

## فرم ارزیابی مهارت علمی فراگیر از طریق مشاهده مستقیم (DOPS)

آزمون شونده: نام..... نام خانوادگی..... رشته تحصیلی..... فراگیر سال.....

آزمونگر: نام..... نام خانوادگی..... مرتبه علمی.....

محل آزمون: بخش اورژانس  درمانگاه  بخش بستری  اتاق عمل  اتاق عمل سرپایی   
بخش ویژه  سایر.....

پروسیجر مورد ارزیابی:.....

آزمونگر پیش از این چند بار از روش DOPS برای ارزیابی فراگیران استفاده کرده است؟

۱  ۲  ۳  ۴  ۵-۹  >۹

آزمون شونده تا کنون چند بار این پروسیجر را انجام داده است؟

۰  ۱-۴  ۵-۹  >۱۰

درجه سختی پروسیجر (با توجه به سنوات تحصیلی فراگیر): کم  متوسط  زیاد

بدون نظر	بالاتر از حد انتظار	در حد انتظار	حد مرزی	پائین تر از حد انتظار	
					۱-اطلاع از اندیکاسیونها، آناتومی و تکنیک پروسیجر
					۲- اخذ رضایت بیمار
					۳- مرحله آمادگی قبل از انجام پروسیجر
					۴- بی دردی و آرامبخشی مناسب
					۵- رعایت شرایط استریل
					۶- توانایی تکنیکی
					۷- درخواست کمک در صورت نیاز
					۸- اقدامات بعد از انجام پروسیجر
					۹- مهارتهای ارتباطی
					۱۰- رفتار حرفه ای و توجه به بیمار
					۱۱- مهارت کلی در انجام پروسیجر

لطفا نقاط قوت و نقاط ضعف فراگیر و یا هرگونه پیشنهاد برای بهبود عملکرد وی را در این محل ثبت کنید.

### رضایت دستیار از آزمون DOPS

کاملا	کاملا
راضی	ناراضی
۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳	۲ ۱

### رضایت آزمونگر از آزمون DOPS

کاملا	کاملا
راضی	ناراضی
۱۰ ۹ ۸ ۷ ۶ ۵ ۴ ۳	۲ ۱

آیا آزمونگر قبلا در مورد استفاده از این ابزار ارزیابی آموزش دیده است؟

خیر  بلی بصورت آموزش چهره به چهره

بلی بصورت مطالعه دستورالعمل  بلی (سایر موارد) .....

تاریخ ارزیابی / /

مدت زمانی که صرف مشاهده شد: ..... دقیقه

مدت زمانی که صرف ارائه باز خورد شد: ..... دقیقه

محل مهر و امضای آزمونگر:

محل مهر و امضای آزمون شونده: