



كلية العلاج الطبيعي

لائحة السنة التدريبية
(الإمتياز)

صورة شخصية
+
(ختم شعار
الجمهورية)



كلية العلاج الطبيعي بطاقة إمتياز رقم:

.....
الاسم:

بكالوريوس دور: تقدير النجاح:

التقدير العام / المعدل التراكمي:

إمتياز علاج طبيعي من: إلي:

تاريخ استلام العمل:

العنوان :

تاريخ الميلاد :

الموقف من التجنيد :

رقم بطاقة الرقم القومي (شخصية / عائلية) :

جهة وتاريخ صدورها :

يعتمد ،،
عميد الكلية

توقيع صاحب البطاقة
.....



فهرس المحتويات

3.....	أولاً: دليل سنة الإمتياز
4	تشكيل لجنة برنامج الإمتياز.....
4	اختصاص لجنة الإمتياز
4	اختصاصات المشرف على التدريب.....
4	قواعد توزيع طلاب الإمتياز على أماكن التدريب المختلفة
5	أهداف سنة الإمتياز.....
8.....	ثانياً: التقييم الفني والإداري لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي
9	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (العظام) الشهر الأول.....
11	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (العظام) الشهر الثاني
13	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الأعصاب) الشهر الأول
15	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الأعصاب) الشهر الثاني.....
17	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الأطفال) الشهر الأول
19	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الأطفال) الشهر الثاني
21	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (النساء والتوليد).....
23	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (العناية المركزة)
25	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الباطنة والصدر والقلب).....
27	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الجراحة والجلد والحروق)
29	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (.....) (شهر اختياري أول)
31	استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (.....) (شهر اختياري ثاني)
33.....	ثالثاً: التقييم النهائي لسنة الإمتياز
34	التقييم النهائي للسنة التدريبية (الإمتياز)
35	استمارة رغبات طلاب الإمتياز للتدريب في المستشفيات.....
36	(Appendix I) Intern Evaluation Form



أولاً : دليل سنة الإمتياز

مقدمة

سنة الإمتياز هي سنة تدريب إجبارية ومتطلب أساسي للتخرج النهائي للطلاب من كلية العلاج الطبيعي. تبدأ سنة الإمتياز في (الأول من شهر سبتمبر لخريجي الدور الأول وتنتهي في آخر شهر أغسطس أما بالنسبة لخريجي الدور الثاني تبدأ سنة الإمتياز في الأول من شهر نوفمبر وتنتهي في آخر شهر أكتوبر) أي تستمر لمدة سنة ميلادية من تاريخ البدا. تكون سنة الإمتياز تحت الأشراف الكامل للجنة الإمتياز بكلية العلاج الطبيعي جامعة كفر الشيخ وبالتعاون مع مشرفين التدريب من قبل الجهات التي يتدرب بها طالب الإمتياز ويكون تشكيل لجنة الإمتياز واختصاصاتها وكذلك اختصاصات مشرف التدريب كالتالي:

تشكيل لجنة برنامج الإمتياز

- وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب رئيس وعضوية رؤساء الأقسام العلمية التي بها علاقة بتخصصات التدريب بالكلية

اختصاص لجنة الإمتياز

- تختص لجنة الإمتياز بوضع خطة التدريب لفترة الإمتياز وكذلك الإشراف على تنفيذ خطة التدريب وتقييمها

اختصاصات المشرف على التدريب

- الحرص على تعليم طالب الإمتياز المهارات والخبرات اللازمة للتعامل مع المرض.
- تدريب الطلاب على استخدام الأجهزة العلاجية المتاحة.
- الأشراف على الطلاب أثناء تطبيق البرنامج العلاجي للطلاب.
- تقييم الطلاب أثناء فترة التدريب وأعطائهم تقييم فوري عن مستواهم.
- إعطاء الطلاب الفرصة لزيادة مسؤولياتهم وكذلك زيادة الفرص المتاحة لهم طبقاً لمستواهم.

قواعد توزيع طلاب الإمتياز على أماكن التدريب المختلفة

يتم التوزيع المتدربين من طلبة الإمتياز على أماكن التدريب بمعرفة لجنة الإمتياز طبقاً لكشوف معلنه على أن يكون التدريب في الأقسام الإكلينيكية في تخصصات العلاج الطبيعي على النحو التالي:

- مدة (2) شهر في أقسام العظام.
- مدة (2) شهر في أقسام الأعصاب.
- مدة (2) شهر في أقسام الأطفال.
- مدة (1) شهر في أقسام النساء والتوليد.
- مدة (1) شهر في أقسام العناية المركزة.
- مدة (1) شهر في أقسام الباطنة والصدر والقلب.
- مدة (1) شهر في أقسام الجراحة والجلد والحروق.
- مدة (2) شهر اختياري.

قررت لجنة الإمتياز انه على طلاب الإمتياز قضاء مدة شهرين من فترة الإمتياز على الأقل بالعيادة الخارجية بالكلية باستثناء حالات خاصة تقرها لجنة الإمتياز.

يقوم الطالب بكتابة رغباته في الشهرين الاختياريين (النموذج في آخر الكتيب) وتقديمها خلال السنة أشهر الأولي للجنة الإمتياز بالكلية لقضاء هذين الشهرين الاختياريين في آخر سنة الإمتياز.

أهداف سنة الإمتياز

تعتبر سنة التدريب العملي (الإمتياز) فرصة للوصول بالخريج إلى مستوى متميز في التطبيق العملي لوسائل وفنيات العلاج الطبيعي وأيضاً القدرة على التصرف والفهم الإداري وذلك من خلال تحقيق الأهداف الآتية:

1. أهداف تدريب فنية
ويتم تحقيق هذه الأهداف من خلال الالتزام باللوائح المنظمة للعملية التدريبية وهي كما يلي:
 - التواجد بالأقسام الموزع عليها في المواعيد الرسمية المحددة من قبل كل إدارة مع ارتداء البالطو والكارينية الخاص بالإمتياز.
 - الالتزام بلائحة القسم الموزع عليه للتدريب طبقاً للتوزيع، ويقوم بالتدريب من خلال المشرف المسئول بالقسم.
 - الالتزام بتعليمات المشرف المسئول والخاصة بعملية التدريب من متابعة الخطة العلاجية الموضوعه من قبل المشرف المسئول وتنفيذها تحت إشرافه وعدم مخالفة خطة العلاج أو تغييرها وعدم القيام بتنفيذ أي برنامج علاجي عند غياب المشرف (إجازة) أو انصرافه (إمضاء انصراف) من المستشفى.
 - الالتزام بتقديم بحث أو عمل عرض موضوع يحدده المشرف (بالاختيار) طبقاً لاحتياج التدريب بالقسم وأيضاً عند توفر الوقت على ألا يتعارض مع العملية التدريب العملية للمتدربين وذلك بالتنسيق وتحت اشراف لجنة الإمتياز بالكلية.
 - تقديم نموذج يشمل عدد المرضى وعدد جلسات كل مريض قام بالتدريب على علاجه لكل دورة يشمل اسم طالب الإمتياز، نوع الدورة، الشهر، التاريخ وإمضاء المشرف المسئول عنه في الدورة وذلك للجنة برنامج الإمتياز ونسخة مع المشرف.
 - استكمال البطاقة الخاصة بالإمتياز في الجزء الخاص بالإمضاءات والخاص بالإجازات ليكون مواكب للوقت وغير متأخر في الاستكمال حتى يتسنى للجنة برنامج الإمتياز مراجعة الإجازات وعمل التوزيع طبقاً لنظام الدورات الأساسية التي لا بد لطالب الإمتياز المرور عليها.
 - يقوم المشرف المسئول عن طالب الإمتياز في كل دورة بعمل تقييم فني عن العملية التدريبية وعمل التقييم المطلوب للإمتياز عند نهاية الدورة وذلك للوقوف على أحقية اجتيازه الدورة من عدمه لاتخاذ اللازم وعمل الترتيبات الخاصة بالتوزيع.
 - يمكن لمشرف التدريب الاستعانة بعناصر التدريب الفنية الاسترشادية المطلوب استيفائها الموجودة في الكتيب.
 - يقوم بالتقييم المعنيون بالإشراف العملي بناء على تدريب داخل الكلية على كيفية إجراء التقييم طبقاً ونموذج التقييم المفصل المرفقة بالكتيب (Appendix I).

-
- يكون تقييم النهائي للمستوي الفني للمتدرب في كل قسم في آخر الدورة طبقاً للائحة الكلية وقرار لجنة الإمتياز كالاتي:-

التقدير	الدرجة	وصف المستوي الفني
إمتياز	5	دائماً يتجاوز التوقعات
جيد جداً	4	عادة ما يتجاوز التوقعات
جيد	3	باستمرار يلبي التوقعات
مقبول	2	يحتاج إلى مزيد من التحسين نادراً ما يلبي التوقعات
راسب	1	غير مقبول لا يلبي التوقعات

- إذا أخفق الطالب في الحصول على تقدير مقبول في أحد التخصصات فعليه إعادة الدورة التدريبية في هذا التخصص.

