

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 هیأت علمی غیر علمی

محل فعالیت اورژانس بیمارستان مطب کلینیک تخصصی 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 | ۳ | ژنتیک در جراحی | بهار |

تذکر: عنوان ردیف ۳ برنامه مدون ژنتیک در جراحی 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: