

فرم شماره ۲: بررسی طرح دوره در کمیته برنامه ریزی درسی دانشکده

نام دانشکده: پزشکی	گروه: چشم پزشکی	نام درس: چشم پزشکی عمومی	نام مدرس یا مدرسان: اعضای هیئت علمی و دستیاران
مقطع/ رشته: پزشکی عمومی و دانشجویی		ترم تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲: اول (دوم)	تاریخ بررسی:

نتیجه ارزیابی طرح دوره: پس از بررسی نتایج مرحله ی قبلی و تطبیق طرح دوره با کوریکولوم آموزشی؛ یک یا چند مورد از وضعیت های زیر را انتخاب نمایید.

۱	وضعیت	تطابق کامل تمامی سرفصل های طرح دوره با کوریکولوم آموزشی	بله / خیر	
۲	وضعیت	عدم وجود برخی سرفصل های کوریکولوم در طرح دوره	بله / خیر	ذکر شماره سرفصل های مورد نظر
۳	وضعیت	وجود سرفصل های جدید (خارج از کوریکولوم آموزشی) در طرح دوره	بله / خیر	ذکر شماره سرفصل های مورد نظر
۴	وضعیت	ادغام یا تغییر در برخی سرفصل ها	بله / خیر	ذکر شماره سرفصل های مورد نظر
۵	وضعیت	انطباق روش های تدریس متناسب با کوریکولوم آموزشی	بله / خیر	ذکر روش تدریس مورد نظر
۶	وضعیت	انطباق منابع و مراجع معرفی شده متناسب با کوریکولوم آموزشی	بله / خیر	ذکر شماره منابع مورد نظر
۷	وضعیت	انطباق روش های ارزیابی دانشجو متناسب با کوریکولوم آموزشی	بله / خیر	ذکر روش ارزیابی مورد نظر
۸	وضعیت	انطباق تعداد جلسات متناسب با تعداد واحد نظری/عملی	بله / خیر	ذکر تعداد جلسات
۹	وضعیت	عدم تطابق سرفصل ها، در محدوده ۲۰ درصد مجاز قرار دارد.	بله / خیر	---
۱۰	وضعیت	عدم تطابق سرفصل ها، در محدوده ۲۰ درصد مجاز قرار ندارد.	بله / خیر	---

سایر توضیحات:

نتیجه گیری پایانی

۱	وضعیت	تایید و تصویب طرح دوره جهت ارائه به فراگیران و مرکز مطالعات	بله / خیر	
۲	وضعیت	ارجاع به مدرس/مسئول درس جهت بازنگری	بله / خیر	

محل امضاء اعضای کمیته برنامه ریزی درسی دانشکده: