**بسمه تعالی**

 **کارورز گرامی**

کارورزی با هدف تسهیل گذر از مرحله دانشجویی به گفتاردرمانی که مستقل عمل می کند طراحی شده است. امید است. در دوره کارورزی در عرصه بتوانید برای ارتقاء سلامت مراجعان و افزایش صلاحیت علمی و عملی خود کوشا باشید.

**قبل از ورود به بخش موارد زیر را مطالعه نمایید:**

* لطفا کلیه فعالیت های آموزشی خود را طی دوره کارورزی در این دفترچه ثبت و یا پیوست نمایید
* تکالیف انجام شده را به تایید سوپروایزر بالینی برسانید.
* دفترچه خود را در پایان دوره پس از تکمیل به مسئول بالینی تحویل دهید.

**از شما انتظار می رود تا مقررات آموزشی را مد نظر قرار دهید:**1. استفاده از یونیفرم طبق مقرارت دانشکده (پوشیدن روپوش سفید و تمیز، نصب اتیکت و عدم استفاده از شلوار و کفش نامناسب بالین) و استفاده از کارت شناسایی،
2. کوتاه نگه داشتن ناخن و عدم استفاده از زیور آلات، لاک ناخن،
3. حضور طبق برنامه تعیین شده و حضور به موقع در کلینیک،
4. رعایت شئونات حرفه ای در برخورد با بیماران، همراهان، همکاران، کادر آموزشی درمانی،
**5. کارورز موظف است تمامی برنامه های درمانی را که می بایست قبل از شروع جلسه درمانی اجرا نمایید ثبت کرده و به نظر سوپروایزر بالینی رسانده و اصلاحات لازم توسط وی را قید نماید.** 6. خروج از بیمارستان در شرایط خاص صرفا فقط با کسب مجوز از سوپروایزر بالینی و کسر نمره مقدور می باشد.
**7. ارزیابی کلی از عملکرد بالینی کارورز در طی ترم تحصیلی بر عهده سوپروایزر بالینی بوده و در قالب نمره ای جداگانه به گروه اعلام خواهد شد.
8. در طول دوره مجاز به غیبت نمی باشید.** هر گونه جابجایی و یا عدم امکان حضور در مرکز به دلیل بیماری بایستی با هماهنگی قبلی **سوپروایزر و مسئول بالینی** صورت گیرد **(حداکثر یک جلسه غیبت)**  و پس از پایان ترم نیز **جبران** **گردد**

و برنامه درمانی مراجعان خود را به کارورزان هم گروه خویش اعلام نماید ( لطفا قوانین کارآموزی مطالعه شود).9. در خصوص مسائل مربوط به کارورزی با سوپروایزر بالینی و مسئول بالینی (**آقای دکتر تیموری**) تماس بگیرید.

**10. تکالیف دوره: تکمیل فرم بالینی ، تکمیل فرم ثبت مراجعین، مشارکت در جلسات درمانی مراجعین و تکمیل فرم گزارش بالینی مراجع
11. نحوه ارزشیابی : بررسی فرم بالینی، فرم ثبت مراجعین، فرم گزارش بالینی مراجع، عملکرد بالینی، فرم لاگ بوک\* ، ازمون preclinic و حضور و غیاب**

12. لطفا **حداکثر یک هفته** پس از آخرین روز کارآموزی/ کارورزی، کارپوشه را تحویل مسئول بالینی (آقای دکتر تیموری) بدهید.

\*لاگ بوک (Log Books)فرمی است که ضمن بیان اهداف کلی درس و روند دوره، عملکرد دانشجو را در این درس و در این دوره ثبت می نماید.

برنامه کارورزی دانشجو:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| روزهای هفته | محل کارورزی | امضا استاد |
| شنبه |  |  |
| یکشنبه |  |  |
| دوشنبه |  |  |
| سه شنبه |  |  |
| چهارشنبه |  |  |
| پنج شنبه |  |  |

|  |
| --- |
| تعهد نامهاینجانب ................................................. متعهد می شوم از انجام **هرگونه غیبت غیر مجاز،غیبت مجاز بیش از یک جلسه،تاخیر زیاد و یا خروج پیش از موعد** اجتنابنمایم. در غیر این صورت کل واحد کارورزیمربوطه گذرانده شده اینجانب حذف خواهدشد.امضا و تاریخاین قسمت می بایستی به تایید سرپرست بالینی و مسئول بالینی برسد. در غیر این صورت مراجعات بهمراکز کارورزی فاقد اعتبار خواهند بود. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| فعالیت ها | نمره | نمره کسب شده | ملاحظات |
| **ارزشیابی در بالین** | **5/15** |  | **فرم logbook توسط سرپرست بالینی** |
| **آزمون precinic** | **5/4** |  | **تاریخ آزمون قبل شروع ترم اعلام می گردد.****حضور همه کارورزان الزامی می باشد.****این آزمون تنها یکبار برگزار شده و قابل تکرار نخواهد بود.** |
| **عملکرد بالینی** | **20** |  | **این نمره توسط سرپرست بالینی تکمیل می گردد** |
| **گزارش بالینی مراجع** | **15** |  | **ارائه الزامی است** |
| **تکمیل فرم های کارپوشه** | **5** |  | **در کارپوشه موجود است** |
| **نمره کسب شده** | **60** |  | **جمع نمرات بالا** |
| **نمره نهایی** | **20** |  | **جهت نمره نهایی، تقسیم بر 3خواهد شد** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **مهارت بالینی** | **کلینیک/بیمارستان** | **کلینیک/بیمارستان** | **کلینیک/بیمارستان** | **کلینیک/بیمارستان** |
| کسب اطلاعات و تشکیل پرونده(چهار مراجع) |  |  |  |  |
| ارزیابی و تشخیص اختلال تکاملی زبان ( در حداقل دو سن زبانی مختلف) با نظارت کامل سرپرست(چهار مراجع) |  |  |  |  |
| مداخله کودک مبتلا به اختلال تکاملی زبان در حداقل دو سن زبانی مختلف با نظارت کامل سرپرست (چهار مراجع) |  |  |  |  |
| جمع آوری و تحلیل کامل نمونه گفتار (چهار مراجع) |  |  |  |  |
| تائید استاد مربوط |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی مراجع | نوع بیماری | نوع اختلال | تعداد جلساتمشاهده/ مداخله | رویکرد و روش مداخله | محل کارآموزی | تأیید استاد مربوطه |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی مراجع | نوع بیماری | نوع اختلال | تعداد جلساتمشاهده/ مداخله | رویکرد و روش مداخله | محل کارآموزی | تأیید استاد مربوطه |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی مراجع | نوع بیماری | نوع اختلال | تعداد جلساتمشاهده/ مداخله | رویکرد و روش مداخله | محل کارآموزی | تأیید استاد مربوطه |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی مراجع | نوع بیماری | نوع اختلال | تعداد جلساتمشاهده/ مداخله | رویکرد و روش مداخله | محل کارآموزی | تأیید استاد مربوطه |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

نام مشاهده گر ........................................ نام سرپرست بالینی ................................... نام مرکز درمانی.............................. تاریخ .................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع اختلال** | **نوع بیماری** | **تاریخ تولد** | **نام و نام خانوادگی مراجع** |
|  |  |  |  |

| **نظرات سرپرست بالینی** | **گزارش** |
| --- | --- |
|  | **ویژگی های ظاهری مراجع** |
|  | **تابلوی بالینی مراجع (نتایج ارزیابی)** |
|  | **اهداف مداخله** |
|  | **روش ها / تکنیک های مداخله ای مورد استفاده**  |
|  | **خلاصه مشاورات ارائه شده** |
|  | **نتایج ارزیابی حین/ بعد مداخله** |
|  | **نکات بالینی آموخته شده** |

**تایید استاد مربوطه: .............................................**

**تاریخ**

نام مشاهده گر ........................................ نام سرپرست بالینی ................................... نام مرکز درمانی.............................. تاریخ .................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع اختلال** | **نوع بیماری** | **تاریخ تولد** | **نام و نام خانوادگی مراجع** |
|  |  |  |  |

| **نظرات سرپرست بالینی** | **گزارش** |
| --- | --- |
|  | **ویژگی های ظاهری مراجع** |
|  | **تابلوی بالینی مراجع (نتایج ارزیابی)** |
|  | **اهداف مداخله** |
|  | **روش ها / تکنیک های مداخله ای مورد استفاده**  |
|  | **خلاصه مشاورات ارائه شده** |
|  | **نتایج ارزیابی حین/ بعد مداخله** |
|  | **نکات بالینی آموخته شده** |

**تایید استاد مربوطه: .............................................**

**تاریخ**

نام مشاهده گر ........................................ نام سرپرست بالینی ................................... نام مرکز درمانی.............................. تاریخ .................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع اختلال** | **نوع بیماری** | **تاریخ تولد** | **نام و نام خانوادگی مراجع** |
|  |  |  |  |

| **نظرات سرپرست بالینی** | **گزارش** |
| --- | --- |
|  | **ویژگی های ظاهری مراجع** |
|  | **تابلوی بالینی مراجع (نتایج ارزیابی)** |
|  | **اهداف مداخله** |
|  | **روش ها / تکنیک های مداخله ای مورد استفاده**  |
|  | **خلاصه مشاورات ارائه شده** |
|  | **نتایج ارزیابی حین/ بعد مداخله** |
|  | **نکات بالینی آموخته شده** |

**تایید استاد مربوطه: ...........................................**

**تاریخ**

| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | **شماره جلسه****اقدامات بالینی مورد انتظار** | **نمره** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | حضور/ غیبت | رعایت نظم و اخلاق حرفه ای |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ورود و خروج راس ساعت تعیین شده از طرف سرپرست بالینی (به ازای هر 5 دقیقه تاخیر کسر یک چهارم نمره این عملکرد؛ تاخیر یا تأجیل بیش از یک ساعت معادل غیبت محسوب می گردد). | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | تشکیل پرونده، نگهداری مناسب از برگه های پرونده، قرار ندادن آن ها در انظار عموم یا خارج نکردن آن ها از محیط بالینی | 5/1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | تکمیل پرونده بیمار در هر جلسه و ارائه آن به سرپرست بالینی | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | زمانبندی دقیق و مناسب جلسه (رعایت زمان شروع و پایان جلسه) | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | رعایت نظم جلسات بالینی (آماده کردن وسایل مورد نیاز قبل از شروع جلسه و انتقال وسایل به محل خود بعد از اتمام کار،مرتب نمودن کمد وسایل در انتهای روز قبل از خروج از کلینیک) | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | رعایت متانت، احترام و شئون حرفه ای (از جمله استفاده از روپوش سفید و نصب اتیکت) در مقابل مراجع، همراهان مراجه و همکاران | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انجام دقیق و به موقع امور محوله از طرف سرپرست بالینی (از جمله ارائه کنفرانس) | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | رعایت مقررات بهداشتی در جلسه | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انجام مصاحبه کامل از بیمار/ خانواده در جلسات اولیه | ارزیابی | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انتخاب و اجرای دقیق و صحیح شیوه های ارزیابی | 5/1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | تحلیل و ثبت نتایج آزمون ها به شیوه مناسب و با استفاده از اصطلاحات تخصصی | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | تشخیص صحیح و انتخاب درست اهداف بلند مدت و کوتاه مدت برای هر مراجع | درمان | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | تعیین روش درمان مشخص و مناسب برای بر اساس اهداف درمانی هر مراجع | 5/1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | اجرای صحیح و کامل روش های درمانی انتخاب شده بر اساس مبانی نظری و عملی روش درمانی و رعایت ترتیب مراحل اجرا | 5/1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انتخاب درست ابزار درمان | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ارائه مشاوره های صحیح و مناسب برای هر مراجع در هر جلسه | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | مشارکت دادن مناسب والدین یا همراهان بیمار در روند مداخله | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | انجام کلیه امور درمانی، مکاتبات و تعیین وقت مراجع با هماهنگی سرپرست بالینی | 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | امضا سرپرست بالینی و تاریخ |