

**Potrdilo mentorja o najmanj enoletnih delovnih izkušnjah na področju
imobilizacije in mobilizacije**

Kandidat

Ime in priimek _____

Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____

Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

Žig delavne organizacije

Pismena dokumentacija o opravljenih zahtevanih posegih

I.

1. Imobilizacija:

prstov

OPRAVIL

Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____

Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

zapestja

OPRAVIL

Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____

Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

podlahti in komolca

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

nadlahti in rame

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

hrbtenice

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

kolka in stegna

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

kolena

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

goleni in gležnja

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

ortopedske imobilizacije

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

funkcionalne imobilizacije

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

oblične imobilizacije

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

ortopedsko - tehnični pripomočki (namesti in prilagodi)

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

kontrolira imobilizacije

OPRAVIL
Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____
Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

Potrdilo mentorja o sodelovanju pri repozicijah

II.

repozicije

OPRAVIL

Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____

Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____

Potrdilo mentorja o sodelovanju pri zdravstveni negi življenjsko ogroženega pacienta

III.

namesti imobilizacijo pri življenjsko ogroženem (politravmatiziranem) pacientu

OPRAVIL

Priimek in ime mentorja ali odgovorne osebe _____

Podpis mentorja ali odgovorne osebe _____