

## PRILOGA 2

## Specializacija iz medicinske embriologije

LIST  
SPECIALIZANTA

Priimek in ime kandidata (z velikimi tiskanimi črkami):

.....

Datum začetka in predvideni datum zaključka specializacije:

...../...../..... (D/M/L) - ...../...../..... (D/M/L).

| Leto   | Začetek usposabljanja (D/M/L) | Zaključek usposabljanja (D/M/L) | Datum izpolnjevanja za vsako leto | Podpis mentorja |
|--------|-------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| PRVO   | ...../...../.....             | ...../...../.....               |                                   |                 |
| DRUGO  | ...../...../.....             | ...../...../.....               |                                   |                 |
| TRETJE | ...../...../.....             | ...../...../.....               |                                   |                 |
| ČETRTO | ...../...../.....             | ...../...../.....               |                                   |                 |

Oddelki (laboratoriji), kjer se je specializant/ka usposabljal/a:

| Oddelek / laboratorij | Začetek usposabljanja (D/M/L) | Zaključek usposabljanja (D/M/L) |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------|
|                       | ...../...../.....             | ...../...../.....               |
|                       | ...../...../.....             | ...../...../.....               |
|                       | ...../...../.....             | ...../...../.....               |
|                       | ...../...../.....             | ...../...../.....               |
|                       | ...../...../.....             | ...../...../.....               |

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

## **CILJI PRVEGA LETA SPECIALIZACIJE**

Mentorjev opis pričakovanih znanj, tehničnih spretnosti in izpolnitev nalog ob koncu učnega leta.

Izpolniti ob začetku učnega leta.

Leto: 20.....–20.....

### **TEORETIČNO ZNANJE :**

.....

.....

.....

.....

.....

### **PRAKTIČNA ZNANJA:**

.....

.....

.....

.....

.....

### **NALOGE :**

.....

.....

.....

.....

.....

**IME MENTORJA :** \_\_\_\_\_ **DATUM :** \_\_\_\_\_

**PODPISI :** **MENTOR :** \_\_\_\_\_ **KANDIDAT :** \_\_\_\_\_

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

## **CILJI DRUGEGA LETA SPECIALIZACIJE**

Mentorjev opis pričakovanih znanj, tehničnih spretnosti in izpolnitev nalog ob koncu učnega leta.

Izpolniti ob začetku učnega leta.

Leto: 20.....–20.....

### **TEORETIČNO ZNANJE :**

.....

.....

.....

.....

.....

### **PRAKTIČNA ZNANJA:**

.....

.....

.....

.....

.....

### **NALOGE :**

.....

.....

.....

.....

.....

IME MENTORJA : \_\_\_\_\_ DATUM : \_\_\_\_\_

PODPISI : MENTOR : \_\_\_\_\_ KANDIDAT : \_\_\_\_\_

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

## **CILJI TRETJEGA LETA SPECIALIZACIJE**

Mentorjev opis pričakovanih znanj, tehničnih spretnosti in izpolnitev nalog ob koncu učnega leta.

Izpolniti ob začetku učnega leta.

Leto: 20.....–20.....

### **TEORETIČNO ZNANJE :**

.....

.....

.....

.....

.....

### **PRAKTIČNA ZNANJA:**

.....

.....

.....

.....

.....

### **NALOGE :**

.....

.....

.....

.....

.....

**IME MENTORJA :** \_\_\_\_\_ **DATUM :** \_\_\_\_\_

**PODPISI :** **MENTOR :** \_\_\_\_\_ **KANDIDAT :** \_\_\_\_\_

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V  
ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

## **CILJI ČETRTEGA LETA SPECIALIZACIJE**

Mentorjev opis pričakovanih znanj, tehničnih spretnosti in izpolnitev nalog ob koncu učnega leta.

Izpolniti ob začetku učnega leta.

Leto: 20.....–20.....

### **TEORETIČNO ZNANJE :**

.....

.....

.....

.....

.....

### **PRAKTIČNA ZNANJA:**

.....

.....

.....

.....

.....

### **NALOGE :**

.....

.....

.....

.....

.....

**IME MENTORJA :** \_\_\_\_\_ **DATUM :** \_\_\_\_\_

**PODPISI :** **MENTOR :** \_\_\_\_\_ **KANDIDAT :** \_\_\_\_\_

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V  
ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

## PRAKTIČNA ZNANJA

Vsak cilj, opredeljen v programu specializacije, ima pričakovano raven usposobljenosti, ki jo je treba doseči. Raven usposobljenosti sega od opazovanja (1. stopnja) do samostojnega dela (4. ali 5. stopnja).

Več ciljev ne zahteva ocene vsake ravni usposobljenosti, kar je označeno z osenčenimi polji. Če kandidat med usposabljanjem doseže tudi raven, ki ni pogoj, jo lahko vseeno predloži v ocenjevanje. Nekateri cilji ne zahtevajo, da kandidat opravi usposabljanje do najvišje ravni (raven 5). Ti cilji oziroma ravni so označeni s črno barvo. Pri praznih poljih je zahtevano, da mentor preveri usposobljenost kandidata in jo potrdi. Ko je kandidat pripravljen, mora sam mentorja opozoriti na to in se z njim dogovoriti, da preveri doseganje zastavljenih ciljev. Ko je celoten modul zaključen (brez črnih skrinjic), kandidat od glavnega mentorja pridobi podpis o opravljenem modulu.

SISTEM OCENJEVANJA:

- 1 : Kandidat je pasivni opazovalec ali asistira
- 2 : Kandidat potrebuje natančen nadzor pri delu
- 3 : Kandidat je sposoben izvajati postopek z občasnim nadzorom
- 4 : Kandidat je sposoben izvajati postopek brez nadzora
- 5 : Kandidat je sposoben poučevati in nadzirati druge

Splošni cilj je dobiti vsaj oceno 4.

## I. OSNOVNA NAČELA V LABORATORIJU ZA OBMP

| Cilj                                             | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum,<br>ko doseže določeno raven;<br>neposredni mentor se v isto<br>polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor<br>podpiše, ko je<br>dosežena končna<br>raven usposabljanja |       |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                  | 1                                                                                                                                            | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                               | Datum |
| Vzdrževanje laboratorijskih standardov higiene   |                                                                                                                                              |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Vzdrževanje varnostnih standardov v laboratoriju |                                                                                                                                              |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Odpravljanje težav pri osnovnih postopkih        |                                                                                                                                              |   |   |   |   |                                                                           |       |

**Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:**

**Ime in podpis mentorja:**

**Delodajalec mentorja:**

**Datum:**

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V  
ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

## **II. LABORATORIJSKA OPREMA IN DELOVANJE**

| Cilj                                                                                                                                                                                         | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                                                                                                              | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                      | Datum |
| Validacija opreme, kalibracija, vzdrževanje, čiščenje (npr. inkubatorji, delovne postaje, mikroskopi, mikromanipulatorji, centrifuge, grelna plošča, hladilniki, kriobanke, merilne naprave) |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Spremljanje ključnih fizikalno-kemijskih parametrov                                                                                                                                          |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Priprava in ravnanje z laboratorijskim potrošnim materialom in reagenti                                                                                                                      |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Priprava laboratorijske dokumentacije                                                                                                                                                        |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Priprava laboratorija za zagon                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Priprava in ravnanje z gojišči                                                                                                                                                               |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Zagotavljanje optimalnega odvzema bioloških vzorcev (tekočine, tkiva, gamete, zarodki)                                                                                                       |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odpravljanje težav pri postavitvi, opremi in delovanju laboratorija                                                                                                                          |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

### **III. ANALIZA SEMENA**

| Cilj                                                                     | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                          | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                      | Datum |
| Makroskopski pregled semena                                              |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Giblјivost                                                               |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Vitalnost                                                                |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Koncentracija                                                            |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Metode barvanja in citološke preiskave (morfologija semenčic, levkociti) |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Vodenje kontrole kakovosti analize semena                                |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odpravljanje težav pri analizi semena                                    |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

**Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:**

**Ime in podpis mentorja:**

**Delodajalec mentorja:**

**Datum:**



## **IV. PRIPRAVA SEMENA ZA POSTOPKE**

### **OBMP**

| Cilj                                                                              | Dosežena raven<br>usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum,<br>ko doseže določeno raven;<br>neposredni mentor se v isto<br>polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor<br>podpiše, ko je<br>dosežena končna<br>raven usposabljanja |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                   | 1                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                               | Datum |
| Izbira metode priprave glede na kakovost semena                                   |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Priprava ejakuliranega semena za IUI in OBMP postopke                             |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Priprava zamrznjenega/odmrznjenega semena                                         |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Priprava semena pozitivnega na viruse                                             |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Priprava vzorca retrogradne ejakulacije                                           |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Priprava kirurško pridobljenega semena (iz epididimisa, testisa) za postopke OBMP |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Identifikacija in izolacija kirurško pridobljenih semenčic za ICSI                |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Odpravljanje težav pri pripravi sperme                                            |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

## **V. OBDELAVA JAJČNIH CELIC ZA** **POSTOPKE OBMP**

| Cilj                                                                        | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                             | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                      | Datum |
| Identifikacija in izolacija kompleksov jajčna celica-kumulus                |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odstranjevanje krvnih strdkov iz kompleksov jajčna celica-kumulus           |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Razlikovanje med folikularno tekočino in vsebino endometriozne ciste        |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Kompleks jajčna celica-kumulus/ ocena zrelosti in morfologije jajčnih celic |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odpravljanje težav pri obdelavi jajčnih celic                               |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

**Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:**

**Ime in podpis mentorja:**

**Delodajalec mentorja:**

**Datum:**

## VI. OPLODITEV JAJČNIH CELIC

| Cilj                                                                                     | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                          | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                      | Datum |
| Določitev, katera metoda oploditve je primerna glede na kakovost semena in anamnezo para |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Izračun volumna/števila semenčic za oploditev s klasičnim IVF postopkom                  |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Klasični IVF postopek                                                                    |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odpravljanje težav pri klasičnem IVF postopku                                            |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

## **VII. ICSI (NEPOSREDNI VNOS SEMENČICE V CITOPLAZMO JAJČNE CELICE)**

| Cilj                                                               | Dosežena raven<br>usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum,<br>ko doseže določeno raven;<br>neposredni mentor se v isto<br>polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor<br>podpiše, ko je<br>dosežena končna<br>raven usposabljanja |       |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                    | 1                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                               | Datum |
| ICSI z ejakuliranim<br>semenom                                     |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| ICSI s semenom iz<br>epididimisa ali testisa                       |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| ICSI pri globozoospermiji in<br>umetni aktivaciji jajčnih<br>celic |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Odpravljanje težav pri<br>mikromanipulaciji                        |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

## **VIII. GOJENJE ZARODKOV, OCENA OPLODITVE IN RAZVOJA ZARODKOV**

| Cilj                                      | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                                           | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                      | Datum |
| Priprava gojišč in petrijev               |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Ocena oploditve                           |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Obveščanje pacientov o neuspeli oploditvi |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Ocena kakovosti zarodka (morfologija)     |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Ocena kakovosti blastociste (morfologija) |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Razvrščanje zarodkov glede na kakovost    |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Določitev neživih zarodkov                |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odpravljanje težav pri gojenju zarodkov   |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

## **IX. PRENOS ZARODKA V MATERNICO (ET)**

| Cilj                                                                                               | Dosežena raven<br>usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum,<br>ko doseže določeno raven;<br>neposredni mentor se v isto<br>polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor<br>podpiše, ko je<br>dosežena končna<br>raven usposabljanja |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                    | 1                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                               | Datum |
| Izbira najbolj kakovostnega<br>zarodka( -ov) za ET                                                 |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Utemeljitev o številu<br>zarodkov za prenos glede na<br>kakovost zarodkov in<br>bolnikovo anamnezo |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Utemeljitev izbire katetra,<br>kdaj uporabiti mandren                                              |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Prenos zarodka (-ov)                                                                               |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Odpravljanje težav pri<br>prenosu zarodkov                                                         |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

**X. KRIOPREZERVACIJA**

| Cilj                                                                                    | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                         | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime/ Podpis                                                      | Datum |
| Razumevanje tveganj in varnostnih postopkov, potrebnih pri delu s tekočim dušikom       |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Ravnanje z rezervoarji tekočega dušika                                                  |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Krioprezervacija semena                                                                 |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Krioprezervacija kirurško pridobljenega semena in odmrzovanje                           |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Krioprezervacija jajčnih celic – vitrifikacija / ogrevanje                              |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Izbira zarodkov za krioprezervacijo                                                     |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Krioprezervacija zarodkov/blastocist – vitrifikacija/ogrevanje (odprt in zaprt pristop) |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Shranjevanje virusno pozitivnega materiala                                              |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Priprava biološkega materiala za odpremo in prevzem biološkega materiala v kriobanki    |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odpravljanje težav pri krioprezervaciji                                                 |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

## **XI. SHRANJEVANJE CELIC, TKIV IN ZARODKOV**

| Cilj                                                                                                                          | Dosežena raven<br>usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum,<br>ko doseže določeno raven;<br>neposredni mentor se v isto<br>polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor<br>podpiše, ko je<br>dosežena končna<br>raven usposabljanja |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                                               | 1                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime /<br>Podpis                                                           | Datum |
| Zamrzovanje in<br>odmrzovanje tkiva mod                                                                                       |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Zamrzovanje in<br>odmrzovanje tkiva jajčnika*                                                                                 |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Dejavnosti v kriobanki<br>(varnost, organizacija<br>vzorcev, dokumentacija,<br>karantena, transport in<br>uničenje materiala) |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Odpravljanje težav v<br>kriobanki,<br>npr. okvara kontejnerjev,<br>poškodovani vzorci, napačno<br>odmrznjeni zarodki itd.     |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

\*modul se opravi v tistih centrih, ki izvajajo zamrzovanje tkiva jajčnika



## **XII. IN VITRO MATURACIJA (IVM) SPOLNIH CELIC IN TKIV– neobvezno**

| Cilj                                                                       | Dosežena raven<br>usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum,<br>ko doseže določeno raven;<br>neposredni mentor se v isto<br>polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor<br>podpiše, ko je<br>dosežena končna<br>raven usposabljanja |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                            | 1                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime /<br>Podpis                                                           | Datum |
| IVM postopki –<br>pridobivanje jajčnih celic<br>pred sproženjem ovulacije* |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| IVM postopki –<br>pridobivanje jajčnih celic po<br>sproženju ovulacije     |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| IVM nezrelih semenčic<br>pridobljenih iz tkiva mod                         |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Odpravljanje težav pri IVM                                                 |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

\* modul se opravi v tistih centrih, ki izvajajo IVM

### **XIII. MIKROMANIPULACIJA NA ZARODKIH** **(BIOPSIJA) IN GENETSKA ANALIZA –** **neobvezno \***

| Cilj                                                       | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                            | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime / Podpis                                                     | Datum |
| Biopsija ali drugi posegi mikromanipulacije na zarodkih    |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odpravljanje težav pri biopsiji                            |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Priprava odvzetih celic za genetsko analizo /»tubing«      |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Odpravljanje težav pri »tubing-u«                          |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Citogenetska analiza (kariotipizacija, FISH)               |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Molekularno-genetske analize (RT-PCR, mikromreža CGH, NGS) |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

\* modul se opravi v tistih centrih, ki izvajajo PGT

**XIV. VZPOSTAVITEV LABORATORIJA**

(tekom celotnega usposabljanja)

(SODELOVANJE PRI VZPOSTAVITVI ALI PRENOVI LABORATORIJA ZA OBMP)\*

**\*PRIMER:** Participation with know-how in setting-up of new ART laboratory:  
»InVitroLive«, Lisbon, Portugal, April–June 2020.

Število ni omejeno

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**XV. PRIPRAVA LABORATORIJSKIH REZULTATOV IN SVETOVANJE**

| Cilj                                                                                                                               | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                                                    | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime / Podpis                                                     | Datum |
| Priprava, interpretacija in posvetovanje o laboratorijskih poročilih z drugimi specialisti (npr. onkologi, endokrinologi, urologi) |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Razumevanje izvidov hormonskih, seroloških,                                                                                        |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

|                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| mikrobioloških,<br>citohistoloških laboratorijev                    |  |  |  |  |  |  |  |
| Pojasnjevanje izvidov<br>laboratorija za OBMP<br>pacientom          |  |  |  |  |  |  |  |
| Komunikacija s presojevalci<br>in nacionalnimi nadzornimi<br>organi |  |  |  |  |  |  |  |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

## **XVI. VODENJE LABORATORIJA ZA OBMP IN KRIOBANKE**

| Cilj                                                               | Dosežena raven<br>usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum,<br>ko doseže določeno raven;<br>neposredni mentor se v isto<br>polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor<br>podpiše, ko je<br>dosežena končna<br>raven usposabljanja |       |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                    | 1                                                                                                                                               | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime /<br>Podpis                                                           | Datum |
| Organizacija dela v<br>laboratoriju                                |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Vodenje laboratorija za<br>OBMP (vključno z vodenjem<br>personala) |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Delo v skladu s standardi in<br>priporočili                        |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Upravljanje s finančnimi viri                                      |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Validacija metod                                                   |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |
| Validacija opreme                                                  |                                                                                                                                                 |   |   |   |   |                                                                           |       |

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V  
ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

|                                                            |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                            |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontrola laboratorijskega okolja                           |  |  |  |  |  |  |  |
| Upravljanje z neskladnostmi                                |  |  |  |  |  |  |  |
| Obvladovanje tveganja                                      |  |  |  |  |  |  |  |
| Upravljanje z bazo laboratorijskih in kliničnih podatkov   |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontrola laboratorijskih kazalcev kakovosti                |  |  |  |  |  |  |  |
| Upravljanje registrov (donorski, kriobanka, postopki OBMP) |  |  |  |  |  |  |  |
| Stalno izboljševanje kakovosti                             |  |  |  |  |  |  |  |

Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:

Ime in podpis mentorja:

Delodajalec mentorja:

Datum:

## **XVII. RAZISKAVE, STATISTIKA IN PRESOJE**

| Cilj                       | Dosežena raven usposobljenosti<br>Kandidat v polje vpiše datum, ko doseže določeno raven; neposredni mentor se v isto polje podpiše |   |   |   |   | Glavni mentor podpiše, ko je dosežena končna raven usposabljanja |       |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|------------------------------------------------------------------|-------|
|                            | 1                                                                                                                                   | 2 | 3 | 4 | 5 | Ime / Podpis                                                     | Datum |
| Izvedba raziskav           |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Statistična analiza        |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |
| Izvedba presoje kliničnega |                                                                                                                                     |   |   |   |   |                                                                  |       |

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

|              |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| laboratorija |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|

**Podpis kandidata za potrditev zaključka modula:**

**Ime in podpis mentorja:**

**Delodajalec mentorja:**

**Datum:**

## **XVIII. POUČEVANJE**

**(tekom celotnega usposabljanja)**

**(POUČEVANJE POSTOPKOV OBMP)\***

**\*PRIMER:**

P. Smith: »New technique for ovarian tissue cryopreservation« lecture for colleagues, 12. 3. 2020.

P. Smith: training in ART and mentoring L. Johnson, embryologist from »LiveInVitro, Lisbon, Portugal (1. 3. 2019 – 1. 3. 2020).

**Število ni omejeno**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

## **XIX. ETIČNI IN PRAVNI VIDIKI**

(tekom celotnega usposabljanja)

(PRIPRAVLJENI DOKUMENTI V ZVEZI Z ETIČNIMI IN PRAVNIMI VIDIKI)\*

**\*PRIMERI:**

P. Smith: »Annual report for 2019 for the national authority about reproductive cells, tissue and embryos« 1. 3. 2020

P. Smith: »Annual report for 2019 for the national authority about adverse events and reactions« 1. 3. 2020

P. Smith: Application for appraisal of planned research »Is there any benefit of assisted hatching on vitrified/warmed embryos on live birth rate?« by the Ethical Committee including consent form for patients participating in the study. 1. 3. 2020

Število ni omejeno

1.

2.

3.

4.

5.

## **XX. STALNO STROKOVNO IZPOPOLNJEVANJE**

### **ŠTEVILO IZVEDENIH POSTOPKOV MED USPOSABLJANJEM**

| POSTOPEK                                                                       | LETO<br>1 | LETO<br>2 | LETO<br>3 | LETO<br>4 |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Osnovna analiza semena ( <i>min 50 letno</i> )                                 |           |           |           |           |
| Razširjena analiza semena (DNA fragmentacija, HBA,...)                         |           |           |           |           |
| Priprava semenskega izliva ( <i>min 50 letno</i> )                             |           |           |           |           |
| Priprava zamrznjenega / odmrznjenega semenskega izliva ( <i>min 10 letno</i> ) |           |           |           |           |

