

به نام خدا

بخش متحرک (کامل)

Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)

۲ ۳ ۴ ۵ ۶

لطفا جهت تکمیل پرسش ها از علامت x استفاده نمایید.

دانشجوی سال :

سال تحصیلی :

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

نام پروسیجر: ☐ قالب گیری اولیه ☐ بوردر مولدینگ و قالب گیری نهایی ☐ رکورد بیس و تعیین رابطه افقی و عمودی و

☐ ثابت روابط فکی ☐ امتحان پروتز در دهان بیمار ☐ انجام مراحل غیر از پروتز کامل معمول ☐

☐ تحویل و follow up

توضیح :

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

تعداد دفعاتی که دانشجو پروسیجر را انجام داده است:

لطفا به هر یک از موارد زیر بر اساس مقیاس روبرو امتیاز بدهید:		پایین تر از حد انتظار		لب مرز	انتظار را برآورده می کند	بالاتر از حد انتظار	نمی توان قضاوت کرد
		۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	توانایی ارائه طرح درمان						
۲	توانایی آگاه نمودن بیمار از مراحل و عواقب درمان						
۳	آماده سازی مناسب قبل از درمان						
۴	کنترل عفونت						
۵	توانایی انجام تکنیک						
۶	درخواست کمک در موقعیت مناسب						
۷	مراقبت پس از درمان						
۸	مهارت های ارتباطی						
۹	ذکر نکات ضروری به بیمار						
۱۰	اجرای پروسیجر به طور کلی						

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

کاملا

اصلا

میزان رضایت دانشجو از آزمون DOPS : ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

میزان رضایت استاد از آزمون DOPS : ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

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:

به نام خدا

بخش متحرک (پارسیل)

Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)

۲ ۳ ۴ ۵ ۶

لطفا جهت تکمیل پرسش ها از علامت x استفاده نمایید.

دانشجوی سال :

سال تحصیلی :

نام و نام خانوادگی :

شماره دانشجویی :

☐

بوردرمولدینگ و قالب گیری نهایی

☐

سروی کردن و طراحی کست

☐

نام پروسیجر: قالب گیری اولیه

☐

تحویل و follow up

☐

امتحان پروتز در دهان بیمار

☐

تنظیم فریم و رکوردگیری

☐

آماده سازی دهان

توضیح :

>۹	۵-۹	۲-۵	۱	۰
<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:

>۱۰	۵-۹	۱-۴	۰
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

تعداد دفعاتی که دانشجو پروسیجر را انجام داده است:

نمی توان قضاوت کرد	بالاتر از حد انتظار		انتظار را برآورده می کند	لب مرز	پایین تر از حد انتظار		لطفا به هر یک از موارد زیر بر اساس مقیاس روبرو امتیاز بدهید:
	۶	۵			۲	۱	
							۱ توانایی ارائه طرح درمان
							۲ توانایی آگاه نمودن بیمار از مراحل و عواقب درمان
							۳ آماده سازی مناسب قبل از درمان
							۴ کنترل عفونت
							۵ توانایی انجام تکنیک
							۶ درخواست کمک در موقعیت مناسب
							۷ مراقبت پس از انجام درمان
							۸ مهارت های ارتباطی
							۹ ذکر نکات ضروری به بیمار
							۱۰ اجرای پروسیجر به طور کلی

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

کاملا

اصلا

میزان رضایت دانشجو از آزمون DOPS : ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐ ۶ ☐ ۷ ☐ ۸ ☐ ۹ ☐ ۱۰

میزان رضایت استاد از آزمون DOPS : ☐ ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐ ۶ ☐ ۷ ☐ ۸ ☐ ۹ ☐ ۱۰

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

☐

مشاهده فیلم آموزشی

☐

مطالعه منابع

☐

Demonstration توسط استاد

☐

زمان صرف شده برای بازخورد(دقیقه)

☐

زمان صرف شده برای مشاهده(دقیقه)

نام و امضاء استاد:

تاریخ: