

Mini-Clinical Evaluation Exercise (CEX) – F₁ Version

لطفا با گذاشتن علامت ضربدر مقابل سؤالات فرم را کامل کنید: لطفا از قلم مشکی برای تکمیل فرم استفاده کنید.

نام خانوادگی داوطلب									
نام داوطلب									
شماره GMC (دانشجویی)									
ثبت شماره GMC الزامی است									
<input type="checkbox"/> پذیرش اورژانس		<input type="checkbox"/> پذیرش جراحی		<input type="checkbox"/> بستری		<input type="checkbox"/> درمانگاه			
مشکل بالینی		تنفسی		<input type="checkbox"/> گردش خون		گوارشی		نورولوژیک	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بیمار جدید یا پیگیری		جدید		پیگیری		تمرکز مواجهه		شرح حال	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
تعداد دفعات ویزیت قبلی بیمار توسط فراگیر		۰ تا ۱		۲ تا ۵		۶ تا ۹		۱۰ >	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
موقعیت ارزیاب									
تعداد دفعات انجام mini-CEX توسط ارزیاب با هر فراگیری									
۰ تا ۱		۲ تا ۳		۴ تا ۵		۶ تا ۹		۱۰ >	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
لطفا حیطه‌های زیر را با استفاده از نمره‌دهی مقابل نمره‌گذاری کنید									
زیر حد انتظار برای F ₁		مرزی		در حد انتظار برای F ₁		بالاتر از حد انتظار برای F ₁		بدون نمره*	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
* بدون نمره: لطفا این مورد را در صورتی علامت بزیند که مهارت مورد نظر مشاهده نشده است و در نتیجه قادر به نمره‌گذاری نیستید.									
موارد مثبت عملکرد					موارد پیشنهادی برای ارتقای عملکرد				
اقدامات مورد توافق:									
آیا در مورد این روش تاکنون آموزش دیده‌اید؟									
<input type="checkbox"/> چهره به چهره		<input type="checkbox"/> مطالعه دستورالعمل‌ها		<input type="checkbox"/> اینترنت/CD					
تاریخ		زمان صرف شده برای مشاهده (دقیقه)		زمان صرف شده برای بازخورد (دقیقه)					
نام خانوادگی ارزیاب									
شماره پرسنلی ارزیاب									