



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دانشکده پزشکی

گروه آموزشی چشم پزشکی

لاگ بوک دوره کارآموزی (استاژری) چشم پزشکی

مشخصات کارآموز

نام و نام خانوادگی:

شماره دانشجویی:

تاریخ شروع دوره:

تاریخ پایان دوره:

اهداف دوره

کارآموز موظف است در طول دوره حضور منظم و فعال در کلاس‌های آموزشی، درمانگاه‌ها، اورژانس و سایر برنامه‌های آموزشی بخش داشته باشد. تعداد غیبت و تأخیر نباید بیشتر از سقف مجاز تعیین شده در آیین‌نامه آموزشی دانشکده پزشکی باشد.

همچنین کارآموز باید حداقل فعالیت‌های زیر را انجام داده و در این دفترچه ثبت نماید:

فعالیت	حداقل تعداد مورد نیاز
معاینه حدت بینایی	۱۰ مورد
معاینه مردمک‌ها و حرکات چشمی	۵ مورد
کار با افتالموسکوپ مستقیم	۳ مورد
ارزیابی بیماران اورژانسی	۵ مورد
حضور در کشیک درمانگاه و اورژانس (حداقل تا ساعت ۱۹)	۲ نوبت

بخش اول: معاینه حدت بینایی

حداقل ۱۰ مورد

ردیف	تاریخ	نام بیمار	تشخیص یا شکایت اصلی	تأیید رزیدنت / استاد امضاء
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

بخش دوم: معاینه مردمک‌ها و حرکات چشمی

حداقل ۵ مورد

ردیف	تاریخ	نام بیمار	تشخیص یا شکایت اصلی	تأیید رزیدنت / استاد امضاء
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

بخش سوم: کار با افتالموسکوپ مستقیم

حداقل ۳ مورد

ردیف	تاریخ	نام بیمار	تشخیص یا شکایت اصلی	تأیید رزیدنت / استاد امضاء
۱				
۲				
۳				

بخش چهارم: ارزیابی بیماران اورژانسی

حداقل ۵ مورد

ردیف	تاریخ	نام بیمار	تشخیص احتمالی	اقدام اولیه انجام شده	تأیید رزیدنت / استاد امضاء
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					

نمونه موارد اورژانسی

- سوختگی شیمیایی یا حرارتی چشم
- جسم خارجی قرنیه یا ملتحمه
- خراش و نقص اپی تلیوم قرنیه
- کاهش ناگهانی دید
- گلوکوم زاویه بسته حاد
- جداشدگی شبکیه

- سلولیت پره‌سپتال یا اربیتال
- تروماهای چشمی

حضور در کلاس‌های آموزشی

تعداد غیبت	تعداد تأخیر	تأیید کارشناس گروه امضاء

حضور در کشیک درمانگاه و اورژانس (حداقل تا ساعت ۱۹)

حداقل ۲ نوبت

ردیف	روز	تاریخ	تأیید رزیدنت / استاد امضاء
۱			
۲			

ارزیابی رفتار حرفه‌ای

شاخص	ضعیف	قابل قبول	خوب	بسیار خوب
حضور منظم و به موقع	☐	☐	☐	☐
ارتباط مناسب با بیمار	☐	☐	☐	☐
همکاری با تیم درمان	☐	☐	☐	☐
رعایت اخلاق حرفه‌ای	☐	☐	☐	☐
رعایت پوشش حرفه‌ای و آداب حضور در بخش	☐	☐	☐	☐

تأیید نهایی پایان دوره

اینجانب گواهی می‌کنم کارآموز فوق فعالیت‌های آموزشی و بالینی مورد انتظار دوره کارآموزی چشم‌پزشکی را با موفقیت انجام داده است.

امضاء و تاریخ:

نام عضو هیئت علمی:

