# **بسمه‌تعالي**

***وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي***

***معاونت آموزشي – اداره كل آموزش جامعه پزشكي***

## **پرسشنامه مشخصات برنامه‌هاي حضوري آموزش مداوم بمنظور تعيين امتياز**

***تذكر: اين پرسشنامه بصورت قالب كلي طراحي شده و تكميل كنندگان ميتوانند بسته به ميزان اطلاعات، قسمتهاي مختلف پرسشنامه را توسعه داده***

***جزئيات برنامه را در آن قيد نمايند تا اطلاعات بطور كامل به اداره كل ارسال گردد.***

|  |
| --- |
| **1- عنوان برنامه :**  **(ذكر كد برنامه مدون الزامي است)** |
| **2- سازمان برگزار كننده** اداره آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی تبریز **شهر محل برگزاري:** تبریز  **آدرس محل برگزاري:** دانشکده پرستاری و مامایی تبریز **ظرفيت سالن: 200 نفر** |
| 3**- تاريخ برگزاري: از تاريخ لغايت: از ساعت: 8 الي ساعت: 14**  **روز:** |
| **4- آيا قبلاً اين برنامه يا مشابه آن برگزار شده است؟ اگر برگزار شده اين برنامه چه محاسني نسبت به قبلي دارد؟** |
| **5-‌ هدف كلي برنامه:** |
| **6- اهداف اختصاصي اجراي برنامه:** |
| **7- اعضاء كميته علمي برنامه (شامل نام، تخصص ، رتبه علمي و دانشگاه محل كار) كه با آنان قبلاً هماهنگي بعمل آمده است:** |
| **8- - تقويم روزانه بصورت ذيل براي كل دوره همراه با جزئيات زمان بندي، نوع اجرا، پرسش و پاسخ، نماز، ناهار، پذيرائي و ....... در ضميمه قيد گردد.**  **روز زمان نام سخنران و تخصص با ذكر موضوع سخنراني (مبحث) زمان سخنراني زمان پرسش و پاسخ زمان پانل يا بحث گروهي**  **طبق برنامه پیوستی** |
| **9- برنامه براي مشمولين چه رشته هايي تدوين شده است (با ذكر درصد امتياز پيشنهادي):**  **الف) درمرتبه اول براي:کارشناسان و کارشناسان ارشد پرستاری**  **ب) در مرتبه دوم براي: کارشناسان و کارشناسان ارشد مامایی**  **ج) در مرتبه سوم براي: سایر مشمولان آموزش مداوم حرف پزشکی و پیراپزشکی**  **\* رشته‌ها به تفكيك ذكر گردند.** |
| **10- تعداد تقريبي سخنرانان:‌ 8 نفر 11- تعداد تقريبي شركت كنندگان: 200 نفر** |

|  |
| --- |
| 12**- مشخصات طراحي علمي برنامه :**  **الف) نيازسنجي دارد 🞎 ندارد** ❑  **در صورت داشتن نيازسنجي، كداميك از منابع زير مورد استفاده قرار گرفته است؟**  **- خواهشمند است در صورت استفاده از منابع ذيل توضيح و مدارك مربوطه ضميمه گردد.**  1**- اطلاعات اپيدميولوژيك** 🞎 **2 – وقايع ويژه** ❑ **3 – تصميمات سياستگزاران** ❑ **4 – شكايات** 🞎  **5 – نظر متخصصين** 🞎 **6 – درخواست بيماران / مددجويان** 🞎 **7 – نظر فراگيران** 🞎 **8 – درخواست گروههاي تخصصي** 🞎 **9 – درخواست مديران**❑ **10 – ورود اطلاعات جديد و مهارتهاي كليدي** 🞎 **11 - مطالعات بهداشتي** 🞎  **12 – تحقيقات بيمارستاني و كلينيكي** 🞎  **13 - ساير منابع با ذكر مورد :‌ الویت کشوری..........................................................................**  **ب) روش اجرا: بصورت کنفرانس**  **- توضيح هرگونه نوآوري در اجرا:تدوین عملی طرحهای تحقیقاتی در پایان دوره**  **ج) ارزشيابي:**  **ارزشيابي آگاهي و دانش دارد** ❑ **ندارد** 🞎  **- توضيح روش ارزشيابي فوق:** |
| **13- حق ثبت نام پيشنهادي:** روزانه ...................................... ريال در مجموع ........................................ ريال |
| **14- آدرس دقيق براي ثبت نام و كسب اطلاعات بيشتر (جهت درج در تقويم اداره كل):**  **تلفن:** 4796770-4770648 و4770649 **كد شهرستان:** 0411 **داخلي:**  **شماره تلفن ضروري جهت تماس اداره كل آموزش مداوم جامعه پزشكي با آن مركز:** |
| **15 - مشخصات دبير علمي برنامه:**  **نام و نام‌خانوادگي** **تخصص:**  **رتبه علمي:** ........................................................................... **كارگاههاي آموزشي گذرانده شده:**  **امضاء تاريخ:** |
| **16 ـ نام و نام‌خانوادگي رئيس / معاون آموزشي دانشگاه علوم پزشكي / دانشكده / انجمن و ... مركز مجري:**    **امضاء و مهر مركز تاريخ** |
| **17 ـ نام و نام‌خانوادگي رئيس / معاون آموزشي دانشگاه علوم پزشكي / دانشكده / انجمن و ... مركز همكار:**    **امضاء و مهر مركز تاريخ** |