

**სამედიცინო დაწესებულებებისა ან/და სასწავლებლების აკრედიტაციის
თვითშეფასების კითხვარი**

სამედიცინო დაწესებულების ან/და სასწავლებლის დასახელება

I. ზოგადი ინფორმაცია

სარეზიდენტო პროგრამის დასახელება		
სამედიცინო დაწესებულების/სასწავლებლის დასახელება		
მისამართი		
ტელეფონი, ფაქსი		
ელექტრონული ფოსტა		
ვებ-გვერდი		არსებობის შემთხვევაში
ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა		
სამედიცინო დაწესებულებების/სასწავლებლების (აფილირებული დაწესებულებების) დასახელება, რომელთანაც დაწესებულებას/სასწავლებელს პროგრამის განხორციელების მიზნით გაფორმებული აქვს ხელშეკრულებები (შესაბამისი მოდულების მითითებით)		
მიმდინარე პერიოდში რეზიდენტების/სპეციალობის მაძიებლების რაოდენობა (მიუთითეთ: სახელი, გვარი, საექიმო სპეციალობა, მზადების დაწყების და დასრულების ჩვენებით)		

II. კლინიკური რესურსი

იმ სამედიცინო საქმიანობათა ჩამონათვალი, რომელზედაც დაწესებულების/სასწავლებლის კლინიკურ ბაზებს ან/და მასთან აფილირებულ დაწესებულებას/სასწავლებელს მიღებული აქვს ლიცენზია (გენერალური, სპეციალური) (დაწესებულების/სასწავლებლის კლინიკური ბაზების ან/და მასთან აფილირებული დაწესებულებებისა/სასწავლებლებისა და შესაბამისი საქმიანობების მითითებით)		
არალიცენზირებადი საქმიანობების		

ჩამონათვალი (დაწესებულების/სასწავლებლის კლინიკური ბაზების ან/და მასთან აფილირებული დაწესებულებებისა/სასწავლებლებისა და შესაბამისი საქმიანობების მითითებით)		
ამბულატორიულ დაწესებულებაში არსებული განყოფილების/კაბინეტის მომსახურების პროფილი		
სტაციონარულ დაწესებულებაში/სასწავლებელში არსებული განყოფილების/კაბინეტის მომსახურების პროფილი		
ამბულატორიულ განყოფილებაში/კაბინეტში დასაქმებული ექიმ-სპეციალისტების ნუსხა (მიუთითეთ: სახელი, გვარი, საექიმო სპეციალობა, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი სექტიფიკატის გაცემის თარიღი, სერტიფიკატის ნომერი, სამუშაო ადგილი)	1. 2. 3. 4.	პროგრამით გათვალისწინებუ ლი მოდულების გათვალისწინებით
სპეციალიზებულ განყოფილებაში/კაბინეტში დასაქმებული ექიმ-სპეციალისტების ნუსხა (მიუთითეთ: სახელი, გვარი, საექიმო სპეციალობა, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი სექტიფიკატის გაცემის თარიღი, სერტიფიკატის ნომერი, სამუშაო ადგილი)		პროგრამით გათვალისწინებუ ლი მოდულების გათვალისწინებით
სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში სავარძლების საერთო რაოდენობა		
სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში სავარძლების რაოდენობა, რომლებიც განკუთვნილია რეზიდენტებისათვის		
ამბულატორიული დაწესებულების დატვირთვა (ვიზიტების რაოდენობა), თვეში, წელიწადში		პროგრამით გათვალისწინებუ ლი მოდულების გათვალისწინებით
სტაციონარულ დაწესებულებაში არსებული განყოფილებების პროფილი, საწოდების რაოდენობა		
სტაციონარულ დაწესებულებაში დასაქმებული ექიმ-სპეციალისტების ნუსხა (მიუთითეთ: სახელი, გვარი, საექიმო სპეციალობა, დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის დამადასტურებელი სექტიფიკატის გაცემის თარიღი, სერტიფიკატის ნომერი, სამუშაო	1. 2. 3. 4.	პროგრამით გათვალისწინებუ ლი მოდულების გათვალისწინებით

