A white paper with black text

AI-generated content may be incorrect.

اسم المتقدم: ..................................................... رقم سجل الاختصاص: ..................................

القطر: ........................................ مركز التدريب: ...................................................................

**تعليمات عامة للمتقدم**

1- اقرأ التعليمات قبل تعبئة أي جزء من الكتاب - سجل سير التدريب - حيث أن كل صفحة فيه مكتوبة بشكل واضح. إذا وجدت أية صعوبة عليك باستشارة مسؤول التدريب في مستشفاك.

2- عليك بتعبئة الكتاب لكامل مدة التدريب على أن تكون تعبئة الكتاب على أسس يومية وتقدم صورة منه سنوياً للجنة التدريب والتوصيف وشؤون الاعتراف للتأكد من كفاءة العملية التدريبية.

3- قبل انتهاء مدة التدريب بثلاثة شهور يرسل المشرف تقريراً إلى الأمانة العامة بموافقته على ما جاء في سجل التدريب.

4- على المسؤول عن التدريب أن يوقع ويؤرخ بدء التدريب على هذا الكتاب.

5- على المتدرب أن يحمل كتاب التدريب معه باستمرار اثناء العمل.

6- على المتدرب كتابة فترات الغياب المرضي والإجازات.

**تعليمات للمشرف على التدريب**

يطلب من المشرف على التدريب التوقيع على الأنشطة المدونة في سجل التدريب.

في حال وجود نقص بالتدريب في الناحية العملية أو النظرية فيجب أن يبين ذلك مع اتخاذ جميع الإجراءات للتغلب عليه.

وإذا اتخذت بعض الإجراءات خارج محتويات كتاب / سجل سير التدريب / فعلى المشرف على التدريب ذكر ذلك حتى تستطيع لجنة التدريب والتوصيف الاطلاع عليه.

**معلومات شخصية**

الاسم الأول: .........................الثاني: .............................العائلة:........................

الجنس: .................مكان وتاريخ الولادة: ............................ الجنسية: ..................

سنة التخرج: ..................................الجامعة: ..................................................

دراسات عليا: .............................................................................................

تاريخ بداية التدريب: ......................................................................................

**التدريب:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **المستشفى** | **القسم** | **إلى** | **من** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**تعليق مدير التدريب**

بهذا نفيدكم بأن الطبيب :...........................................................................

قد امضى فترة التدريب و اكمل متطلبات التدريب المقررة ومواظب على حضور الأنشطة العلمية وعليه يعد مؤهل لدخول الامتحان المعرفي الاول

التعليق

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

مدير التدريب................................... التوقيع.......................... التاريخ................

البريد الإلكتروني: ........................................ رقم الهاتف: ................................

**الإجازات السنوية: الإجازات المرضية:**

|  |  |
| --- | --- |
| إلى | من |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| إلى | من |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

اعتماد المكتب الإداري بمركز التدريب:

الاسم : .......................................... التوقيع.......................... التاريخ................

البريد الإلكتروني: ........................................ رقم الهاتف: ................................

**النشاط العلمي المطلوب استيفاؤه من المتدرب لاعتماد التدريب قبل دخول الامتحان**

Minimal Requirements

Case presentations 2/year

Journal Club 2/year

Clinical meeting / morning report 1/week

Out Patient Clinic 1/week

Emergency, casualty and on call 1/week

Case report 1/3 months

**Case Presentation -1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| توقيع الاخصائي | التشخيص | رقم سجل المريض | التاريخ |  |
|  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  | 2 |

اعتماد مدير التدريب

**Journal Club 2-**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| توقيع المدرب | العنوان- المجلة - العدد – السنة – الصفحة | التاريخ | ت |
|  |  |  | 1 |
|  |  |  | 2 |

اعتماد مدير التدريب

ملاحظة:

Journal Club , Case Presentation- بخصوص

يطلب الاحتفاظ بكل العمل لتقديمه بشكل ورقي يوم الامتحان النهائي العملي

**Out Patient Clinic 3-**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| توقيع الاخصائي | عدد العيادات في الفترة المحددة | العيادة | التاريخ | | ت |
| الى | من |
|  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  | 14 |

اعتماد مدير التدريب

**Emergency, casualty and on call** **4-**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **توقيع الاخصائي** | عدد المناوبات في الفترة المحددة | **التاريخ** | | **ت** |
| **الى** | **من** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  | **6** |
|  |  |  |  | **7** |
|  |  |  |  | **8** |
|  |  |  |  | **9** |
|  |  |  |  | **10** |
|  |  |  |  | **11** |
|  |  |  |  | **12** |

اعتماد مدير التدريب

**morning report / Clinical meeting5-**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توقيع المدرب | التاريخ | ت |
|  |  | 1 |
|  |  | 2 |
|  |  | 3 |
|  |  | 4 |
|  |  | 5 |
|  |  | 6 |
|  |  | 7 |
|  |  | 8 |
|  |  | 9 |
|  |  | 10 |
|  |  | 11 |
|  |  | 12 |
|  |  | 13 |
|  |  | 14 |
|  |  | 15 |
|  |  | 16 |

اعتماد مدير التدريب

**(once every 3 month) Case report -6**

من خلال دوام المتدرب (العيادات، المناوبات، العمليات) مع اعتمادها من المدرب ويتم تقديمها الى لجنة البرامج كلاً على حده

Patient file number: ………………………………..

History: ………………………………………………………………

………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………

Examination (full ocular examination): ……………..……………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Investigation done (with related findings report):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Plan of management…………………………………………………………….

…………………………………………………………………………

Final outcome:**……………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………**

المدرب: ..................................... التوقيع.......................... التاريخ................

البريد الإلكتروني: ........................................ رقم الهاتف: ................................

**7- المهام الجراحية للسنة الأولى:**

Oculoplasty & Orbit: Chalazion , Tarsotomy, Tarsoraphy, Repair of lid wound, Reconstructive lid surgery.

Lacrimal Surgery: Syringing, Probing, Irrigation, intubation.

Cornea: Removal of surface foreign body

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| توقيع المدرب | العملية | جراح مساعد | جراح اساس | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |

اعتماد مدير التدريب

**8- النشاطات العلمية التي قام بها المتدرب:**

(المحاضرات، الندوات العلمية، المشاركة في المؤتمرات والبحث العلمي)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **حضور** | **مشاركة** | **المكان** | **العنوان** | **التاريخ** |  |
|  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  | 7 |

ملاحظة:

يطلب الاحتفاظ بكل العمل لتقديمه للجان الامتحانية بشكل ورقي عند التقدم إلى الامتحان النهائي العملي

اعتماد مدير التدريب

**متطلبات التدريب والمهارات بالسنة الأولى**

**الكشف السريري**

1. فحص شبكية العين
2. فحص القرنية وإجراء الدراسات الدقيقة.
3. فحص وتحديد الخطأ الانكساري.
4. دراسة المجال البصري.
5. فحص قوة الإبصار لكل الأعمار.
6. فحص واكتشاف عمى الألوان.
7. دراسة زاوية الحجرة الأمامية للعين.
8. دراسة الإفرازات الدمعية للعين.
9. دراسة المجاري الدمعية للعين.
10. طرق دراسة ضغط كرة العين.
11. المام شامل و دقيق للفحص بالمصباح الشقي
12. الكشف عن نوع الحول وتحديد الزوايا

**الخبرة السريرية العملية**

1. دراسة وتهيئة المريض عند إدخاله للمستشفى.
2. دراسة وتهيئة المريض قبل وبعد العملية الجراحية.
3. الإلمام بأنواع الخيوط الجراحية واستعمال الميكروسكوب الجراحي.
4. متابعة الحالات بعد إجراء العملية
5. اكتساب الخبرة في علاج حوادث العين
6. اكتساب الخبرة في علاج أمراض العين الشائعة
7. الالمام بأنواع القطرات العينية واستطباب استخدام كل نوع والاثار الجانبية لكل نوع من القطرات والادوية العينية

**الخبرة الجراحية:**

1. علاج الجروح القطعية للجفون
2. الأكياس الدهنية
3. علاج جروح الملتحمة.
4. حقن الأدوية بالملتحمة
5. تسليك المجاري الدمعية
6. نزع الشعرة