2. أهداف الفهم الإداري للوائح والقوانين
ويتم تحقيق هذه الأهداف من خلال الالتزام باللوائح والقوانين المنظمة للعلاقة بين المتدرب والإداري، والمتدرب ومسئول الإشراف وأيضا علاقة المتدرب بالإدارات المتعددة بالمستشفيات وهذا من خلال:

(أ) لائحة الإجازات:

يتعين على جميع طلبة إمتياز العلاج الطبيعي إتمام نسبة 75% من كل دورة (ROUND) وعدم تجاوز نسبة الإجازات والانقطاع لنسبة 25% (6 أيام في دورة الشهر و 12 يوم في دورة الشهرين) خلال أي من دورات التدريب المقررة بأي حال من الأحوال بما يضمن استيفاء النواحي التدريبية المقررة في كل تخصص وكل من يتجاوز ذلك يعتبر في حكم من لم يمضي الدورة التدريبية المقررة ويتعين عليه إعادة هذه الدورة (كاملة) بعد انتهاء السنة التدريبية. الإجازات السنوية 7 أيام عارضة و 15 يوم اعتيادية.

(ب) لائحة التحويلات:

سوف تكون الموافقة على التحويل على الأسس الآتية:

- يتم الموافقة، من قبل لجنة الإمتياز بالكلية، على تحويل المتقدمين بمسند يفيد الإقامة السابقة (محل الإقامة) بالمدينة الجامعية أثناء فترة الدراسة مع تقديم ما يفيد موافقة المستشفى المحول لها، على أن يتقدم بالطلب قبل بداية السنة التدريبية.

- يتم استثناء الإجراءات السابقة لبعض الحالات وهي على وجه التحديد الحالات الآتية:

- الحالات الاجتماعية عندما تتقدم طالبة الإمتياز بوثيقة الزواج لزواج بعمل بمكان خارج محافظة كفر الشيخ.

- الحالات المرضية المزمنة أو التي تحتاج إلى رعاية لفترة طويلة بتقديم مستندات تفيد بهذا. وهذا النوع من الطلبات غير مفيد بتاريخ بدء الإمتياز.

وعليه فإن أي من الطلبات الأخرى التي تتقدم بغير سبق يعتبر غير مطابق للائحة ولا ينظر إليه وذلك من أجل الحفاظ على العملية التدريبية والنظام العام للتدريب.

(ج) لائحة التأجيلات:

- علي الطالب اللجوء إلى لجنة برنامج الإمتياز بالكلية عند تقديم أي طلب خاص بالتأجيل لأي ظرف وذلك بفترة زمنية لا تقل عن عشرة أيام قبل الدورة (ROUND) المرجو تأجيله مع اتباع التعليمات المطلوبة لعمل التأجيل من تقديم المستندات المطلوبة.
- يقوم الطالب بتقديم طلب لقضاء فترة الإمتياز التي لم يقضها إلى لجنة برنامج الإمتياز حيث تقوم اللجنة بإبداء الرأي لعمل الإجراءات اللازمة للتوزيع على الأقسام المختلفة للتدريب لاستكمال التدريب العملي.

(د) لائحة قضاء فترة الإمتياز خارج الجمهورية:

المتدربين الذين يمضون فترة من التدريب العملي خارج البلاد لابد أخذ موافقة مسبقة من لجنة برنامج الإمتياز بالكلية قبل القيام بالتدريب خارج البلاد ثم يقوم بتقديم مستندات رسمية موثقة من هيئات حكومية خارجية وأيضاً توثيق من سفارة مصر بالبلد التي كانوا بها على ألا تكون هذه الفترة أكثر من (سنة أشهر) ثم عمل مذكرة وأبداء الرأي قبل أي إجراء خاص بالتوزيع أو التدريب بالمستشفيات لاستكمال بقية السنة التدريبية.

3. أهداف التعاملات الإنسانية مع فريق العمل
ومن أجل تحقيق الأهداف الإنسانية يقوم المتدرب بالتعرف على جميع أفراد وأعضاء فريق العمل وأيضاً على طبيعة كل قسم واحتياجاته وأهدافه قصيرة المدى وأيضاً طويلة المدى وذلك من خلال المشرف المسئول عنه وعن طريق اللجوء إلي إدارة برنامج الإمتياز عند الاستفسار عن أي تصرفات أو أوامر يتعلق بالعلاقة المباشرة مع أطراف الفريق العلاجي بالأقسام التي قد تؤدي إلى مشاكل أو سوء فهم يحدث خلال فترة التدريب.



