ملف الجوده الخاص بقسم علاج الاورام والطب النووي

2021

1.الرؤيه والرساله للكليه



2.المعايير القومية الأكاديمية المرجعية لبرنامج البكالوريوس

National Academic Reference Standards (NARS)

السياسة

**مقدمة**

تختلف أهداف برامج الدراسات العليا عن برامج الدرجة الجامعية الأولى التى تستقبل على اختلافها الطلاب الحاصلين على الشهادة الثانوية أو ما يعادلها.

لذلك لابد عند وضع المعايير الأكاديمية المرجعية لبرامج الدرجة الجامعية الأولى أن تكون مفصلة و محددة لكل تخصص بما يضمن استيفاء الخريج للمواصفات التى يتطلبها سوق العمل.

أما برامج الدراسات العليا فمدخلها هو خريج الدرجة الجامعية الأولى الذى أكتسب قدرا من المعارف والمهارات المتخصصة التى تؤهله للتعلم فى المستويات الأعلى والأكثر تخصصا، لذا جاء وضع المعايير القياسية ليصف بشكل عام ما يجب أن تحققه برامج الدراسات العليا من معارف ومهارات وجدارات تتفق مع طبيعة البرامج المتخصصة ولتتيح للمؤسسات التعليمية الحرية الأكاديمية فى توصيف وتطوير تلك البرامج بما يلاءم شخصيتها وطبيعتها.

والهيئة إذ تحدد المعايير القياسية لكل مستوى من مستويات الدراسات العليا (دبلوم – ماجستير- دكتوراه) كمعايير عامة تمثل الحد الأدنى الواجب تحقيقه من معرف ومهارات فى أى من برامج منها وفى التخصصات المختلفة.

**التعريفات والمصطلحات**

المعايير القومية الأكاديمية المرجعية : هى الحد الادنى من المعرفة  (knowledge) والمهارة skills ) ) التى يجب ان يمتلكها خريج الكلية  لضمان الممارسة الجيدة لمهنته وقد وضعت هذا الحد الادنى بواسطة الهيئة القومية  لضمان جودة التعليم والاعتماد وهى الجهة الوحيدة المنوطة لاعطاء الاعتماد للكليات.

The competency areas of the NARS- Medicine competency framework are:

1. The graduate as a health care provider.
2. The graduate as a health promoter.
3. The graduate as a professional.
4. The graduate as a scholar and scientist.
5. The graduate as a member of the health team and a part of the health care system.
6. The graduate as a lifelong learner and researcher.

Each competency area is broken down to a number of key competencies that in the aggregate define the desired outcomes for a medical school graduate in that particular competency area

Diagram

Description automatically generated



**المرفقات :**

**NARS 2017**

**National Academic Reference Standards (NARS)**

**Medicine**

**2nd Edition**

**2017**

**Forward**

In line with NAQAE's legal mandate as the authority responsible for Quality Assurance of Education in Egypt, and out of its commitment to be a promoter of quality and an agent for change; NAQAAE has developed the 2nd edition of the National Academic Reference Standards (NARS) -Medicine (2017). These standards represent the minimum academic quality requirements, which NAQAAE & the relevant Stakeholders regard as necessary and appropriate to protect the interests of the students, and of the community at large.

It has always been our conviction that quality is primarily the responsibility of the institution itself, and that the academic standards adopted by any institution should support the achievement of its mission. Thus, it is crucial to emphasize that the NARS are meant to be used as reference points that provide guidance in the design, delivery and review of academic programs, and are not intended by any means to represent a national curriculum in the subject. Instead, NAQAAE was keen to ensure that the NARS allow for flexibility and innovation in program design and teaching strategies, within a framework agreed by the subject community.

NAQAAE has always supported the autonomy and academic freedom of educational institutions and acknowledged -and assimilated- the diversity of their missions, hence, institutions are invited to consider adopting other reference points that better reflect their mission if they need to, provided that these adopted academic standards are equal to or higher than the NARs.

Finally, it should be noted that the 2nd edition NARS- Medicine will be effective starting academic year 2018-19; institutions applying for accreditation during the transitional period (academic year 2017-18) have the choice of adopting either the NARS 2009 or 2017.

**Youhansen Eid**

**Chairman of the Board**

1

**Table of content**

|  |  |
| --- | --- |
| [**I.INTRODUCTION**](#page4) | [**1**](#page4) |
| [**II.ABOUT THE NARS**](#page6) | [**3**](#page6) |
| [**III.ATTRIBUTES OF THE GRADUATES OF MEDICAL SCHOOLS**](#page11) | [**8**](#page11) |
| [**IV.THE NARS FOR MEDICINE**](#page12) | [**9**](#page12) |
| [**V.GUIDELINES FOR APPLICATION OF THE NARS**](#page18) | [**15**](#page18) |
| [**VI.APPENDICES**](#page20) | [**17**](#page20) |
| [**VII.GLOSSARY**](#page23) | [**20**](#page23) |
| [**VIII. REFERENCES**](#page25) | [**22**](#page25) |
| [**IX.CONTRIBUTORS**](#page26) | [**23**](#page26) |

1. Introduction



According to the law 82-2006, the National Authority for Quality Assurance and Accreditation of Education "NAQAAE " is responsible for Quality Assurance of education as well as for building the confidence in - and ensuring the recognition of - the output of the Egyptian education system, i.e. graduates / qualifications. The law has granted NAQAAE the authority to set standards and policies and to develop the tools needed to fulfill its defined responsibilities.

While recognizing the existence of- and the need for- diverse institutional missions and educational objectives, NAQAAE believes that any medical education program (as any other educational program) must provide assurances that the graduates exhibit general professional competencies that meet the expectations of the community and that serve as the foundation for a process of lifelong learning and professional development of the medical graduate. To help institutions provide this assurance and to protect the interests of the community and the students themselves, NAQAAE has developed Subject Specific National Academic Reference Standards (NARS) for medical education programs as well as for other subject sectors. The NARS-Medicine are meant to express the stakeholders' expectations about the graduate of a medical school in Egypt, defining (and articulating) the attributes and competencies that holders of the qualification " Bachelor Degree in Medicine and Surgery (MBBCh) " should exhibit.

As a bachelor degree, MBBCh is a level 5 qualification on the Egyptian National Qualification Framework. According to the Egyptian NQF descriptors, the holder of a level 5 qualification should be able to***:***

* Apply integrated general/ professional knowledge covering a broad spectrum of facts, principles and theories within inter-related domains with specialization in a field of study or work.
* Use analytic critical thinking to solve specialized problems in predictable and non-predictable contexts, while dealing with variation and interfering factors.
* Master a wide spectrum of specialized skills using familiar and less familiar tools.
* Critically evaluate the results of achieved tasks to establish multi-dimensional correlations and build technical expertise.
* Identify occupational hazards and design mitigation measures for them
* Apply cost/effectiveness measures.
* Manage processes in familiar and less familiar contexts.

1

* Use digital tools and media to deal with academic / professional challenges in a critical and creative manner.
* Work or study autonomously under general systems and rules, assuming full responsibility for own learning and self-development.
* Take informed decisions in familiar contexts.
* Assumes responsibility for own and team performance.
* Evaluate the performance of subordinates and support their development.
* Uses efficiently and develops workplace resources.
* Embrace work ethics.
* Ensures the application of quality assurance standards and procedures, enhancing methodologies and processes.

NAQAAE - being responsible for guaranteeing the quality of qualifications and of education, was keen while developing the medical NARS with different stakeholders to ensure that those standards benchmark with the descriptors of level 5 qualifications on the Egyptian NQF and that they reflect the paradigm shift in medical education from time bound to competency based medical education as will be evident throughout this document.

2

1. About the NARS



***What are the NARS***

* The National Academic Reference Standards (NARS) are external reference for designing and upgrading the undergraduate educational program of faculties of medicine. They also represent general expectations about the standards for the award of Bachelor Degree in Medicine **(**MBBCh) and articulate the attributes and competencies that those possessing such qualification should be able to demonstrate.
* These standards represent the minimum academic quality requirements, which the government regards as appropriate and reasonable in order to protect the interests of the students, the reputation of individual faculties, and the community.
* The first edition of the National Academic Reference Standards was published in 2009 as outcome-based standards. In the last ten years there has been a significant progress -on the international level- in medical education. NAQAAE, to align with international medical updated standards, and after consultation with the main stakeholder in Egypt decided to shift the Egyptian NARS from learning outcomes to competency based.

***The shift to competency based medical education***

* Historically, medical education has been a “Structure/Process” education based learning model that is time and teacher centered, where studying standardized courses and participating in a particular number of cases and years of training were the determinants of completing a medical education program.
* In the recent past a shift occurred to the Learning Outcomes (LO)-based education, where intended learning outcomes were articulated in the form of Knowledge, Skills and Attitudes that a student must achieve. Despite its being a relatively successful student centered and outcome oriented model for education; the LO based medical education model worked with a critical assumption that achieving separate learning outcomes (that were often subject-specific) will enable the medical student to reach an appropriate level of competence to practice medicine with some degree of autonomy.

3

* Through the past decade with higher societal expectations from graduates of medical schools to demonstrate the development of higher competence standards and with the culminating literature supporting the value of integrated learning, the medical education worldwide responded by a paradigm shift towards a more holistic and integrated approach to education, that is competency-based medical education (CBME).
* CBME thus emerged out of a need to focus medical education on patient/ practice related outcomes, and to emphasize learners’ abilities and foster the good practices of integrated learning.

***Methodology for the developing NARS- Medicine 2017***

* Under NAQAAE’s coordination, NARS-Medicine 2017 have been developed by a group of medical academics and professionals representing a wide variety of key partners including: Egyptian Universities, the Medical Sector Committee of the Supreme Council of Universities, the Medical Syndicate, the Ministry of Health and Population, Armed Forces Hospitals, private hospitals and students.
* The NARS were developed through the following process:

o Establishment of the “NARS-Medicine” development committee which constitutes a technical task force of experts in medical education.

o Review of the literature regarding developments in medical education, competency based education, subject benchmarks for medicine and existing competency frameworks for medical school graduates.

1. Analysis of the feedback from Egyptian faculties of Medicine on the NARS

for Medicine, as well as analysis of NAQAAE’s external review reports on the faculties of Medicine that went through the accreditation process since the year 2009.

1. Study of the NQF – Egypt to identify the descriptors of a Bachelor degree qualification.
2. Holding brain Storming sessions with different stakeholders to define the attributes and competencies of the medical school graduate.
3. Preparing a first draft document of the NARS.

o Holding numerous referee/discussion sessions with stakeholders' representatives to refine the draft document.

4

1. Conducting a series of workshops in different public and private medical

schools to present the NARS and explain the planned process for online feedback.

1. Getting feedback on the developed NARS from a wide base of stakeholders through an online survey.
2. Modifying the NARS according to the obtained feedback
3. Holding a referee session for the developed NARS, with the participation of the Medical Sector Committee of the Supreme Council of Universities, the

Medical Syndicate, the Ministry of Health as well as high profile national and international experts.

1. Accreditation of the developed NARS by NAQAAE’s board.

***Overview of the structure of NARS- Medicine 2017***

* The competency framework of the NARS-Medicine 2017 consists of 6 competency areas, each competency area articulates a defined function of the graduating physician, and collectively the 6 competency areas contribute to the fulfillment of the graduate attributes.
* The competency areas of the NARS- Medicine competency framework are:

I- The graduate as a health care provider.

II-The graduate as a health promoter.

III- The graduate as a professional.

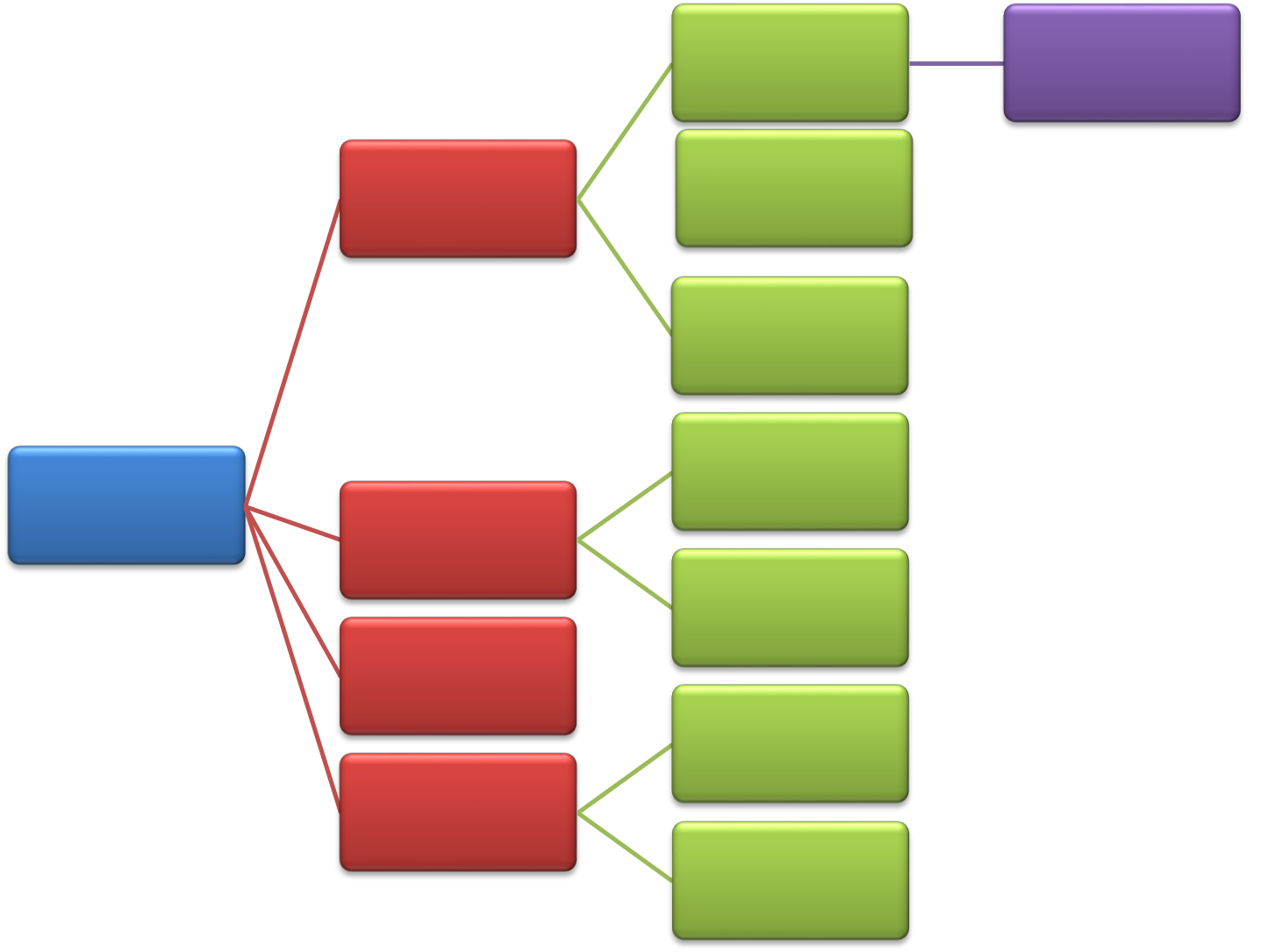
IV- The graduate as a scholar and scientist.

V- The graduate as a member of the health team and a part of the health care system.

VI- The graduate as a lifelong learner and researcher.

* Each competency area is broken down to a number of key competencies that in the aggregate define the desired outcomes for a medical school graduate in that particular competency area.
* In total, the NARS –Medicine competency framework encompasses 65 key competencies under its 6 competency areas.

5



**competency area 1 **

**Medical school**

**graduate**

**competency area 2**

**competency area 3**

**competency area**

**(domain) 6**

**learning outcomes**

**key competency1.1 to be developed by the medical school**

**key comp 1.2**

**key comp 1.n**

**key competency2.1**

**key competency2.2**

**key competency6.1**

**key competency6.n**

Structure of the NARS-Medicine 2017 Competency Framework

6

***Role of Key partners***

**NAQAAE**

The role of NAQAAE is to:

* Coordinate the development of the NARS with wide stakeholders' involvement.
* Approve and Publish the NARS.
* Disseminate the NARS using different means.
* Build the capacity of Medical schools to enable them to properly apply the NARS.
* Assure the application of the NARS through the conduct of the external reviews.
* Periodically review and develop the NARS, keeping up with developments in medical education.

**The Medical Sector Committee of the Supreme Council of Universities**

* The role of the Medical Sector Committee is to participate in the development and dissemination of the NARS, and to facilitate its implementation.

**Faculties of Medicine**

The role of each faculty of medicine is to:

* Formally adopt the NARS and ensure that they are in compliance with its mission.
* The faculty may opt to adopt other Academic Reference Standards (ARS) (whether these are external or developed by the faculty) that are more consistent with its mission, and in this case the faculty must submit its ARS to NAQAAE to accredit as being equal or higher than the NARS.
* Raise awareness of the faculty members and students about the adopted standards.
* Have an executive plan to successfully implement and monitor the academic reference standards and means to secure and sustain the use of these standards.
* Clearly define the program and course specifications including aims and Intended Learning Outcomes, keeping constructive alignment between learning outcome, teaching modalities, assessment methods and available learning resources.
* Make available all evidences they may wish to present under each of the standards and make this clear in their self-evaluation reports and during external audit.
* Adhere to the Guidelines for application of the NARS presented later in this document.

