Università degli Studi di Milano-Bicocca
Dipartimento di Chirurgia e Medicina Interdisciplinare
Cattedra di Clinica Odontoiatrica
U. O. di Odontostomatologia
Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria
Corso di Laurea in Igiene Dentale
Direttore: Prof. Marco Baldoni

Anno Accademico 2018-2019

AULE DIDATTICHE

U8

U18

U38

SEDI DI TIROCINIO

Clinica Odontoiatrica Ospedale San Gerardo - Monza U38

Lun	Mart	Mer	Gio	Ven
8.15 16.15 Tot: 8 h	8.15 16.15 Tot: 8 h	8.15 16.15 Tot: 8 h	8.15 16.15 Tot: 8 h	8.15 16.15 Tot: 8 h

Nel caso l'attività di reparto, per vari motivi, finisse prima dell'orario stabilito, gli studenti di tirocinio sono obbligati, ad avvisare i loro tutors e ad assentarsi solo dopo averne ottenuto l'autorizzazione .In linea di massima questo avverrà quando anche i loro compagni avranno finito le attività cliniche

SEDI DI TIROCINIO

Istituto Palazzolo Fondazione
Don Gnocchi - Milano

Orario
8.15 16.15 Tot: 8 h

Nel caso l'attività di reparto, per vari motivi, finisse prima dell'orario stabilito, gli studenti di tirocinio sono obbligati, ad avvisare i loro tutors e ad assentarsi solo dopo averne ottenuto l'autorizzazione .In linea di massima questo avverrà quando anche i loro compagni avranno finito le attività cliniche

TUTORS

- In ogni giornata di tirocinio saranno sempre presenti 2 Medici con contratto ospedaliero od universitario con funzioni tutoriali.
- I Tutors devono essere interpellati sempre prima di ogni decisione operativa e dovranno firmare in calce ogni giorno le cartelle cliniche per le procedure effettuate .
- Gli studenti operatori devono segnalare i propri nominativi in stampatello sotto la data in cui la prestazione è stat effettuata
- Giornalmente i tutors devono segnalare sul libretto la presenza dello studente

DURATA DELLE ATTIVITA' DI TIROCINIO OSPEDALIERO

- ✓ IL TIROCINIO SI SVOLGE DAL LUNEDÌ AL VENERDI'

- ✓ L'A.A. 2018/2019 AVRA' VALIDITA' DAL MESE DI OTTOBRE 2018 AL MESE DI OTTOBRE 2019

AD AGOSTO LA CLINICA COME NEL PERIODO DI NATALE RIMANE APERTA PUR CON UNA TURNISTICA AD HOC CHE SARA' COMUNICATA CON UN ANTICIPO DI CIRCA UN MESE

TURNI DI TIROCINIO

Gli studenti del IV e V anno verranno divisi in 4 gruppi, che settimanalmente si alterneranno nei pomeriggi di lunedì , martedì , giovedì e venerdì per l' assistenza sul paziente , mentre il pomeriggio del mercoledì è riservato alle cure dei pazienti oncologici .Il sesto anno sarà presente tutte le mattine ed anche il pomeriggio quando sarà richiesto per la compilazione della tesi. Il terzo anno parteciperà ad attività cliniche nella giornata di lunedì.

Tutti gli studenti quando in reparto dovranno essere identificabili indossando il cartellino ed una divisa conforme .

Si raccomanda a tutti rispetto delle regole di reparto ,dei colleghi e dei pazienti

Non da ultimo cerchiamo di rispettare le cose e gli arredi

COPERTURA ASSICURATIVA

- La copertura assicurativa non ha limiti temporali si basa sui turni stabiliti ed ha validità:
  - da lunedì a venerdì
  - nei giorni festivi e nei mesi estivi in cui l'attività di reparto risulta operativa

- Gli studenti sono coperti dalla polizza infortuni anche durante lo svolgimento della loro attività di tirocinio presso strutture convenzionate (la polizza prevede una estensione territoriale al mondo intero) purchè svolgano attività istituzionale (non volontaria) e siano stati regolarmente autorizzati sia dalla struttura di riferimento che dalla struttura ospitante.
- Vale quindi anche per gli studenti in ERASMUS o negli STATI UNITI e CANADA

- L'assicurazione non è prevista nel tratto casa-sede di tirocinio

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Monza

...nte (bar-code)

CARTELLA AMBULATORIALE

☐ **ATTIVITA' AMBULATORIALE**

☐ **MAC** - MACROATTIVITA' AMBULATORIALE AD ALTA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

☐ **BIC** - MACROATTIVITA' AMBULATORIALE CHIRURGICA A BASSA INTENSITA'

Cognome_____ Nome_____

Luogo di nascita_____ Data di nascita_____

Indirizzo_____

Struttura_____ Ambulatorio_____

Data 1° accesso_____ Ora_____

...veniente da: ☐ domicilio ☐ altra struttura _____

Accompagnato ☐ no ☐ sì, specificare_____

Esenzione per: ☐ patologia ☐ invalidità Codice di esenzione_____

DIAGNOSI DI INVIO (motivo della valutazione/intervento):

_____

_____

Richiedente:_____

_____

Allergie e ipersensibilità note: ☐ no ☐ sì, specificare _____

_____

Presenza di infezioni trasmissibili: ☐ no ☐ non noto ☐ sì, specificare

_____

Valutazione del dolore:

dolore: ☐ no ☐ sì tipologia: ☐ acuto ☐ cronico (da_____)

sede_____ frequenza_____ caratteristiche_____

causa: ☐ oncologico ☐ post-chirurgico ☐ altro_____

NRS: ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

Nel caso di minori, indicare la scala utilizzata e il relativo punteggio:

☐ Scala FLACCS_____ ☐ Scala Wong-Baker _____ ☐ NRS (vedi sopra)

Esame obiettivo

☐ allegato foglio integrativo specialistico

Ipotesi diagnostica

Prescrizioni terapeutiche al 1° accesso

☐ vedi relazione paziente ☐ continuare terapia domiciliare

☐ integrare la terapia domiciliare come da schema (*) ☐ modificare la terapia domiciliare come da schema (*)

Farmaco/dose _____ via somm.ne _____ orario _____

Farmaco/dose _____ via somm.ne _____ orario _____

Farmaco/dose _____ via somm.ne _____ orario _____

Farmaco/dose _____ via somm.ne _____ orario _____

Nota (*) specificare variazioni/integrazioni di terapia domiciliare:

Data/ora _____ **Firma del medico** _____

(firma con numero di matricola o timbro)

Educazione della persona o del caregiver

☐ non necessaria ☐ effettuata (vedi modulo ASG-MA-021 Ed) ☐ effettuata in modo sintetico:

argomento trattato _____

comprensione _____

Data/ora _____ **Firma compilatore** _____

Esame obiettivo

allegato foglio integrativo specialistico

Ipotesi diagnostica

Prescrizioni terapeutiche al 1° accesso

☐ vedi relazione paziente ☐ continuare terapia domiciliare

☐ integrare la terapia domiciliare come da schema (*) ☐ modificare la terapia domiciliare come da schema (*)

Farmaco/dose_____ via somm.ne_____ orario_____

Farmaco/dose_____ via somm.ne_____ orario_____

Farmaco/dose_____ via somm.ne_____ orario_____

Farmaco/dose_____ via somm.ne_____ orario_____

Farmaco/dose_____ via somm.ne_____ orario_____

note (*) specificare variazioni/integrazioni di terapia domiciliare:

Data/ora_____ **Firma del medico**_____

(firma con numero di matricola o timbro)

Educazione della persona o del caregiver

☐ non necessaria ☐ effettuata (vedi modulo ASG-MA-021 Ed) ☐ effettuata in modo sintetico:

argomento trattato_____

comprensione_____

Data/ora_____ **Firma compilatore**_____

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO GENERICO ALLE CURE

Come Le è stato illustrato nel piano di cura, durante la sua permanenza in Azienda sarà sottoposto a visite, accertamenti e procedure diagnostiche non invasive di routine quali ad esempio il prelievo di campioni biologici e l'esecuzione di indagini radiologiche.
Tutte le procedure saranno eseguite da professionisti qualificati e, laddove previsto, per alcune procedure le verrà richiesto uno specifico consenso, previo colloquio con il medico che le spiegherà la natura della prestazione ed al quale potrà liberamente porre eventuali domande o richieste di chiarimento.
La informiamo, inoltre, che nella nostra Azienda, **sono attivi percorsi di formazione di base e post-laurea del personale medico e delle professioni sanitarie e quindi Le potrà capitare di essere a contatto con personale in formazione che sarà affiancato sempre da nostro personale qualificato**.

Note eventuali: _____

Data/ora _____ Firma per accettazione _____

RICHIESTA DI MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

"Codice in materia di protezione dei dati personali - D.Lgs., n. 196/2003"

Gentile signora/e, nel darLe il benvenuto nel nostro Ospedale, Le chiediamo qualche minuto del Suo tempo per fornirle alcune informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali e richiedere il suo consenso, al fine di permetterci di adempiere alle disposizioni di legge vigenti in materia di privacy (D.Lgs. n. 196/2003).

Consenso all'insieme dei trattamenti di dati personali, ivi compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato, effettuati dall'Azienda Ospedaliera.
L'Azienda Ospedaliera ha predisposto un'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 applicabile all'insieme dei trattamenti di dati personali, compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato, effettuati dalla stessa in qualità di Titolare del trattamento.
L'informativa è esposta in tutti i locali adibiti alla accettazione del pubblico ed è pubblicata nel sito internet aziendale www.hsgerardo.org. Nel riquadro sottostante le chiediamo di darci conferma di aver letto la suddetta informativa e di esprimere il Suo consenso in relazione all'insieme dei trattamenti di dati personali che La riguardano effettuati dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo dei Tintori in conformità alla stessa.

Il sottoscritto (genitore/tutore di) _____ dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e di:

☐ **acconsentire** ☐ **non acconsentire**

Data _____ Firma _____

Consenso ad alcuni trattamenti specifici di dati personali, ivi compresi quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato, effettuati dall'Azienda Ospedaliera.
Nell'insieme dei trattamenti di dati personali che La riguardano, ivi compresi quelli idonei a rivelare il Suo stato di salute, l'Azienda Ospedaliera potrà effettuare alcuni specifici trattamenti quali:
i) la comunicazione dei dati personali idonei a rivelare il Suo stato di salute alle persone che lei potrà indicare nel riquadro sottostante. In considerazione della specificità di tali trattamenti, Le chiediamo cortesemente di esprimere o non esprimere il Suo consenso con riferimento agli stessi nel riquadro sottostante.

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento**

I) alla comunicazione dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute alle persone indicate nel riquadro sottostante:

-Medico curante dott. _____ Tel.: _____

-Altra persona Sig./ra (grado di parentela) _____ Tel.: _____

Eventuali altri accorgimenti (specificare) _____

Data _____ Firma _____

II) all'utilizzo di immagini fotografiche relative a lesioni o altro riprese esclusivamente a scopo clinico e didattico dal personale sanitario.

☐ **acconsento** ☐ **non acconsento**

Data _____ Firma _____

Si segnala che in data/ora _____ il paziente, non è in condizioni di sottoscrivere il consenso per la tutela dei dati personali.
Data/ora _____ Firma del Medico _____

DIARIO CLINICO ASSISTENZIALE

FOLLOW-UP E REINGRESSI

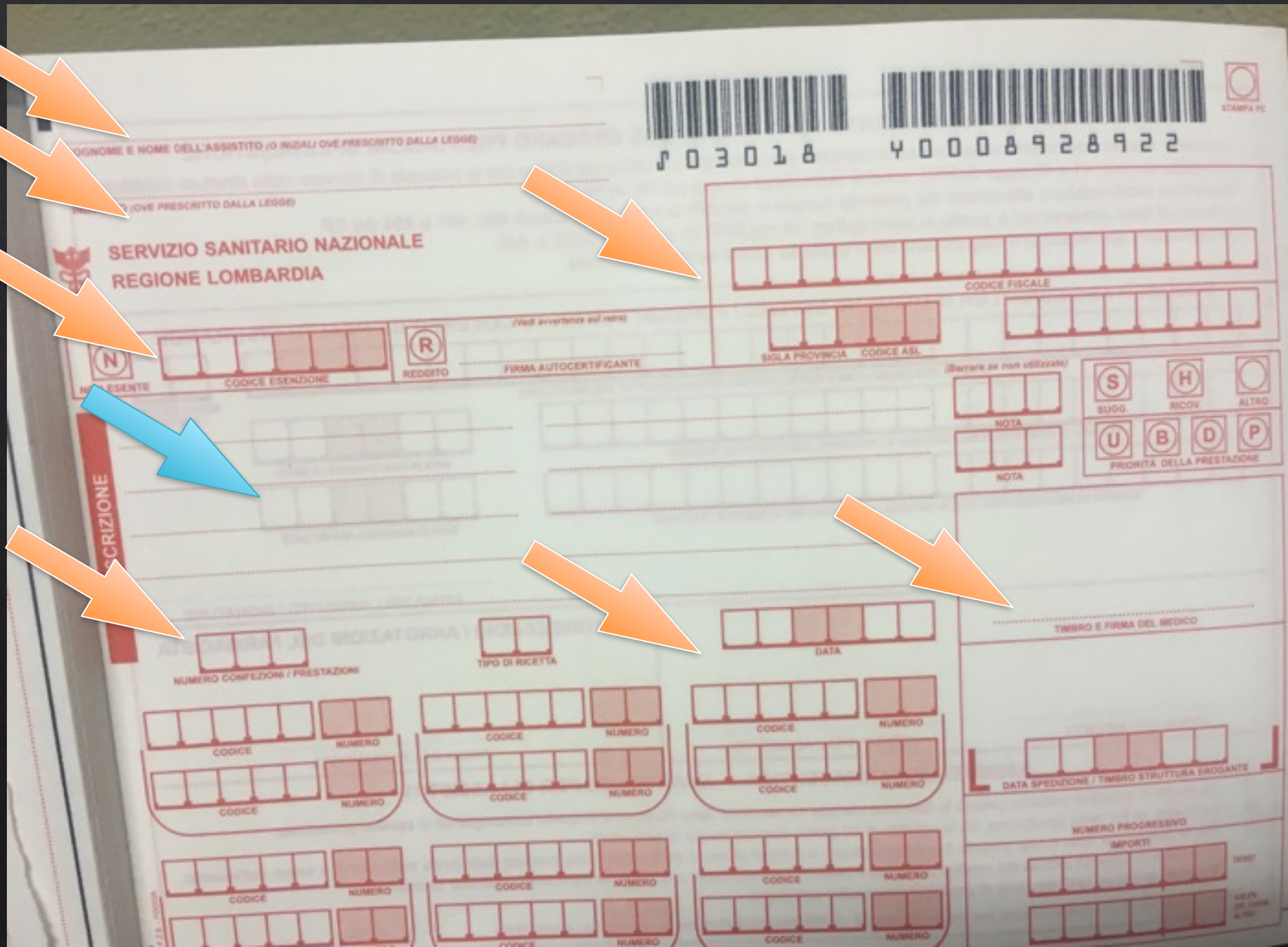
ra accesso	Valutazioni (ogni annotazione deve essere corredata di firma leggibile, matricola o timbro)	Ora di u

CHECK-LIST QUANTITATIVA DI CONTROLLO DELLA COMPLETEZZA DELLA CARTELLA AMBULATORIALE MAC - BIC

- ☐ ricetta di prescrizione MAC-BIC
- ☐ consenso informato per procedura di
  - 1._____ e relativo foglio informativo
  - 2._____ e relativo foglio informativo
  - 3._____ e relativo foglio informativo

- ☐ modulo valutazione integrativa specialistica
- ☐ cartella anestesiologica
- ☐ verbale operatorio
- ☐ educazione sanitaria
- ☐ diario clinico assistenziale [fogli n°_____]
- ☐ foglio unico terapia [fogli n°_____]
- ☐ foglio parametri_____ [fogli n°_____]
- ☐ raccolta dati infermieristica
- ☐ pianificazione infermieristica [fogli n°_____]

- ☐ altro (specificare)_____


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LOMBARDIA
CODICE FISCALE
SIGLA PROVINCIA
CODICE ASL
CODICE ESENZIONE
REDDITO
FIRMA AUTOCERTIFICANTE
NOTA
NOTA
SUGG.
RICOV.
ALTRO
PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
TIPO DI RICETTA
DATA
CODICE
NUMERO
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE
NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI