

**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 _____