

**19° Corso di Formazione Specifica
in Medicina Generale**

Regione Lazio

Triennio 2018-2021



**SCHEDA RIASSUNTIVA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' PRATICHE – TUTOR
MEDICINA GENERALE.**

| |
|-------------------------------------------|
| Fase formativa : MEDICINA GENERALE |
| Realizzata nel periodo: |
| Responsabile dell'unità operativa: |
| Tutori coinvolti: |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| NOMINATIVO TIROCINANTE: | |
| | |
| Ha partecipato all'attività di “confronto faccia a faccia” prevista nel periodo: | SI NO |
| | |
| Ha svolto l'attività “studio guidato” (sotto la supervisione dei tutore) prevista nel periodo: | SI NO |

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Frequenza: | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Impegno e partecipazione | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Scala: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Raggiungimento degli obiettivi specifici propri dell'unità didattica: | | | | | | |
| <i>(specificare lo/gli strumento/i di valutazione utilizzato/i):</i> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Scala: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

| Criteria facoltativi: | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| Produzione di materiale di studio e ricerche bibliografiche | | | | | |
| (capacità di reperire informazioni e ricerche eseguite) | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Scala: | 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| Altre annotazioni | | | | | |
|--------------------------|----------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Scala: | 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input checked="" type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

| Valutazione complessiva finale con motivazione esplicita | |
|-----------------------------------------------------------------|----------|
| + | - |
| | |
| | |
| | |

19° Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Regione Lazio
Triennio 2018-2021



| COMPETENZE FASE DIDATTICA TUTOR MEDICINA GENERALE: indicare il grado di raggiungimento della competenza in base all'autovalutazione. | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| CERTIFICATI INVALIDITA' INPS | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| CERTIFICATI MALATTIA INPS | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SCHEDA ACCESSO CAD | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| IMPOSTARE gestione problema in CMOP/PC | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| RELAZIONE CON PAZ DIFFICILE | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SCHEDA DI RICOVERO | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| VISITA A DOMICILIO | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| CERTIFICATO DI MORTE | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| CALCOLOLDL Colesterolo/CREAT.Clearance/RCV | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| CRISI PANICO - ANSIA | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| BMI - CIRCONFERENZA ADDOME | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SCHEDA DEL DOLORE | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| COUNSELLING FUMO | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| SCREENING SANGUE OCCULTO | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| RECUP | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| VACCINAZIONI | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Firma e timbro del tutore: _____

**Legenda per scala di valutazione:*

- 0: non valutabile
- 1: insufficiente, negativo
- 2: sufficiente
- 3: buono, positivo
- 4: ottimo, molto positivo)

Visto:

Il Coordinatore per le Attività Seminariali
Dr.ssa Manuela Cappannini

Il Coordinatore per le Attività Pratiche
Dott. Raffaele Bove