



EPA1-1

Gross dissection BASIC surgical specimens

GB

ชื่อแพทย์ประจำบ้าน _____ วันที่ _____

หมายเลขเคส _____ Diagnosis _____

ระบบที่ต้องได้รับการประเมิน

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

ข้อกำหนดของการประเมิน

เมื่อจบชั้นปีที่1 ต้องได้รับการประเมินอย่างน้อย 7 จาก 11 ระบบ โดยต้องได้ผลประเมินอย่างน้อย L3

เมื่อจบชั้นปีที่2 ต้องได้รับการประเมินครบทั้ง 11 ระบบ โดยต้องได้ผลประเมินอย่างน้อย L4

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 ติดต่อสอบถามข้อมูลจากแพทย์ผู้ส่งเนื้อ (ถ้าจำเป็น) ด้วยวาจา สุภาพและเหมาะสม		
แต่งกายเหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจปนเปื้อนมากับสิ่งส่งตรวจ		
ขั้นตอนการตรวจพยาธิสภาพด้วยตาเปล่า		
*** ตรวจสอบความถูกต้องของชิ้นเนื้อได้แก่ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชื่อเหตุการณ์ผ่าตัด เลขที่โรงพยาบาล เลขที่รับชิ้นเนื้อ ความสมบูรณ์ครบถ้วนของใบส่งตรวจ (ประวัติอาการผู้ป่วย การวินิจฉัยทางคลินิก) ชื่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อแพทย์ผู้ส่งตรวจ (EPA 6.1)		
*** ตรวจและตัดเปิดชิ้นเนื้อได้ถูกต้องตามหลักการทางพยาธิวิทยากายวิภาค		

※ เลือกตัดชิ้นเนื้อไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้ครบถ้วนและถูกต้อง คำนึงถึงความคุ้มค่าทางการแพทย์		
※ เลือกแต้มสีชิ้นเนื้อ (inking) เพื่อบ่งชี้ surgical margin หรืออื่นๆ อย่างเหมาะสมและถูกต้องตามหลักการทางพยาธิวิทยาการวิภาค		
※ บรรยาย gross description เป็นภาษาอังกฤษแบบกระชับ เข้าใจง่าย และถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ โดยเนื้อหาของกรบรรยายต้องกล่าวถึงพยาธิสภาพที่ตรวจพบด้วยตาเปล่าตามจริง และลักษณะของเนื้อเยื่อ/อวัยวะปกติที่อยู่ข้างเคียง		
※ ตรวจสอบความถูกต้องของ gross description ในระบบคอมพิวเตอร์รายงานผลก่อนส่งงานให้ อาจารย์		
ถ่ายภาพ specimen เพื่อแสดงพยาธิสภาพได้เหมาะสม และจัดวางถูกต้องตามหลักกายวิภาค (ต้องถ่ายทุกราย)		

※ Critical Requirement; CR (5 ข้อ)

※※ Very Critical Requirement; VCR (1 ข้อ)

ระดับศักยภาพโดยรวม EPA1-1		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	สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองและกำกับดูแลผู้มีประสบการณ์น้อยกว่าได้	ครบ	ครบ

Level 5 ต้องได้รับการประเมินหัวข้อที่ไม่ใช่ CR, VCR ครบถ้วนด้วย

ความเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

