** *DİKKAT:*** (*Bu formun, Aile Hekimliği poliklinikleri, E-ASM veya ASM’de eğitimden sorumlu uzman/öğretim üyesi ya da aynı eğitim sorumlusunun bilgisi dahilinde beraber çalışılan Aile Hekimi tarafından doldurulması ve kapalı bir zarf içinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na ulaştırılması beklenmektedir.)*

**İnternler için Birinci Basamak /Aile Hekimliği Stajı
ROTASYON SONU DEĞERLENDİRME FORMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İntern doktorun Adı ve Soyadı** |  |  |
| **ASM Rotasyonunun Başlama ve Bitiş Tarihleri** | ..… / ………………../……………… \_ ..… / ………………../……………… |  |
| **Değerlendirme Ölçütleri (Yeterlikler)** | **Gözlen-****Me****di** | **Beklentinin altı** | **Sınırda** | **Beklenti düzeyinde** | **Üst düzeyde** |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 1 | **Tıbbi kayıtların** tutulması |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Rotasyon alanına **özgü klinik becerilerin** düzeyi *(Öykü alma ve fizik muayene)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Tanı ve izlem planları oluşturma sırasında **kanıta dayalı yaklaşım /algoritma kullanımı** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Tanıya yönelik işlemlerin **akılcı seçimi** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **Tedavi düzenleme** sırasında akılcı ilaç kullanımı |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Hasta ve yakınları ile **iletişimi** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **Ekip çalışması** içindeki tutumu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | İş gününe **devamlılık ve disiplin** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **Yasal, etik ve mesleki sorumluluk** ve değerleri gözetme, uygun tutum ve davranış sergilemesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***GENEL DEĞERLENDİRME*** |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
|  | **Değerlendirenin Adı Soyadı** |  |  |
|  | **Değerlendirme Tarihi** |  | **İmza:** |  |
| **İnternün Rotasyon Boyunca Sergilediği Performansa Yönelik Görüş ve Değerlendirmeler** |  |
| İnternün Güçlü Yönleri | İnternün Geliştirmesi Gereken Yönleri |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |