



دانشگاه علوم پزشکی تهران  
معاونت آموزشی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش

## فرم نظرسنجی در خصوص برنامه مشاهده آموزش همتایان

۱. نام دانشکده:
۲. نام گروه:
۳. رتبه:  مربی  استادیار  دانشیار  استاد
۴. جلسه:  سخنرانی  گروه کوچک  کلاس عملی  بالینی  اتاق عمل  غیره
۵. آیا قبلاً در این برنامه شرکت داشته‌اید؟  بلی  خیر
۶. اگر بلی، چند بار؟
۷. آیا قبلاً در دوره‌های توانمندسازی مرکز مطالعات شرکت داشته‌اید؟  بلی  خیر
۸. اگر بلی، لطفاً نام و سال دوره را ذکر کنید؟

شماره	کاملاً مخالفم	مخالفم	نه موافق و نه مخالفم	موافقم کاملاً
۹.				هماهنگی‌های انجام شده برای تنظیم جلسه مشاهده مناسب بود.
۱۰.				مشاهده‌گر از توانمندی لازم برای این کار برخوردار بود.
۱۱.				بازخوردهای ارائه شده در ارتقاء مهارت‌های تدریس من موثر بود.
۱۲.				فرم استفاده شده برای ارائه بازخورد مناسب بود.
۱۳.				من مجدداً در این برنامه شرکت خواهم کرد.
۱۴.				مایلم که به عنوان مشاهده‌گر در برنامه شرکت کنم.

۱۵. لطفاً نظر کلی، انتقادات و پیشنهادات خود را ذکر کنید.