

CME NEEDS ASSESSMET FORM **فرم نیازسنجی آموزش مداوم**

از آنجا که شناسایی نیاز جامعه پزشکی موجب افزایش مشارکت آنها در طراحی برنامه های آموزش مداوم و ارتقاء سطح کیفی برنامه ها می شود، با تکمیل دقیق پرسشنامه ذیل ما را در رسیدن به اهداف فوق یاری نمائید.

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی	سال تولد	رشته و مقطع تحصیلی	ش نظام
نوع فعالیت <input type="checkbox"/> هیأت علمی	<input type="checkbox"/> غیر علمی		
محل فعالیت <input type="checkbox"/> اورژانس	<input type="checkbox"/> بیمارستان	<input type="checkbox"/> مطب	<input type="checkbox"/> کلینیک تخصصی
			<input type="checkbox"/> غیر درمان
شهر محل سکونت:			
تلفن:			

۱- با توجه به عناوین برنامه های ارائه شده (مجموعه راهنمای برنامه های مدون) ۵ اولویت اول خود را با ذکر شماره ردیف هر عنوان در مقابل اولویت ها تعیین نمایید. (تکمیل جدول یک، جهت رشته های پیراپزشکی، پرستاری و مامایی لزومی ندارد).

مثال:

اولویتها	شماره ردیف عنوان	عنوان برنامه مدون	فصل ارائه برنامه
اولویت اول	۲	پریودانتیکس	بهار

تذکر: عنوان ردیف ۲ برنامه مدون پریودانتیکس می باشد.

جدول یک

اولویتها	شماره ردیف عنوان	عنوان برنامه مدون	فصل ارائه برنامه
اولویت اول			
اولویت دوم			
اولویت سوم			
اولویت چهارم			
اولویت پنجم			

۲- در جدول ذیل سه نیاز آموزشی به جزء برنامه های مدون در حیطه تخصصی و سه نیاز آموزشی خارج از حیطه تخصصی را ذکر نمائید.

ردیف	در حیطه تخصصی و شغلی	خارج از حیطه تخصصی
۱		
۲		
۳		

۳- برای اطلاع از برنامه های آموزش مداوم از چه منابعی استفاده می نمائید؟

جراید اینترنت نشریات همکاران سایر با ذکر نام

۴- روزهایی از هفته که جهت شرکت در برنامه های آموزش مداوم برای شما مناسب تر است، قید نمائید.

ایام هفته	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه
نوبت							
صبح							
بعد از ظهر							

۵- پیشنهادات و نقطه نظرات دیگر:

.....
.....