# **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** |