**APRECIAÇÃO DE DESEMPENHO**

ESTÁGIO MEDICINA GERAL E FAMILIAR: 1 / 2 / 3 (riscar o que não interessa)

☐ FORMAÇÃO COMPLEMENTAR/CURTA (riscar o que não interessa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Profissional da Unidade de colocação

LOCAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas/dias/meses (riscar o que não interessa)

Cara/o Responsável de Formação,

A Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar do Alentejo agradece a sua colaboração na formação dos Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar. Solicitamos o preenchimento desta apreciação, de forma a que o Orientador do Interno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo do Interno), possa fazer a avaliação de desempenho do estágio de Medicina Geral e Familiar.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (Pedimos para colocar um X em cada item) | Abaixo do esperado | Dentro do esperado | Acima do esperado | Não aplicável |
| Assiduidade |  |  |  |  |
| Pontualidade |  |  |  |  |
| Atitude de aprendizagem |  |  |  |  |
| Capacidade técnica |  |  |  |  |
| Cumprimento dos objetivos de formação |  |  |  |  |
| Capacidade crítica |  |  |  |  |
| Responsabilidade profissional |  |  |  |  |
| Relação com outros profissionais de saúde |  |  |  |  |
| Relação com o doente |  |  |  |  |

Comentários adicionais:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do profissional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do profissional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_