

**copia per lo studente**

**VALUTAZIONE DEL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO DI AREA MEDICA**

Il **Tutor Dr./Prof.**

certifica che, lo **studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ha frequentato il Tirocinio Pratico-Valutativo di Area Medica per un totale di 100 ore ed esprime la seguente valutazione:

Per una valutazione **POSITIVA** utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a: **A**: Eccellente; **B**: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente. Per una valutazione **NEGATIVA** utilizzare la lettera **F**

| componenti della professione medica |  **VALUTAZIONE** |
| --- | --- |
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso) | A B C D E F |
| Ha la capacità di raccogliere anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale | A B C D E F |
| Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: la capacità di individuare i problemi prioritari o urgenti e quelli secondari e la capacità di proporre ipotesi diagnostiche e di individuare gli accertamenti diagnostici dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi | A B C D E F |
| È in grado di interpretare gli esami di laboratorio | A B C D E F |
| È in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini | A B C D E F |
| Si orienta sui processi decisionali relativi al trattamento farmacologico e non | A B C D E F |
| È in grado di compilare il rapporto di Accettazione/Dimissione del ricovero e compilare la lettera di dimissione | A B C D E F |
| È in grado di valutare l’appropriatezza dell’indicazione al ricovero e indicare percorsi di riabilitazione o di ricovero protetto in altre strutture | A B C D E F |
| Si dimostra capace di inquadrare il motivo del ricovero nel complesso delle eventuali cronicità, altre criticità e fragilità dei pazienti | A B C D E F |
| Sa indicare azioni di prevenzione e di educazione sanitaria | A B C D E F |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza circa l’organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regionale | A B C D E F |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario | A B C D E F |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole del reparto (o ambulatorio) | A B C D E F |
| Interagisce correttamente col personale medico, infermieristico e tecnico del reparto | A B C D E F |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza dei diversi ruoli e compiti dei membri dell’equipe | A B C D E F |
| Dimostra un atteggiamento attivo (fa domande, si propone per svolgere attività) | A B C D E F |



**Valutazione finale per il tirocinio in Area Medica**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDONEO** | **NON IDONEO** |

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Responsabile della struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**copia per il tutor**

**VALUTAZIONE DEL TIROCINIO PRATICO-VALUTATIVO DI AREA MEDICA**

Il **Tutor Dr./Prof.**

certifica che, lo **studente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ha frequentato il Tirocinio Pratico-Valutativo di Area Medica per un totale di 100 ore ed esprime la seguente valutazione:

Per una valutazione **POSITIVA** utilizzare un punteggio sintetico in lettere con valori corrispondenti a: **A**: Eccellente; **B**: Ottimo; C: Buono; D: soddisfacente; E: Sufficiente. Per una valutazione **NEGATIVA** utilizzare la lettera **F**

| componenti della professione medica |  **VALUTAZIONE** |
| --- | --- |
| Mette in atto le buone pratiche del rapporto medico-paziente (colloquio, relazione, informazione, chiarezza, acquisizione del consenso) | A B C D E F |
| Ha la capacità di raccogliere anamnesi e di eseguire un esame obiettivo in un contesto ambulatoriale | A B C D E F |
| Conosce e sa applicare il ragionamento clinico: la capacità di individuare i problemi prioritari o urgenti e quelli secondari e la capacità di proporre ipotesi diagnostiche e di individuare gli accertamenti diagnostici dotati di maggiore sensibilità e specificità per confermare o meno le ipotesi | A B C D E F |
| È in grado di interpretare gli esami di laboratorio | A B C D E F |
| È in grado di interpretare i referti degli esami di diagnostica per immagini | A B C D E F |
| Si orienta sui processi decisionali relativi al trattamento farmacologico e non | A B C D E F |
| È in grado di compilare il rapporto di Accettazione/Dimissione del ricovero e compilare la lettera di dimissione | A B C D E F |
| È in grado di valutare l’appropriatezza dell’indicazione al ricovero e indicare percorsi di riabilitazione o di ricovero protetto in altre strutture | A B C D E F |
| Si dimostra capace di inquadrare il motivo del ricovero nel complesso delle eventuali cronicità, altre criticità e fragilità dei pazienti | A B C D E F |
| Sa indicare azioni di prevenzione e di educazione sanitaria | A B C D E F |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza circa l’organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e del Servizio Sanitario Regionale | A B C D E F |
| Rispetta gli orari di inizio e fine turno, veste in maniera adeguata al ruolo, porta con sé tutto il necessario | A B C D E F |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza delle regole del reparto (o ambulatorio) | A B C D E F |
| Interagisce correttamente col personale medico, infermieristico e tecnico del reparto | A B C D E F |
| Dimostra conoscenza e consapevolezza dei diversi ruoli e compiti dei membri dell’equipe | A B C D E F |
| Dimostra un atteggiamento attivo (fa domande, si propone per svolgere attività) | A B C D E F |



**Valutazione finale per il tirocinio in Area Medica**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDONEO** | **NON IDONEO** |

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Responsabile della struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_