ชื่อ-นามสกุล Resident ..... ชั้นปีที่ .....

EPA 1 Patient management in out-patient setting

EPA	Title	R1	R2	R3
1	Patient management in out-patient setting			
	General ENT	L3x1 L4x1		
	Otology: otalgia, otorrhea, hearing loss, vertigo		L4x1	
	Rhinology: rhinorrhea, nasal blockage, epistaxis		L4x1	
	Laryngology: hoarseness, airway obstruction		L4x1	
	Throat and head and neck: sore throat, dysphagia, neck mass		L4x1	

Otology	Rhinology	Laryngology	Throat & Head and Neck
☐ Otalgia	☐ Nasal blockage	☐ Hoarseness	☐ Sorethroat
☐ Otorrhea	☐ Rhinorrhea	☐ Airway obstruction	☐ Dysphagia
☐ Vertigo	☐ Epistaxis		☐ Neck mass

General ENT (ระบุอาการที่ผู้ป่วยมาตรวจ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

	ถูกต้อง/สมบูรณ์/แก้ปัญหาได้	ถูกต้องบางส่วน/ไม่สมบูรณ์	ไม่ถูกต้อง/ไม่ปฏิบัติ	ประเมินไม่ได้
1. Patient care				
1.1 ซักประวัติ อาการ/อาการร่วมที่สำคัญ				
1.2 การตรวจร่างกาย				
2. Medical skill and knowledge				
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค/ปัญหาของผู้ป่วย				
2.2 การวินิจฉัย/วินิจฉัยแยกโรค				
2.3 ความรู้ การดำเนินโรค/พยาธิสรีรวิทยา				
2.4 ความรู้ในการดูแลรักษาโรค				
3. Practice based learning				
3.1 การสรุปปัญหาของผู้ป่วย				
3.2 การวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์/การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง				

ชื่อ-นามสกุล Resident ..... ชั้นปีที่ .....

	ถูกต้อง/ สมบูรณ์ /แก้ปัญหาได้	ถูกต้อง บางส่วน/ ไม่สมบูรณ์	ไม่ถูกต้อง/ ไม่ปฏิบัติ	ประเมิน ไม่ได้
4. Communication skills				
4.1 การสื่อสารกับผู้ร่วมงาน พยาบาล แพทย์อื่น ๆ				
4.2 การสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ				
5. Professionalism				
5.1 การทำงานร่วมกับทีมดูแลรักษา				
5.2 ความรับผิดชอบ ตรงต่อเวลา				
6. System based learning				
6.1 การบันทึกเวชระเบียน				
6.2 การเลือกแนวทางการรักษา/การใช้ยาอย่างเหมาะสม				

Level of EPA ผลการประเมินโดยรวม	**OVERALL**ผลการประเมินโดยรวม
☐ **Level 1** สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด ☐ **Level 2** สามารถปฏิบัติงานภายใต้การชี้แนะของอาจารย์ ☐ **Level 3** สามารถปฏิบัติงานได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ☐ **Level 4** สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง ☐ **Level 5** สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง และควบคุมผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่า	☐ **PASS** ☐ **Pass with CONDITION** ☐ **FAIL**

ความเห็นของอาจารย์ผู้ประเมิน .....

.....

.....

.....

.....

.....

(.....)

อาจารย์ผู้ประเมิน

วันที่ประเมิน.....

ความเห็นของผู้ถูกประเมิน (Self-reflection) .....

.....

.....

.....

.....

.....

(.....)

ผู้ถูกประเมิน

วันที่รับทราบผลการประเมิน.....