



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



Nome do (a) Aluno (a): _____

Unidade de Saúde: HSE (4 TURNOS) Disciplina: ORTOPEDIA

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).