ثانياً : التقييم الفني والإداري لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (العظام) الشهر الأول

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهرين) - الشهر : (الأول)
- 1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Shoulder pain-
 - Cervical spine dysfunction
 - Thoracic spine dysfunction
 - Lumbar spine dysfunction
 - Hip joint pain
 - Knee joint pain
 - Ankle joint pain
 - Sports injuries for:
 - Hip joint
 - Knee joint
 - Joint Ankle
 - Manual therapy for spin
 - Manual therapy for extremities

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (العظام) الشهر الثاني

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهرين) - الشهر : (الثاني)
- 1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Shoulder pain
 - Cervical spine dysfunction
 - Thoracic spine dysfunction
 - Lumbar spine dysfunction
 - Hip joint pain
 - Knee joint pain
 - Ankle joint pain
 - Sports injuries for:
 - Hip joint
 - Knee joint
 - Joint Ankle
 - Manual therapy for spin
 - Manual therapy for extremities

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الأعصاب) الشهر الأول

- مكان التدريب :
 - القسم :
 - فترة التدريب : من..... إلى.....
 - مدة التدريب: (شهرين) - الشهر : (الأول)
1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Upper motor neuron lesion
 - Lower motor neuron lesion
 - Cerebellar disorders
 - Extra pyramidal syndromes
 - Head injuries
 - Multiple sclerosis
 - Lumber and cervical disc prolapsed

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الأعصاب) الشهر الثاني

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهرين) - الشهر : (الثاني)
- 1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Upper motor neuron lesion
 - Lower motor neuron lesion
 - Cerebellar disorders
 - Extra pyramidal syndromes
 - Head injuries
 - Multiple sclerosis
 - Lumbar and cervical disc prolapsed

- التقييم الفني للطالب في نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الأطفال) الشهر الأول

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من إلى
- مدة التدريب: (شهرين) - الشهر : (الأول)
- 1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Upper motor neuron disorders in pediatrics
 - Lower motor neuron disorders in pediatrics
 - Genetic disorders
 - Musculoskeletal disorders in pediatrics

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الأطفال) الشهر الثاني

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهرين) - الشهر : (الثاني)
- 1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Upper motor neuron disorders in pediatrics
 - Lower motor neuron disorders in pediatrics
 - Genetic disorders
 - Musculoskeletal disorders in pediatrics

- التقييم الفني للطالب في نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني علي التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (النساء والتوليد)

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهر)
- 1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Antenatal Care
 - Risk Pregnancy
 - Intra natal care
 - Post natal rehabilitation
 - Menstrual disorders
 - Polycystic ovarian syndrome
 - Stress urinary incontinence
 - Genital prolapse
 - Menopausal disorders

- التقييم الفني للطالب في نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني علي التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (العناية المركزة)

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهر)
- 1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Chest problems
 - Prolonged bed rest associated problems
 - Handling of intubated patient
 - Patient on monitor
 - Post cardiopulmonary surgery admitted in ICU or CCU

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الباطنة والصدر والقلب)

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهر)
- 1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
 - Cardiac disorders
 - Vascular disorders
 - Cardiopulmonary surgery
 - Metabolic disorders
 - Geriatrics

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني علي التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام (الجراحة والجلد والحروق)

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهر)
1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:
- Hypertrophic scar cases
- Burnt Patient
- Post skin graft
- Post mastectomy cases
- Lymphedema cases
- Post upper abdominal surgeries

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام

.....)

(شهر اختياري أول)

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهر)

1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:

-
-
-
-
-
-
-

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم

استمارة تقييم التدريب لطلبة إمتياز العلاج الطبيعي بأقسام

.....)
(شهر اختياري ثاني)

- مكان التدريب :
- القسم :
- فترة التدريب : من..... إلى.....
- مدة التدريب: (شهر)

1. التقييم الفني (يملئ بمعرفة المشرف الفني على قسم
العلاج الطبيعي)
عناصر التدريب المطلوب استيفائها (استرشاديه):

- Management of:

-
-
-
-
-
-
-

- التقييم الفني للطالب فى نهاية التدريب بالقسم:
- ملحوظات:
- اسم المشرف الفني على التدريب:.....
- وظيفة المشرف الفني على التدريب:.....
- التوقيع:

التاريخ:/...../.....



2. التقييم الإداري

	مجموع أيام الحضور
	إجازات عارضة
	إجازات اعتيادية
	غياب بدون إذن
	مجموع أيام الغياب لأي سبب
	الجزاءات (يذكر التاريخ والسبب)

3. اعتماد المستشفى أو مكان التدريب

اسم المختص	صفته	التوقيع	الختم



ثالثاً : التقييم النهائي لسنة الإمتياز

التقييم النهائي لسنة التدريبية (الإمتياز)

طرق تعديل الرسوب	التقييم النهائي (ناجح / راسب)	التقييم الفني	مجموع أيام الغياب	التخصص
				العظام (شهر أول)
				العظام (شهر ثاني)
				الأعصاب (شهر أول)
				الأعصاب (شهر ثاني)
				الأطفال (شهر أول)
				الأطفال (شهر ثاني)
				النساء والتوليد
				العناية المركزة
				الباطنة والصدر والقلب
				الجراحة والجلد والحروق
				شهر اختياري.
				شهر اختياري

يعتمد

وكيل الكلية لشؤون التعليم والطلاب

الاسم:

التوقيع:

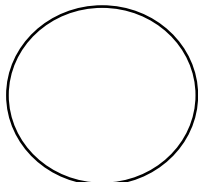
التاريخ:

عميد الكلية

الاسم:

التوقيع:

التاريخ:



استمارة رغبات طلاب الإمتياز للتدريب في المستشفيات

اسم الطالب:

الرقم الجامعي:رقم بطاقة الإمتياز:

التقدير العام / المعدل التراكمي:

رقم الهاتف:

محل الإقامة:

البريد الإلكتروني:

الرغبة الأولى	المدة	
	من:	الشهر الاختياري الأول
	إلى:	
	من:	الشهر الاختياري الثاني
	إلى:	

التاريخ:

توقيع الطالب:



(Appendix I)

Intern Evaluation Form

Intern Name					
Institution of Training					
Unit					
Date	From	/	/	To	/
Clinical Supervisor's Name					

Evaluation form key:

(1)	Unacceptable	Does not meet expectations
(2)	Needs further improvement	Rarely meets expectations
(3)	Proficient	Consistently meets expectations
(4)	Distinguished	Meets and usually exceeds expectations
(5)	Superb	Always exceeds expectations

General Evaluation & Ethics	Score				
	1	2	3	4	5
1. Attendance					
2. Attitude & Behavior					
3. Appropriate Appearance					
4. Follows Health and Safety Precautions					
5. Following the institute policies and regulations					
6. Demonstrates compliance with all regulations regarding patient privacy					
7. Demonstrates positive regard for patients during interactions					
8. Demonstrates awareness of patients' rights and responsibilities					
9. Time management and commitment of the intern at work					
10. Potential and motivation of the intern in overall rotation					
Total:					
50					



Knowledge & Communication	Score				
	1	2	3	4	5
1. Overall knowledge					
2. Gain the ability to transfer the knowledge to practical application					
3. Has the ability to accept new ideas and professional opinions					
4. The ability of intern to communicate successfully with patients and their families					
5. The ability of intern to communicate successfully with other staff (physical therapist, medical doctors, nurses...etc.)					
Total:					
25					

Approaching skills	Score				
	1	2	3	4	5
1. Handling the patients safely and effectively					
2. Use the concept of problem solving perfectly					
3. Ability to set a plan and monitor the patient with a good follow-up strategy					
4. The intern has a good and effective access method to the patients					
5. Has the full capacity of reading the medical charts and extracting the necessary information from it					
Total:					
25					



Examination & Evaluation	Score				
	1	2	3	4	5
1. Ability to take history from the appropriate sources					
2. Easily plan a list of diagnosis and differential diagnosis					
3. Had the ability to pick evidence-based tests and measures					
4. Ability to identify the contraindication of specific tests and measurements					
5. Ability to make a good clinical decision relying on the information gathered					
6. Conduct tests and measures as necessary for appropriate clinical decision-making					
7. Identifies impairments in body structures and function, activity limitation, and participation restriction (ICF model)					
8. Has the power to set a list of goals and outcomes					
9. Has the capacity to set an appropriate duration and frequency of intervention					
10. Has the ability to share with seniors the discharge plan opportunities					
Total:					
50					

Intervention	Score				
	1	2	3	4	5
1. Ability to apply the appropriate evidence during treatment					
2. Apply effective treatment method and concepts					
3. Involve patient/family in the intervention program					
4. Ability to notice the progression of the patient and using appropriate measures in this regard					
5. Recognizes the goal when achieved and make the appropriate recommendations					
Total:					
25					



The presentations and talks delivered by the intern during the rotation (if any)

Title	Date
1.	
2.	
3.	
Score	/25

Total Score	Interpretation
> 120 (60%)	Pass the internship successfully
< 120 (60%)	Fail and compensate 100% of internship

Comments:

Clinical Supervisor's Name	
Signature	

Student's Name	
Signature	

Institutional Stamp