

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

**مرکز آموزشی-درمانی استاد مطهری**

برنامه آموزشی و **LOG BOOK**

دوره کارآموزی و کارورزی بخش پوست

تدوین:

دکتر محمد درایش-مدیرگروه پوست

دکتر محمد درایش -مسئول آموزش گروه پوست

با همکاری

گروه پوست دانشگاه علوم پزشکی جهرم

دفتر توسعه آموزش پزشکی

**طراحی و بازبینی : خردادماه 1402**

**اعضاء گروه :**

* **دکتر محمد درایش مدیر گروه، متخصص پوست ومو**
* **دکتر فرزانه اکبری متخصص پوست ومو**
* **دکتر فاطمه رحمانیان متخصص پوست ومو**

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

**دانشجوی گرامی:**

دانشجوی گرامی دفترچه حاضر تحت عنوان (Logbook) LBدوره کارآموزی پوست به منظور ثبت کلیه فعالیت های آموزشی-بالینی شما در طول دوره طراحی شده است. در پایان دوره اطلاعات موجود در LB جهت تعیین نمرات بخش های ارزشیابی عملی و حضور و غیاب مورد استفاده قرار می گیرد. لذا خواهشمند است در تکمیل آن حداکثر دقت خود را مبذول فرمائید.

**دانشجویان گرامی:**

ضمن خوش آمد گویی ورود شما به بخش پوست در طرح حاضر برای ثبت خلاصه بیماری ها فعالیت ها و کنفرانس هایی است که در بخش پوست با آن برخورد داشته و انجام داده اید.

در قسمت درمان و مراقبت از بیمار در بخش اگر نقش داشته اید آن را تکمیل کرده و از استاد یا دستیار مربوطه بخواهید آن قسمت را مرور و امضا کند.

قسمت بیماران ۲۰ شده در درمانگاه یا ران شده در بخش تشخیص های داده شده و تصمیم درمانی که برای آنها ذکر شده قید کنید تا توسط استاد را در اختیار مربوطه امضا یا مهرشود.

در پایان دوره دفترچه تکمیل شده را به همراه پیشنهادات احتمالی به دفتر بخش پوست تحویل داده تا در ارزیابی نهایی شما منظور گردد. در حفظ و نگهداری این دفترچه سعی و کوشش لازم را به عمل آورید و یک کپی از آن را قبل از تحویل نزد خود نگاه دارید.

**نکات قابل توجه کارآموزان و کارورزان محترم پوست:**

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

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

دانشجویان در چند گروه تقسیم شده و برنامه‌های آموزشی درمانگاه‌ها بر حسب این گروه ها تنظیم شده است جابجایی دانشجویان در بین گروه ها مجاز نمی باشد.

پوشیدن روپوش 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 یا دستیار مسئول هر گروه به هیچ عنوان مجاز نبوده و غیبت محسوب می شود.

حضور کلیه اینترن ها از جمله اینترنت های کشیک در کنفرانس های آموزشی الزامی است اینترنهای مسئول بیماران بستری در بخش باید هر روز قبل از شروع کنفرانس بیماران خود را معاینه کرده و پس از کسب اطمینان از انجام شدن تمام اقدامات تشخیصی و درمانی درخواست شده نحوه پیشرفت بیماری را در پرونده بیمار ثبت نمایند Progress Note

اینترن های کشیک باید قبل از شروع کنفرانس بخش را از اینترن های کشیک روز قبل تحویل بگیرد و پس از پایان کنفرانس مجدداً در بخش حضور یابند و بدیهی است که اینترن های کشیک از حضور در درمانگاه معاف می باشند اما پس از اتمام Working Round با استاد و دستیار بخش و انجام وظایف محوله در بخش در صورت موافقت دستیار بخش می‌توانند در درمانگاه حضور یابند ساعت کشیک از ساعت ۸ صبح تا ۸ صبح روز بعد خواهد بود و اینترنت‌های کشیک در روزهای تعطیل باید راس ساعت ۸ صبح بخش را از این طرح ها کشیک روز قبل تحویل بگیرند روزهای شنبه Round آموزشی توسط استاد بخش برگزار می‌شود.

روزهای سه شنبه ساعت ۹-۸ Working Round توسط دستیار بخش برگزار می شود پس از Round برطبق برنامه تعیین شده کنفرانس آموزشی برگزار می شود. روزهای پنج شنبه Round آموزشی توسط دستیار بخش برگزار می گردد.

Log book در روز اول توسط دستیار ارشد توزیع می گردد و لازم است در نگهداری و تکمیل آن بسیار سعی و تلاش گردد و قبل از تحویل در پایان دوره یک کپی آن توسط دانشجو تهیه و نزد وی نگهداری گردد.

منابع آزمون کتبی درسنامه جامع کنفرانس های آموزشی و راندها خواهد بود. نمره کل هر اینترن مجموعی است از نمره ارزشیابی (۱۰ نمره) و نمره کتبی (۱۰ نمره) که بصورت ذیل محاسبه و اجرا می گردد.

الف) نیمی از نمره ارزشیابی مربوط به ارزشیابی بخش و نیمی دیگر مربوط به درمانگاه است. ب) ۳/۲ نمره کتبی مربوط به سئوالات تستی و ۳/۱ آن مربوط به امتحان اسلاید است.

ج) برای کسب نمره ارزشیابی (۱۰ نمره) دانشجویان ملزم به رعایت کامل اصول اخلاقی و سایر موارد فوق الذکر مطالعه جدی و شرکت فعال در برنامه های آموزشی بخش می باشند. در صورت تاخیر یا عدم حضور در برنامه های آموزشی بخش به ترتیب ذیل از نمره ارزشیابی کسر خواهد شد. غیبت از یک کشیک ۳ نمره / تکرار غیبت از کشیک / تکرار دوره

غیبت از کشیک کنفرانس برای بار اول ۱ نمره، برای بار دوم ۲ نمره و برای سه بار یا بیشتر تکرار دوره

غیبت غیرموجه از درمانگاه یا راند به ازای هر روز ۳ نمره

غیبت موجه یا غیر موجه بیشتر از سه روز تکرار دوره

تاخیر در حضور در برنامه های آموزشی ۵ /. نمره

عدم تحویل Log book باعث عدم ارسال نمره نهایی به دانشکده خواهد بود.

تذکر مهم: نمرات نهایی تا روز هفتم ماه بعد در board مخصوص دانشجویان نصب می گردد و بعد از آن پس از ارسال به دانشکده هیچگونه اعتراض موجه یا غیرموجه پذیرفته و قابل پیگیری نخواهد بود.

**«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** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **عنوان\*\*** | **خودم ارائه کرده ام** | **در کنفرانس شرکت کرده ام** | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو: | | | | |

\*\* توسط دانشجو در درمانگاه معاینه و مشاهده شده است.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تعداد** | | **تشخیص و درمان** | | **مهر و امضاء استاد و دستیار** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:**  **دستیار بخش:**  **فهرست بیماران سرپایی که توسط دانشجو در درمانگاه معاینه و مشاهده شده است:** | | | | | |
| **تاریخ** | **تعداد** | | **تشخیص و درمان** | | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
| مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:  مهر و امضاء دستیار بخش: | | | | | |

**فهرست بیماران سرپایی که توسط دانشجو مراقبت یا مشاهده شده است:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره پرونده** | **تشخیص** | **مراقبت** | **مشاهده** | **Presentation** | |
| **دستیار** | **استاد** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو:

دستیار بخش:

**فهرست بیماران سرپایی که توسط دانشجو مراقبت یا مشاهده شده است:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره پرونده** | **تشخیص** | **مراقبت** | **مشاهده** | **Presentation** | |
| **دستیار** | **استاد** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو:

دستیار بخش:

برنامه بخش پوست

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ایام هفته** | **زمان** | **عنوان برنامه** |
| شنبه | 8-12  12-13 | راند آموزشی با حضور استاد بخش راند Working و پیگیری کار بیماران |
| یکشنبه | 9:30-8  9:30-12 | کلاس آموزش تئوری (ارائه توسط استاد) درمانگاه ویزیت بیمار با حضور استاد |
| دوشنبه | 9:30-8  9:30-12 | کلاس آموزش تئوری (ارائه توسط استاد) درمانگاه ویزیت بیمار با حضور استاد |
| سه شنبه | 9:30-8  9:30-12 | راند Working یک یا دو کلاس آموزش تئوری (ارائه توسط استاد یا اساتید) |
| چهارشنبه | 9:30-8  9:30-12 | کلاس آموزش تئوری (ارائه توسط استاد) درمانگاه ویزیت بیمار با حضور استاد |

\* کشیک کارآموزان گروه پوست از ساعت ۸ صبح تا ۸ صبح روز بعد خواهد بود.

\* برنامه اول طبق نیاز بخش و زیرنظر دستیار یا استاد بخش با هماهنگی دستیار ارشد قابل تغییر خواهد بود.

**فهرست مهارتهای عملی که توسط دانشجو انجام شده است:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع مهارت** | **مشاهده کرده ام** | **تحت نظر دستیار انجام داده ام** | **مستقلاً انجام داده ام** | **مهر و امضاء استاد یا دستیار** |
| گرفتن اسمیر یا کشت باکتری |  |  |  |  |
| گرفتن اسمیر قارچ |  |  |  |  |
| گرفتن اسمیر سالک |  |  |  |  |
| دیاسکوپی |  |  |  |  |
| تست نیکولسکی |  |  |  |  |
| تست patch |  |  |  |  |
| لامپ زرد |  |  |  |  |

**فهرست بیماران سرپایی که توسط دانشجو مراقبت یا مشاهده شده است:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **شماره پرونده** | **تشخیص** | **مراقبت** | **مشاهده** | **Presentation** | |
| **دستیار** | **استاد** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو:

مهر وامضاء دستیار بخش:

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **تعداد** | **تشخیص و درمان** | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:  مهر و امضاء دستیار بخش: | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **تعداد** | **تشخیص و درمان** | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:  مهر و امضاء دستیار بخش: | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **تعداد** | **تشخیص و درمان** | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:  مهر و امضاء دستیار بخش: | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **تعداد** | **تشخیص و درمان** | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:  مهر و امضاء دستیار بخش: | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **تعداد** | **تشخیص و درمان** | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:  مهر و امضاء دستیار بخش: | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **تعداد** | **تشخیص و درمان** | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:  مهر و امضاء دستیار بخش: | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاریخ** | **تعداد** | **تشخیص و درمان** | **مهر و امضاء استاد و دستیار** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| مهر و امضاء استاد بخش: نام و نام خانوادگی و امضا دانشجو:  مهر و امضاء دستیار بخش: | | | |

**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