



Tirocinio obbligatorio 3° anno – Area Chirurgica

Libretto delle attività didattiche professionalizzanti

Matr _____ **Cognome** _____ **Nome** _____

Periodo di frequenza dal _____ al _____

Reparto: _____

Direttore: Prof./Dr. _____

Tutor: Prof./Dr. _____



Obiettivo del tirocinio formativo	Obiettivo raggiunto?	
	SI	NO
1. Raccolta di anamnesi		
2. Esame obiettivo generale		
3. Esame obiettivo collo		
4. Esame obiettivo torace		
5. Esame obiettivo addome		
6. Esame obiettivo arti		
7. Eseguire prelievo ematico venoso		
8. Eseguire medicazione sterile		

Data ____/____/____

Firma del Tutor

Firma del Direttore U.O.
