge and awareness of ward (or clinic) rules   |  |
| Interagisce correttamente col personale medico, infermieristico e tecnico del reparto /<br>Interacts properly with medical personnel, nurses, and technicians in the ward   |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza dei diversi ruoli e compiti dei membri dell'equipe /<br>Demonstrates knowledge and awareness of various roles and tasks of team members  |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo (fa domande, si propone per svolgere attività) /<br>Demonstrates active behavior (asks questions, candidate him/herself for activities)  |  |

Data/Date: \_\_\_\_\_

---

Firma e timbro del/della tutor/responsabile di struttura/Ward Tutor's signature and stamp (1)\_

**FAR APPORRE TIMBRO E FIRMA DA CHI HA SVOLTO IL  
RUOLO DI TUTOR CHE PUÒ COINCIDERE CON IL /LA  
RESPONSABILE DELLA STRUTTURA**

6

**Compilato dal/dalla Tutor di struttura** anche se in questa sezione il proprio libretto porta la dicitura "Firma del/della Tutor Coordinatore)

TUTOR DELLA STRUTTURA/WARD TUTOR – AREA MEDICA/MEDICAL AREA (2)

INSERIRE IL NOMINATIVO DEL/DELLA DOCENTE PROponente IL CASO CLINICO

Attestazione della presenza del/della tirocinante e delle attività svolte/Confirmation of presence of student and activities completed

| Data/Date (dd/mm/yyyy)                                      | Orario/hours   | Attività svolte/Activities completed   | Firma del/della tirocinante/Student's signature |
|---|--|--|---|
| SETTIMANA DI ISCRIZIONE PER LO SVOLGIMENTO DEL CASO CLINICO | DATA DI CONSEGNA RELAZIONE E DATA DELLA DISCUSSIONE WEBEX CASO CLINICO | NOME CASO CLINICO SVOLTO<br><br><i>*è importante compilare su pagine diverse del libretto le informazioni relative ai casi clinici svolti con docenti differenti</i> |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |
|   |  |  |   |

Parere *in itinere* relative all'andamento del tirocinio stesso/Ongoing opinion on clerkship progress

Il/La tirocinante dichiara di aver ricevuto dal/dalla tutor un parere *in itinere* relativo all'andamento del tirocinio/Student declares that he or she has received, from the tutor, an *ongoing* opinion about clerkship progress

| Data/Date     | Firma del/della tirocinante/Student's signature |
|---------------|---|
| Non compilare |   |

Firma e timbro del tutor/responsabile di struttura /Ward Tutor's signature and stamp (2)

NON COMPILARE se si è svolto un caso clinico online durante il periodo pandemico

**Es. compilazione *Se si è svolto un caso clinico online durante il periodo pandemico***

**Valutazione del/della candidato/a**

**Assessment of candidate**

Per una VALUTAZIONE POSITIVA utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a: A: Eccellente; B: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente; F: insufficiente  
 Per una valutazione NEGATIVA utilizzare la lettera **F**

For a POSITIVE EVALUTION use a letter with the following values: A: Excellent, B: Very good, C: Good, D: Satisfactory, E: Sufficient, F: Insufficient.  
 For a NEGATIVE EVALUATION use the letter **F**

| Componenti della professione medica/Aspect of medical profession   | VALUTAZIONE /EVALUATION   |
|--|---|
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso) /<br>Puts good practices into action with regards to doctor-patient rapport (conversation, relationship, information, clarity, consent acquisition)  | <p><b>NON COMPILARE QUESTA PARTE</b><br/> <i>Se si è svolto un caso clinico online durante il periodo pandemico</i></p> |
| Ha la capacità di raccogliere l'anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale /<br>Has the ability to collect a medical history and perform an physical examination in an outpatient setting  |   |
| Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: la capacità di individuare i problemi prioritari o urgenti e quelli secondari e la capacità di proporre ipotesi diagnostiche e di individuare gli accertamenti diagnostici dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi /<br>Knows how to apply clinical reasoning, namely, the ability to prioritize urgent and secondary problems, propose diagnostic hypotheses, identify diagnostic tests with better sensitivity and specificity to confirm or reject hypotheses |   |
| È in grado di interpretare gli esami di laboratorio /<br>Can interpret laboratory exams  |   |
| E' in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini /<br>Can interpret medical reports of imaging tests  |   |
| Si orienta sui processi decisionali relativi al trattamento farmacologico e non /<br>Is oriented toward decision processes for pharmacological or non-pharmacological treatment  |   |
| È in grado di compilare il rapporto di accettazione/dimissione del ricovero e in grado di compilare la lettera di dimissione /<br>Can complete admission/discharge reports as well as discharge letters  |   |
| È in grado di valutare l'appropriatezza dell'indicazione al ricovero e indicare percorsi di riabilitazione o di ricovero protetto in altre strutture /<br>Can assess properly indications to hospitalization, rehabilitation, and admissions to protected recovery in other structures   |   |
| Si dimostra capace di inquadrare il motivo del ricovero nel complesso delle eventuali cronicità, altre criticità e fragilità dei pazienti /<br>Demonstrates the ability to contextualize the reason for hospitalization, taking into account chronicity, criticality, and patient fragility  |   |
| Sa indicare azioni di prevenzione e di educazione sanitaria /<br>Knows when preventative and educational actions are indicated   |   |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza circa l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regionale /<br>Demonstrates knowledge and awareness about the organization of the national and regional health systems   |   |

Firma e timbro del tutor/responsabile di struttura /Ward Tutor's signature and stamp (2)

**NON COMPILARE se si è svolto un caso clinico online durante il periodo pandemico**



**Es. compilazione *Se si è svolto un caso clinico online durante il periodo pandemico***

|   |  |
|---|--|
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario /<br>Respects starting and ending times, dresses appropriately for the role, and brings all necessities |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole del reparto (o ambulatorio) /<br>Demonstrates knowledge and awareness of ward (or clinic) rules   |  |
| Interagisce correttamente col personale medico, infermieristico e tecnico del reparto /<br>Interacts properly with medical personnel, nurses, and technicians in the ward   |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza dei diversi ruoli e compiti dei membri dell'equipe /<br>Demonstrates knowledge and awareness of various roles and tasks of team members  |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo (fa domande, si propone per svolgere attività) / Demonstrates active behavior (asks questions, candidate him/herself for activities)   |  |

Data/Date: \_\_\_\_\_

**RIPORTARE LA FRASE  
"LA VALUTAZIONE DOCENTI PER I CASI CLINICI ONLINE È STATA  
ACQUISITA D'UFFICIO"**

Firma e timbro del tutor/responsabile di struttura /Ward Tutor's signature and stamp (2) \_\_\_\_\_

**NON COMPILARE se si è svolto un caso clinico online durante il periodo pandemico**

---

Firma e timbro del tutor/responsabile di struttura /Ward Tutor's signature and stamp (5)\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE FINALE DEL/DELLA CANDIDATO/A**  
**PER IL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO DI**  
**AREA MEDICA DA PARTE DEL/DELLA COORDINATORE/COORDINATRICE**

**FINAL ASSESSMENT OF CANDIDATE FOR CLINICAL PLACEMENT**  
**IN MEDICAL AREA, BY COORDINATOR**

**Tirocinante/Student:** COGNOME e NOME

**Tutor coordinatore/coordinatrice - Coordinating tutor Dr.**  
**Valutazione del/della candidato/Assessment of candidate**

Per una VALUTAZIONE POSITIVA utilizzare un punteggio sintetico in lettere  
 B: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente; F: insufficiente  
 Per una valutazione NEGATIVA utilizzare la lettera **F**

For a POSITIVE EVALUTION use a letter with the following values: A: Excellent  
 E: Sufficient, F: Insufficient.  
 For a NEGATIVE EVALUATION use the letter **F**

