…. / …. / ……..

(UEMS, ACGME ve TTB Eğitim Kurumları değerlendirme ölçütlerinden faydalanılarak hazırlanmıştır.)

Bu form internetten word belgesi olarak indirilerek asistan temsilcisi tarafından tüm asistanların katılımı ile bilgisayarda doldurulacaktır. Basılı belge haline getirilip imzaları tamamlandıktan sonra bizzat asistan temsilcisi tarafından posta ile ile TKBB ve BBC Derneği adresi üzerinden Yeterlik Yürütme Kurulu Başkanlığına iletilecektir.

İletişim Adresi:

Yeterlik Yürütme Kurulu Başkanlığı

Türk Kulak Burun Boğaz ve Bas Boyun Cerrahisi Derneği

Büyükdere Cad. Tankaya Apt. No:14 Kat:1 80260 Sisli-İstanbul

1. **ASİSTAN BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** | **Adres ve ileti**ş**im bilgileri****(e-posta adresinizi de belirtiniz)** | İ**htisasa****ba**ş**lama****Tarihi** | **Kıdem****yılı** | **Tez ba**ş**lı**ğ**ı ve alındı**ğ**ı tarih \*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Kıdem durumu nedeni ile henüz tezini almamıs asistanlar bu sütunu bos bırakacaklardır.

**2. UYGULAMALAR\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asistanın Adı Soyadı ve** İ**mzası*****(Her asistan yandaki sütunlardan birine ismini yazıp imzasını atacak ve aynı sütunun altındaki kutucuklara ilgili uygulama sayılarını B/G/A olarak belirtecektir.******Örn B12/G15/A20. Tabloda en kıdemli asistanın ismi solda yer alacak ve takiben azalan kıdem sırasına göre asistanların isimleri soldan sa***g***a sıralanarak en kıdemsiz asistanın ismi en son yer alacak*** ş***ekilde doldurulacaktır)*** |  |  |  |  |
| **I. Kulak, Temporal Kemik ve Kom**s**u****Anatomik Yapılar** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** |
| **I.A. Tanısal i**s**lemler** |  |  |  |  |
| **I.A2.** İs**itme fonksiyonu** |  |  |  |  |
| I.A2.3. Empedansmetri |  |  |  |  |
| I.A2.4. Saf ses esik odyometri |  |  |  |  |
| I.A2.5. Konusma odyometrisi |  |  |  |  |
| I.A2.7.1. İsitsel uyarılmıs beyinsapı potansiyeli |  |  |  |  |
| I.A2.7.2. Oto-akustik emisyon (OAE) |  |  |  |  |
| I.A2.8. 1. Pediatrik odyoloji (Objektif yöntemler) |  |  |  |  |
| **I.A3. Vestibüler fonksiyon** |  |  |  |  |
| I.A3.2.2. Kalorik test |  |  |  |  |
| I.A3.4. Elektronistagmografi |  |  |  |  |
| **I.B. Cerrahi dı**s**ı tedaviler** |  |  |  |  |
| I.B8. Yeniden pozisyonlandırma manevrası |  |  |  |  |
| I.B9. İntratimpanik enjeksiyon |  |  |  |  |
| **I.C. Cerrahi tedavi** |  |  |  |  |
| I.C1. Temporal kemik diseksiyonu (kadavra veya kemikte) |  |  |  |  |
| I.C3. Othematom tedavisi |  |  |  |  |
| I.C4. Osteom çıkarılması |  |  |  |  |
| I.C5. Meatoplasti |  |  |  |  |
| I.C7. Kulak yolu polip ekstipasyonu |  |  |  |  |
| I.C8. Mirengotomi |  |  |  |  |
| I.C9. Ventilasyon tüpü tatbiki |  |  |  |  |
| I.C10. Eksploratris timpanotomi |  |  |  |  |
| I.C.11.1. Basit mastoidektomi |  |  |  |  |
| I.C.11.2. Modifiye mastoidektomi |  |  |  |  |
| I.C.11.3. Radikal mastoidektomiI.C.12.Timpanoplasti |  |  |  |  |
| I.C14. Stapedektomi/stapedotomi |  |  |  |  |
| I.C23.1. Aurikula ve/veya dış kulak kanalı yaralanması tamiri |  |  |  |  |
| I.C24.1. Aurikula tümör cerrahisi |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. Burun ve Paranazal Sinüsler** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** |
| **II.A. Tanısal i**s**lemler** |
| **II.A.4. Alerjik tarama** |
| II.A.4.1. Epikutanöz alerjen testi |  |  |  |  |
| II.A.4.2. İntradermal alerjen testi(Prick, scratch) |  |  |  |  |
| **II.C. Cerrahi tedavi** |  |  |  |  |
| II.C.1.6.1. Alt konka cerrahisi |  |  |  |  |
| II.C.1.6.2. Konka bulloza cerrahisi |  |  |  |  |
| II.C.1.7. Septal hematom cerrahisi |  |  |  |  |
| II.C.1.8. Apse ensizyonu |  |  |  |  |
| II.C.1.9. Septum cerrahisi |  |  |  |  |
| II.C.1.10. Revizyon septoplasti |  |  |  |  |
| II.C1.12 Nazal fraktür repozisyonu |  |  |  |  |
| II.C1.13 Septal perforasyon onarımı |  |  |  |  |
| II.C1.14 Rinoplasti |  |  |  |  |
| II.C1.19. Nazal valv cerrahisi |  |  |  |  |
| II.C2.1. Maksiller sinüs ponksiyonu |  |  |  |  |
| II.C.2.2. Maksiller sinus endoskopisi |  |  |  |  |
| II.C.2.3. Endoskopik orta mea girisimi |  |  |  |  |
| II.C.2.4. Caldwell-Luc |  |  |  |  |
| II.C.2.51. Endoskopik anterior etmoidektomi |  |  |  |  |
| II.C.2.5.2. Endoskopik total etmoidektomi | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** |
| **III. Larenks ve Trakea**  |
| **III.A. Tanısal i**s**lemler** |
| III.A1.2. İndirekt larengoskopi ile biyopsi |  |  |  |  |
| III.A1.7. Yenidogan ve çocuklarda havayolu incelenmesi |  |  |  |  |
| **III.C. Cerrahi tedavi** |  |  |  |  |
| III.C3. Endotrakeal entübasyon |  |  |  |  |
| III.C4. Trakeotomi (perkutanöz dahil) |  |  |  |  |
| III.C5. Direkt larengoskopi |  |  |  |  |
| III.C6. Bronkoskopi |  |  |  |  |
| III.C7. Mikrolarengoskopi |  |  |  |  |
| III.C16.2. Larengofissür kordektomi |  |  |  |  |
| III.C16.3. Parsiyel larenjektomi |  |  |  |  |
| III.C16.4. Total larenjektomi |  |  |  |  |
| III.C17. Ses protezi uygulaması |  |  |  |  |
| **IV. A**ğ**ız Bo**ş**lu**ğ**u, Farenks ve Özofagus** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** |
| **IV.C. Cerrahi tedavi** |  |  |  |  |
| IV.C2. Özofagoskopi |  |  |  |  |
| IV.C3. Adenoidektomi |  |  |  |  |
| IV.C4. Tonsillektomi |  |  |  |  |
| IV.C5. Peritonsiller apse direnajı |  |  |  |  |
| IV.C6. Lingual frenulum onarımı |  |  |  |  |
| IV.C15.2.1. Parsiyel glossektomi |  |  |  |  |
| IV.C15.2.2. Hemiglossektomi |  |  |  |  |
| IV.C16.1. Yumuşak damak ve farenks horlama ve apne cerrahisi |  |  |  |  |
| IV.C.18.1 Dudak(lar)ın parsiyel rezeksiyonu ve plastik rekonstrüksiyonu |  |  |  |  |
| **V. Yüz, Ba**s **ve Boyun** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** | **Uygulama sayısı****B/G/A** |
| **V.C. Cerrahi tedavi** |
| V.C3. Tiroglossal ve brankial kist ve fistülekstirpasyonu |  |  |  |  |
| V.C4. Apse ensizyon ve direnajı |  |  |  |  |
| V.C7. Servikal lenf nodu çıkarılması |  |  |  |  |
| V.C8.1. Radikal boyun diseksiyonu |  |  |  |  |
| V.C8.2. Modifiye boyun diseksiyonu |  |  |  |  |
| V.C8.3. Seçici boyun diseksiyonu |  |  |  |  |
| V.C9. Boyundan kitle eksizyonu |  |  |  |  |
| V.C10.1. Parotidektomi (parsiyel Total radikal) |  |  |  |  |
| V.C10.2. Submandibuler gland ekstirpasyonu |  |  |  |  |
| V.C10.3. Minör tükürük bezi biyopsisi |  |  |  |  |
| V.C11. Selim tümör ekstirpasyonu |  |  |  |  |
| V.C14.2. Hemitiroidektomi (Lobektomi+istmektomi) |  |  |  |  |
| V.C14.3. Total tiroidektomi |  |  |  |  |
| V.C17.2. Cilt neoplazmlarının çıkartılması ve primer onarımı |  |  |  |  |
| V.C17.3. Deri grefti |  |  |  |  |
| V.C17.4. Lokal flepler |  |  |  |  |
| V.C17.5. Bölgesel flepler |  |  |  |  |
| V.C17.7. Yüz ve boyun yumusak dokuyaralanmalarının onarımı |  |  |  |  |
| V.C17.8. Maksillofasiyal fraktürler |  |  |  |  |
| V.C17.9. Mandibula fraktürü tedavisi |  |  |  |  |
| V.C17.10. “*Arch-bar*” uygulaması |  |  |  |  |
| V.C17.11. Tel osteosentez |  |  |  |  |
| V.C17.12. Plak osteosentez |  |  |  |  |

\* Yukarıdaki tablolarda B=bağımsız, G=gözetim altında yapılan, A=asiste edilen uygulamalar belirtilecektir. Uygulamalar asistan karnesi ile uyumlu olacak şekilde numaralandırılmıştır. Tablolar mevcut asistanların tümü tarafından doldurulabilecek sayıda çoğaltılmalıdır.

**3. BİLİMSEL AKT**İ**V**İ**TELER (Sayı olarak belirtiniz)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Katıldı**g**ı bilimsel****toplantılar\*** | **Toplantı****sunumları\*** | **Yayınlar** | **Yöresel ve klinik****içi seminer, dergi****saati, olgu****sunumu****aktiviteleri** |
| **Uluslararası**  | **Ulusal** | **Uluslararası** | **Ulusal** | **Uluslararası**  | **Ulusal** | **Konu**s**macı****olarak** | **Dinleyici****olarak** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Yayınlar ve bildirilerin listesi Formun sonuna Ek 1 olarak eklenecektir.**

\* Kongre, sempozyum, kurs, *workshop*, vb. aktiviteler toplantı başlığı altında değerlendirilecektir.

**4. E**Gİ**T**İ**M DE**G**ERLEND**İ**RMES**İ**\* (**İ**lgili sütunu i**ş**aretleyiniz)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evet | Hayır |
| Hasta bası eğitim viziti yapılıyor mu? |  |  |
| Eğiticiler\*\* tarafından verilmesi planlanan dersler ve seminerler yapılıyor mu? |  |  |
| Asistanlar tarafından verilmesi planlanan seminerler yapılıyor mu? |  |  |
| Dergi saati yapılıyor mu? |  |  |
| Olgu sunumuları yapılıyor mu? |  |  |
| Konseyler yapılıyor mu? |  |  |
| Klinik hastalarının dökümü ve değerlendirilme toplantısı yapılıyor mu? |  |  |
| Mortalite, morbidite toplantısı yapılıyor mu? |  |  |
| Klinik toplantılarda yeterli katılım sağlanıyor mu? |  |  |
| Toplantılara eğiticilerin katılımı ve katkısını yeterli görüyor musunuz? |  |  |
| Eğiticilere rahat ulaşabiliyor musunuz?Toplantılar size beklediğiniz ölçüde fayda sağlıyor mu?Asistan karnesi kullanılıyor mu? Kullanılıyorsa kaç yıldır kullanılıyor?Ara sınav yapılıyor mu? Yapılıyorsa yılda kaç kere yapılıyor? |  |  |

\*Bu tablo UÇEP’teki tanımlamalar esas alınarak doldurulacaktır.

\*\* Eğitici: Eğitim kurulunu oluşturan üyeler

**5. AS**İ**STANLARA SUNULAN OLANAKLAR**

|  |  |
| --- | --- |
| Tıbbi sekreterya desteği var mı? |  |
| Varsa hangi konularda tanımlayınız. |  |
| Bilgisayar / internet ulaşım olanaklarınız var mı?Tanımlayınız |  |
| Çalışma odası olarak ayrı bir oda var mı? |  |
| Kütüphaneye ulaşım olanaklarınızTanımlayınız |  |
| Araştırma olanaklarınız (hayvan laboratuvarı,proje desteği, klinik çalışmalar vb.)Tanımlayınız |  |

**6. GÖREV TANIMLARI**

|  |  |
| --- | --- |
| Kıdemlere göre görev tanımı yapılmısmıdır? |  |
| Egitim baslangıcında görev dagılımıaçıklanmakta mıdır? |  |
| Nöbetlerde kaç asistan görev almaktadır? |  |
| Asli nöbetçi olmadan önce refakat nöbetitutulmakta mıdır? Evet ise ne kadar süre? |  |
| \_capçı uzman hekim tanımlanmıs mıdır? |  |
| Nöbetlerde tanı ve tedavi için gerekli araçve gereçlere kolaylıkla ulasılabilmektemidir? |  |
| Egitimin her asamasında edinilecekbilgilerin kapsamı konusunda yazılı bilgiverilmekte midir? |  |
| Egitimde kullanılacak kaynaklar konusundabilgi verilmekte midir? |  |
| Yapılacak rotasyonlar ve bu rotasyonlardanbeklentiler konusunda bilgi verilmektemidir? |  |
| Rotasyonlar UÇEP’te tanımlanan içerigi vebeklentilerinizi karsılıyor mu? Açıklayınız. |  |
| Egitim danısmanınız belirlenmis midir? |  |
| Egitim danısmanınız ile iletisimsaglanmakta mıdır? |  |

**7. ÇALI**S**MA SAATLER**İ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1****Yıl****Asistanı** | **2****Yıl****Asistanı** | **3****Yıl****Asistanı** | **4****Yıl****Asistanı** | **5****Yıl****Asistanı** |
| Haftalık ortalama çalışma saati |  |  |  |  |  |
| Kesintisiz maksimum çalışma süresi (nöbet vb. görevler) |  |  |  |  |  |
| Aylık nöbet saati |  |  |  |  |  |
| Haftalık kuramsal eğitim saati |  |  |  |  |  |
| Haftalık uygulamalı eğitim saati (Ameliyat, poliklinik, yatan hasta muayene ve takibi) |  |  |  |  |  |
| Bireysel olarak teorik çalışma için ayrılabilen haftalık saat |  |  |  |  |  |
| Araştırma için ayrılan aylık saat |  |  |  |  |  |

**8. GERİ BİLDİRİM**

|  |  |
| --- | --- |
| Eğitim süreci ile ilgili sizden geri bildirim alınıyor mu?Alınıyorsa hangi sıklıkta? |  |
| Eğitim süreciniz ile ilgili size geri bildirim veriliyor mu?Veriliyorsa hangi sıklıkta? |  |

**9. YORUMLAR (E**ğ**itim programı ve uygulamalar konusunda yorum yapmak isteyen tüm asistanların yorumlarının a**ş**a**ğ**ıda belirtilmesi rica olunur)**

|  |
| --- |
|  |

**TÜRK KULAK BURUN BO**G**AZ ve BA**S**-BOYUN**

**CERRAH**İ**Sİ** **DERNE**Ğİ

**YETERL**İ**K KURULU**

**AKRED**İ**TASYON KOM**İ**SYONU**

ASİSTAN BİLGİLERİ FORMU

EKLERİ

Ek 1. Makale ve bildirilerin künye listesi (Makalelerin künyeleri Türk Otolarengoloji Arşivi’nin yazım kurallarına göre yazılacaktır)