Operating Room

Name _____ Date _____

Level of Experience

Competence

Inexperienced - No Experience
Novice - Needs Assistance
Proficient - Performs Independently
Expert - Serves as Resource/Preceptor

Frequency

Never or Observed only
Occasionally - (<6 times a yr)
Consistently - (1-2 times a month)
Frequently - (daily or weekly)

	SCRUB	CIRCULATE	inexperienced	novice	proficient	expert	frequently	consistently	occasionally	never
Hospital or Experience	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Surgicenter or Experience	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
GI lab	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Recovery Room	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
General:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Open Cases	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Radical Neck Dissectomy/Neck Surgeries	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Radical Mastectomy/Axillary Dissection	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Esophageal Dilation/Esophagectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Roux and Y Procedure	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Colo-rectal	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Hepatic/Gastric Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Laparoscopic Cases	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Cholecystectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Appendectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Hernia Repair	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Colostomy/Ileostomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Central Line Placement/Vascular Access	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Peripheral Vascular:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Carotid Endarterectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Axillo-Fem, Fem-Pop, Fem-Fem Bypass	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
AAA	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Vein Stripping	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Valvulotomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Transplants:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Kidney	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Pancreas	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Liver	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
A-V Fistula/Graft:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Declotting	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Temp/Perm Hemodialysis Catheter	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Peritoneal Dialysis	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Cardio-Thoracic	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Open Heart(CABG, Valve Replacement)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Heart Transplant	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Lung Transplant	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Video Assisted Thoracoscopy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Umbrella Filter Placements	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Pediatric-VSD, Tetrology of Fallot	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Robotics	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Genitourinary:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Urodynamic Studies/Urogyne Procedures/NIBS	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Cystoscopic Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Laser Procedures CO2, Argon, YAG	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
TURP	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Open Prostatectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Nephrecttomy/Nephrostomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Donor Kidney Harvest	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Ileal Conduit	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Testicular/Penile Prosthesis Implants	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Hypospadia/Epispadia Staging	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Orchiopexy/Orchiectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Vasectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Gynecological:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Hysterectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Tubal Procedures/Repairs	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Myomectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Laparotomy/Oncological Staging	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Cystocele/Rectocele Repair	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Uro-Gyne Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Laparoscopic: Diagnostic/Operative	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Laser Procedures CO2, Argon, YAG	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
D&C/Uterine Evacuation/Suction Curettage	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Termination of Pregnancy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Circlage Procedure	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
C-Section	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Orthopedics:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Closed Reduction	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Open Reduction/Internal Fixation	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
External Fixation	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
IM Nailing	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Total Knee Replacement	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Total Hip Replacement	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Spinal Instrumentation	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Hand Surgery	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Arthroscopy(Shoulder/Knee)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Bone Augmentation	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Bone Grafting	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Antibiotic Bead Placement	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Pediatric Corrective Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Neurological:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
VP Shunt/Ventriculoscopy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Cranial Decompression	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Craniotomy/Tumor Excision/Evacuation of Hema	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Bypass Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Steriotactic Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Anterior/Posterior Spinal Fusion/Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Laminectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Awake Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Microscopic Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Transsphenoidal Surgery	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Nerve/Muscle Biopsy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Aneurysm Clipping	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
AVM Excision	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
ICP Monitoring	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
CSF Collection	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Cranial Vault Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Plastics:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Blepharoplasty	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Cleft Lip/Palate	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Face Lift	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Nose Lift	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Ear Reconstruction	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Maxillo-Facial Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
LeFort I & II	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Breast Augmentation/Reduction	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Gynecomastia Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Free Flap Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Reconstructive Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Skin Grafting(Donor/Recipient)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Liposuction	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Hand-Plastic Surgery	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Opthalmology:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Repair of Traumatic Injuries	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Corneal Transplantation	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Retinal Detachment Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Cataract Extraction	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Lens Implantation	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Trabeculectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Iridencleisis	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Ear, Nose, Throat:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Tympanoplasty	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Myringoplasty	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Myringotomy and Tube Placement	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Nasal Reconstructive Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Tonsillectomy and Adenoidectomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Radical Neck Reconstructive Procedure	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Oral Surgery:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Reimplantation of Teeth	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Tooth Extraction	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Maxillo Facial Repairs	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Excision of Tumors	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Implants	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Pediatric Surgery:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Central Line Placement(Broviac)	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Chloachal Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Recto-Vaginal Constructive Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Intussuception	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Tracheoesophageal Fistula	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Esophageal Atresia	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Pyloric Stenosis	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Colostomy, Illiostomy	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Imperforate Anus	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Exstrophy of Bladder	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Ambiguous Genitalia Procedures	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Equipment:	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
Suction-Pneumatic/Electric	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
ESU/Argon Coag Unit	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

Stapling Instruments	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Skin	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
GIA	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
TA	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
LDS	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
CO2 Pneumo Insuflator	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Video Equipment/Printer	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Laparoscopic Instruments	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Microscopes/Micro Instrumentation	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Power Drills/Pneumatic Drills	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Pneumatic Tourniquet	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Blood/Solution Warmer	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Hypothermia/Hyperthermia Machine	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Bair Hugger	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Antiembolectomy Equipment(Intermitted Compr	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Non-Invasive Monitoring Equipment	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Dynamap, Propac	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Closed Chest Drainage System	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Auto Transfusion Equipment	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Slush Machine	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Cell Saver	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Ventilator	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Arthroscopic Shaver	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Finger Traps	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
PHACO Emulsifier	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Lasers, CO2, YAG	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Infusion Pumps	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Fixation Systems	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			
Isolation Hoops	❒	❒		❒	❒	❒	❒		❒	❒	❒	❒			

AGE SPECIFIC CARE

Please indicate the level of experience with which you provide care for each age group in this

	Inexperienced	Novice	Proficient	Expert
Infant (Birth to 1 year)	❒	❒	❒	❒
Toddler (1-3 years)	❒	❒	❒	❒
Pre-School (3-6 years)	❒	❒	❒	❒
School Age (6-12 years)	❒	❒	❒	❒
Adolescent (12-18 years)	❒	❒	❒	❒
Young Adult (18-30 years)	❒	❒	❒	❒
Mature Adult (30-60 years)	❒	❒	❒	❒
Elderly (>60 years)	❒	❒	❒	❒

I affirm that the above information is an accurate summary of my current clinical skills.

Signature _____ Date _____