שאלון לשימוש ועדת הבדיקה לצורך הכרה במרפאת גריאטריה בקהילה לסבב

==========

תאריך מילוי השאלון _____

נתונים בסיסיים:

שם הגוף_____ שם המרפאה_____

שם המנהל _____ מס' ת.ז. _____היקף משרה_____

מס' רישיון קבוע _____ מס' רישיון מומחה בגריאטריה_____

מומחיות נוספת _____מס' רישיון _____

מס' הרופאים המומחים בגריאטריה במשרה מלאה העובדים במרפאה _____

צוות המרפאה:

מומחים ורופאים תחומיים:

השם	*ת.ז.*	*בעל תואר מומחה משנת*	*מומחה במקצוע*	*היקף משרה*

מתמחים בשנתיים האחרונות:

השם	*מתמחה משנת*	*תאריך תחילת הרוטציה*	*תאריך סיום הרוטציה*

פעילות המחלקה:

סוג הפעילות	*כמות*	*הערות הוועדה*
מספר ימי הפעילות בשבוע		
מספר המטופלים בחודש (המטופלים על ידי רופא מומחה בגריאטריה)		
מספר המטופלים החדשים (ביקור ראשון)		
מספר ביקורי הבית בחודש של מומחה בגריאטריה		
מספר האחיות במרפאה		
מספר העובדות הסוציאליות במרפאה		

	כן/לא	
האם המרפאה כוללת או עובדת בשיתוף פעולה עם שירות ביקורי בית / טיפולי בית?		

פעילות הוראתית:

האם מתקיימים סוגי הפעילות הבאים ובאיזה תדירות?

סוג הפעילות ההוראתית	*כן/לא*	*תדירות*	*פירוט*	*הערות הוועדה*
ישיבות צוות				
דיונים קליניים				
חשיפה לעבודת אנשי צוות נוספים (אחות, עובדת סוציאלית, מרפאה בעיסוק, פיזיותרפיסטית ומקצועות בריאות נוספים)				
מדריך אישי, מומחה בגריאטריה לכל מתמחה				
דיונים קליניים עם המדריך				
השתתפות המתמחה בישיבות צוות				
קיום חדר בדיקה, כולל מחשב				

השתתפות מנהל המרפאה בוועדות בדיקה מטעם המועצה המדעית ב-5 השנים האחרונות				
השתתפות מנהל המרפאה בבחינות שלב ב' מטעם המועצה המדעית ב-5 השנים האחרונות				
פעילות לקידום איכות ב-5 השנים האחרונות, פרט				
מספר הפרסומים על ידי מומחים ומתמחים				
מספר הצגת עבודות בכנסים על ידי מתמחים ומומחים				
אמצעי הוראה טכנולוגיים. פרט				

_____

חתימת מנהל המרפאה

_____

חתימת יו"ר ועדת ההתמחות של המוסד הרפואי

למילוי על ידי ועדת ההכרה

מספר הגיליונות שנבדקו _____

ציין 1-5 בכל סעיף על פי הסולם הבא:

1. **תקין לחלוטין.**
2. **משביע רצון.**
3. **לקויים מסויימים הדורשים תיקון.**
4. **לקויים מרובים הדורשים תיקון מידי.**
5. **לא מספק או חסר לחולטין.**

1. הרשומה מודפסת או קריאה ללא כל קושי _____
2. קיימת חתימה קריאה ו/או חותמת הרופא לאחר כל רישום _____
3. כל הנתונים הדמוגרפיים קיימים _____
4. אנמנזה רפואית מלאה לגבי: _____
   - א. המחלות הנוכחיות _____
   - ב. תולדות העבר _____
   - ג. פירוט הרגלים (עישון, שתיה, שימוש בסמים) _____
   - ד. ציון אלרגיות _____
   - ה. אנמנזה משפחתית _____
   - ו. סקירה מערכתית _____
   - ז. אנמנזה פסיכו – סוציאלית _____
5. בדיקת גוף מלאה _____
6. הגדרת הבעיות, דיון ותכנית אבחנתית וטיפולית _____
7. רישומי בדיקות עזר _____
8. רישומי מעקב _____
9. רישומי רופאים בכירים _____
10. רישומי יועצים _____
11. סיכום מחלה: _____
    - א. קריא _____
    - ב. קיימים פרטים מזהים מלאים של החולה ושל המחלקה _____
    - ג. ציון נאות של האבחנות _____
    - ד. קיים פירוט הבירור שנעשה באשפוז _____
    - ה. קיימות הנחיות מלאות להמשך הטיפול _____

- **היקף העבודה והתאמתו לסילבוס :** טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

  פירוט : _____

- **כח האדם במחלקה** (האם עונה למטלות ולהוראה) :

  טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

  פירוט : _____

- **חשיפה קלינית** :

  א. האם קיימים בסילבוס נושאים שאין המתמחה נחשף להם? כן / לא

  איזה? _____

  ב. האם קיים ניטור או סקרי מעקב אחרי זיהומים במחלקה? כן / לא

  ג. האם קיים מעקב בכתב של תמותה וסיבוכים ניתוחיים? כן / לא

- **תנאי ההוראה** :

  א. נגישות לאינטרנט כן / לא

  ב. ספריה כן / לא

  ג. מקום לימוד כן / לא

- **פעילות אקדמית** (הערכה כללית) : טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

  פירוט : _____

- **הוראת המתמחה** :

  א. קיום תוכנית התמחות אישית ומימושה :

  טוב מאוד / טוב / מניח את הדעת / טעון שיפור / לקוי

  פירוט : _____

  ב. ביצוע הרוטציה בזמן? כן / לא

  ג. השתתפות במרפאות? כן / לא. מספר פעמים בשבוע _____

  ד. לקיחת אחריות הדרגתית? כן / לא. פירוט _____

סיכום שיחה בנפרד עם המתמחים (תנאים פיזיים, הוראה, השתתפות בכנסים, קצב התקדמות בהתמחות, גורמים שניתן לפנות אליהם כשיש בעיה, לקיחת אחריות, חשיפה לכל התחומים, תוכנית התמחות אישית) _____

_____

_____

_____

_____

_____

שיחת סיכום עם יו"ר ועדת ההתמחות ומנהל ביה"ח _____

_____

_____

_____

_____

_____

הערכה כללית _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

הצעות הוועדה:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

❑ הכרה לסבב של 3 חודשים.

תאריך ביקור הוועדה _____

חתימות חברי הוועדה:

יו"ר הוועדה	חבר הוועדה	חבר הוועדה	חבר הוועדה	חבר הוועדה

שאלון גריאטריה בקהילה
יולי 2021

תוכנית התמחות בגריאטריה:

אחד משני המסלולים האלה:

א. 4½ שנים מהן –

2 שנים גריאטריה;

1½ שנים רפואה פנימית;

3 חודשים מרפאה גריאטריה קהילתית;

3 חודשים באחד מן המקצועות הבאים: יחידה גריאטרית בבית חולים כללי, נוירולוגיה, אורתופדיה, שיקום, פסיכיאטריה מבוגרים

½ שנה מדעי יסוד.

ב. תואר מומחה ברפואה פנימית או ברפואת משפחה;

1 שנים ו 9 חודשים גריאטריה;

3 חודשים מרפאה גריאטריה קהילתית;