

معاونت پژوهشی پژوهشکده آموزشی، پژوهشی، درمانی، سل و بیماریهای ریوی

فرم (ک.۱)

تاریخ:

شماره:

پیوست:

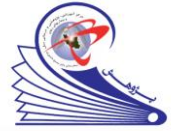
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - اداره کل آموزش مداوم

پرسشنامه مشخصات برنامه های حضوری آموزش مداوم بمنظور تعیین امتیاز

تذکر: این پرسشنامه بصورت قالب کلی طراحی شده و تکمیل کنندگان می توانند بسته به میزان اطلاعات قسمتهای مختلف از پرسشنامه را توسعه داده و جزئیات برنامه را در آن قید نمایند تا اطلاعات بطور کامل به اداره کل ارسال گردد.

	۱ - عنوان برنامه: (ذکر کد برنامه مدون الزامی می باشد.)
۲ - سازمان برگزار کننده:	شهر محل برگزاری:
آدرس محل برگزاری:	ظرفیت سالن:
۳ - تاریخ برگزاری:	از تاریخ: لغایت: از ساعت: الی ساعت:
۴ - آیا قبلاً این برنامه یا مشابه آن برگزار شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	در صورت مثبت بودن، امتیاز ویژه برنامه نسبت به برنامه قبلی ذکر شود.
۵- هدف کلی برنامه:	
۶-اهداف اختصاصی اجرای برنامه : (۱) (۲) (۳)	
۷-اعضاء کمیته علمی برنامه (شامل نام، تخصص، رتبه علمی و دانشگاه محل کار) که با آنان قبلاً هماهنگی بعمل آمده است:	
۸-برنامه تفضیلی طبق لیست پیوست، قید گردد:	
۹-برنامه به چه زبانی ارائه میگردد: در صورتیکه برنامه به زبانی به غیر از زبان فارسی ارائه میگردد آیا ترجمه همزمان انجام می شود؟ در صورتیکه سخنرانی توسط سخنرانان خارجی ارائه میگردد اسامی سخنرانان، تخصص، رتبه علمی و کشور آنان ذکر شود:	
۱۰- برنامه برای مشمولین چه رشته هایی تدوین شده است؟ (هر الویت حداکثر ۵ رشته): الف) در مرتبه اول برای: ب) در مرتبه دوم برای: ج) در مرتبه سوم برای: د) در مرتبه چهارم برای: رشته ها به تفکیک ذکر گردد.	



معاونت پژوهشی پژوهشکده آموزشی، پژوهشی، درمانی، سل و بیماریهای ریوی

۱۱- تعداد تقریبی سخنرانان:		۱۲- تعداد تقریبی شرکت کنندگان:	
۱۲- مشخصات طراحی علمی برنامه:			
الف: بررسی نیاز دارد:		ندارد	
در صورت داشتن بررسی نیاز کدامیک از منابع زیر مورد استفاده قرار گرفته است؟ خواهشمند است در صورت استفاده از منابع ذیل توضیح و مدارک مربوطه ضمیمه گردد.			
- اطلاعات اپیدمیولوژیک	- وقایع ویژه	- تصمیمات سیاستگذاران	- شکایت/مدیریت خطر
- نظرات متخصصین	- در خواست بیماران/مددجویان	- نظر فراگیران	- درخواست گروههای تخصصی
- مطالعات بهداشتی	- در خواست مدیران	- ورود اطلاعات جدید و مهارتهای کلیدی	- تحقیقات بیمارستانی و کلینیکی
۱۳- سایر منابع با ذکر مورد:			
ب) روش اجرا :کنگره به صورت سخنرانی اصلی، ارائه مقاله (شفاهی و پوستر)، پانل های اختصاصی و work shop ، سمپوزیوم در زمینه سل و بیماریهای ریوی و مراقبتهای ویژه خواهد بود.			
ج) ارزشیابی:			
ارزشیابی آگاهی و دانش	دارد	ندارد	
ارزشیابی عملکرد	دارد	ندارد	
توضیح روش ارزشیابی فوق:			
ارائه پرسشنامه در شروع برنامه:	دارد	ندارد	
جمع آوری پرسشنامه در انتهای برنامه	دارد	ندارد	
۱۴- حق ثبت نام پیشنهادی:			
روزانه	ریال	در مجموع	ریال
۱۵- آدرس دقیق برای ثبت نام و کسب اطلاعات بیشتر (جهت درج در تقویم اداره کل):			
تلفن:	فاکس:	داخلی:	
۱۶- شماره تلفن ضروری جهت تماس اداره کل آموزش مداوم جامعه پزشکی با آن مرکز:			
۱۷- مشخصات دبیر علمی برنامه:			
نام و نام خانوادگی:		تخصص:	
رتبه علمی:			
کارگاه های آموزشی گذرانده شده:		تاریخ	
امضا			
۱۸- نام و نام خانوادگی رئیس / معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده / انجمن مرکزی مجری :			
تاریخ		امضا:	
۱۹ - نام و نام خانوادگی رئیس / معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی / دانشکده / انجمن مرکز همکار :			
تاریخ		امضا و مهر مرکز:	

قابل توجه کلیه دبیران محترم برگزار کننده برنامه های آموزشی، سمینار، کارگاه و گنکره

۲۰- اینجانب خانم/آقا.....دبیر برنامه..... مورخ

برگزاری.....متعهد می باشد هرگونه شرکت تبلیغاتی و مالی که اسپانسرینگ و هزینه های برنامه مذکور را متعهد شده اند را حداکثر تا یک روز قبل از برگزاری برنامه بصورت شفاف با درج نام شرکت مالی و قراردادنامه با فرمت تنظیم شده بیمارستان در اختیار مسول دفتر واحد همایش قرار بدهم.

تاریخ:

امضا و مهر مرکز:

۲۱- لازم به ذکر می باشد هرگونه قصور در ارائه آمار فوق الذکر به عهده دبیر برنامه می باشد و دفتر واحد همایش این حق را برای خود محفوظ می داند که این تخلف را از طریق حراست و مدیریت بیمارستان تا حصول نتیجه پیگیری نماید.