مرکز آموزشی درمانی افضلی پور

گروه جراحی

# فرم ارزیابی Grand Round (اینترن)

نام و نام خانوادگی اینترن .....

تاریخ .....  شماره پرونده  تحت بررسی: .....

| عنوان | حدنصاب نمره | نمره کسب شده |
|---|---|---|
| ۱- اخلاق حرفه ای | ۳ | |
| ۲- شرح حال متناسب با بیماری | ۵ | |
| ۳-،  ارائه تشخیص افتراقی مناسب | ۳ | |
| ۴- اطلاعات متناسب با بیماری | ۵ | |
| ۵- آشنایی با آزمایشات، یافته های پاراکلینیکی مهم بیمار | ٤ | |
| جمع کل:<br>توضیحات: | | |

**امضاء مسئول:**