

Mini-Avaliação Clínica (*Mini-Cex*) – Modelo DTG-UNICAMP

Aluno:

RA [][][][][][][][][][]

Por favor complete as questões com um "X"

Avaliador: Categoria: Docente Contratado

Local da Avaliação: Ambulatório Enfermaria Pronto Atendimento C. Cirúrgico C. Obstétrico

Categoria do problema clínico: PF Pré-Natal Gineco Geral Urgência Outros

Caso: Novo Retorno Total de mini-Cex prévios:

Foco da Consulta Clínica: História Diagnóstico Exame físico Consulta completa

Favor graduar usando a escala ao lado:	Abaixo da Expectativa	Limite	Atingiu a Expectativa	Acima da Expectativa	N/A*
1. Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Habilidade no exame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Habilidade na comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Raciocínio clínico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Conduta ética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Organização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atendimento geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* N/A Por favor, marque este se você não observou o comportamento ou se sinta incapaz de comentar

Você foi capacitado para usar esta ferramenta de avaliação?

Pessoalmente Leu algum guia Web/CD rom não

Comentários/ *feedback*:

Tempo de observação (em minutos)

Tempo de feedback (em minutos)

Assinatura do aluno: _____

Assinatura do avaliador: _____

Data: ____/____/____

Exercício de Mini Avaliação Clínica – Consulta – Modelo UNICID

AVALIADOR: _____ DATA: _____

ESTUDANTE: _____

LOCAL: Ambulatório Enfermaria Outro: _____

Situação do paciente ou seu diagnóstico: _____

Idade do Paciente: _____ Gênero: _____ Caso Novo Retorno

Complexidade: Baixa Média Alta

Foco: História clínica Exame físico Manejo do paciente

Resolução de problemas Relações interpessoais

1. HISTÓRIA CLÍNICA-ANAMNESE: (não observado)

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

2. EXAME FÍSICO (não observado)

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

3. MANEJO DO PACIENTE (não observado)

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

4. RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS (não observado)

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

5. RELACIONAMENTO COM PACIENTES (não observado)

1 2 3 / 4 5 6 / 7 8 9
INSATISFATÓRIO SATISFATÓRIO EXEMPLAR

Tempo gasto na avaliação: observando: _____ feedback: _____

Comentários: _____

Estudante: _____ Avaliador: _____