**Folha de presença e avaliação de Estagio Optativo da Residencia Médica da Coreme/CCS/UFES**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição de origem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PRM de origem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano: R\_\_\_\_\_\_\_\_

PRM que está Estagiando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período. Inicio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 60 horas semanais.

**FREQUÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Manhã | Tarde | Noite |
| Entrada | Saida | Entrada | Saida | Entrada | Saida |
| 1 |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |   |   |
| 11 |   |   |   |   |   |   |
| 12 |   |   |   |   |   |   |
| 13 |   |   |   |   |   |   |
| 14 |   |   |   |   |   |   |
| 15 |   |   |   |   |   |   |
| 16 |   |   |   |   |   |   |
| 17 |   |   |   |   |   |   |
| 18 |   |   |   |   |   |   |
| 19 |   |   |   |   |   |   |
| 20 |   |   |   |   |   |   |
| 21 |   |   |   |   |   |   |
| 22 |   |   |   |   |   |   |
| 23 |   |   |   |   |   |   |
| 24 |   |   |   |   |   |   |
| 25 |   |   |   |   |   |   |
| 26 |   |   |   |   |   |   |
| 27 |   |   |   |   |   |   |
| 28 |   |   |   |   |   |   |
| 29 |   |   |   |   |   |   |
| 30 |   |   |   |   |   |   |

**AVALIAÇÃO**

|  |
| --- |
| **TREINAMENTO EM SERVIÇO** |
| Assiduidade |  | Pontualidade |  |
| Relação médico/paciente/família |  | Interesse pelo paciente |  |
| Capacidade de conclusão |  | Independência |  |
| Organização prontuário |  | Conhecimento |  |
| **ATIVIDADES DIDÁTICAS COMPLEMENTARES** |
| Apresentação de caso clínico |  | Revisão bibliográfica |  |
| Sessão anatomoclínica |  | Outros |  |
|  |  | Nota Final |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Coordenador ou do Preceptor do PRM e Data | Assinatura e Carimbo |