باسمه تعالي

دستورالعمل آزمون پذيرش دوره­ تکميلي تخصصي (فلوشيپ) رشته فارماکوتراپی بالینی درمراقبتهای ویژه

سال تحصيلي 1396-1395

1 - دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني تهران درنظر دارد دوره­ تکميلي تخصصي(فلوشيپ) رشته فارماکوتراپی بالینی درمراقبتهای ویژه با توجه به مجوز صادر شده از سوي دبيرخانه شوراي آموزش داروسازی و تخصصي نسبت به ثبت نام آزمون پذيرش دوره تكميلي تخصصي (فلوشيپ) رشته مذکور اقدام نمايد.

2 –شرایط آزمون ورودی دوره فلوشیب فارماکوتراپی بالینی درمراقبتهای ویژه بشرح ذیل می باشد:

**الف-طبق برنامه آموزشی دوره فوق ، متخصصین دارای مدرک دانشنامه تخصصی دررشته داروسازی بالینی ،فارماکولوژی وسم شناسی مجازبه شرکت می باشد ودانشگاههای تیپ1 که دارای رشته های بیهوشی،داخلی ،فوق تخصص ریه، سم شناسی ،داروسازی بالینی وداروسازی تاییدشده می باشند،مجازبه اجرای برنامه هستند.لذا طبق مصوبه نشست شورای آموزش داروسازی وتخصصی پذیرش 5 نفرجهت اجرای دوره بلامانع است**

**ب- آزمون ورودی فلوشیپ در دو مرحله کتبی و مصاحبه انجام خواهد شد. در آزمون کتبی داوطلبان باید به 120 سوال تستی چهارجوابی بصورت case و به زبان انگلیسی پاسخ دهند و حداقل نمره قبولی 60 خواهد بود. پذیرفته شدگان آزمون کتبی، در آزمون شفاهی که بصورت مصاحبه ساختارمند برگزار خواهد شد، شرکت خواهند نمود و حداقل نمره قبولی 60 از 100 می باشد.**

**دستیاران فلوشیپ از بین داوطلبان با اولویت نمره (2 برابر کتبی+1 برابر شفاهی) انتخاب خواهند شد.**

**مرجع آزمون، آخرین چاپ کتابCritical Care Medicine تالیف L. Vincent و شامل مباحث قلب، ریه، کلیه، مغز، کبد و گوارش، عفونی و مسمومیت هاست.**

3- در اين دوره حداقل 50% ظرفيت هر رشته/محل به اعضاي هيأت علمي رسمي و پيماني دانشگاه­هاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني كشور تعلق خواهد گرفت.

تبصره 1 : اعضاي هيات علمي دانشگاههاي علوم پزشكي آزاد اسلامي مشمول استفاده از مزاياي فوق شناخته نمي شوند.

تبصره 2: در صورت تكميل نشدن ظرفيت اعضاي هيأت علمي و يا عدم احراز حدنصاب، ظرفيت پذيرش از بين داوطلبان آزاد واجد شرايط تكميل مي‌گردد و در بين داوطلبين آزاد در شرايط مساوي اولويت با اعضاي غيرهيأت علمي شاغل دردانشگاههاي علوم پزشكي خواهد بود.

تبصره 3: در بين داوطلبين هيأت علمي در شرايط مساوي، اولويت با اعضاي هيئت علمي تمام وقت جغرافيايي مي­باشد.

تبصره 4: ارائه موافقت دانشگاه براي استفاده از سهميه اعضاي هيأت علمي الزامي است.

تبصره 5: پذيرفته‌شدگان عضو هيات‌علمي و اعضاي غير هيأت علمي دانشگاهها موظف به سپردن تعهد محضري خاص به ميزان سه برابر مدت آموزش به دانشگاه محل استخدام خواهند بود. (فرم شماره 2)

تبصره 6: داوطلبين آزاد در صورت پذيرفته شدن در اين دوره مي توانند با پرداخت شهريه مجاز به ثبت­نام طي دوره آموزشي مي باشند و دوره آموزشي را شروع كنند و نيازي به سپردن تعهد خدمت نخواهد بود.

**توجه: اعضاي هيأت علمي كه در بخش تربيت كننده دستيار فلوشيپ فعاليت دارند مجاز به ثبت­نام در همان برنامه فلوشيپ درهمان دانشگاه نمي­باشند. اين افراد مي­توانند در ساير برنامه­هاي فلوشيپ كه در بخشهاي ديگر اجرا مي­گردد ثبت­نام و در آزمون مربوطه شركت نمايند.**

4 - كاركنان رسمي وزارتخانه­ها، سازمانها و يا نهادها در اين دوره منحصراً در صورت موافقت سازمان متبوع بصورت داوطلب آزاد در آزمون شركت نموده و در صورت پذيرش با پرداخت شهريه مجاز به ادامه تحصيل مي باشند و مورد پذيرش قرار مي­گيرند. (فرم شماره 3)

5- متقاضيان واجد شرايط شرکت در آزمون پذيرش دوره­هاي تکميلي تخصصي(فلوشيپ) مي­توانند با رعايت مقررات مندرج در آئين نامه مربوطه ، در رشته­هايي که ظرفيت آنان براي پذيرش مشخص و تعيين شده است .

8- ثبت نام و مدارك ارسالي بايد با دقت و بطور خوانا تکميل و اسكن شود.

9- لازم است مشخصات هر داوطلب براساس شناسنامه در فرم تقاضانامه پيوست درج گردد.

**\*مدارک مورد نياز جهت ثبت­نام و شرکت در آزمون:**

1- اسكن حكم استادياري متقاضيان عضو هيأت علمي دانشگاههاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني كشور(شامل كساني كه تعهدات را به پايان رسنده و به صورت پيماني يا رسمي جذب شده اند).

2- اسكن فرم شماره 2 تكميل شده جهت اعضاي هيأت علمي كليه دانشگاههاي علوم پزشكي كشور.

3- اسكن فرم شماره 3 تكميل شده جهت مستخدمين ساير وزارتخانه ها وسازمانها و نهادها.

4- اسكن تصوير دانشنامه تخصصي و يا گواهي موفقيت در آزمون دانشنامه تخصصي و يا هرگونه مدركي كه مؤيد دارا بودن دانشنامه تخصصي رشته پيشنياز باشد.

5- اسكن پايان خدمت نظام وظيفه و يا معافي براي آقايان

تبصره 1: کلمه معافي به مفهوم معافيت دائم مي­باشد.

تبصره 2: داوطلباني که در حال انجام خدمت قانوني شامل خدمت وظيفه عمومي يا پيام آوران بهداشت ميباشند در صورت ارائه گواهي مبني بر اينکه مدت سربازي آنان تا تاريخ 31 شهريور ماه 1395 به اتمام خواهد رسيد مجاز به شرکت در آزمون پذيرش فلوشیب خواهند بود.

تبصره 3: آن دسته از متقاضياني که بعنوان ماده يک قانون نحوه تامين اعضاي هيات علمي مشغول انجام خدمت وظيفه در دانشگاههاي علوم پزشکي مي­باشند در صورتي که تا تاريخ 31 شهريور ماه 1395 حداقل معادل طول دوره خدمت وظيفه مصوب ستاد فرماندهي نيروهاي مسلح را گذرانده باشند مي­توانند بطور مشروط در آزمون ثبت­نام و شرکت نمايند و در صورت قبولي و نداشتن منع قانوني از نظر اداره نظام وظيفه طبق مقررات شروع به آموزش نمايند.

6- اسكن گواهي پایان یامعافیت ازخدمات طرح لایحه نیروی انسانی یاگواهی اتمام تعهدات قانونی ازدبيرخانه شوراي آموزش داروسازی و تخصصي مبنی براینکه حداكثر تا 25 شهريور ماه 1395 كليه تعهدات خود را به اتمام رسانده اند.

7- اسكن يك قطعه عکس.

8- اسكن صفحه اول شناسنامه و در صورت هرگونه تغييري در مندرجات آن، تصوير صفحات مربوطه.

9- اسكن كارت ملي (پشت و رو)

10- واريزفیش بانکی مبلغ 000،500 ريال به عنوان حق ثبت نام به شماره حساب **42/27619004** نزد بانك ملت شعبه هجرت كد **4/6340** با كد شناسه **24/003** به نام در آمدهاي غير درماني دانشگاه علوم پزشكي تهران

توجه: کليه پذيرفته­شدگان دوره­هاي تکميلي تخصصي (فلوشيپ) موظف مي­باشند پس از اعلام قبولي در دوره تا زمان شروع به آموزش در محل خدمتي خود به انجام وظيفه محوله مشغول بوده و اين گروه صرفا" در هنگام شروع به دوره آموزشي با کسب مجوز از دبيرخانه شوراي آموزش داروسازی و تخصصي مجاز به ترخيص از خدمت مي­باشند.

\*\*\*- کليه مراحل آزمون پذيرش دوره­هاي تکميلي تخصصي(فلوشيپ) تابع مقررات مندرج در آئين نامه  
دوره­هاي تکميلي تخصصي (فلوشيپ) براي شروع دوره مهرماه 1395بوده و مطابق مصوبات نشست شوراي آموزش داروسازی و تخصصي انجام مي­شود.

# معاونت آموزشي دانشگاه علوم پزشكي تهران

**تقاضانامه ثبت­نام آزمون دوره­ تکميلي تخصصي (فلوشيپ)فارماکوتراپی بالینی**

**درمراقبتهای ویژه سال تحصیلی 96-1395**

نام خانوادگي : محل درج حرف به حرف نام خانوادگي از راست به چپ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

#### نام: محل درج حرف به حرف نام از راست به چپ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام پدر: جنس: زن مرد شماره شناسنامه: شماره كد ملي:

تاريخ تولد: / / 13 وضعيت تاهل: مجرد متاهل متقاضي شرکت در رشته فلوشيپ....................

- آيا عضو کادر هيات علمي دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني کشور مي­باشيد؟ بلي خير

نوع عضويت هيأت علمي: رسمي قطعي رسمي آزمايشي پيماني

آيا متقاضي آزاد مي­باشيد: بلي خير

وضعيت نظام وظيفه عمومي: کارت پايان خدمت، معافيت پزشکي، معافيت دائم و تحت تکفل معافيت موقت

در حين خدمت: ( تا 31/6/1395 تاريخ خدمت وظيفه عمومي به پايان مي­رسد) ، عضو نيروهاي مسلح

فارغ التحصيل تخصصي داخل کشور فارغ التحصيل تخصصي خارج از کشور تاريخ و محل اخذ مدرک پزشکي عمومي:

نام رشته تخصصي پيشنياز: تاريخ فراغت از تحصيل تخصصي:

تاريخ و محل اخذ مدرک دانشنامه تخصصي: محل انجام خدمات قانوني:

|  |
| --- |
| مدارک پيوستي:  1 – 7 -  2 – 8 -  3 – 9 -  4 – 10-  5 – 11-  6 - 12 - |

نشاني محل سکونت: استان شهرستان بخش خيابان

کوچه پلاک کدپستي

شماره تلفني که بوسيله آن بتوان در مواقع ضروري تماس گرفت: تلفن منزل کدشهرستان تلفن همراه:

اينجانب ضمن مطالعه دقيق آئين­نامه دوره تکميلي تخصصي (فلوشيپ) متعهد مي­گردم که بندهاي مذکور در اين تقاضانامه را بدون اشتباه تکميل نموده و در صورت وجود هرگونه مغايرت و يا عدم صحت مندرجات فوق و مدارک ارائه شده، نسبت به شرکت در آزمون فوق­الذکر هيچگونه حقي نخواهم داشت.

تاريخ تنظيم تقاضانامه امضاء متقاضي

**فرم شماره 2**

**آزمون پذيرش تکميلي تخصصي (فلوشيپ) فارماکوتراپی بالینی درمراقبتهای ویژه سال تحصیلی 96-95**

**فرم مربوط به اعضاي هيات علمي و غير هيأت علمي**

**دانشگاههاي علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني کشور**

**بدينوسيله با شرکت آقاي / خانم دکتر.............................................. داراي رتبه دانشنامه تخصصي رشته..............................................استاديار/ كارمند رسمي ، قطعي، پيماني اين دانشگاه جهت استفاده از سهميه پذيرش اعضاي هيأت علمي/ غيرهيات علمي معرفي مي‌گردد.**

**بديهي است در صورت پذيرفته شدن در آزمون فوق با ماموريت آموزشي وي موافقت مي­گردد/ نمي گردد.**

**محل مهر و امضاء رئيس دانشگاه**

**فرم شماره 3**

**آزمون پذيرش تکميلي تخصصي (فلوشيپ) فارماکوتراپی بالینی درمراقبتهای ویژه سال تحصیلی 96-95**

**فرم مربوط به مستخدمين ساير وزارتخانه­ها، سازمانها و نهادها**

**بدينوسيله مراتب موافقت خود را با شرکت آقاي/خانم دکتر.............................................. داراي رتبه دانشنامه تخصصي رشته.............................................. كارمند رسمي، پيماني در آزمون و طي دورة آموزشي در رشته تكميلي تخصصي .............................................. ( در صورت كسب قبولي) اعلام مي­نمايد.**

**محل مهر و امضاء وزارتخانه**

**سازمان**

**نهاد**

فرم شماره 4

فرم تعهد

اينجانب متقاضی ثبت نام دوره آزمون پذیرش دستیار تکمیلی تخصصی(فلوشیب) رشته فارماکوتراپی بالینی درمراقبتهای ویژه سال 1395 ، صحت مندرجات فرم هاي تكميل شده ثبت نامي را تائيد مي نمايم ومتعهد مي گردم درصورت مغايرت مدارك ارسالي با اصل، نسبت به كان لم يكن نمودن ثبت نام از طرف دانشگاه، حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمايم.

نام ونام خانوادگي:

امضا :

تاريخ: