

QUESTIONARIO VALUTAZIONE QUALITA' SEDI DI TIROCINIO

CDL OSTETRICIA

Scheda Dati Socio – Anagrafici

Sesso

- maschio
- femmina

Fascia d'età

- 18-22
- 23-26
- 27-30
- > 30

Nazionalità

- Italiana
- Straniera

Tipo di maturità scolastica conseguita

- Liceo classico
- Liceo scientifico
- Liceo linguistico
- Istituto tecnico
- Istituto professionale
- Istituto magistrale
- Istituto d'arte
- Liceo socio-psicopedagogico
- Altro

Accoglienza presso la Sede di Tirocinio

DOMANDE	Decisamente NO	Più NO che Sì	Più Sì che NO	Decisamente Sì
1. Il Reparto è stato presentato mediante una breve “visita guidata”				
2. Le diverse figure professionali di Reparto sono state presentate				

in maniera esaustiva				
3. Gli obiettivi di tirocinio da conseguire sono stati presentati in modo chiaro				
4. Sono stati forniti utili riferimenti per poter contattare la sede di tirocinio				

Clima di Apprendimento presso la Sede di Tirocinio

DOMANDE	Decisamente NO	Più NO che Sì	Più Sì che NO	Decisamente Sì
5. Tutta l'équipe si è dimostrata disponibile nei miei confronti				
6. In Reparto era presente un'atmosfera di lavoro positiva				
7. Ho svolto le varie attività e procedure assistenziali in maniera serena e tranquilla				
8. Mi recavo volentieri per Iniziare il mio turno				

Guida e Sostegno presso la Sede di Tirocinio

DOMANDE	Decisamente NO	Più NO che Sì	Più Sì che NO	Decisamente Sì
9. Ho ricevuto una supervisione adeguata in base alle mie competenze sull'esecuzione di procedure				
10. Durante il periodo di tirocinio, si sono verificati Importanti occasioni di apprendimento clinico				
11. Considero la mia preparazione ostetrica coerente con le attività di tirocinio svolte				
12. Mi sono state date risposte esaustive alle mie richieste di delucidazioni di fronte a perplessità				
13. Le guide di tirocinio mi hanno dedicato momenti per poter parlare dell'esperienza di tirocinio che stavo vivendo				
14. Il Reparto lo considero un importante luogo di apprendimento clinico				

15. Ritengo sufficiente la durata prevista all'attività di tirocinio svolta presso tale Reparto				
16. Mi sono sentita/o sostenuta/o dalle guide di tirocinio durante l'attività di tirocinio				

Valutazione effettuata dalla/e guida/e di Tirocinio

DOMANDE	Decisamente NO	Più NO che Sì	Più Sì che NO	Decisamente Sì
17. Ho ricevuto un feedback continuo che mi ha consentito di prendere coscienza di "carenze" su cui lavorare				
18. Sono stata/o sollecitata/o a compiere un'autovalutazione finale				
19. Le valutazioni finali mi sono state contestualizzate				
20. Ritengo suddette valutazioni congruenti alle mie aspettative				

Giudizio complessivo e finale sull'attività di Tirocinio svolta

DOMANDE	Decisamente NO	Più NO che Sì	Più Sì che NO	Decisamente Sì
21. Considero utile l'esperienza di tirocinio svolta presso tale Reparto per il mio futuro professionale				
22. L'esperienza di tirocinio svolta mi ha dato spunti per compiere ulteriori approfondimenti in merito a competenze e conoscenze ostetriche				
23. Mi piacerebbe poter lavorare in questo Reparto nel mio futuro professionale				
DOMANDE	Insufficiente	Appena sufficiente	Buono	Ottimo
24. Il mio giudizio complessivo e finale sull'esperienza di tirocinio svolta è				