7

III. Attributes of the Graduates of Medical Schools



**The Medical Graduate must:**

1. Work to maintain health and promote human wellbeing.
2. Behave professionally and adhere to medical ethics.
3. Provide -quality and safe patient-centered care, focusing on primary health care and dealing with common health problems in his/her community.
4. Value the importance of a good doctor/ patient relationship, and work to establish and maintain it.
5. Work effectively with other health care professionals respecting their roles and their contribution to the team.
6. Recognize his/her role as a part of health care system, respecting its hierarchy and rules and using his managerial and leadership skills to add value to the system.
7. Contribute to the development and empowerment of his/ her community.
8. Work as a lifelong learner- on his/her own continuous professional development, including being equipped to engage in post- graduate and research studies.

8

IV. The NARS for Medicine



**Competency Area I: The graduate as a health care provider**

The graduate should provide quality, safe, patient-centered care, drawing upon his/her integrated knowledge and clinical skills, and adhering to professional values. The graduate should collect and interpret information, make clinical decisions, and carry out diagnostic and therapeutic interventions - with an understanding of the limits of his/her expertise- considering the patient’s circumstances and preferences as well as the availability of resources. The graduate should be able to:

1.1. Take and record a structured, patient centered history.

1.2. Adopt an empathic and holistic approach to the patients and their problems.

1.3. Assess the mental state of the patient.

1.4. Perform appropriately timed full physical examination 1 of patients appropriate to the age, gender, and clinical presentation of the patient while being culturally sensitive.

1.5. Prioritize issues to be addressed in a patient encounter.

1.6. Select the appropriate investigations and interpret their results taking into consideration cost/ effectiveness factors.

1.7. Recognize and respond to the complexity, uncertainty, and ambiguity inherent in medical practice.

1.8. Apply knowledge of the clinical and biomedical sciences relevant to the clinical problem at hand.

1.9. Retrieve, analyze, and evaluate relevant and current data from literature, using information technologies and library resources, in order to help solve a clinical problem based on evidence (EBM).

1.10. Integrate the results of history, physical and laboratory test findings into a meaningful diagnostic formulation.

1.11. Perform diagnostic and intervention procedures 2 in a skillful and safe manner, adapting to unanticipated findings or changing clinical circumstances.

1.12. Adopt strategies and apply measures that promote patient safety.

1.13. Establish patient-centered management plans in partnership with the patient, his/her family and other health professionals as appropriate, using Evidence Based Medicine in management decisions.

1.14. Respect patients’ rights and involve them and /or their families/carers in management decisions.

1.15. Provide the appropriate care in cases of emergency, including cardio-pulmonary resuscitation, immediate life support measures and basic first aid procedures.

1.16. Apply the appropriate pharmacological and nonpharmacological approaches to alleviate pain and provide palliative care for seriously ill people, aiming to relieve their suffering and improve their quality of life.

1.17. Contribute to the care of patients and their families at the end of life, including management of symptoms, practical issues of law and certification.

1. Refer to appendix A for recommended fundamental physical examination skills
2. Refer to appendix B for recommended basic diagnostic and intervention procedures

9

**Competency Area II: The graduate as a health promoter**

The graduate should advocate for the development of community and individual measures which promote the state of well-being, he/she should empower individuals and communities to engage in healthy behaviors, and put his/her knowledge and skills to prevent diseases, reduce deaths and promote quality life style. The graduate should be able to:

2.1 Identify the basic determinants of health and principles of health improvement.

2.2 Recognize the economic, psychological, social, and cultural factors that interfere with wellbeing.

2.3 Discuss the role of nutrition and physical activity in health.

2.4 Identify the major health risks in his/her community, including demographic, occupational and environmental risks; endemic diseases, and prevalent chronic diseases.

2.5 Describe the principles of disease prevention, and empower communities, specific groups or individuals by raising their awareness and building their capacity.

2.6 Recognize the epidemiology of common diseases within his/her community, and apply the systematic approaches useful in reducing the incidence and prevalence of those diseases.

2.7 Provide care for specific groups including pregnant women, newborns and infants, adolescents and the elderly.

2.8 Identify vulnerable individuals that may be suffering from abuse or neglect and take the proper actions to safeguard their welfare.

2.9 Adopt suitable measures for infection control.

10

**Competency Area III: The graduate as a professional**

The graduate should adhere to the professional and ethical codes, standards of practice, and laws governing practice. The graduate should be able to:

3.1. Exhibit appropriate professional behaviors and relationships in all aspects of practice, demonstrating honesty, integrity, commitment, compassion, and respect.

3.2. Adhere to the professional standards and laws governing the practice, and abide by the national code of ethics issued by the Egyptian Medical Syndicate.

3.3. Respect the different cultural beliefs and values in the community they serve.

3.4. Treat all patients equally, and avoid stigmatizing any category regardless of their social, cultural, ethnic backgrounds, or their disabilities.

3.5. Ensure confidentiality and privacy of patients’ information.

3.6. Recognize basics of medico-legal aspects of practice, malpractice and avoid common medical errors.

3.7. Recognize and manage conflicts of interest.

3.8. Refer patients to appropriate health facility at the appropriate stage.

3.9. Identify and report any unprofessional and unethical behaviors or physical or mental conditions related to himself, colleagues or any other person that might jeopardize patients’ safety.

11

**Competency Area IV: The graduate as a scholar and scientist**

The graduate should build his clinical practice on a base of knowledge of scientific principles and methods of basic medical and social sciences, applying this knowledge into clinical care, and using it as a foundation for clinical reasoning, care provision, further professional development and research. The graduate should be able to:

4.1 Describe the normal structure of the body and its major organ systems and explain their functions.

4.2 Explain the molecular, biochemical, and cellular mechanisms that are important in maintaining the body’s homeostasis.

4.3 Recognize and describe main developmental changes in humans and the effect of growth, development and aging on the individual and his family.

4.4 Explain normal human behavior and apply theoretical frameworks of psychology to interpret the varied responses of individuals, groups and societies to disease.

4.5 Identify various causes (genetic, developmental, metabolic, toxic, microbiologic, autoimmune, neoplastic, degenerative, and traumatic) of illness/disease and explain the ways in which they operate on the body (pathogenesis).

4.6 Describe altered structure and function of the body and its major organ systems that are seen in various diseases and conditions.

4.7 Describe drug actions: therapeutics and pharmacokinetics; side effects and interactions, including multiple treatments, long term conditions and non-prescribed medication; and effects on the population.

4.8 Demonstrate basic sciences specific practical skills and procedures relevant to future practice, recognizing their scientific basis, and interpret common diagnostic modalities, including: imaging, electrocardiograms, laboratory assays, pathologic studies, and functional assessment tests.

12

**Competency Area V: The graduate as a member of the health team and a part of the health care system**

The graduate should work and collaborate effectively with physicians and other colleagues in the health care professions, demonstrating an awareness of and a respect for their roles in delivering safe, effective patient- and population-centered care. He/she should be committed to his/her role as a part of health care system, respecting its hierarchy and rules and using his/her administrative and leadership skills to add value to the system. The graduate should be able to:

5.1 Recognize the important role played by other health care professions in patients’ management.

5.2 Respect colleagues and other health care professionals and work cooperatively with them, negotiating overlapping and shared responsibilities and engaging in shared decision-making for effective patient management.

5.3 Implement strategies to promote understanding, manage differences, and resolve conflicts in a manner that supports collaborative work.

5.4 Apply leadership skills to enhance team functioning, the learning environment, and/or the health care delivery system.

5.5 Communicate effectively using a written health record, electronic medical record, or other digital technology.

5.6 Evaluate his/her work and that of others using constructive feedback.

5.7 Recognize own personal and professional limits and seek help from colleagues and supervisors when necessary.

5.8 Apply fundamental knowledge of health economics to ensure the efficiency and effectiveness of the health care system.

5.9 Use health informatics to improve the quality of patient care.

5.10 Document clinical encounters in an accurate, complete, timely, and accessible manner, in compliance with regulatory and legal requirements.

5.11 Improve the health service provision by applying a process of continuous quality improvement.

5.12 Demonstrate accountability to patients, society, and the profession.

13

**Competency Area VI: The graduate as a lifelong learner and researcher**

The graduate should demonstrate a lifelong commitment to excellence in practice through continuous learning and professional development. He should reflect on his own performance, and plan for his own development making use of all possible learning resources. The graduate should have an inquisitive mind and adopt sound scientific research methodology to deal with practice uncertainty and knowledge gaps and to contribute to the development of his profession as well as for the purpose of his own academic development. The graduate should be able to:

6.1 Regularly reflect on and assess his/her performance using various performance indicators and information sources.

6.2 Develop, implement, monitor, and revise a personal learning plan to enhance professional practice

6.3 Identify opportunities and use various resources for learning.

6.4 Engage in inter-professional activities and collaborative learning to continuously improve personal practice and contribute to collective improvements in practice.

6.5 Recognize practice uncertainty and knowledge gaps in clinical and other professional encounters and generate focused questions that address them.

6.6 Effectively manage learning time and resources and set priorities.

6.7 Demonstrate an understanding of the scientific principles of research including its ethical aspects and scholarly inquiry and Contribute to the work of a research study.

6.8 Critically appraise research studies and scientific papers in terms of integrity, reliability, and applicability.

6.9 Analyze and use numerical data including the use of basic statistical methods.

6.10 Summarize and present to professional and lay audiences the findings of relevant research and scholarly inquiry.

14

1. Guidelines for application of the NARS



**The following are General guidelines and requirement for achievement of the NARS**

1. **Curriculum Management**: Every Faculty of Medicine **must** establish a system forcurriculum management that inclusively but not exclusively comprise authoritative committees for curriculum development, implementation, student’s assessment and program evaluation.
2. **Educational Strategies**: NAQAAE and the Sector Committee require that all facultiesof medicine adopt educational strategies that enhance students’ participation in the learning process and help the development of students’ **self-learning abilities**. The Medical school **must ensure early clinical exposure** with adequate **clinical training** **opportunities**. The **training in skills laboratories** must support this early clinicalencounter. The Medical school educational strategy must also include **students'** **independent research throughout the years of medical school**.
3. **Curriculum Integration**. Traditionally the medical program was divided into a pre-clinical phase covering the sciences basic to medicine and the clinical phase covering clinical instruction with some of the more applied medical sciences. Contemporary medical education however recognizes integration of basic and clinical disciplines as good practice in medical education. NAQAAE and the SCU require that **all faculties of** medicine apply some degree of integration beginning from step 5 to step 11 on the integration ladder (Harden, 2000). There are different types of integrated curricula in medical education, e.g. the curriculum can be Problem Based Learning (PBL), Team Based learning (TBL), Competency-Based (CBME), Modular Medical Integrated curriculum (MEDIC), Community Based, System Based or Case Based curricula. Every faculty of medicine has the freedom to choose the type of integrated curriculum that fits its mission and resources and covers the scope of the NARS competency framework.
4. **Elective Courses**: Most of the medical schools adopt a compulsory core curriculum toall the students to achieve the competencies needed for the graduate. As elective courses became one of the essential international standards in medical education, NAQAAE and the Sector Committee request medical schools to include elective studies within their undergraduate courses. The aim of the elective studies is to provide flexible programs, stimulate critical thinking, and allow students to acquire research abilities and enhance their skills in collection, evaluation, synthesis and presentation of evidence. Elective

15

studies also provide opportunity for in depth study of areas of student interests and may extend beyond the traditional medical disciplines.

1. **Student Assessment** is an essential component in the educational process, the facultyshould use both formative and summative assessments, as it drives learning and allows the institution to ensure that the students have achieved the desired intended learning outcomes to the degree determined by the academic standards. The NARS emphasizes that the Faculty should make all the efforts to establish an assessment system that utilizes **a variety of methods and techniques** to ensure that all the curricular outcomes havebeen adequately met. This requires the use of objective questions (MCQs, matching etc.) in addition to modified essay and problem solving and case studies in written exams. Similarly, the Faculty **must** ensure that assessment of clinical and practical skills encompasses tools that allow the coverage of a wide variety of required competencies. This should inclusively - but not exclusively - include the wider implementation of Objective Structured Practical and Clinical Exams (OSCE/SP), extended direct observation of students interviewing and examining patients throughout their clinical clerkships, Mini Clinical Encounter Evaluation (Mini-CEX) as well as the assessment of procedural skills in skills labs. Assessment of attitudes and ethics though relatively difficult, yet must be sought through the reflection of the attitudes on the students’ behaviors by extended direct observation from their teachers. All Faculties **must** make necessary arrangements to monitor the assessment process through students and staff feedback.
2. **Medical Education Center /Department:** In recent years, there has been an increasingprofessionalism in medical education, NAQAAE and the Medical Sector Committee request all faculties of medicine to establish medical education departments or medical education centers.

16

VI. Appendices



Appendix A

Fundamental physical examination skills



**Skills**

1. Measuring body temperature
2. Measuring pulse rate, respiratory rate and blood pressure
3. Anthropometric Measurements and assessment of nutritional status
4. Chest examination
5. Heart examination
6. Abdominal examination
7. Locomotor system examination
8. Nervous system examination
9. Examination of the jugular veins
10. Ear examination
11. Throat examination
12. External Eye and fundus examination
13. Breast examination
14. Examination of the thyroid
15. Lymph nodes examination
16. PV examination
17. Assessment of uterine fundus level in pregnancy
18. PR examination
19. Examining lumps

17

Appendix B

**B**asic diagnostic and intervention procedures



**Skills**

1. Performing venipuncture and collect blood samples.
2. Inserting a cannula into peripheral veins.
3. Establishing peripheral intravenous access and setting up an infusion; use of infusion devices
4. Giving intramuscular, subcutaneous, intradermal and intravenous injections.
5. Suturing of superficial wounds.
6. Performing cardiopulmonary resuscitation and basic life-support
7. Performing and interpreting basic bedside laboratory tests
8. Performing and interpreting ECG
9. Managing an electrocardiograph (ECG) monitor
10. Taking swabs for different diagnostic purposes
11. Using a nebulizer for administration of inhalation therapy
12. Performing male and female bladder catheterization
13. Administering basic oxygen therapy
14. Wound care and basic wound dressing
15. Managing Blood transfusion
16. Inserting a nasogastric tube.
17. Administering local anesthetics
18. Performing the procedure of normal labor

18

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Appendix C |  |
|  |  | Practical skills |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Skills** |  |
|  |  |  |  |
| 1. |  | Dissecting the different parts and organs of the human body |  |
|  |  |  |  |
| 2. |  | Performing Biochemical and microscopic urine and stool analysis |  |
|  |  |  |  |
| 3. |  | Performing basic biochemical blood tests |  |
|  |  |  |  |
| 4. |  | Preparing urine and stool specimen for microscopic examination |  |
|  |  |  |  |
| 5. |  | Identification of parasites and parasitic ova under the microscope |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 6. |  | Identification of different normal tissue sections under the microscope |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 7. |  | Identification of different pathological alterations in tissue sections under the microscope |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 8. |  | Identification of gross pathological alterations in different body organ specimens |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 9. |  | Determining blood group and performing cross matching and computability tests |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 10. |  | Preparing and examining blood films and assessing hemoglobin value in a blood sample |  |
|  |  |  |  |
| 11. |  | Obtaining and handling a blood sample for culture |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 12. |  | Performing and interpreting basic respiratory function tests. |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| 13. |  | Identifying different bacteria and fungi under the microscope |  |
|  |  |  |

1. Differentiating different bacterial growth in culture

19

VII. Glossary



**Academic Standards**

Reference points prescribed (defined) by an institution comprising the collective outcomes/competencies to be gained by the graduates of a particular program. The academic standards should surpass the NARS, and be approved by NAQAAE.

**Competency**

An observable ability of a health professional, integrating multiple components such as knowledge, skills, values, and attitudes. Since competencies are observable, they can be measured and assessed to ensure their acquisition

**Competency areas**

Broad distinguishable areas of competence that, in the aggregate, constitute a general descriptive framework for a profession.

**Competency-based medical education**

An outcomes-based approach to the design, implementation, assessment of learners, and the evaluation of medical education programs, using an organizing framework of competencies.

**Competency framework**

An organized and structured representation of a set of interrelated and purposeful competency objects.

**Graduate Attributes**

Characteristics, qualities, attitudes and dispositions that graduates should possess upon completion of a particular program.

20

**Intended Learning Outcomes (ILOs)**

Subject-specific knowledge, understanding and skills intended by the institution to be gained by the learners completing a particular educational activity. The ILOs emphasize what is expected that learners will be able to do as a result of a learning activity

**National Academic Reference Standards (NARS)**

Reference points defined by NAQAAE to outline/describe the expected minimum competencies to fulfill the requirements of a program of study.

**The National Qualifications Framework (NQF)**

A framework that provides a systematic description of all qualifications within the educational systems of the state and categorizes them according to a set of standards that determine the level of learning outcomes for each qualification gained. The NQF is used as a tool for benchmarking, quality assurance, comparison and coordination between the different qualifications.

**The Program**

A set of educational courses and activities designed by the institution to determine the systematic learning progress. The program also imparts the intended competencies required for the award of an academic degree.

21

VIII. References



Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), Outcome Project, © ACGME 2003, ACGME Core Competencies, retrieved July 2016 from www.ecfmg.org/echo/acgme-core-competencies.html

General Medical Council- UK, Outcomes for graduates (Tomorrow’s Doctors) 2015

General Medical Council- UK, Good practice in prescribing and managing medicines and devices, 2013

General Medical Council- UK, Good practice in research, 2010

Harden, R. M., Blackwell Science Ltd MED ICAL EDUCAT ION 2000;34:551-557

National Authority for Quality Assurance and Accreditation of Education- Egypt, National Academic Reference Standards- NARS for Medicine,2009

National Authority for Quality Assurance and Accreditation of Education- Egypt,2016 Egypt-National Qualifications Framework, Unpublished manuscript.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, CanMEDS Physician Competency Framework, 2015

World Federation of Medical Education. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office Ferney-Voltaire, France Copenhagen, Denmark 2015. http://www.wfme.org/

22

IX. Contributors



***Prepared by:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Prof. Nadia Badrawi** | Head of Medical Education Reform Committee, Supreme Council of Universities |
|  | Professor of Pediatrics- Cairo University |
|  | NAQAAE Board Member |
| **Prof. Somaya Hosni** | Professor of Histology- Suez Canal University |
| NAQAAE Board Member |
| **Dr. Maha Rashwan** | NAQAAE, Technical Office Director |

***Reviewed by:***

**Prof. Youhansen Eid**

**Prof. Azza Agha**

**Prof. Hussein Khaled**

**Prof. Fathi Khodair**

**Prof. Mahmoud el-Meteini**

**Prof. Lamees Ragab**

NAQAAE, President

NAQAAE, Vice President for Higher Education

Chair of Medical Sector Committee

Supreme Council of Universities

Dean of Faculty of Medicine, Cairo University

Dean of Faculty of Medicine, Ain Shams University

Vice president of New Giza University

Member of the planning committee, Medical Sector, Supreme Council of Universities

**Prof. Khaled Abdel-Barry** President of Zagazig University

23

3.المعايير القياسية لبرامج الدراسات العليا

Academic Reference

Standards (ARS)

السياسة

## مقدمه:

تهتم برامج الدراسات العليا بتنمية التباين بين طلابها لذلك كان من الصعب وضع معايير توصف بشكل دقيق ومحدد ماهو المطلوب استيفاءه من معارف ومهارات من طلاب الدراسات العليا على مستوى الدولة أو حتى على المستوى القطاعى نظرا للعدد الكبير وشديد التخصص من البرامج المتاحة وكذا لإتاحة الفرصة لمؤسسات التعليم العالى فى وضع معاييرها التى تحقق رسالتها وتدعم تنافسيتها وقد روعى عند وضع هذه المعايير أن :

1. تتصف بالعمومية بما يحقق المرونة الكافية لمؤسسات التعليم العالى فى تحديد متطلباتها لتطوير قدرات خريجى هذه البرامج.
2. تكون أعلى من تلك المحددة لطلاب المرحلة الجامعية الاولى فى كل مجال من مجالات التعلم.
3. تركز بشكل خاص على مستوى الأداء المهنى لكل درجة، مهارات البحث والتحليل، المهارات العامة والانتقالية.

**مواصفات الخريج**

**المعايير القياسية العامة:**

* المعرفة والفهم
* المهارات الذهنية
* المهارات المهنية
* المهارات العامة والمنتقلة

**المجال**

خريج برنامج الدراسات العليا في أي تخصص يجب أن يكون قادرا على:

1. تطبيق المعارف المتخصصة التي اكتسبها في ممارسته المهنية.
2. تحديد المشكلات المهنية و اقتراح حلولا لها.
3. إتقــــان المهـــــارات المهنيــــة واســـتخدام الوســـائل التكنولوجيـــــة المناســـــبة فــــي ممارسته المهنية.
4. التواصل و قيادة فرق العمل من خلال العمل المهني المنظومي.
5. اتخاذ القر ار في ضوء المعلومات المتاحة.
6. توظيف الموارد المتاحة بكفاءة.
7. الوعي بدوره في تنمية المجتمع و الحفاظ على البيئة.
8. التصرف بما يعكس الالتزام بالنزاهة والمصداقية وقواعد المهنة وتقبل المسائلة والمحاسبة.
9. ادراك ضرورة تنمية ذاته والانخراط في التعلم المستمر

## المرفقات ARS 2009

Contents

[Academic Reference Standards (ARS) for CTS............ 2](#_Toc407619595)

[Glossary 6](#_Toc407619596)

**Academic Reference Standards (ARS) for Cardiothoracic surgery**

**The Attributes of Cardiothoracic surgery Graduates**

In addition to the attributes of Cardiothoracic surgery graduates, the graduates should be able to:

1. Deep understanding of the physiology, pathology, anatomy of the cardiovascular and thoracic systems.
2. Deep understanding of the pathophysiology and epidemiological features of different cardiovascular and thoracic diseases.
3. Deep understanding of the appropriate use and interpretation of common diagnostic studies.
4. Deep understanding of the principles of main cardiac and thoracic operations.
5. Understanding of principles of general surgery related to cardiothoracic surgery.
6. Knows deeply his role in the development of the society and environmental safety.
7. Understanding the recent advances in surgical modalities in cardiothoracic surgery.
8. Capacity to add to the cardiothoracic surgery field through creativity and innovation.
9. Development of the necessary knowledge and skills to approach and manage the wide array of cardiovascular and thoracic disorders.
10. Effectively perform a detailed and an efficient cardiac and chest history taking and examination.
11. Ability to carry out the diagnosis and plan the treatment of the commonly encountered cardiovascular and thoracic disorders and emergencies in a compassionate appropriate and effective manner.
12. Deep knowledge of the mutual relation between professional practice and effect on environment.
13. Analyze, interpret and analyze different knowledge in cardiothoracic surgery and related disorders.
14. Effectively work within a team and implement liaison with members of the other medical and surgical specialties.
15. Capacity to learn independently and to use the medical literature to improve the clinical practice.
16. Development of the necessary skills and rules for scientific research, scientific publishing, critical appraisal of surgical literature and scientific writing.
17. Proper use of the principles and tools of the scientific research and its applications.
18. Ability to communicate properly and to be a leadership in a work groups.
19. Capacity for proper decision making in an ethical and faithfulness way.
20. Development of the necessary knowledge and skills for self-learning and continuous medical education.
21. Proper use of the facilities and resources to gain the highest benefit.
22. **Knowledge and Understanding**

In addition to the knowledge and understanding acquired by cardiothoracic surgery graduates, the cardiothoracic surgery graduates should demonstrate knowledge and understanding of:

1. **A1** -Understand the basic sciences & facts underlying normal and abnormal functioning of the cardiovascular system and chest.
2. **A2** -Recognize the risk factors and clinical picture of the different cardiovascular and thoracic diseases.
3. **A3 -** Understand the appropriate use and interpretation of common diagnostic studies for cardiovascular and thoracic diseases.
4. **A4** - Identify the methods of treatment of the different cardiovascular and thoracic diseases.
5. **A5 -**Recognize and carry out the recent diagnosis and surgical treatment of commonly encountered cardiovascular and thoracic diseases and related emergencies.
6. **A6** - Identify the details of medical and surgical ethics and legal rules in the diagnosis and management of the different cardiovascular and thoracic diseases.
7. **A7** -Understand the principles, legalities, design, conduction and publishing of scientific research.
8. **A8** -Recognize the principles and basics of the quality standards in management of the different cardiovascular and thoracic diseases.
9. **A9** -Understand the mutual relation between professional surgical practice and the surrounding environment and how to preserve it.
10. **Intellectual Skills**

In addition to the intellectual skills acquired by cardiothoracic surgery graduates, the graduates of cardiothoracic surgery program should be able to:

1. **B1.** Analyze and develop an approach to patients with common complaints associated with the cardiovascular and thoracic diseases.
2. **B2.** Select the proper prioritized diagnostic tool for each of the cardiovascular and thoracic diseases.
3. **B3.** Assigning a reasonable differential diagnosis.
4. **B4.** Conclude the diagnosis of the different cardiovascular and thoracic disorders based on clinical data and investigations.
5. **B5.** Design the surgical treatment plan of the cardiovascular and thoracic diseases.
6. **B6.** Solve the majority of problems in the wide array of cardiovascular and thoracic conditions according to the available data (complete or incomplete).
7. **B7.** Able to demonstrate a prevention and control measures.
8. **B8.** Conduct research studies that add to the existing knowledge in the field of cardiovascular and thoracic diseases.
9. **B9.** Take a proper decision making in various professional situations in cardiac and thoracic surgery (including dilemmas & controversial issues).
10. **B10.** Evaluate the different hazards in surgical practice to avoid it.
11. **B11.** Publish scientific articles/papers in indexed journals.
12. **B12.** Plan and implement enhancement and improvement approaches to practice.
13. **B13.** Add to the specialty of cardiac and thoracic surgery through creativity and innovation.
14. **B14.** Manage discussions on basis of evidence and proofs.
15. **Practical and Professional Skills**

In addition to the practical and professional skills acquired by cardiothoracic surgery graduates, the graduates of the cardiothoracic surgery program should be able to:

**C1** Perform a competent physical and mental status examination to elicit and identify correctly the full range of symptoms and signs, in patients with cardiovascular and thoracic disorders.

**C2** Evaluate the patients presenting with cardiovascular and thoracic manifestations.

**C3** Carry out investigation in an efficient way and prioritized form.

**C4** Construct a plan for management of the different cardiovascular and thoracic disorders with the full range of current and recent pharmacological and surgical treatment.

**C5** Design and perform a research project that contributes to scientific knowledge in cardiovascular and thoracic diseases.

**C6** Write, judge and critically appraise the medical literature.

**C7** Search for scientific information and use the medical literature to improve clinical practice.

**C8** Evaluate and improve methods and tools used in cardiothoracic surgery.

**C9** Use technology to advance practice and surgical techniques.

**C10** Plan professional development courses to improve practice and enhance performance of juniors.

1. **General and Transferable Skills**

In addition to the general and transferable skills acquired by cardiothoracic surgery graduates, the graduates of the cardiothoracic surgery program should be able to:

**D1** Work as team leader within a multidisciplinary team as well as a member in larger teams.

**D2** Develop the communication and interpersonal skills necessary to communicate effectively with other medical members, patients and their families.

**D3** Use information technology to improve his/her professional practice.

**D4** Show interest in systemic integration of the biologic, psychological and social frames of reference for understanding and behavior.

**D5** Evaluate himself and detect his self-educational and personal needs.

**D6** Give comprehensive information and health education to the patients and their families.

**D7** Demonstrate issues of confidentiality, ethical and legal practice.

**D8** Conduct an efficient doctor patient relationship**.**

**D9** Manage scientific meetings and appropriately utilize time.

**D10** Perform self-appraisal and seek continuous learning.

**D11** Use the different recent resources to obtain the recent knowledge for proper and safe practice.

**D12** Teach and evaluate others.

**Glossary**

1. **Institution**

A University, Faculty or higher institute providing education programs leading to a first university degree or a higher degree (Master's or Doctorate).

1. **Attributes of the Graduates**

Competencies expected from the graduates based on the acquired knowledge and skills gained upon completion of a particular program.

1. **National Academic Reference Standards (NARS)**

Reference points designed by NAQAAE to outline/describe the expected minimum knowledge and skills necessary to fulfill the requirements of a program of study.

1. **Academic Standards**

Reference points defined by an institution comprising the collective knowledge and skills to be gained by the graduates of a particular program.. The academic standards should surpass the NARS, and be approved by NAQAAE.

1. **Subject Benchmark Statements**

Guideline statements that detail what can be expected of a graduates in terms of the learning outcomes to satisfy the standards set for the program.. They enable the outcomes to be compared, reviewed and evaluated against agreed upon standards.

1. **The Program**

A set of educational courses and activities designed by the institution to determine the systematic learning progress.. The program also imparts the intended competencies required for the award of an academic degree.

1. **Intended Learning Outcomes (ILOs)**

Subject-specific knowledge, understanding and skills intended by the institution to be gained by the learners completing a particular educational activity. The ILOs emphasize what is expected that learners will be able to do as a result of a learning activity.

1. **Knowledge and Understanding**

Knowledge is the intended information to be gained from an educational activity including facts, terms, theories and basic concepts. Understanding involves comprehending and grasping the meaning or the underlying explanation of scientific objects.

1. **Intellectual Skills**

Learning and cognitive capabilities that involve critical thinking and creativity. These include application, analysis, synthesis and evaluation of information.

1. **Professional and Practical Skills**

Application of specialized knowledge, training and proficiency in a subject or field to attain successful career development and personal advancement.

1. **General and Transferable Skills**

Skills that are not subject-specific and commonly needed in education, employment, life-long learning and self-development. These skills include communication, team work, numeracy, independent learning, interpersonal relationship, and problem solving... etc.

4.استراتيجيات التدريس والتعلم

السياسة

## مقدمه:

تتبنى كلية الطب بجامعة الأزهر نظام التعليم الطبي الإبداعي عن طريق التعلم التكاملي ويتم التعلم من خلال استعراض الجوانب المختلفة للمشكلات الطبية وإثارة التساؤلات والمشاركات الإيجابية وما يتبعها من بحث وتعلم ذاتي واستعمال مختلف مصادر التعلم، التي تشمل المحاضرات والدروس العملية والسريرية والوسائل السمعية والبصرية والتقنيات المتعددة وتقوم فلسفة الكلية على اتباع منهج يرتكز على الاطلاع الذاتي والثقة بالنفس.

ويهدف هذا المنهج إلى تخريج أطباء أكفاء ذو شخصيات متكاملة قيادية في مختلف المجالات وعلى وعي وإدراك لحاجات المجتمع ومقتضيات التطور العلمي والتقني فائق السرعة.

تتطلب عمليات ضمان الجودة التحديد الدقيق لاستراتيجيات التعليم والتعلم والتقويم وربطها بنواتج التعلم. وتعد

استراتيجيات وطرق التعليم والتعلم واستراتيجيات وطرق التقويم من أهم العوامل المؤثرة في نجاح البرنامج وتحقيق جودته.

وفي ضوء متطلبات ضمان الجودة، والاتجاهات الحديثة في التدريس والتقويم في التعليم العالي، كان من المهم التركيز على

اختيار استراتيجيات تقود إلى التعلم النشط وتتعدد استراتيجيات التعليم والتعلم والتقويم، وتختلف من برنامج تعليمي لآخر، ومن مقرر لآخر نتيجة لاختلاف طبيعة البرامج والمقررات ونواتج تعلمها.

## المجال

يتم عمل وثيقة استراتيجيات التدريس والتعلم والتقويم عن طريق مسئولى معيار التدريس والتعلم ويراعى فيها أن تتسق مع المعايير الأكاديمية المرجعية وأن تلائم نواتج التعلم المستهدفة

## التعريفات والمصطلحات

## استراتيجيات التدريس

هى الاستراتيجيات المستخدمة من قبل عضو هيئة التدريس لتطوير تعليم الطلاب.

ويمكن تعريفها بأنها مجموعة القواعد العامة والخطوط العريضة التي تهتم بوسائل تحقيق الأهداف المنشودة للتدريس وتشير إلى الأساليب والخطط التي يتبعها عضو هيئة التدريس للوصول إلى أهداف التعلم وهي مجموعة الأنشطة أو الآليات المستخدمة بهدف تحقيق أهداف تدريسية محددة.

**استراتيجيات التعلم** :

فهي السلوكيات والإجراءات التي ينخرط فيها عضو هيئة التدريس والتي تهدف إلى التأثير على الكيفية التي يتمكن من خلالها

من معالجة المعلومات وتعلم المهام المختلفة.

ويكون التعلم استراتيجياً عندما يعي أعضاء هيئة التدريس المهارات والاستراتيجيات )الإجراءات والطرق المحددة( الخاصة التي يستعملوها في التعلم، ويضبطون محاولاتهم لاستعمالها .

## الإجراءات

1. يقوم مسئولى معيار التدريس والتعلم بوضع إجراءات محدده لوضع إستراتيجيات التدريس والتعلم والتقويم
2. يقوم مسئولى المعيار بتوزيع نسخة من هذه الإستراتيجيات لمنسقى الأقسام
3. يعرض منسقى الأقسام هذه الإستراتيجيات على أعضاء هيئة التدريس بالقسم
4. يتم عمل دورات تدريبية لتدريب أعضاء هيئة التدريس على استراتيجيات التدريس والتعلم والتقييم

## المرفقات :

إستراتيجيات التدريس والتعلم

**استراتيجيات التدريس والتعلم بقسم علاج الأورام والطب النووي**

يستمر قسم علاج الأورام والطب النووي على نفس استراتيجيات التدريس والتعلم والتي وافق على تفعيلها مجلس القسم, تماشيا مع سياسات الجودة بالكلية وذلك على النحو التالى :

**أولا: طلاب البكالوريوس من الاقسام التى لها علاقه بعلاج الأورام** والطب النووي

**1) المهارات التعليمية:**

تهدف الاستراتيجية إلى تنمية المهارات التعليمية الآتية لدى الطلاب الفرقة الخامسة:

* الاتصال والتفاعل بصورة فعالة مع الآخرين.
* العمل كفرد من فريق علمي.
* اكتساب مهارة التعلم بصورة غير اعتماديةعلي التعلم الذاتي.
* استخدام تقنيات المعلومات لتحسين ممارستهم الاحترافية.
* حسن التعامل مع الوقت.
* عمل بحث علمي وتقييمه من قبل اثنين من أساتذة القسم.

