



Tirocinio obbligatorio III anno – Area Chirurgica – a.a. 2024/25

Matr. _____ Cognome _____ Nome _____

Periodo di frequenza _____ Reparto _____

Tutor: Prof./Dr. _____

FREQUENZA

Data	Orario ingresso	Orario uscita	Firma del Tutor



Tirocinio obbligatorio III anno – Area Chirurgica – a.a 2024/25

Libretto delle attività didattiche professionalizzanti

Matr. _____ Cognome _____ Nome _____

Periodo di frequenza dal _____ al _____

Reparto: _____

Direttore: Prof./Dr. _____

Tutor: Prof./Dr. _____

Obiettivo del tirocinio formativo	Obiettivo raggiunto?	
	SI	NO
1. Raccolta di anamnesi		
2. Esame obiettivo generale		
3. Esame obiettivo collo		
4. Esame obiettivo torace		
5. Esame obiettivo addome		
6. Esame obiettivo arti		
7. Eseguire prelievo ematico venoso		
8. Eseguire medicazione sterile		

Data _____/_____/_____

Firma del Tutor

Firma del Direttore U.O.
