

**RESIDENTUURI PROGRAMM PULMONOLOOGIA ERIALAL**

1	PROGRAMMI NIMETUS EESTI JA INGLISE KEELES	PULMONOLOOGIA <i>Pulmonary Medicine</i>	Kood 2693
2	ÕPPEASTE	Residentuur	
3	VALDKOND	Tervis ja heaolu	
4	ERIALA(D)	Pulmonoloogia	
5	ÕPPEASUTUS(ED)	Tartu Ülikool	
6	TEADUSKON(NA)D	Arstiteaduskond	
7	NOMINAALNE ÕPPEAEG	4 aastat	
8	ÕPPETÖÖ VORM	Päevane õpe	
9	ÕPPETÖÖ KEEL	Eesti keel	
10	ÕPIVÄLJUNDITE SAAVUTAMISEKS VAJALIKUD TEISED KEELED	Erialakirjandusega töötamiseks on vajalik inglise keele oskus	
11	ÕPPEKAVA VERSIOON	2011_1	
12	KINNITAMINE	1. Teaduskonna nõukogus 16.03.2011 2. Ülikooli nõukogus 25.03.2011	
13	VASTUVÕTUTINGIMUSED	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Residentuuri võetakse konkursi alusel vastu isikuid, kes on registreeritud EV Terviseameti tervishoiutöötajate registris ja kes on lõpetanud: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tartu Ülikooli arstiõppe, olles immatrikuleeritud arstiõppesse 1997/1998. õppeaastal või hiljem;</li> <li>b. Tartu Ülikooli arstiõppe ja internatuuri, olles immatrikuleeritud arstiõppesse enne 1997/1998. õppeaastat või</li> <li>c. kellel on vastav välisriigis omandatud kõrgharidus.</li> </ol> </li> <li>2. Konkursitingimused määratakse residentuuri eeskirjas.</li> </ol>	
14	RESIDENTUURI ÜLDEESMÄRGID	Pulmonoloogia residentuuri üldiseks eesmärgiks on viia arst-residendi teadmised ja praktilised oskused iseseisva kopsuhaiguste eriarstina e. pulmonoloogina töötamise tasemele. Omandatav haridus võimaldab asuda tervishoiusüsteemis tööle kopsuhaiguste eriarstina e. pulmonoloogina.	
15	ERIALAPROGRAMMI STRUKTUURI LÜHIKIRJELDUS	<p>Pulmonoloogia residentuur toimub 4-aastase õppena, kokku 44 kuud, millele lisandub 4 puhkusekuud. Õpe koosneb praktilisest ja teoreetilisest koolitusest. Igale arst-residendile koostatakse individuaalne õpingukava, lähtudes alljärgnevast:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Praktiline koolitus: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kohustuslikud praktilise koolituse tsüklid – minimaalne summaarne kestus 38 kuud</li> <li>b. Valikulised praktilise koolituse tsüklid – minimaalne summaarne kestus 6 kuud</li> </ol> </li> <li>2. Teoreetiline koolitus: 24 EAP mahus</li> </ol>	
16	ANTAV KVALIFIKATSIOON/ KRAAD	<i>Pulmonoloogi kutse</i> <i>Respiratory physician</i>	
17	NÕUDED ÕPPEPROGRAMMI LÕPETAMISEKS	Residentuuri programmi läbimine täies mahus ning lõpueksami edukas sooritamine. Residentuuri vältel peab arst-resident läbima kõik kohustuslikud praktilise koolituse tsüklid ning vähemalt kolm valikulist praktilise koolituse tsüklit.	

18	LÕPETAMISEL VÄLJASTAVAD DOKUMENDID	Residentuuri lõpetamist tõendav tunnistus ja akadeemiline õiend
19	LÕPUDOKUMENTE VÄLJASTAV(AD) KÕRGKOOL(ID)	Tartu Ülikool
20	RESIDENTUURI ÕPIESMÄRGID (õpiväljundid ehk omandatavad/arendatavad/erialased teadmised ja oskused, üldpädevused jms)	<p>Pulmonoloogia residentuuri programmi läbinud arst-resident:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) on võimeline osutama pulmonoloogia erialal kvaliteetset arstiabi, mis on vastavuses arstiteaduse uusimate saavutuste ja kõrgete eetiliste standarditega;</li> <li>2) omab arstikutsele vajalikke hoiakuid, küllaldaselt erialaseid teadmisi, oskusi ja kliinilist kogemust;</li> <li>3) tunneb ja järgib teaduseetika ja meditsiinieetika ning tõendus põhise meditsiini põhimõtteid;</li> <li>4) soovib oma tegevusega kaasa aidata nii meditsiini kui valdkonna kui ka arstiteaduse arengule;</li> <li>5) tunneb oma erialalise kompetentsuse piire ning oskab meditsiinisüsteemis kaasata optimaalselt teiste erialade arste ning teisi tervishoiuspetsialiste patsientide probleemide parimaks lahendamiseks;</li> <li>6) orienteerub Eesti tervishoiukorralduses ja vastavas seadusandluses;</li> <li>7) oskab teha koostööd patsientide lähedaste, sotsiaalsüsteemi jm. tugivõrgustikega;</li> <li>8) omab süsteemseid ja põhjalikke teadmisi pulmonoloogias kasutatavatest mõistetest, teoreetilistest printsiipidest ja uurimismeetoditest;</li> <li>9) suudab edastada meditsiinilisi teadmisi ja nende põhjal tehtud järeldusi nii patsientidele, kolleegidele kui ka avalikkusele;</li> <li>10) teadvustab vajadust jätkata meditsiinalaste teadmiste ja oskuste täiendamist edaspidise professionaalse karjääri jooksul täiendusõppe abil ning on valmis elukestvaks õppeks;</li> <li>11) suudab iseseisvalt diagnoosida ning ravida kopsuhaigusi;</li> <li>12) oskab koostöös teiste erialade arstidega läbi viia diferentsiaaldiagnostikat keerukate haigusjuhtude korral kasutades optimaalselt kogu kaasaegset instrumentaalsete ja laboratoorsete uuringute kompleksi;</li> <li>13) oskab juhtida patsientide uuringuid ja ravi mitmete haiguste koosinemisel, määrata uuringute ja ravi prioriteedid, hinnata erinevate sekkumisvõimaluste tulemuslikkust ning riske;</li> <li>14) oskab efektiivselt tegutseda kopsuhaiguste korral ettetulevate erakorralist abi vajavate probleemide lahendamisel;</li> <li>15) valdab tänapäevases pulmonoloogilises intensiivravis kasutatavaid meetodeid;</li> <li>16) on suuteline korraldama krooniliste kopsuhaigustega patsientide pikaajalist ravi ja jälgimist, oskab teha koostööd teiste erialaarstidega patsientidele parimate diagnostika- ja ravivõtete rakendamiseks;</li> </ol>

Peamised konkreetsete oskused ja teadmised, mida residentuuri jooksul süvendatult omandatakse, vastavad Euroopa täiskasvanute kopsuhaiguste õppekavale (HERMES *European Core Syllabus in Adult Respiratory Medicine*) (<http://hermes.ersnet.org>). Teemad jagunevad kohustuslikeks ja valikaineteks. Kohustuslikud ained on kohustuslikuks omandamiseks. Valikained on kasutatavad näiteks individuaalprogrammide koostamisel. Teadmisi ja oskusi kõikides valdkondades nõutakse erinevatel tasemetel ning teemad on tähistatud vastavalt:

**Tase 1:** Piisav teadlikkus, et haigust/probleemi õigesti ära tunda ja patsient õigel ajal spetsialisti juurde või spetsialiseeritud keskusse edasi saata

**Tase 2:** Piisavad teadmised selleks, et juhendamisel probleemi adekvaatse lahendamiseks toime tulla või patsient õigel ajal spetsialisti juurde või spetsialiseeritud keskusse edasi saata

**Tase 3:** Laialdased teadmised, mis on piisavad iseseisvaks praktiseerimiseks erialaspetsialistina (pulmonoloogina)

Täiskasvanute kopsuhaiguste õppekava õpiväljundid	Valikuline	Kohustuslik	Tase 1	Tase 2	Tase 3
<b>Moodul A.1: Hingamiselundite ehitus ja funktsioon*</b>					
A.1.1 anatoomia		■			
A.1.2 hingamiselundite areng ja vananemine (ealised muutused)		■			
A.1.3 füsioloogia		■			
A.1.4 patofüsioloogia		■			
A.1.5 mikrobioloogia		■			
A.1.6 geneetika		■			
A.1.7 farmakoloogia		■			
A.1.8 patoloogia		■			
A.1.9 immunoloogia ja kaitsemehhanismid		■			
A.1.10 molekulaarbioloogia	■				
A.1.11 biokeemia	■				
<b>Moodul B.1: Hingamisteede haigused</b>					
B.1.1 astma		■			■
B.1.2 äge bronhiit		■			■
B.1.3 krooniline bronhiit		■			■
B.1.4 KOK (krooniline obstruktiivne kopsuhaigus)		■			■
B.1.5 bronhioliit		■			■
B.1.6 bronhiektasid		■			■
B.1.7 hingamisteede stenoos ja trahheomalaatsia		■		■	
B.1.8 trahheo-ösofageaalne uuris		■		■	
B.1.9 ülemiste hingamisteede haigused		■			■
B.1.10 häälepaelte düsfunktsioon		■		■	
B.1.11 võõrkeha aspiratsioon		■			■

B.1.12 gastroösofageaalne reflukshaigus (GERD)		■				■
<b>Moodul B.2: Rindkere kasvajak</b>						
B.2.1 kopsuvähk		■				■
B.2.2 kopsu metastaasid		■				■
B.2.3 mesotelioom		■				■
B.2.4 metastaatilised ja teised pleura kasvajak		■				■
B.2.5 healoomulised intratorakaalsed kasvajak		■				■
B.2.6 keskseinandi kasvajak		■			■	
B.2.7 rindkere seina tuumorid		■			■	
B.2.8 sarkoom		■			■	
B.2.9 lümfoom		■			■	
<b>Moodul B.3: Mittetuberkuloossed hingamisteede infektsioonid</b>						
B.3.1 ülemiste hingamisteede infektsioonid		■				■
B.3.2 alumiste hingamisteede infektsioonid		■				■
B.3.3 keskkonnatekkene pneumoonia		■				■
B.3.4 nosokomiaalpneumoonia (ka ventilaatorpneumoonia)		■				■
B.3.5 pneumoonia immuunkomprimeeritud haigel		■				■
B.3.6 teised kopsupõletikud		■				■
B.3.7 parapneumooniline efusioon ja empiem		■				■
B.3.8 kopsuabstsess		■				■
B.3.9 hingamiselundite seeninfektsioonid		■				■
B.3.10 hingamiselundite parasitaarsed infektsioonid		■			■	
B.3.11 epideemilised viirusinfektsioonid		■				■
<b>Moodul B.4: Tuberkuloos ja mükobakterioosid</b>						
B.4.1 kopsutuberkuloos		■				■
B.4.2 kopsuväline tuberkuloos		■				■
B.4.3 tuberkuloos immuunkomprimeeritud haigel		■				■
B.4.4 latentne tuberkuloosne infektsioon		■				■
B.4.5 mittetuberkuloossed mükobakteriaalsed haigused		■				■
<b>Moodul 5: Kopsu veresoonte haigused</b>						
B.5.1 kopsuarteri embooliad		■				■
B.5.2 Pulmonaalne arteriaalne hüpertensioon, sh idiopaatiline pulmonaalne arteriaalne hüpertensioon		■				■
B.5.3 Pulmonaalhüpertensiooni muud vormid		■				■
B.5.4 vaskuliit ja difuusne pulmonaalne hemorraagia		■				■
B.5.5 patoloogilised arteriovenoossed ühendused		■			■	

	<b>Moodul 6: Kutse- ja keskkonnateguritest tingitud haigused</b>					
	B.6.1 kutseastma		■			■
	B.6.2 reaktiivne hingamisteede düsfunktsiooni sündroom		■			■
	B.6.3 pneumokonioosid ja asbestiga seotud haigused		■			■
	B.6.4 hüpersensitiivsuspneumoniidid		■			■
	B.6.5 tolmu ja toksiliste gaaside sissehingamisest tingitud haigused		■			■
	B.6.6 tubase õhu saastatusega seotud haigused		■			■
	B.6.7 välisõhu saastatusega seotud haigused		■			■
	B.6.8 suitsetamisega seotud haigused		■			■
	B.6.9 kõrgmäestikuhaigus		■		■	
	B.6.10 kessoontõbi		■		■	
	<b>Moodul 7: Difuused parenhümatossed (interstitsiaalsed) kopsuhaigused</b>					
	B.7.1 sarkoidoos		■			■
	B.7.2 idiopaatilised interstitsiaalsed pneumooniad		■			■
	B.7.3 organiseeruv pneumoonia (OP), oblitereeriv bronhioliit koos organiseeruva pneumooniaga (BOOP)		■			■
	<b>Moodul B.8: Iatogeensed haigused</b>					
	B.8.1 ravimitest põhjustatud haigused		■			■
	B.8.2 invasiivsetest protseduuridest tingitud komplikatsioonid		■			■
	B.8.3 kiirituskahjustus		■			■
	<b>Moodul B.9: Ägedad hingamiselundite kahjustused</b>					
	B.9.1 inhalatsioonikahjustus		■			■
	B.9.2 rindkere trauma		■		■	
	<b>Moodul B.10: Hingamispuudulikkus</b>					
	B.10.1 ARDS (äge respiratoorse distressi sündroom)		■			■
	B.10.2 obstruktiivsest kopsuhaigusest tingitud hingamispuudulikkus		■			■
	B.10.3 neuromuskulaarsest haigusest tingitud hingamispuudulikkus		■		■	
	B.10.4 rindkere seina haigusest tingitud hingamispuudulikkus		■			■
	B.10.5 teistest restriktiivsetest põhjustest tingitud hingamispuudulikkus		■			■
	<b>Moodul B.11: Pleura haigused (mittemaliigsed)</b>					
	B.11.1 pleuraefusioon		■			■
	B.11.2 külotooraks		■			■
	B.11.3 hemotooraks		■			■
	B.11.4 fibrotooraks		■			■
	B.11.5 pneumotooraks		■			■

	<b>Moodul 12: Rindkere seina ja hingamislihaste, k.a. diafragma haigused</b>					
	B.12.1 rindkere deformatsioonid		■		■	
	B.12.2 neuromuskulaarsed häired		■		■	
	B.12.3 vahelihase närvi paralüüs		■		■	
	B.12.4 diafragmaalhernia		■		■	
	<b>Moodul 13: Keskseinandi haigused, välja arvatud kasvaja</b>					
	B.13.1 mediastiniit		■		■	
	B.13.2 mediastinaalne fibroos		■		■	
	B.13.3 pneumomediastiinum		■		■	
	<b>Moodul 14: Süsteemsete ja ekstrapulmonaalsete haiguste pleuro-pulmonaalsed ilmingud</b>					
	B.14.1 Süsteemsed sidekoehaigused (kollageen-vaskulaarsed haigused)		■			■
	B.14.2 südamehaigused		■			■
	B.14.3 kõhupiirkonna haigused		■		■	
	B.14.4 hematoloogilised haigused		■		■	
	B.14.5 rasvumus		■			■
	B.14.6. hüperventilatsioonisündroom		■			■
	<b>Moodul 15: Geneetilised ja arenguhäired</b>					
	B.15.1 tsüstiline fibroos		■			■
	B.15.2 primaarne tsiliaarne düskineesia		■		■	
	B.15.3 alfa-1-antitripsini puudulikkus		■			■
	B.15.4 väärarengud		■		■	
	<b>Moodul 16: Kopsuhaigused ja rasedus</b>					
	B.16.1 astma		■			■
	B.16.2 tsüstiline fibroos		■			■
	B.16.3 tuberkuloos		■			■
	B.16.4 sarkoidoos		■			■
	B.16.5 restriktiivsed kopsuhaigused		■			■
	B.16.6 rasedusest tingitud kopsuhaigused		■			■
	<b>Moodul 17: Allergilised haigused (IgE-vahendatud)</b>					
	B.17.1 ülemiste hingamisteede haigused		■			■
	B.17.2 astma		■			■
	B.17.3 allergiline bronhopulmonaalne aspergilloos		■			■
	B.17.4 anafülaksia		■			■
	<b>Moodul 18: Eosinofiilised haigused</b>					
	B.18.1 mitteastmaatiline eosinofiilne bronhiit		■			■
	B.18.2 äge ja krooniline eosinofiilne pneumoonia		■			■
	B.18.3 hüpereosinofiilne sündroom		■			■
	B.18.4 Churg-Straussi sündroom		■			■
	<b>Moodul 19: Uneaegsed hingamishäired</b>					
	B.19.1 obstruktiivse uniapnoe sündroom		■			■

B.19.2 tsentraalse uniapnoe sündroom		■			■
B.19.3 rasvumusest tingitud hüpoventilatsioonisündroom		■			■
<b>Moodul 20: Immuunpuudulikkus</b>					
B.20.1 kaasasündinud immuunpuudulikkuse sündroom	■			■	
B.20.2 omandatud immuunpuudulikkuse sündroom		■			■
B.20.3 HIV-infektsiooniga seotud haigus		■		■	
B.20.4 ravimitest põhjustatud haigused		■			■
B.20.5 transplantaat peremehe vastuhaigus		■		■	
B.20.6 transplantatsioonijärgne immuunpuudulikkus		■		■	
<b>Moodul 21: Harvaesinevad haigused</b>					
B.21.1 Langerhansi rakuline histiotsütoos		■			■
B.21.2 lümfangiioleiomüomatoos (LAM)		■			■
B.21.3 pulmonaalne alveolaarne proteinoos		■			■
B.21.4 hingamiseldite amüloidoos		■		■	
<b>C. Haigusnähud ja –tunnused*</b>					
C.1.1 düspnoe		■			
C.1.2 hingeldus		■			
C.1.3 striidor		■			
C.1.4 hääle kähedus		■			
C.1.5 köha		■			
C.1.6 rögaeritus		■			
C.1.7 rindkerevalu		■			
C.1.8 veriköha		■			
C.1.9 norskamine		■			
C.1.10 haiguse üldsümptomid, k.a. palavik, kaalulangus, turse, öine urineerimine ja päevane unisus		■			
C.1.11 normist kõrvalekaldeid vaatlusel, k.a. tsüanoos, mitternormaalne hingamine, trummipulksõrmed, rindkere deformatsioonid, ülemise õõnesveeni kompressiooni sündroom, Horneri sündroom		■			
C.1.12 normist kõrvalekaldeid palpatsioonil ja perkussioonil		■			
C.1.13 kuulatlusleid		■			
<b>D.1. Kopsufunktsiooni hindamine</b>					
D.1.1 staatilised ja dünaamilised kopsumahud ja mahtvused, nende määramine - teostus ja interpretatsioon		■			■
D.1.2 keha pletüsmograafia – interpretatsioon		■			■
D.1.3 transfertest - teostus ja interpretatsioon		■			■
D.1.4 veregaaside hindamine ja oksümeetria - teostus ja interpretatsioon		■			■
D.1.5 provokatsioonitestid - teostus ja interpretatsioon		■			■

	D.1.6 koormustestid k.a. kõnnitestid ja spiroergomeetria (kardio-pulmonaalne koormustest) - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.1.7 hingamismehhaanika hindamine – interpretatsioon		■			■
	D.1.8 kopsude venitatavuse määramine – interpretatsioon		■		■	
	D.1.9 hingamislihaste hindamine – interpretatsioon		■		■	
	D.1.10 ventilatsiooni-perfusiooni hindamine – interpretatsioon		■			■
	D.1.11 šundi hindamine - interpretatsioon		■		■	
	D.1.12 uneuringud - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.1.13 hingamise regulatsiooni hindamine – interpretatsioon		■		■	
	<b>D.2. Teised protseduurid**</b>					
	D.2.1 hingamiselundite haiguste asjakohased vere- ja seroloogilised analüüsid – interpretatsioon		■			■
	D.2.2 väljahingatava õhu komponentide k.a. NO ja CO ja hingeõhu kondensaadi analüüs		■		■	
	D.2.3 röga induksioon - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.4 röga analüüsid - interpretatsioon		■			■
	D.2.5 tuberkuliintest - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.6 nahatestid allergeenidele - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.7 pleura ultraheliuuring - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.8 torakotsentees - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.9 pleura pimebiopsia - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.10 pleuroskopia (mittekirurgiline torakoskopia)		■		■	
	D.2.11 fiiberbronhoskopia - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.12 transbronhiaalne kopsubiopsia - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.13 transbronhiaalne nõelaspiratsioon - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.14 endobronhiaalne ultraheli - teostus ja interpretatsioon	■			■	
	D.2.15 bronhoalveolaarne lavaaž (BAL) - teostus ja interpretatsioon		■			■
	D.2.16 bronhograafia - interpretatsioon	■			■	
	D.2.17 jäik bronhoskopia – interpretatsioon	■			■	
	D.2.18 muud bronhoskoopilised diagnostika- ja ravi protseduurid, k.a. fluorestsentsbronhoskopia, brahhüteraapia, krüotehnoloogia rakendused, endobronhiaalne radioterapia, laser- ja elektrokoagulatsioon, krüoterapia,	■			■	



		fotodünaamiline teraapia, hingamisteede stentimine						
		D.2.19 transtorakaalne nõelbiopsia - teostus ja interpretatsioon		■				■
		D.2.20 lümfisõlme peennõelaspiratsioon tsütoloogiliseks uuringuks - teostus ja interpretatsioon		■				■
		D.2.21 südame parema poole kateteriseerimine - interpretatsioon	■				■	
		D.2.22 rindkere röntgenülevõtted – interpretatsioon		■				■
		D.2.23 fluoroskoopia - interpretatsioon		■			■	
		<b>D.3. Protseduurid, mis viiakse läbi koostöös teiste erialade spetsialistidega**</b>						
		D.3.1 rindkere radioloogilised uuringud (rindkere röntgenülevõtted, CT, MRI) – interpretatsioon		■				■
		D.3.2 nuklearmeditsiinilised uuringud (kopsude ja luude PET-uuring) - interpretatsioon		■			■	
		D.3.3 EKG		■				■
		D.3.4 ehokardiograafia - interpretatsioon		■			■	
		D.3.5 ultraheli - interpretatsioon		■			■	
		D.3.6 transösofagiaalne ultraheli - interpretatsioon	■				■	
		D.3.7 ösofagiaalne pH-monitooring - interpretatsioon	■				■	
		D.3.8 tsütoloogia/histoloogia - interpretatsioon		■				■
		D.3.9 mikrobioloogilised uuringud - interpretatsioon		■				■
		<b>E. Ravivõtted ja profülaktilised abinõud**</b>						
		E.1.1 süsteemne ja inhaleeritav farmakoteraapia		■				■
		E.1.2 kemoteraapia		■				■
		E.1.3.muu süsteemne kasvjavastane ravi		■				■
		E.1.4 immunoteraapia k.a. de- ja hüposensibiliseeriv ravi		■			■	
		E.1.5 hapnikravi		■				■
		E.1.6 ventilaatorravi (invasiivne / mitteinvasiivne / CPAP)		■				■
		E.1.7 elustamine		■				■
		E.1.8 anesteesia- ja kirurgiakõlblikkuse hindamine		■				■
		E.1.9 endobronhiaalne ravi	■				■	
		E.1.10 pleuradreeni paigaldamine		■				■
		E.1.11 pleurodees		■				■
		E.1.12 kodune hooldus		■				■
		E.1.13 palliatiivne ravi		■				■
		E.1.14 pulmonaalne rehabilitatsioon		■				■
		E.1.15 dieetravi		■			■	
		E.1.16 surfaktantravi	■				■	
		E.1.17 geeniteraapia	■				■	

		E.1.18 tüvirakuteraapia põhimõtted	■		■		
		E.1.19 suitsetamisest loobumine		■			■
		E.1.20 vaktsineerimine ja infektsioonikontroll		■			■
		E.1.21 muud ennetavad abinõud		■			■
		<b>F. Üldoskused</b>					
		F.1. Kommunikatsioon k.a. patsiendikoolitus ja üldsuse teavitamine		■			■
		F.2. Kriitiline lugemine		■			■
		F.3. Teadustöö		■		■	
		F.4. Õppetöö		■			■
		F.5. Kliinilise praktika auditeerimine ja kvaliteedikontroll		■			■
		F.6. Multidistsiplinaarne meeskonnatöö		■			■
		F.7. Töö korraldamine ja juhtimine		■			■
		F.8. Eetika		■			■
		<b>G. Pädevus siduserialadel**</b>					
		G.1. III astme intensiivravi		■		■	
		G.2. I ja II astme intensiivravi		■			■
		<b>H. Teadmised täiskasvanute kopsumeditsiiniga seonduvast siduserialadel**</b>					
		H.1. Torakaalkirurgia (k.a. kopsutransplantatsioon)		■		■	
		H.2. Radioteraapia		■	■		
		H.3. Laste kopsumeditsiin		■		■	
		H.4. Rindkere füsioteraapia		■		■	
		H.5. Teised asjakohased meditsiinilised erialad		■	■		
		<b>I. Veel valdkondi, milles kopsuarst peab orienteeruma</b>					
		I.1. Epidemioloogia		■			■
		I.2. Statistika		■			■
		I.3. Tõenduspõhine meditsiin		■			■
		I.4. Elukvaliteedi hindamine		■			■
		I.5. Psühholoogilised tegurid hingamisteede haigusnähtude kujunemisel		■		■	
		I.6. Krooniliste kopsuhaiguste psühholoogilised järelmid		■		■	
		I.7. Rahvatervise küsimused		■			■
		I.8. Tervishoiuorganisatsioon Euroopas		■			■
		I.9. Tervishoiu finantseerimine Euroopas		■			■
		I.10. Kompenseerimine ja õiguslikud aspektid		■			■
		*Vastavad küsimused on teoreetiliseks omandamiseks, sealh. juurdekuuluv interpreteerimisoskus.					
		**Kohustuslik teada ka näidustusi ja vastunäidustusi.					
		Tabeli versioon soovitava kirjanduse viidete ja loeteluga on toodud Tartu Ülikooli Kopsukliiniku kodulehel ( <a href="http://www.kliinikum.ee/kopsukliink">www.kliinikum.ee/kopsukliink</a> ).					
21	MOODULI NIMETUS	<b>Praktiline koolitus – kohustuslikud praktilise koolituse tsükliid</b>					
22	PRAKTILISE KOOLITUSE SISU JA	Kohustuslikud praktilise koolituse tsükliid (koos minimaalse kestvusega):					

MAHT	<p>Residendi praktilise töö ühe tsükli lühimaks kestuseks on 2 kuud, kui konkreetse tsükli puhul ei ole märgitud teisiti.</p> <p><u>Kardioloogia: 3 kuud</u></p> <p><u>Lastehaigused: 2 kuud</u></p> <p><u>Tuberkuloosi osakond (statsionaar): 2 kuud osakoormusega</u>, mille jooksul paralleelselt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopsuhaiguste patomorfoloogiline diagnostika patoloogiateenistuse laboratooriumis (vähemalt 1 kuu)</li> <li>• Mikrobioloogiline diagnostika bakterioloogia laboratooriumis (vähemalt 1 kuu)</li> </ul> <p><u>Pulmonoloogia osakond (statsionaar): 3 kuud osakoormusega</u>, mille jooksul paralleelselt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulmonoloogiline funktsionaalne diagnostika - õpe pulmonoloogilise funktsionaalse diagnostika kabinetis: vähemalt 1-1,5 kuud</li> <li>• Pulmonoloogilise radioloogilise diagnostika õpe radioloogiateenistuses: vähemalt 1-1,5 kuud</li> </ul> <p><u>Kutsekopsuhaigused – 2 kuud (SA PERH Kutsehaiguste ja Töötervishoiu Keskuses)</u></p> <p><u>Torakaalkirurgia (torakaalkirurgia statsionaar): 2 kuud</u></p> <p><u>Pulmonoloogiline intensiivravi (pulmonoloogilise intensiivravi osakond): 2 kuud</u></p> <p><u>Tuberkuloosi osakond (statsionaar): 2 kuud</u></p> <p><u>Tuberkuloosihaigete ambulatoorne vastuvõtt: 2 kuud</u></p> <p><u>Pulmonoloogia osakond (statsionaar): 11 kuud</u></p> <p><u>Mittetuberkuloossete kopsuhaigete ambulatoorne vastuvõtt: 5 kuud</u></p> <p><u>Bronhoskoopia (õpe ja töö bronhoskoopia kabinetis): 2 kuud</u></p> <p>Kohustuslike praktilise koolituse tsüklite miinimumkestus on kokku 38 kuud.</p> <p>Arst-residendi kohustused loetletud tsüklites hõlmavad praktilist arstitööd õppekavale vastavates tsüklites, milleks on töö palatiarstina, osavõtt eriala ambulatoorsetest konsultatsioonidest juhendava eriarsti juhendamisel, osavõtt osakonnas toimuvatest erialavisiitidest ja konsiiliumitest.</p> <p>Öövalvete või puhkepäevaste valvete tegemine on pulmonoloogia eriala residendile soovitatav. Käimasoleva tsükli ja selle baasosakonnaga mitteseotud valvetöö või muu töötamine (näiteks töötamine teenimise eesmärgil) ei tohi segada praktilist tööd konkreetsetes tsüklis üldtunnustatud tööajal ega osavõttu teoreetilistest õppetest. Omandatava arstliku kogemuse saamiseks tehtavate terviseuuringute ja raviprotseduuride minimaalset arvu ei normeerita. Erandi moodustab bronhoskoopia, nimelt peab pulmonoloogia eriala resident residentuuri jooksul iseseisvalt sooritama vähemalt 60 fiiberbronhoskoopilist uuringut; residentuuri jooksul peab resident omandama fiiberoptilise bronhoskoopia iseseisvaks läbiviimiseks vajalikud teadmised, oskused ja praktilised vilumused. Residendil tuleb individuaalpäevikusse kanda tsükli või selle tervikosa jooksul statsionaaris kureeritud patsientide arv</p>
------	---

		<p>(ambulatoorsel vastuvõtul töötamise puhul visiitide arv) diagnooside kaupa koos residendi poolt tehtud tegevustega.</p> <p>Residendi kureeritavate patsientide arv peaks minimaalselt olema vähemalt 75% pulmonoloogi koormusest s.t. statsionaarse töö puhul samaaegselt 5-6 patsienti. Ambulatoorse vastuvõtu korral on vastavad koormusnormatiivid 2 patsienti tunnis esmasvisiitide ja 3 patsienti tunnis korduvvisiitide puhul. Tsüklis residenti juhendaval arstil, arst-õppejõul, osakonnajuhatajal või residentuuri üldjuhendajal on õigus anda residendile osakonna töö iseloomuga seotud ja töö sisust tulenevaid lisäülesandeid (näiteks abi osutamine patsientidele ja situatsioonide lahendamine pädevuse piirides erakorralise meditsiini osakonnas, esinemine temaatiliste ja eriala populariseerivate ettekannete ja sõnavõttudega jne).</p> <p>Igale pulmonoloogia eriala residendile koostatakse individuaalne õpingukava, mis võib erineda tsüklite ajalise järjestuse poolest ja koostatakse koostöös residendiga lähtuvalt üldprogrammist ja tsüklite läbimise võimalustest erinevates raviasutustes. Reeglina planeeritakse mittepulmonoloogilised tsüklid (puudutab ka valiktsükleid) residentuuri esimestele aastatele. Eriala omandamise aspektist on parem enne tööle asumist kopsuhaiguste ja tuberkuloosi raviosakondadesse läbida diagnostika tundmaõppimisele suunatud tsüklid, kuid kõige olulisem on pidada kinni tsüklite kogupikkusest.</p> <p>Kõikidel pulmonoloogia eriala residentidel on kohustus residentuuri jooksul sooritada pulmonoloogia tsüklit mitte vähem kui kuus kuud SA Tartu Ülikooli Kliinikumis. 2-kuuline tsükkel “Kutsekopsuhaigused” toimub SA PERH Kutsehaiguste ja Töötervishoiu Keskuses.</p>
23	MOODULI NIMETUS	<b>Praktiline koolitus – valikulised praktilise koolituse tsüklid</b>
24	PRAKTILISE KOOLITUSE SISU JA MAHT	<p>Pulmonoloogia eriala arst-resident peab läbima <u>kolm</u> valikulist praktilise koolituse tsüklit. Iga valikulise praktilise koolituse tsükli minimaalne kestvus on <u>2 kuud</u>. Valikulised praktilise koolituse tsüklid on sisemeditsiini valdkonnast ning pulmonoloogia eriala arst-resident võib neid valida alljärgnevate erialade seast, millest omakorda tuleb eelistada reumatoloogiat, erakorralist meditsiini ja sisehaigusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reumatoloogia</li> <li>• Erakorraline meditsiin</li> <li>• Sisehaigused</li> <li>• Endokrinoloogia</li> <li>• Gastroenteroloogia</li> </ul> <p>Pulmonoloogia eriala arst-residendi kohustused loetletud tsüklites on samad, mis loetletud punktis „Praktiline koolitus – kohustuslikud praktilise koolituse tsüklid“.</p>
25	MOODULI NIMETUS	<b>Teoreetiline koolitus 24 EAP</b>
26	TEOREETILISE KOOLITUSE SISU JA MAHT	<p>Teoreetilist koolitust peab iga resident saama vähemalt 60 tundi (1,5 nädalat) aastas. Arst-residendil on õigus osaleda arstiteaduskonna täienduskeskuse korraldatud kursustel, erialastel loengutel ülikoolis ja raviasutustes jne. Osavõtt nendest tuleb dokumenteerida residentuuripäevikusse, märkida aeg, koht, teema, lektor ja loengu või koolituse maht tundides). Arst-resident võib valida kursusi</p>

	<p>vastavalt eriala üldjuhendaja soovitudele. Osalemist erialastel rahvusvahelistel ja riigisisestel teadus- ja teabeüritustel (erialased kongressid, konverentsid ja workshop'id) loetakse hinnatavaks erialaseks teoreetiliseks koolituseks. Olulised on seejuures koolitusüritusest osavõttu kinnitavad dokumendid ja mitmete organisatsioonide väljastatavad CME (<i>Continuous Medical Education</i> vms täienduspunktid).</p> <p>Hinnatavaks enesetäiendamise viisiks on loengute ja ettekannete ettevalmistamine ja nendega esinemine, k.a residentidele korraldatavatel seminaridel kopsukliinikus. Ka need tuleb dokumenteerida residentuuripäevikusse (aeg, koht, teema, maht tundides ja juhendaja - juhul, kui on juhendaja)</p> <p>Soovitav on residentide astumine rahvusvaheliste erialaorganisatsioonide liikmeteks (peamiselt <i>The European Respiratory Society</i> – ERS liikmeks, aga ka <i>The American Lung Association/American Thoracic Society</i> – ALA/ATS, <i>The American College of Chest Physicians</i> – ACCP jt. liikmeks). Liikmelisuse staatusega on seotud juurdepääs eriala juhtivatele perioodikaväljaannetele, madalamad osavõtumaksud kongressidel ja täiendusüritustel jne.</p> <p>TÜ Kopsukliinik korraldab regulaarseid valikkursusi, kus osalejate sihtgrupiks on residendid, k.a pulmonoloogia residendid. Kursused toimuvad nii sügissemestril kui kevadsemestril Täpsem ajakava on Tartu Ülikooli õppeinfosüsteemis.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ARKS.01.025 Kutsekopsuhaigused 2,0 EAP , kuraator prof. Alan Altraja</li> <li>2) ARKS.01.026 Rindkerehaiguste invasiivne diagnostika ja kirurgiline ravi, 2,0 EAP kuraator dots. Tanel Laisaar</li> <li>3) ARKS.01.018 Taastusravi krooniliste kopsuhaiguste korral, 1,0 EAP , kuraator dr. Ülle Ani</li> <li>4) ARKS.01.019 Antibakteriaalne farmakoteraapia pulmonoloogias, 2,0 EAP , kuraator prof. Alan Altraja</li> <li>5) ARKS.01.020, Nõustamine suitsetamisest loobumisel kopsuhaiguste profülaktikas, 1,0 EAP , kuraator dr. Ülle Ani</li> </ol> <p>Kokku 8 EAP</p> <p>On oluline ja seetõttu soovitatav, et pulmonoloogia eriala resident valiks teoreetilisest õpest ka mitte-erialakeskseid kursusi, eeskätt mittepulmonoloogiliste tsüklite sooritamise ajal osalema aktiivselt teiste erialakliinikute korraldatud seminaridel, loengutel jne. Ka see tuleb dokumenteerida residentuuripäevikusse (aeg, koht, teema, lektor ja loengu või koolituse maht tundides). Õpe põhierialal peaks toimuma praktikatsüklitega paralleelselt ja eeskätt iseseisva tööna, et tekiks iseõppimise ja enesetäiendamise kogemus. Teoreetilise õppe maht ei tohiks ületada 1 kuud, soovitatavalt 2 nädalat õppeaastas. Võimalusel tuleb korraldada teoreetilist õpet koos teiste erialade residentidega.</p> <p>Soovitavad õppeained teoreetiliseks koolituseks:</p>
--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kliiniline biokeemia</li> <li>• Kliiniline füsioloogia</li> <li>• Kliiniline farmakoloogia</li> <li>• Kliiniline geneetika</li> <li>• Kliiniline immunoloogia</li> <li>• Hospitaalinfektsioonid</li> <li>• Kliiniline patoloogia</li> </ul> <p>Arst-residendi iseseisev töö koosneb järgnevatest lõikudest:</p> <p>1. Töö erialakirjandusega (vt. „Soovitav kirjandus“)</p> <p>Arst-residendi iseseisev töö erialakirjandusega toimub jooksvalt, on tüüpiliselt probleemikeskne ja tuleneb praktilise õppe vajadustest. Iseseisvat tööd kontrollib vahetult ning arvestab tsükli hindamisel residentide juhendav arst või arst-õppejõud. Õigus ja kohustus anda ettevalmistuseks viiteid või materjali praktilise tööga seotud või teoreetilise koolituse aspektist vajaliku ettevalmistuse saamiseks on ka residentuuri üldjuhendajal.</p> <p>2. Erialase teoreetilise koolituse raames toimuvate ettekannete ja seminaride ettevalmistamine. Toimub jooksvalt, vastavalt koolitusürituste toimumise ajakavale. Hinnatakse tsükli juhendava arsti või arst-õppejõu poolt, kui ettekannete esitamine ja seminarid toimuvad praktilise õppe baasasutuses.</p> <p>3. Osalemine õppetöös. Vastavalt Euroopa täiskasvanute kopsuhaiguste õppekavale peab resident residentuuri käigus omandama valmisoleku iseseisvaks õppetöö läbiviimiseks (tase 3). Parim viis selleks on residendi osalemine kliiniku plaanilises õppetöös. Arst-resident võib ka osaleda õppetöö ettevalmistamisel ja läbiviimisel. Põhilised õppetöö vormid, milles residentid võivad õpetada, on praktikumid ja seminarid peamiselt arstiteaduse diplomioõppe tasemel. Residentuuri üldjuhendaja ja kursuse kuraatori loal võib pulmonoloogia resident esineda ettekannetega ka mõnede täiendõppe vormide (näiteks täienduskursuste ja seminaride) tasemel. Õppetöö läbiviimine peab toimuma eriala residentuuri üldjuhendaja ja tsükli juhendaja teadmisel. Õppetöö läbiviimise tõttu ei tohi kannatada residendi praktiline töö ega teoreetiline õpe. Residendi poolt läbiviidav õppetöö tasustatakse eraldi, töö võtab vastu kliinikus õppetöö korralduse eest vastutav isik.</p> <p>4. Osalemine kliiniku plaanilises teadustöös ja teoreetiline enesettevalmistus selleks. Vastavalt Euroopa täiskasvanute kopsuhaiguste õppekavale peab arst-resident omandama residentuuri jooksul omandama oskused teadustöök juhendamisel (tase 2). Optimaalseim viis selleks on osalemine kliiniku plaanilises teadustöös. Toimub residentuuri üldjuhendaja loal jooksvalt nii, et selle tõttu ei kannataks praktiline töö ega teoreetiline õpe. Kontrollib ja hindab residentuuri üldjuhendaja või projekti juht.</p> <p>5. Osalemine kliinilistes uuringutes ja enesettevalmistus nendeks.</p>
--	--	--

		<p>Osalemine kliinikus läbiviidavates kliinilistes uuringutes ei ole kohustuslik, küll aga on soovitatav. Toimub residentuuri üldjuhendaja loal vastavalt vajadusele jooksvalt; töökorraldus peab olema selline, et osalemise tõttu kliinilistes uuringutes ei kannataks residentide praktiline töö ega teoreetiline õpe. Kontrollib ja hindab vastutav uurija.</p> <p>Residentide nädalasest töökoormusest peab kuni 10% (4 tundi) olema vaba praktilisest arstitööst ja seda aega saab arst-resident kasutada iseseisvaks tööks ja õppimiseks põhialal. Seda aega saab arst-resident vajadusel kasutada ka õppe- või teadustöö ettevalmistamiseks.</p>
27	ÕPPEBAASID	<p>Sisehaiguste residentuuri baasasutustena kasutatakse alljärgnevat ravisutusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SA TÜ Kliinikumi Kopsukliinik</li> <li>• SA TÜ Kliinikumi Südamekliinik</li> <li>• SA TÜ Kliinikumi Sisekliinik</li> <li>• SA TÜ Kliinikumi Anestesioloogia- ja Intensiivravi Kliinik (pulmonoloogilise intensiivravi osakond, erakorralise meditsiini osakond)</li> <li>• SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Kutsehaiguste ja Töötervishoiu Keskus</li> <li>• SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Pulmonoloogiakeskus, sisehaiguste, kardioloogia, intensiivravi ja erakorralise meditsiini osakonnad</li> <li>• Erandkorras ja erikokkuleppel pulmonoloogia residentuuri üldjuhendajaga ka muude Eesti Vabariigi ravisutuste osakonnad</li> </ul>
28	SAAVUTATUD ÕPIVÄLJUNDITE HINDAMISE VORMID JA KORD	<p>Edasijõudmist hinnatakse kaks korda aastas vastavalt residentuuri eeskirjas sätestatud, positiivse hinnangu eelduseks on kõigi ettenähtud ülesannete (nii praktilise koolituse kui teoreetilise koolituse) täitmine. Saavutatud õpiväljundeid hinnatakse iga tsükli lõpus juhendaja hinnangu alusel (kujundava hindamisena mitmeeristaval skaalal) ning residentuuri lõpueksamil (lõpphindamisena eristaval skaalal).</p>
29	LÕPUEKSAMILE PÄÄSEMISE EELDUSED	<p>Kogu ettenähtud residentuuri programmi (nii praktilise koolituse kui teoreetilise koolituse) läbimine, positiivsed hinnangud kõigist läbitud praktilise koolituse tsüklitest. Residentuuri programmi läbimist ja vajalike praktiliste oskuste ning kogemuste omandamist tõendavaks alusdokumendiks on residentuuri päevik (praktikapäevik, juhendajate hinnangud residentide tööle tsüklibaasis). Residentuuri päeviku peab eksamineeritav arst-resident esitama eksamikomisjoni esimehele või residentuuri üldjuhendajale vähemalt 1 nädal enne lõpueksami planeeritud toimumist.</p> <p>Eksamit eksternina sooritaja peab esitama oma andmed praktilise töö kogemuste kohta samas vormis ja mahus, nagu seda nõuab Eesti Vabariigi Tervishoiuamet tervishoiutöötaja registreerimisel (<a href="http://www.tervishoiuamet.ee">http://www.tervishoiuamet.ee</a>).</p>
30	LÕPUEKSAMI SISULISED NÕUDED JA SOORITAMISE KORD	<p>Pulmonoloogia residentuuri lõpueksami komisjoni kuulub vähemalt kolm doktorikraadiga või sellega võrdsustatud teaduskraadiga pulmonoloogia eriala tunnustatud esindajat. Pulmonoloogia residentuuri lõpueksam koosneb kirjalikust ja praktilisest osast,</p>

		<p>summaarse kestusega kuni 2,5 tundi. Kirjalikus osas hinnatakse residentide teoreetilisi teadmisi. Lisaks toimub eksamil praktilise eksamitööna fiberoptilise bronhoskoopia iseseisev läbiviimine eksamineeritava poolt.</p> <p>Eksami struktuur ja proportsioonid:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>Eksami teoreetiline osa.</u> Eksami teoreetiline osa on valikvastustega test, mis koosneb viiestkümnest küsimusest, iga küsimuse puhul on välja pakutud neli vastusevarianti, millest ainult üks on õige või kõige õigem lähtudes kaasaja seisukohtadest pulmonoloogia erialal. Juhtudel, kus eksamineeritav märgib küsimusele vastates ühe asemel kaks või enam vastust, siis loetakse vastus valeks, seda isegi siis, kui kasvõi üks valikutest on õige. Alternatiivsena võib eksamikomisjon koostada ka küsimusi, kus on välja pakutud viis vastusevarianti, millest ainult üks on õige (nn A tüüpi küsimus) või küsimusi, kus on neli vastusevarianti, millest igale tuleb anda hinnang: õige või vale (nn K' tüüpi küsimus). Iga täielikult õigesti vastatud küsimus annab ühe punkti. Eksami teoreetilise osa testi koostamisel osalevad võimalikult võrdses mahus kõik eksamikomisjoni liikmed, konkreetseid vastuseid hindavad eeskätt vastavaid küsimusi koostanud eksamikomisjoni liikmed. Eksamiküsimused on koostatud eesmärgiga katta kogu pulmonoloogia residentuuri programmis toodud õppemaht; eksamiküsimusi on seejuures nii puhtteoreetilist laadi kui ka konkreetse, küsimuses kirjeldatud probleemsituatsiooni lahendamise oskuse ülesnäitamist nõudvaid. Eksamiküsimuste koostamise, nende vastavuse eest residentuuri programmile ja õigsuse eest vastutab eksamikomisjoni esimees, kelleks on reeglina residentuuri üldjuhendaja. Eksamitööl kasutatakse eksamineeritava nime asemel kahekohalist koodi, et tagada anonüümsus tulemuste hindamisel. Keskmise arvestuslik aeg ühele küsimusele vastamiseks on 1,5 minutit (kokku 75 minutit ehk 1,25 tundi), millele on lisatud veel 15 minutit, seega on eksami teoreetilise osa arvestuslikuks kogukestuseks 1,5 tundi.</li> <li><u>Eksami praktiline osa.</u> Eksami praktiliseks osaks on fiberoptilise bronhoskoopia iseseisev läbiviimine eksamineeritava poolt praktilise eksamitööna ning leiu nõuetekohane dokumenteerimine. Eksami praktilist osa hinnatakse teoreetilise osaga samadel alustel. Eksami praktilise osa kogukestuseks on kuni 1 tund.</li> </ol>
31	LÕPUEKSAMI HINDAMISE KRITERIUMID	<p>A: Arst-resident tunneb suurepäraselt erinevate kopsuhaiguste kliinilist pilti, etiopatogeneesi, diagnostikat ja diferentsiaaldiagnostikat, ravi ning profülaktikat. Omandatu on hästi süstematiseeritud. Arst-resident valdab suurepäraselt patsiendi bronhoskoopilise uurimise meetodikaid, suudab loogiliselt põhjendada bronhoskoopia näidustust ja positsioneerimist antud patsiendi haiguse diagnoosimise käesoleval etapil. Kasutatavad ja soovitatavad abimeetodid diagnostikaks ja/või raviks on parimad võimalikest ja kõige otstarbekamad.</p> <p>B: Arst-resident teab väga hästi erinevate kopsuhaiguste kliinilist pilti, etiopatogeneesi, diagnostikat ja diferentsiaaldiagnostikat, ravi ning profülaktikat. Omandatu kontrollil olulisi eksimusi ei ilmne.</p>



	<p>Arst-resident oskab väga hästi patsienti bronhoskoopiliselt uurida ning loogiliselt põhjendada bronhoskoopia näidustust ja õigustatust antud patsiendi haiguse diagnoosimise juures käesoleval hetkel. Soovitatavad abimeetodid diagnostikaks ja/või raviks on asjakohased ning otstarbekad.</p> <p>C: Arst-resident teab hästi erinevate kopsuhaiguste kliinilist pilti, etiopatogeneesi, diagnostikat ja diferentsiaaldiagnostikat, ravi ning profülaktikat. Kontrollil ilmnevad mõningad eksimused, mis ei ole väga olulised ega põhimõttelist laadi. Arst-resident oskab hästi patsienti bronhoskoopiliselt uurida ning loogiliselt põhjendada bronhoskoopia näidustust antud patsiendi haiguse diagnoosimisel. Soovitatavad abimeetodid diagnostikaks ja/või raviks on õiged, ilmneb mõningaid puudujääke otstarbekuse põhjendamisel.</p> <p>D: Arst-resident tunneb erinevate kopsuhaiguste kliinilist pilti, etiopatogeneesi, diagnostikat ja diferentsiaaldiagnostikat, ravi ning profülaktikat, ent aine süstemaatilisel tundmisel esineb ebatäpsusi ning mõningaid lünki. Arst-resident oskab patsienti bronhoskoopiliselt uurida ning uuringu näidustusi ja õigeaegsust põhjendada, ka soovitatavad abiuurimismeetodid on põhimõtteliselt õiged, kuid ilmneb puudujääke erinevate meetodite kasutamise põhjendamisel ning prioriteetsuse ja võimaluste määratlemisel.</p> <p>E: Arst-resident teab erinevate kopsuhaiguste kliinilist pilti, tunneb üldjoontes nende haiguste etiopatogeneesi, diagnostikat ja diferentsiaaldiagnostikat, ravi ning profülaktikat, ent aine süstemaatiline ja sügavam tundmine on lünklik ning esineb põhimõttelisi eksimusi. Arst-resident oskab üldiselt patsienti bronhoskoopiliselt uurida, kuid meetodi rakendamises, samuti näidustuste interpreteerimisel ning abiuurimismeetodite ratsionaalses valikus ning nende võimaluste arvestamisel ilmneb puudujääke, kõiki asjakohaseid meetodeid ei tunne arst-resident piisavalt.</p> <p>F: Arst-residendi teadmised kopsuhaiguste kliinilise pildi, etiopatogeneesi, diagnostika ja diferentsiaaldiagnostika, ravi ning profülaktika osas on puudulikud. Arst-residendi oskused patsiendi bronhoskoopiliseks uurimiseks, bronhoskoopia näidustuste ja prioriteetsuse määratlemisel antud patsiendil on puudulikud. Ilmnevad olulised puudujäägid abiuurimismeetodite kavandamisel ja rakendamisel.</p> <p>Toodud hindedkaalat võib eksamikomisjon teoreetilise osa juures muuta, kui eksami ajal või pärast seda, kuid enne eksamitulemuste teatavakstegemist selgub, et mõni küsimus osutus mittekvalifitseeruvaks (näiteks ebaõnnestunud formuleering, õige vastuse puudumine, mitmeti mõistetavus jne.).</p> <p>Eksami koondhinde kujunemine. Eksami koondhinne moodustatakse teoreetilise ja praktilise osa eraldi hindamisel saadud hinnetest, kusjuures teoreetiline osa moodustab 80% ja praktiline 20%. Koondhinne kujuneb alljärgnevalt:</p> <p>A = 96-100% B = 91-95%</p>
--	---

		<p>C = 81-90 %  D = 71-80%  E = 61-70%  F = 0-60%</p> <p>Eksamineeritavad saavad eksamitulemused teada jooksvalt pärast eksamitööde kontrollimist ja tulemuste kokkuvõtmist eksamikomisjoni poolt.</p>
32	SOOVITATAV KIRJANDUS	<p><u>Pulmonoloogia eriala juhtivad käsiraamatud:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders (2 Volume Set) / Eds.: Alfred P. Fishman, Jack A. Elias, Jay Fishman, Michael Grippi, Robert Senior, Allan Pack. - New York etc.: McGraw-Hill, Health Professions Division, May 2008, 2368 pp., ISBN 007-1457399.</li> <li>2. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. Ed. by Robert J. Mason, V. Courtney Broaddus, John F. Murray, Jay A. Nadel / 4<sup>th</sup> edition/ Elsevier, 2005; ISBN 1416024735, 2609 pp.; online version:  <a href="http://intl.elsevierhealth.com/catalogue/title.cfm?ISBN=9781416024729">http://intl.elsevierhealth.com/catalogue/title.cfm?ISBN=9781416024729</a> (ISBN 1416024727 / 9781416024729)</li> </ol> <p><u>Juhtivad pulmonoloogia eriala perioodilised väljaanded*:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breathe (trükiversioon: ISSN 1810-6838; võrguversioon: ISSN 2073-4735) (<a href="http://www.erj.erjournals.com">http://www.erj.erjournals.com</a>)</li> <li>2. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine (<a href="https://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/srcm">https://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/srcm</a>) (trükiversioon: ISSN 1069-3424, võrguversioon: ISSN 1098-9048)</li> <li>3. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine (ISSN 0003-0805) (<a href="http://www.atsjournals.org">http://www.atsjournals.org</a>)</li> <li>4. Proceedings of the American Thoracic Society (ISSN 1546-3222) (<a href="http://www.atsjournals.org">http://www.atsjournals.org</a>)</li> <li>5. European Respiratory Journal (ISSN 0904-1850; ISBN 87-16-15712-5) (<a href="http://www.erj.erjournals.com">http://www.erj.erjournals.com</a>)</li> <li>6. European Respiratory Review (ISSN 0905-9180) (<a href="http://www.erj.erjournals.com">http://www.erj.erjournals.com</a>)</li> <li>7. European Respiratory Monograph (ISSN 1025-448x; ISBN 1-904097-31-6) (<a href="http://www.erj.erjournals.com">http://www.erj.erjournals.com</a>)</li> <li>8. Chest (ISSN 0012-3692) (<a href="http://www.chestnet.org">http://www.chestnet.org</a>)</li> <li>9. Thorax (ISSN 00406376) (<a href="http://thorax.bmj.com">http://thorax.bmj.com</a>)</li> </ol> <p><i>*Eelistatavalt tuleb arvestada viimase viie aasta jooksul avaldatud informatsiooniga, vanemaid allikaid peaks kasutama üksnes värskema samaväärse teabe/väljaande puudumisel. Pikem kirjanduse loetelu on toodud Tartu Ülikooli Kopsukliiniku kodulehel (<a href="http://www.kliinikum.ee/kopsukliink">www.kliinikum.ee/kopsukliink</a>).</i></p>