



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

**DIREZIONE DIDATTICA E SERVIZI AGLI
STUDENTI**

C.so Dogliotti, 38 – 10126 – Torino
Tel. 011 6705498 Fax. 011 2361088

Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia
Polo di Torino

**LIBRETTO CERTIFICATIVO PER L'ATTIVITÀ
DI TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE**

Studente/Studentessa _____

Matricola _____



Protocollo operativo per la sicurezza e della salute degli studenti frequentatori e delle studentesse frequentatrici delle strutture sanitarie e dei laboratori

Gli studenti e le studentesse iscritti/e al Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia hanno l'obbligo di frequentare tutti i tirocini professionalizzanti previsti nel proprio piano degli studi seguendo le indicazioni del **Protocollo operativo per la sicurezza e della salute degli studenti e delle studentesse** pubblicato sul sito campusnet del corso di studi <https://medchirurgia.campusnet.unito.it/> alla voce "Tirocini e stage".



Denominazione del tirocinio:

TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE SEMEIOTICA CHIRURGICA– III ANNO

Codice del tirocinio: SME0930– 2 CFU

Presidio ospedaliero

Struttura sanitaria

Periodo di frequenza dal al..... A.A. /.....

DIARIO GIORNALIERO DELLE ATTIVITA' SVOLTE

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL/DELLA TUTOR / DOCENTE



ATTIVITA' ED OBIETTIVI

1. Essere in grado di distinguere tra sintomi e segni di presentazione delle patologie nel singolo paziente;
2. essere in grado di eseguire le manovre fondamentali dell'esame obiettivo, in particolare per le patologie più comuni di interesse chirurgico;
3. essere in grado di conoscere il significato dei risultati degli esami ematochimici e strumentali di base;
4. essere in grado di utilizzare una terminologia corretta nell'esprimere i risultati dell'esame obiettivo;
5. essere in grado di leggere la Cartella Clinica, comprendendone il significato.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

- essere in grado di distinguere tra sintomi e segni di presentazione delle patologie nel singolo paziente
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- essere in grado di eseguire le manovre fondamentali dell'esame obiettivo, in particolare per le patologie più comuni di interesse chirurgico
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- essere in grado di conoscere il significato dei risultati degli esami ematochimici e strumentali di base
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- essere in grado di utilizzare una terminologia corretta nell'esprimere i risultati dell'esame obiettivo
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- essere in grado di leggere la Cartella Clinica, comprendendone il significato
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLO STUDENTE / DELLA STUDENTESSA

Come valuto il tirocinio:

.....
.....
.....

Giudizio relativo al periodo

IDONEO

NON IDONEO

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

Prof.
(scrivere in stampatello)

Firma



Denominazione del tirocinio:
TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE SEMEIOTICA MEDICA – III ANNO

Codice del tirocinio: SME0929 – 2 CFU

Presidio ospedaliero

Struttura sanitaria

Periodo di frequenza dal al..... A.A. /

DIARIO GIORNALIERO DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL/DELLA TUTOR / DOCENTE



ATTIVITA' ED OBIETTIVI

1. essere in grado di individuare i principali sintomi e segni di presentazione nel/nella singolo/a paziente;
2. essere in grado di eseguire l'esame fisico generale (peso, altezza, pressione arteriosa, stazioni linfatiche superficiali, ecc.) e distrettuale (torace, addome);
3. essere in grado di rilevare i parametri vitali di un/una paziente, specie nei casi acuti e gravi;
4. essere in grado di eseguire iniezioni sottocute, intradermiche, intramuscolo, endovena e prelievi ematici;
5. essere in grado di interpretare i risultati dei più comuni esami di laboratorio conoscendone il significato;
6. essere in grado di eseguire la registrazione di un ECG al letto del/della malato /ae di interpretarne gli elementi essenziali;
7. essere in grado di eseguire alcuni semplici esami diagnostici: glicemia su sangue capillare, esame dell'urina mediante strisce reattive, esame del sedimento urinario, formula leucocitaria;
8. essere in grado di leggere la Cartella Clinica e compilare sotto la guida del/della Medico/Medica della Struttura:
 - la Cartella Clinica
 - una richiesta di consulenza specialistica
 - una richiesta di esame strumentale (istologico, citologico, radiologico, ecc.)

