

DEPARTAMENTO DE MEDICINA. USC
FOLLA DE AVALIACION DAS PRACTICAS DE PATOLOXIA XERAL M-C

ALUMNA/O Dna./D.....
Periodos de Prácticas:
Unidades/Servizos/Centros.....
Títore Clínicos:e.....

A CUBRIR POLO TITOR OU FACULTATIVO EN QUEN DELEGUE

¿A alumna/o tense integrado nas actividades do Servicio?: Si:.....Non:.....
¿A puntualidade da alumna/o é aceptable? Si:.....Non:.....
¿A alumna/o coñece a sistemática de traballo do Servicio? Si:.....Non:.....
¿A relación da alumna/o cos doentes foi? Boa:....Normal:.....Regular:.....Mala:.....
¿Qué aspectos dos obxetivos docentes prácticos foron abordados?

¿Qué habilidades clínicas acadou a alumna/o?

¿ A alumna/o é capaz de realizar unha historia clínica completa?
Si:.....Parcialmente:.....Non:.....
¿Qué carencias observa na alumna/o?

OBSERVACIONES DO TITOR

Data:.....
Sinatura do Titor Sinatura da alumna/o

DEPARTAMENTO DE MEDICINA. USC
FOLLA DE AVALIACION DAS PRACTICAS DE PATOLOXIA XERAL M-C

ALUMNA/O Dna./D.....
Periodos de Prácticas:
Unidades/Servizos/Centros.....
Titore Clínicos:e.....

A CUMPLIMENTAR POLA ALUMNA/O

1. **SEI** elaborar unha historia clínica. Si.....Parcialmente.....Non.....
2. **SEI** realizar unha exploración física sistemática: Si.... Parcialmente.....Non.....
3. **SEI** realizar unha auscultación respiratoria: Si:.....Non.....
4. **SEI** localizar as áreas auscultatorias cardíacas: Si.....Non.....
5. **SEI** realizar unha exploración do abdomen: Si.....Non.....
6. **SEI** explorar a forza e o tono muscular: Si.....Non.....
7. **SEI** explorar a sensibilidade: Si:.....Non.....
8. **SEI** explorar os pares craneáis: Si.....Non.....
9. **SEI** explorar os reflexos miotáticos: Si:.....Non.....
10. **SEI** realizar unha exploración cerebelosa: Si:.....Non.....
11. **SEI** explorar os pulsos periféricos: Si.....Non.....
12. **SEI** explorar a glándula tiroides: Si:.....Non.....
13. **SEI** explorar as adenopatias: Si.....Non.....
14. **SEI** medir a presión arterial: Si.....Non.....
15. **SEI** utilizar un diapasón: Si:.....Non.....
16. **TEÑO VISTO FACER:**
 1. Venopunción: non:.....Si:.....(.....veces)
 2. Gasometría arterial: non:.....Si:.....(.....veces)
 3. Paracentesis: non:.....Si:.....(.....veces)
 4. Punción lumbar: non:.....si:.....(.....veces)
 5. Intubación traqueal e RCP: non:.....si:.....(.....veces)
 6. Sondaxe uretral: non:.....si:.....(.....veces)
 7. Sondaxe nasogástrico : non :.....si:.....(.....veces)
17. **TEÑO FEITO ALGUNHA DAS SEGUINTE TÉCNICAS**
 1. Venopunción: non:.....Si:.....(.....veces)
 2. Gasometría arterial: non:.....Si:.....(.....veces)
 3. Paracentesis: non:.....Si:.....(.....veces)
 4. Punción lumbar: non:.....si:.....(.....veces)
 5. Intubación traqueal e RCP: non:.....si:.....(.....veces)
 6. Sondaxe uretral: non:.....si:.....(.....veces)
 7. Sondaxe nasogástrico : non :.....si:.....(.....veces)
 8. Glucemia capilar: non :.....si:.....(.....veces)
 9. Tira de ouriños: non :.....si:.....(.....veces)
 10. Outras:.....(especifique cales:.....)

En Santiago, ade.....200....
Asdo: O TITOR CLINICO (1º cuatr.) O TITOR CLINICO (2º cuatr.)