

رشتـه آمـوزش پزشکـی

دفترچه ثبت فعالیت های دوره کارآموزی

(ویژه دانشجویان کارشناسی ارشد)

*Log Book*

نام دانشجو: ..................................

شماره دانشجویی: .....................

سوپروایزر مربوطه: ....................

سال تحصیلی: ................

دانشجوی **گرامی:** دفترچه حاضر به منظور ثبت کلیه فعالیت‌های آموزشی شما در طول دوره کارآموزی طراحی شده است. در پایان دوره اطلاعات موجود در Log book مورد استفاده قرار می‌گیرد. لذا خواهشمند است در تکمیل آن حداکثر دقت لازم را مبذول فرمایید.

**شرح وظایف دانشجویان کارشناسی ارشد در مراکز:**

**الف) برنامه‌ریزی (کوریکولوم):**

1. طرح درس و طرح دوره های گروه های آموزشی را بررسی و ارزیابی نماید.
2. در تدوین و اصلاح طرح درس استادان بالینی و دانشکده ها مشارکت نماید.
3. در برنامه های آموزشی حاضر شده و نحوه اجرای طرح دوره و طرح درس ها را ارزیابی نماید.

**ب) تدریس بالینی:**

1. حداقل در سه جلسه آموزشی (مورنینگ ریپورت/گراند راند/اورژانس/ژورنال کلاب/Case study و ...) شرکت نماید.
2. روش های مختلف یاددهی-یادگیری برنامه فوق را مورد مشاهده دقیق قرار دهد.
3. ضمن مقایسه وضع موجود با وضع مطلوب، گزارش مشاهدات خود را تهیه و آنرا به دفاتر تحویل دهد.

**ج) ارزشیابی برنامه:**

1. از اصول آموخته شده جهت ارزشیابی برنامه را برای ارزشیابی یک برنامه آموزشی استفاده نماید
2. در فرایند ارزشیابی برنامه مراکز مشارکت نماید یا ارزشیابی یک برنامه را مورد نقد قرار دهد.

**د) مهارت ارتباطی:**

1. اصول مهارت ارتباطی صحیح را مطالعه نماید.
2. نحوه تعامل پزشک/دانشجوی علوم پزشکی با بیمار، همکلاسی ها و اساتید را در راندها، درمانگاه و سایر بخش های بیمارستان مشاهده نماید.
3. براساس مشاهده و مطالعه خود، وضع موجود با وضع مطلوب را مقایسه نماید و گزارش آن را نوشته و همراه با پیشنهاد مربوطه به دفاتر توسعه تحویل دهد.

**ذ) برگزاری کارگاه:**

1. گام های برنامه ریزی و اجرای کارگاه را مطالعه نماید.
2. برگزاری یک کارگاه آموزشی را برنامه ریزی نماید.
3. با مراکز در برگزاری کارگاه ها همکاری نماید.

**شرح وظایف سوپروایزرها در مراکز:**

1. حضور حداقل یکی از اعضای تیم سوپروایزر هر مرکز در محل کارآموزی الزامی می باشد لذا گروه سوپروایزر هر مرکز باید برنامه ریزی کرده و برنامه حضور خود را به گروه ارائه نمایند.
2. حضور تمام وقت سوپروایزرها در مراکز و حضور و غیاب فراگیران مذکور توسط آنان الزامی می باشد.
3. حتما جلسه توجیهی بدو ورود جهت دانشجویان کارشناسی ارشد برگزار شده و ضمن تقسیم وظایف آنان، صورتجلسه مربوطه در اختیار گروه قرار داده شود.
4. سوپروایزرها در طول دوره باید مشارکت و همکاری لازم را جهت آموزش مهارت های مورد نیاز به عمل آورند.
5. سوپروایزرها باید ضمن تهیه گزارش کارورزی، آن را ارزشیابی نموده و گزارش خود را در گروه ارائه نمایند.

**فرم حضور و غیاب:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاریخ حضور** | **نام واحد/EDO/مرکزآموزشی** | **تایید سوپروایزر مربوطه** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**فرم 1: برنامه‌ریزی (کوریکولوم)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **چگونگی تدوین آن را مطالعه کرده‌ام** | **نحوه نگارش آن را بررسی و ارزیابی کرده‌ام** | **تدوین نموده‌ام** | **نحوه اجرای آن را ارزیابی کرده‌ام** |
| **طرح دوره** |  |  |  |  |
| **طرح درس** |  |  |  |  |
| **تعداد طرح دوره مورد بررسی:**  **تعداد طرح درس مورد بررسی:**  **نام گروه/رشته مورد بررسی:**  **محل:**  EDO دانشکده🞏 EDO بیمارستان🞏 EDC 🞏 واحد آموزش مجازی🞏 | | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط کارآموز:** | | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط سوپروایزر:** | | | | |

**تاریخ:**

**تایید سوپروایزر مرکز: تایید EDO/EDC/واحد مربوطه:**

**فرم 2: تدریس بالینی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **مطالعه کرده‌ام** | **در جلسات آموزشی شرکت و مشاهده کرده‌ام** | **با وضع مطلوب مقایسه کرده‌ام** | **گزارش آنرا تهیه و به واحد مربوطه ارائه کرده‌ام** |
| **روش های مختلف یاددهی و یادگیری** |  |  |  |  |
| **تعداد جلسات آموزشی حاضر شده جهت مشاهده:**  **نام روش مشاهده شده (**مورنینگ ریپورت/گراند راند/ ژورنال کلاب/Case study و ..**):**  **نام گروه/رشته:**  **محل: EDO دانشکده🞏 EDO بیمارستان🞏 EDC 🞏** | | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط کارآموز:** | | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط سوپروایزر:** | | | | |

**تاریخ:**

**تایید سوپروایزر مرکز: تایید EDO/EDC/واحد مربوطه:**

**فرم 3: ارزشیابی برنامه**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **گام های آنرا مطالعه کرده‌ام** | **در اجرای قسمتی از آن مشارکت داشته‌ام** | **در اجرای کامل آن مشارکت داشته ام** | **گزارش آماده شده را بررسی و نقد کرده‌ام** |
| **ارزشیابی برنامه** |  |  |  |  |
| **نام گروه/رشته مورد بررسی:**  **نوع مشارکت (برنامه ریزی، اجرا، تحلیل نتایج، تهیه گزارش):**  **محل:**  EDO دانشکده🞏 EDO بیمارستان🞏 EDC 🞏 واحد آموزش مجازی(ارزشیابی برنامه جهت دروس مجازی) 🞏 | | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط کارآموز:** | | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط سوپروایزر:** | | | | |

**تاریخ:**

**تایید سوپروایزر مرکز: تایید EDO/EDC/واحد مربوطه:**

**فرم 4: مهارت ارتباطی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **اصول و مدل‌های آن را مطالعه کرده‌ام** | **نوع تعامل در محیط آموزشی را مشاهده کرده‌ام** | **با وضع مطلوب مقایسه کرده‌ام** | **گزارش آنرا تهیه و با واحد مربوطه ارائه کرده‌ام** |
| **مهارت ارتباطی** |  |  |  |  |
| **مهارت ارتباطی مشاهده شده:**  پزشک و بیمار دانشجو و استاد دانشجو و همکلاسی‌ها  **نام گروه/رشته:**  **محل: EDO دانشکده 🞏 EDO بیمارستان🞏 EDC 🞏** | | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط کارآموز:** | | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط سوپروایزر:** | | | | |

**تاریخ:**

**تایید سوپروایزر مرکز: تایید EDO/EDC/واحد مربوطه:**

**فرم 5: برگزاری کارگاه**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **مراحل آنرا مطالعه کرده‌ام** | **اجرای یک کارگاه را برنامه ریزی کرده ام** | **در اجرای آن مشارکت داشته ام** |
| **کارگاه های آموزشی** |  |  |  |
| **نام کارگاه برنامه ریزی/اجرا شده:**  **گروه هدف کارگاه:**  **محل:**  EDO دانشکده🞏 EDO بیمارستان🞏 EDC 🞏 واحد آموزش مجازی (جهت دروس مجازی)🞏 | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط کارآموز:** | | | |
| **محل توضیحات/پیشنهادات توسط سوپروایزر:** | | | |

**تاریخ:**

**تایید سوپروایزر مرکز: تایید EDO/EDC/واحد مربوطه:**