



FICHA DE FREQUÊNCIA / AVALIAÇÃO DOS PLANTÕES OBRIGATÓRIOS – RESIDÊNCIA MÉDICA EM CARDIOLOGIA HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

Residente _____

Período ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

FREQUÊNCIA

| Data | Horas de plantão | Assinatura do Chefe do Plantão | Data | Horas de plantão | Assinatura do Chefe do Plantão |
|------|---------------------|-----------------------------------|------|---------------------|-----------------------------------|
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |

⇒ Continua

| Data | Horas de plantão | Assinatura do Chefe do Plantão | Data | Horas de plantão | Assinatura do Chefe do Plantão |
|------|------------------|--------------------------------|------|------------------|--------------------------------|
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |
| / / | | | / / | | |

Avaliação (Realizada pelo Chefe do Plantão)

1. Interesse

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Insuficiente Regular Aproveitável Bom Excelente

2. Capacidade teórica

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Insuficiente Regular Aproveitável Bom Excelente

3. Pontualidade

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Insuficiente Regular Aproveitável Bom Excelente

4. Capacidade prática

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Insuficiente Regular Aproveitável Bom Excelente

Recife, ____ de ____ de ____

Assinatura e Carimbo do Residente

Assinatura e Carimbo do Médico Chefe de Plantão

Obs: Caso os plantões sejam realizados em dias com preceptores diferentes, deverá ser preenchida um ficha para cada dia.