

VALUTAZIONE TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE

Corso di Laurea SPECIALISTICA di Medicina e Chirurgia (Ord. 0598)

AVVISO IMPORTANTE

Per la corretta registrazione della valutazione del tirocinio occorre utilizzare la **procedura informatizzata** comunicata via mail dalla Presidenza del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia esclusivamente al Responsabile dell'U.O. Per ulteriori informazioni si prega di contattare il Sig. **Roberto Bidinelli** dell'Ufficio Servizi Informatici della Presidenza (0871/3554058; r.bidinelli@unich.it; fax 0871/3554056) oppure il Sig. **Stefano Scioli** del Supporto alla Didattica della Presidenza (0871/3554219; supporto.didatticamedicina@unich.it).

STUDENTE	UNITA' OPERATIVA (U.O.)														
Anno Accademico 20__ / 20__	Unità Operativa (U.O.):														
Cognome e nome:	Sede U.O.:														
Matricola:	Ospedale:														
Anno di corso: (numero) ____ (in lettere) _____	Responsabile U.O.:														
	Tutor-valutatore:														
	Periodo tirocinio dal ____/____/____ al ____/____/____														
	Totale ore: _____ Totale CFU (1 CFU per Ord. 0598 = 10 ore): _____														
Griglia di valutazione	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	Non Sufficiente	Non valutabile
Valutazione clinica del paziente (<i>Anamnesi, esame obiettivo</i>)															
Attitudine a presentare e sintetizzare i casi clinici															
Conoscenza e giudizio clinico															
Impegno a svolgere l'attività di tirocinio															
Puntualità															
Comportamento															
Relazioni umane con i Pazienti															
Relazioni umane con l'équipe curante (medici,infermieri,etc)															
Capacità ad accettare giuste critiche															
Valutazione globale del tirocinio <i>(riportare la media dei singoli voti)</i> /30														

FIRMA DEL TUTOR VALUTATORE

IMPORTANTE: SI PREGA DI UTILIZZARE QUESTO FOGLIO SOLO COME FAC-SIMILE PER USO INTERNO AL REPARTO, QUINDI NON VA RILASCIATO ALLO STUDENTE PER NESSUN MOTIVO