

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم**

**مرکز آموزشی-درمانی استاد مطهری**

برنامه آموزشی و **LOG BOOK**

دوره کارآموزی و کارورزی بخش زنان( ویژه دانشجویان پسر )

تدوین:

دکتر مهشید البرزی-مدیرگروه بخش زنان

دکتر اطهر راسخ جهرمی -مسئول آموزش گروه زنان

با همکاری

گروه زنان دانشگاه علوم پزشکی جهرم

دفتر توسعه آموزش پزشکی

**طراحی و بازبینی : خردادماه 1402**

**اعضاء گروه :**

* **دکتر مهشید البرزی مدیر گروه، فلوشیب زنان،زایمان نازایی**
* **دکتر فریده مقرب متخصص زنان**
* **دکتر زهرا مصلی نژاد فلوشیب ناباروری**
* **دکتر هاجر تقی زاده متخصص زنان**
* **دکترنجمه مصلی نژاد متخصص زنان**
* **دکتر دکتر سارا روان متخصص زنان**
* **دکتر نرجس نقشواریان متخصص زنان**
* **دکتر آناهیتا حق جو متخصص زنان**
* **دکتر زهرا تشکر متخصص زنان**
* **دکتر ندا اکبری متخصص زنان**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی:** |  |
| **شماره دانشجوئی:** |  |
| **تلفن تماس:** |  |
| **نام بیمارستان:** |  |
| **تاریخ شروع کارآموزی/کارورزی** |  |
| **تاریخ پایان کارآموزی/کارورزی** |  |

**دانشجوی گرامی:**

دفترچه حاضر تحت عنوان log book دوره کارورزی بخش زنان، به منظور ثبت کلیه ی فعالیت های آموزشی و بالینی شما در طول این دوره طراحی شده است، در پایان دوره،‌اطلاعات موجود در log book ،‌جهت تعیین نمرات، ارزشیابی عملی و حضور و غیاب مورد استفاده قرار می گیرد، لذا خواهشمند است در تکمیل آن دقت داشته، آنرا تا پایان دوره، هر روز به همراه داشته باشید و در پایان تحویل گروه آموزشی دهید.

**مقررات تکمیل Log book :**

1- تکمیل Log book، باید از ابتلای دوره کارآموزی، آغاز گردد.

2- تمام کارآموزان، باید روزانه Log book را به همراه داشته باشند.

3- کارآموزان ، موظفند در هر کشیک بیماران خود را با تشخیص و شماره پرونده در Log book ثبت کرده و در پایان روز بستری بیمار، براساس ثبت تاریخچه و سیر بیماری و management به امضای اتندینگ مربوطه برساند.

4- کارآموزان موظفند ، تمام فعالیت های عملی خود را در Log book ثبت کرده و به امضای اتندینگ برساند.

5- کارآموزان موظف به ثبت حضور در کنفرانس ها و درمانگاهها در Log bookمی باشند.

6-گروه آموزشی می تواند در هر زمان که تشخیص دهد، Log book را جهت بررسی در اختیار گیرد.

7- کارآموزان موظفند در پایان دوره، Log book خود را تحویل گروه آموزشی دهند.

8- گذراندن موفق بخش منوط به ارائه Log book می باشد و 10% کل نمره بخش نیز تشکیل می دهد.

**قوانین بخش زنان:**

1-همه کارآموزان موظفند ، ساعت 5/7صبح در بیمارستان حاضر و تا ساعت 2 بعد از ظهر در بخش حضور داشته باشند.

2- تمام بیماران باید کارآموز مشخص داشته باشند.

3- غیبت غیرموجه (بدون هماهنگی با پزشک مسئول بخش و استاد مربوطه)به هرشکل برابر با اخراج از بخش خواهد بود.

4- ورود دانشجویان با tag حاوی اسم و فامیل و روپوش به بخش زنلن الزامی است.

5- گرین شیت به وسیله استیودنت نوشته شده و توسط اینترن امضا می شود.(نوشتن گرین شیت به عهده استیودنت می باشد.)

6- کارورزان موظف به حضور در تمام جلسات آموزشی، کنفرانس ها، ژورنال کلاب و راندهای آموزشی میباشند.

7- کارورزان موظفند، علاوه بر شناخت دقیق بیمار خود، سایر بیماران را نیز بشناسند.

8–کارورزان موظف به حفظ رعایت و شوونات شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ساعات حضور در بیمارستان و رعایت ضوابط و قوانین شغلی واداری، می باشند.

9- کارورزان موظف به پوشیدن روپوش در بخش ها و درمانگاه های بخش می باشند.

10- کارورزان موظف به حضور در درمانگاه طبق برنامه تنظیمی می باشند.

11 –کارورزان باید از بیماران خود شرح حال کامل گرفته و نسبت به آنها شناخت کامل داشته باشند.

12 - کارورزان موظف به استفاده از گوشی پزشکی در بخش ها می باشند.

13 –کارورزان نبایستی از تلفن همراه، در بخش و بربالین بیمار و درمانگاه استفاده کنند.

14 –کارورزان باید از ساعت 5/7 صبح جهت ویزیت بیماران خود در بخش حضور داشته باشند.

15 - کارورزان موظف به حضور بر بالین بیمارانی که احیا می شوند و مشاهده احیا می باشند

16 –کارورزان موظف به شرکت منظم و فعال در کلیه جلسات آموزشی بخش شامل کلاس های تئوری و گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب ،کنفرانس های علمی و راندهای آموزشی می باشند.

17- کارورزان موظف به ارایه کنفرانس طبق برنامه تنظیم شده در بخش می باشند

- کارورزان موظف به مطالعه دقیق بیماران مربوطه از رفرانس های معرفی شده توسط اساتید بخش می باشند.

19 – استیودنت ها و اینترن های هر شب مسئول تهیه لیستی از بیماران مراجعه کننده و بستری شده در زایشگاه در 24 ساعت کشیک می باشند و در صبح روز بعد و در حضور استاد و سایر دانشجویان کلیه Case ها بحث و بررسی می شوند.(morning report)

20 - حداکثر تعداد کشیک، 10 شیفت تا ساعت 9 شب در هر ماه جهت کارآموزان و 10 کشیک 24 ساعته جهت کارورزان می باشد.

21 – اخذ شرح حال روی پرونده کلیه بیماران بستری شده در زایشگاه و بخش زنان (حتی بیماران NVD) الزامی می باشد.

22 – حضور اینترن در WORKING راند صبح اتندینگ الزامی است.

23 –کاورنمودن بخش های زنان ،زایشگاه ،POST-PARTUM تا ساعت 2 بعد از ظهر توسط اینترن های بخش انجام می گیرد و در صورت کم بودن تعداد اینترن ها با دفتر آموزش بالینی مستقر در بیمارستان هماهنگی صورت پذیرد

24- حضور کلیه اینترن ها و استیودنت های کشیک (بخصوص خانم ها) در سر زایمان الزامی ست.

25- در پایان بخش آزمون عملی از زایمان و GYN exam در زایشگاه و درمانگاه از استیودنت ها و اینترن ها گرفته خواهد شد.

**«موفق باشید»**

ترکیب بندی نمره پایان بخش بشرح زیر است:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان** | | **نمره کل** |
| **1** | **بعد عمومی و نگرشی** | | **4.5** |
| **2** | **نمره آزمون کتبی** | | **7.5** |
| **3** | **نمره عملی** | **عملی درونی** | **3** |
| **عملی پایان بخش** | **5** |
| **جمع کل** |  | | **20** |

**حیطه نگرشی و عمومی**

|  |  |
| --- | --- |
| **نمره** | **بعد عمومی و نگرشی** |
| **1.5** | **رعایت اخلاق و حفظ شئون پزشکی و رابطه با بیماران و پرسنل** |
| **0.5** | **حضور به موقع و تمام وقت در بخش و حفظ پوشش مناسب و داشتن اتیکت** |
| **0.5** | **پیگیری فعال بیمار و مشاوره** |
| **1** | **شرکت فعال در گزارش صبحگاهی و راند آموزشی و ویزیت بیماران** |
| **1** | **ارائه کنفرانس و تکالیف محوله** |
| **4.5** | **جمع کل** |

**حیطه دانش**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان** | **نمره کل** |
| **1** | **نمره آزمون کتبی** | **7.5** |

**حیطه عملکردی**

|  |  |
| --- | --- |
| **نمره** | **فرم نمره عملی** |
| **3** | **عملی درونی** |
| **2** | **گرفتن شرح حال و معاینه بالینی** |
| **1** | **DOPS** |
| **0.5 (مازاد)** | **ارزیابی همتا (برحسب بخش)** |
| **5** | **عملی پایان بخش** |
| **2** | **Log book** |
| **2** | **mini osce** |
| **1** | **Mini-cex** |
| **8.5** | **جمع کل** |

**ثبت موارد حضور در درمانگاه**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | تاریخ و ساعت حضور | مهر و امضای استاد |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |

**ثبت موارد حضور دراتاق عمل**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | تاریخ و ساعت حضور | مهر و امضای استاد |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

**ثبت مشاهده زایمان خود بخودی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | تاریخ و ساعت حضور | مهر و امضای استاد |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

**چك ليست ارزيابي آزمون كوتاه مدت عملكرد باليني (Mini-CEX)**

**نام ونام خانوادگي آزمون شونده: نام ونام خانوادگي آزمونگر: ........**

**دانشجوی ورودی: .................... مقطع تحصیلی : استیودنت اکسترن اینترن**

**محل آزمون:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| بخش بستري | درمانگاه | درمانگاه اورژانس |

* **تمركز بيشتر بر روي كدام يك از قسمتهاي مواجهه مورد نظر است؟**( يك يا بيشتر از يك مورد (

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| گرفتن تاريخچه بيمار | مهارتهاي معاينه باليني | قضاوت باليني |
| ارائه درمان مناسب | مهارتهاي ارتباطي | رعايت اصول حرفه اي |
| توانايي در سازماندهي مواجهه |  |  |

**بيماري مورد ارزيابي :**

**...............................................................................................................................................**

**چك ليست ارزيابي آزمون كوتاه مدت عملكرد باليني (Mini-CEX)**

**لطفاً باتوجه به سال تحصيلي فراگير قسمت هاي زير را ارزيابي نمائيد:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف |  | غيرقابل قبول | پايينتر از حد انتظار | | | حد مرزي | | | درحد انتظار | | | بالاتر از حد انتظار | بدون نظر |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| 1 | **گرفتن تاريخچه بيمار** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 2 | **مهارت هاي معاينه باليني** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 3 | **قضاوت باليني(ارائه تشخيص و تشخيص هاي افتراقي)** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 4 | **ارائه درمان مناسب** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 5 | **مهارتهاي ارتباطي (ارائه توضيحات لازم به بيمار)** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 6 | **توانايي در مدیریت زمان** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 7 | **رفتارهاي حرفه اي و توجه به بيمار**  **(حرفه ای گری)** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 8 | **توانایی درمستندسازی اطلاعات** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 9 | **تعامل سازنده با تیم درمان** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |
| 10 | **Overall**  **clinical care** |  |  | | |  | | |  | | |  |  |

نمره كل از 100

**چك ليست ارزيابي آزمون كوتاه مدت عملكرد باليني (Mini-CEX)**

**رضايت دانشجو از آزمون (Mini-CEX):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کاملا ناراضی | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | کاملا راضی |

**رضايت آزمونگر از آزمون (Mini-CEX):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کاملا ناراضی | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | کاملا راضی |

**درجه سختي بيماري مورد ارزيابي ( باتوجه به سنوات تحصيلي دانشجو ):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كم | متوسط | زياد |

**لطفا، نقاط قوت و ضعف دستيار و يا هرگونه پيشنهاد براي بهبود عملكرد وي را دراين محل ثبت نمائيد.**

* **تاریخ ارزیابی / /**
* **مدت زمانی که صرف مشاهده شد: .................... دقیقه**
* **مدت زمانی که صرف ارائه باز خورد شد: .....................دقیقه**

**محل مهر و امضای آزمونگر:**

**محل مهر و امضای آزمون شونده**:

**فرم ارزیابی مهارت علمی دانشجویان پزشکی از طریق مشاهده مستقیم(DOPS)**

**نام ونام خانوادگي آزمون شونده: ................ نام ونام خانوادگي آزمونگر: ........**

**دانشجوی ورودی : .................... مقطع : اکسترنی اینترنی استیودنت**

محل آزمون:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش اورژانس** | اتاق عمل | **درمانگاه** | **سرپایی** | **بخش بستری** | بخش ویژه |

پروسیجر مورد ارزیابی:............................................................................................

آزمونگر پیش از این چند بار از روش DOPS برای ارزیابی دانشجویان استفاده کرده است؟

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5-9 | ≥9 |

آزمون شونده تا کنون چند بار این پروسجور را انجام داده است؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1-4 | 5-9 | ≥10 |

درجه سختی پروسجور (با توجه به سنوات تحصیلی دانشجو):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| كم | متوسط | زياد |

**فرم ارزیابی مهارت علمی دانشجو از طریق مشاهده مستقیم(DOPS)**

**تمركز بيشتر بر روي كداميك از قسمتهاي مهارت علمي مورد نظر است؟ ( يك يا بيشتراز يك)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| اطلاع از انديكاسيونها، آناتومي و تكنيك |  | Pre procedure preparation |  |
| رعايت اصول حرفه اي |  | رعايت شرايط استريل |  |
| technical ability |  | مهارت کلی در انجام پروسیجر |  |
| Post procedure management |  | درخواست كمك در صورت نياز |  |

**لطفا نقاط قوت و نقاط ضعف دانشجو و یا هرگونه پیشنهاد برای بهبود عملکرد وی را در این محل ثبت کنید.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | پائین تر از حد انتظار | حد مرزی | درحد انتظار | بالاتر از حد انتظار | بدون نظر |
| 1-اطلاع از اندیکاسیونها، آناتومی و تکنیک پروسیجر |  |  |  |  |  |
| 2- اخذ رضایت بیمار |  |  |  |  |  |
| 3- مرحله آمادگی قبل از انجام پروسجور |  |  |  |  |  |
| 4- بی دردی و آرامبخشی مناسب |  |  |  |  |  |
| 5- رعایت شرایط استریل |  |  |  |  |  |
| 6- توانایی تکنیکی |  |  |  |  |  |
| 7- درخواست کمک در صورت نیاز |  |  |  |  |  |
| 8- اقدامات بعد از انجام پروسیجر |  |  |  |  |  |
| 9- مهارتهای ارتباطی |  |  |  |  |  |
| 10- رفتار حرفه ای و توجه به بیمار |  |  |  |  |  |
| 11- مهارت کلی در انجام پروسیجر |  |  |  |  |  |

**فرم ارزیابی مهارت علمی دانشجو از طریق مشاهده مستقیم(DOPS)**

**رضایت دانشجو از آزمون DOPS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کاملا ناراضی | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | کاملا راضی |

**رضایت آزمونگر از آزمون DOPS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کاملا ناراضی | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | کاملا راضی |

آیا آزمونگر قبلا در مورد استفاده از این ابزار ارزیابی آموزش دیده است؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| خیر | بلی بصورت آموزش چهره به چهره | بلی بصورت مطالعه دستورالعمل | بلی (سایر موارد) |

تاریخ ارزیابی / /

مدت زمانی که صرف مشاهده شد: .................... دقیقه

مدت زمانی که صرف ارائه باز خورد شد: .....................دقیقه

محل مهر و امضای آزمونگر:

محل مهر و امضای آزمون شونده:

تایید کنندگان :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | اسامی تاییدکنندگان | سمت | امضا |
|  |  | هیات علمی گروه |  |
|  |  | مدرس درس |  |
|  |  | معاون آموزشی، پژوهشی بیمارستان |  |
|  |  | استاد راهنما |  |
|  |  | مدیر گروه |  |
|  |  | مدیر آموزش تحصیلات تکمیلی دانشکده |  |

مدیر گروه محترم:به نظر شما عملکرد دانشجو به طور کلی به چه صورت است؟

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| عالی | قابل قبول | مرزی | ضعیف | خیلی ضعیف |
|  |  |  |  |  |

ارائه بازخورد به دانشجو درخصوص عملکرد کلی توسط مدیر گروه :

در تاریخ ...................... بازخوردهای لازم درخصوص عملکرد سرکارخانم/جناب آقای ...................... توسط جناب آقای/سرکارخانم دکتر .................... ارائه گردید.

امضای دانشجوی امضای مدیرگروه

تاریخ ارائه بازخورد تاریخ ارائه بازخورد