

A Magyar Epilepszia Liga (MEL) adatlapja epilepszia specialista (ESP), epilepsziában jártas orvos (EJO) minősítés megszerzéséhez / megújításához

- 1./ Név Szül.hely, idő
- 2./ Szakorvosi képesítése(i), **melye(ke)n belül epilepsziás betegeket ellát:**
.....
.....
- 3./ Jelenlegi munkahely(ek): intézmény-részleg-rendelés, **ahol epilepsziás betegeket ellát**
1. -
.....
2. -
.....
3. -
.....
- 4./ Végez-e epilepszia **szak**rendelést?
- 5./ Becslése szerint **hetente hány órában** foglalkozik epilepsziás betegekkal?
- 6./ Kb. **összes ellátott epilepsziás betege** az utóbbi egy évben
fekvőbeteg: Járóbeteg:
- 7./ **Epilepsziás betegek kontrollvizsgálatának száma** három hónapra számolva:
ebből új beteg:.....
- 8./ Módja van arra, hogy betegeinek **EEG felvételét** is rendszeresen megtekintse?
Ha igen, milyen módon?
.....
- 9./ **Önállóan leletez EEG-t?**..... Ha igen, hetente hányat?.....
Ha igen, nyújtsa be az I. mellékletet!
- 10./ Mikor történt utoljára epilepsziás betegénél műtét előtti kivizsgálás v. műtét?
..... (név kezdőbetűk, év)
- 11./ Végez szakorvosi véleményezést gépjárművezetői alkalmasság szempontjából?
Ha igen, nyújtsa be a II. mellékletet!
- 12./ Végez szakorvosi véleményezést iskolai v. munkaalkalmasság szempontjából?
Ha igen, nyújtsa be a III. mellékletet!
- 13./ Végez szakorvosi véleményezést munkaképesség-csökkenés orvosi felülvizsgálatához?
.....
Ha igen, nyújtsa be a IV. mellékletet!
- 14./ **Kérjük, küldjön el az V. mellékletben** egy három hónapon belüli, Ön által új epilepsziás betegéről készített zárójelentést, vagy ambuláns összefoglalást

15./ **Kérjük, küldjön el a VI. mellékletben** három db. három hónapon belüli ambuláns kontrollvizsgálati dokumentumot, melyben régi epilepsziás betegénél

1./ gyógyszerváltoztatást vagy

2./ valamilyen műszeres vizsgálatot kezdeményezett, ill.

3./ a beteg életében bekövetkezett történéssel kapcsolatosan alkalmazott célzott kezelést.

16./ **Röviden írja le a VII. mellékletben**, milyen lehetősége(i) van(nak) abban az esetben, ha betegénél pszichés dekompenzáció, vagy pszichopatológiai tünet lép fel?

*17./ **Sorolja fel** azt a legutóbbi három – epilepsziát érintő – **tudományos és/vagy továbbképző eseményt** (időpont, helyszín, rendezvény címe), amelyen részt vett:

a./

b./

c./

*18./ Hogyan vesz részt a **szakmai közéletben**? (Előadás, cikk, kerekasztal stb.)

Röviden foglalja össze a VIII. mellékletben

*19./ Milyen – epilepsziával kapcsolatos **kutatásban** vesz/vett részt?

Röviden foglalja össze a IX. mellékletben

Nevem és orvosi pecsétszámom megadásával megerősítem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim, valamint a mellékletekben közölt dokumentáció a valóságnak minden tekintetben megfelel.

Dátum:

Név:

Pecsétszám:

A MEL Akkreditációs Bizottságának ezúton is jelzem, hogy pályázni kívánok

a Magyar Epilepszia Liga tanúsítványának megszerzésére az epilepszia orvosi szakellátásához szükséges elektrofiziológiai módszerekben való jártasságom igazolásához

..... (név, pecsétszám)

* ESP minősítésért folyamodók számára kitöltése kötelező!