

WZÓR

ELEKTRONICZNA KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

*(Elektroniczną kartę szkolenia specjalizacyjnego (EKS) wypełnia się w Systemie Monitorowania
Kształcenia Pracowników Medycznych, uzupełniając dane w odpowiednich rubrykach)*

Dane znajdujące się na każdej stronie EKS**Elektroniczna Karta Szkolenia Specjalizacyjnego nr (nr EKS)**

*Sesja (wskazanie postępowania, w którym lekarz został zakwalifikowany do odbywania szkolenia
specjalizacyjnego)*

Województwo**Tryb****Imię i nazwisko**PESEL albo numer
dokumentu tożsamościNumer wpisu do rejestru
lekarzy odbywających
szkolenie specjalizacyjnePodmiot wydający
kartę

Status

Przynależność
miejsca
szkoleniowego

Kod dziedziny

Dziedzina medycyny

Grupa zawodowa

Dane podstawowe**Dane osobowe i teled adresowe****Dane osobowe**

Imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Dokument tożsamości

Numer dokumentu

Kraj wydania dokumentu

Obywatelstwo (kraj)

Kraj urodzenia

Miejscowość urodzenia

Data urodzenia

Dane kontaktowe

Telefon komórkowy

Telefon stacjonarny
lub zagraniczny

Adres e-mail

Adres zamieszkania

Uprawnienia zawodowe

Numer prawa
wykonywania
zawodu (PWZ)

Data wydania PWZ

Podmiot wydający PWZ

Rodzaj PWZ

Numer rejestracyjny
w okręgowej izbie
lekarskiej

Posiadane specjalizacje

Dziedzina medycyny

Stopień specjalizacji
lub tytuł zawodowy

Rok uzyskania

Dodatkowe informacje

Stopień naukowy lub
tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Dane szkolenia specjalizacyjnego

Tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego

Aktualny tryb odbywania szkolenia

Data początku obowiązywania

Poprzednie tryby specjalizacji

Poprzedni tryb odbywania szkolenia

Data początku obowiązywania

Data końca obowiązywania

Powód zmiany trybu

Okres szkolenia

Planowana data rozpoczęcia szkolenia

Planowana data zakończenia szkolenia

Data zawarcia umowy

Rzeczywista data rozpoczęcia szkolenia

Wyliczona data zakończenia szkolenia

Korekta daty zakończenia szkolenia

Adnotacje o zmianie daty zakończenia szkolenia

Rodzaj adnotacji

Adnotacja o skróceniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego

Data decyzji

Data zakończenia szkolenia
(po uwzględnieniu skrócenia)

Przyczyna skrócenia

Akceptacja

Data

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Rodzaj adnotacji

Data zakończenia szkolenia
(po uwzględnieniu przedłużenia)

Adnotacja o przedłużeniu okresu odbywania szkolenia specjalizacyjnego

Przyczyna przedłużenia

Załącznik (odwzorowanie cyfrowe dokumentu potwierdzającego przyczynę przedłużenia)

Akceptacja

Data

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Placówka szkoleniowa prowadząca specjalizację

Aktualna placówka szkoleniowa

Data początku obowiązywania

Nazwa

Adres

Poprzednie placówki szkoleniowe

Data początku
obowiązywania

Data końca
obowiązywania

Nazwa

Adres

Kierownik specjalizacji

Aktualny kierownik specjalizacji

Imię

Drugie imię

Nazwisko

Data początku
obowiązywania

Tytuł zawodowy

Stopień wojskowy

Numer PWZ

Poprzedni kierownicy specjalizacji

Imię	Drugie imię	Nazwisko	Data początku obowiązywania	Data końca obowiązywania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tytuł zawodowy	Stopień wojskowy	Numer PWZ		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Program specjalizacji

Program specjalizacji w dziedzinie (nazwa dziedziny medycyny odbywanej specjalizacji)

Grupa zawodowa	Dziedzina medycyny	Rodzaj programu	Okres obowiązywania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer systemu specjalizacji	Numer wariantu programu	Wersja wariantu programu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Załączniki

Moduł podstawowy / specjalistyczny / jednolity (nazwa modułu z programu specjalizacji)

