

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل  
 گروه تکنولوژی پرتوشناسی دانشکده علوم پیراپزشکی  
 فرم شماره ۲ (جدول تکنیک‌های مورد انجام در مراکز بیمارستانی)

بیمارستان ..... بخش ..... نیمسال ..... سال تحصیلی .....  
 نام و نام خانوادگی دانشجو ..... شماره دانشجویی ..... گروه .....

ردیف	مورد آزمون		تعداد مورد انتظار		تعداد انجام شده دانشجو		تایید مربی
	مشاهده شده	انجام شده	مشاهده شده	انجام شده			
۱	Orbit	Skull	۴-۵	۲			
	Ear						
	Face						
۲	Paranasal sinus		۴-۲	۱			
۳	OPG		۴-۵	۲			
۴	پری اپیکال/بایت وینگ/اکلوزال		۵-۳	۲			

توجه: چنانچه آیتمی از تکنیک‌های ذکر شده در بیمارستان مربوط قابل انجام نباشد در محل درج فعالیت مربوطه از خط تیره (-) استفاده نمائید. این فرم با توجه به فرم تکمیل شده فعالیت روزانه دانشجو در پایان دوره توسط دانشجو تکمیل شده و توسط مربی کارآموزی تایید شده و توسط دانشجو به استاد ناظر کارآموزی داده می شود.

تاریخ و امضا

نام و نام خانوادگی مربی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

گروه تکنولوژی پرتوشناسی دانشکده علوم پیراپزشکی

فرم شماره ۳ (ارزشیابی پایانی دانشجو در دوره کارآموزی یک (تکمیل توسط مربی کارآموزی))

نیمسال ..... سال تحصیلی .. نام و نام خانوادگی.....شماره دانشجویی .....

ردیف	آیتم ارزشیابی علمی، عملی و مهارتی	حداکثر نمره	نمره
۱	آشنایی و استفاده صحیح از وسایل و تجهیزات مورد استفاده در انجام تکنیک های تصویربرداری از جمجمه، فک و دندان ها	۱	
۲	تکنیک های پرتونگاری از جمجمه، فک و دندان ها همراه با تهیه تصاویر با کیفیت (نمره دهی بر اساس جدول تکنیک های مورد انجام در مراکز بیمارستانی)	۲	
۳	آشنایی با موارد اورژانس و مدیریت آن	۱	
۴	رعایت دستورالعمل های مرتبط با ایمنی خود، پرسنل، بیماران و همراهان بیماران	۱	
۵	مراقبت های حرفه ای از بیمار با رعایت نکات قانونی و شرعی	۱	
	جمع	۷	

ردیف	نوع ارزیابی	ارزیابی کننده	سقف نمره	نمره دانشجو
۱	ارزشیابی مستمر*	مربی کارآموزی	۶	
۲	ارزشیابی پایان ترم*	مربی کارآموزی	۱۴	
۳	کسر نمره غیبت غیرموجه	مربی کارآموزی	-----	
توضیحات کسر نمره:				
	جمع		۲۰	

نمره ارزشیابی مستمر بر اساس میزان فعالیت دانشجو در طول کارآموزی و حضور و غیاب بدست می آید. این فرم باید به همراه فرم ارزشیابی پایانی دانشجو توسط مربی تکمیل شده و بصورت محرمانه به عنوان نمره دانشجو به ناظر کارآموزی در پایان دوره ارسال گردد.

تاریخ و امضا:

نام و نام خانوادگی مربی کارآموزی: