



## קורס להכשרת מדריכים קליניים בפיזיותרפיה

מרכזות: גב' רות טוק-הרפז, גב' נועה רפאלי באר  
אנו שמחות להודיע על תחילת ההרשמה לקורס להכשרת מדריכים קליניים  
שיתקיים ביחידה ללימודי חוץ של המרכז האוניברסיטאי אריאל ברמת אביב (רח' חיים לבנון 26 תל אביב)

### מטרת הקורס:

להכשיר פיזיותרפיסטים מוסמכים להדרכה קלינית של סטודנטים לפיזיותרפיה במסגרות שונות של התנסות קלינית.

### אוכלוסית היעד:

פיזיותרפיסטים המתעתדים להדריך סטודנטים או שהחלו להדריך לאחרונה.

### תנאי קבלה:

- תואר BPT.
- ניסיון קליני של שנתיים לפחות באחד מתחומי ההתנסות (החולה החד האורתופדי, החולה החד הנשימתי, החולה האמבולטורי (מכונים), ילדים, שיקום, גריאטריה).
- לפחות קורס השתלמות אחד מתום הלימודים בנושא בו מתעתדים להדריך (40 שעות).
- המלצת המנהל הישיר.

### מועדי הקורס:

12/10-25/11.2012, (בתאריכים 9-11.11.12 לא יתקיימו מפגשים).  
12 מפגשים דו שבועיים: בימים א' בין השעות 8:30-14:30 וימי ו' בשעות 8:30-12:30.

### תכני הקורס:

- יעדים בהדרכה קלינית.
- המדריך הקליני: סוגי מדריכים, תפקידי המדריך, יחסי גומלין, קשיים בהדרכה קלינית.
- הסטודנט: ציפיותיו, הסטודנט במפגש עם מטופלים, הסטודנט כלומד אקטיבי, הצלחה וכשלון בהתנסות, תכנון התנסות קלינית.
- הערכה ומשוב: חשיבות ומטרות, כללי זהב במתן משוב, הערכה פורמאלית והערכה בלתי פורמאלית.
- השימוש במאגרי מידע ממוחשבים.
- אתיקה בהדרכה.

### למעוניינים להצטרף:

נא למלא פרטים אישיים על גבי הטופס המצורף ולצרף תמונת פספורט. כתובת למשלוח: הגב' נועה רפאלי-באר, המחלקה לפיזיותרפיה, המרכז האוניברסיטאי אריאל בשומרון, אריאל.  
הרשמה עד סוף אוגוסט 2012.  
הקורס ללא תשלום.  
הקורס הוגש לקבלת גמול השתלמות.  
מספר המקומות מוגבל.  
לפרטים נוספים ניתן להתקשר לנועה רפאלי-באר: 052-8898918

בברכה

גב' נועה רפאלי באר  
גב' רות טוק הרפז  
רכזות קורס מדריכים קליניים

ד"ר אופירה אינשטיין  
ראש המחלקה לפיזיותרפיה



טופס בקשה להשתתפות בקורס מדריכים קלינים

שם \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

מקום עבודה עיקרי \_\_\_\_\_

טלפון במקום העבודה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מקומות עבודה נוספים ( אם יש ) \_\_\_\_\_

פרטים על השכלה:

תואר ראשון \_\_\_\_\_ שנת קבלת התואר \_\_\_\_\_

שם המוסד ממנו קבלת את התואר \_\_\_\_\_

קורסים / השתלמויות שלמדת \_\_\_\_\_

האם הדרכת בעבר כן/ לא \_\_\_\_\_

המלצת מנהל/ת השרות

---

---

---

---

---

שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_