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP

| Componenti della professione medica/Aspect of medical profession   | EVALUATION |
|--|------------|
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso) /<br>Puts good practices into action with regards to doctor-patient rapport (conversation, relationship, information, clarity, consent acquisition)  |            |
| Ha la capacità di raccogliere l'anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale /<br>Has the ability to collect a medical history and perform an physical examination in an outpatient setting  |            |
| Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: la capacità di individuare i problemi urgenti e quelli secondari e la capacità di proporre ipotesi diagnostiche e di indicare accertamenti diagnostici dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare ipotesi /<br>Knows how to apply clinical reasoning, namely, the ability to prioritize urgent problems, propose diagnostic hypotheses, identify diagnostic tests with better specificity to confirm or reject hypotheses |            |
| È in grado di interpretare gli esami di laboratorio /<br>Can interpret laboratory exams  |            |
| E' in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini /<br>Can interpret medical reports of imaging tests  |            |
| Si orienta sui processi decisionali relativi al trattamento farmacologico e non /<br>Is oriented toward decision processes for pharmacological or non-pharmacological  |            |
| È in grado di compilare il rapporto di accettazione/dimissione del ricovero e in compilare la lettera di dimissione /<br>Can complete admission/discharge reports as well as discharge letters   |            |

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP

Firma e timbro del tutor coordinatore/coordinatrice - Coordinating Tutor's signature and stamp

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP

|   |  |
|---|--|
| È in grado di valutare l'appropriatezza dell'indicazione al ricovero e indicare percorsi di riabilitazione o di ricovero protetto in altre strutture /<br>Can assess properly indications to hospitalization, rehabilitation, and admissions to protected recovery in other structures      |  |
| Si dimostra capace di inquadrare il motivo del ricovero nel complesso delle eventuali cronicità, altre criticità e fragilità dei pazienti /<br>Demonstrates the ability to contextualize the reason for hospitalization, taking into account chronicity, criticality, and patient fragility |  |
| Sa indicare azioni di prevenzione e di educazione sanitaria /<br>Knows when preventative and educational actions are indicated  |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza circa l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regionale /<br>Demonstrates knowledge and awareness about the organization of the national and regional health systems  |  |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario /<br>Respects starting and ending times, dresses appropriately for the role, and brings all necessities   |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole del reparto (o ambulatorio) /<br>Demonstrates knowledge and awareness of ward (or clinic) rules   |  |
| Interagisce correttamente col personale medico, infermieristico e tecnico del reparto /<br>Interacts properly with medical personnel, nurses, and technicians in the ward   |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza dei diversi ruoli e compiti dei membri dell'equipe /<br>Demonstrates knowledge and awareness of various roles and tasks of team members  |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo (fa domande, si propone per svolgere attività) / Demonstrates active behavior (asks questions, candidate him/herself for activities)   |  |

## Valutazione finale per il tirocinio in Area Medica / Final assessment for clinical placement in Medical area

|                         |                                      |
|-------------------------|--------------------------------------|
| <b>IDONEO/QUALIFIED</b> | <b>NON IDONEO/<br/>NOT QUALIFIED</b> |
|-------------------------|--------------------------------------|

Data/Date: \_\_\_\_\_

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP

Firma e timbro del tutor coordinatore/coordinatrice - Coordinating Tutor's signature and stamp

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP



UNIVERSITÀ  
DI TORINO

SCUOLA DI MEDICINA  
CORSI DI LAUREA  
MAGISTRALE A C.U. IN  
MEDICINA E CHIRURGIA

ORDINI PROVINCIALI  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DI TORINO, ASTI,  
ALESSANDRIA, BIELLA, CUNEO,  
VALLE D'AOSTA, VERBANO  
CUSIO OSSOLA

**Valutazione del tirocinio dell'esame di Stato  
per l'abilitazione alla professione di Medico chirurgo**

**Assessment of clinical placement of state qualifying exam  
for the profession of medical doctor**

**LIBRETTO DI VALUTAZIONE DEL/DELLA TIROCINANTE  
TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO DI AREA CHIRURGICA**

