



ST-läkarens namn:

Bedömare:

Fullgjord tid av ST:

Datum:

Fallets svårighetsgrad:	Enkelt:	Medelsvårt:	Svårt:

Plats:	Vårdcentral	Sidotjänstgöringsklinik
	Akutmottagning/ Jourcentral	Annan (t ex särskilt boende, BVC, jourcentral etc. Vilken:

Praktiskt moment:	
-------------------	--

Tidsåtgång:	
-------------	--

Att fylla i formuläret:

Bedömning sker i relation till slutmålet – dvs. kompetensnivå hos färdig specialist.
Försök att använda hela skalan i din bedömning – resultatet ger en plan för fortsatt utbildning.
Ge gärna kommentarer.

Kompetensområde:	Otilfredsställande:		Tillfredsställande:		Utmärkt:	
	1	2	3	4	5	6
1. Förstår indikation anatomi och teknik Kommentar:						
2. Informerat och fått samtycke från patienten Kommentar:						
3. Förbereder momentet på ett adekvat sätt Kommentar:						
4. Teknisk skicklighet Kommentar:						
5. Arbetar sterilt (om det är aktuellt) Kommentar:						



Forts Kompetensområde	Otilfredställande:		Tillfredställande:		Utmärkt:	
	1	2	3	4	5	6
6 Ber om hjälp på ett adekvat sätt Kommentar:						
7. Avslutar på ett adekvat sätt Kommentar:						
8. Kommunikationsförmåga med patient och personal Kommentar:						
9. Sammanfattande bedömning Kommentar:						

Konkreta exempel på vad som fungerade särskilt bra?

Förslag till kompetensutveckling

Handlingsplan/uppföljning

Instruktion: Ifyllt formulär sparas i ST-läkarens portfölj (ST-forum).