

فرم ارزیابی صلاحیت بالینی دستیاران فلوشیپ

مشخصات دستیار

نام و نام خانوادگی: ورودی:

رشته تحصیلی: روتیشن بخش:

مدت حضور در بخش از تاریخ: تا

استاد گرامی

باتوجه به اینکه آزمونهای کتبی به تنهایی قادر به ارزیابی تمامی اجزای صلاحیت بالینیدستیاران نیستند آگاهی از دیدگاه اعضای هیات علمی که به طور مستمر و مستقیم با دستیاراندر تماس میباشند در انجام این امر از اهمیت ویژه ای برخوردار است براساس مصوبه شورای آموزش پزشکی وتخصصی کشور 50% از نمرات سالیانه ارتقای دستیاران بهارزیابی درون دانشگاهی اختصاص یافته است خواهشمند است به منظور نیل به این هدفمهم نظرخود را در مورد صلاحیت بالینی دستیار تحت آموزش خود به طور دقیق وصریح در چهار چوب فرمی که در اختیار شما قرار گرفته است بیان نموده وبه صورت محرمانه به گروه آموزشی ارسال نمایید.

برای امتیاز دادن در هر قسمت ابتدا براساس معیار کیفی (نا مطلوب ، متوسط، مطلوب) به تحلیل وضعیت دستیار پرداخته وآنگاه براساس معیار کمی ارائه شده نمره موردنظر خود را تعیین نمایید.

مشخصات هیئت علمی تکمیل کننده فرم و مرکز آموزشی

نام نام خانوادگی:

سمت آموزشی:

تاریخ:

امضاء:

بیمارستان:

بخش آموزشی:

این بخش پس از تکمیل توسط استاد ارزیابی کننده باید توسط گروه آموزشی کنترل شود.

الف) مهارتهای بالینی (نمره از 36)

.....

ب) قضاوت بالینی (نمره از 27)

.....

پ) خصوصیات فردی (نمره از 54 یا 27)

.....

ت) صلاحیت بالینی در کل (نمره از

10).....

نمره نهایی از 100 :

.....

.....