**ASSESSMENT RECORD OF CLINICAL PLACEMENT IN  
SURGICAL AREA**

**Tirocinante/Student**

COGNOME e NOME

**Tutor coordinatore/coordinatrice - Coordinating tutor Dr**

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP

**ORGANIZZAZIONE DEL TIROCINIO DI AREA CHIRURGICA  
ORGANIZATION OF CLINICAL PLACEMENT IN SURGICAL AREA**

| Ore/hours                           | Struttura/Ward  | Tutor   | Insegnamento o altra AD a cui è associata la AFP / Connected learning activity, if any |
|-------------------------------------|---|---|--|
| INSERIRE NUMERO DI ORE SVOLTE (100) | REPARTO IN CUI È STATO SVOLTO IL TIROCINIO  | INSERIRE IL NOME DEL/DELLA TUTOR DA CUI SI È STATI SEGUITI NELLO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO O DAL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA |  |
|                                     | se svolti online durante il periodo pandemico, indicare la disciplina di afferenza (es. endocrinologia, gastroenterologia, ...) | se online inserire il nome del professore relativo al caso clinico svolto.  |  |

Firma e timbro del/della tutor/responsabile di struttura/Ward Tutor's signature and stamp (1)\_

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP

Compilare il libretto per le pagine riferite all'area chirurgica seguendo le indicazioni precisate più sopra per l'area medica

---

Firma e timbro del/della tutor/responsabile di struttura/Ward Tutor's signature and stamp (1)\_

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP

---

Firma e timbro del/della tutor/responsabile di struttura/Ward Tutor's signature and stamp (1)\_

Come da delibera del CCL del 22.10.2024 qualora il tirocinio sia stato interamente svolto presso un'unica struttura le parti riservate al/alla tutor coordinatore/coordinatrice sono da compilare, firmare e timbrare a cura del/della Responsabile di struttura. Eventuali firme mancanti relativamente a tirocini svolti in date precedenti alla delibera verranno acquisite dalla Sezione OTP



UNIVERSITÀ  
DI TORINO

SCUOLA DI MEDICINA  
CORSI DI LAUREA  
MAGISTRALE A C.U. IN  
MEDICINA E CHIRURGIA

ORDINI PROVINCIALI  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DI TORINO, ASTI,  
ALESSANDRIA, BIELLA, CUNEO,  
VALLE D'AOSTA, VERBANO  
CUSIO OSSOLA

**Valutazione del tirocinio dell'esame di Stato  
per l'abilitazione alla professione di Medico chirurgo**

-

**Assessment of clinical placement of state qualifying exam  
for the profession of medical doctor**

---

**LIBRETTO DI VALUTAZIONE DEL/DELLA TIROCINANTE**  
**TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

-

**ASSESSMENT RECORD OF STUDENT**  
**CLINICAL PLACEMENT IN GENERAL MEDICINE AREA**

---

**Tirocinante/Student**

**Medico/a di Medicina Generale/General Practitioner**

---

Firma e timbro del Medico di Medicina Generale / General Practitioner signature

**FAR APPORRE TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO O DELLA MEDICA DI MEDICINA GENERALE, ANCHE IN CASO  
NON SIA SPECIFICATO ESPRESSAMENTE NEL LIBRETTO DI CUI SI È IN POSSESSO**



**VALUTAZIONE FINALE DEL/DELLA CANDIDATO/A PER IL TIROCINIO PRATICO-  
VALUTATIVO**

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

**FINAL ASSESSMENT OF CANDIDATE FOR CLINICAL PLACEMENT  
IN GENERAL MEDICINE AREA, BY COORDINATOR**

**Tirocinante/Student:**

**Medico di Medicina Generale/General Practitioner**

**Valutazione del/della candidato/a  
Assessment of candidate**

**INSERIRE IL NOMINATIVO DEL MEDICO O DELLA MEDICA DI  
MEDICINA GENERALE PRESSO CUI SI È SVOLTO IL TIROCINIO**

Per una VALUTAZIONE POSITIVA utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a: A: Eccellente; B: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente; F: insufficiente  
Per una valutazione NEGATIVA utilizzare la lettera **F**

