**แบบประเมินผลการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ (โดยแพทย์ประจำบ้าน)**

**ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์**

ชื่อแพทย์ผู้ถูกประเมิน......................................................................... แพทย์ประจำบ้านชั้นปี...........................................

ช่วงเวลาปฏิบัติงาน.......................................................ชื่ออาจารย์แพทย์ผู้ประเมิน.....................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| องค์ประกอบการประเมิน | เป็นแบบอย่าง | ดี | พอใช้ | ควรปรับปรุง | ประเมินไม่ได้NA |
| 1. การดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care) 1.1 ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย 1.2 ดูแลรักษาผู้ป่วยแบบเป็นส่วนๆ ไม่เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ 1.3 ดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้โอกาสการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม 1.4 ทำหัตถการที่ซับซ้อนได้อย่างชำนาญสอนการทำหัตถการพื้นฐานได้ดี |  |  |  |  |  |
| 2. การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Practice-based learning and improvement) 2.1 ปฏิบัติงานอย่างกระตือรือร้นในการค้นหาความรู้เพิ่มเติม 2.2 ถ่ายทอดความรู้ความชำนาญให้แพทย์รุ่นน้องได้อย่างเหมาะสมและครบถ้วน 2.3 สนใจการดำเนินการทบทวนคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในความรับผิดชอบ |  |  |  |  |  |
| 3. ทักษะปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร(Interpersonal and communication skills) 3.1 ความสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนร่วมงาน 3.2 รับฟังความเห็นและความต้องการของผู้อื่น 3.3 ให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วย ญาติ และเพื่อนร่วมงานได้ไม่ดี ใช้วาจาและกิริยาท่าทางที่ไม่สุภาพ |  |  |  |  |  |
| 4. ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)4.1 ให้คำแนะนำและทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี4.2 คำนึงถึงความต้องการและสิทธิของผู้ป่วย มองประโยชน์ส่วนตนเป็นหลัก4.3 ใส่ใจและเคารพสิทธิของผู้ป่วย ยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง |  |  |  |  |  |

ความคิดเห็นหรือข้อมูลเพิ่มเติม

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

 ลงชื่อ ................................................................. ผู้ประเมิน

(.................................................................)

วันที่.......................................................

**แบบประเมินผลการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ (โดยพยาบาล)**

**ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์**

ชื่อแพทย์ผู้ถูกประเมิน......................................................................... แพทย์ประจำบ้านชั้นปี...........................................

ช่วงเวลาปฏิบัติงาน.......................................................ชื่อแพทย์ผู้ประเมิน.........................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **องค์ประกอบการประเมิน** | **เป็นแบบอย่าง** | **ดี** | **พอใช้** | **ควรปรับปรุง** | **ประเมินไม่ได้****NA** |
| 1. ความเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติ |  |  |  |  |  |
| 2. การสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติ |  |  |  |  |  |
| 3. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ |  |  |  |  |  |
| 4. ความตั้งใจทำงาน |  |  |  |  |  |
| 5. การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น |  |  |  |  |  |
| 6. การบันทึกรายงานผู้ป่วย |  |  |  |  |  |
| 7. ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในระบบโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |
| 8. ความรับผิดขอบในการดูแลผู้ป่วย |  |  |  |  |  |
| 9. มนุษย์สัมพันธ์ |  |  |  |  |  |
| 10. เจตคติ จริยธรรมทางการแพทย์ |  |  |  |  |  |

**การวัดและประเมินผล**  **ผ่าน**  **ไม่แน่ใจ**  **ไม่ผ่าน**

**ข้อเสนอแนะ/เหตุผล** .......................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ).........................................................ผู้ประเมิน

 (............................................................)

 วันที่..........................................................

**แบบประเมินผลการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ (โดยนักศึกษา)**

**ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์**

ชื่อแพทย์ผู้ถูกประเมิน......................................................................... แพทย์ประจำบ้านชั้นปี...........................................

ช่วงเวลาปฏิบัติงาน.......................................................ชื่อแพทย์ผู้ประเมิน.........................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **องค์ประกอบการประเมิน** | **เป็นแบบอย่าง** | **ดี** | **พอใช้** | **ควรปรับปรุง** | **ประเมินไม่ได้****NA** |
| 1. ความเอาใจใส่ผู้ป่วยและญาติ |  |  |  |  |  |
| 2. การสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติ |  |  |  |  |  |
| 3. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ |  |  |  |  |  |
| 4. ความตั้งใจทำงาน |  |  |  |  |  |
| 5. การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น |  |  |  |  |  |
| 6. การบันทึกรายงานผู้ป่วย |  |  |  |  |  |
| 7. ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในระบบโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |
| 8. ความรับผิดขอบในการดูแลผู้ป่วย |  |  |  |  |  |
| 9. มนุษย์สัมพันธ์ |  |  |  |  |  |
| 10. เจตคติ จริยธรรมทางการแพทย์ |  |  |  |  |  |

**การวัดและประเมินผล**  **ผ่าน**  **ไม่แน่ใจ**   **ไม่ผ่าน**

**ข้อเสนอแนะ/เหตุผล** .......................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ).........................................................ผู้ประเมิน

 (............................................................)

 วันที่..........................................................