**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان**

**معاونت آموزشی**

**مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی**

**چک لیست ارزیابی طرح درس / دوره**

**( ویژه گروه آموزشی و دفتر توسعه دانشکده پزشکی )**

1.عنوان درس :

2. نام و نام خانوادگی مسئول درس :

3. پست الکترونیکی مسئول درس:

4. نام و نام خانوادگی مدرسین همکار :

6. تعداد واحد :

7 . نام دانشکده :

8. نام گروه آموزشی :

9. نام و نام خانوادگی مدیرگروه آموزشی :

10. نام و نام خانوادگی مسئول آموزش پزشکی عمومی گروه/ مسئول تحصیلات تکمیلی گروه:

11. آیا طرح درس مذکور برای بار اول در گروه شما تدوین می گردد ؟ بلی □ خیر□

|  |  |
| --- | --- |
| **میزان ارزیابی توسط مسئول آموزش پزشکی عمومی گروه/ مسئول تحصیلات تکمیلی گروه** | **نمره ارزیابی** |
| **مطلوب (75%)** | **نسبتاً مطلوب (75%- 50% )** | **نامطلوب (50 % )** |
| میزان انطباق اهداف کلی هر جلسه با سرفصل درسی در کوریکولوم  |  |  |  |
| میزان مطلوبیت اهداف اختصاصی برای دستیابی به هدف کلی هر جلسه  |  |  |  |
| میزان مطلوبیت روش تدریس برای دستیابی به هدف کلی هر جلسه  |  |  |  |
| میزان مطلوبیت وسایل آموزشی برای دستیابی به هدف کلی هر جلسه  |  |  |  |
| میزان مطلوبیت روش ارزشیابی برای دستیابی به هدف کلی هر جلسه  |  |  |  |
| میزان تطابق محتوا با آخرین اطلاعات علمی و دانش روز  |  |  |  |
| زمانبندی تنظیم شده برای ارائه محتوای این درس  |  |  |  |

**بررسی مسئول آموزش پزشکی :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **وضعیت کلی طرح درس ازنظر مسئول آموزش پزشکی عمومی / مسئول تحصیلات تکمیلی گروه** | مطلوب (مورد تایید کامل و ارسال به مدیر گروه جهت تایید نهایی در گروه □ | محل امضای مسئول آموزش پزشکی عمومی/ مسئول تحصیلات تکمیلی گروه |
| نسبتاً مطلوب یا نامطلوب (عودت به مدرس جهت اصلاح ) □ | محل امضای مسئول آموزش پزشکی عمومی/ مسئول تحصیلات تکمیلی گروه |
| تایید اصلاحات مدنظر مسئول آموزش پزشکی عمومی / **مسئول تحصیلات تکمیلی گروه** و ارسال به مدیر گروه جهت تایید نهایی □ | محل امضای مسئول آموزش پزشکی عمومی/ مسئول تحصیلات تکمیلی گروه |

**بررسی مدیر گروه :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **وضعیت کلی طرح درس ازنظر مدیر گروه** | مطلوب (مورد تایید کامل و ارسال به EDO جهت تایید نهایی ) □ | محل امضای مدیر گروه |
| نسبتاً مطلوب یا نامطلوب (عودت به مسئول آموزش پزشکی جهت اصلاح مدرس) □ | محل امضای مدیر گروه |
| تایید اصلاحات مدنظر مدیرگروه و ارسال به EDO جهت تایید نهایی □ | محل امضای مدیر گروه |

**بررسی مدیر / سرپرست دفتر توسعه :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **وضعیت کلی طرح درس ازنظر مدیر دفتر توسعه (EDO)** | مطلوب (مورد تایید کامل و ارسال به مرکز EDC جهت تایید نهایی ) □ | محل امضای مدیر EDO |
| نسبتاً مطلوب یا نامطلوب (عودت به مدرس جهت اصلاح ) □ | محل امضای مدیر EDO |
| تایید اصلاحات مدنظر مدیرگروه و ارسال به مرکز EDC جهت تایید نهایی□ | محل امضای مدیر EDO |

\*راهنما :

-انطباق با سرفصل دوره : طرح درس می بایست در بخش اهداف مرحله ای (اهداف کلی جلسات ) با مندرجات سرفصل درسی مطابقت داشته باشد.

- نمره ارزیابی هر آیتم : درصد مطلوبیت هر آیتم نسبت به کل جلسات محاسبه گردد.