

بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم
پرسشنامه مشخصات برنامه های حضوری آموزش مداوم به منظور تعیین امتیاز

تذکر: این پرسشنامه بصورت کلی طراحی شده و تکمیل کنندگان می توانند بسته به میزان اطلاعات، قسمتهای مختلف پرسشنامه را توسعه داده جزئیات برنامه را در آن قید نمایند تا اطلاعات بطور کامل به اداره کل ارسال گردد.

1 - عنوان برنامه:

(ذکر کد برنامه مدون الزامی می باشد.)

2 - سازمان برگزار کننده:

آدرس:

ظرفیت سالن:

محل برگزاری:

3 - تاریخ برگزاری: از تاریخ:

لغایت:

از ساعت:

الی ساعت:

4 - آیا قبلاً این برنامه یا مشابه آن برگزار شده است؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن، امتیازات ویژه برنامه نسبت به برنامه قبلی ذکر شود:

5 - هدف کلی برنامه:

6 - اهداف اختصاصی اجرای برنامه:

-1

-2

-3

7 - اعضاء کمیته علمی برنامه (شامل نام، تخصص، رتبه علمی و دانشگاه محل کار) که با آنان قبل هماهنگی به عمل آمده است:

-1

-2

-3

-4

8 - برنامه تفصیلی طبق لیست پیوست قید گردد: (به پیوست می باشد.)

9 - برنامه به چه زبانی ارائه میگردد:

در صورتیکه برنامه به زبانی به غیر از زبان فارسی ارائه میگردد آیا ترجمه همزمان انجام میشود:

در صورتیکه سخنرانی توسط سخنرانان خارجی ارائه میگردد اسامی سخنرانان، تخصص، رتبه علمی و کشور آنان ذکر شود:

10 - برنامه برای مشمولین چه رشته هایی تدوین شده است (با ذکر درصد امتیاز پیشنهادی):

الف) در مرتبه اول برای:

ب) در مرتبه دوم برای:

ج) در مرتبه سوم برای:

* رشته ها به تفکیک ذکر گردند.

11 - تعداد تقریبی شرکت کنندگان:

12 - تعداد تقریبی سخنرانان:

13 - مشخصات طراحی علمی برنامه:

الف) بررسی نیاز دارد ندارد

در صورت داشتن بررسی نیاز، کدامیک از منابع زیر مورد استفاده قرار گرفته است؟

خواهشمند است در صورت استفاده ها از منابع ذیل توضیح و مدارک مربوطه ضمیمه گردد.

- 1- اطلاعات اپیدمیولوژیک 2- وقایع ویژه 3- تصمیمات سیاستگذاران 4- شکایات/ مدیریت خطر 5- نظر متخصصین
6- درخواست بیماران/ مددجویان 7- نظر فراگیران 8- درخواست گروههای تخصصی 9- درخواست مدیران
10- ورود اطلاعات جدید و مهارتهای کلیدی 11- مطالعات بهداشتی 12- تحقیقات بیمارستانی و کلینیکی
13- سایر منابع با ذکر مورد:

ب) روش اجرا:

- توضیح هرگونه نوآوری در اجرا:

ج- ارزشیابی:

ارزشیابی آگاهی و دانش دارد ندارد

توضیح روش ارزشیابی فوق: طبق استاندارد آموزش مداوم

14- حق ثبت نام پیشنهادی: روزانه

در مجموع

15- آدرس دقیق برای ثبت نام و کسب اطلاعات بیشتر (جهت درج در تقویم اداره کل):

تلفن: کد شهرستان: داخلی: -
شماره تلفن ضروری جهت تماس اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی با آن مرکز:

16- مشخصات دبیر علمی برنامه:

نام و نام خانوادگی: تخصص: رتبه علمی:
نام کاربر: رمز عبور:
کارگاه های آموزشی گذرانده شده:

امضاء تاریخ

17- نام و نام خانوادگی رئیس/ معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده / انجمن و ... مرکز مجری:

امضاء و مهر مرکز تاریخ

18- نام و نام خانوادگی رئیس/ معاون آموزشی دانشگاه/ دانشکده/ انجمن و ... مرکز همکار:

امضاء و مهر مرکز تاریخ