

Adı / Soyadı :

Yaşı:.....

Tıpta Uzmanlık Öğrencisi:

Uzman:

Yazışma Adresi:.....

Telefon :..... Faks :.....

E-posta:.....

MARMARA LAPAROSKOPİ EĞİTİM KURSU ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Daha önce temel laparoskopî eğitimi aldınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Daha önce aldığınız eğitim ıslak laboratuvar (hayvan kursu) çalışması içeriyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Çalıştığınız kurum bir eğitim kliniği mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Laparoskopî uygulama konusunda çalıştığınız kurumda yeterli alt yapı var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Çalıştığınız kurumda laparoskopik cerrahi teknikler uygulanıyor mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Cerrahi pratiğinizde laparoskopik teknikler uygulayabiliyor musunuz? (Cevabınız "evet" ise; aşağıdaki sorulara geçiniz)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
İnmemiş testise yönelik diagnostik batın laparoskopisi yapabilirim.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Laparoskopik böbrek kist dekortikasyonu yapabilirim.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Laparoskopik basit nefrektomi yapabilirim.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Küçük böbrek tümörlerine; laparoskopik radikal nefrektomi yapabilirim.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>