

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

**مرکز آموزشی-درمانی ....**

برنامه آموزشی و **LOG BOOK**

دوره کارآموزی و کارورزی بخش روانپزشکی

تدوین:

دکتر مینا سفید فرد-مدیرگروه بخش روانپزشکی

 دکترمینا سفید فرد -مسئول آموزش گروه روانپزشکی

با همکاری

گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم

دفتر توسعه آموزش پزشکی

**طراحی و بازبینی : خردادماه 1402**

**اعضاء گروه :**

* **دکتر مینا سفید فرد مدیر گروه، متخصص روانپزشکی**
* **دکترسیداحمدمویدمرتضوی متخصص روانپزشکی**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 کارآموزی بخش روانپزشکی، 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، آن را تا پایان دوره هر روز به همراه داشته باشید و در پایان تحویل گروه آموزش دهید.

مقررات تکمیل log book

با امید به اینکه در این دوره یک ماهه در فراگیری ضروریات بیماری های پوست توفیق حاصل کنید نکاتی را در مورد نحوه آموزش و ارزشیابی در این بخش خدمتتان متذکر می شویم و امیدواریم که با بذل توجه به مطالب ذیل ما را در حفظ نظم یاری فرمایید.

قبل از شروع بخش لطفا جزئیات اهداف آموزش و برنامه را که در بورد مخصوص دانشجویان نصب شده به دقت بخوانید.

پوشیدن روپوش و استفاده از اتیکت در محیط درمانگاه و بیمارستان الزامی است لذا خواهشمند است قبل از شروع کنفرانس تا پایان ساعات آموزشی، با روپوش سفید در درمانگاه یا بخش حاضر شوید.

ترک درمانگاه در ساعات آموزشی بدون اطلاع و موافقت استاد به هیچ عنوان مجاز نبوده و غیبت محسوب می شود.

برای کسب نمره ارزشیابی(10نمره) دانشجویان ملزم به رعایت کامل اصول اخلاقی و سایر موارد فوق الذکر، مطالعه جدی و شرکت فعال در برنامه های آموزشی می باشند. در صورت تاخیر یا عدم حضور در برنامه های آموزشی بخش به ترتیب ذیل از نمره ارزشیابی کسر خواهد شد:

غیبت از کنفرانس برای بار اول1 نمره، برای بار دوم 2نمره وبرای سه بار یا بیشتر تکرار دوره.

غیبت غیر موجه از درمانگاه به ازای هر روز 2نمره.

غیبت موجه یا غیر موجه بیشتر از2 روز تکرار دوره.

تاخیر در حضور در برنامه های آموزشی 5/ نمره.

عدم تحویل logbook؛ تمدید دوره (Logbook10% کل نمره بخش نیز تشکیل می دهد).

نمره کل هر دانشجو مجموعی از آزمون کتبی( 10نمره)، فرم نمره عملی (10 نمره) می باشد.

**«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** |

فهرست مهارت های عملی که توسط دانشجو انجام شده است

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تاریخ | تعداد | تشخیص و درمان | ملاحظات مهر و امضا استاد |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

فهرست بیماران سرپایی که توسط دانشجو در درمانگاه معاینه و مشاهده شده است

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نوع مهارت | مشاهده کرده ام | تحت نظر استاد انجام داده ام | مستقلا انجام داده ام | ملاحظه مهر و امضا استاد |
| انجام معاینات فیزیکی |  |  |  |  |
| اخذ شرح حال و ارزیابی وضعیت روانی با بیمار |  |  |  |  |
| مصاحبه با خانواده در صورت امکان |  |  |  |  |
| پیگیری مصاحبه با خانواده بیمار |  |  |  |  |
| پیگیری سوابق و پرونده های قبلی بیماران |  |  |  |  |
| دارو دادن و آموزشهای مربوطه |  |  |  |  |
| کنترل بیماران از نظر عوارض دارویی |  |  |  |  |
| ارائه آموزش های لازم به بیمار و خانواده بیمار |  |  |  |  |
| طراحی فعالیت های هدفمند در صورت امکان |  |  |  |  |

لیست کنفرانس های ارائه شده توسط دانشجویان در بخش یا درمانگاه

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ | عنوان کنفرانس | خودم ارائه کرده ام | درکنفرانس شرکت کردم | مهر و امضااستاد |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**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