**การประเมินวิถีใหม่**

ตามที่ คณะอนุกรรมการพิจารณาสนับสนุนการเพิ่มพูนทักษะแพทย์ตามโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๒ ได้พิจารณาทบทวนการประเมินผลปฏิบัติงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามแบบประเมิน พท.๓/๑.๑, พท.๓/๑.๒, พท.๓/๒.๑ และ พท.๓/๒.๒ ที่เป็นการประเมินโดยอิงฐานระยะเวลาการปฏิบัติงานโดยต้องปฏิบัติงานครบร้อยละ ๘๐ ทุกสาขาหลัก และช่วง Elective และได้คะแนนประเมินทุกหัวข้อระดับ ๒ คะแนนขึ้นไปจึงถือว่าผ่านการประเมินการปฏิบัติงาน เนื่องจากปัจจุบันการประเมินการปฏิบัติงานตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของนิสิต/นักศึกษาแพทย์ และตามหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเป็นการประเมินโดยอิงความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานทุกมิติ (๓๖๐ องศา) ตามรูปแบบการประเมินการปฏิบัติงานวิถีใหม่ Workplace based assessment (WBA) แบ่งการประเมินเป็น ๓ ส่วน คือ

๑. Entrustable professional activities (EPA) การประเมินทักษะทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย

๒. Direct observation of procedural skills (DOPS) การประเมินทักษะทางหัตถการในการ

ดูแลผู้ป่วย

๓. Multisource feedback (MSF) การประเมินพฤตินิสัยในการปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรม

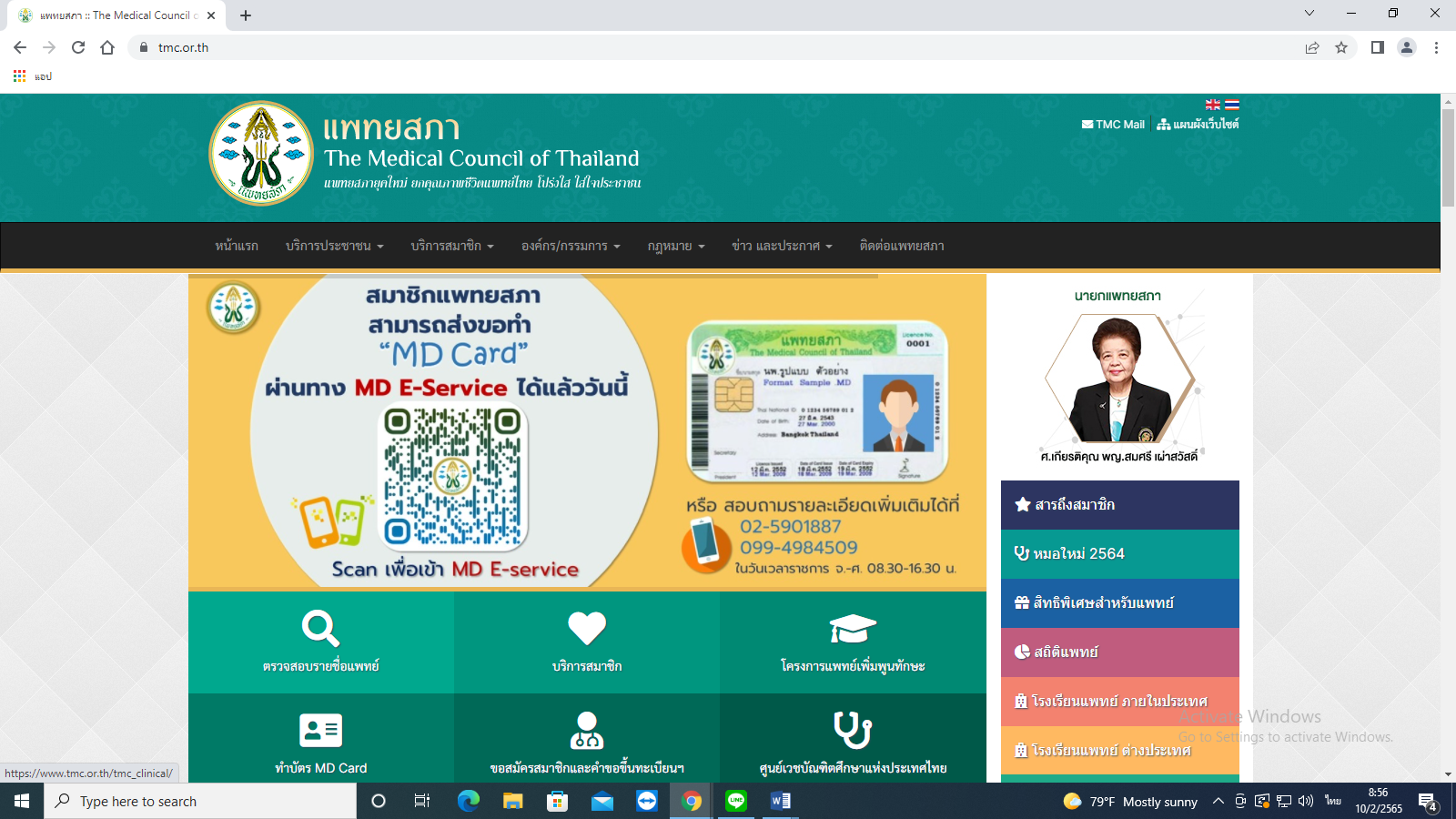
แห่งวิชาชีพ

จึงขอชี้แจงวิธีการกรอกข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติงานวิถีใหม่ WBA ให้ทราบดังนี้

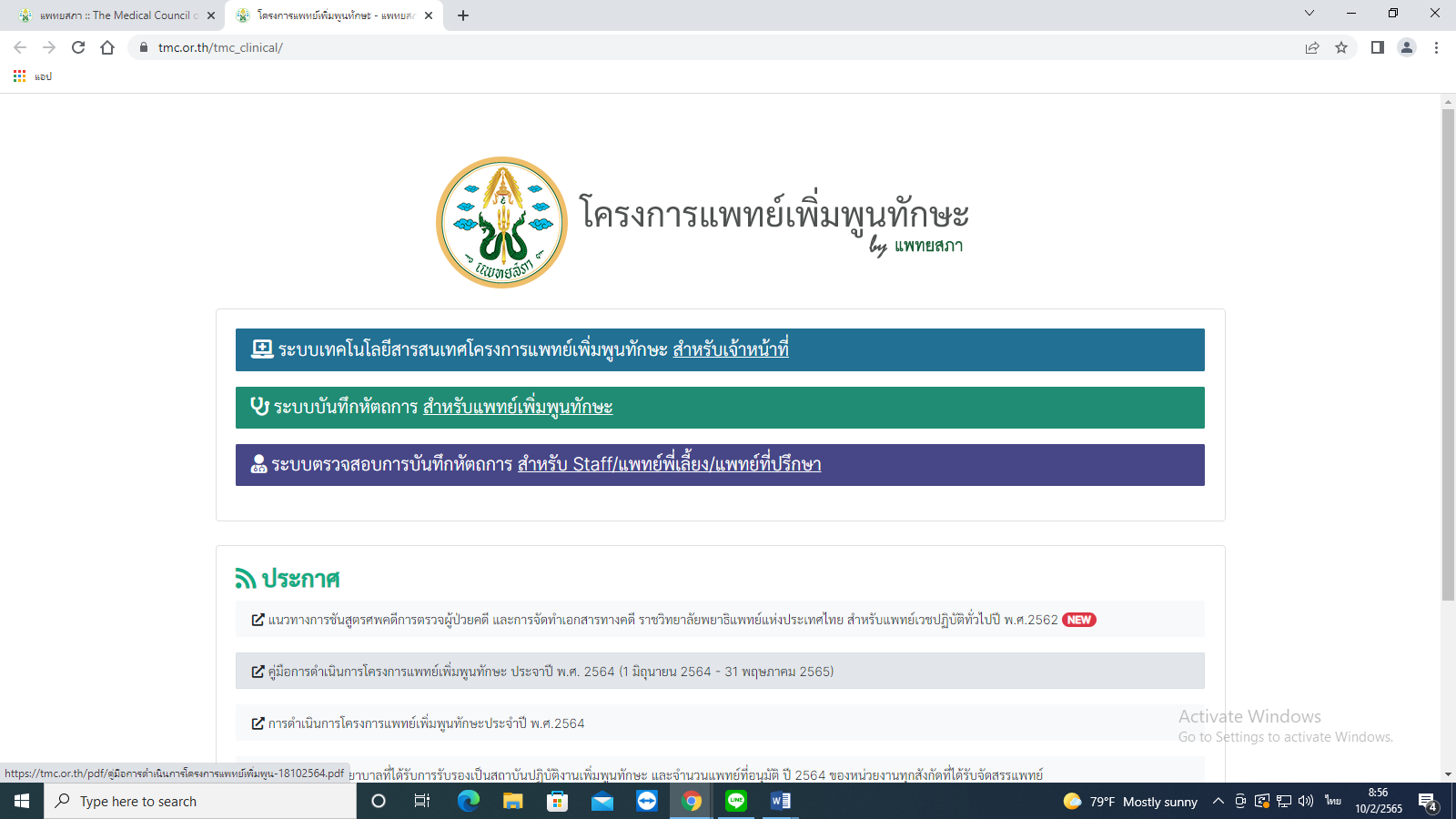
1. วิธีการกรอกผลการประเมินแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามการประเมินวิถีใหม่ Workplace bassed assessment

(WBA) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ( EPA, DOPS, MSF) โดยกรอกผลการประเมินใน web แพทยสภาซึ่งยังเป็นหัวข้อการประเมินแบบเก่า

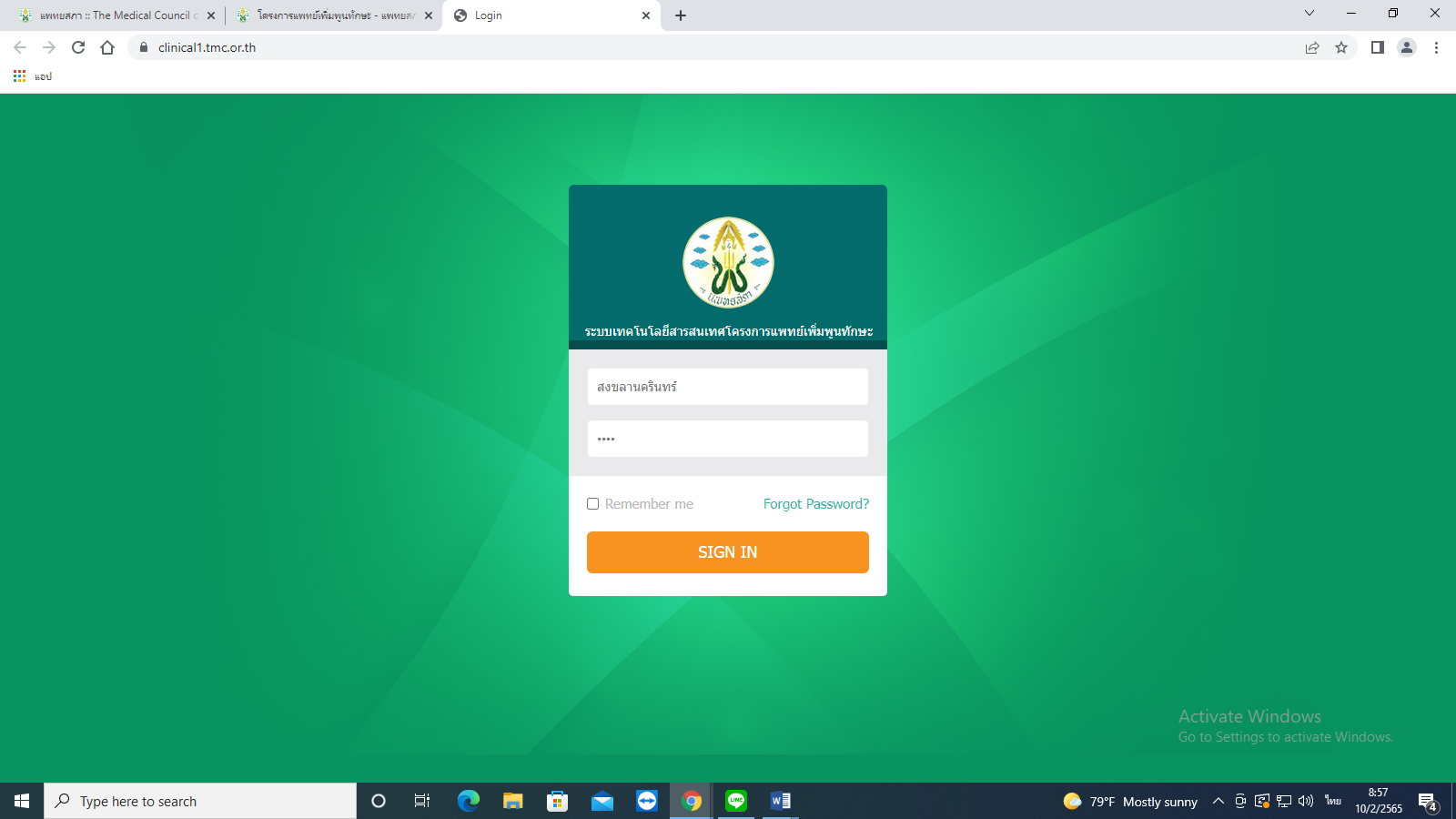
1. เข้าไปใน web แพทยสภาแล้วกดเลือก โครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ



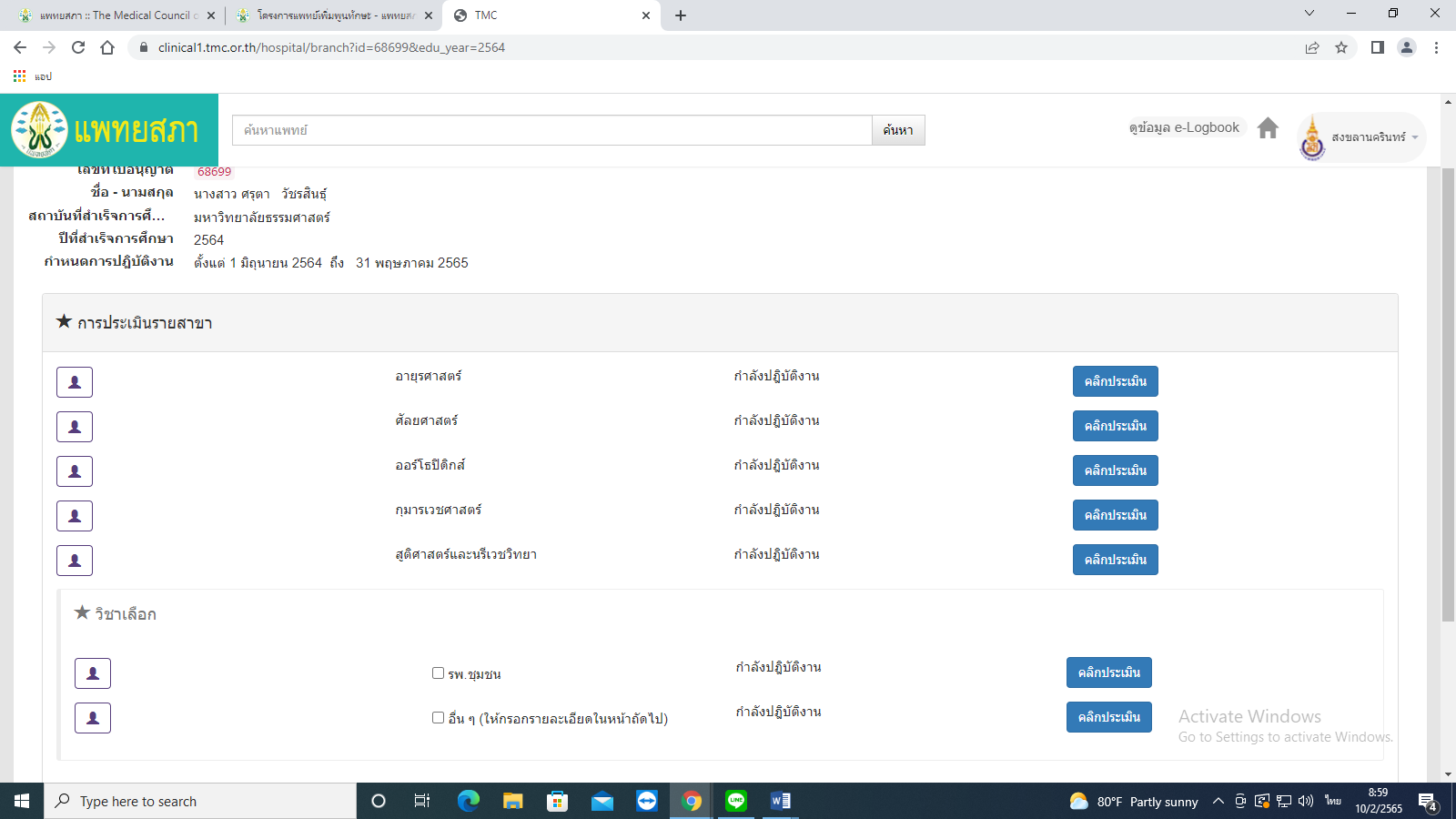
1. กดเลือกระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโครงการแพทยเพิ่มพูนทักษะ สำหรับเจ้าหน้าที่ (สีฟ้า)



1. ใส่รหัสของสถาบันซึ่งแพทยสภาได้กำหนดให้แล้ว



1. กดเลือกชื่อแพทย์ที่จะประเมิน การประเมิน แล้วกดเลือกสาขาที่จะประเมิน (คลิกประเมิน)

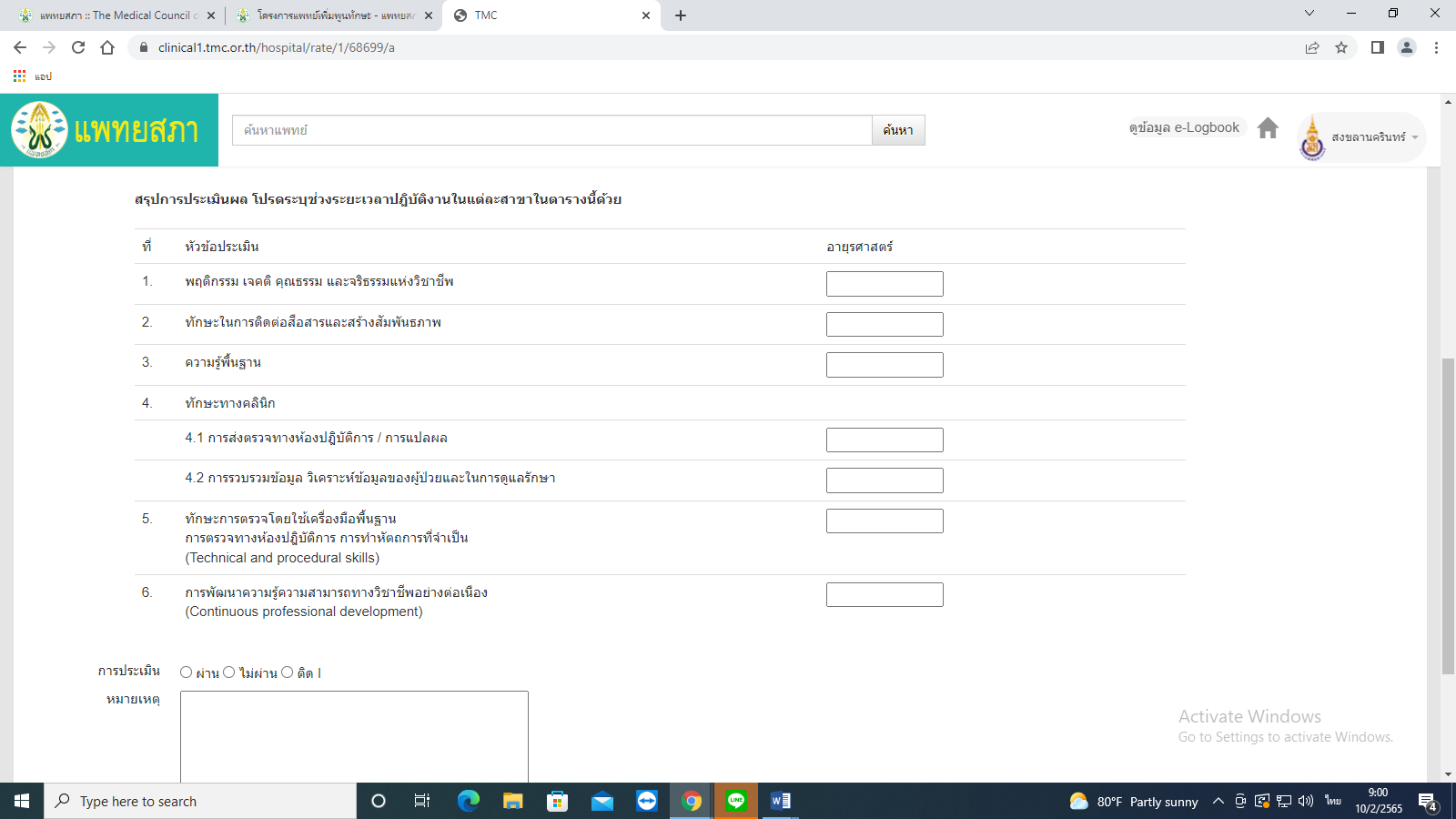


1. หัวข้อที่ให้เข้าไปกรอกคะแนนจะเป็นแบบเก่า ส่วนในการประเมินแบบใหม่จะมี EPA, DOPs, MSF

* ในกรณีที่แพทย์ผ่านทั้ง3 แบบ (หมายถึงมี**ระดับการประเมิน** 4-5) สามารถกรอกให้**คะแนนใน web** ได้ตั้งแต่ 3-5 คะแนนในทุกหัวข้อ
* ในกรณีที่ ไม่ผ่านในบางการประเมิน (หมายถึงมี**ระดับการประเมิน** 1-3) กรอกให้**คะแนนใน web** ในหัวข้อการประเมินที่ไม่ผ่านเป็น 1 คะแนน
* การเทียบหัวข้อการประเมินในกรณีไม่ผ่านคือ
  + WBA: หัวข้อ 1, 2, 3, 4, 6
  + DOPS: หัวข้อ 1, 2, 3, 4.2, 5,6
  + Multisorce feedback : หัวข้อ 1, 2, 3, 6

1. สรุปการประเมิน (ล่างซ้ายของแบบประเมิน)

* ผ่านเมื่อ การประเมินแบบใหม่ ได้ระดับ 4 ขึ้นไปในทั้ง EPA, DOPS, MSF
* ไม่ผ่าน เมื่อ การประเมินอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ผ่าน เพราะ
  + ไม่ผ่านการประเมิน หรือ
  + หากคะแนนผ่านทั้งหมด แต่เวลาทำงานไม่พอ ให้ตอบไม่ผ่านเพราะเวลาไม่พอ



**(เอกสารแนบ 7/1-7/6)**

**แบบประเมินการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (7/1-7/6)**

**(7/1) แบบประเมินทักษะทางคลินิกสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**

**Entrustable professional activities (EPA)**

**ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ...........**.......................................**......... ชื่ออาจารย์ผู้ประเมิน.........................................................**

สถานที่ 🗌 OPD 🗌 IPD

Clinical setting 🗌 Medicine 🗌 Pediatrics 🗌 Surgery 🗌 Orthopedics 🗌 ER 🗌 Family Medicine 🗌 OBGYN

Clinical problem ; Diagnosis………………………………

Category: 🗌RS 🗌 CVS 🗌 Gastro 🗌Neuro 🗌 Pain 🗌 Psychy 🗌 Other ระบุ..................................

Complexity of case: 🗌 Low 🗌 Average 🗌 High

ข้อแนะนำ 1) ไม่จำเป็นต้องประเมินทุกหัวข้อ ในผู้ป่วยแต่ละราย แล้วแต่บริบทของ setting 2) สามารถนำแบบประเมินจากผู้ป่วยหลายราย มารวมประเมินความสามารถในข้อต่างๆได้ 3) ควรทำอย่างน้อย 2 ครั้งคือ ระหว่าง rotation เพื่อ feedback แก้ไข และ ปลาย rotation เพื่อประเมินแบบ summative

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ทักษะทางคลินิก** | outstanding | average | below average | ประเมินไม่ได้ | หมายเหตุ |
| 1.ซักประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยได้อย่างกระชับ ครอบคลุมเป็นขั้นตอน |  |  |  |  |  |
| 2.เลือกใช้วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ อย่างเหมาะสม คุ้มค่า |  |  |  |  |  |
| 3.วินิจฉัยแยกโรคอย่างเป็นระบบ และวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง |  |  |  |  |  |
| 4.ประเมินและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเลวลงหรืออาการหนักเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม โดยตระหนักถึงข้อจำกัดของตน และขอความช่วยเหลือได้ทันเวลา(กรณีฉุกเฉิน ต้องทำเป็นอันดับแรก) \* |  |  |  |  | เน้นใน ER/trauma |
| 5.เลือกใช้ยาและวิธีการรักษาที่สมเหตุผล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แบบองค์รวม |  |  |  |  |  |
| 6. ทำหัตถการที่จำเป็นต่อการวินิจฉัยและการรักษาได้อย่างถูกวิธี |  |  |  |  |  |
| 7.ส่งต่อและจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย |  |  |  |  | เน้น care plan & home care ใน FM |
| 8.ให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ |  |  |  |  |  |
| 9.สื่อสารและทำงานเป็นทีมกับเพื่อนร่วมงาน |  |  |  |  |  |
| 10.แนะนำแผนการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม (ถ้ามี) |  |  |  |  | FM |
| 11.บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนได้อย่างถูกต้อง |  |  |  |  |  |

**ระดับการประเมินความสามารถโดยรวม =** 🞎

ข้อควรพัฒนา

❑ ระดับ 1 ไม่ผ่าน= ยังไม่สามารถอนุญาตให้ลงมือปฏิบัติได้ (ให้สังเกตการณ์เท่านั้น)

❑ ระดับ 2 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด

❑ ระดับ 3 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์

❑ ระดับ 4 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

❑ ระดับ 5 ผ่าน = สามารถปฏิบัติงานได้เอง และควบคุมผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ลายเซ็นอาจารย์ ...................................

วันที่................เดือน..............พศ …....

**EPA**

**OPD (Medicine): อย่างน้อย 2 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

**1. HT**

**2. Complicated DM**

**3. Common GI problem**

**4. Gout**

**5. DLP**

**6. Stable ACS**

**7. Asthma / COPD**

**8. HIV**

**9. TB**

**10. CKD stage 3**

**11. Chronic stable AF**

**12. Thyroid disease**

**13. CHF**

**14. Metabolic syndrome**

**15. Anemia**

**16. Valvular heart disease**

**EPA Medicine**

**IPD simple: อย่างน้อย 1 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

**1. Respiratory infection : pneumonia , ronchitis , LRTI**

**2. CNS infection : meningitis, encephalitis**

**3. KUB infection : UTI , acute pyelonephitis**

**4. Tropical infection: dengue fever, scrub typhus, leptospirosis**

**5. Seizure**

**6. Heart failure**

**7. Electrolyte imbalance**

**8. Acute febrile illness**

**9. COPD with AE**

**10. Non-massive GI bleeding**

**11. Nephrotic syndrome**

**12. Acute kidney injury**

**13. Ischemic stroke**

**EPA Medicine**

**IPD critical: อย่างน้อย 1 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

**1. Acute coronary syndrome: STE-ACS / NSTE-ACS**

**2. DKA**

**3. HHS**

**4. Thyroid storm**

**5. Acute respiratory failure**

**6. Sepsis/septic shock**

**7. Stroke fast tract**

**8. DSS/DHF**

**9. Massive GI bleeding**

**10. Arrhythmia**

**11. Anaphylaxis shock**

**12. Pulmonary embolism**

**13. Status epilepticus**

**14. Toxicology: paracetamol overdose, paraquat poisoning, TCA overdose, CCB/BB overdose**

**EPA Medicine**

**EPA OPD (Surgery): อย่างน้อย 1 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

**1. Wound care: chronic wound / fresh wound**

**2. Dyspepsia**

**3. LGIH: hemorrhoid**

**4. Mass: soft tissue mass, breast mass, subcutaneous mass**

**5. Peripheral arterial disease**

**6. Chronic venous insufficiency**

**7. Hernia**

**8. BPH**

**9. Scrotal mass**

**EPA Surgery**

**EPA IPD (Surgery): อย่างน้อย 1 ราย ที่ต้องผ่านการ** **ประเมิน**

**1. Acute abdomen:**

**- Acute appendicitis**

**- PU perforation**

**- Acute cholecystitis**

**- acute cholangitis**

**- acute diverticulitis**

**2. Soft tissue infection: NF**

**3. GI bleeding: UGIH LGIH**

**4. bowel obstruction**

**5. Diabetic foot ulcer**

**6. Acute urinary retention**

**7. Primary survey in trauma case**

**- blunt/penetrating abdomen**

**- blunt/penetrating chest**

**- head injury**

**- ATLS**

**EPA Surgery**

**OPD (Pediatrics): อย่างน้อย 2 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

**1. Skin lesion: rash, viral exanthem**

**2. Respiratory tract infection**

**3. GI problems: abdominal pain, constipation, diarrhea**

**4. Allergy: rhinitis, asthma, atopic dermatitis**

**5. Febrile convulsion**

**6. Well baby clinic: vaccine, growth development**

**7. Malnutrition**

**8. Hematological problems : anemia, Thalassemia, ITP, iron**

**deficiency anemia**

**9. Cardiovascular system: Innocent murmur**

**10. Kawasaki disease**

**EPA ped**

**IPD (Pediatrics): อย่างน้อย 2 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

1. **DHF (severe dengue)**
2. **Respiratory tract infection: pneumonia/bronchitis, croup, anaphylaxis, acute asthmatic attack**
3. **Acute gastroenteritis**
4. **Anemia**
5. **Low birth weight**
6. **Neonatal jaundice**
7. **Acute febrile illness**
8. **Acute pyelonephritis**
9. **Kawasaki disease**

**10. MIS-C (Multi-inflammatory system in**

**children)**

**11. AGN, Nephrotic syndrome**

**12. Respiratory distress (newborn)**

**EPA ped**

**EPA(ER): อย่างน้อย 2 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

1. **Stroke fast tract**
2. **Acute coronary syndrome : STEACS**
3. **Septic shock**
4. **Major Trauma \*\***
5. **Chest pain**
6. **Acute dyspnea**
7. **Alteration of consciousness**
8. **Shock**
9. **Cardiac arrest**

**\*\* 1 รายต้องเป็น major trauma**

**EPA ER**

**EPA (OB-Gyn)OPD: อย่างน้อย 1 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

**1. Low risk ANC**

**2. Abnormal vaginal/uterine bleeding/1st half bleeding in pregnancy**

**3. Pelvic pain / dysmenorrhea**

**4. Pelvic mass**

**5. Postpartum follow up**

**6. Abnormal vaginal discharge**

**7. Contraceptive counselling**

**8. High risk ANC: GDM , overt DM, chronic HT**

**9. Genital ulcer (STD)**

**EPA (OB-Gyn)**

**EPA (OB-Gyn)IPD : อย่างน้อย 1 เคสที่ต้องผ่านการประเมิน**

1. **Postpartum hemorrhage**
2. **Preterm labor management**
3. **PIH/ecclampsia**
4. **Abnormal vaginal/uterine bleeding**
   * **1st half bleeding in pregnancy : Abortion, rupture ectopic**
   * **2nd half bleeding : placeta previa ,abruptio placenta**

**6. Abnormal vaginal/uterine bleeding**

**7. Pelvic pain / dysmenorrhea**

**8. Pelvic mass**

**9. puerperium care**

**EPA (OB-Gyn)**

**EPA (ortho)OPD: อย่างน้อย 1 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

**1. OA knee/hand/hip**

**2. Carpal tunnel syndrome**

**3. Trigger finger**

**4. De Quervain**

**5. Low back pain**

**6. Joint dislocation**

**7. Simple fracture**

**8. Toe-tip injury**

**9. Carpal ganglion**

**10. Tennis elbow**

**11. Spondylosis: cervical / lumbar**

**12. Osteoporosis**

**13. Arthritis**

**14. Joint sprain : ankle sprain**

**15. Achilles tendon rupture**

**EPA (Ortho)**

**EPA (ortho)IPD: อย่างน้อย 1 รายที่ต้องผ่านการประเมิน**

1. **Open fracture**
2. **Compartment syndrome**
3. **Fracture around hip**
4. **Pelvic fracture**
5. **Septic arthritis**
6. **Spinal fracture**
7. **Post operative care + rehabilitation**
8. **Spinal cord injury**
9. **Closed fracture : humerus/tibia/hand/foot/ distal end radius/ankle**

**10.  Pediatric fracture - supracondyle / forearm / lower extremities /**

**epiphyseal plate injury**

**11. Spinal stenosis**

**EPA (Ortho)**

**(7/2) แบบประเมินทักษะทางหัตถการสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**

**Direct observation of procedural skills (DOPS)**

**ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ................................. ชื่ออาจารย์ผู้ประเมิน................................................**

สถานที่ 🗌 OPD 🗌 IPD 🗌 OR

Clinical setting 🗌 Medicine 🗌 Pediatrics 🗌 Surgery 🗌 Orthopedics 🗌 ER 🗌 Family Medicine 🗌 OB GYN

Diagnosis………………………………….

Procedure…………………………………….

Complexity of case: 🗌 Low 🗌 Average 🗌 High

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ทักษะหัตถการ** | **ถูกต้อง**  **สมบูรณ์** | **ถูกต้อง**  **เป็นส่วนใหญ่** | **ไม่ถูกต้อง/**  **ถูกต้องเพียงเล็กน้อย** | **ประเมินไม่ได้** | **หมายเหตุ** |
| 1.บอกข้อบ่งชี้ กายวิภาคที่เกี่ยวข้องและเทคนิคการทำหัตถการ |  |  |  |  |  |
| 2.ขอ inform consent |  |  |  |  |  |
| 3.เตรียมการก่อนทำหัตถการอย่างเหมาะสม |  |  |  |  |  |
| 4.ให้ยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม |  |  |  |  |  |
| 5.ทำหัตถการได้อย่างถูกวิธี |  |  |  |  |  |
| 6.ใช้เทคนิคปลอดเชื้อ |  |  |  |  |  |
| 7.ขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม |  |  |  |  |  |
| 8.การดูแลรักษาหลังจากทำหัตถการ |  |  |  |  |  |
| 9.ทักษะการสื่อสารและทำงานเป็นทีมกับเพื่อนร่วมงาน |  |  |  |  |  |
| 10.ดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมวิชาชีพ |  |  |  |  |  |

**ระดับการประเมินความสามารถโดยรวม =** 🞎

ข้อควรพัฒนา

❑ ระดับ 1 ไม่ผ่าน = ยังไม่สามารถอนุญาตให้ลงมือปฏิบัติได้ (ให้สังเกตการณ์เท่านั้น)

❑ ระดับ 2 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด

❑ ระดับ 3 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง ภายใต้การชี้แนะของอาจารย์

❑ ระดับ 4 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

❑ ระดับ 5 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานได้เอง และควบคุมผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า

ลายเซ็นอาจารย์...............................................

วันที่..................เดือน..................................พศ...............

**DOPS**

**DOPS (Medicine): อย่างน้อย 2 หัตถการที่ต้องผ่าน**

**1. Thoracentesis**

**2. Abdominal paracentesis**

**3. Lumbar puncture**

**4. Arthocentesis**

**5. ACLS : defibrillation, external pacemaker, sync cardioversion**

**6. Central line insertion**

**7. ICD insertion**

**8. การใส่ PPE**

**DOPS: Medicine**

**DOPS (Surgery): อย่างน้อย 2 หัตถการที่ต้องผ่าน**

1. **E-FAST**
2. **ICD insertion**
3. **Skin biopsy**
4. **Debridement wound**
5. **Subcutaneous mass excision**
6. **Wound management: suture**
7. **Nail extraction**
8. **I&D**
9. **FNA, needle biopsy**

**10. Central venous insertion**

**DOPS: Surgery**

**DOPS (Pediatrics): อย่างน้อย 1 หัตถการที่ต้องผ่าน**

* **Umbilical vein catheterization (UVC)**
* **Intubation**
* **Lumbar puncture**
* **NCPR**

**\*\* สามารถประเมินโดยใช้ หุ่นจำลอง**

**DOPS: Pediatrics**

**DOPS (ER): อย่างน้อย 2 หัตถการที่ต้องผ่าน**

1. **CPR leader**
2. **Ultrasound: POCUS**
3. **Intubation**
4. **ICD insertion**
5. **Primary survey: trauma**
6. **External bleeding control: Suture, posterior nasal packing**
7. **Foreign body removal: Eye, Nose, Throat (simple case)**

**DOPS: ER**

**DOPS(OB-GYN): อย่างน้อย 2 หัตถการที่ต้องผ่าน ( U/S + 1 หัตถการ)**

1. **Ultrasound gravid uterus\*\* ต้องผ่านการประเมิน ทุกคนอย่างน้อย 1 ครั้ง**
2. **Placenta removal**
3. **Intrapartum monitoring**
4. **Cervical dilatation and uterine curettage**
5. **Contraceptive drug implantation and removal**
6. **Insertion of intrauterine contraceptive device**
7. **Manual vacuum aspiration**
8. **Transvaginal ultrasound**

**DOPS: OB-GYN**

**DOPS(Ortho): อย่างน้อย 2 หัตถการที่ต้องผ่าน**

**1. Splint**

**2. Irrigatation**

**3. Bivalve/remove cast**

**4. Skin traction**

**5. Simple joint reduction - shoulder / elbow / IP joint**

**6. Pelvic wrap**

**7. Close reduction and Casting**

**8. Clavicle slap**

**9. Knee aspiration**

**10. Repair nail bed injury / finger tip injury**

**11. Finger or toe amputation**

**DOPS: Ortho**

**(7/3) แบบประเมินพฤตินิสัยในการปฏิบัติงานตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพสำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**

**Multisource feedback (MSF)**

ชื่อแพทย์เพิ่มพูนทักษะ.......................................................................................................

ชื่อผู้ประเมิน................................................🗌 อาจารย์ 🗌 แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์พี่เลี้ยง 🗌 พยาบาล 🗌 อื่นๆ ระบุ...........................

สถานที่ 🗌 OPD 🗌 IPD

Clinical setting 🗌 Medicine 🗌 Pediatrics 🗌 Surgery 🗌 Orthopedics 🗌 ER 🗌 Family Medicine 🗌 OB GYN

ช่วงเวลาที่แพทย์เพิ่มพูนทักษะปฏิบัติงาน..............................................วันที่ให้ความเห็น..............................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **พฤติกรรม** | **Outstanding** | **Average** | **Below average** | **ประเมินไม่ได้** | **หมายเหตุ** |
| 1.ซื่อสัตย์ |  |  |  |  | **ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average** |
| 2.รับผิดชอบ |  |  |  |  | **ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average** |
| 3.ตรงต่อเวลา |  |  |  |  |  |
| 4. แต่งกายสุภาพ |  |  |  |  |  |
| 5.ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ |  |  |  |  |  |
| 6.ทักษะในการสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน |  |  |  |  |  |
| 7.ดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมวิชาชีพ |  |  |  |  | **ต้องไม่ได้ต่ำกว่า average** |
| 8.อื่นๆ ระบุ.................... |  |  |  |  |  |

ข้อควรพัฒนา

ลายเซ็นอาจารย์............................................................................................

วันที่.......................เดือน...........................พศ....................

**(7/4) แบบประเมินการปฏิบัติงานของแพทย์ตามโครงการฯ เกี่ยวกับ**

**1. ทักษะทางคลินิก 2. ทักษะทางหัตถการ และ 3. พฤตินิสัยในการทำงานตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ**

**ในกลุ่มงาน หรือภาควิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง**

**ข้อมูลทั่วไป**

□ นพ. □ พญ. (ชื่อ)............................................... (สกุล)............................................ สถาบันที่สำเร็จการศึกษา............................................

ปีที่สำเร็จการศึกษา...................................ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.................................................... จังหวัด................................................

กำหนดการปฏิบัติงาน..................เดือน ตั้งแต่ ............/..................../............(วัน/ เดือน/ ปี) ถึง............/..................../............ (วัน/ เดือน/ ปี)

กลุ่มงาน □ อายุรศาสตร์ □ ศัลยศาสตร์ □ ออร์โธปิดิกส์ □ กุมารเวชศาสตร์ □ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา □ GP □ ER

□ โรงพยาบาลชุมชน (ชื่อ).............................................. ขนาด.................เตียง □ วิชาเลือก........................................................

ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....................เดือน ตั้งแต่ ............/................./............ (วัน/ เดือน/ ปี) ถึง............/................./............ (วัน/ เดือน/ ปี)

ลาป่วย................วัน ลากิจ..................วัน ขาดงานโดยไม่มีการลา..............วัน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจริงร้อยละ.......................... ไม่อยู่เวรโดยไม่แจ้ง..................ครั้ง

**การประเมินผล**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **หัวข้อประเมิน** | **ระดับผลการประเมินความสามารถโดยรวม** | | | |
|  | **ระดับ 5**  (ผ่าน) | **ระดับ 4**  (ผ่าน) | **ระดับ 3**  (ไม่ผ่าน) | **ระดับ 2**  (ไม่ผ่าน) |
| 1. ทักษะทางคลินิก | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 2. ทักษะทางหัตถการ | **□** | **□** | **□** | **□** |
| 3. พฤตินิสัยในการทำงานตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ | **□** | **□** | **□** | **□** |

**ผลการประเมิน □** ผ่าน  **□**  ไม่ผ่าน เพราะ **□** 1. เวลาไม่พอ (ร้อยละ 80) **□** 2. ไม่ผ่านการประเมินผล

**ความคิดเห็นเพิ่มเติม**............................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ...............................................................ผู้ถูกประเมิน ลงชื่อ..............................................หัวหน้าสาขาวิชา/กลุ่มงาน/ภาควิชา

(นพ./พญ. ...................................................................) (นพ./พญ. ...................................................................)

