



EPA1-2

Gross dissection ADVANCE surgical specimens

GA

ชื่อแพทย์ประจำบ้าน _____ วันที่ _____

หมายเลขเคส _____ Diagnosis _____

ระบบที่ต้องได้รับการประเมิน

(3) Eye-ENT <input type="checkbox"/> Eye /2 <input type="checkbox"/> Oral cavity /2 <input type="checkbox"/> Upper airway /2 <input type="checkbox"/> Ear /2 <input type="checkbox"/> Neck /2 <input type="checkbox"/> Salivary gland /2 <input type="checkbox"/> Thyroid/parathyroid /2	14	(4) GI <input type="checkbox"/> Esophagus /2 <input type="checkbox"/> Stomach /2 <input type="checkbox"/> Small bowel /2 <input type="checkbox"/> Colon /2	8	(5) GU <input type="checkbox"/> Kidney /2 <input type="checkbox"/> Lower urinary /2 <input type="checkbox"/> Prostate /2 <input type="checkbox"/> Male genital /2 <input type="checkbox"/> Adrenal /2	10	(6) GYN <input type="checkbox"/> Vulva-vagina /2 <input type="checkbox"/> Cervix /2 <input type="checkbox"/> Uterus /2 <input type="checkbox"/> Ovary-tube /2	8	(11) CVT <input type="checkbox"/> Thymus /2 <input type="checkbox"/> Heart /2 <input type="checkbox"/> Lung /2 <input type="checkbox"/> Vascular /2	8
		(8) HPB <input type="checkbox"/> Liver-bile duct /2 <input type="checkbox"/> Pancreas /2	4	(9) Neuro <input type="checkbox"/> CNS /2 <input type="checkbox"/> PNS-muscle /2	4	(1) BST <input type="checkbox"/> Bone /2 <input type="checkbox"/> Joint /2 <input type="checkbox"/> Soft tissue /2	6	(7) Heme <input type="checkbox"/> Bone marrow /2 <input type="checkbox"/> Lymph node /2 <input type="checkbox"/> Spleen /2	6
		(2) Breast <input type="checkbox"/> Neoplasm /1 <input type="checkbox"/> Non-neoplasm /1	2	(10) Skin <input type="checkbox"/> Inflammatory /1 <input type="checkbox"/> Neoplasm /1	2				

ข้อกำหนดของการประเมิน

เมื่อจบชั้นปีที่2 ต้องได้รับการประเมินอย่างน้อย 3 จาก 9 ระบบ โดยต้องได้ผลประเมินอย่างน้อย L4

เมื่อจบชั้นปีที่3 ต้องได้รับการประเมินครบทั้ง 9 ระบบ โดยต้องได้ผลประเมินอย่างน้อย L5

Organ ระบุ Operation ระบุ	ไม่ถูกต้อง/ ไม่ปฏิบัติ/ ถูกต้องบางส่วน/ ไม่สมบูรณ์	ถูกต้อง สมบูรณ์ แก้ปัญหาได้ (ถ้ามี)
การเตรียมตัวก่อนตรวจชิ้นเนื้อ		
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย วิธีการตรวจและตัดชิ้นเนื้อ		
รวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการตรวจชิ้นเนื้อ เช่น pertinent clinical history, specimen orientation, ความเชื่อมโยงกับลักษณะทางรังสีวิทยา เป็นต้น ได้ถูกต้อง และครบถ้วน ติดต่อบริการข้อมูลจากแพทย์ผู้ส่งเนื้อ (ถ้าจำเป็น) ด้วยวาจา สุภาพและเหมาะสม		
แต่งกายเหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจปนเปื้อนมากับสิ่งส่งตรวจ		
ขั้นตอนการตรวจพยาธิสภาพด้วยตาเปล่า		
※ ตรวจสอบความถูกต้องของชิ้นเนื้อได้แก่ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชื่อหัตถการผ่าตัด เลขที่โรงพยาบาล เลขที่รับชิ้นเนื้อ ความสมบูรณ์ครบถ้วนของใบส่งตรวจ (ประวัติอาการผู้ป่วย การวินิจฉัยทางคลินิก) ชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ (EPA 6.1)		
※ ตรวจและตัดเปิดชิ้นเนื้อได้ถูกต้องตามหลักการทางพยาธิวิทยากายวิภาค		
※ เลือกตัดชิ้นเนื้อไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้ครบถ้วนและถูกต้อง คำนึงถึงความคุ้มค่าทางการแพทย์		
※ เลือกแต้มสีชิ้นเนื้อ (inking) เพื่อบ่งชี้ surgical margin หรืออื่นๆ อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักการทางพยาธิวิทยาการวิภาค		
※ บรรยายgross description เป็นภาษาอังกฤษแบบกระชับ เข้าใจง่าย และถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ โดยเนื้อหาของการบรรยายต้องกล่าวถึงพยาธิสภาพที่ตรวจพบด้วยตาเปล่าตามจริง และลักษณะของเนื้อเยื่อ/อวัยวะปกติที่อยู่ข้างเคียง		
※ ตรวจสอบความถูกต้องของ gross description ในระบบคอมพิวเตอร์รายงานผลก่อนส่งงานให้ อาจารย์		

ถ่ายภาพ specimen เพื่อแสดงพยาธิสภาพได้เหมาะสม และจัดวางถูกต้องตามหลักกายวิภาค (ต้องถ่ายทุกราย)		
--	--	--

※ Critical Requirement; CR (5 ข้อ)

※※ Very Critical Requirement; VCR (1 ข้อ)

ระดับศักยภาพโดยรวม EPA1-2		VCR	CR
<input type="checkbox"/> Level 1	สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด	ไม่ครบ	ไม่ครบ
<input type="checkbox"/> Level 2	สามารถปฏิบัติงานภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	ครบ	0-3 ข้อ (<80%)
<input type="checkbox"/> Level 3	สามารถปฏิบัติงานได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	ครบ	4 ข้อ (80%)
<input type="checkbox"/> Level 4	สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง	ครบ	ครบ
<input type="checkbox"/> Level 5	สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองและกำกับดูแลผู้ปฏิบัติงานน้อยกว่าได้	ครบ	ครบ

Level 5 ต้องได้รับการประเมินหัวข้อที่ไม่ใช่ CR, VCR ครบถ้วนด้วย

ความเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....อาจารย์ผู้ประเมิน
(.....) ตัวบรรจง