



EPA9

Optimize test utilization

IHC

ชื่อแพทย์ประจำบ้าน _____ หมายเลขเคส _____

วันที่ _____

ข้อกำหนดการประเมิน

เมื่อจบชั้นปีที่ 2 ต้องได้ผลประเมินอย่างน้อย L3

เมื่อจบชั้นปีที่ 3 ต้องได้ผลประเมินอย่างน้อย L4

ความรู้ที่ต้องประเมิน	ไม่ทราบ/ไม่สามารถอธิบายได้/ทราบแต่อธิบายไม่ครบถ้วน	ทราบและอธิบายได้ถูกต้องครบถ้วน
ความรู้เกี่ยวกับการตรวจพิเศษที่ใช้		
※※ ทราบข้อบ่งชี้ หรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการตรวจพิเศษที่ใช้		
ทราบหลักการที่สำคัญของการตรวจพิเศษที่ใช้		
※※ ทราบวิธีแปลผลและข้อควรระวังในการแปลผลของการตรวจพิเศษที่ใช้		
กระบวนการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจในการเลือกใช้การตรวจพิเศษ		
※ เลือกใช้การตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยโดยอิงจากการวินิจฉัยแยกโรค (differential diagnosis) ที่ได้จากลักษณะทางพยาธิวิทยาที่ตรวจพบด้วยตาเปล่าและกล้องจุลทรรศน์อย่างเหมาะสม คุ่มค่า และเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย		
※ เลือกใช้การตรวจพิเศษเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสำคัญในการพยากรณ์โรคหรือการเลือกแนวทางการรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม คุ่มค่า และเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย		
※ ระบุปัญหาที่เกิดในการตรวจพิเศษ (เช่น false positivity, false negativity, noncontributory result เป็นต้น) ได้และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม		
ระบุ วิเคราะห์ และอภิปรายกรณีที่มีการตรวจพิเศษเกินจำเป็น (overutilization) ตามหลักความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับ การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม และประโยชน์ของผู้ป่วย		
เรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์การเลือกใช้การตรวจพิเศษ การแปลผล และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติและข้อมูลป้อนกลับ (feedback)		

※ Critical Requirement [CR]

※※ Very Critical Requirement [VCR]

ระดับศักยภาพโดยรวม EPA9		VCR	CR
<input type="checkbox"/> Level 1	สามารถปฏิบัติงานได้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์อย่างใกล้ชิด	ไม่ครบ	ไม่ครบ
<input type="checkbox"/> Level 2	สามารถปฏิบัติงานภายใต้การชี้แนะของอาจารย์	ครบ	<2 ข้อ (<80%)
<input type="checkbox"/> Level 3	สามารถปฏิบัติงานได้โดยมีอาจารย์ให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ	ครบ	3 ข้อ (80%)
<input type="checkbox"/> Level 4	สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง	ครบ	ครบ
<input type="checkbox"/> Level 5	สามารถปฏิบัติงานได้ด้วยตนเองและกำกับดูแลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องน้อยกว่าได้	ครบ	ครบ

Level 5 ต้องได้รับการประเมินหัวข้อที่ไม่ใช่ CR, VCR ครบถ้วนด้วย

ความเห็นเพิ่มเติม

ลงชื่อ _____ อาจารย์ผู้ประเมิน
(_____) ทั่วบรรจง