

Denominazione del tirocinio:  
**TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE DI CHIRURGIA – IV ANNO**

Codice del tirocinio: **SME0933– 4 CFU**

Presidio ospedaliero **ASO Mauriziano**.

Struttura sanitaria **S.c. Chirurgia plastica- Dott. Balocco Paolo**

Periodo di frequenza dal **07/10/2024** al **18/10/2024 A.A 2024/2025**



**DIARIO GIORNALIERO DELLE ATTIVITA' SVOLTE**

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL/DELLA TUTORE / DOCENTE
<b>Specificare quotidianamente l'attività svolta</b>	07/10/2024	Dalle ore 08.00 alle ore 16.00	FIRMA DEL TUTOR
<b>Specificare quotidianamente l'attività svolta</b>	08/10/2024	Dalle ore 08.00 alle ore 16.00	FIRMA DEL TUTOR
<b>Specificare quotidianamente l'attività svolta</b>	18/10/2024	Dalle ore 08.00 alle ore 16.00	FIRMA DEL TUTOR

1

---

<sup>1</sup> Libretto certificativo per l'Attività di Tirocinio Professionalizzante

## ATTIVITA' ED OBIETTIVI

1. Esame obiettivo chirurgico
2. Conoscenza quadranti addominali
3. Conoscenza: area ottusità epatica, area di Traube, segni di Blumberg, Murphy, Giordano, Rowsing, Troisier, Curvoisier, Mc Burney
4. Tecnica medicazione ferite
5. Tecnica rimozione punti.

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

**DEVE COMPILARLO IL RESPONSABILE DI STRUTTURA**

- Esame obiettivo chirurgico  
 INSUFFICIENTE       SUFFICIENTE       BUONA       OTTIMA
- Conoscenza quadranti addominali  
 INSUFFICIENTE       SUFFICIENTE       BUONA       OTTIMA
- Conoscenza: area ottusità epatica, area di Traube, segni di Blumberg, Murphy, Giordano, Rowsing, Troisier, Curvoisier, Mc Burney  
 INSUFFICIENTE       SUFFICIENTE       BUONA       OTTIMA
- Tecnica medicazione ferite  
 INSUFFICIENTE       SUFFICIENTE       BUONA       OTTIMA
- Tecnica rimozione punti  
 INSUFFICIENTE       SUFFICIENTE       BUONA       OTTIMA

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLO STUDENTE / DELLA STUDENTESSA

Come valuto il tirocinio:

Spazio dedicato alla valutazione del tirocinio da parte dello **STUDENTE**

.....  
.....  
.....  
.....<sup>2</sup>  
.....

<sup>2</sup> Libretto certificativo per l'Attività di Tirocinio Professionalizzante

**VISTO E TIMBRO DEL/DELLA RESPONSABILE DI  
STRUTTURA**

**Giudizio relativo al periodo**

**VA COMPILATO DEL RESPONSABILE DI  
STRUTTURA CON UNA CROCE SULLA  
DICITURA "IDONEO"**

<input type="checkbox"/> IDONEO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO
---------------------------------	-------------------------------------

<sup>3</sup>

**Prof. SCRIVERE IL NOME E COGNOME DEL  
RESPONSABILE DELLA STRUTTURA IN MODO  
LEGGIBILE**

.....  
(scrivere in stampatello)

**Firma IMPORTANTE DA FAR FIRMARE  
IMPERATIVAMENTE AL RESPONSABILE DI  
STRUTTURA**

.....