For a POSITIVE EVALUTION use a letter with the following values: A: Excellent, B: Very good, C: Good, D: Satisfactory, E: Sufficient, F: Insufficient.  
For a NEGATIVE EVALUATION use the letter **F**

| <b>Componenti della professione medica / Aspect of medical profession</b>   | <b>VALUTAZIONE/EVALUATION</b>   |
|---|---|
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente, sa gestire l'accoglienza e strutturare la consultazione (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso) /<br>Puts good practices into action with regards to doctor-patient rapport (conversation, relationship, information, clarity, consent acquisition)  | <b>LA<br/>VALUTAZIONE<br/>DEVE ESSERE<br/>EFFETTAUTA<br/>DAL MEDICO<br/>O DALLA<br/>MEDICA DI<br/>MEDICINA<br/>GENERALE</b> |
| Ha la capacità di raccogliere l'anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale e domiciliare /<br>Has the ability to collect a medical history and perform an physical examination in an outpatient setting   |   |
| Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: è in grado di individuare i motivi della richiesta di aiuto e la natura e priorità del problema /<br>Knows how to apply clinical reasoning, namely, the ability to prioritize urgent and secondary problems, propose diagnostic hypotheses, identify diagnostic tests with better sensitivity and specificity to confirm or reject hypotheses |   |
| È in grado di valutare le urgenze ed individuare le necessità per un ricovero ospedaliero /<br>Can assess properly indications to hospitalization, rehabilitation, and admissions to protected recovery in other structures   |   |
| E' in grado di proporre ipotesi diagnostiche e di individuare gli accertamenti diagnostici di primo livello dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi<br>Knows how to propose diagnostic hypotheses and identify first-level diagnostic tests with the best sensitivity and specificity to confirm or reject hypotheses                                   |   |
| È in grado di interpretare gli esami di laboratorio /   |   |

Firma e timbro del Medico di Medicina Generale / General Practitioner signature

**FAR APPORRE TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO O DELLA MEDICA DI MEDICINA GENERALE, ANCHE IN CASO  
NON SIA SPECIFICATO ESPRESSAMENTE NEL LIBRETTO DI CUI SI È IN POSSESSO**

|  |  |
|--|--|
| Can interpret laboratory exams   |  |
| E' in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini /<br>Can interpret medical reports of imaging tests  |  |
| Si orienta sui processi decisionali relativi alla prescrizione di un corretto trattamento e sulla richiesta di una consulenza specialistica /<br>Is oriented toward decision processes for pharmacological or non-pharmacological treatment                        |  |
| È in grado di saper svolgere attività di controllo sull'adesione alla terapia da parte del paziente e programmare il monitoraggio e il follow up<br>Can carry out monitoring activities on the patient's compliance with therapy and plan monitoring and follow up |  |
| Conosce le problematiche del paziente cronico con comorbidità in terapia plurifarmacologica<br>Knows the problems of chronic patient with co-morbidities on multi-drugs treatment  |  |
| Dimostra conoscenza circa l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale e sulle principali norme burocratiche e prescrittive / Demonstrates knowledge and awareness about the organization of the national and regional health systems             |  |
| E' in grado di utilizzare la cartella clinica informatizzata e conosce i sistemi informativi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale<br>Can use the computerized medical record and knows the information systems of the National and Regional Health Service |  |
| Sa indicare azioni di prevenzione, di promozione della salute e corretti stili di vita /<br>Knows when preventative and educational actions are indicated  |  |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario /<br>Respects starting and ending times, dresses appropriately for the role, and brings all necessities  |  |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole di organizzazione e funzionamento dello studio medico /<br>Demonstrates knowledge and awareness of various roles and tasks of team members   |  |
| Interagisce correttamente col personale di segreteria ed infermieristico dello studio del medico di medicina generale /<br>Interacts properly with medical personnel, nurses, and technicians in the ward  |  |
| Dimostra un atteggiamento attivo e collaborativo (fa domande, si propone per svolgere attività) /<br>Demonstrates active behavior (asks questions, candidate him/herself for activities)   |  |

### Valutazione finale per il tirocinio Medico di Medicina Generale /

### Final assessment for clinical placement in General Medicine

|                         |                                      |
|-------------------------|--------------------------------------|
| <b>IDONEO/QUALIFIED</b> | <b>NON IDONEO/<br/>NOT QUALIFIED</b> |
|-------------------------|--------------------------------------|

Data/Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro del Medico di Medicina Generale / General Practitioner signature

**FAR APPORRE TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO O DELLA MEDICA DI MEDICINA GENERALE, ANCHE IN CASO NON SIA SPECIFICATO ESPRESSAMENTE NEL LIBRETTO DI CUI SI È IN POSSESSO**