**2) طرق التقييم :-**

* يتم عقد امتحان شفوي فى نهاية الكورس.

**ثانياً: طلاب الدراسات العليا:-**

**1) المهارات التعليمية:**

تهدف الاستراتيجية إلى تنمية المهارات التعليمية الآتية لدى طلاب الدراسات العليا:

* الاتصال والتفاعل بصورة فعالة مع الآخرين.
* العمل كفرد من فريق علمي.
* اكتساب مهارة التعلم بصورة غير اعتمادية علي التعلم الذاتي) عن طريق إلقاء المحاضرات العلمية.
* استخدام تقنيات المعلومات لتحسين ممارستهم الاحترافية.
* حسن التعامل مع الوقت.
* المشاركة في اللقاءات العلمية والمؤتمرات.
* القدرة على قيادة فريق علمي في مجال التخصص.

**2) طرق التقييم :-**

* تقييم نشاط طالب الدراسات العليا عن طريق المبادئ الموجودة فى كتيب النشاط التعليمي , ولا يسمح للطالب بدخول الامتحان إلا بعد تقييمه علميا وإكلينيكيا.
* يعقد الامتحان التحريري والشفوي والإكلينيكي مرتين سنويا في شهري إبريل ونوفمبر , حيث يتم تقييم الطالب عن طريق أساتذة القسم والأقسام المناظرة بالجامعات الأخرى لضمان الحيدة والشفافية.

**رئيس قسم علاج الأورام**

**أ.د/وائل الشيشتاوي**

**5.السياسات المتبعة للتعامل مع مشاكل التعليم**

السياسة

* **مقدمه :**

لإدارة الكلية آليات فاعلة للتعامل مع مشكلات المؤسسة

تتعامل الكلية مع مشكلات التعليم التى تواجهها وفق آليات محددة وتقدم حلولا عملية لها

* **المجال:**

يتم عمل سياسات للتعامل مع مشكلات التعليم التى تواجهها الكلية بواسطة مسئولى معيار القيادة والحوكمة

* **الإجراءات :**
* يقوم مسئولى معيار القيادة والحوكمة بوضع إجراءات محدده لوضع سياسات للتعامل مع مشكلات التعليم التى تواجهها الكلية
* يتم توزيع ما يتناسب من هذه السياسات مع الأقسام
* يقوم القسم بوضع الحلول التى يستطيع أن ينفذها للتعامل مع مشكلات التعليم
* **المرفقات :** السياسات المتبعه للتعامل مع مشاكل التعليم

6.وثيقه اخلاقيات المهنه

***7.الرؤية والرساله لقسم علاج الأورام***

**السياسة**

**مقدمه:**

الأسس المهنية التي تبني عليها الرؤية والرسالة:

من المفترض ان تدرك المؤسسة أهمية وجود رؤية ورسالة لها تواكبان وتستجيبان لاحتياجاتها وتوجهاتها، وتعتبرهما نقطة الاساس الذي تنطلق منها اهدافها ونشاطاتها وكافة اعمالها.  ويتميز مضمون بيان الرؤية والرسالة بأنه مركز ومختصر وواضح ويعبر عن الغاية من وجود المؤسسة ، وآليات العمل التي تطبقها لتحقيق هذه الغاية، ويحدد القيم التي تنطلق منها المؤسسة في تقديم خدماتها، ويحدد الفئات التي تستفيد من هذه الخدمات.

**المجال**

أهمية وجود رؤية ورسالة للقسم او للكلية

نظراً لخصوصية مضموني الرؤية والرسالة، فإنهما تمثلان "البوصلة" لكافة جهود ونشاطات الكلية وتوجهاتها. فأهداف الكلية يجب ان تعبر عن رسالتها، والخطة الاستراتيجية تأتي بأهداف استراتيجية تستجيب لرسالة الكلية ، وكذلك النشاطات والخدمات يؤدي تطبيقها الى إحداث آثار وتغييرات في المجتمع تجد صداها في رسالة الكلية.

**أوجه الإفادة او الضرر من عدم تنفيذ هذه السياسة**

اذا لم يكن للكلية رؤية ورسالة تتمني تحقيقها فلن يكون لها اي فرصة للتقدم والنمو كما ان عملية وضع رؤية ورسالة للكلية ليست قاصرة علي طرف واحد ولكن يجب ان يتم اعداد الرؤية والرسالة من خلال مشاركة العديد من الاطراف المعنية داخل المؤسسة التعليمية والمستفيدين حيث ان صياغة الرؤية والرسالة تعتمد علي هولاء الاطراف مجتمعين واذا فقدت الرؤية او الرسالة احد هذه الاطراف فسوف يكون هناك خللاً واضحاً قد يؤثر علي نجاح الكلية**.** ومن الاخطاء الشائعة كذلك، اعتبارالرؤية والرسالة ثابتين لا يمكن تغييرهما او تعديلهما.

**التعريفات والمصطلحات**

**الرؤية :**

هي بيان تعبر فيه المؤسسة عن نظرتها للمستقبل، كيف ترى نفسها في المستقبل؟ كيف ترى الفئات الذين تخدمهم في المستقبل فالرؤية هي صورة ملهمة وإيجابية للمستقبل، وتشجع اعضاء المؤسسة والمحيطين بها على النظر بإيجابية للمستقبل.

وهي الحلم الأكبر الذي تتمنى أن تصل إليه المؤسسة وقد يستغرق تحقيق هذا الحلم مدة زمنية طويلة. إذن فرؤية المؤسسة هي الحلم الذي تسعى لتحقيقه والوصول إليه

**خصائصها:**

* طموحة يدركها العاملون بعقولهم وتثير عواطفهم ومشاعرهم
* واضحة يستطيع الفرد ان يراها وان يتصورها فى مخيلته وتصف مستقبلا افضل
* صادقة ومخلصة حتى تثير الطموح لدى من يقرؤها وتدفعه الى العمل
* مختصرة وسهلة الحفظ
* تعبر عن اهداف من الممكن تحقيقها

**الرسالة**

هي بيان يوضح اسباب وجود المؤسسة ، ما الخدمات التي تقدمها؟ من تستهدف؟ وكيف تخدمهم وتساعدهم؟ فالرسالة توضح كيف ستحقق المؤسسة رؤيتها وهى مجموعة الخطوات والعمليات التى تتبعها المؤسسة لتحقيق الرؤية

**خصائصها :**

* تصاغ بطريقة تحفز الافراد لتحقيق الاهداف المطلوبة
* مستمرة وتأتى كفعل مثل (تقوية او تعليم او تحقيق او رفع)
* تكون فى المضارع وليست فى الماضى ولا فى المستقبل بل هى الان وكل زمان
* مختصرة واضحة مفهومة ولكن تشمل على عدة معانى
* تعكس ما يميز هذه المؤسسة(الدور التعليمي والبحثي والمسئولية المجتمعية)

**الاجراءات: (معيار التخطيط الاستراتيجي)**

 يتطلب إعداد او تعديل بيان الرؤية والرسالة القيام بعدة خطوات وهي:

1. تشكيل فريق إعداد بيان الرؤية الرسالة:  - قائمة بأسماء فريق الرؤية والرسالة ودور كل عضو بالفريق والمهارة التى يتمتع بها ومن المهم جداً أن يضم هذا الفريق افراداً يمثلون كافة اجهزة وهياكل الكلية وكذلك كل الاطراف المعنية (قيادات الكلية عمداء ووكلاء - رؤساء الاقسام واعضاء هيئة تدريس ومعاونين - اداريين - طلبة - مجتمع مدنى )
2. إعداد جدول زمني لعدد اللقاءات التي سيتم عقدها شاملا اليوم والمدعوون والمكان والتوقيت وجدول الأعمال لجميع الاطراف المشاركة في الصياغة
3. تحديد موعد وتجهيز مكان عقد اللقاءات وتحديد جدول الأعمال الخاص باللقاءات مع إعداد قائمة بالأشخاص والمؤسسات والهيئات الذين سيتم دعوتهم لتلك اللقاءات (قيادات الكلية عمداء ووكلاء - رؤساء الاقسام واعضاء هيئة تدريس ومعاونين - اداريين - طلبة - مجتمع مدنى )
4. إعداد نشرات ولافتات تركز علي تحديد هدف تلك اللقاءات مثال\*\* رؤيتنا تعتمد علي رؤيتك فشاركنا في صياغة رؤية الكلية\*\* رأيك في رؤية الكلية مهم لنا فما هو؟ \*\*بادر بتقديم مقترحك لرؤية الكلية
5. إعداد الدعوات الخاصة بتلك اللقاءات مع تحديد ألية توثيق تلك اللقاءات (محاضر اجتماعات)
6. إعداد المعلومات الخاصة بالكلية واللازمة لإعداد الرؤية الانسب للكلية
7. توزيع الأدوار واختيار الأشخاص المناسبين للعمل باللجان المختلفة مثل لجنة التنظيم –لجنة الاستقبال –لجنة كتابة التوصيات
8. عمل استبيانات لراي الاطراف المعنية ومدي رضاهم ومقترحاتهم عن محتوي وثيقة الرؤية والرسالة السابقة والحالية و استعراض الوضع الراهن ودراسته ومن ثم اعداد تصور مبدئي للرؤية والرسالة الجديدة.
9. وضع الصورة النهائية للرؤية والرسالة ومراجعتها وضبطها لغوياً مع مراعاة اتساق الرسالة مع الرؤية مع تحديد موعد إخراج الوثيقة في صورتها النهائية أو موعد اللقاء التالي عند الضرورة
10. مراجعة الرؤية والرسالة من وحدة ضمان الجودة بالكلية واعتمادها .
11. اجتماع رسمي لإقرار الرؤية والرساله واعتمادها من مجلس الكلية للإعلام
12. طباعة بيان  الرؤية والرسالة  والاعلان عنها مثال تعليق اللافتات واللوحات والملصقات في أماكن بارزة بالمؤسسة التعليمية

**التحديث الدوري**

علي الكلية ان تراجع رؤيتها ورسالتها كلما اقتضت الحاجة الى ذلك وان تعدلهما او تغيرهما اذا ما طرأت امور مستجدة عليهما. ولكن تجدر الاشارة على ان الرؤية، وبحكم طبيعتها المستقبلية، يمكن ان تتسم بالديمومة اكثر من الرسالة، حيث ان الرؤية عادة ما يتم تعديلها بعد مرور 3-5 سنوات عليهما، اما الرسالة فمن الممكن ان يتم تعديلها او تغييرها بشكل سنوي

***الرؤيه***

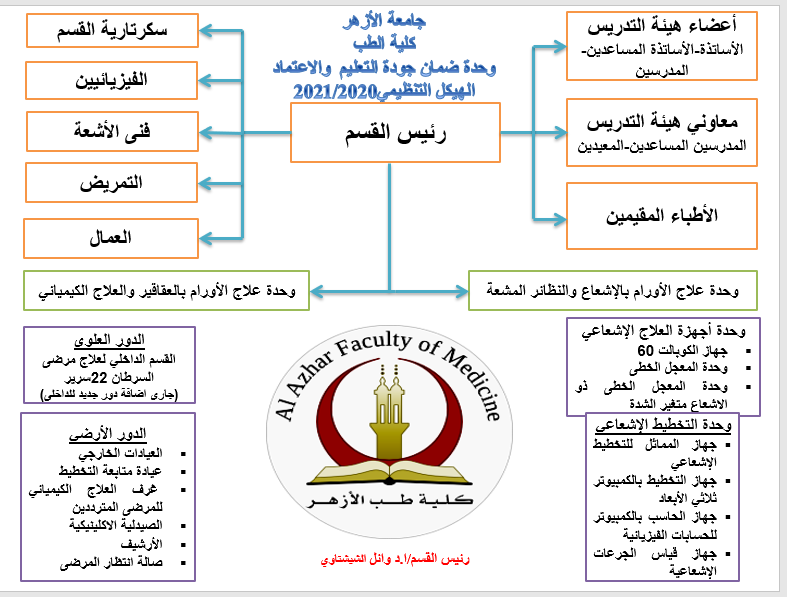
مجتمع صحي معافى من أمراض السرطان.

***الرسالة***

يقدم القسم خدمات مجانية و متكاملة لرعاية مرضى السرطان ويشمل العلاج الكيماوي, الإشعاعي , العلاج الموجة , والرعاية التلطيفية.

كما أن الأبحاث والتدريب والتعليم المستمر هي جزء من فلسفة الرعاية الصحية المقدمة لمرضى السرطان.

8.الهيكل التنظيمي لقسم علاج الاورام



9.التقرير السنوي لأداء القسم

السياسة

## مقدمة:

الأسس المهنية التي يبني عليها التقرير: من المفترض ان تدرك المؤسسة أهمية وجود تقرير إنجاز سنوى لها تعتبر نقطة مهمه لتقييم انجازاتها و أداءها خلال هذا العام ومن خلال هذا التقرير تحدد مدى نشاطها وكفاءتها ويمكن أيضا من خلاله تحديد أهدافها ونشاطاتها المستقبلية لكي تواكب التقدم والرقي بما يسمح لها المنافسه الهادفه ومواكبة التقدم العلمي المرجو.

## المجال

أهمية عمل تقرير الانجاز السنوي للقسم:

نظراً للتقدم الطبي علي مستوي العالم ولكي يواكب القسم هذا التقدم فإن عمل تقرير الإنجاز السنوى للقسم يمثل ويقيس مدى كفاءة القسم لكافة جهودها ونشاطاتها خلال العام المنصرم ومن خلاله يمكن تحديد أوجه القوه والضعف لهذا القسم وتحديد الأهداف واقتراح أساليب التطوير ووضع طرق لحل الازمات وكيفية تفادي المشاكل والتعامل معها ووضع الخطة الاستراتيجية التي تأتي بأهداف استراتيجية تستجيب لرسالة القسم وكذلك تحديد النشاطات والخدمات التي يؤدي تطبيقها الى إحداث آثار وتغييرات في المجتمع تجد صداها في رسالة القسم

أوجه الضرر من عدم تنفيذ هذه السياسة:

اذا لم يكن للقسم تقرير إنجاز سنوي فلن يكون له أي فرصة للتقدم والنمو حيث تفقد تقييم اداءه خلال العام المنصرم وكذلك لن يستطيع وضع آليات قياس الكفاءه والنشاط ولا يمكن تحديد نقاط الضعف والقوه كذلك كما أن عملية وضع الاهداف المستقبلية للقسم ستكون قاصره وغير كافيه.

## التعريفات والمصطلحات

تقرير الانجاز السنوى للقسم تقرير شامل يضم إحصائية أعضاء هيئة التدريس والهيئة المعاونة, إنتدابات السادة أعضاء هيئة التدريس, إحصائية العاملين بالقسم, نبذة مختصرة عن القسم يوضح بها أهمية دراسة مواد القسم لطالب الطب, المواد التى يقوم القسم بتدريسها والإشراف عليها, إحصائية نتائج العام الدراسى, نتائج إستبيانات رضا الطلاب بالقسم (المحاضرات – الدروس العملية – الإمتحانات), برامج الدراسات العليا, الإشراف على الرسائل العلمية, الرسائل الممنوحة خلال العام, الخطة البحثية للقسم, عدد الأبحاث المنشورة فى المؤتمرات والمجلات المحلية والعالمية, عدد المؤتمرات والدورات التدريبيةالتى نظمها القسم للعام , عدد المؤتمرات والدورات التدريبية التى حضرها أعضاء هيئة التدريس بالقسم للعام, بيان بأسماء الحاصلين على جوائز للعام , المؤتمر السنوى للقسم وتوصياته, الإنجازات الخاصة بالأقسام الإكلينيكية, إحصائية أعداد المرضى خلال العام إنجازات أخرى للقسم خلال العام الحالى.

## الاجراءات

يتطلب إعداد او تعديل تقرير الانجاز السنوى القيام بعدة خطوات وهي:

1. مشاركة جميع العاملين في القسم من افراد ولجان علميه في اعداد هذا التقرير.
2. اخطار أقسام الكلية رسميا من خلال وحدة الجوده بتجهيز تقرير الانجاز السنوى لكل قسم قبل العام الدراسي الجديد بشهرين.
3. ارسال نسخه معتمده لهذا التقرير من كل قسم الي وحدة الجوده قبل بداية العام الجديد باسبوعين علي الاقل.
4. عمل تقرير انجاز سنوى شامل للكليه متضمن تقارير الانجاز السنوى للاقسام.
5. عقد لقاءات مع رؤساء الاقسام لمناقشة هذه التقارير وتحديد نقاط القوه والضعف ووضع اليات التعامل مع نقاط الضعف وزيادة نقاط القوه.

