

การประเมินการปฏิบัติงานประจำวัน ทุก 2 สัปดาห์ (ทุกอังคารสัปดาห์ที่ 2 และ 4)

Appraisal / feedback แพทย์ประจำบ้าน สำหรับอาจารย์ประจำห้อง

ชื่อแพทย์ประจำบ้าน..... ชั้นปีที่.....

หัวข้อ	คะแนน					หมายเหตุ
	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด	
1. ความถูกต้อง-ครบถ้วนในการเตรียม pre-operative						
2. ความสามารถในการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยตนเอง						
3. ความใส่ใจและระมัดระวัง ขณะเฝ้าผู้ป่วย						
4. ความสามารถในการดูแล post-operative						
5. เจตคติที่ดี: ความรับผิดชอบ ตรงต่อเวลา						
6. มนุษยสัมพันธ์ที่ดี						
7. ความกระตือรือร้น ใฝ่รู้						

ประเด็นที่ควรพัฒนา/ความคิดเห็นเพิ่มเติม (ต้องระบุ) .....  
.....  
.....

ภาพรวมของการปฏิบัติงาน  ดีเยี่ยม  เหมาะสมตามชั้นปี  ต้องพัฒนา

.....  
ลงชื่ออาจารย์  
วันที่ .....

## แบบฟอร์มการประเมินแพทย์ประจำบ้าน ขณะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อแพทย์ประจำบ้าน..... ชั้นปีที่.....

หัวข้อ	คะแนน					หมายเหตุ
	5 มาก ที่สุด	4 มาก	3 ปาน กลาง	2 น้อย	1 น้อย ที่สุด	
1. ความถูกต้อง-ครบถ้วนในการเตรียม pre-operative (รับ set case)						
2. การให้ยาระงับความรู้สึกด้วยตนเอง						
3. ความใส่ใจและระมัดระวัง ขณะเฝ้าผู้ป่วย						
4. การจัดลำดับความเร่งด่วน						
5. มนุษยสัมพันธ์ที่ดี						
6. ความกระตือรือร้น ใฝ่รู้						
7. เจตคติที่ดี: ความรับผิดชอบ ตรงต่อเวลา						

ประเด็นที่ควรพัฒนา/ความคิดเห็นเพิ่มเติม (ต้องระบุ) .....

ภาพรวมของการปฏิบัติงาน  ดีเยี่ยม  เหมาะสมตามชั้นปี  ต้องพัฒนา.....  
ลงชื่ออาจารย์

วันที่ .....

อาจารย์ประจำหน่วยบริการ