

פרוצדורות במחלות ריאה

ברונכוסקופיה גמישה: (נדרשות 50 מהן לפחות 15 ביופסיה טרנסברונכיאליות (TBB)

[illegible]

שם מנהל המחלקה: _____

שם המתמחה: _____

חתימה: _____

חתימה: _____

ניקור קרום הריאה (פלורלי): (נדרשים 20)

[illegible]

שם מנהל המחלקה: _____

שם המתמחה: _____

חתימה: _____

חתימה: _____

ביופסיה סגורה של קרום הריאה (נדרשות 10 לפחות)

מס' סידורי	תאריך	שם החולה בר"ת	הערות

שם מנהל המחלקה: _____

שם המתמחה: _____

חתימה: _____

חתימה: _____

השתתפות בביצוע FNA מגידולי ריאה תחת CT (נדרשים 20 לפחות)

מס' סידורי	תאריך	שם החולה בר"ת	הערות

שם מנהל המחלקה: _____

חתימה: _____

שם המתמחה: _____

חתימה: _____

השתתפות בפתיחת בית החזה (כירורגית) (נדרשים 10 ניתוחים)

מס' סידורי	תאריך	שם החולה בר"ת	הערות

שם מנהל המחלקה: _____

שם המתמחה: _____

חתימה: _____

חתימה: _____

השתתפות בביצוע תורקוסקופיות (נדרשים 5)

מס' סידורי	תאריך	שם החולה בר"ת	הערות

שם המתמחה: _____ שם מנהל המחלקה: _____
 חתימה: _____ חתימה: _____

הכנסת נקז תוך חזי לטיפול בתפליטים פלאורלים וחזה אויר (נדרשים 5)

מס' סידורי	תאריך	שם החולה בר"ת	הערות

שם המתמחה: _____ שם מנהל המחלקה: _____
 חתימה: _____ חתימה: _____
