



**GRUPO SER EDUCACIONAL
FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU
ESTÁGIO/ ATIVIDADE PRÁTICA
- CURSO DE MEDICINA-
FICHA DE AVALIAÇÃO**



Nome do (a) Aluno (a): _____

Unidade de Saúde: _____ Disciplina: OFTALMOLOGISTA

Período/Turma: _____ Matrícula: _____

ITENS A SEREM AVALIADOS PELO PRECEPTOR (A) EM SERVIÇO						
I – ASPECTOS GERAIS	PONTUAÇÃO	1ª DIA	2º DIA	3º DIA	4º DIA	TOTAL
1- Pontualidade	0 - 20					
2 - Interesse pela Dermatologia	0 - 20					
3 - Comportamento ético profissional	0 - 20					
4 - Descrição das lesões dermatológicas e correta elaboração do Prontuário Médico	0 - 20					
5 - Raciocínio clínico	0 - 10					
6 - Confeção da receita médica	0 - 10					
TOTAL GERAL						

OBSERVAÇÃO AO PRECEPTOR:

- DEVERÁ SER ATRIBUÍDA A **PONTUAÇÃO ZERO** CASO HAJA **FALTA A QUALQUER UM DOS DIAS DA ATIVIDADE PRÁTICA**, INDEPENDENTEMENTE DO DESEMPENHO DO ALUNO FALTOSO NOS DEMAIS DIAS.
- FICA **VEDADA** A ASSINATURA DESTA FICHA DE AVALIAÇÃO APÓS O ÚLTIMO DIA DE ESTÁGIO DO ALUNO.

OBS. _____

Assinatura do Preceptor (a)

Assinatura do Aluno (a)

Assinatura do Responsável
Da Unidade Concedente

Assinatura do Orientador da IES

Observação.: Esta avaliação será válida apenas com assinatura e carimbo do (a) preceptor (a) e assinatura do aluno (a).