

חוות דעת מנהל המחלקה בתום תקופת התאמה לצורך אישור בקשה לתואר מומחה

מנהל/ת נכבדה,

מטרת תקופת ההתאמה היא לוודא כי הרופא/ה בעל/ת רמה מספקת של הכשרה, ידע, גישה קלינית ומיומנויות בין אישיות וכי מסוגל/ת לתפקד במערכת הבריאות בישראל כמומחה במקצוע ההתמחות ולכן במהלכה על הרופא/ה להיחשף לכל העבודה השוטפת של המחלקה, תוך קיום פעילות המתחייבת מתחום מומחיותו וביצוע פעולות אלה.

שאלון זה נועד לסייע בדיך להעריך באופן מלא ומפורט את תפקודו של הרופא/ה שביצע/ה תקופת התאמה תחת פיקוחך ולהביע בפני המועצה המדעית את חוות דעתך ואת המלצתך המקצועית לגבי המשך דרכו כמומחה.

דעתך חשובה לנו ולכן נודה לך על מילוי השאלון באופן שישקף נאמנה את הערכתך.

המועצה המדעית
ההסתדרות הרפואית בישראל

פרטי הרופא/ה

שם הרופא/ה	
------------	--

פרטי המחלקה

המוסד הרפואי	
המחלקה	
שם מנהל המחלקה המעריך	
תאריך התחלה	
תאריך סיום	

השתתפות בפעילות קלינית

1. אנא פרטי את ההשתתפות הפעילה של הרופא/ה בפעילות הקלינית השוטפת של המחלקה (ביקורים, הצגה במועדון ספרות, השתתפות פעילה בשיבות צוות ועוד)

2. ביצוע פעולות קליניות רלוונטיות בשטח ההתמחות (פעילות בחדר ניתוח) (נא פרטי סוגי ניתוחים או פעולות, היקף פעילות ועוד):

הערכת תפקוד

נא פרט/י הערכתך לגבי תפקוד של הרופא/ה בכל אחד מן ההיבטים הבאים:

3. רמת הידע המקצועי

4. מיומנות קלינית

5. עבודת צוות

סיכום חוות הדעת

6. האם הרופא/ה בעל/ת רמה מספקת של הכשרה, ידע, גישה קלינית ומיומנויות בין אישיות הנדרשת למומחה במקצוע זה בישראל?

במידה ולא, נא ציין מהם התנאים נוספים תמליץ למועצה המדעית לדרוש מהרופא/ה?

חתימת מנהל המחלקה

תאריך: