Nota Bene : Si ricorda che la compilazione della scheda di valutazione del gradimento da parte dei partecipanti è uno dei requisiti obbligatori per il riconoscimento dei crediti ECM.

E.C.M. - EDUCAZIONE CONTINUA in MEDICINA
Regione del Veneto

Cognome e Nome partecipante (campo facoltativo)

_____ _____

Scheda di valutazione del gradimento dell'evento formativo n. 33-204344 del 31/12/2018

Valutare barrando una casella da 0 – 7(scala di misura con valori crescenti)

Caratteristiche generali	1.	Come valuti, in termini di **pertinenza per la tua professione** , gli obiettivi didattici di questo evento ? (Fare riferimento alla corrispondenza con i compiti professionali delle categorie coinvolte)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
	2.	Come valuti, in termini di **rilevanza per la tua professione** , gli argomenti affrontati in questo evento? (Fare riferimento all'importanza del tema trattato rispetto ai compiti professionali delle categorie coinvolte nell'evento)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
	3.	Come valuti la **corrispondenza** tra quanto riportato nel **programma** e quanto accaduto realmente in aula? (fare riferimento a importanti variazioni del programma, es. assenze dei docenti indicati; non corrispondenza tra i temi in programma e quelli trattati; riduzione importante dei tempi delle presentazioni o del tempo per la discussione; ecc.)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Qualità educativa e aggiornamento	4.	Come valuti la qualità dei **supporti organizzativi** e tecnici utilizzati in questo evento? (fare riferimento a: servizi di segreteria, comfort della sala, sistemi di video proiezione, sistemi audio, ecc)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
	5.	Come valuti la qualità dei **materiali didattici** utilizzati in questo evento? (fare riferimento a: chiarezza della grafica e dei contenuti delle diapositive; presenza e qualità di mezzi di integrazione della lezione es. filmati, casi didattici, questionari, ecc.; materiale didattico consegnato al termine del corso, ecc.)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
	6.	Come valuti la qualità media degli **interventi dei docenti** ? (Fare riferimento a: aderenza degli argomenti trattati al tema assegnato; presentazione del tema; chiarezza espositiva; selezione dei contenuti rispetto ai possibili interessi dei discenti; rispetto dei tempi assegnati; ecc.)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
	7.	Come valuti la qualità in termini di **aggiornamento delle conoscenze** fornite dai docenti di questo evento? (fare riferimento a: riferimenti bibliografici forniti sui contenuti (datazione), alla esatta definizione degli aspetti innovativi rispetto al passato, alla loro applicabilità clinico/organizzativa, e ad eventuali riflessi in termini di costo/beneficio)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
	8.	Come valuti la qualità in termini **formativi** di questo evento? (Fare riferimento alla possibilità per i partecipanti di partecipare in maniera attiva-interattiva al percorso, ed alla presenza dei seguenti metodi didattici: esecuzione diretta di esercitazioni manuali/pratiche; lavori di gruppo; role playing, lezione integrata con filmati, casi didattici e questionari usati per stimolare la partecipazione attiva dei discenti, ecc.; presentazione e discussione di casi didattici in grande gruppo, dimostrazioni di manovre senza partecipazione attiva....)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Efficacia formativa	9.	Come valuti l' **efficacia formativa** dell'evento → consapevolezza di aver acquisito le conoscenze, le competenze necessarie e le attitudini a (Fare riferimento a: importanti modifiche di atteggiamenti clinico/organizzativo/assistenziali; importanti acquisizioni in termini di nuove conoscenze, di nuove competenze pragmatiche - attività pratiche e tecniche - , di nuove competenze comunicative/relazionali..	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

Valutazione scelta	10.	Come valuti l'inserimento di questo corso nel Tuo programma di **sviluppo della Tua professione** ?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Valutazione sponsor	11.	Questo evento è stato preparato con il supporto di NESSUNO SPONSOR. Ritieni che l'evento sia libero da riferimenti, indicazioni e/o informazioni non equilibrate o non corrette per influenza dello sponsor o altri interessi commerciali ? 1. Si legga 0=evento con evidente presenza dello sponsor/interessi commerciali; 7=evento formativo indipendente da qualsiasi influenza estranea agli interessi formativi. 2. Il quesito richiede una valutazione da parte del partecipante anche se l'evento non è sponsorizzato	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

Con riferimento al quesito n.11, in caso di risposta ≤ **3** si prega di indicare qualche esempio

_____

_____

Suggerimenti, commenti e proposte (anche argomenti richiesti per l'anno successivo)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data

Firma del partecipante

(facoltativo)

_____ _____

Se lo ritiene opportuno potrà inviare **copia** di questa scheda, con particolare riferimento al punto 11, oltre che al Provider, anche a:

ecmfeedback@agenas.it