



## 6. IZRAČUN SATI PROVEDENIH NA SAVJETOVANJU O DOJENJU TIJEKOM ZADNJIH 5 GODINA:

U ovoj tablici navedite vlastitu dokumentaciju o broju sati pružajući kliničko savjetovanje o dojenju kako je opisano u *Informativnom vodiču za kandidate*

RADNO MJESTO/ISKUSTVO	TITULA/ POLOŽAJ	PODRUČJE/PRIRODA RADA/ISKUSTVA	Mjesec/godina kad ste počeli i završili	Ukupni tjedni bez dopusta	Prosječni sati tjedno	Ukupan broj odrađenih sati	%vremena pružajući savjetovanje o dojenju	Ukupan broj sati savjetovanja o dojenju
Stupac 1	Stupac 2	Stupac3	Stupac 4	Stupac5	Stupac 6	Stupac 7	Stupac 8	Stupac 9
1. Friendly Hospital, Stockholm, Sweden	Medicinska sestra/ Primalja	Uglavnom postnatalni odjeli, ponekad i u rađaonici. Konzultacije licem u lice i jednom tjedno razredna nastava o dojenju	4/98 do 10/03	253 tjedna	20 sati	5060 sati	40%	2024 sata
2. Breastbest Hospital, Dubai, UAE	Primalja/Edukator roditelja	BFHI akreditacija jedan na jedan postnatalni odjel; Savjetodavna osoba za dojenje u jaslicama za posebnu njeгу, 8 sati tjedno u Savjetovalištu za dojenje	8/04 do 8/05	46 tjedana	38 sati	1748 sati	60%	1049 sati

Ime supervizora koji može\*potvrditi neke ih sve sate kliničkog savjetovanja o dojenju

Položaj/ titula Vašeg supervizora \_\_\_\_\_

Telefonski broj supervizora \_\_\_\_\_

E-mail adresa supervizora \_\_\_\_\_

\* Molimo Vas, označite zvjezdicom one gore navedene sate koji su vezani za ovog supervizora

**UKUPAN BROJ SATI KLINIČKOG  
SAVJETOVANJA O DOJENJU**

U VRIJEME PREDAJE PRIJAVNICE TREBA BITI  
KOMPLETIRAN MINIMALNI BROJ KLINIČKIH SATI



## 10. BIOGRAFSKI DETALJI:

Označi kvačicom jedan ili više podataka o vašem stupnju obrazovanja :

- 1 IBCLC (ikada certificiran/a)
- 2 Diploma medicinske sestre ili slična sveučilišna diploma
- 3 Registrirana medicinska sestra
- 4 Registrirana primalja
- 5 Medicinska sestra za zdravlje majke i djeteta
- 6 Zdravstveni posjetitelj
- 7 Upisana medicinska sestra ili sestra za majčinstvo
- 8 Dijetetičar, logoped, radni terapeut ili fizioterapeut
- 9 Liječnik
- 10 Akreditirani savjetnik/voda za podršku majkama
- 11 Ostalo (opišite)

Označite kvačicom *najviši* stupanj obrazovanja koje ste stekli:

- 1 Doktorat iz područja: \_\_\_\_\_
- 2 Magisterij iz područja: \_\_\_\_\_
- 3 Diploma : \_\_\_\_\_
- 4 Svjedodžba: \_\_\_\_\_
- 5 Licenca (registrirana medicinska sestra ili primalja): \_\_\_\_\_
- 6 Drugo (molim Vas opišite): \_\_\_\_\_

## 11. POJEDINAČNE OKOLNOSTI:

Daljnje informacije naći ćete u Informacijskom vodiču za kandidate

- Tražim posebni aranžman na osnovi moje onesposobljenosti. Prilažem daljnje informacije i dokumentaciju potpore.
- Možda će mi trebati poseban tretman na dan ispita jer sam trudna. Termin poroda je \_\_\_\_\_
- Želim polagati ispit na nekom drugom jeziku od engleskog. Shvaćam, da, ako ne bude bilo dovoljno kandidata koji žele polagati na tom jeziku, neće se nuditi prijevod, a ja ću imati pravo na potpuni povrat novca, ili mogu izabrati polagati ispit na engleskom jeziku.
- Želim koristiti dvojezični rječnik tijekom ispita. Znam da ga moram predati na pregled, što se može od mene tražiti prije dana ispita.

**12. sekcija: PITANJA: Molimo Vas da odgovorite na svih pet navedenih pitanja tako da zaokružite za svako pitanje odgovor koji se odnosi na Vas.** Ako odgovorite sa DA na bilo koje pitanje, molimo Vas da navedete objašnjenje. Ako bude zatrebalo više informacija, IBLCE će povjerljivo od Vas tražiti daljnje informacije. **Ukoliko ne odgovorite na jedno ili više pitanja i / ili ne uspijete pružiti objašnjenje za "DA" odgovore usporiti će se procesuiranje Vaše prijave.**

U proteklih deset (10) godina, jeste li bili, ili ste trenutno, ovisni o alkoholu, narkoticima, drogi ili drugim sastojcima koji ometaju ili ograničavaju, ili ako je ovisnost ostala neliječena tipično može ili ograničavati u buduću, fizički ili psihički, ometati više nego li značajno, Vašu sposobnost da obavljate potrebne dužnosti (vidi Pitanje br. 3 za listu) pružatelja zdravstvenih usluga, laktacijskog konzultanta ili savjetnika za dojenje?

DA NE

Patite li trenutno od bilo koje ozbiljne ili kronične bolesti koja Vas specifično oštećuje ili ograničava, ili ako ostane neliječena tipično je moguće da specifično jače ošteti ili ograniči Vašu sposobnost vršiti bilo koju od bitnih dužnosti (vidi Pitanje br. 3 za listu) pružatelja zdravstvene njege, laktacijskog konzultanta ili savjetnika za dojenje?

DA NE

Jeste li ikad bili osuđeni za kriminal (isključujući manje prometne prekršaje) koji je po svojoj prirodi specifično povezan ili se specifično odnosi, ili je od specifične važnosti za procjenu Vaše sposobnosti i povjerenja za vršiti bilo koje od bitnih dužnosti pružatelja zdravstvene njege, laktacijskog konzultanta ili savjetnika za dojenje? Ove dužnosti uključuju: (1) dužnost, zadržati povjerenje klijenta/stranke; (2) dužnost, djelovati sa razumnom marljivošću; (3) dužnost, pružati kompetentnu uslugu; (4) dužnost, održavati osobni integritet; (5) dužnost, iskreno i potpuno izvještavati sustavu zdravstvene njege; (6) dužnost, podržavati standarde profesije laktacijskih konzultanata; (7) dužnost, postupati po nezavisnoj, profesionalnoj prosudbi i izbjegavati sukobe interesa; (8) dužnost, pridržavati se IBCLCE disciplinskih odredbi i (9) dužnost, promicati, štiti i podržavati dojenje.

DA NE

Jeste li ikad bili predmetom dokazane pritužbe zbog koje su bili poduzeti disciplinski ili kazneni koraci? To uključuje, ali nije ograničeno na opoziv bilo kakve ili koje ranije poslovne ili profesionalne dozvole vezano za Vaše akcije, savjete, rad ili nerad kao pružatelj zdravstvenih usluga, laktacijskog savjetnika ili savjetnika za dojenje, ili bilo kakve druge akcije na polju zdravstvene njege (uključujući ali bez ograničenja pritužbi samo na radno mjesto i pritužbe iznesene pred administrativnim tijelom, komisijom za licenciranje, sudom neke profesionalne grupe, posrednikom, arbitratorom ili nekoj drugoj vrsti suda).

DA NE

Jeste li trenutno predmet tužbe zbog koje bi se mogle poduzeti disciplinske ili kaznene mjere? Ove mjere uključuju, ali nisu ograničene na, opoziv ranije poslovne ili profesionalne dozvole, vezano za Vaše akcije, savjete, rad ili nerad u svojstvu pružatelja zdravstvenih usluga, laktacijskog konzultanta i savjetnika za dojenje, ili bilo koje druge akcije na polju zdravstvene njege (uključujući, ali ne samo one pritužbe na radnom mjestu nego i pritužbe podnesene administrativnim tijelima, komisiji za licenciranje, sudu neke profesionalne grupe, posredniku, arbitratoru i drugim sudovima.)

DA NE

**ODGOVORI NA TRAŽENA PITANJA: Ako ste odgovorili sa "DA" na bilo koje od pitanja u Sekciji 12., molimo Vas, da u donjem prostoru, navedete svoj objašnjenje ili odgovor.**


**ROKOVI I UVJETI:** Molimo Vas, pozorno pročitate slijedeće izjave; zatim ih potpišite i datirajte na dnu stranice. Bilo kakve rasprave koje odavdje proizlaze biti će riješene u sudu u Fairfax County, Virginia, USA.

**Ukoliko ne potpišete i datirate na dnu stranice, odgoditi ćete procesuiranje Vaše prijave.**

**ŽELIM SE PRIJAVITI** za polaganje IBLCE Certifikacijskog ispita za laktacijske savjetnike/konzultante. Prihvaćam da se ispit održava samo na jedan dan u godini (zadnji ponedjeljak u srpnju), a nudi se samo u formatu *multiple choice* (Višestruki izbor odgovora).

**POTVRĐUJEM DA** je informacija pružena u ovom molbenom obrascu ispravna i uključuje sve relevantne informacije.

**SHVAĆAM DA** moja molba može biti prekontrolirana. Ako do toga dođe ja ću trebati pružiti dovoljne informacije kako bi dokazala da imam pravo polagati ovaj ispit. Također, shvaćam da ukoliko informacije i dokumentacija koju sam dala nije dovoljna i/ili je pak predana nakon zaključnog datuma koji je specificirao IBLCE, neće mi biti dozvoljeno polagati ispit.

**SLAŽEM SE** i prihvaćam ispitne troškove IBLCE, zaključne datume za molbe, kao i sa pravilima vezanim za ispitnu prijavu, isplate i način ulaganja žalbe kako je navedeno u IBLCE ispitnim materijalima specifičnim za moju zemlju. Jasno mi je da, ukolikose ne budem pridržavao ovih pravila, snositi ću posljedice, uključujući i ne samo dodatne troškove i /ili nemogućnost polaganja ispita.

**SLAŽEM SE**, da ako uspješno prođem ispit, moje ime postati će dio Registra IBCLC i da IBLCE rezervira za sebe pravo pružiti verifikaciju osoba s certifikatom u interesu javne zaštite.

**SLAŽEM SE** podržavati standarde profesije međunarodno certificirane savjetnice za dojenje (IBCLC) time što ću se pridržavati Etičkog kodeksa za IBCLC, *Svrha i ciljevi prakse za IBCLC, Klinička kompetencija za IBCLC praksu i IBLCE Dokumentacijski vodič*. Zatim, shvaćam da IBLCE ima isključivo ovlaštenje tumačiti i administrirati provizije publikacija spomenutih u prethodnoj rečenici.

**SLAŽEM SE** da ću se voditi prema *Disciplinskim IBLCE procedurama* u slučaju bilo kakvog kršenja IBLCE *Etičkog kodeksa za IBCLC, IBLCE Svrha i ciljevi prakse, Kliničke kompetencije za IBCLC praksu i / ili IBLCE Dokumentacijski vodič*. Nadalje, uloži li se etička pritužba protiv mene, shvaćam da mi je dužnost sudjelovati i surađivati u disciplinskom postupku. (Molimo vas pogledajte na [www.iblce.org](http://www.iblce.org) za kopiju ovih publikacija.)

**SVJESNO I NAMJERNO ODRIČEM SE** svih prava koja imam prema odgovarajućem zakonu tražiti, preispitati ili dobiti bilo kakve specifične informacije koje se odnose na tekst ili sadržaj pitanja ili slike ili sadržaj fotografije koja je dio IBLCE ispitnog pitanja iz ispitne banke, s obzirom da shvaćam da IBLCE mora držati te informacije povjerljive kako bi sačuvali integritet ispitnog procesa.

**SLAŽEM SE DA** nakon što sam primila ovaj molbeni obrazac i popratnu dokumentaciju, IBLCE može vršiti dodatno ispitivanje kako bude smatralo potrebnim da bi verificiralo informacije koje sam pružila i provjeriti moj karakter i spremnost baviti se praksom laktacijske konzultacije. Shvaćam da mogu biti diskvalificirana na osnovi ponašanja koje je nemoralno, neprofesionalno, nepošteno ili suprotno spremnosti prakticirati kao laktacijski konzultant.

**SHVAĆAM DA** IBLCE smatra zadovoljavajuće duševno zdravlje preduvjetom za dobijanje certifikata, uključujući činjenicu da trenutno nema neke neliječene, nekontrolirane duševne bolesti koja bi mogla štetiti ili ograničiti sposobnost kandidata da prakticira kao laktacijski konzultant na kompetentan i profesionalan način. Također, da nije vjerojatno da će doći do relapsa bilo koje takve prijašnje duševne bolesti.

**SHVAĆAM DA** je prvenstveni način na koji će IBLCE komunicirati sa mnom je putem e-maila. Prema tome, shvaćam da IBLCE poštuje privatnost pojedinaca i primjenjuje politiku privatnosti kako bi osiguralo da IBLCE prikupi, procesuirala i koristi osobne podatke na način koji je u skladu s najvišim standardima. (Ovaj pravilnik o privatnosti se može naći na [www.iblce.org](http://www.iblce.org)).

**Potpis kandidata** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_