

AVALIAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

Professor: _____

Data: ____ / ____ / ____

Campo de Estágio: () Hospital _____
 () UBS _____
 () Caps _____
 () Outro. Especifique: _____

Setor: () Clínica Médica Cirúrgica
 () Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e CME
 () Saúde da Mulher e Maternidade
 () Urgência e Emergência
 () Outro. Especifique: _____

Recurso disponível para o professor:

- () Sala para discussão
- () Posto de enfermagem
- () Insumos hospitalares
- () Equipamentos. Especifique: _____
- () Outro. Especifique: _____

LEGENDA	NA (não aplica)
:	S (satisfatório)
	I (insatisfatório)

Ação diária do professor (assistencial):

- () Coleta de exame laboratorial
- () Realização de Eletrocardiograma
- () Curativo
- () Coleta de gasometria
- () Cuidados integrais ao paciente (Banho, Higiene oral, íntima)
- () Acompanhamento de exames de imagem
- () Vacina
- () Visita domiciliar
- () Outro. Especifique: _____

Ação diária do professor (gerencial):

- () Educação permanente
- () Acesso a prontuário/sistema
- () Preenchimento de prontuário/sistema
- () Desenvolvimento da Sistematização de Enfermagem (SAE)
- () outro. Especifique: _____

PROFESSOR
Assinatura/Carimbo