

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

گروه تکنولوژی پر توشناسی دانشکده علوم پیراپزشکی

فرم شماره ۱ (ارزیابی مستمر دانشجو در طول دوره و ثبت فعالیت های انجام شده)

کارآموزی ۴ در بیمارستان بخش نیمسال سال تحصیلی

نام و نام خانوادگی دانشجو شماره دانشجویی گروه

ردیف	تاریخ	ساعات حضور دانشجو	فعالیت انجام شده	فعالیت مشاهده شده	نام و امضای مربی
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					
۱۵					
۱۶					
۱۷					
۱۸					
۱۹					
۲۰					

این فرم باید بصورت روزانه توسط دانشجو تکمیل شده و توسط مربی کارآموزی تایید گردد. دانشجو موظف

است در پایان ترم این فرم را به ناظر کارآموزی تحویل دهد. منظور از فعالیت انجام شده عناوین فرم شماره ۲

عناوین جدول تکنیک ها می باشد.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

گروه تکنولوژی پر توشناسی دانشکده علوم پیراپزشکی

فرم شماره ۴ (ارزشیابی مربیان آموزشی بخشهای تصویربرداری در کارآموزی دانشجویان)

(تکمیل توسط ۲۰٪ از دانشجویانی که بالاترین معدل را در ترم های گذشته داشته اند و توسط گروه تعیین می شوند)

بیمارستان بخش نیمسال سال تحصیلی

نام و نام خانوادگی مربی آموزشی مورد ارزیابی

ردیف	آیتم	سقف نمره	نمره
۱	آشنا کردن دانشجویان با شرح وظایف آنها منطبق با آئین نامه وزارتی	۱۰	
۲	آشنا کردن دانشجویان با اخلاق حرفه ای، اصول، قوانین و مقررات بخش	۱۰	
۳	رعایت احترام دانشجویان	۱۰	
۴	آموزش نحوه رفتار صحیح با بیمار و همراهان وی، همکاران بخش و پرسنل بیمارستان	۱۰	
۵	آموزش نحوه کار با دستگاهها و تجهیزات موجود و نکات لازم در بکارگیری آن ها	۱۰	
۶	آموزش نحوه پذیرش بیمار و ثبت اطلاعات لازم در دفتر بخش با سیستم HIS و پکس بیمارستانی	۱۰	
۷	آموزش علمی و عملی نحوه انجام انواع آزمون ها و اهتمام در رفع اشکالات دانشجویان	۱۰	
۸	آموزش علمی و عملی اصول ایمنی و حفاظت مرتبط با تکنولوژی سیستم های تصویربرداری	۱۰	
۹	مدیریت بیماران در سطوح مختلف سرپایی، بستری و اورژانسی	۱۰	
۱۰	نمایش نقص فنی و راهکار رفع عملکرد صحیح دستگاهها و تجهیزات تصویربرداری پزشکی	۱۰	
	جمع	۱۰۰	

توجه: چنانچه عنوانی از موارد ارزشیابی در این دوره کارآموزی کاربرد ندارد به عنوان مثال در دوره های گذشته آموزش داده شده و در این دوره لزومی نداشته است در محل درج نمره مربوطه از خط تیره (-) استفاده نمائید.

نام و نام خانوادگی دانشجوی تکمیل کننده فرم

تاریخ و امضا

شماره دانشجویی: