

دانشکده دندانپزشکی کرمان
گروه بیماریهای دهان

کارنامه دستیاران تخصصی بیماریهای دهان

نام و نام خانوادگی دستیار:

گروه بیماریهای دهان دانشکده دندانپزشکی کرمان توجه دستیاران محترم را به نکات زیر جلب می نماید:

- ۱- دوره تخصصی بیماریهای دهان حداقل ۳ سال و حداکثر ۴ سال است. معرفی دستیار جهت شرکت در امتحان مورد منوط به موافقت گروه تخصصی، اخذ نمره قبولی در تمام امتحانات مربوط به دروس نظری، انجام حداقل کارهای عملی لازم، تکمیل دوره و دفاع از پایان نامه تخصصی و اخذ نمره قبولی در امتحان پره مورد می باشد.
- ۲- دستیار بیماریهای دهان موظف است طبق برنامه تنظیم شده از سوی گروه تخصصی در کلاسهای درس نظری و بخش حضور بهم رساند. ارزشیابی دروس نظری براساس امتحاناتی که در پایان هر درس برگزار خواهد شد، انجام گیرد. حداقل کار عملی ضروری در ابتدای هر نیمسال تحصیلی توسط مدیر دوره تخصصی به دستیار ابلاغ خواهد شد. بدیهی است که کیفیت کار نیز در ارزشیابی دروس عملی مورد توجه قرار خواهد گرفت.
- ۳- دستیار بیماریهای دهان براساس مصوبه کمیته کشوری بیماریهای دهان و دبیرخانه شورای آموزشی دندانپزشکی و تخصصی باید در طی دوره تخصص حداقل ۳۵۰۰ ساعت (روزی ۶ ساعت) در محیط آموزش حضور فیزیکی داشته باشد. بنابراین، مدت حضور دستیار در پایان هر ماه براساس فرم رایانه ای که توسط واحد حسابداری تنظیم می شود، مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت. بنابراین، از دستیاران محترم تقاضا می شود ورود و خروج خود را در دستگاه کارت زنی ثبت نمایند.
- ۴- مرخصی استحقاقی هر دستیار تخصصی سالی یک ماه می باشد. دو هفته از این مدت در تعطیلات نوروز کسر می شود. بنابراین، دستیار فقط می تواند از دو هفته مرخصی استحقاقی در سال استفاده کند. استفاده از مرخصی مشروط به موافقت مدیر دوره تخصصی می باشد. لازم به تذکر است که به ازای هر شش ساعت تأخیر یا غیبت در طی سال تحصیلی، یک روز از مرخصی استحقاقی دستیار کسر می شود.
- ۵- کارنامه دستیار تخصصی تنها منبع ارزشیابی عملکرد وی در پایان دوره می باشد و مسئولیت تکمیل، نگهداری و حفظ آن برعهده دستیار می باشد.
- ۶- ساعت شروع کار بخش ۸:۳۰ است. دستیار باید از این ساعت تا هنگام ترخیص تمام بیماران در بخش حضور داشته باشد. پوشیدن روپوش سفید و استفاده از پلاکی که نام و نام خانوادگی و مرتبه دستیار بر روی آن درج شده باشد، الزامی است. دستیار تخصصی موظف است در ساعاتی که کلاس درس نظری یا عملی وجود ندارد، تا سقف ۶ ساعت در دانشکده حضور داشته باشد.

Screening

معاینه

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی: دکتر

تاریخ: امضاء:	تعداد بیماران معاینه شده: استاد:
تاریخ: امضاء:	تعداد بیماران معاینه شده: استاد:
تاریخ: امضاء:	تعداد بیماران معاینه شده: استاد:
تاریخ: امضاء:	تعداد بیماران معاینه شده: استاد:
تاریخ: امضاء:	تعداد بیماران معاینه شده: استاد:
تاریخ: امضاء:	تعداد بیماران معاینه شده: استاد:
تاریخ: امضاء:	تعداد بیماران معاینه شده: استاد:
تاریخ: امضاء:	تعداد بیماران معاینه شده: استاد:

Comprehensive Examination Report

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی:

ردیف: ۱

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده:

علت مراجعه:

یافته های مهم بالینی:

تشخیص بالینی اولیه:

استاد: امضاء:

ردیف: ۲

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده:

علت مراجعه:

یافته های مهم بالینی:

تشخیص بالینی اولیه:

استاد: امضاء:

ردیف: ۳

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده:

علت مراجعه:

یافته های مهم بالینی:

تشخیص بالینی اولیه:

استاد: امضاء:

درمانهای تخصصی بیماریهای دهان

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی:

رنگ آمیزی با تولویدین بلو (نوبت اول)

نام و نام خانوادگی بیمار:

شماره پرونده:

نوع ضایعه:

نتیجه درمان:

تاریخ:

استاد:

امضاء:

رنگ آمیزی با تولویدین بلو (نوبت دوم)

نام و نام خانوادگی بیمار:

شماره پرونده:

نوع ضایعه:

نتیجه درمان:

تاریخ:

استاد:

امضاء:

رنگ آمیزی با تولویدین بلو (نوبت سوم)

نام و نام خانوادگی بیمار:

شماره پرونده:

نوع ضایعه:

نتیجه درمان:

تاریخ:

استاد:

امضاء:

نمونه برداری

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی: دکتر

ردیف: ۱

نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	محل ضایعه:
نوع نمونه برداری:	تاریخ:
استاد:	امضاء:

ردیف: ۲

نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	محل ضایعه:
نوع نمونه برداری:	تاریخ:
استاد:	امضاء:

ردیف: ۳

نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	محل ضایعه:
نوع نمونه برداری:	تاریخ:
استاد:	امضاء:

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی: دکتر

استروئید تراپی (نوبت اول)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

استروئید تراپی (نوبت دوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

استروئید تراپی (نوبت سوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی: دکتر

جراحی با لیزر (نوبت اول)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

جراحی با لیزر (نوبت دوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

جراحی با لیزر (نوبت سوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی: دکتر

لیزر کم توان (نوبت اول)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

لیزر کم توان (نوبت دوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

لیزر کم توان (نوبت سوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی: دکتر

کرایوتراپی (نوبت اول)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

کرایوتراپی (نوبت دوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

کرایوتراپی (نوبت سوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی: دکتر

ساخت اسپلینت (نوبت اول)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

ساخت اسپلینت (نوبت دوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

ساخت اسپلینت (نوبت سوم)	
نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:
نوع ضایعه:	تاریخ:
مقدار و روش تجویز دارو:	
نتیجه درمان:	
استاد:	امضاء:

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی: دکتر

دارو درمانی سردرد و دردهای فک و صورت (نوبت اول)

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده:

نوع ضایعه: تاریخ:

مقدار و روش تجویز دارو:

نتیجه درمان:

استاد: امضاء:

دارو درمانی سردرد و دردهای فک و صورت (نوبت دوم)

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده:

نوع ضایعه: تاریخ:

مقدار و روش تجویز دارو:

نتیجه درمان:

استاد: امضاء:

دارو درمانی سردرد و دردهای فک و صورت (نوبت سوم)

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده:

نوع ضایعه: تاریخ:

مقدار و روش تجویز دارو:

نتیجه درمان:

استاد: امضاء:

سایر فعالیتها

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی:

ردیف: ۱	تاریخ:
شرح:	
استاد:	امضاء:
ردیف: ۲	تاریخ:
شرح:	
استاد:	امضاء:
ردیف: ۳	تاریخ:
شرح:	
استاد:	امضاء:
ردیف: ۴	تاریخ:
شرح:	
استاد:	امضاء:
ردیف: ۵	تاریخ:
شرح:	
استاد:	امضاء:

کنفرانس برای دانشجویان دوره دندانپزشکی عمومی

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی:

ردیف: ۱

عنوان :

گروه :

استاد:

تاریخ:

امضاء:

ردیف: ۲

عنوان :

گروه :

استاد:

تاریخ:

امضاء:

ردیف: ۳

عنوان :

گروه :

استاد:

تاریخ:

امضاء:

ردیف: ۴

عنوان :

گروه :

استاد:

تاریخ:

امضاء:

ردیف: ۵

عنوان :

گروه :

استاد:

تاریخ:

امضاء:

مقاله نویسی

نام و نام خانوادگی دستیار تخصصی:

ردیف: ۱	تاریخ:
عنوان مقاله :	
استاد:	امضاء:

ردیف: ۲	تاریخ:
عنوان مقاله :	
استاد:	امضاء:

ردیف: ۳	تاریخ:
عنوان مقاله :	
استاد:	امضاء:
