

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ
KHOA RĂNG HÀM MẶT



SỔ CHỈ TIÊU THỰC TẬP LÂM SÀNG

Môn học: CHỮA RĂNG NỘI NHA

HỌ VÀ TÊN HỌC VIÊN:.....

MSHV:.....

LỚP:

Năm học 2020 - 2021

Quy định chung:

1. Giờ thực hành lâm sàng: Buổi sáng (7.00-11.00), buổi chiều (13h00-17.00).
2. Đi học đúng giờ, trực đầy đủ , trang phục (quần áo blouse, mũ, khẩu trang, bảng tên SV, giày dép) theo đúng quy định.
3. Có thái độ đúng mực với giảng viên, nhân viên y tế, bạn học, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.
4. Trong giờ thực tập lâm sàng phải đứng ở vị trí phân công, không sử dụng điện thoại di động, không ồn ào hay đùa giỡn trong suốt quá trình.
5. Thực hiện và giữ gìn tài sản trong phòng thực tập lâm sàng. Mượn và trả dụng cụ theo đúng thời gian quy định.
6. Tổ chức vệ sinh phòng học lâm sàng, nhắc nhở nhóm thực tập khi ra khỏi phòng tắt đèn, quạt, khóa cửa phòng học.

ĐIỂM DANH THỰC TẬP

STT	Ngày	CBG	Ghi chú
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

CHỈ TIÊU KHÁM VÀ LÀM BỆNH ÁN RĂNG MIỆNG

STT	Ngày	Số bệnh án	Tên bệnh nhân	Chẩn đoán	Nội dung	CBG xác nhận
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CHỈ TIÊU NỘI NHA

STT	Ngày	Số bệnh án	Tên bệnh nhân	Chẩn đoán	Nội dung	CBG xác nhận
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CHỈ TIÊU NỘI NHA

STT	Ngày	Số bệnh án	Tên bệnh nhân	Chẩn đoán	Nội dung	CBG xác nhận
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CHỈ TIÊU NỘI NHA

STT	Ngày	Số bệnh án	Tên bệnh nhân	Chẩn đoán	Nội dung	CBG xác nhận
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CHỈ TIÊU NỘI NHA

STT	Ngày	Số bệnh án	Tên bệnh nhân	Chẩn đoán	Nội dung	CBG xác nhận
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CHỈ TIÊU NỘI NHA

STT	Ngày	Số bệnh án	Tên bệnh nhân	Chẩn đoán	Nội dung	CBG xác nhận
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CHỈ TIÊU TRÁM RĂNG

STT	Ngày	Số bệnh án	Tên bệnh nhân	Chẩn đoán	Nội dung	CBG xác nhận
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CHỈ TIÊU TẮY TRẮNG

STT	Ngày	Số bệnh án	Tên bệnh nhân	Chẩn đoán	Nội dung	CBG xác nhận
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						