

به نام خدا

بخش درمان جامع

Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)

2 3 4 5 6

--	--	--	--	--

لطفا جهت تکمیل پرسش ها از علامت × استفاده نمایید.

دانشجوی سال :

سال تحصیلی:

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی:

نام پروسیجر: انجام صحیح تشکیل پرونده ** تهیه حفرات مختلف آمالگام ** گذاشتن بیس و لاینر ** بستن ماتریکس بند **
پر کردن حفره با آمالگام تا پایان مرحله ** تهیه حفرات کامپوزیت ** اچ، پرایمر و باندینگ ** پر کردن class III و IV تنظیم ارتباط
الکوزالی و پروگزیمالی ترمیم ها ** ترمیم های بیلد آپ آمالگام و کامپوزیت ** انجام صحیح تستهای تشخیصی ** بستن رابر بردم **
تهیه حفره دسترسی مناسب ** درمان دندانهای یک تا سه ریشه ای ** آماده سازی و پر کردن کانال ** ترمیم دندانهای اندو شده با و بدون
کاربرد پین ** جرم گیری و پالیش ** کشیدن دندان هایی که نیاز به جراحی ندارند

توضیح:

>9 5-9 2-5 1 0

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

تعداد دفعاتی که استاد، آزمون DOPS را انجام داده است:

>10 5-9 1-4 0

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

تعداد دفعاتی که دانشجو پروسیجر را انجام داده است:

لطفا به هر یک از موارد زیر بر اساس مقیاس روبرو امتیاز بدهید:	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	نمی توان قضاوت کرد
1 نشان دادن اندیکاسیون در رادیوگرافی و کلینیک					
2 تکمیل صحیح و دقیق log book و پرونده بیمار					
3 کنترل عفونت					
4 توانایی انجام تکنیک					
5 درخواست کمک در موقعیت مناسب					
6 داشتن اعتماد به نفس صحیح					
7 مهارت های ارتباطی					
8 اجرای دقیق پروسیجرهای ذکر شده بالا					
9					
10					

لطفا نکات قوت و یا پیشنهادات برای پیشرفت را قید فرمایید.

--

کاملا

اصلا

میزان رضایت دانشجو از آزمون DOPS : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
میزان رضایت استاد از آزمون DOPS : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

در مورد این پروسیجر ارزیابی شده، شما چه نوع آموزشی داشته اید؟

Demonstration توسط استاد ** مطالعه منابع ** مشاهده فیلم آموزشی ** موارد دیگر (قید فرمایید)

نام و امضاء استاد: زمان صرف شده برای مشاهده (دقیقه) زمان صرف شده برای بازخورد (دقیقه)

تاریخ: