



➤ PERIODONTICS REQUIREMENTS:

I- Full treatment of 2 cases gingivitis

pt. Name/ Age/Sex	Diagnosis	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case I/			
Case II/			

II- Full treatment of 3 cases periodontitis

pt. Name/ Age/Sex	Diagnosis	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case I/			
Case II/			
Case III/			

III- Assisting & seminars + work shops

Task	Date/Supervisor
As assistant in periodontal procedure.	
One clinical case presentation.	
Seminars about plaque control and chemotherapeutic agent in periodontal disease.	
Work shop on (sheep head) Suturing and types of incisions.	



➤ PAEDODONTIC DEPARTMENT REQUIRMENTS:

- 1) CONSERVATIVE: - (Cases of Class I, II, III, IV and V. Cavity Preparation and Restoration), (Glass Ionomer, Composite or Amalgam Restorations)

Cases/pt. Name	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case I			
Case II			
Case III			
Case IV			

- 2) EXTRACTION: -

Cases/pt. Name	Diagnosis/tooth No.	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case I:			
Case II:			
Case III:			
Case IV:			
Case V:			

- 3) ENDODONTICS: -

Cases/pt. Name	Diagnosis/Tooth No	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case I:			
Case II:			
Case III:			
Case IV:			

- 4) SPACE MAINTAINER: -

Cases/pt. Name	Diagnosis/Tooth No	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case I:			



➤ PREVENTIVE AND COMMUNITY DENTISTRY REQUIREMENTS:

1) PATIENTS HISTORY. 2) DENTAL EXAMINATION. (by using ICDAS and S-OHI), Caries Risk Assessment and Treatment Plan Based on Patient's Risk Level and Refer Case

pt. Name	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case I			
Case II			
Case III			
Case IV			

3) TREATMENT PLAN (Preventive Measures).

3.A) Cases of Pit and Fissure Sealants \ PRR

pt. Name	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case I:			
Case II:			
Case III:			
Case IV:			

3.B) Fluoride application (Varnishes\ Gels \ SDF)

Pt. Name/Age/Sex	Date /Type of Fluoride	Supervisor Sig.
Case I:		
Case II:		
Case III:		
Case IV:		



4) WORKSHOPS

Topics	Date	Supervisor Sig.
Ethics in Dentistry		
Scientifics Researches		
Biostatistics		

5) PARTICIPATION IN EDUCATIONAL PROGRAMS (WOHD 2025):

Activities	Date	Supervisor Sig.



➤ ORTHODONTICS REQUIREMENTS

1) Full Orthodontic Case and Discussion in Oral Presentation:

Task	Date	Supervisor
Recording case history and clinical examination.		
Taking full set of clinical photographs.		
Cephalometric tracing and cast analysis.		
Diagnosis and discussion of treatment options.		
Removable appliance construction on the patient's cast.		

2) Oral Habit Breaking Appliance Construction:

Date/Note	Supervisor

3) Seminars & Oral Presentation

Topic	Date / Note	Supervisor



I. Oral Medicine and Oral Diagnosis

Cases/pt. Name/ Age/Sex	Diagnosis	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case 1/			
Case 2/			
Case 3/			
Case 4/			
Case 5/			
Case 6/			
Case 7/			
Case 8/			
Case 9/			
Case 10/			



II. Comprehensive Case Presented with Significant Medical History.

Cases/pt. Name/ Age/Sex	Diagnosis	Treatment	Date/Supervisor Sig.
1/			
2/			
3/			
4/			

III. Radiology

X-Ray	Findings	Date/Supervisor Sig.
I.O.P.A		
O.P.G		
C.B.C.T		



IV. Work shops

Date	Work shop	Supervisor Sig.



CONSERVATIVE REQUIREMENTS:

Cases/pt. Name/ Age/Sex	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor
Case 1			
Case 2			
Case 3			
Case 4			
Case 5			
Case 6			



CONSERVATIVE REQUIREMENTS

Cases/pt. Name/ Age/Sex	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor.
Case 7			
Case 8			
Case 9			
Case 10			
Case 11			
Case 12			



CONSERVATIVE REQUIREMENTS

Cases/pt. Name/Age/Sex	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor.
Case 13			
Case 14			
Case 15			
Case 16			
Case 17			
Case 18			



CONSERVATIVE REQUIREMENTS

Cases/pt. Name/Age/Sex	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case 19			
Case 20			
Case 21			
Case 22			
Case 23			
Case 24			
Case 25			



ENDODONTICS REQUIREMENTS

Cases/pt. Name/ Age/Sex	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case 1			
Case 2			
Case 3			
Case 4			
Case 5			



ENDODONTICS REQUIREMENTS.

Cases/pt. Name/Age/Sex	Diagnosis/Tooth No.	Treatment	Date/Supervisor Sig.
Case 6			
Case 7			
Case 8			
Case 9			
Case 10			



> PROSTHODONTICS REQUIREMENTS:
1) FIXED PROSTHODONTICS.

Case 1

<u>Pt. name:</u>
<u>Age:</u>
<u>Phone No:</u>
<u>Address:</u>
<u>Occupation:</u>
<u>Medical history:</u>
<u>Dental history:</u>
<u>Investigation:</u>
<u>Clinical findings:</u>
<u>Treatment plan:</u>

<u>Date</u>	<u>Visit step</u>	<u>Supervisor signature</u>



1) FIXED PROTHODONTICS.

Case 2

<u>Pt. name:</u>
<u>Age:</u>
<u>Phone No:</u>
<u>Address:</u>
<u>Occupation:</u>
<u>Medical history:</u>
<u>Dental history:</u>
<u>Investigation:</u>
<u>Clinical findings:</u>
<u>Treatment plan:</u>

<u>Date</u>	<u>Visit step</u>	<u>Supervisor signature</u>



1) FIXED PROSTHODONTICS.

Case:

<u>Pl. name:</u>
<u>Age:</u>
<u>Phone No:</u>
<u>Address:</u>
<u>Occupation:</u>
<u>Medical history:</u>
<u>Dental history:</u>
<u>Investigation:</u>
<u>Clinical findings:</u>
<u>Treatment plan:</u>

<u>Date</u>	<u>Visit step</u>	<u>Supervisor signature</u>



3) FIXED PROSTHODONTICS.

Case:

<u>Pt. name:</u>
<u>Age:</u>
<u>Phone No:</u>
<u>Address:</u>
<u>Occupation:</u>
<u>Medical history:</u>
<u>Dental history:</u>
<u>Investigation:</u>
<u>Clinical findings:</u>
<u>Treatment plan:</u>

<u>Date</u>	<u>Visit step</u>	<u>Supervisor signature</u>



2) REMOVABLE PROSTHODONTICS

Case 1

<u>Pt. name:</u>
<u>Age:</u>
<u>Phone No:</u>
<u>Address:</u>
<u>Occupation:</u>
<u>Medical history:</u>
<u>Dental history:</u>
<u>Investigation:</u>
<u>Clinical findings:</u>
<u>Treatment plan:</u>

<u>Date</u>	<u>Visit step</u>	<u>Supervisor signature</u>



1) REMOVABLE PROSTHODONTICS

Case2

<u>Pt. name:</u>
<u>Age:</u>
<u>Phone No:</u>
<u>Address:</u>
<u>Occupation:</u>
<u>Medical history:</u>
<u>Dental history:</u>
<u>Investigation:</u>
<u>Clinical findings:</u>
<u>Treatment plan:</u>

<u>Date</u>	<u>Visit step</u>	<u>Supervisor signature</u>



REMOVABLE PROSTHODONTICS

Case #

<u>Fl. name:</u>
<u>Age:</u>
<u>Phone No:</u>
<u>Address:</u>
<u>Occupation:</u>
<u>Medical history:</u>
<u>Dental history:</u>
<u>Investigation:</u>
<u>Clinical findings:</u>
<u>Treatment plan:</u>

<u>Date</u>	<u>Visit step</u>	<u>Supervisor signature</u>



REMOVABLE PROSTHODONTICS

Form

<u>Pt. name:</u>
<u>Age:</u>
<u>Phone No:</u>
<u>Address:</u>
<u>Occupation:</u>
<u>Medical history:</u>
<u>Dental history:</u>
<u>Investigation:</u>
<u>Clinical findings:</u>
<u>Treatment plan:</u>

<u>Date</u>	<u>Visit step</u>	<u>Supervisor signature</u>



➤ ORAL SURGERY REQUIREMENTS:

1) 15 Case (Extraction)

Pt. Name/Age/Sex	Diagnosis	Treatment	Date/Supervisor
Case 1/			
Case 2/			
Case 3/			
Case 4/			
Case 5/			
Case 6/			
Case 7/			
Case 8/			



➤ ORAL SURGERY REQUIREMENTS:

Pt. Name/Age/Sex	Diagnosis	Treatment	Date/Supervisor
Case 9/			
Case 10/			
Case 11/			
Case 12/			
Case 13/			
Case 14/			
Case 15/			



2) 3 CASE (SURGERY)

Pt. Name/Age/Sex	Diagnosis	Treatment	Date/Supervisor
Case 1/			
Case 2/			
Case 3/			

3) 1 CASE (Implant)

Pt. Name/Age/Sex	Treatment	Date/Supervisor
1 st Visit		
2 nd Visit		
3 rd Visit		
4 th Visit		



كلية طب وجراحة الفم والأسنان

جامعة بلاغري للعلوم الحديثة

دليل طبيب الامتياز

التوقيع	الرقم الدراسي	اسم طبيب الامتياز
	

التوقيع	مسجل الكلية

يحتوي على عدد (7) صفحات وعلى الطالب الاطلاع على هذا الدليل والالتزام بما يتضمنه وتوقيعه عليه يلزمه بما يجريه.

✓ تحفظ هذه الصفحة بملف الطالب الدراسي.

العام الدراسي 2025/2024م



دليل مرحلة الأمتياز

اسم طبيب الامتياز:

الرقم الدراسي:

العام الجامعي: 2025/ 2024 م



مقدمة

مرحلة الامتياز: هي المرحلة النهائية لمتطلبات برنامج طب وجراحة الفم والأسنان ومدتها سنة ميلادية كاملة وهي مرحلة إلزامية حيث تصقل فيها مهاراته ويتلقى فيها التدريب السريري بالعيادات التابعة للكلية تحت اشراف مباشر من اعضاء هيئة التدريس بالكلية أو أحد المستشفيات التعليمية المعتمدة لدى الجامعة ولا تدخل في المعدل التراكمي للطلاب عند تخرجه وتحدد الجامعة الرسوم المقررة لذلك ويمنح افاذة بأجتيازه مرحلة الأمتياز بعد استكائه للتدريب السريري ويسري عليهم مانعس عليه اللائحة الداخلية للكلية.

طبيب الامتياز: هو الطالب الذي اتم الدراسة بالكلية بنجاح ويتلقى التدريب السريري بالعيادات التعليمية.

اللائحة المنظمة لعمل طبيب الامتياز

- التدريب إلزامي وهو جزء لا يتجزأ من برنامج التعلم الطبي لكلية طب وجراحة الفم والأسنان لجميع الطلبة الذين أجتازوا السنة النهائية ولايسمح له بمزاولة المهنة إلا بعد إنهاء هذه المرحلة.
- يسمي الطالب أثناء قضائه فترة التدريب " طبيب امتياز" وتطبق عليه جميع الأحكام التي تطبق على الطلاب بجميع مراحل الدراسة بالكلية.

• أماكن التدريب

يتم التدريب التكميلي في العيادات التعليمية الملحقة بالكلية وللكلية الموافقة على غيرها من المؤسسات العلاجية والتشخيصية للقيام بمهمة التدريب شريطة ان يكون مركز طبي تعليمي ومتوفر به المتطلبات اللازمة للتدريب ويلتزم بالمتطلبات المقررة لطلاب الأمتياز المقررة بالكلية.



• مدة التدريب التكميلي " الامتياز "

مدة التدريب التكميلي سنة ميلادية كاملة ويجوز تمديدتها وفق الضوابط الآتية:

- i. من قبل القسم المختص بالتدريب إذا تجاوز غياب طبيب الامتياز (20 %) من مدة التدريب المقررة بالقسم ويكون التمديد لمدة تساوي مدة الغياب إذا كان سبب الغياب مشروعاً وبضعفه إذا كان الغياب غير مشروع .
- ii. من قبل المجلس العلمي للكلية وذلك بإعادة مدة التدريب إذا تحصل طبيب الامتياز علي تقدير ضعيف في أي مرحلة من مراحل التدريب علي أن يعيد تدريب ذلك المقرر بنفس المدة.
يراعي في البرنامج التدريبي لأطباء الامتياز تدريس العلوم الحديثة وأساسيات طرق البحث وعلم الإحصاء الطبي والحاسوب وشبكة المعلومات الدولية من أجل تطوير قدراتهم المهنية والعلمية والوصول إلى الاهداف المحددة لهذه المرحلة، وبذلك يكون توزيع مدة التدريب التكميلي على النحو التالي :

ت	المقرر	الفترة الزمنية
1	الاستعاضة السنوية الثابتة	(شهر واحد)
2	الاستعاضة السنوية المتحركة	(شهر واحد)
3	العلاج التحفظي وعلاج الجذور	(شهران)
4	جراحة الفم والوجه والفكين	(شهران)
5	طب الفم والتشخيص والاشعة	(شهر واحد)
6	أمراض وعلاج اللثة	(شهر واحد)
7	تقويم الاسنان	(شهر واحد)
8	طب أسنان الأطفال	(شهر واحد)
9	طب الاسنان الوقائي والاجتماعي	(شهر واحد)



- iii. ينعقد أطياف الامتياز لنظام تقارير الكفاءة والملاحظة.
- iv. يتضمن التقرير بيان طيب الامتياز من جميع النواحي التي تتعلق بقيامه بمهام مهنة طب وجراحة الفم والاسنان من حيث المواظبة والسلوك والعمل العملي والبحوث وفقاً لبطاقة الامتياز.
- v. يعد التقرير النهائي عن كل طيب امتياز بمعرفة عضو هيئة التدريس المشرف ويعتمده وليس التمس في بطاقة الامتياز وتوزع نسب التقييم على النحو التالي:-

المواد الدراسية	مدة التدريب (بالشهر)	الحضور %30	السلوك %10	العمل العملي %40	البحوث %20	التخصص %100	التخصص بين الفم
الاستعاضة السنوية الثابتة	1						
الاستعاضة السنوية المنحركة	1						
العلاج التحفظي وعلاج الجذور	2						
جراحة الفم والوجه والفكين	2						
طب الفم والتشخيص والاشعة	1						
امراض وعلاج اللثة	1						
تقويم الاسنان	1						
طب اسنان الأطفال	1						
طب الاسنان الوقائي والمجتمعي	1						
شهر اختياري	1						
المجموع	12						



واجبات طبيب الامتياز

يمارس طبيب الامتياز مهام عمله التدريبي تحت إشراف الاقسام العنوية بكلية طب وجراحة الفم والاسنان أو من يقوم مقامهم ويتولي بوجه خاص :

- 1- القيام بمعالجة المرضى المختارين من المشرفين أو رئيس القسم أو من يكلف منهم.
 - 2- الأعمال المهنية التي يري القسم تكليفه بها.
 - 3- يلزم طبيب الامتياز أو مجموعة من أطباء الامتياز بعمل بحث تحت إشراف أحد أعضاء هيئة التدريس
 - 4- الزيارات الميدانية للمؤسسات العامة كالمدارس لتقديم خدمة للمجتمع وللتوعية بصحة الفم والاسنان.
- يتولى رئيس القسم وضع آلية للتصميم عن سنة الامتياز على أن يشمل ذلك الحضور والالتزام بالعمل داخل الاقسام واستيفاء المتطلبات التي تقررها الاقسام وتضم الدرجات وفق بطاقة سنة الامتياز على النحو التالي:
- وتحال البطاقات الي رئيس القسم المختص ومنه الي عميد الكلية لاعتمادها.
- تقدر درجة الكفاءة طبقاً لتقديرات النجاح المنصوص عليها في اللائحة الداخلية للكلية وترصد بالبطاقة المعدة لذلك نهاية كل مرحلة من مراحل التدريب.



• المحظورات علي طبيب الإمتياز

- 1- لا يجوز للطبيب المشرف المسؤول ترك طبيب الامتياز دون متابعة وتوجيهه في أدائه لعمله أو تكليفه بالتوقيع على الوثائق الطبية بمفرده أو القيام بأي عمل من شأنه أن يترتب عليه أية مسؤولية جنائية.
- 2- لا يجوز لطبيب الامتياز القيام بالمحظورات التالية:

- i. أن يشترك في دورات بالخارج قبل إتمام فترة التدريب المقررة.
- ii. أن يجمع بين التدريب التكميلي ومزاولة أية مهنة أخرى ولو كانت طبية.
- ج. أن يبدي مشورة طبية أو عيادة مريض أو علاجه إلا تحت إشراف الطبيب المشرف وعلي وجه العموم لا يجوز له مزاولة مهنة طب جراحة النخاع والاسنان بأية صفة ولو في غير أوقات التدريب المقررة .
- د. أن يخالف التعليمات والتوجيهات الصادرة له من اساتذته ومشرفي التدريب.

• ساعات التدريب الاسبوعية

يكلف طبيب الامتياز بالعمل طيلة فترة التدريب المقررة مدة " 36 " ساعة أسبوعياً .

• الإجازات الطارئة والمرضية لطبيب الامتياز

يمنح طبيب الامتياز الإجازة الطارئة لسبب فوري والإجازة المرضية علي أن تعرض مدة الإجازة.



• مهام منسق مرحلة الامتياز

- 1- توزيع اطباء الامتياز علي الأقسام المختلفة واعداد جداول توزيعهم بالتنسيق مع رؤساء الأقسام ومسجل الكلية.
- 2- الاجتماع بأطباء الامتياز قبل التحاقهم بالبرامج التدريبية لشرح وتوضيح أهميتها وكيفية الاستفادة القصوي من برامج التدريب.
- 3- عقد الاجتماعات الدورية بالأطباء المنسقين ورؤساء الأقسام لتفعيل دورهم وتعريفهم بمسؤوليتهم تجاه العملية التعليمية من أجل تحقيق أهداف البرنامج التدريجي.
- 4- متابعة دورية ودقيقة لعملية التدريب بالأقسام المختلفة عن طريق المشرفين في الأقسام.
- 5- تجميع البيانات عن طريق توزيع استبانات دورية على أطباء الامتياز للتعرف على أوجه القصور والمشاكل والعراقيل التي تواجههم.
- 6- استقبال الشكاوي وكذلك الطلبات الخاصة من قبل أطباء الامتياز والعمل على إيجاد الحلول المناسبة والرد عليها.
- 7- تنظيم بعض الأنشطة العلمية والاجتماعية لأطباء الامتياز في يوم علمي بمعدل مرة في السنة وكذلك الاشراف علي إصدار نشرة علمية لطلاب هذه المرحلة .
- 8- تشجيع اطباء الامتياز علي اقتحام تجربة العلوم الطبية من خلال برامج معدة لذلك.

كلية طب وجراحة الفم والأسنان

جامعة بلاخراي للعلوم الطبية



INTERN CARD ASSESSMENT

SUBJECT	DURATION / MONTH	ATTENDANCE 30%	BEHAVIOR 10%	CLINICAL EVALUATION 40%	RESEARCH 20%	TOTAL 100%	HEAD OF DEPARTMENT SIGNATURE
FIXED PROSTHODONTICS	1						
REMOVABLE PROSTHODONTICS	1						
CONSERVATIVE & ENDODONTICS	1+1						
ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY	2						
ORAL MEDICINE & RADIOLOGY	1						
PERIODONTICS	1						
ORTHODONTICS	1						
PERIODONTICS	1						
PREVENTIVE & COMMUNITY DENTISTRY	1						
ALTERNATIVE MONTH	1						
TOTAL	12						

DEAN OF THE FACULTY



Ref .No:

Date : / /

الرقم الإشاري : 8/11 ع.س.خ

التاريخ : 8 رمضان 1446 هـ

الموافق : 8/12 / 2024 م

السيدة المحترمة /د. وكيل الجامعة للشؤون العلمية

بعد خالص التحية والتقدير،،

إشارة إلى الاستعدادات القائمة لاستقبال دفعة الإمتياز بالكلية والتي سيكون بإذن الله لها دور هام في الجانب السريري والتدريبي لطلبة الكلية وفي هذا الإطار فإن مرحلة الإمتياز تحتاج لتوفير المستندات والأدلة اللازمة لأطباء هذه المرحلة .

وبهذا نحيل إليكم دليل طبيب الإمتياز وكرت الإمتياز وكذلك المتطلبات السريرية لكافة الأقسام العلمية بالكلية بعد إعدادها ومراجعتها واعتمادها من قبل مجلس الكلية في اجتماعه المنعقد بتاريخ 2024/8/10 م وذلك لمخاطبة الجهات المعنية بالجامعة لطباعتها بالشكل الملائم والذي يعكس صورة الجامعة خاصة أن الجامعة عازمة على استقبال طلاب في هذه المرحلة من خارجها .

*ملاحظة :

- العدد المطلوب 20 لكل صنف .
- يزيد العدد في حال استقبال الجامعة لطلاب من خارجها.

والسلام عليكم ورحمة الله ،،،

د. مصطفى مسعود رحومه

عميد كلية طب وجراحة الفم والأسنان



صورة

- أ.د. رئيس الجامعة .
- إدارة المتابعة والجودة وتقييم الأداء.
- المسجل العام للجامعة.
- مكتب المتابعة والجودة وتقييم الأداء بالكلية.
- التوثيق والمعلومات.
- ملف مجلس الكلية.
- الصادر.