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

|                                                                                                                |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Priprava semenskega izliva z virusnim bremenom                                                                 |  |  |  |  |
| Priprava semenskega izliva po retrogradni ejakulaciji                                                          |  |  |  |  |
| Priprava semenskega izliva s popolnoma negibljivimi semenčicami (vključno s testiranjem viabilnosti, npr. HOS) |  |  |  |  |
| Priprava kirurško pridobljenega semena za postopek OBMP ( <i>min 5 letno</i> )                                 |  |  |  |  |
| Klasični IVF postopek ( <i>min 20 letno</i> )                                                                  |  |  |  |  |
| ICSI z ejakuliranim semenom ( <i>min 50 letno</i> )                                                            |  |  |  |  |
| ICSI s kirurško pridobljenimi semenčicami ( <i>min 5 na leto</i> )                                             |  |  |  |  |
| ICSI z umetno aktivacijo jajčnih celic                                                                         |  |  |  |  |
| Ocenjevanje oploditve – št. postopkov ( <i>min 50 letno</i> )                                                  |  |  |  |  |
| Ocena morfologije zarodkov – št. postopkov ( <i>min 50 letno</i> )                                             |  |  |  |  |
| Prenos zarodkov ( <i>min 50 letno</i> )                                                                        |  |  |  |  |
| Krioprezervacija semenskega izliva ( <i>min 10 letno</i> )                                                     |  |  |  |  |
| Odmrzovanje semenskega izliva                                                                                  |  |  |  |  |
| Vitrifikacija jajčnih celic                                                                                    |  |  |  |  |
| Krioprezervacija zarodkov – vitrifikacija ( <i>min 30 letno</i> )                                              |  |  |  |  |
| Odmrzovanje/ogrevanje jajčnih celic, zarodkov ( <i>min 20 letno</i> )                                          |  |  |  |  |
| Zamrzovanje tkiva mod ( <i>min 5 letno</i> )                                                                   |  |  |  |  |
| Odmrzovanje tkiva mod                                                                                          |  |  |  |  |
| Zamrzovanje tkiva jajčnika                                                                                     |  |  |  |  |
| Odmrzovanje tkiva jajčnika                                                                                     |  |  |  |  |
| Priprava zamrznjenega materiala za prenos med centri                                                           |  |  |  |  |
| Postopki z asistirano levitvijo zarodkov                                                                       |  |  |  |  |
| Postopki z biopsijo zarodkov / blastocist                                                                      |  |  |  |  |
| Postopki z asistiranim kolabiranjem blastocist pred vitrifikacijo                                              |  |  |  |  |
| IVM postopki – jajčne celice pred Hcg                                                                          |  |  |  |  |

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI



|                                                                                                                           |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
|                                                                                                                           |  |  |  |  |
| <b>IVM postopki – jajčne celice po hCG</b>                                                                                |  |  |  |  |
| <b>IVM semenčic iz tkiva mod</b>                                                                                          |  |  |  |  |
| <b>Aktivna udeležba in konzultacije z zdravniki specialisti in pacienti o kakovosti zarodkov za prenos in zamrzovanje</b> |  |  |  |  |
| <b>Pisanje in posodabljanje SOP- ov</b>                                                                                   |  |  |  |  |
| <b>Poročila o laboratorijskih kazalcih kakovosti</b>                                                                      |  |  |  |  |
| <b>Izvedba ali sodelovanje pri presojah laboratorija za OBMP</b>                                                          |  |  |  |  |

## **OCENJEVANJE ZNANJA, ODNOSA DO DELA IN IZPOLNJEVANJA NALOG**

Ocenjevalni sistem :

A = Odlično

B = Zadostno

C = Slabo

D = Nesprejemljivo

E = Se ne uporablja

Ocena izpolnjevanja ciljev, opredeljenih na straneh 3–9

| <b>LETO</b>                                                            | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| INTEGRIRANO ZNANJE                                                     |          |          |          |          |
| SPREJEMANJE USTREZNIH ODLOČITEV; ZBIRANJE IN INTERPRETACIJA PODATKOV   |          |          |          |          |
| MOTIVACIJA, OBČUTEK ZA DOLŽNOST, DISCIPLINA, TOČNOST                   |          |          |          |          |
| PRAKTIČNA ZNANJA IN SPRETNOSTI                                         |          |          |          |          |
| ORGANIZACIJSKE SPOSOBNOSTI                                             |          |          |          |          |
| ADMINISTRATIVNE NALOGE (ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA, KORESPONDENCA ITD.) |          |          |          |          |
| ETIKA                                                                  |          |          |          |          |
| KOMUNIKACIJA Z BOLNIKI                                                 |          |          |          |          |
| KOMUNIKACIJA Z ZDRAVSTVENIM IN DRUGIM OSEBJEM                          |          |          |          |          |
| UDELEŽBA IN AKTIVNO SODELOVANJE NA SESTANKIH OSEBJA                    |          |          |          |          |
| UDELEŽBA IN AKTIVNO SODELOVANJE PRI PRESOJAH                           |          |          |          |          |

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

|                      |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|
| ZNANSTVENI INTERESI  |  |  |  |  |
| ZNANSTVENA DEJAVNOST |  |  |  |  |

Datum : ...../...../..... (dan / mesec / leto)

|                                |                                            |
|--------------------------------|--------------------------------------------|
| Podpis specializanta:<br>..... | Podpis, ime in priimek mentorja :<br>..... |
|--------------------------------|--------------------------------------------|

**SEZNAM ZNANSTVENIH SREČANJ**  
**IN TEČAJEV, KI SE JIH JE UDELEŽIL**  
**SPECIALIZANT**  
**(celotno obdobje usposabljanja; posodablja se letno)\***

**Primer:** Joint ESHRE® Annual Meeting, Paris, France, 27.–30. junij 2021.

**Število ni omejeno**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

---

\* Treba je priložiti potrdilo o udeležbi

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V  
ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

## **SEZNAM POVZETKOV, PREDSTAVLJENIH NA ZNANSTVENIH SREČANJIH**

**(celotno obdobje usposabljanja; posodablja se letno)\*  
(ZAHTEVAN JE NAJMANJ EN PRISPEVEK KOT PRVI AVTOR)\***

**PRIMER:** R. LEGAS : »Severe auto-immune dermatologic complications during pregnancy.« Poster. Symposium »Pregnancy and the immune system«, Besançon, France, 17-18.06.2000.

**Število ni omejeno**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

---

\* Predložiti je treba povzetek

## **SEZNAM OBJAVLJENIH RECENZIRANIH ČLANKOV V MEDNARODNIH REVIJAH**

**(celotno obdobje usposabljanja; posodablja se letno)\***

**(ZAHTEVAN JE VSAJ EN ČLANEK, V KATEREM JE KANDIDAT VSAJ  
SOAVTOR)\***

**Število ni omejeno**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V  
ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI

---

\* Predložiti je treba objavljen članek

**SEZNAM**  
**OBJAVLJENIH RECENZIRANIH ČLANKOV V**  
**NACIONALNIH REVIJAH**  
(celotno obdobje usposabljanja; posodablja se letno)\*

Število ni omejeno

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

---

\* Predložiti je treba objavljeni članek

---

*List specializanta je povzet po programu Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE®) (9.2.2023).*

*Izjava o omejitvi odgovornosti ESHRE®*

*»Ta dokument vsebuje prevod izvirnega dokumenta ESHRE®, pri čemer je bil prevod opravljen v skladu z določbami 'Pravil za prevajanje dokumentov ESHRE®', ki je na voljo na spletni strani ESHRE® (www.eshre.eu).*

*Prevod izvirnega dokumenta ESHRE® je izvedlo Slovensko združenje za reproduktivno medicino, ki je edino odgovorno za vsebino tega prevoda. Če se pojavijo kakršna koli vprašanja v zvezi s točnostjo informacij v prevodu, je veljaven izvirni dokument ESHRE®. Morebitna neskladja ali razlike, nastale v prevodu, niso zavezujoče za ESHRE® in nimajo pravnega učinka za namene skladnosti ali izvrševanja. Angleška različica, ki je v angleškem jeziku, v katerem je objavljen izvirni dokument ESHRE®, je vedno prevladujoča.«.*

LIST SPECIALIZANTA JE TREBA IZPOLNITI OB KONCU VSAKEGA LETA USPOSABLJANJA IN V  
ROKU TREH MESECEV ODDATI OCENJEVALNI KOMISIJI