วันที่.................เดือน............................พ.ศ................. วันที่.................เดือน............................พ.ศ.................

**(7/5) แบบประเมินการปฏิบัติงานแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ที่ รพช.**

**ข้อมูลทั่วไป**

□ นพ. □ พญ. (ชื่อ).................................... (สกุล)................................... สถาบันที่สำเร็จการศึกษา……………………….........

ปีที่สำเร็จการศึกษา.......................ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน.............................................................. จังหวัด....................................

กำหนดการปฏิบัติงาน.............เดือน ตั้งแต่ ........./........./.........(วัน/ เดือน/ ปี) ถึง........./........./.........(วัน/ เดือน/ ปี)

กลุ่มงาน □ OPD □ IPD □ ER □ อื่น ๆ (ระบุ) .....................................................

ลาป่วย....................วัน ลากิจ.....................วัน ขาดงานโดยไม่มีการลา.................วัน

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานจริงร้อยละ...................... ไม่อยู่เวรโดยไม่แจ้ง....................ครั้ง

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **หัวข้อประเมินการประเมิน** | **ผลการประเมิน** | | | | | |
| ดีมาก  5 | ดี  4 | พอใช้  3 | น้อย  2 | ไม่ผ่าน  1 | ประเมินไม่ได้ |
| **พฤตินิสัย เจตคติ คุณธรรม** |  |  |  |  |  |  |
| - จริยธรรมวิชาชีพ |  |  |  |  |  |  |
| - ซื่อสัตย์ |  |  |  |  |  |  |
| - รับผิดชอบ |  |  |  |  |  |  |
| - ตรงเวลา |  |  |  |  |  |  |
| - ทักษะในการสื่อสาร กับผู้ป่วยและญาติ |  |  |  |  |  |  |
| - ทักษะในการสื่อสาร กับเพื่อนร่วมงาน |  |  |  |  |  |  |
| - ดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมวิชาชีพ |  |  |  |  |  |  |
| **ความรู้พื้นฐาน** |  |  |  |  |  |  |
| - ความรู้พื้นฐานในวิชาชีพแพทย์ |  |  |  |  |  |  |
| **ทักษะทางคลินิก** |  |  |  |  |  |  |
| - การรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย |  |  |  |  |  |  |
| - ทักษะการตรวจโดยใช้เครื่องมือพื้นฐาน |  |  |  |  |  |  |
| - ทักษะการทำหัตถการที่จำเป็น |  |  |  |  |  |  |
| - การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล/การแปลผล |  |  |  |  |  |  |
| - การดูแลรักษา |  |  |  |  |  |  |
| **การพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง** |  |  |  |  |  |  |

❑ ระดับ 1 ไม่ผ่าน= ยังไม่สามารถปฏิบัติงานที่ รพช. ได้ด้วยตนเอง ให้สังเกตการณ์เท่านั้น

ข้อควรพัฒนา

❑ ระดับ 2 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานที่ รพช. ได้ ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด

❑ ระดับ 3 ไม่ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานที่ รพช. ได้ โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือ

❑ ระดับ 4 ผ่าน= สามารถปฏิบัติงานที่ รพช. ได้ดี โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

❑ ระดับ 5 ผ่าน = สามารถปฏิบัติงานที่ รพช. ได้ดี สามารถดูแลผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้

ลงชื่อ....................................................ผู้ถูกประเมิน ลงชื่อ.......................................................หัวหน้าสาขาวิชา/กลุ่มงาน/ภาควิชา

(นพ./พญ. ...........................................................................) (นพ./พญ. .....................................................................)

วันที่.............เดือน..................................พ.ศ....................... วันที่................เดือน....................................พ.ศ..................

**(7/6) สรุปผลการประเมินการปฏิบัติงานของแพทย์ตามโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะ**

**โดยผู้อำนวยการสถาบันฯ**

**ข้อมูลทั่วไป**

[ ] นพ. [ ] พญ. (ชื่อ)…………… (สกุล)……………………. สถาบันที่สำเร็จการศึกษา .....……………..……

ว/ด/ป ที่สำเร็จการศึกษา……………………….. เลขที่ใบอนุญาตฯ ………….. ว/ด/ป ที่ออกใบอนุญาตฯ ..........................

ปฏิบัติงานที่สถาบันฯ .......................................................................... จังหวัด..........................................................

ระยะเวลาปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันที่...........เดือน.....................พ.ศ. ............สิ้นสุดวันที่..........เดือน....................พ.ศ. ............

ระยะเวลาปฏิบัติงานร้อยละ....... ลาป่วย........วัน ลากิจ.......วัน ขาดงานโดยไม่มีใบลา.......วัน ไม่อยู่เวรโดยไม่แจ้ง........ครั้ง

**สรุปการประเมินผล**

**กลุ่มงาน ผ่าน ไม่ผ่าน เหตุผล**

**เวลาไม่พอ ไม่ผ่านการประเมินผล**

**(ร้อยละ 80)**

อายุรศาสตร์ □ □ □ □

ศัลยศาสตร์ □ □ □ □

ออร์โธปิดิกส์ □ □ □ □

กุมารเวชศาสตร์ □ □ □ □

สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา □ □ □ □

เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ER □ □ □ □

เวชปฏิบัติทั่วไป / รพ.ชุมชน □ □ □ □

วิชาเลือก..................................... □ □ □ □

ความเห็นเพิ่มเติม.........................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ...........................................................ผู้ถูกประเมิน ลงชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล..........................................

(นพ./พญ. ...................................................................) (นพ./พญ. ......................................................................)

วันที่.............เดือน ……......................พ.ศ…............... วันที่............. เดือน ……......................พ.ศ…...............