

**Corso di Studi in Assistenza Sanitaria  
CONTRATTO DI TIROCINIO I ANNO**

**Ambulatorio Vaccinale pediatrico**

Nome, Cognome e Sede del Tirocinante

---

<b>STUDENTE</b>	
<b>SEDE DI TIROCINIO PEDIATRIA DI COMUNITA'</b>	
<b>GUIDE DI TIROCINIO PEDIATRIA DI COMUNITA'</b>	

Con questo contratto formativo, concordato tra studente, sede formativa e sede di tirocinio; lo studente si assume l'impegno di effettuare il tirocinio presso la suddetta sede secondo le modalità indicate nel presente contratto.

**OBBLIGHI DEL TIROCINANTE**

- Seguire le indicazioni delle guide di tirocinio e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- Rispettare gli orari stabiliti e dare comunicazione tempestiva alla guida di tirocinio rispetto ad assenze o a variazioni d'orario;
- Rispettare ordine ed igiene in rapporto a divisa, ambienti, materiali.
- Rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di sicurezza e igiene;
- Compilare il Questionario di valutazione dell'esperienza di tirocinio

In caso non venissero osservate le condizioni suddette, si prega di avvisare tempestivamente il corso di laurea alla mail [cl\\_assistenzasanitaria@unimore.it](mailto:cl_assistenzasanitaria@unimore.it)

**PROGRAMMAZIONE TIROCINIO I ANNO AMBULATORIO VACCINALE PEDIATRICO**

**Periodo di tirocinio:**

**Attività in ore: 100**

**OBIETTIVI GENERALI TIROCINIO I ANNO AMBULATORIO VACCINALE PEDIATRICO**

Acquisire conoscenze pratiche e competenze nell'ambito della prevenzione e profilassi delle malattie infettive con particolare riferimento

- alla gestione delle attività vaccinali pediatriche

**Corso di Studi in Assistenza Sanitaria**  
**CONTRATTO DI TIROCINIO I ANNO**

**Ambulatorio Vaccinale pediatrico**

Nome, Cognome e Sede del Tirocinante

---

**OBIETTIVI SPECIFICI TIROCINIO I ANNO AMBULATORIO VACCINALE PEDIATRICO**

- Conoscere ed eseguire le corrette attività di preparazione dell'ambulatorio vaccinale, riordino e ripristino dello stesso a fine seduta
- Conoscere ed eseguire le modalità corrette di gestione del carrello emergenze e DAE, dello smaltimento dei dispositivi medici taglienti e dei rifiuti sanitari
- Conoscere ed eseguire le corrette attività di approvvigionamento farmaci e materiale sanitario
- Conoscere le caratteristiche dei vaccini in uso nell'ambulatorio vaccinale dedicato all'età pediatrica (composizione, modalità di somministrazione, ciclo di base e booster); le loro precauzioni e controindicazioni d'utilizzo, le eventuali reazioni avverse e la procedura di segnalazione delle reazioni avverse all'AIFA
- Conoscere ed eseguire insieme alla guida di tirocinio l'anamnesi sanitaria prevaccinale e la raccolta del consenso informato da parte degli utenti
- Osservare la somministrazione di vaccino da parte della guida di tirocinio
- Conoscere e utilizzare l'applicativo per la registrazione dati sulla vaccinazione eseguita
- Conoscere la normativa sul rispetto della privacy e consenso informato

**OBIETTIVI TRASVERSALI (AREA ETICO-COMPORTAMENTALE)**

- Sviluppare buone capacità relazionali con colleghi
- Sviluppare buone capacità relazionali con gli utenti (anche gestione della sala d'attesa)
- Applicare la normativa sul rispetto della privacy e consenso informato
- Mantenere aspetto e abbigliamento adeguati al contesto
- Adottare un comportamento professionale e responsabile verso utenti, familiari ed equipe
- Concordare e comunicare nei tempi e nei modi corretti la frequenza delle attività di tirocinio (orari, uscite, seminari) adattandosi agli orari del tutor e del servizio
- Rispettare gli orari programmati, comunicando eventuali assenze o ritardi
- Promuovere l'immagine di professionalità attraverso il comportamento, le azioni, le espressioni e le modalità relazionali
- Rispondere alle richieste dell'utente nei tempi e nei modi corretti, consultandosi con la guida di tirocinio
- Rispettare la dignità dell'utente e dei suoi spazi
- Astenersi dal mettere in pratica interventi per i quali non ha ricevuto adeguata preparazione, non sostenuti da standard ed evidenze
- Evitare attività o situazioni rischiose per sé o per gli altri

**Corso di Studi in Assistenza Sanitaria  
CONTRATTO DI TIROCINIO I ANNO**

**Ambulatorio Vaccinale pediatrico**

Nome, Cognome e Sede del Tirocinante

---

**METODOLOGIA**

L'esperienza di tirocinio prevede la presenza continuativa dello studente presso la sede ospitante, con turni da concordare con i tutori scientifico e aziendale.

Eventuali assenze sono da recuperare in accordo con i soggetti sopra indicati, fino al raggiungimento del monte ore previsto.

**VALUTAZIONE**

Lo studente entro e non oltre due settimane dal termine del tirocinio dovrà presentare al tutor didattico o coordinatore del Cds, e caricare sulla piattaforma Moodle, la seguente documentazione:

- Attestazione di presenza alle attività di tirocinio, completa in ogni sua parte;
- Scheda di valutazione delle competenze specifiche e scheda di valutazione delle competenze trasversali (area etico-comportamentale), firmate dalle guide di tirocinio;
- Una relazione, di massimo due pagine, redatta seguendo le indicazioni riportate sulla guida di tirocinio.

**NB: a metà del percorso di tirocinio si prega di scrivere alla mail del corso [cl\\_assistenzasanitaria@unimore.it](mailto:cl_assistenzasanitaria@unimore.it) nel caso in cui si ritenga che lo studente non sia in grado di raggiungere un livello di competenza soddisfacente rispetto ad uno o più obiettivi del tirocinio. Se uno degli obiettivi indicati non potesse essere raggiunto nella sede di tirocinio per le caratteristiche della sede o del contesto, si prega di barrare la casella NS.**

Firma della guida/e di tirocinio

Firma dello studente

**Corso di Studi in Assistenza Sanitaria  
CONTRATTO DI TIROCINIO I ANNO**

**Ambulatorio Vaccinale pediatrico**  
Nome, Cognome e Sede del Tirocinante

---

**ATTESTAZIONE PRESENZE**

<b>Data</b>	<b>Ora entrata</b>	<b>Firma guida di tirocinio</b>	<b>Ora uscita</b>	<b>Firma guida di tirocinio</b>	<b>Ore svolte</b>	<b>Note</b>

**Data** \_\_\_\_\_ **Totale ore svolte** \_\_\_\_\_ **Firma guida di tirocinio** \_\_\_\_\_

**Corso di Studi in Assistenza Sanitaria**  
**CONTRATTO DI TIROCINIO I ANNO**

**Ambulatorio Vaccinale pediatrico**

Nome, Cognome e Sede del Tirocinante

---

**LEGENDA**

NR	Obiettivo NON RAGGIUNTO
PR	Obiettivo PARZIALMENTE RAGGIUNTO
R	Obiettivo RAGGIUNTO
NS	Ambito non sperimentato durante il periodo di tirocinio

<b>PROGRAMMARE E GESTIRE LE ATTIVITÀ VACCINALI</b>	Valutazione della Performance			
	NR	PR	R	NS
Preparazione dell'ambulatorio, riordino e ripristino dello stesso a fine seduta				
Conoscere ed eseguire le modalità corrette di gestione del carrello emergenze e DAE				
Smaltimento dei dispositivi medici taglienti e dei rifiuti sanitari				
Approvvigionamento farmaci e materiale sanitario				
Mantenimento e verifica della catena del freddo				
Conoscenza dei vaccini pediatrici in uso, precauzioni e controindicazioni d'utilizzo, reazioni avverse				
Conoscenza delle modalità di segnalazione AIFA delle reazioni avverse				
Osservazione e collaborazione raccolta anamnesi sanitaria vaccinale e consenso informato				
Osservazione somministrazione dei vaccini				
Utilizzo dell'applicativo per la registrazione dati nuova vaccinazione e recupero dati pregressi da archivio				
Conoscere la normativa sul rispetto della privacy e consenso informato				
Altro (specificare) _____				
Altro (specificare) _____				
<b>Osservazioni</b>				

Data valutazione \_\_\_\_\_

Firma guida di tirocinio \_\_\_\_\_

**Corso di Studi in Assistenza Sanitaria  
CONTRATTO DI TIROCINIO I ANNO**

**Ambulatorio Vaccinale pediatrico**  
Nome, Cognome e Sede del Tirocinante

---

AREA ETICA-COMPORTAMENTALE	VALUTAZIONE			
	Si	No	In parte	NS
Mostra capacità relazionali con colleghi				
Mostra capacità relazionali con gli utenti (anche gestione della sala d'attesa)				
Applica la normativa sul rispetto della privacy e consenso informato				
Mantiene aspetto e abbigliamento adeguati al contesto				
Adotta un comportamento professionale e responsabile verso utenti, familiari ed equipe				
Concorda e comunica nei tempi e nei modi corretti la frequenza delle attività di tirocinio (orari, uscite, seminari) adattandosi agli orari del tutor e del servizio				
Rispetta gli orari programmati, comunicando eventuali assenze o ritardi				
Promuove l'immagine di professionalità attraverso il comportamento, le azioni, le espressioni e le modalità relazionali				
Risponde alle richieste dell'utente nei tempi e nei modi corretti, consultandosi con la guida di tirocinio				
Rispetta la dignità dell'utente e dei suoi spazi				
Si astiene dal mettere in pratica interventi per i quali non ha ricevuto adeguata preparazione, non sostenuti da standard ed evidenze				
Evita attività o situazioni rischiose per sé o per gli altri				
Altro (specificare) _____				
Osservazioni				

Data valutazione \_\_\_\_\_

Firma guida di tirocinio \_\_\_\_\_

**Corso di Studi in Assistenza Sanitaria  
CONTRATTO DI TIROCINIO I ANNO**

**Ambulatorio Vaccinale pediatrico**  
Nome, Cognome e Sede del Tirocinante

---

## Valutazione relazione

### Titolo Relazione

---

	Insufficiente (<18)
	Sufficiente (18-20)
	Discreto (21-23)
	Buono (24-26)
	Ottimo (27-30)

Eventuali note

---

---

---

---

**Corso di Studi in Assistenza Sanitaria  
CONTRATTO DI TIROCINIO I ANNO**

**Ambulatorio Vaccinale pediatrico**  
Nome, Cognome e Sede del Tirocinante

---

## Giudizio complessivo finale del tirocinante

---

	Insufficiente (<18)
	Sufficiente (18-20)
	Discreto (21-23)
	Buono (24-26)
	Ottimo (27-30)

Eventuali note

---

---

---

---

---

---

**Scheda di rilevazione delle opinioni di enti e imprese**

Si ricorda di compilare il questionario di rilevazione delle opinioni di enti e imprese su tirocini curriculari al seguente link [https://forms.office.com/pages/response-page.aspx?id=JbCH58Y\\_AkiHSPyYh2j4ko7B6L78gopDpNz7Gluzec5UQzg1SFA2UDNCVDIORURDRDZS-SUZDUjdVTy4u](https://forms.office.com/pages/response-page.aspx?id=JbCH58Y_AkiHSPyYh2j4ko7B6L78gopDpNz7Gluzec5UQzg1SFA2UDNCVDIORURDRDZS-SUZDUjdVTy4u)

Data \_\_\_\_\_

Firma guida di tirocinio \_\_\_\_\_