Dni trwania modułu	Dni na samokształcenie	Dodatkowe dni na samokształcenie	Dni urlopu	Dni wolne od pracy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwa jednostki akredytowanej prowadzącej moduł	Adres jednostki akredytowanej prowadzącej moduł			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Kierownik modułu	Data początku obowiązywania			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

• Kursy specjalizacyjne

1. Nazwa kursu z programu specjalizacji

Rodzaj kursu	Dni kursu	Godziny dydaktyczne	Dni zatwierdzone	Rok szkolenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- **Staże kierunkowe**

1. **Nazwa stażu z programu specjalizacji**

Typ stażu

Dni stażu

Dni zatwierdzone

Rok szkolenia

Dyżury medyczne (Informacja o obowiązku pełnienia dyżurów w czasie stażu, wyświetlana przy stażach, w ramach których program przewiduje pełnienie dyżurów)

Nazwa jednostki akredytowanej prowadzącej staż

Adres jednostki akredytowanej prowadzącej staż

- **Zabiegi i procedury medyczne**

Nazwa zabiegu / procedury z programu specjalizacji

Procedura
wykonana w ramach
stażu podstawowego

Rodzaj procedury

Liczba procedur

Procedury
zatwierdzone

Zgoda na samodzielne pełnienie dyżurów medycznych

Data wyrażenia zgody

Imię i nazwisko kierownika specjalizacji

Adnotacje o uznaniu

Przedmiot decyzji

Data decyzji

Rodzaj decyzji

Uznany staż lub kurs

Dni uznane

Załączniki

Odwzorowanie cyfrowe decyzji

Organ wydający decyzję

Akceptacja

Data

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Realizacja programu specjalizacji

Elementy programu specjalizacji

Nazwa modułu

- **Kursy specjalizacyjne**

1. Nazwa kursu specjalizacyjnego

Tytuł ukończonego kursu

Numer kursu

Data ukończenia

Numer zaświadczenia o ukończeniu kursu

Data wygenerowania zaświadczenia

Pobierz zaświadczenie o ukończeniu kursu

- **Staż kierunkowe**

1. Nazwa stażu kierunkowego

Dni wymagane

Dni wprowadzone

Dni zatwierdzone

Dodatkowe dni na samokształcenie

Dni uznane

Pozostało do zrealizowania

Lista realizacji

Nazwa jednostki prowadzącej staż

Nazwa komórki organizacyjnej

Liczba dni

Daty realizacji

Status

- **Zabiegi i procedury medyczne**

1. Nazwa zabiegu lub procedury medycznej

Zabiegi / procedury wykonane samodzielnie

Wymagane

Wprowadzone

Zatwierdzone

Pozostało do zrealizowania

Zabiegi / procedury wykonane jako pierwsza asysta

Wymagane	Wprowadzone	Zatwierdzone	Pozostało do zrealizowania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lista realizacji

Wykonane samodzielnie	Wykonane jako pierwsza asysta	Data realizacji	Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• **Dyżury medyczne**

Dyżury do stażu	Czas wprowadzony	Czas zatwierdzony
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zwolnienie z pełnienia dyżurów

Okres obowiązywania zwolnienia

Lista realizacji

Liczba godzin i minut	Daty realizacji	Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• **Dodatkowe dni na samokształcenie**

Dni wprowadzone	Dni zatwierdzone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zarejestrowane dni

Nazwa stażu	Liczba dni	Rok szkolenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Przedmiot samokształcenia	Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>

• **Samokształcenie**

Praca naukowa lub pogładowa

Lista realizacji

Tytuł pracy

Odwzorowanie cyfrowe pracy

Studiowanie piśmiennictwa

Lista realizacji

Przedmiot samokształcenia (np. tytuł publikacji)

Daty realizacji

Udział w działalności edukacyjnej

Lista realizacji

Przedmiot samokształcenia (np. nazwa konferencji, seminarium, warsztatu)

Daty realizacji

Zaliczenie modułu podstawowego

Nazwa modułu

Akceptacja

Data

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Zaliczenie szkolenia specjalizacyjnego

Nazwa programu

Akceptacja

Data

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Opinia konsultanta wojewódzkiego lub krajowego

Szkolenie specjalizacyjne zostało zrealizowane zgodnie z programem specjalizacji

- Tak
- Nie i wymaga uzupełnienia

Data wydania opinii

Imię i nazwisko

Pełniona funkcja

Konsultant w dziedzinie