



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بابل

## Log Book

### ویژه کارورزان بخش داخلی



تهیه کنندگان:

دکتر سید غلامعلی جورسرای (رئیس دانشکده پزشکی)، دکتر رقیه اکبری (معاون آموزشی بالینی و دستیاری دانشکده پزشکی)، دکتر مریم قائمی امیری (مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه)، دکتر فرزین صادقی (مدیر دفتر توسعه آموزش پزشکی دانشکده)، سمیه اولادی (کارشناس ارزشیابی و امتحانات دانشگاه)، دکتر محمد علی بیانی (مدیر گروه آموزشی داخلی)، دکتر سید حسن عابدی (معاون آموزشی بالینی مرکز آیت الله روحانی)، دکتر محسن وکیلی (مسئول دوره کارورزی گروه داخلی)، دکتر پیام سعادت (مدیر دفتر توسعه آموزش بالینی مرکز آیت الله روحانی)، یگانه تقی زاده (کارشناس آموزش گروه بخش داخلی)، سیده صدیقه سلیمانیان (مسئول آموزش مرکز آیت الله روحانی)



محل الصاق عکس

### مشخصات کارورز

نام و نام خانوادگی: شماره دانشجویی:  
تاریخ شروع دوره: تاریخ اتمام دوره:

### اساتید بخش داخلی

دکتر محمد علی بیانی (فوق تخصص غدد بالغین)، دکتر زلیخا معززی (فوق تخصص غدد بالغین)، دکتر ندا مفتاح (فوق تخصص غدد بالغین)، دکتر فرشید اولیایی (فوق تخصص نفرولوژی)، دکتر رقیه اکبری (فوق تخصص نفرولوژی)، دکتر معصومه اصغرپور (فوق تخصص نفرولوژی)، دکتر کاترین بهزاد (فوق تخصص گوارش)، دکتر جواد شکری شیروانی (فوق تخصص گوارش)، دکتر سید حسن عابدی ولوکلائی (فوق تخصص گوارش)، دکتر سید محمد تقی حمیدیان (فوق تخصص گوارش)، دکتر مهرداد کاشی فرد (فوق تخصص گوارش)، دکتر سامان الهوئی (فوق تخصص گوارش)، دکتر منصور بابایی (فوق تخصص روماتولوژی)، دکتر بهناز یوسف قهاری (فوق تخصص روماتولوژی)، دکتر محسن وکیلی صادقی (فوق تخصص خون و سرطان)، دکتر صادق صداقت (فوق تخصص خون و سرطان)، دکتر مجید نبی پور (فوق تخصص خون و سرطان)، دکتر حمیدرضا نوروزی (متخصص داخلی)، دکتر محمود منادی (فوق تخصص ریه)، دکتر علی اصغر منوچهری (متخصص پزشکی قانونی)

شناسنامه درس / عنوان دوره: کارورزی داخلی تعداد واحد: ۱۲ واحد نام مسئول دوره: دکتر محسن وکیلی

گروه هدف: کارورزان داخلی

مکان برگزاری: گروه آموزشی داخلی (گوارش، خون، روماتولوژی، ریه، غدد، نفرولوژی، اورژانس) در مراکز آموزشی و درمانی آیت الله روحانی و شهید دکتر بهشتی . آدرس الکترونیکی گروه: [Internalmedbabol@gmail.com](mailto:Internalmedbabol@gmail.com)



فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴	مقدمه
۵	اهداف
۵	روش کار و مقررات تکمیل لاگ بوک
۶	برنامه و مقررات کلی بخش داخلی
۱۰	توانمندی های مورد انتظار
۱۱	جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش داخلی (فرم شماره ۱)
۲۰	جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی (فرم شماره ۲)
۲۵	جدول ارزشیابی مهارت های بالینی مشاهده ای در بخش داخلی (فرم شماره ۳)
۲۶	جدول ارزشیابی پرونده نویسی بیماران در بخش داخلی (فرم شماره ۴)
۲۹	جدول ثبت و ارزشیابی اطلاعات مربوط به گزارش صبحگاهی (فرم شماره ۵)
۳۰	جدول ارزشیابی فعالیت کارورز در اورژانس و کشیک ها (فرم شماره ۶)
۳۰	جدول ارزشیابی معرفی بیمار در راند بخش (فرم شماره ۷)
۳۱	جدول ثبت فعالیت در درمانگاه داخلی (فرم شماره ۸)
۳۶	جدول ارزشیابی فعالیت در درمانگاه داخلی (فرم شماره ۹)
۳۷	جدول ثبت اطلاعات در کشیک شبانه (فرم شماره ۱۰)
۴۳	جدول ثبت اطلاعات مربوط به پیگیری (follow up) بیمار (فرم شماره ۱۱)
۴۴	جدول ارزشیابی ارائه کنفرانس در بخش (فرم شماره ۱۲)
۴۵	جدول ارزشیابی کارورز توسط دستیار در بخش داخلی (فرم شماره ۱۳)
۴۶	جدول ارزشیابی مهارت های ارتباطی (فرم شماره ۱۴)
۴۷	پرسشنامه ارزشیابی رفتار حرفه ای کارورزان در گروه آموزشی داخلی
۴۸	فرم ارزیابی آزمون کوتاه مدت عملکرد بالینی (Mini-CEX)
۴۹	فرم ارزیابی مهارت علمی فراگیر از طریق مشاهده مستقیم (DOPS)
۵۰	ارزشیابی نهایی کارورزان داخلی



#### مقدمه:

دفترچه ای را که پیش رو دارید جهت ثبت فعالیت های مستمر شما در طول دوره سه ماهه کارورزی داخلی است. در طول این دوره، در زمینه های مختلف آموزشی و مهارت های بالینی تجربیات گوناگون را کسب خواهید نمود و مهارت های جدیدی را بصورت مستقل و یا تحت نظارت اساتید، آموزش می یابید. دفترچه یادداشت های روزانه (Log Book) که در اختیار شما قرار می گیرد، در واقع ابزاری است برای تجارب بالینی که نقشی اساسی در آموزش شما دارد. تجزیه و تحلیل این اطلاعات توسط اساتید، راهنمای ارزنده ای برای پی بردن به کاستی ها آموزشی و رفع نواقص آن از طرف شما خواهد بود. خوشبختانه گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی بابل، با توجه به داشتن اعضای هیات علمی مجرب، متخصص و فوق تخصص، همواره ترکیب و تنوع مناسبی از بیماران را برای آموزش دانشجویان در اختیار دارد. امید است تا در پایان دوره به سطح بالاتری از توانمندی و شایستگی بالینی دست یابید.



## اهداف کتابچه:

این کتابچه با اهداف ذیل تهیه شده است:

- ثبت دقیق و منظم کلیه تجارب بالینی، آموزشی و عملی در بخش داخلی
- کمک به ارزیابی میزان اثر بخشی آموزش‌های بالینی توسط اعضای هیات علمی گروه داخلی.
- پی بردن به نقاط قوت و ضعف آموزش دانشجویان
- دسترسی به اطلاعات مورد نیاز به منظور بررسی کلیه تجاربی که دانشجویان در طی دوره سه ماهه کارورزی بخش داخلی بدست می‌آوردند.

## روش کار و مقررات مربوط به تکمیل Log Book:

- تکمیل Log Book باید از ابتدای دوره کارورزی آغاز گردد. برای کاهش موارد خطا در ثبت اطلاعات توصیه می‌شود که دفترچه لاگ بوک (گزارش روزانه) را همواره به همراه داشته باشید.
- کارورز باید اقدامات عملی و فعالیت‌های آموزشی خود را بر اساس لاگ بوک روزانه ثبت و به امضاء استاد مربوطه در جداول مندرج در Log Book برساند.
- کارورز موظف است فعالیت خود را در راند آموزشی بخش در همان روز ثبت و به امضای استاد برگزار کننده راند برساند.
- گروه آموزشی می‌تواند در هر زمان که تشخیص دهد Log Book را جهت بررسی در اختیار خود گیرد.
- کارورز موظف است Log Book خود را در پایان دوره به مسئول آموزش مرکز تحویل دهد.
- نگهداری این دفترچه تا پایان بخش مربوطه الزامی است و باید برای محاسبه نمره نهایی به بخش ارائه شود.
- چنانچه کارورز دفترچه خود را ارائه ندهد، امتیاز مربوطه را کسب نخواهد کرد و حق اعتراض از وی سلب خواهد شد.



## برنامه و مقررات کلی بخش داخلی

هر کارورز باید :

- ساعت ۷:۳۰ دقیقه صبح الی ۲ بعدازظهر در بخش مربوطه حضور فیزیکی داشته( به جز در روزهای کشیک که در ان موارد با نظر اساتید مربوطه میتوانند ساعت ۱۳ جهت حضور در کشیک بخش را ترک نمایند ) و در تمام کلاسهای گزارش صبحگاهی، گراند راند، کلاسهای دیگر آموزشی طبق برنامه آموزشی بیمارستان شرکت نماید.
- کارورز در تمام این ساعات (ویزیتها، درمانگاهها و ..... ) زیر نظر استاد و رزیدنت مربوطه عمل نماید.
- کارورز موظف است در اولین ساعات هر روز کاری، بیماران را ویزیت کرده و درصورت نیاز به بستری شدن بیمار، در روز اول شرح حال کامل آن را بنویسد و در روزهای آتی، سیر و پیشرفت بیماری را ثبت نماید.
- ساعات کشیک کارورز در روزهای غیر تعطیل از ساعت ۱۳ الی ۷ صبح روز بعد و در روزهای تعطیل از ساعت ۷ صبح الی ۷ صبح روز آینده می باشد.
- کارورز موظف است در تمام ساعات کشیک در بیمارستان حضور داشته و کلیه فعالیت های ایشان با نظارت رزیدنت ارشد کشیک صورت پذیرد.
- به هنگام کشیک شبانه، رزیدنت ارشد به عنوان مسئول بخش تلقی شده و اجرای دستوراتش الزامی است.
- در صورت ترک کشیک توسط کارورز بر اساس مقررات گروه داخلی، کشیک های اضافی به وی تعلق می گیرد و در صورت تکرار، برای کارورز تجدید دوره اعمال خواهد شد.
- کارورز باید بر اساس برنامه گروه مربوطه و آموزش مرکز، در درمانگاه حضور یابد.
- کارورز موظف است در بخش اورژانس از بیماران شرح حال گرفته و درصورت داشتن شرح حال، سیر بیماری را ذکر نماید. همچنین پیگیری جواب آزمایشها، مشاوره ها، نتایج درمان بیماران با هماهنگی رزیدنت مربوطه صورت پذیرد.
- حضور کارورز به همراه بیمار در صورت انتقال وی به بخش دیگر جهت انجام مشاوره یا اقدامات پاراکلینیکی الزامی است.
- کارورز باید پس از ترخیص بیمار، پرونده بیمار را تکمیل و بیمار را از طرز مصرف داروی مورد نیاز و زمان ویزیت بعدی و مسائل دیگر، آگاه نماید .



- کارورزان باید قبل از شروع بخش بعدی، برای بیماران بخش قبلی off service note و برای بیماران بخشی که قرار است از فردا وارد آن شوند on service note بنویسند .
- نوشتن progress note روزانه، برای بیمارانی که در بخش بستری هستند، به صورت کلاسیک<sup>1</sup> SOAP در ادامه برگه شرح حال دانشجویی الزامی است .
- کارورزان درمانگاه باید قبل از استاد در درمانگاه حضور یافته و اقدام به ویزیت و اخذ شرح حال و تشکیل پرونده جهت بیماران مراجعه کننده نمایند.
- حضور و غیاب کارورزان توسط اساتید، مسئول آموزش، دفاتر حضور و غیاب بخش و دستیاران انجام شده و غیبت در برنامه های آموزشی، باعث کسر نمره نهایی در پایان ترم شده و به منزله غیبت برای تمام ساعات آن روز تلقی می گردد.
- تغییر برنامه کشیک با اعلام کتبی به آموزش تا ۲۴ ساعت قبل از شروع کشیک و با تایید دستیار مسئول اینترنتی امکان پذیر است.
- انضباط، سلوک و رفتار مناسب با شان و منزلت پزشک از اهم قوانین بخش است.
- در محاسبه نمره پایان بخش موارد ذیل در نظر گرفته می شود.

---

<sup>1</sup> subjective, objective, assessment, plan



۱- **نمره Log Book شامل:** (۴ نمره)

- انجام مهارت های بالینی
- پرونده نویسی (گزارش روزانه، خلاصه پرونده نویسی، ثبت به موقع علائم حیاتی)
- ارائه گزارش صبحگاهی (حداقل یکبار در ماه برای هر کارورز با نظر مدیر گروه و استاد مربوطه)
- فعالیت کارورز در اورژانس
- راند بخشی
- فعالیت درمانگاهی
- ارائه کنفرانس
- ارزیابی کارورز توسط دستیار
- مهارت ارتباطی
- رفتار حرفه ای کارورزان

۲- آزمون شفاهی در انتهای دوره (۴نمره)

۳- نمره چک لیست Mini-CEX (۱نمره)

۴- نمره چک لیست DOPS (۱نمره)

۵- چک لیست ارزیابی اخلاق حرفه ای (۲نمره)

۶- نمره آزمون OSCE پایان دوره (۸نمره)

**منابع اصلی درس:**

- 1- Harrison's Principle Of Internal Medicine
- 2- Cecil Essentials of Medicine



## برنامه کلی کارورزان در روتیشن داخلی

ایام هفته / ساعت	۷-۸	۸-۹	۹-۱۰	۱۰-۱۱	۱۱-۱۲	۱۲-۱۴
شنبه	ویزیت بیماران و ثبت در پرونده	گزارش صبحگاهی	*ویزیت بیماران با دستیار *پیگیری بیماران	*راند با اساتید *شروع درمانگاه *کنفرانس درون بخشی	راند با اساتید شروع درمانگاه کنفرانس درون بخشی	*پیگیری انجام اقدامات درخواست شده پزشک برای بیماران *نوشتن خلاصه پرونده
یکشنبه	ویزیت بیماران و ثبت در پرونده	گزارش صبحگاهی	*ویزیت بیماران با دستیار *پیگیری بیماران	*راند با اساتید *شروع درمانگاه *کنفرانس درون بخشی	راند با اساتید شروع درمانگاه کنفرانس درون بخشی	*پیگیری انجام اقدامات درخواست شده پزشک برای بیماران *نوشتن خلاصه پرونده
دوشنبه	ویزیت بیماران و ثبت در پرونده	گزارش صبحگاهی	*ویزیت بیماران با دستیار *پیگیری بیماران	*راند با اساتید *شروع درمانگاه *کنفرانس درون بخشی	راند با اساتید شروع درمانگاه کنفرانس درون بخشی	*پیگیری انجام اقدامات درخواست شده پزشک برای بیماران *نوشتن خلاصه پرونده
سه شنبه	ویزیت بیماران و ثبت در پرونده	گزارش صبحگاهی	*ویزیت بیماران با دستیار *پیگیری بیماران	*راند با اساتید *شروع درمانگاه *کنفرانس درون بخشی	راند با اساتید شروع درمانگاه کنفرانس درون بخشی	*پیگیری انجام اقدامات درخواست شده پزشک برای بیماران *نوشتن خلاصه پرونده
چهارشنبه	ویزیت بیماران و ثبت در پرونده	ویزیت بیماران و ثبت در پرونده	*ویزیت بیماران با دستیار *پیگیری بیماران	*راند با اساتید *شروع درمانگاه *کنفرانس درون بخشی	گردد راند	*پیگیری انجام اقدامات درخواست شده پزشک برای بیماران *نوشتن خلاصه پرونده
پنجشنبه	ویزیت بیماران و ثبت در پرونده	ویزیت بیماران و ثبت در پرونده	*ویزیت بیماران با دستیار *پیگیری بیماران	*راند با اساتید *کنفرانس درون بخشی	*راند با اساتید *کنفرانس درون بخشی	*پیگیری انجام اقدامات درخواست شده پزشک برای بیماران *نوشتن خلاصه پرونده

## **\*توانمندی های عملی کارورزان که باید در بخش داخلی کسب نموده و قادر به انجام آن بطور مستقل باشند. گزارش آن در فرم شماره ۲ ثبت گردد:**

۱. انجام ABG و تفسیر آن و خونگیری وریدی
- ۲- توانائی تفسیرگرافی قفسه سینه
- ۳- گذاشتن NGT و شستشوی محتویات معده
- ۴- توانائی تفسیر عکس ساده شکم
- ۵- توانائی انجام پونکسیون مایع آسیت
- ۶- توانائی آماده سازی و خواندن نمونه ادرار در زیر میکروسکوپ
- ۷- توانائی انجام و آنالیز ادرار با استفاده از Test Tape های ادراری
- ۸- گذاشتن سوند و شستشوی مثانه
- ۹- توانائی تفسیر CBC و اندازه گیری هماتوکریت به روش میکروتیوب
- ۱۰- توانائی تهیه لام خون محیطی و خواندن لام در حد شناسائی سلولهای طبیعی و غیرطبیعی محیطی
- ۱۱- خواندن لام خون محیطی جهت مالاریا و بیماریهای اندمیک اسپیروکتی
- ۱۲- توانائی انجام افتالموسکوپی
- ۱۳- گرفتن EKG و تشخیص حالت طبیعی آن از غیر طبیعی
- ۱۴- تزریق انسولین و تجویز اسپری و نحوه آموزش آن به بیمار
- ۱۵- توانائی تفسیرآزمایش مدفوع از نظر OB و OP
- ۱۶- توانائی انجام و خواندن رنگ آمیزی گرم نمونه های خلط، ادرار، آسیت، مایع پلور، مایع مفصل، مایع نخاعی و انجام PPD و تفسیر آن.
- ۱۷- گذاشتن لوله تراشه، Aairway و احیای قلبی عروقی

**\*توانمندیهای عملی که شما باید در طی دوره کارورزی بخش داخلی مشاهده نموده و گزارش آن را در فرم شماره ۳ ثبت نمایید:**

- ۱- پونکسیون مایع مفصلی زانو ۲- پونکسیون مایع پلور ۳- آندوسکوپی و کولونوسکوپی
- ۴- برونکوسکوپی ۵- دیالیز خونی ۶- آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان ۷- کات دان ۸- کاتتر دیالیز ۹- تعبیه Line CV ۱۰- LP



فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضاء استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						



فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضا استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						



فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضا استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						



فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضا استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						



فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضا استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						



فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضا استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						





فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضا استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						



فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضا استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						



فرم شماره ۱: جدول ثبت اطلاعات بیماران بستری در بخش ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	تشخیص اولیه	نکات مهم در درمان و معاینه بیمار	پیگیری و تشخیص نهایی	نام و امضا استاد/دستیار
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						
۸						
۹						
۱۰						



**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – تزریق انسولین**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز				تاریخ	نام و امضاء استاد / دستیار	کیفیت انجام مهارت				
				مشاهده	انجام دهنده		تاریخ			نام و امضاء استاد / دستیار	(۱) کیفیت	(۲) وسعت	(۳) عمق	(۴) ایمنی
					مستقل	با نظارت								
۱														
۲														

**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – انجام ABG و تفسیر آن**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز				تاریخ	نام و امضاء استاد / دستیار	کیفیت انجام مهارت				
				مشاهده	انجام دهنده		تاریخ			نام و امضاء استاد / دستیار	(۱) کیفیت	(۲) وسعت	(۳) عمق	(۴) ایمنی
					مستقل	با نظارت								
۱														
۲														
۳														

**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – خون گیری وریدی**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز				تاریخ	نام و امضاء استاد / دستیار	کیفیت انجام مهارت				
				مشاهده	انجام دهنده		تاریخ			نام و امضاء استاد / دستیار	(۱) کیفیت	(۲) وسعت	(۳) عمق	(۴) ایمنی
					مستقل	با نظارت								
۱														
۲														
۳														



**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – احیای قلبی و عروقی**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء مسئول تیم احیاء	تاریخ	کیفیت انجام مهارت					
				مشاهده	انجام دهنده			(۱) تشخیص	(۲) چسبندگی	(۳) توجیه	(۴) بالینی		
					مستقل							با نظارت	
۱													
۲													
۳													

**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – گرفتن EKG**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء استاد / دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت					
				مشاهده	انجام دهنده			(۱) تشخیص	(۲) چسبندگی	(۳) توجیه	(۴) بالینی		
					مستقل							با نظارت	
۱													
۲													

**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – تفسیر EKG**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء استاد / دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت					
				مشاهده	تفسیر			(۱) تشخیص	(۲) چسبندگی	(۳) توجیه	(۴) بالینی		
					مستقل							با نظارت	
۱													
۲													



**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – گذاشتن NGT**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء استاد/ دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت					
				مشاهده	انجام دهنده			(۱) تشخیص	(۲) توضیح	(۳) نحوه	(۴) ملاحظه		
					مستقل							با نظارت	
۱													
۲													

**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – گذاشتن سوند مثانه**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء استاد/ دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت					
				مشاهده	انجام دهنده			(۱) تشخیص	(۲) توضیح	(۳) نحوه	(۴) ملاحظه		
					مستقل							با نظارت	
۱													
۲													

**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – پونکسیون مایع آسیت**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء استاد/ دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت					
				مشاهده	انجام دهنده			(۱) تشخیص	(۲) توضیح	(۳) نحوه	(۴) ملاحظه		
					مستقل							با نظارت	
۱													
۲													



**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – تفسیر عکس شکم**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء استاد / دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت				
				مشاهده	تفسیر			عالی (۴)	خوب (۳)	میانگرم (۲)	ضعیف (۱)	
					مستقل							بانظارت
۱												
۲												

**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – تست PPD**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء استاد / دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت				
				مشاهده	انجام دهنده			عالی (۴)	خوب (۳)	میانگرم (۲)	ضعیف (۱)	
					مستقل							بانظارت
۱												
۲												

**فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی – افتالموسکوپي**

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام و امضاء استاد / دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت				
				مشاهده	انجام دهنده			عالی (۴)	خوب (۳)	میانگرم (۲)	ضعیف (۱)	
					مستقل							بانظارت
۱												
۲												
۳												



فرم شماره ۲: جدول ارزشیابی مهارت های بالینی در بخش داخلی - تفسیر گرافی قفسه سینه

ردیف	شماره پرونده	بخش	تاریخ انجام	نقش کارورز		نام وامضاء / استاد / دستیار	تاریخ	کیفیت انجام مهارت				
				مشاهده	تفسیر			عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	نقص (۱)	
					مستقل							با نظارت
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												





فرم شماره ۳: جدول ثبت مهارت های بالینی مشاهده ای در بخش داخلی

ردیف	نام پروسیجر:			ردیف	نام پروسیجر:		
	نام بخش	تاریخ مشاهده	شماره پرونده		نام بخش	تاریخ مشاهده	شماره پرونده
۱							
۲							
ردیف	نام پروسیجر:			ردیف	نام پروسیجر:		
	نام بخش	تاریخ مشاهده	شماره پرونده		نام بخش	تاریخ مشاهده	شماره پرونده
۱							
۲							
ردیف	نام پروسیجر:			ردیف	نام پروسیجر:		
	نام بخش	تاریخ مشاهده	شماره پرونده		نام بخش	تاریخ مشاهده	شماره پرونده
۱							
۲							



**فرم شماره ۴: جدول ارزشیابی پرونده نویسی بیماران ( اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی، سیر پیشرفت روزانه و....)**

فعالیت ها/کیفیت ارائه					فعالیت ها/کیفیت ارائه				
(۱) ضعیف	(۲) متوسط	(۳) خوب	(۴) عالی		(۱) ضعیف	(۲) متوسط	(۳) خوب	(۴) عالی	
				۱- ثبت علت بستری					۱- ثبت علت بستری
				۲- ثبت شرح حال بیمار					۲- ثبت شرح حال بیمار
				۳- ثبت معاینات بیمار					۳- ثبت معاینات بیمار
				۴- تاریخ و امضاء پرونده					۴- تاریخ و امضاء پرونده
				۵- ثبت تشخیصی افتراقی					۵- ثبت تشخیصی افتراقی
				۶- نوشتن Progress note					۶- نوشتن Progress note
				۷- ثبت علائم حیاتی بیمار					۷- ثبت علائم حیاتی بیمار
				۸- نوشتن خلاصه پرونده					۸- نوشتن خلاصه پرونده
				جمع					جمع
تاریخ و امضای اتند مربوطه					تاریخ و امضای اتند مربوطه				
فعالیتها/کیفیت ارائه					فعالیتها/کیفیت ارائه				
(۱) ضعیف	(۲) متوسط	(۳) خوب	(۴) عالی		(۱) ضعیف	(۲) متوسط	(۳) خوب	(۴) عالی	
				۱- ثبت علت بستری					۱- ثبت علت بستری
				۲- ثبت شرح حال بیمار					۲- ثبت شرح حال بیمار
				۳- ثبت معاینات بیمار					۳- ثبت معاینات بیمار
				۴- تاریخ و امضاء پرونده					۴- تاریخ و امضاء پرونده
				۵- ثبت تشخیصی افتراقی					۵- ثبت تشخیصی افتراقی
				۶- نوشتن Progress note					۶- نوشتن Progress note
				۷- ثبت علائم حیاتی بیمار					۷- ثبت علائم حیاتی بیمار
				۸- نوشتن خلاصه پرونده					۸- نوشتن خلاصه پرونده
				جمع					جمع
تاریخ و امضاء استاد مربوطه					تاریخ و امضاء استاد مربوطه				



**فرم شماره ۴: جدول ارزشیابی پرونده نویسی بیماران (اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی، سیر پیشرفت روزانه و...)**

فعالیت ها/کیفیت ارائه				فعالیت ها/کیفیت ارائه			
(۱) ضعیف	(۲) متوسط	(۳) خوب	(۴) عالی	(۱) ضعیف	(۲) متوسط	(۳) خوب	(۴) عالی
				۱- ثبت علت بستری			
				۲- ثبت شرح حال بیمار			
				۳- ثبت معاینات بیمار			
				۴- تاریخ و امضاء پرونده			
				۵- ثبت تشخیصی افتراقی			
				۶- نوشتن Progressnote			
				۷- ثبت علائم حیاتی بیمار			
				۸- نوشتن خلاصه پرونده			
				جمع			
تاریخ و امضاء استاد مربوطه				تاریخ و امضاء استاد مربوطه			
فعالیت ها/کیفیت ارائه				فعالیت ها/کیفیت ارائه			
(۱) ضعیف	(۲) متوسط	(۳) خوب	(۴) عالی	(۱) ضعیف	(۲) متوسط	(۳) خوب	(۴) عالی
				۱- ثبت علت بستری			
				۲- ثبت شرح حال بیمار			
				۳- ثبت معاینات بیمار			
				۴- تاریخ و امضاء پرونده			
				۵- ثبت تشخیصی افتراقی			
				۶- نوشتن Progress note			
				۷- ثبت علائم حیاتی بیمار			
				۸- نوشتن خلاصه پرونده			
				جمع			
تاریخ و امضاء استاد مربوطه				تاریخ و امضاء استاد مربوطه			



**فرم شماره ۴: جدول ارزشیابی پرونده نویسی بیماران (اخذ شرح حال و معاینه فیزیکی، سیر پیشرفت روزانه و...)**

ردیف	فعالیت ها/کیفیت ارائه				تاریخ	فعالیت ها/کیفیت ارائه				ردیف
	عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)		عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)	
				۱- ثبت علت بستری					۱- ثبت علت بستری	
				۲- ثبت شرح حال بیمار					۲- ثبت شرح حال بیمار	
				۳- ثبت معاینات بیمار					۳- ثبت معاینات بیمار	
				۴- تاریخ و امضاء پرونده					۴- تاریخ و امضاء پرونده	
				۵- ثبت تشخیصی افتراقی					۵- ثبت تشخیصی افتراقی	
				۶- نوشتن Progress note					۶- نوشتن Progress note	
				۷- ثبت علائم حیاتی بیمار					۷- ثبت علائم حیاتی بیمار	
				۸- نوشتن خلاصه پرونده					۸- نوشتن خلاصه پرونده	
				جمع					جمع	
تاریخ و امضاء استاد مربوطه					تاریخ و امضاء استاد مربوطه					
ردیف	فعالیت ها/کیفیت ارائه				تاریخ	فعالیت ها/کیفیت ارائه				ردیف
	عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)		عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)	
				۱- ثبت علت بستری					۱- ثبت علت بستری	
				۲- ثبت شرح حال بیمار					۲- ثبت شرح حال بیمار	
				۳- ثبت معاینات بیمار					۳- ثبت معاینات بیمار	
				۴- تاریخ و امضاء پرونده					۴- تاریخ و امضاء پرونده	
				۵- ثبت تشخیصی افتراقی					۵- ثبت تشخیصی افتراقی	
				۶- نوشتن Progress note					۶- نوشتن Progress note	
				۷- ثبت علائم حیاتی بیمار					۷- ثبت علائم حیاتی بیمار	
				۸- نوشتن خلاصه پرونده					۸- نوشتن خلاصه پرونده	
				مجموع					مجموع	
تاریخ و امضاء استاد مربوطه					تاریخ و امضاء استاد مربوطه					



**فرم شماره ۵: جدول ارزیابی اطلاعات مربوط به گزارش صبحگاهی \* (Morning Report)**

تاریخ ارائه				فعالیت ها/کیفیت ارائه	تاریخ ارائه	تاریخ ارائه							
(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی	فعالیت ها/کیفیت ارائه	(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی	فعالیت ها/کیفیت ارائه	(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی
				نحوه ارائه شرح حال بیمار					نحوه ارائه شرح حال بیمار				
				تشخیص و تشخیص افتراقی					تشخیص و تشخیص افتراقی				
				اقدامات تشخیصی و درمانی					اقدامات تشخیصی و درمانی				
				ارائه خلاصه					ارائه خلاصه				
مهر و امضاء دستیار ارشد کشیک مربوطه:					مهر و امضاء دستیار ارشد کشیک مربوطه:								
تاریخ ارائه <th>فعالیت ها/کیفیت ارائه</th> <th>تاریخ ارائه</th> <th colspan="4">تاریخ ارائه</th>				فعالیت ها/کیفیت ارائه	تاریخ ارائه	تاریخ ارائه							
(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی	فعالیت ها/کیفیت ارائه	(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی	فعالیت ها/کیفیت ارائه	(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی
				نحوه ارائه شرح حال بیمار					نحوه ارائه شرح حال بیمار				
				تشخیص و تشخیص افتراقی					تشخیص و تشخیص افتراقی				
				اقدامات تشخیصی و درمانی					اقدامات تشخیصی و درمانی				
				ارائه خلاصه					ارائه خلاصه				
مهر و امضاء دستیار ارشد کشیک مربوطه:					مهر و امضاء دستیار ارشد کشیک مربوطه:								
تاریخ ارائه <th>فعالیت ها/کیفیت ارائه</th> <th>تاریخ ارائه</th> <th colspan="4">تاریخ ارائه</th>				فعالیت ها/کیفیت ارائه	تاریخ ارائه	تاریخ ارائه							
(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی	فعالیت ها/کیفیت ارائه	(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی	فعالیت ها/کیفیت ارائه	(۱)ضعیف	(۲)متوسط	(۳)خوب	(۴)عالی
				نحوه ارائه شرح حال بیمار					نحوه ارائه شرح حال بیمار				
				تشخیص و تشخیص افتراقی					تشخیص و تشخیص افتراقی				
				اقدامات تشخیصی و درمانی					اقدامات تشخیصی و درمانی				
				ارائه خلاصه					ارائه خلاصه				
مهر و امضاء دستیار ارشد کشیک مربوطه:					مهر و امضاء دستیار ارشد کشیک مربوطه:								

\*حداقل ۴ مورد گزارش صبحگاهی ضروری می باشد.



**فرم شماره ۶: جدول ارزشیابی فعالیت کارورزان در اورژانس و کشیک‌ها**

ردیف	عنوان	بلی	خیر
۱	حضور مداوم در بخش و اورژانس و راند تحویل کشیک		
۲	ثبت شرح حال بیماران و حضور در CPR		
۳	پیگیری روند درمانی بیمار		
۴	نتیجه نهایی: <input type="checkbox"/> قابل قبول <input type="checkbox"/> غیر قابل قبول		
۵	نام و امضاء دستیار مسئول کارورزان :		

**فرم شماره ۷: جدول ارزشیابی معرفی بیمار در راند بخش\***

ردیف	فعالیت ها/کیفیت ارائه					تاریخ و امضاء استاد مربوطه:
	عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)	تاریخ و امضاء استاد مربوطه:	
	نحوه معرفی بیماران بستری					تاریخ و امضاء استاد مربوطه:
	ارائه شرح حال و تشخیص افتراقی					
	بیان سیر بیماری					
	جمع					
تاریخ و امضاء استاد مربوطه:						
	نحوه معرفی بیماران بستری					تاریخ و امضاء استاد مربوطه:
	ارائه شرح حال و تشخیص افتراقی					
	بیان سیر بیماری					
	جمع					
تاریخ و امضاء استاد مربوطه:						
	نحوه معرفی بیماران بستری					تاریخ و امضاء استاد مربوطه:
	ارائه شرح حال و تشخیص افتراقی					
	بیان سیر بیماری					
	جمع					
تاریخ و امضاء استاد مربوطه:						

\* توسط استاد برگزار کننده راند آموزشی و در همان روز پر شود



فرم شماره ۸: جدول ثبت اطلاعات مربوط به فعالیت درمانگاه ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	زمان حضور کارورز	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	تشخیص اولیه	داروهای تجویز شده	آزمایش ها و روش های تشخیصی	نام و امضاء استاد/دستیار
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							



فرم شماره ۸: جدول ثبت اطلاعات مربوط به فعالیت درمانگاه ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	زمان حضور کارورز	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	تشخیص اولیه	داروهای تجویز شده	آزمایشات و روش های تشخیصی	نام و امضاء استاد/دستیار
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							





فرم شماره ۸: جدول ثبت اطلاعات مربوط به فعالیت درمانگاه ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	زمان حضور کارورز	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	تشخیص اولیه	داروهای تجویز شده	آزمایشات و روش های تشخیصی	نام و امضاء استاد/دستیار
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							



فرم شماره ۸: جدول ثبت اطلاعات مربوط به فعالیت درمانگاه ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	زمان حضور کارورز	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	تشخیص اولیه	داروهای تجویز شده	آزمایشات و روش های تشخیصی	نام و امضاء استاد/دستیار
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							



فرم شماره ۸: جدول ثبت اطلاعات مربوط به فعالیت درمانگاه ..... از تاریخ ..... لغایت .....

ردیف	زمان حضور کارورز	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	تشخیص اولیه	داروهای تجویز شده	آزمایشات و روش های تشخیصی	نام و امضاء استاد/دستیار
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							



فرم شماره ۹: جدول ارزشیابی فعالیت در درمانگاه داخلی

ردیف	فعالیت ها/کیفیت ارائه				تاریخ	فعالیت ها/کیفیت ارائه				تاریخ
	عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)		عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)	
	گرفتن شرح حال و انجام معاینه					گرفتن شرح حال و انجام معاینه				
	بررسی سیر و سابقه بیماری					بررسی سیر و سابقه بیماری				
	زمان حضور فراگیر					زمان حضور فراگیر				
	مجموع					مجموع				
تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه					تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه					
	گرفتن شرح حال و انجام معاینه					گرفتن شرح حال و انجام معاینه				
	بررسی سیر و سابقه بیماری					بررسی سیر و سابقه بیماری				
	زمان حضور فراگیر					زمان حضور فراگیر				
	مجموع					مجموع				
تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه					تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه					
	گرفتن شرح حال و انجام معاینه					گرفتن شرح حال و انجام معاینه				
	بررسی سیر و سابقه بیماری					بررسی سیر و سابقه بیماری				
	زمان حضور فراگیر					زمان حضور فراگیر				
	مجموع					مجموع				
تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه					تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه					



**فرم شماره ۱۰: ثبت اطلاعات مربوط به کشیک شبانه**

امضاء دستیار ارشد	گزارش کشیک		تاریخ کشیک	شماره
	بیمارهای فوت شده (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه علت فوت)	بیماران بستری شده توسط کارورز (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه، بخش بستری)		
				۱
				۲
				۳
				۴
				۵



فرم شماره ۱۰: ثبت اطلاعات مربوط به کشیک شبانه

امضاء دستیار ارشد	گزارش کشیک		تاریخ کشیک	شماره
	بیمارهای فوت شده (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه علت فوت)	بیماران بستری شده توسط کارورز (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه، بخش بستری)		
				۶
				۷
				۸
				۹
				۱۰



**فرم شماره ۱۰: ثبت اطلاعات مربوط به کشیک شبانه**

امضاء دستیار ارشد	گزارش کشیک		تاریخ کشیک	شماره
	بیمارهای فوت شده (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه علت فوت)	بیماران بستری شده توسط کارورز (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه، بخش بستری)		
				۱۱
				۱۲
				۱۳
				۱۴
				۱۵



فرم شماره ۱۰: ثبت اطلاعات مربوط به کشیک شبانه

امضاء دستیار ارشد	گزارش کشیک		تاریخ کشیک	شماره
	بیمارهای فوت شده (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه علت فوت)	بیماران بستری شده توسط کارورز (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه، بخش بستری)		
				۱۶
				۱۷
				۱۸
				۱۹
				۲۰





**فرم شماره ۱۰: ثبت اطلاعات مربوط به کشیک شبانه**

امضاء دستیار ارشد	گزارش کشیک		تاریخ کشیک	شماره
	بیمارهای فوت شده (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه علت فوت)	بیماران بستری شده توسط کارورز (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه، بخش بستری)		
				۲۱
				۲۲
				۲۳
				۲۴
				۲۵



**فرم شماره ۱۰: ثبت اطلاعات مربوط به کشیک شبانه**

امضاء دستیار ارشد	گزارش کشیک		تاریخ کشیک	شماره
	بیمارهای فوت شده (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه علت فوت)	بیماران بستری شده توسط کارورز (شماره پرونده، نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه، بخش بستری)		
				۲۶
				۲۷
				۲۸
				۲۹
				۳۰



فرم شماره ۱۱: جدول ثبت اطلاعات مربوط به پیگیری (Follow up) بیمار

ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	علت ارجاع	نتیجه follow up	امضاء دستیار ارشد
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					



**فرم شماره ۱۲: جدول ارزشیابی ارائه کنفرانس در بخش داخلی**

ردیف	عالی (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)	مهر و امضای استاد یا دستیار مربوطه
۱					موضوع: تاریخ: ۱- محتوا و نحوه ارائه مطلب ۲- استفاده از منابع مختلف ۳- آرایه مطالب (مقالات) جدید
۲					موضوع: تاریخ: ۱- محتوا و نحوه ارائه مطلب ۲- استفاده از منابع مختلف ۳- آرایه مطالب (مقالات) جدید
۳					موضوع: تاریخ: ۱- محتوا و نحوه ارائه مطلب ۲- استفاده از منابع مختلف ۳- آرایه مطالب (مقالات) جدید
۴					موضوع: تاریخ: ۱- محتوا و نحوه ارائه مطلب ۲- استفاده از منابع مختلف ۳- آرایه مطالب (مقالات) جدید



**فرم شماره ۱۳: جدول ارزشیابی کارورز توسط دستیار در بخش داخلی**

**نام و نام خانوادگی دانشجو:.....**

**دستیار محترم**

با سلام

کارورزان بیمارستان موظفند که در شروع هر بخش، خود را به دستیار معرفی نمایند. لطفا در پایان بخش با توجه به معیارهای زیر، کارورز مربوطه را ارزیابی نمایید.\*

ردیف	موضوع
۱	رعایت شئونات و اخلاق حرفه ای (رفتار با بیماران و همکاران، پوشیدن روپوش و نصب اتیکت)
۲	حضور فعال و به موقع در گزارش صبحگاهی
۳	حضور فعال و به موقع در راند آموزشی روزانه بخش
۴	حضور فعال و به موقع در درمانگاه
۵	حضور فعال و به موقع در اورژانس
۶	کیفیت پرونده نویسی بیمار در بخش و اورژانس
۷	شرکت فعال در کنفرانس های علمی، گراند راند و ....
۸	کسب مهارت های عملی بالینی در بخش و اورژانس

<input type="checkbox"/> ۱۰۰ امتیاز	<input type="checkbox"/> ۷۵ امتیاز	<input type="checkbox"/> ۵۰ امتیاز	<input type="checkbox"/> ۲۵ امتیاز
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

\* جهت بررسی لاگ بوک توسط گروه آموزشی و اعلام نمره دانشجو، کسب حداقل ۷۵ امتیاز از این فرم الزامی است.

نام و نام خانوادگی

مهر و امضای دستیار ارشد



**فرم شماره ۱۴: جدول ارزشیابی مهارت های ارتباطی**

ردیف	فعالیت ها/کیفیت ارائه					تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه
	عالی (۵)	خوب (۴)	متوسط (۳)	پایین (۲)	بسیار پایین (۱)	
					برقراری ارتباط موثر با بیماران	
					برقراری ارتباط موثر با همکاران	
					توان جلب اعتماد بیماران	
					استفاده از عکس العمل غیر کلامی	
					قابل فهم بودن کلمات	
					جمع	
					تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه	
					برقراری ارتباط موثر با بیماران	
					برقراری ارتباط موثر با همکاران	
					توان جلب اعتماد بیماران	
					استفاده از عکس العمل غیر کلامی	
					قابل فهم بودن کلمات	
					جمع	
					تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه	
					برقراری ارتباط موثر با بیماران	
					برقراری ارتباط موثر با همکاران	
					توان جلب اعتماد بیماران	
					استفاده از عکس العمل غیر کلامی	
					قابل فهم بودن کلمات	
					جمع	
					تاریخ و امضاء استاد یا دستیار مربوطه	

نام و نام خانوادگی

جمع نهایی:

امضای مسئول دوره کارورزی



پرسشنامه ارزشیابی رفتار حرفه ای کارورزان گروه آموزشی

نام و نام خانوادگی دانشجو: گروه آموزشی:

ردیف	گویه ها	گروه آموزشی:				
		ضعیف (۱)	متوسط (۲)	خوب (۳)	بسیار خوب (۴)	عالی (۵)
۱	با بیماران محترمانه برخورد می کند.					
۲	با اساتید و سایر فراگیران محترمانه برخورد می کند.					
۳	حریم خصوصی بیماران را رعایت می کند.					
۴	اسرار بیماران را حفظ می کند.					
۵	اطلاعات لازم در مورد بیماری را با زبان قابل فهم و با حوصله به بیمار ارائه می کند					
۶	وظایف محوله را به درستی انجام می دهد.					
۷	در صورت نیاز، به فراگیران دیگر کمک می کند.					
۸	خطاهای خود را می پذیرد.					
۹	در نگهداری تجهیزات پزشکی دقت و توجه کافی دارد					
۱۰	با پرسش از اساتید سعی می کند کمبودهای دانشی و مهارتی خود را برطرف سازد.					
۱۱	در مواجهه با بیماران عدالت را بدون توجه به نژاد، مذهب و.... رعایت می کند					
۱۲	از وسایل و امکانات سیستم سلامت به درستی استفاده می کند.					
۱۳	در تمام امور به شرافت، درستکاری و حفظ شئونات پزشکی پای بند میباشد.					
۱۴	منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح می دهد.					
۱۵	به موقع در بخش حاضر می شود.					
۱۶	از جملات تحقیر آمیز استفاده نمی کند.					
۱۷	پوشش و ظاهر متناسب با محیط درمان و مراقبت دارد.					

کسب حداقل ۷۰ درصد نمره (۶۰ از ۸۵) جهت گذراندن دوره الزامی است.

امضای ارزیابی شونده

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده/ مهر و امضا



فرم ارزیابی آزمون کوتاه مدت عملکرد بالینی (Mini-CEX) / دوره آموزشی داخلی

مشکل بالینی مورد ارزیابی:

تاریخ ارزیابی:

نام و نام خانوادگی کارآموز/کارورز:

محیط: بخش  درمانگاه  اورژانس  بیمار: جدید  پیگیری  شماره پرونده:

بدون نظر*	بالاتر از حد انتظار	در حد انتظار	حد مرزی	پائین تر از حد انتظار	موضوع	ردیف
صفر	۷-۹	۵-۷	۳-۵	۱-۳		
					گرفتن تاریخچه بیمار	۱
					مهارت های معاینه بالینی	۲
					قضاوت بالینی	۳
					مهارت های مشاوره	۴
					مهارت ارتباطی، اخلاق حرفه ای و توجه به بیمار	۵
					توانمندی های بالینی کلی	۶
					جمع نهایی	۷

\*بدون نمره: لطفا این مورد را در صورتی علامت بزیند که مهارت مورد نظر مشاهده نشده است و در نتیجه قادر به نمرده دهی نیستید.

پیچیدگی مشکل بالینی (با توجه به سنوات تحصیلی فراگیر) کم  متوسط  زیاد

لطفا نقاط قوت و نقاط ضعف فراگیر و یا هرگونه پیشنهاد برای بهبود عملکرد وی را ثبت کنید.

نام و نام خانوادگی آزمونگر

مهر و امضا

نام و نام خانوادگی آزمون شونده

مهر و امضا





فرم ارزیابی مهارت علمی فراگیر از طریق مشاهده مستقیم (DOPS)، دوره آموزشی داخلی

نام و نام خانوادگی کارورز: شماره پرونده بیمار: تاریخ ارزیابی:

پروسیجر مورد ارزیابی: محیط: بخش:  در مانگاه  اورژانس

بدون نظر*	بالاتر از حد انتظار	در حد انتظار	حد مرزی	پائین تر از حد انتظار	ردیف
صفر	۷-۹	۵-۷	۳-۵	۱-۳	
					۱ کسب رضایت آگاهانه
					۲ اطلاع از اندیکاسیون ها و آناتومی
					۳ مرحله آمادگی قبل از پروسیجر
					۴ رعایت شرایط استریل
					۵ استفاده از آرام بخش و بی حسی
					۶ توانایی تکنیکی
					۷ در خواست کمک در صورت نیاز
					۸ اقدامات پس از پروسیجر
					۹ مهارت ارتباطی و رفتار حرفه ای
					۱۰ مهارت کلی در انجام پروسیجر

\*بدون نمره: لطفا این مورد را در صورتی علامت بزنی که مهارت مورد نظر مشاهده نشده است و در نتیجه قادر به نمره دهی نیستید.

درجه سختی پروسیجر (با توجه به سنوات تحصیلی فراگیر) کم  متوسط  زیاد

لطفا نقاط قوت و نقاط ضعف فراگیر و یا هرگونه پیشنهاد برای بهبود عملکرد وی را ثبت کنید.

نام و نام خانوادگی آزمونگر  
مهر و امضا

نام و نام خانوادگی آزمون شونده  
مهر و امضا



## ارزشیابی نهایی کارورزان داخلی

تام و نام خانوادگی کارورز:

\*نمره کارورز شامل موارد زیر می باشد:

ردیف	موضوع	سقف نمره	نمره کسب شده
۱	نمره Log Book	۴	
۲	آزمون شفاهی در انتهای دوره	۴	
۳	نمره چک لیست Mini-CEX	۱	
۴	نمره چک لیست DOPS	۱	
۵	چک لیست ارزیابی اخلاق حرفه ای	۲	
۶	نمره آزمون OSCE پایان دوره	۸	
۷	نمره نهایی	۲۰	

امضا معاون آموزشی مرکز

امضا مدیر گروه