ადგილი)		
სტაციონარული დაწესებულების საწოლის საშუალო დატვირთვის მაჩვენებელი		პროგრამით გათვალისწინებული მოდულების გათვალისწინებით
სტაციონარული დაწესებულების საოპერაციო აქტივობების, მანიპულაცია/პროცედურების ჩამონათვალი		პროგრამით გათვალისწინებული მოდულების გათვალისწინებით
დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, პროფილაქტიკური პროცედურები, რომელიც ტარდება დაწესებულებაში და მათი რაოდენობა განვლილი კალენდარული წლის განმავლობაში	1. დიაგნოსტიკური 2. სამკურნალო 3. პროფილაქტიკური	მხოლოდ ის პროცედურები, რომლებიც გათვალისწინებულია პროგრამის მოდულის/მოდულების ფარგლებში

III. მატერიალური რესურსი

რეზიდენტების/მამიებლების თეორიული მზადებისათვის გამოყოფილი ფართი (ოთახების რაოდენობა, მ ² -ის მითითებით)		
კონფერენციის, კონსილიუმის, სემინარის ჩატარებისათვის საჭირო სათანადოდ აღჭურვილი ფართი		
ტექნიკური აღჭურვილობის ჩამონათვალი, რომელიც უზრუნველყოფს მოდულებით გათვალისწინებული საკითხების სწავლებასა და უნარ-ჩვევების ათვისებას		
აუცილებელი და რეკომენდებული ლიტერატურის ჩამონათვალი, რომელიც უზრუნველყოფს პროგრამის მოდულებით გათვალისწინებული საკითხების სწავლებასა და უნარ-ჩვევების ათვისებას	1. 2. 3.	
საინფორმაციო/საკომუნიკაციო ტექნოლოგიები (კომპიუტერული უზრუნველყოფა: რეზიდენტების/მამიებლების თავისუფალი სარგებლობისათვის განკუთვნილი ინტერნეტში ჩართული კომპუტერების რაოდენობა)		

IV. ინტელექტუალური რესურსი

სარეზიდენტო პროგრამის ხელმძღვანელის/ხელმძღვანელობის მონაცემები (მიუთითეთ: სახელი, გვარი, დეპარტამენტი/განყოფილება, თანამდებობა, აკად. ხარისხი,	1. 2. 3.	
--	----------------	--

სამეცნ. ხარისხი, საკონტაქტო ინფორმაცია)		
ცალკეული მოდულის განხორციელებაზე პასუხისმგებელ პირთა მონაცემები (მიუთითეთ: სახელი, გვარი, დეპარტამენტი/განყოფილება, თანამდებობა, აკად. ხარისხი, სამეცნ. ხარისხი, პედაგოგიური გამოცდილება, საკონტაქტო ინფორმაცია)	მოდული 1. მოდული 2. მოდული 3.	

ასევე, წარმოდგენილ უნდა იქნეს სარეზიდენტო პროგრამის ხელმძღვანელისა და ცალკეული მოდულის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი პირების ავტოგრაფიები/CV.

V. სამეცნიერო კვლევა

პროგრამების, პროექტების, სამეცნიერო გრანტების დასახელება, რომელშიც მონაწილეობს დაწესებულება		
საერთაშორისო და ადგილობრივ კონფერენციებში ჩართულობა		
სამეცნიერო და სახელმძღვანელო ლიტერატურის, მონოგრაფიების, სამეცნიერო სტატიების, კლინიკური გაიდლაინების მომზადებაში მონაწილეობა		

VI. ხარისხის უზრუნველყოფა

ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის შიდა სისტემის შესახებ		
ინფორმაცია სწავლების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შესახებ		

სამედიცინო დაწესებულების ან/და სასწავლებლის ხელმძღვანელის ხელმოწერა _____

ბეჭედი _____