

Clinical Clerkship Evaluation

Anno Accademico/.....

Nome dello studente:.....

Istituzione ospitante: Scuola di Medicina e Chirurgia – Federico II

Dipartimento/unità:.....

Clinical Clerkship in:.....

Nome del Tutor:

Numero totale di ore di lavoro:.....

Periodo da/...../..... a/...../.....

Scala di valutazione					
Eccellente	Molto Buono	Buono	Soddisfacente	Sufficiente	Non superato
A	B	C	D	E	F

VOTO FINALE / 30

CLINICAL SKILLS	Grading scale					
	A	B	C	D	E	F
1. Livello di conoscenza (teorica, ragionamento medico e problem solving)						
2. Capacità di integrare le conoscenze, abilità e attitudini alla pratica clinica						
3. Aspetti quantitativi e qualitativi delle procedure cliniche						
4. Esame clinico						
5. Abilità diagnostiche						
COMPORTAMENTO E ATTITUDINE						
1. Capacità di comunicare con i pazienti e personale medico						
2. Capacità di lavorare in gruppo						
3. Comportamento e attitudine nella pratica clinica						
4. Impegno personale al processo di apprendimento						
5. Attitudine verso pazienti, Tutor, colleghi e personale medico						

Data / /

Firma del Docente Responsabile

Timbro della Struttura

CERTIFICATO FREQUENZA CLINICA – STUDENTI INCOMING

Nome _____

Cognome _____

Università di provenienza _____

Corso _____

DATA	ORE	FIRMA DOCENTE

TOTALE ORE SVOLTE: