

## فرم ارزشیابی دستیاران پزشکی خانواده

نام مرکز آموزشی / بیمارستان .....

نام روتیشن / نام بخش .....

نمره کل	ارائه آموزش و مشاوره به بیمار	مشاهده نحوه درمان و مدیریت بیمار	مشاهده علائم تشخیص بیماری	حضور فعال در درمانگاه	شرکت در ژورنال کلاب	شرکت منظم در مورنینگ رپورت	اخلاق حرفه ای در محیط کار	برقراری ارتباط با بیمار	لیاس فرم پزشکی، مهر و لیبیل	نظم و حضور به موقع روزانه	آیتم ها و امتیاز مربوطه	زمان روتیشن
											نام دستیاران	
۱۵۰	۱۵	۱۵	۱۵	۲۰	۵	۵	۳۰	۲۰	۵	۲۰		

نام و نام خانوادگی مدیر محترم گروه آموزشی / استاد محترم بالینی

مهر و امضاء