



## ATTIVITA' FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI NEUROCHIRURGIA (VI anno)

**STRUTTURA**.....

**Referente**.....

**Tutor**.....

**Tirocinante** (nome, cognome, matricola).....

.....

**Periodo** (date): dal ..... al .....

**Anno Accademico** .....

DATA	ATTIVITA' SVOLTA	DOCENTE	FIRMA
	Capacità di condurre una adeguata anamnesi del paziente affetto da patologia di interesse neurochirurgico		
	Capacità di condurre un adeguato esame obiettivo clinico del paziente affetto da patologia di interesse neurochirurgico		
	Capacità di definire un adeguato percorso diagnostico nel paziente candidato ad intervento neurochirurgico		
	Acquisire elementi di base circa le indicazioni e le diverse possibilità tecniche di trattamento invasivo in ambito ospedaliero delle patologie di interesse neurochirurgico		
	Acquisire elementi di base circa la gestione postoperatoria		

# ATTIVITA' FORMATIVA PROFESSIONALIZZANTE DI NEUROCHIRURGIA (VI anno)

**STRUTTURA**.....

**Referente**.....

**Tutor**.....

**Tirocinante** (nome, cognome, matricola).....

.....

**Periodo** (date): dal ..... al .....

**Anno Accademico** .....

## GIUDIZIO

OTTIMO

BUONO

SUFFICIENTE

INSUFFICIENTE

.....

.....

.....

**Firma e timbro del referente o del tutor**

## DIARIO DI TIROCINIO

Tirocinante (nome, cognome, matricola) .....

UO/SOD .....

Tutor Aziendale.....

Anno Accademico.....

Totale giorni: 5 - Totale ore: 25

**IL DIARIO DELLE PRESENZE DEVE ESSERE COMPILATO E FIRMATO GIORNALMENTE DAL TIROCINANTE E VISTATO E TIMBRATO DAL TUTOR AZIENDALE**

	Data	Ora ingresso	Firma ingresso	Ora uscita	Firma uscita	Ore totali	Note
1							
2							
3							
4							
5							
RECUPERO							
RECUPERO							

Firma e timbro del tutor .....