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

- Esame fisico generale, parametri vitali, sintomi e segni clinici principali
 - INSUFFICIENTE
 - SUFFICIENTE
 - BUONA
 - OTTIMA
- Iniezioni intramuscolari, prelievi e iniezioni endovenose
 - INSUFFICIENTE
 - SUFFICIENTE
 - BUONA
 - OTTIMA
- Conoscenza del significato degli esami di laboratorio
 - INSUFFICIENTE
 - SUFFICIENTE
 - BUONA
 - OTTIMA
- ECG
 - INSUFFICIENTE
 - SUFFICIENTE
 - BUONA
 - OTTIMA
- Glicemia capillare, esame urine con strisce reattive
 - INSUFFICIENTE
 - SUFFICIENTE
 - BUONA
 - OTTIMA
- Leggere e compilare la cartella clinica
 - INSUFFICIENTE
 - SUFFICIENTE
 - BUONA
 - OTTIMA



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLO STUDENTE / DELLA STUDENTESSA

Come valuto il tirocinio:

.....
.....
.....
.....

Giudizio relativo al periodo

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

VISTO E TIMBRO DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

Prof.
(scrivere in stampatello)

Firma



Denominazione del tirocinio:

TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE SU SIMULATORE – III ANNO

Codice del tirocinio: SME0928– 1 CFU

Presidio ospedaliero

Struttura sanitaria

Periodo di frequenza dal al..... A.A. /

DIARIO GIORNALIERO DELLE ATTIVITA' SVOLTE

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL/ DELLA TUTOR / DOCENTE



ATTIVITA' ED OBIETTIVI

Lo studente/la studentessa dovrà acquisire, tramite una preparazione preliminare con appositi video didattici ed un'attività formativa in presenza presso il Centro di Simulazione Medica Avanzata condotta con l'ausilio di trainer specifici e simulatori a corpo intero, la capacità di eseguire una raccolta anamnestica rapida ed un esame obiettivo completo, e di integrare gli stessi in un ragionamento volto a formulare un'ipotesi diagnostica nel contesto di scenari di simulazione di sindromi cliniche.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

Somministrazione di questionari valutativi test pre-tirocinio e test post-tirocinio con valutazione quantitativa a punteggio (0-10).

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLO STUDENTE / DELLA STUDENTESSA

Come valuto il tirocinio:

.....
.....
.....
.....

VISTO E TIMBRO DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

Giudizio relativo al periodo

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

Prof.

.....
(scrivere in stampatello)

Firma

.....



Denominazione del tirocinio:
TIROCINIO SEMEIOTICA MEDICA – III ANNO

Codice del tirocinio: **SME1089 – 5 CFU**

Presidio ospedaliero **MOLINETTE**

Struttura sanitaria **CENTRO DI SIMULAZIONE MEDICA AVANZATA**

Periodo di frequenza dal **inserire la data di svolgimento del tirocinio** **al**..... **A.A.**
2023 / 2024

DIARIO GIORNALIERO DELLE ATTIVITA' SVOLTE

ARGOMENTO DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO	DATA	ORE DALLE.....ALLE.....	FIRMA PER ESTESO DEL/DELLA TUTOR / DOCENTE
Inserire attività svolta	Inserire la data di svolgimento dell'attività (gg/mm/aaaa)	Inserire l'orario di svolgimento dell'attività	Firma del docente



ATTIVITA' ED OBIETTIVI

Riportare di seguito gli obiettivi indicati dal/dalla tutor/responsabile della struttura:

- 1.
.....
- 2.
.....
- 3.
.....
- 4.
.....
- 5.
.....

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

Completare le righe con una breve descrizione degli obiettivi sopra riportati:

- 1.
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- 2.
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- 3.
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- 4.
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA
- 5.
 INSUFFICIENTE SUFFICIENTE BUONA OTTIMA



QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DA PARTE DELLO STUDENTE / DELLA STUDENTESSA

Come valuto il tirocinio:

.....
.....
.....
.....
.....

VISTO E TIMBRO DEL/DELLA RESPONSABILE DI STRUTTURA

Giudizio relativo al periodo

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

**Prof.
(scrivere in stampatello)**

Firma