## التحديث الدوري

علي القسم عمل تقرير انجاز سنوى قبل بداية كل عام دراسى وارسال نسخه معتمده الى وحدة الجوده

**تقرير الإنجاز السنوى لقسم علاج الأورام. عن عام 2020/2021**

**أولا: البيانات الأساسية:**

* **رسالة القسم:** يقدم القسم خدمات مجانية و متكاملة لرعاية مرضى السرطان ويشمل العلاج الكيماوي, الإشعاعي , العلاج الموجة , والرعاية التلطيفية كما أن الأبحاث والتدريب والتعليم المستمر هي جزء من فلسفة الرعاية الصحية المقدمة لمرضى السرطان
* **رؤية القسم:** مجتمع صحي معافى من أمراض السرطان
* **إحصائية أعضاء هيئة التدريس والهيئة المعاونة**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | **على رأس العمل** | **أجازات** | **الإجمالى** |
| **أستاذ** | | **متفرغ** | 3 |  |  |
| **عامل** | 0 |  |  |
| **أستاذ مساعد** | | **متفرغ** | 0 |  |  |
| **عامل** | 2 | 2 |  |
| **مدرس** | | **مدرس** | 3 | 5 |  |
| **إجمالى أعضاء هيئة التدريس** | | | 8 | 7 | 15 |
| **الهيئة المعاونة** | **مدرس مساعد** | | 3 |  |  |
| **معيد** | | 0 |  |  |
| **إجمالى الهيئة المعاونة** | | | 3 |  |  |
| **الإجمالى (أعضاء هيئة التدريس + الهيئة المعاونة)** | | | 11 |  | 18 |

* **إنتدابات السادة أعضاء هيئة التدريس**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **الإسم** | **الدرجة العلمية** | **الجهة المنتدب اليها** | **فترة الندب** |
| **1** | لا يوجد |  |  |  |
| **ينص قانون تنظيم الجامعات على الا يزيد نسبة الإعارة على مستوى القسم على 60%** | | | | |

* **إحصائية العاملين بالقسم**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **على رأس العمل** | **أجازات** | **الإجمالى** |
| **الإداريون** | 6 | 1 | 7 |
| **الفنيون** | 14 | 4 | 18 |
| **العمال** | 8 | 1 | 9 |
| **الإجمالى** | 28 | 6 | 34 |

**ثانيا: التعليم والطلاب:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **م** | **المقرر (داخلى/خارجى)** | **الكلية** | **الفرقة الدراسية (داخلى/خارجى)** |
| **1** | لا يوجد تدريس لمرحله البكاليريوس |  |  |

**ثالثا: الدراسات العليا:**

* **برامج الدراسات العليا:**
* **برامج الماجستير**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **م** | **المقرر** | **إسم البرنامج** |
| **1** | مقرر علاج الأورام والطب النووي | ماجيستير علاج الاورام والطب النووي |

* **برامج الدكتوراة**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **م** | **المقرر** | **إسم البرنامج** |
| **1** | مقرر علاج الأورام والطب النووي | دكتوراه علاج الأورام والطب النووي |

* **الإشراف على الرسائل العلمية:**
* **رسائل الماجستير**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **إسم الطالب** | **عنوان الرسالة** | **المشرفون** | **تاريخ التسجيل** | **الملاحظات** |
| **1** | اسلام بخيت ابراهيم | تقييم العلاج الكيميائي والاعراض الجانبيه لمرضي سرطان القولون | أد/محسن صلاح الدين ذكري  د/اسلام محمد محمد | 2021 | **مسجل من الداخل** |
| **2** | محمود السيد ابو العزم | مقارنه السميه للعلاج الاشعاعي ثلاثي الابعاد والعلاج الاشعاعي متغيرالشده والكثافه في مرضي سرطان الثدي | أ.د/احمد يسري العجماوي  د/شريف محمد عزام | 2021 | **مسجل من الداخل** |

* **رسائل الدكتوراه**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **إسم الطالب** | **عنوان الرسالة** | **المشرفون** | **تاريخ التسجيل** | **الملاحظات** |
| **4** | مصطفي الشحات مصطفي | Role of Adaptive radiotherapy in ttt of locally advanced head and neck cancers | أ.د/احمد يسري ا.د وائل حلمي الشيشتاوي العجماوي | 1/2019 | مدرس مساعد |
| **8** | هبه رفعت |  | أ.د/احمد يسري ا.د وائل حلمي الشيشتاوي العجماوي | 8/2020 | مسجل من الخارج |

* **الرسائل الممنوحة خلال العام** 2020/2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **إسم الطالب** | **نوع الرسالة** | **عنوان الرسالة** | **المشرفون** |
| **1** | **نبيل دسوقي البحر** | **ماجستير** | **القيمه الحديه للمعامل البيولوجيKI 67 للتنبؤ بالتطور المرضي لاورام الثدي** | أ.د/احمد يسري العجماوي  د/هشام عباس العبادي |
| **2** | **محمد عبد الحميدحفني** | **ماجستير** | **دراسه استجاعيه في النتائج بين الجانب الايسر والجانب الايمن من سرطان القولون** | أ.د/احمد يسري العجماوي  أد/وائل حلمي الشيشتاوي |
| **3** | **محمد محمود عبد الوارث طراد** | **دكتوراه** | **استخدام العلاج الكيميائى والألشعاعى المتزامن فى علاج سرطان الرئة المتقدم موضعياً بواسطة تقنية العلاج الأشعاعى متغير الشدة** | أ.د/احمد يسري العجماوي  اد/ خالد الشحات محمد |
| 4 | **احمد عزالرجال محمد محمد** | **دكتوراه** | **تقييم العلاج الاشعاعي قصير المدي الزمني ومتغير الشده ما قبل الاستئصال الجراحي في علاج سرطان المستقيم المتقدم موضعيا** | أ.د/احمد يسري العجماوي  أد/وائل حلمي الشيشتاوي |
| 5 | **احمد محمد عاشور** | **دكتوراه** | **دور العلاج الاشعاعي متغير الشده والكثافه في سرطان الثدي** | أد/وائل حلمي الشيشتاوي  اد/ خالد الشحات محمد |
| 6 | **محمد سيد أحمد عبدالعلى** | **دكتوراه** | **تقييم عدم التحقق فى إعداد العلاج الإشعاعى لسرطان الحوض** | أ.د/احمد يسري العجماوي  اد/ خالد الشحات محمد |
| 7 | **عبد الله محمد حسن امام** | **دكتوراه** | **Role of IMRT in the ttt of high grade glioma** | أ.د/احمد يسري العجماوي  اد /حسن خالد حمدي |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**رابعا: البحث العلمى:**

* **الخطة البحثية للقسم**
* **إضافة المجموعات البحثية للقسم على أن يذكر إسم الفريق البحثى ثم أسماء أعضاءه**
* **عدد المشروعات البحثية الممولة خلال العام** *2020/2021*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **م** | **إسم المشروع** | **الباحث الرئيسى** |
| **1** | لا يوجد |  |

* **عدد الأبحاث المنشورة فى المؤتمرات والمجلات المحلية والعالمية**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **م** | **إسم عضو هيئة التدريس** | **عدد الأبحاث** | **جهة النشر** | |
| **محلى** | **دولى** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

* **عدد المؤتمرات والدورات التدريبية التى نظمها القسم للعام (........./............)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **م** | **عنوان المؤتمر/الدورة التدريبية** | **مكان الإنعقاد** | **تاريخ الإنعقاد** |
| **1** | لا يوجد بسبب جائحه كرونا |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

* **4. عدد المؤتمرات والدورات التدريبية التى حضرها أعضاء هيئة التدريس بالقسم للعام 2020/2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **م** | **إسم عضو هيئة التدريس** | **إسم المؤتمر/الدورة التدريبية** | **تاريخ ومكان الإنعقاد** |
| **1** | لا يوجد بسبب جائحه كرونا |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

* **5. بيان بأسماء الحاصلين على جوائز للعام (......../..........)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **م** | **إسم عضو هيئة التدريس** | **الوظيفة** | **الجائزة** |
| **1** | لا يوجد |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

* **5. المؤتمر السنوى للقسم**
* **عقد المؤتمر السنوى للقسم يوم بتاريخ / / وكان برنامج المؤتمر كالتالى :**

|  |  |
| --- | --- |
| **الوقت** | **الموضوع** |
| لم يتم بسبب جائحه كرونا |  |
|  |  |
|  |  |

**خامسا: الإنجازات الخاصة بالأقسام الإكلينيكية**

* **عدد الأســــــرة: 20**
* **عدد غرف العمليــات:1**
* **عدد الأقسام الداخليـة:1**
* **إحصائية أعداد المرضى خلال العام (......../.........):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **المكان** | | **عدد المرضى** |
| **العيادات الخارجية** | |  |
| **الأقسام الداخلية** | |  |
| **العمليات** | **صغرى** |  |
| **متوسطة** |  |
| **كبرى** |  |

* **نسبة أكثر الأمراض انتشارا لإجمالى عدد المرضى وتسمية هذه الأمراض:**

**سادسا: إنجازات أخرى للقسم خلال العام الحالى:**

**إعتماد مجلس القسم للتقرير إعتماد مجلس الكلية للتقرير**

/ / / /

10.توصيف مرحله البكاليريوس (غير منطبق)

11.توصيف برنامج الدبلوم (غير منطبق)

**12. Program Specification Master Degree 2020/2021**

University: AL-AZHAR UNIVERSITY

Faculty: HUMAN MEDICINE

Department: CLINICAL ONCOLOGY & NUCLEAR MEDICINE

**Program Specification**

**Year: 2020/2021**

1. **Basic information:**
2. Program title: Master degree in clinical oncology and nuclear medicine
3. Nature of the program: one Common program
4. Department responsible for the program: clinical oncology & nuclear medicine

(AL-HUSSINE UNIVERSITY HOSPITAL)

1. Code: 07-700-onco-Msc
2. **Specialized information:**
3. **General objective of the program:**

To educate and train physicians in the medical specialty of radiotherapy (radiation oncology)/clinical oncology up to the level of being recognised as an independent specialist.

1. **Intended Learning Outcomes from the program:**

**2/ 1 Knowledge and understanding:**

By the end of the course, Postgraduate attaining Master Degree in clinical oncology and nuclear medicine should have sufficient understanding and knowledge that enable him/her to:

* 1. Define and discus the main disease categories that may affect the body as well as the basic mechanism underlying these disorders (etiology, pathogenesis & natural history).
  2. Describe the morphological (gross and microscopic) changes occurring as result of such disease in various organ systems.
  3. Determine the fate and complications of each particular disease and outline the general management procedures.
  4. To provide student with an ordered, structured, theoretical knowledge of basic statistics.
  5. To provide student with an ordered, structured, theoretical knowledge of relevant statistical parameters and analysis needs.
  6. Define different types of growth disorder and differentiate well between dysplasia, atypia, hyperplasia, leukoplakia, erethroplacia, carcinoma in situ and invasive cancer.
  7. Describe the cell cycle & know it is control.
  8. Differentiate well between different effects of of tumour (local, distant).
  9. List data required for treatment planning,Elicit immobilization (techniques and accuracy),identify effect and minimization of patient and organ movement, prescribe tumor localization’ direct visual’ simulator , CT’ MRI’ ultrasound).
  10. Candidate for the final examination need to have a broad knowledge relating to all aspect of the investigation and management of patients with cancer.
  11. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of internal medicine science related to clinical oncology.
  12. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of relevant diagnostic techniques.
  13. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of the role of internal medicine in helping diagnosis of these disease.
  14. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of role of clinical oncology in management of these diseases.
  15. Define and discuses the main disease categories in surgery related to oncology that may affect body as well as the basic mechanisms underlying these disorders.

**2/ 2 Intellectual Skills:**

1. Predict the signs symptoms,& radiological findings of disease based on **the** understanding the underlying pathogenesis as well as gross and microscopic tissue changes responsible for symptomatology and physical changes in the patient
2. To enable students to undertake rational statistice steps in proplem acquaintance and solving.
3. Demonstrate isodose curves for X rays of different energies.
4. **Evaluate** radiation therapy plans (2D & Conformal) based on expected toxicities from different dose distribution to different organ.

**2/ 3 Skills:**

1. Demonstrate isodose distribution in each of the following situation, their uses and critical assessment:
   * 1. Sigel field
     2. Isodose simulation multifield planning
     3. Weighting
   1. Demonstrate in details principles of CT treatment planning:
      1. Acquisition of data and data transfer.
      2. Imaging manipulation and image fusion.
      3. Delineate the volumes.
      4. Beam placement using beam eye‘s views.
      5. Plan verivication and evaluation..
      6. Element of inverse planning.
      7. Element of intensity modulated radiotherapy.

**2/3/1 Professional and Practical Skills:**

1. Elicit tumor localization :direct visual ,simulator ,CT,MRI, ultrasound.
2. Elicit transposition of patient data:magnification,target volumes, sensitive structure ,dose dose modifying structures.
3. Use of simulator in localization of different tumor.
4. Evaluate and compare between different planes.
5. Perform CT treatment planning:
   * 1. Acquisition of data and data transfer.
     2. Imaging manipulation and image fusion.
     3. Delineate the volumes.
     4. Beam placement using beam eye‘s views.
     5. Plan verivication and evaluation..
     6. Element of inverse planning.
     7. Element of intensity modulated radiotherapy.

**2/3/2 General Skills:**

**General and Transferable Skills:**

1. Communication skills , covering both written and oral communications.
2. Problem solving skills
3. Interact and communicate effectively with other health care professionals.
4. Manage time effectively and demonstrate skills needed for lifelong learning as information technology skills ( IT ) .
5. Work effectively and cooperatively in a team .
6. Discuss professional errors in a an honest way .
7. Independent learning ability required for continuing professional development
8. **Professional behaviour**
9. Respect the patient privacy.
10. Deal ethically with patients, colleagues, junior & senior staff.
11. Select the time when to listen, speak, comment, or reply to others.
12. **Academic standards of the program:**

National academic reference standards (NARS) of the National Authority Quality Assurance and Accreditation of Education (NAQAAE)

1. **Structure and content of the program:**

**5.a Programme duration**:

2 years (first part: 6 months, second part: 18 months)

**5.b Programme structure:**

***No. of hours per week:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Lectures*** | ***Clinical/Practical*** | ***Total*** |
| ***First part*** | 13 | 24 | 37 |
| ***Second part*** | 15 | 22 | 37 |

**6. Programme Courses:**

**6.1- Level/Year of Programme: First part**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Code***  ***No.*** | ***Course Title*** | ***No. of hours /week*** | | ***Program ILOs Covered (by No.)*** |
| ***Lectures*** | ***Practical/Clinical*** |
|  | Radiation Physics | 3 | 2 | a.1 - a.10 |
|  | Technology in clinical oncology | 6 | 18 | a.2 :a.7 |
|  | radiobiology | 2 | 2 | a.10-a.12-a.13-b.6-c.9 |
|  | Isotopes | 2 | 2 | a.6-a.14-a.15 |
|  | Pathology | 1 | 2 | a.8-b.4-b.5 |

**6.2- Level/Year of Programme: Second part**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Code***  ***No.*** | ***Course Title*** | ***No. of hours /week*** | | ***Program ILOs Covered (by No.)*** |
| ***Lectures*** | ***Clinical/Practical*** |
|  | Clinical oncology | 12 | 18 | a.1: a.7 - a.16 : a.19 b.1:b.8 - c.1 : c.10 - d.1:d.7 - e.1:e.3 |
|  | Surgery & Internal Medicine | 2 | 2 | a.9-a.11 - b.3 - c.11 - e1 :e3 |
|  | Isotopes | 2 | 2 | a.6-a.14-a.15 |

**7. Programme Admission Requirements**

According to the regulations and unified internal bylaws of Al-Azhar University’s faculties of medicine.

**مادة (40):** (عدلت بناء على قرار شيخ الأزهر رقم 873 لسنة 1996)

مدة الدراسة لنيل درجة التخصص (الماجستير) سنتان وتكون على جزئين:

الجزء الأول: مدته 6 شهور من شهر أكتوبر

الجزء الثانى: مدته 18 شهر تبدأ فى شهر مايو أو أكتوبر

**مادة (41):** (عدلت بناء على قرار شيخ الأزهر رقم 873 لسنة 1996)

يشترط فى قيد الطالب للحصول على درجة التخصص(الماجستير):

1. أن يكون حاصلاً على درجة الإجازة العالية (البكالوريوس) فى الطب والجراحة من جامعة الأزهر أو إحدى الجامعات المصرية أو على درجة معادلة لها من معهد آخر معترف به من الجامعة
2. ألا يقل تقدير الطالب عن جيد فىالإجازة العالية (البكالوريوس) أو أن يكون الطالب حاصلاً على درجة الإجازة العالية (البكالوريوس) بتقدير مقبول بشرط الحصول على دبلوم فى مجال التخصص بتقدير عام جيد على الأقل
3. أن يكون قد قضى السنة التدريبية (الإمتياز)
4. أن يكون متفرغاً للدراسة لمدة سنة على الأقل

مع مراعاة نظام الجامعة فى الدراسة والإمتحانات للمواد الإسلامية المقررة لغير خريجى الأزهر

**مادة (42)**

يكون القيد لهذه الدرجة فى شهر أكتوبر وتبدأ الدراسة فى شهر نوفمبر من كل عام

**مادة (43)**

يشكل مجلس الكلية لجنة لكل تخصص تتولى وضع المحتوى العلمى للمقررات فى حدود الساعات الواردة فى اللائحة على أن تشمل هذه الساعات محاضرات ودروس عملية وتدريب إكلينيكى وتعرض على مجلس الكلية لإقرارها.

**8. Regulations for Progression and Programme Completion**

According to the unified internal by- laws of Al-Azhar University’s faculties of medicine.

**مادة (44):**

يشترط لنيل درجة التخصص(الماجستير):

1. حضور المقررات الدراسية والتدريبات الإكلينيكية والعملية بصفة مرضية على ألا تقل نسبة الحضور عن 75 %
2. أن يقوم بالعمل كطبيب مقيم أصلى أو زائر لمدة سنة على الأقل فى قسم التخصص
3. أن يقوم بإعداد بحث فى موضوع يقره مجلس الجامعة بعد موافقة مجلس الكلية ينتهى بإعداد رسالة تقبلها لجنة الحكم قبل التقدم للإمتحانالثانى بشهر على الأقل
4. أن ينجح فىإمتحان القسمين الأول والثانى.

**الإختبارات للقسم الأول:**

1. إختبارتحريرى مدتهثلاث ساعات فى الفيزياء الإشعاعية + إختبارشفوى.
2. إختبارتحريرى مدتهثلاث ساعات فى تكنولوجيا الفحص بالأشعة و التشريح الراديولوجي + إختبارعملى + إختبارشفوى
3. إختبارتحريرى مدتهثلاث ساعات فى استخدامات النظائر المشعة للتشخيص و البيولوجية الإشعاعية و الوقاية وتنظيم خدمات الأشعة التشخيصية و الإحصاء البيولوجى + إختبارعملى + إختبارشفوى

**الإختبارات للقسم الثانى:**

* 1. إختباران تحريريان مدة كل منهما ثلاث ساعات فى التشخيص بالأشعة + إختبارعملى + إختبارشفوى
  2. إختبارتحريرى مدته ثلاث ساعات فى الأسس الإكلينيكي في الجراحة و الأمراض الباطنة و الباثولوجيا في التشخيص بالأشعة + اختبار شفوي .

**مادة (46)**

توزع درجات التقدير النهائى لدرجة التخصص(الماجستير) على الوجه التالى:

1. 30% منها لإمتحان القسم الأول
2. تقبل الرسالة بدون تقدير
3. 70% منها لإمتحان القسم الثانى

**مادة (47)** (عدلت بناء على قرار شيخ الأزهر رقم 873 لسنة 1996)

تعقد إمتحانات القسم الأول للماجستير فى شهر إبريل ومن يرسب يعيد الإمتحانفى شهر سبتمبروتعقد إمتحانات القسم الثانىفىدورى نوفمبر وإبريل من كل عام ولا تبدأ الدراسة بالجزء الثانى إلا بعد النجاح فى القسم الأول

**مادة (48)** (عدلت بناء على قرار شيخ الأزهر رقم 873 لسنة 1996)

بعد نجاح الطالب فى الجزء الأول لا يجوز للطالب أن يبقى مقيداً للدراسة للجزء الأول لدرجة التخصص (الماجستير) أكثر من 4 سنوات من بدء القيد وفى حالة عدم إنتهاء الرسالة خلال أربع سنوات يمكن لمجلس الكلية الموافقة على مدها عام خامس وعام سادس وذلك للإنتهاء من إعداد الرسالة ومناقشتها للتقدم لإمتحان القسم الثانى وإذا لم ينته الطالب الحاصل على القسم الأول من إعداد الرسالة ومناقشتها خلال فترة الست سنوات يلغى تسجيله نهائياً وفى حالة إعداد الرسالة ومناقشتها تطلق فرص التقدم لإمتحان القسم الثانى وفى جميع الأحوال فى حالة بقاء الطالب بعد ضعف مدة القيد (4 سنوات) يلزم بتسديد تكاليف إستمرار قيده طبقاً لما تقرره الجامعة.

**مادة (50)** تحسب تقديرات النجاح والرسوب فىإمتحانات درجة التخصص (الماجستير) على الوجه التالى:

* + ممتاز: 85 ٪ فأكثر
  + جيد جدًا: من 75 ٪ إلى أقل من 85 ٪
  + جيد: من 65 ٪ إلى أقل من 75 ٪
  + مقبول: من 60 ٪ إلى أقل من 65 ٪
  + ضعيف: من 30 ٪ إلى أقل من 60 ٪
  + ضعيف جدًا: أقل من 30 ٪
  + ويكون النجاح فى المواد الإسلامية طبقاً للقواعد المتبعة فى الجامعة

**9. Evaluation of Programme Intended Learning Outcomes** *(not yet done)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evaluator** | **Tool** | **Sample** |
| 1- Senior students | questionnaires | 30 % |
| 2- Alumni | questionnaires | 30 % |
| 3- Stakeholders ( Employers) | Questionnaires | 3 persons |
| 4-External Evaluator(s)/External Examiner(s) | Report | 1 |
| 5- Other (Peer staff from another university) | Report | 1 |

**Annex 1: Courses’ Specifications** (for first and second part)

**Program Co-ordinator Head of Department**

**Prof.khalid Elshahat Prof.wael elshishtawy**

**12. Program Specification Master Degree 2020/2021**

University: AL-AZHAR UNIVERSITY

Faculty: HUMAN MEDICINE

Department: CLINICAL ONCOLOGY & NUCLEAR MEDICINE

**Program Specification**

**Year: 2020/2021**

1. **Basic information:**
2. Program title: Master degree in clinical oncology and nuclear medicine
3. Nature of the program: one Common program
4. Department responsible for the program: clinical oncology & nuclear medicine

(AL-HUSSINE UNIVERSITY HOSPITAL)

1. Code: 07-700-onco-Msc
2. **Specialized information:**
3. **General objective of the program:**

To educate and train physicians in the medical specialty of radiotherapy (radiation oncology)/clinical oncology up to the level of being recognised as an independent specialist.

1. **Intended Learning Outcomes from the program:**

**2/ 1 Knowledge and understanding:**

By the end of the course, Postgraduate attaining Master Degree in clinical oncology and nuclear medicine should have sufficient understanding and knowledge that enable him/her to:

* 1. Define and discus the main disease categories that may affect the body as well as the basic mechanism underlying these disorders (etiology, pathogenesis & natural history).
  2. Describe the morphological (gross and microscopic) changes occurring as result of such disease in various organ systems.
  3. Determine the fate and complications of each particular disease and outline the general management procedures.
  4. To provide student with an ordered, structured, theoretical knowledge of basic statistics.
  5. To provide student with an ordered, structured, theoretical knowledge of relevant statistical parameters and analysis needs.
  6. Define different types of growth disorder and differentiate well between dysplasia, atypia, hyperplasia, leukoplakia, erethroplacia, carcinoma in situ and invasive cancer.
  7. Describe the cell cycle & know it is control.
  8. Differentiate well between different effects of of tumour (local, distant).
  9. List data required for treatment planning,Elicit immobilization (techniques and accuracy),identify effect and minimization of patient and organ movement, prescribe tumor localization’ direct visual’ simulator , CT’ MRI’ ultrasound).
  10. Candidate for the final examination need to have a broad knowledge relating to all aspect of the investigation and management of patients with cancer.
  11. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of internal medicine science related to clinical oncology.
  12. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of relevant diagnostic techniques.
  13. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of the role of internal medicine in helping diagnosis of these disease.
  14. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of role of clinical oncology in management of these diseases.
  15. Define and discuses the main disease categories in surgery related to oncology that may affect body as well as the basic mechanisms underlying these disorders.

**2/ 2 Intellectual Skills:**

1. Predict the signs symptoms,& radiological findings of disease based on **the** understanding the underlying pathogenesis as well as gross and microscopic tissue changes responsible for symptomatology and physical changes in the patient
2. To enable students to undertake rational statistice steps in proplem acquaintance and solving.
3. Demonstrate isodose curves for X rays of different energies.
4. **Evaluate** radiation therapy plans (2D & Conformal) based on expected toxicities from different dose distribution to different organ.

**2/ 3 Skills:**

1. Demonstrate isodose distribution in each of the following situation, their uses and critical assessment:
   * 1. Sigel field
     2. Isodose simulation multifield planning
     3. Weighting
   1. Demonstrate in details principles of CT treatment planning:
      1. Acquisition of data and data transfer.
      2. Imaging manipulation and image fusion.
      3. Delineate the volumes.
      4. Beam placement using beam eye‘s views.
      5. Plan verivication and evaluation..
      6. Element of inverse planning.
      7. Element of intensity modulated radiotherapy.

**2/3/1 Professional and Practical Skills:**

1. Elicit tumor localization :direct visual ,simulator ,CT,MRI, ultrasound.
2. Elicit transposition of patient data:magnification,target volumes, sensitive structure ,dose dose modifying structures.
3. Use of simulator in localization of different tumor.
4. Evaluate and compare between different planes.
5. Perform CT treatment planning:
   * 1. Acquisition of data and data transfer.
     2. Imaging manipulation and image fusion.
     3. Delineate the volumes.
     4. Beam placement using beam eye‘s views.
     5. Plan verivication and evaluation..
     6. Element of inverse planning.
     7. Element of intensity modulated radiotherapy.

**2/3/2 General Skills:**

**General and Transferable Skills:**

1. Communication skills , covering both written and oral communications.
2. Problem solving skills
3. Interact and communicate effectively with other health care professionals.
4. Manage time effectively and demonstrate skills needed for lifelong learning as information technology skills ( IT ) .
5. Work effectively and cooperatively in a team .
6. Discuss professional errors in a an honest way .
7. Independent learning ability required for continuing professional development
8. **Professional behaviour**
9. Respect the patient privacy.
10. Deal ethically with patients, colleagues, junior & senior staff.
11. Select the time when to listen, speak, comment, or reply to others.
12. **Academic standards of the program:**

National academic reference standards (NARS) of the National Authority Quality Assurance and Accreditation of Education (NAQAAE)

1. **Structure and content of the program:**

**5.a Programme duration**:

2 years (first part: 6 months, second part: 18 months)

**5.b Programme structure:**

***No. of hours per week:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Lectures*** | ***Clinical/Practical*** | ***Total*** |
| ***First part*** | 13 | 24 | 37 |
| ***Second part*** | 15 | 22 | 37 |

**6. Programme Courses:**

**6.1- Level/Year of Programme: First part**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Code***  ***No.*** | ***Course Title*** | ***No. of hours /week*** | | ***Program ILOs Covered (by No.)*** |
| ***Lectures*** | ***Practical/Clinical*** |
|  | Radiation Physics | 3 | 2 | a.1 - a.10 |
|  | Technology in clinical oncology | 6 | 18 | a.2 :a.7 |
|  | radiobiology | 2 | 2 | a.10-a.12-a.13-b.6-c.9 |
|  | Isotopes | 2 | 2 | a.6-a.14-a.15 |
|  | Pathology | 1 | 2 | a.8-b.4-b.5 |

**6.2- Level/Year of Programme: Second part**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Code***  ***No.*** | ***Course Title*** | ***No. of hours /week*** | | ***Program ILOs Covered (by No.)*** |
| ***Lectures*** | ***Clinical/Practical*** |
|  | Clinical oncology | 12 | 18 | a.1: a.7 - a.16 : a.19 b.1:b.8 - c.1 : c.10 - d.1:d.7 - e.1:e.3 |
|  | Surgery & Internal Medicine | 2 | 2 | a.9-a.11 - b.3 - c.11 - e1 :e3 |
|  | Isotopes | 2 | 2 | a.6-a.14-a.15 |

**7. Programme Admission Requirements**

According to the regulations and unified internal bylaws of Al-Azhar University’s faculties of medicine.

**مادة (40):** (عدلت بناء على قرار شيخ الأزهر رقم 873 لسنة 1996)

مدة الدراسة لنيل درجة التخصص (الماجستير) سنتان وتكون على جزئين:

الجزء الأول: مدته 6 شهور من شهر أكتوبر

الجزء الثانى: مدته 18 شهر تبدأ فى شهر مايو أو أكتوبر

**مادة (41):** (عدلت بناء على قرار شيخ الأزهر رقم 873 لسنة 1996)

يشترط فى قيد الطالب للحصول على درجة التخصص(الماجستير):

1. أن يكون حاصلاً على درجة الإجازة العالية (البكالوريوس) فى الطب والجراحة من جامعة الأزهر أو إحدى الجامعات المصرية أو على درجة معادلة لها من معهد آخر معترف به من الجامعة
2. ألا يقل تقدير الطالب عن جيد فىالإجازة العالية (البكالوريوس) أو أن يكون الطالب حاصلاً على درجة الإجازة العالية (البكالوريوس) بتقدير مقبول بشرط الحصول على دبلوم فى مجال التخصص بتقدير عام جيد على الأقل
3. أن يكون قد قضى السنة التدريبية (الإمتياز)
4. أن يكون متفرغاً للدراسة لمدة سنة على الأقل

مع مراعاة نظام الجامعة فى الدراسة والإمتحانات للمواد الإسلامية المقررة لغير خريجى الأزهر

**مادة (42)**

يكون القيد لهذه الدرجة فى شهر أكتوبر وتبدأ الدراسة فى شهر نوفمبر من كل عام

**مادة (43)**

يشكل مجلس الكلية لجنة لكل تخصص تتولى وضع المحتوى العلمى للمقررات فى حدود الساعات الواردة فى اللائحة على أن تشمل هذه الساعات محاضرات ودروس عملية وتدريب إكلينيكى وتعرض على مجلس الكلية لإقرارها.

**8. Regulations for Progression and Programme Completion**

According to the unified internal by- laws of Al-Azhar University’s faculties of medicine.

**مادة (44):**

يشترط لنيل درجة التخصص(الماجستير):

1. حضور المقررات الدراسية والتدريبات الإكلينيكية والعملية بصفة مرضية على ألا تقل نسبة الحضور عن 75 %
2. أن يقوم بالعمل كطبيب مقيم أصلى أو زائر لمدة سنة على الأقل فى قسم التخصص
3. أن يقوم بإعداد بحث فى موضوع يقره مجلس الجامعة بعد موافقة مجلس الكلية ينتهى بإعداد رسالة تقبلها لجنة الحكم قبل التقدم للإمتحانالثانى بشهر على الأقل
4. أن ينجح فىإمتحان القسمين الأول والثانى.

**الإختبارات للقسم الأول:**

1. إختبارتحريرى مدتهثلاث ساعات فى الفيزياء الإشعاعية + إختبارشفوى.
2. إختبارتحريرى مدتهثلاث ساعات فى تكنولوجيا الفحص بالأشعة و التشريح الراديولوجي + إختبارعملى + إختبارشفوى
3. إختبارتحريرى مدتهثلاث ساعات فى استخدامات النظائر المشعة للتشخيص و البيولوجية الإشعاعية و الوقاية وتنظيم خدمات الأشعة التشخيصية و الإحصاء البيولوجى + إختبارعملى + إختبارشفوى

**الإختبارات للقسم الثانى:**

* 1. إختباران تحريريان مدة كل منهما ثلاث ساعات فى التشخيص بالأشعة + إختبارعملى + إختبارشفوى
  2. إختبارتحريرى مدته ثلاث ساعات فى الأسس الإكلينيكي في الجراحة و الأمراض الباطنة و الباثولوجيا في التشخيص بالأشعة + اختبار شفوي .

**مادة (46)**

توزع درجات التقدير النهائى لدرجة التخصص(الماجستير) على الوجه التالى:

1. 30% منها لإمتحان القسم الأول
2. تقبل الرسالة بدون تقدير
3. 70% منها لإمتحان القسم الثانى

**مادة (47)** (عدلت بناء على قرار شيخ الأزهر رقم 873 لسنة 1996)

تعقد إمتحانات القسم الأول للماجستير فى شهر إبريل ومن يرسب يعيد الإمتحانفى شهر سبتمبروتعقد إمتحانات القسم الثانىفىدورى نوفمبر وإبريل من كل عام ولا تبدأ الدراسة بالجزء الثانى إلا بعد النجاح فى القسم الأول

**مادة (48)** (عدلت بناء على قرار شيخ الأزهر رقم 873 لسنة 1996)

بعد نجاح الطالب فى الجزء الأول لا يجوز للطالب أن يبقى مقيداً للدراسة للجزء الأول لدرجة التخصص (الماجستير) أكثر من 4 سنوات من بدء القيد وفى حالة عدم إنتهاء الرسالة خلال أربع سنوات يمكن لمجلس الكلية الموافقة على مدها عام خامس وعام سادس وذلك للإنتهاء من إعداد الرسالة ومناقشتها للتقدم لإمتحان القسم الثانى وإذا لم ينته الطالب الحاصل على القسم الأول من إعداد الرسالة ومناقشتها خلال فترة الست سنوات يلغى تسجيله نهائياً وفى حالة إعداد الرسالة ومناقشتها تطلق فرص التقدم لإمتحان القسم الثانى وفى جميع الأحوال فى حالة بقاء الطالب بعد ضعف مدة القيد (4 سنوات) يلزم بتسديد تكاليف إستمرار قيده طبقاً لما تقرره الجامعة.

**مادة (50)** تحسب تقديرات النجاح والرسوب فىإمتحانات درجة التخصص (الماجستير) على الوجه التالى:

* + ممتاز: 85 ٪ فأكثر
  + جيد جدًا: من 75 ٪ إلى أقل من 85 ٪
  + جيد: من 65 ٪ إلى أقل من 75 ٪
  + مقبول: من 60 ٪ إلى أقل من 65 ٪
  + ضعيف: من 30 ٪ إلى أقل من 60 ٪
  + ضعيف جدًا: أقل من 30 ٪
  + ويكون النجاح فى المواد الإسلامية طبقاً للقواعد المتبعة فى الجامعة

**9. Evaluation of Programme Intended Learning Outcomes** *(not yet done)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Evaluator** | **Tool** | **Sample** |
| 1- Senior students | questionnaires | 30 % |
| 2- Alumni | questionnaires | 30 % |
| 3- Stakeholders ( Employers) | Questionnaires | 3 persons |
| 4-External Evaluator(s)/External Examiner(s) | Report | 1 |
| 5- Other (Peer staff from another university) | Report | 1 |

**Annex 1: Courses’ Specifications** (for first and second part)

**Program Co-ordinator Head of Department**

**Prof. Khaid Elshahat Prof.wael elshishtawy**

14.توصيف مقرر البكاليريوس (غير منطبق)

15.توصيف برنامج الدبلوم (غير منطبق)

**16. Master Degree Course Specification 2020/2021**

## السياسة

## مقدمه

المؤشر: الرابع :نواتج التعلم لكل برنامج تعليمى تتسق مع مقرراته الدراسية وتوصيف المقررات يوضح طرق التدريس والتقويم التى تحقق نواتج التعلم

الخامس: البرامج التعليمية والمقررات الدراسية يتم مراجعتها بصورة دورية بمشاركة المراجعين الداخليين والخارجيين.

## الإجراءات: (المعايير الاكاديمية والبرامج التعليمية)

**المسؤول:** لجنه المقررات الدراسيه لمرحله البكالوريوس بالقسم

**المحتويات:** يجب أن يتضمن توصيف المقررات الدراسيه لمرحله البكالوريوس المعلومات التاليه

**اولا** المعلومات الأساسيه :

كود المقرر- عنوان المقرر- السنه الدراسيه- التخصص- عدد الساعات الكليه التدريسيه -عدد ساعات التدريس النظريه- عدد ساعات التدريس العمليه- عدد الساعات لطرق التدريس الاخرى -تاريخ اعتماد التوصيف -مجموع الدرجات الكليه للمقرر

**ثانيا** معلومات تخصصيه:

الاهداف من المقرر- نواتج التعلم المستهدفه- محتويات المقرر متضمنه عدد الساعات- طرق التدريس والتعلم المستخدمه -طرق التقييم والتقويم المستخدمه- مواعيد التقييم والدرجات -الكتب والمراجع الدراسيه المقترحه

الملحقات:

1. مصفوفة توضح مدى توافق طرق التدريس والتعلم مع نواتج التعلم المستهدفة للمقرر
2. مصفوفة العلاقة بين نواتج التعلم المستهدفة ومحتويات المقرر

**الاعتماد** :يتم اعتمادها من اللجنه ثم تعتمد من مجلس القسم ورئيسه

**الاعلان:** يرسل مجلس القسم نسخة للجنة الموقع الالكتروني وتعلن لجنة الموقع الالكتروني بالقسم توصيف المقرر فور الانتهاء من اعتماده رسميا بلوحة الاعلانات بالقسم وصفحة او موقع القسم بالانترنت وترسل نسخة لوحدة الجودة بالكلية لارفاقها بملف القسم وكذلك ملف **المعيار وترفق خطاب لمسؤولي المعيار بضرورة ادراج المقرر فى مصفوفة العلافة بين البرنامج التعليمي والمقررات الدراسية.**

وللجنة ان ترسل نسخة لمسؤولي موقع الكلية لو رأت اهمية ذلك

**التطوير والاجتماع الدوري للجنة**: تنعقد لجنه المقررات الدراسيه لمرحله البكالوريوس بالقسم بصفة دورية لا تزيد عن ستة اشهر لدراسة وضع المقرر الحالي ودراسة خطط التحسين الواردة بالتقرير السنوى للمقرر وتسجيل الملاحظات واقتراح مراجعين داخليين و خارجيين لعرضهم على مجلس القسم لاعتمادهم ومخاطبتهم رسميا لإعداد تقارير عن المقرر الحالي واقتراحاتهم للتحسين والتطوير ثم دراسة تلك التقارير من خلال اللجنة واتخاذ الاجراء المناسب وتحديد النقاط التى تحتاج لتطوير لتعديل توصيف المقرر اما بشكل عاجل خلال الغام الدراسي (بشرط اتاحة الامكانيات المادية و الوقت الكافى للتعديل فى الجدول الدراسي واعلام الطلاب بالتغيير الطارئ على المقرر بنفس وسائل الاعلان السابقة الذكر) او يتم التعديل فى بداية العام التالي مع الاشارة فى كل لأسباب التعديل (مرفقا بتقارير المراجعين الداخليين والخارجيين)

## التحديث الدوري:

ميعاد التجديد بداية العام الدراسي من كل عام في شهر سبتمبر- اكتوبر من كل عام

University:AL-AZHAR UNIVERSITY

Faculty:HUMAN MEDICINE

Department:CLINICAL ONCOLOGY & NUCLEAR MEDICINE

**Course Specification 2020/2021**

1. Data of the course:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code of the course::  07-700-onco-Msc | Title of the course:**Master Degree** | Year: 2020/2021 Level: postgraduate |
| Specialty: Oncology | Number of teaching units:3 | Lectures: 3/week  Practical/ Clinical:6/week |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Objectives of the course: | To educate and train physicians in the medical specialty of radiotherapy (radiation oncology)/clinical oncology up to the level of being recognized as an independent specialist. |

1. ILOs

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Knowledge and understanding: | By the end of the course, Postgraduate attaining Master Degree in clinical oncology and nuclear medicine should have sufficient understanding and knowledge that enable him/her to:   * 1. Define and discus the main disease categories that may affect the body as well as the basic mechanism underlying these disorders (etiology, pathogenesis & natural history).   2. Describe the morphological (gross and microscopic) changes occurring as result of such disease in various organ systems.   3. Determine the fate and complications of each particular disease and outline the general management procedures.   4. To provide student with an ordered, structured, theoretical knowledge of basic statistics.   5. To provide student with an ordered, structured, theoretical knowledge of relevant statistical parameters and analysis needs.   6. Define different types of growth disorder and differentiate well between dysplasia, atypia, hyperplasia, leukoplakia, erythroplacia, carcinoma in situ and invasive cancer.   7. Describe the cell cycle & know it is control.   8. Differentiate well between different effects of of tumour (local, distant).   9. List data required for treatment planning, Elicit immobilization (techniques and accuracy),identify effect and minimization of patient and organ movement, prescribe tumor localization’ direct visual’ simulator , CT’ MRI’ ultrasound).   10. Candidate for the final examination need to have a broad knowledge relating to all aspect of the investigation and management of patients with cancer.   11. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of internal medicine science related to clinical oncology.   12. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of relevant diagnostic techniques.   13. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of the role of internal medicine in helping diagnosis of these disease.   14. To provide students with an ordered, structured, theoretical knowledge of role of clinical oncology in management of these diseases.   15. Define and discuses the main disease categories in surgery related to oncology that may affect body as well as the basic mechanisms underlying these disorders. |
| 1. Intellectual Skills: | 1. Predict the signs symptoms,& radiological findings of disease based on **the** understanding the underlying pathogenesis as well as gross and microscopic tissue changes responsible for symptomatology and physical changes in the patient 2. To enable students to undertake rational statistic steps in problem acquaintance and solving. 3. Demonstrate isodose curves for X rays of different energies. 4. **Evaluate** radiation therapy plans (2D & Conformal) based on expected toxicities from different dose distribution to different organ. |
| 1. Professional Skills: | 1. Elicit tumor localization :direct visual ,simulator ,CT,MRI, ultrasound. 2. Elicit transposition of patient data:magnification,target volumes, sensitive structure ,dose dose modifying structures. 3. Use of simulator in localization of different tumor. 4. Evaluate and compare between different planes. 5. Perform CT treatment planning:    * 1. Acquisition of data and data transfer.      2. Imaging manipulation and image fusion.      3. Delineate the volumes.      4. Beam placement using beam eye‘s views.      5. Plan verification and evaluation..      6. Element of inverse planning.      7. Element of intensity modulated radiotherapy. |
| 1. General Skills: | 1. Communication skills, covering both written and oral communications. 2. Problem solving skills 3. Interact and communicate effectively with other health care professionals. 4. Manage time effectively and demonstrate skills needed for lifelong learning as information technology skills ( IT ) . 5. Work effectively and cooperatively in a team. 6. Discuss professional errors in a an honest way.   Independent learning ability required for continuing professional development |
| 1. Course Content: | **First part**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ***Code***  ***No.*** | ***Course Title*** | ***No. of hours /week*** | | ***Program ILOs Covered (by No.)*** | | ***Lectures*** | ***Practical/Clinical*** | |  | Radiation Physics | 3 | 2 | a.1 - a.10 | |  | Technology in clinical oncology | 6 | 18 | a.2 :a.7 | |  | radiobiology | 2 | 2 | a.10-a.12-a.13-b.6-c.9 | |  | Isotopes | 2 | 2 | a.6-a.14-a.15 | |  | Pathology | 1 | 2 | a.8-b.4-b.5 |   **Second part**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ***Code***  ***No.*** | ***Course Title*** | ***No. of hours /week*** | | ***Program ILOs Covered (by No.)*** | | ***Lectures*** | ***Clinical/Practical*** | |  | Clinical oncology | 12 | 18 | a.1: a.7 - a.16 : a.19 b.1:b.8 - c.1 : c.10 - d.1:d.7 - e.1:e.3 | |  | Surgery & Internal Medicine | 2 | 2 | a.9-a.11 - b.3 - c.11 - e1 :e3 | |  | Isotopes | 2 | 2 | a.6-a.14-a.15 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Methods of teaching: | 1. General lectures. 2. Tutorials, seminars, interactive learning: discussions & oral presentations. 3. practical sessions |
| 1. Methods of teaching of handicaps |

1. Students evaluation and assessment:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Method of assessment: | 1-written exam  2-oral exam  3-clinical exma |
| 1. Time of assessment | End of course (First part & second part) |
| 1. Allocated marks/Distribution | 1-written exam(100+100)  2-oral exam(100)  3-clinical exam(100) |

1. Teaching books, notebooks, and references:

|  |  |
| --- | --- |
| * Books/Notebooks: * References: | Textbooks of clinical oncology and nuclear medicine(Devita-Perez….)  Guidelines and recommendations (ASCO-ESMO-NCCN-RTOG……) |

**Head of Department:**

**Prof.Dr.Wael Helmy**

**17. MD Degree Course Specification 2020/2021**

## السياسة

## مقدمه

المؤشر: الرابع :نواتج التعلم لكل برنامج تعليمى تتسق مع مقرراته الدراسية وتوصيف المقررات يوضح طرق التدريس والتقويم التى تحقق نواتج التعلم

الخامس: البرامج التعليمية والمقررات الدراسية يتم مراجعتها بصورة دورية بمشاركة المراجعين الداخليين والخارجيين.

## الإجراءات: (المعايير الاكاديمية والبرامج التعليمية)

**المسؤول:** لجنه المقررات الدراسيه لمرحله البكالوريوس بالقسم

**المحتويات:** يجب أن يتضمن توصيف المقررات الدراسيه لمرحله البكالوريوس المعلومات التاليه

**اولا** المعلومات الأساسيه :

كود المقرر- عنوان المقرر- السنه الدراسيه- التخصص- عدد الساعات الكليه التدريسيه -عدد ساعات التدريس النظريه- عدد ساعات التدريس العمليه- عدد الساعات لطرق التدريس الاخرى -تاريخ اعتماد التوصيف -مجموع الدرجات الكليه للمقرر

**ثانيا** معلومات تخصصيه:

الاهداف من المقرر- نواتج التعلم المستهدفه- محتويات المقرر متضمنه عدد الساعات- طرق التدريس والتعلم المستخدمه -طرق التقييم والتقويم المستخدمه- مواعيد التقييم والدرجات -الكتب والمراجع الدراسيه المقترحه

الملحقات:

1. مصفوفة توضح مدى توافق طرق التدريس والتعلم مع نواتج التعلم المستهدفة للمقرر
2. مصفوفة العلاقة بين نواتج التعلم المستهدفة ومحتويات المقرر

**الاعتماد** :يتم اعتمادها من اللجنه ثم تعتمد من مجلس القسم ورئيسه

**الاعلان:** يرسل مجلس القسم نسخة للجنة الموقع الالكتروني وتعلن لجنة الموقع الالكتروني بالقسم توصيف المقرر فور الانتهاء من اعتماده رسميا بلوحة الاعلانات بالقسم وصفحة او موقع القسم بالانترنت وترسل نسخة لوحدة الجودة بالكلية لارفاقها بملف القسم وكذلك ملف **المعيار وترفق خطاب لمسؤولي المعيار بضرورة ادراج المقرر فى مصفوفة العلافة بين البرنامج التعليمي والمقررات الدراسية.**

وللجنة ان ترسل نسخة لمسؤولي موقع الكلية لو رأت اهمية ذلك

**التطوير والاجتماع الدوري للجنة**: تنعقد لجنه المقررات الدراسيه لمرحله البكالوريوس بالقسم بصفة دورية لا تزيد عن ستة اشهر لدراسة وضع المقرر الحالي ودراسة خطط التحسين الواردة بالتقرير السنوى للمقرر وتسجيل الملاحظات واقتراح مراجعين داخليين و خارجيين لعرضهم على مجلس القسم لاعتمادهم ومخاطبتهم رسميا لإعداد تقارير عن المقرر الحالي واقتراحاتهم للتحسين والتطوير ثم دراسة تلك التقارير من خلال اللجنة واتخاذ الاجراء المناسب وتحديد النقاط التى تحتاج لتطوير لتعديل توصيف المقرر اما بشكل عاجل خلال الغام الدراسي (بشرط اتاحة الامكانيات المادية و الوقت الكافى للتعديل فى الجدول الدراسي واعلام الطلاب بالتغيير الطارئ على المقرر بنفس وسائل الاعلان السابقة الذكر) او يتم التعديل فى بداية العام التالي مع الاشارة فى كل لأسباب التعديل (مرفقا بتقارير المراجعين الداخليين والخارجيين)

## التحديث الدوري:

ميعاد التجديد بداية العام الدراسي من كل عام في شهر سبتمبر- اكتوبر من كل عام

University:AL-AZHAR UNIVERSITY

Faculty:HUMAN MEDICINE

Department:CLINICAL ONCOLOGY & NUCLEAR MEDICINE

**Course Specification**

1. Data of the course:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code of the course::  07-700-onco-MD | Title of the course:**MD Degree** | Year: 2021 Level:postgraduate |
| Specialty: Clinical Oncology | Number of teaching units:3 | Lectures: 3/week  Practical/ Clinical:6/week |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Objectives of the course: | We expect candidates to have a wide knowledge of malignant disease and the management of patients with cancer.  The main emphasis is on clinical oncology & drug therapy, but a good knowledge of general medicine, surgery and pediatrics is expected. |

1. ILOs

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Knowledge and understanding: | Diagnosis& management of malignant tumours  Candidates for the final examination need to have a broad knowledge relating to all aspects of the investigations & managament of patients with cancer.  **1-prevention:** Identify of the environmental causes of cancer and discuss possible stratigies for prevention.  **2-Screening:** List details of screening programmes for cervical , breast and colorectal cancers.  **3-Genetics:** Enumerate the familial aspects of some cancers (colorectal, breast, ovary, retinoblastoma, multiple cancer syndromes) and the management of high risk families and genetic counseling.  **4-Anatomical sities & types of tumours**:  a-Head & Neck :  (Lip- oral cavity- nasopharynx- oropharynx- hypopharynx- supraglottis- vocal cord- subglottis- orbit & optic nerve- lachrymal gland- middle ear- nose & nasal sinuses-salivary glands- glomusjugularetumours- carotid body tumours)  b-Gastrointestinal Tract:  (Liver- pancreas &biliary tract -Oesophagous- Stomach -small bowel- colon & rectum- Anal canal & perianal region)  C-Chest:  (Pleura-Lung – Trachea -Mediastinum &Thymus)  d-Genitourinary:  (Kidney-Ureter-Bladder-Urethera- prostate-penis-testis)  e-Female genital tract:  (Ovary –fallopian tube- uterine body & cervix-Vagina –Vulva)  f-Central nervous system:  (Brain –spinal cord-craniopharyngioma-chordoma- Acoustic neuroma-meninges)  g-Bone Tumours& Soft tissue sarcoamata:  (Adult soft tissue sarcoma –Childhood/adolescent sarcoma –chondrosarcoma-osteosarcoma- Ewing's tumour)  e-Skin:  (Basal cell carcinoma & squamous cell carcinoma- Malignant melanoma-cutaneous lymphoma-Kaposi sarcoma)  f-Lymphproliferative&Myeloproliferative disorders:  (Hodgkin's lymphoma –Nonhodgkin's lymphomas-plasma cell malignancies –Acute &chronic leukemias)  g-Endocrine:  (Breast- Throid- parathyroid-pituitary- Adrenal)  h-Paediatric tumours:  (Medulloblastoma –Neuroblastoma-Nephroblastoma-Retinoblastoma)  For each of the tumour types & sites listed:- {Management-pathology-radiotherapy-drug therapy-outcomes)  **5-Drug therapy:**  (cytotoxic chemotherapy –Hormonal therapy – Biological Therapy)  **6-Oncological Emergencies:**  (spinal cord compression –heamorrhage –Mediastinal syndrome)  **7-complications of treatment (side effects):**  (Acute and late toxicity and their management :-skin reactions- Nausea –vomiting –diarrhea-cytotoxic extravastation-fibrosis- renal effects – cardiac effects –endocrine effects-effects on fertility- secondary malignancy )  **8-Radiotherapy for bengin tumours:**  (suitable techniques-dosage schedules & benefits and risks)  **9-Sympotomatic treatement and supportive care:**  (Control of patient symptoms by medical and surgical techniques –continuing palliative care with treatment of anaemia and increased intracranial tension)  **10-Research & literature:**  (Current major research and publications in Oncology Journals) |
| 1. Intellectual Skills: | 1. Evaluateradiation therapy plans (2D & Conformal) based on expected toxicities from different dose distribution to different organ. 2. Demonstrate isodose curves for X rays of different energies. 3. Predict the signs symptoms,& radiological findings of disease based on **the** understanding the underlying pathogenesis as well as gross and microscopic tissue changes responsible for symptomatology and physical changes in the patient 4. To enable students to undertake rational statistic steps in problem acquaintance and solving. |
| 1. Professional Skills: | 1. Elicit tumor localization :direct visual ,simulator ,CT,MRI, ultrasound. 2. Elicit transposition of patient data:magnification,target volumes, sensitive structure ,dose dose modifying structures. 3. Use of simulator in localization of different tumor. 4. Evaluate and compare between different planes. 5. Perform CT treatment planning:    * 1. Acquisition of data and data transfer.      2. Imaging manipulation and image fusion.      3. Delineate the volumes.      4. Beam placement using beam eye‘s views.      5. Plan verivication and evaluation..      6. Element of inverse planning.      7. Element of intensity modulated radiotherapy. |
| 1. General Skills: | 1. Communication skills , covering both written and oral communications. 2. Problem solving skills 3. Interact and communicate effectively with other health care professionals. 4. Manage time effectively and demonstrate skills needed for lifelong learning as information technology skills ( IT ) . 5. Work effectively and cooperatively in a team . 6. Discuss professional errors in a an honest way . 7. Independent learning ability required for continuing professional development |
| 1. Course Content: | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ***Code***  ***No.*** | ***Course Title*** | ***No. of hours /week*** | | ***Program ILOs Covered (by No.)*** | | ***Lectures*** | ***Clinical/Practical*** | |  | Technology in clinical oncology | 6 | 12 | a.1: a.19 - b.1:b.8 - c.1 : c.11 - d.1:d.7 - e.1:e.3 | |  | Clinical oncology | 6 | 12 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Methods of teaching: | 1. General lectures. 2. Tutorials,seminars,interactive learning: discussions & oral presentations. 3. practical sessions. |
| 1. Methods of teaching of handicaps |

1. Students evaluation and assessment:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Method of assessment: | 1-written exam  2-oral exam  3-clinical exma |
| 1. Time of assessment | End of course |
| 1. Allocated marks/Distribution | 1-written exam(100+100)  2-oral exam(100)  3-clinical exam(100) |

1. Teaching books, notebooks, and references:

|  |  |
| --- | --- |
| * Books/Notebooks: * References: | Textbooks of clinical oncology and nuclear medicine(Devita-Perez….)  Guidelines and recommendations (ASCO-ESMO-NCCN-RTOG……) |

**Head of Departement:**

**Prof.Dr.wael helmy**

18. **استمارة تقييم مقرر تعليمي**

## السياسة

## مقدمه:

الهدف منه:

1. الإفادة من آراء الطلاب في الارتقاء بالمستوى التعليمي.
2. التطوير المستمر للمناهج الدراسية تطويرا يواكب مستجدات العصر، ويلبي متطلبات الواقع، ويعنى بقضايا المجتمع.
3. تقييم أداء أعضاء هيئة التدريس والهيئة المعاونة بأساليب مبتكرة لعلها تكون أقرب إلى الحقيقة والموضوعية.

## المجال

يتكون الاستبيان من ثلاثة محاور على النحو التالي:

1. (أهداف المقرر وآلياته
2. أعضاء هيئة التدريس
3. طبيعة المقرر ومحتواه

## الفئه المستهدفه

1. الطلاب

## إخطار الجهات المعينة بنتيجة الاستبيان

1. عميد الكلية.
2. رؤساء الأقسام العلمية.
3. فريق معيار البرامج والمقررات.
4. فريق معيار أعضاء هيئة التدريس

وذلك للعلم والإحاطة واتخاذ ما يلزم من إجراءات

## الاجراءات

مردود نتائج استبيان تقييم المقررات الدراسية

1. توصية الأساتذة من قبل مجالس الأقسام باستيعاب مكونات المقرر الرئيسية، وجزئياته الهامة بالشرح والتوضيح داخل المحاضرة.
2. التوصية بتنظيم دورات للأساتذة في فن التدريس وطرائقه لرفع الكفاءة المهنية.
3. وضع نظام لمتابعة سير المحاضرات، وتلقي اعتذارات الأساتذة قبل بدء المحاضرة بوقت كاف لترتيب البديل.
4. إعلام الأعضاء بالندوات والمؤتمرات العلمية بالوسائل المناسبة وفي الوقت المناسب.
5. ربط الوحدة بالأقسام العلمية عن طريق منسقي الأقسام.

توصية الأساتذة من قبل مجالس الأقسام بضرورة الاهتمام بتنويع طرائق التدريس المتبعة، والإفادة من الأدوات التعليمية الحديثة في تدريس المقررات وعرضها.

**استمارة تقييم مقرر تعليمي**

**اسم المقرر : تاريخ المراجعة** :

**اسم المقيم : أ.د** **كلية: جامعة:**:

**أ) البيانات الأساسية للمقرر :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **العناصر** | **مستوفى** | **غير مستوفى** |
| بنود البيانات الأساسية |  |  |
| اسم المنسق |  |  |

**تعليقات المقيم :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ب) التقييم الأكاديمى:**

**ب.1 : الاهداف العامة للمقرر**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **البند** | **نعم** | **لا** |
| هل صياغة الأهداف واضحة؟ |  |  |
| هل الأهداف قابلة للتحقيق؟ |  |  |
| هل أهداف المقرر تتفق مع أهداف البرنامج؟ |  |  |
| هل أهداف المقررتعبر عن مواصفات الخريج؟ |  |  |

**تعليقات المقيم :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ب.2: مخرجات التعلم المستهدفة للمقرر (الاهداف الخاصة)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مؤشرات التقويم** | **نعم** | **الى حد ما** | **لا** |
| هل مخرجات التعلم المستهدفة مرتبطة بأهداف المقرر العامة؟ |  |  |  |
| هل مخرجات التعلم المستهدفة تغطى جميع مجالات التعلم ( المعرفية ، التطبيقية والمهنية والذهنية والعامة ؟ |  |  |  |
| هل صياغة المخرجات سليمة من حيث:   * مناسبة الافعال الادائية للمخرجات * قابليتها للقياس * اشتمالها على درجات مناسبة في تصنيف الصعوبة في المجال المعرفي |  |  |  |
| هل مخرجات التعلم تتوافق مع المعايير الأكاديمية القومية فى المجالات الأربعة؟ |  |  |  |
| هل تحتوى مخرجات التعلم المستهدفة للمقرر على المستجدات فى التخصص؟ |  |  |  |
| هل تم اعداد مصفوفة توزيع مخرجات المقرر على مخرجات البرنامج بشكل سليم ومترابط؟ |  |  |  |

**تعليقات المقيم :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ب.3. محتويات المقرر : (Course contents)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مؤشرات التقويم** | **نعم** | **الى حد ما** | **لا** |
| هل محتويات المقرر مناسبة لأهداف المقرر؟ |  |  |  |
| هل محتويات المقرر مناسبة لمخرجات التعلم المستهدفة؟ |  |  |  |
| هل محتويات المقرر متسقة مع أهداف البرنامج؟ |  |  |  |
| هل تغطى محتوبات المقرر المستجدات فى التخصص؟ |  |  |  |

**تعليقات المقيم :**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------ب.4. طرق ووسائل التعليم والتعلم (Teaching and learning methods and facilities)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مؤشرات التقويم** | **نعم** | **الى حد ما** | **لا** |
| هل طرق التعليم والتعلم المستخدمة مناسبة ؟ |  |  |  |
| هل طرق التعليم والتعلم المستخدمة كافية لتحقيق مخرجات التعلم المستهدفة؟ |  |  |  |
| هل طرق التعليم والتعلم المستخدمة تتسم بالحداثة؟ |  |  |  |
| هل وسائل التعليم المستخدمة مناسبة لطرق التدريس؟ |  |  |  |

**تعليقات المقيم :**

**ب.5. طرق تقويم أعمال الطلاب :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مؤشرات التقويم** | **نعم** | **الى حد ما** | **لا** |
| هل طرق التقويم مناسبة لقياس المخرجات؟ |  |  |  |
| هل طرق التقويم كافية لقياس المخرجات؟ |  |  |  |
| هل طرق التقويم تتسم بالحداثة؟ |  |  |  |

**تعليقات المقيم :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ب.6. المراجع العلمية**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مؤشرات التقويم** | **نعم** | **الى حد ما** | **لا** |
| هل المراجع العلمية المذكورة تتناسب مع مخرجات التعلم المستهدفة؟ |  |  |  |
| هل المراجع العلمية المذكورة مكتوبة بشكل صحيح؟ |  |  |  |
| هل المراجع العلمية المذكورة تتسم بالحداثة؟ |  |  |  |

**تعليقات المقيم :**

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

اسم المقيم:------------------------------

التوقيع:---------------------------------

التاريخ:---------------------------------

**19.التقرير السنوي للبرامج و المقررات بمرحلة الدراسات العليا**

**التقرير السنوي للبرامج و المقررات بمرحلة الدراسات العليا**

**السياسة:** :للمؤسسة تقارير سنوية للمقررات الدراسية والبرامج التعليمية بما يؤكد الالتزام بالتوصيف المعلن للمقررات الدراسية ويطلع عليها المعنيون وتستفيد المؤسسة منها فى وضع خطة التحسين والتطوير

**ميعاد التجديد:** نهايه العام الدراسي بعد انتهاء اعمال الكنترول وظهورواعتماد نتيجه الدور الثاني –دور ابريل (شهر مايو-يونيو) مع ملاحظة عمل استبيانات الطلاب والتقارير الملحقة عقب كل امتحان لكل دور وحفظهم حتى الانتهاء من اعداد التقرير النهائي

**المسؤول:** لجنه المقررات الدراسيه للدراسات العليا بالقسم ومجلس ورئيس القسم

**الجهات المشاركة**

1. شئون الدراسات العليا للحصول على اعداد الطلاب في المقرر والبرنامج والسنة الدراسية والنتيجة واعداد الناجحين والراسبين والتقديرات والنسب المئوية لمختلف التقديرات

**المحتويات**

يحتوي التقرير اسم القسم كود المقرر- اسم البرنامج ونوعه- منسق المقرر – المقيم الخارجي للمقرر- عدد الساعات التدريسية مع تفصيل نوعيتها- نسبه الانجاز التدريسي للمقرر - وطرق التدريس والتعلم المستخدمه اثناء السنه الدراسيه -طرق تقييم الطلاب ودرجاتها والنسبه المئويه- لجنه الامتحانات واعضائها- وسائل وادوات التدريس المستخدمه -المعوقات الدراسيه و المعوقات الماديه اثناء اداء المقرر-نتائج الامتحانات -تقييم الطلاب للمقرر –نتائج تحليل اراء المراجعين - كيفيه التحسين ووضع خطه التحسين -وخطة التحسين السابقه والمتحقق منها -وخطة التحسين القادمه العام الدراسي القادم

الملحقات:

1. مصفوفة العلاقة بين الامتحان لكل دور ونواتج التعلم المستهدفة Blueprint-
2. مصفوفة العلاقة بين طرق واساليب الامتحان المختلفة لكل دور ومحتويات المقرر الرئيسية**Table of specification**
3. نماذج استبيانات اراء الطلاب (تعد مع كل امتحان لكل دور وتحفظ حتى اعداد التقرير السنوى)

**يعتمد** من لجنه المقررات الدراسيه لمرحله الدراسات العليا و من مجلس القسم ورئيسه

و يقوم اعضاء اللجنة بدراسة خطط التحسين لمقررات الدراسات العليا للاستفادة منها فى تطوير برامج الدراسات العليا عقب اعتماد التقرير مباشرة

**الاعلان:** ترسل اللجنة نسخة بعد اعتمادها رسميا للجهات المعنية مثل اعضاء مجلس القسم ومجلس الكلية ولجان شؤون التعليم ووحدة الجوده للاطلاع عليها.

**Annual Report**

**Clinical Oncology annual Medical Report 2020/2021**

**University:** **Al-Azhar University**.

**Faculty:**  **Faculty of Medicine, Cairo.**

1. **Basic information:**
   1. **Title (Department): clinical oncology and nuclear medicine**
   2. **Code:**
   3. **Program (s):**  **Basic / clinical medical science/chemotherapy/radiotherapy/nuclear medicine.**
   4. **Year / Level of programs: post graduate(Master Degree)**
   5. **Hours:**
      1. Lectures: 48 hours.
      2. Practical/Clinical: 96 hours.
      3. Tutorials and other activities: 48 hours.
   6. **Names of the lecturers contributing to the delivery of the course: Dr:Hassan khaled / Dr.ahmed El-agamawy Dr.mohsen zekry/ Dr.wael El sheshtawy**
      1. Name of course coordinator: **Dr.wael El sheshtawy**
      2. Name of external evaluator:**Dr.Hala Abdl Badie**
2. **Statistical information:**
   1. **Students attending the course:** Number: 17

* 1. **Students completing the course:** Number: 4

* 1. **Result:**
  2. Passed: 4 Number:
  3. Failed: **0** Number:

* 1. **Grading of successful students:**
     1. Excellent: : 0 Number: %
     2. Very good: : 3 Number: %
     3. Good: : 1 Number: %
     4. Pass: : 100% Number: %

1. **Professional information:**
   1. **Course Teaching:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Topics actually taught** | **Hours** | **% of total** | **Name of lecturer** |
| MOLECULAR BIOLOGY OF CANCER | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| ETIOLOGY AND EPIDEMIOLOGY OF CANCER | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| PRINCIPLES of CANCER TREATMENT | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Radiation Oncology | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| PHARMACOLOGY OF CANCER THERAPEUTICS | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| CANCER PREVENTION | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| CANCER SCREENING | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Cancer of the Head and Neck | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| Cancer of the Thoracic Cavity | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| Cancers of the Gastrointestinal Tract | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| Cancers of the Genitourinary System | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Gynecologic Cancers | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| Cancer of the Breast | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| Cancer of the Endocrine System | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Sarcomas of Soft Tissue and Bone | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| Cancers of the Skin | 3 |  | Dr.mohsen zekry |

* + 1. **Topics taught as a percentage of the content specified:** 100 %
    2. **Reasons in detail (in separate sheet) for NOT teaching any topic.**
    3. **If any topic was taught which is not specified, give reasons in detail. NO**
  1. **Teaching and learning methods:**

|  |  |
| --- | --- |
| Yes√ | No HEARING |
| Yes√ | No DATA SHOW |
| Yes√ | No APPLIDE |
| Yes√ | No HEARING |
| Yes√ | No DATA SHOW |
| Yes √ | No APPLIDE |
| Yes √ | No APPLIDE |
| Yes | No√ |

* Lectures:
* Clinical rounds:
* Practical:
* Tutorials:
* Seminar / Workshop:
* Researches:
* Case study:
* Other assignments:

**If teaching and learning methods were used other than those specified, list and give reasons:**

* 1. **Students assessments:** 
     1. **Methods of assessment:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Method of assessment** | **% of total** |
| Written examination: | 50% |
| Oral examination: | 20% |
| Practical / clinical examination: | 20% |
| Other assignments: | 10% |
| Total | 100% |

* + 1. **Members of Examination Committee** (specify rank, professor, assistant professor, or lecturer):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Rank** | **Name** |
| 1. | Prof. | Dr:Hassan khaled |
| 2. | Prof. | Dr.ahmed El-agamawy |
| 3. | Prof. | Dr.mohsen zekry |
| 4. | Lect. | Dr.wael El sheshtawy |
| 5. | **Ass.Prof.** | Dr.khaled El-shahat |

* + 1. **Role of external evaluator:**
* **Curriculum evaluation**
* **Evaluation exams**
* **Status examinations**
  1. **Facilities and teaching materials:**

Adequate / adequate to some extent / **inadequate**

**List any inadequacy:**

* **Lecture hall**
* **Laptop computer**
  1. **Administrative constrains:**  List any difficulty encountered:
     1. **Routine administrative**
     2. **complication**
     3. **Slow administrative**
     4. **Lack of funding**
     5. **Lack of interest**
  2. **Students evaluation of the course:**

|  |  |
| --- | --- |
| **List of criticims** | **Response of course team** |
| **Delay** | **Attention to the dates of lectures** |
| **Curriculum Review** | **Setting the agenda for review** |

* 1. **Comments from external evaluator (s):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Comments** | **Response of course team** |
| **The lack of room for exams** | **We will provide a Hall** |

* 1. **Course enhancement:**

**Progress in actions identified in the previous year’s action plan:**

* **Providing computer (laptop)**
* **Attempting to provide room for study and other for exams**
  1. **Action plan for academic year 2020 – 2021:**

List actions required.

* Increase the number of practical lectures
* Trying to provide a good hall for lectures
* Attempting to provide advanced teaching methods
* Fund put complaints
* A schedule of lectures and writing a number of theoretical and practical hours.

**Course Coordinator: Prof Dr/ Khalid Elshahat**

**Head of department: Prof Dr/ wael Elshishtawy**

**Annual Report**

**Clinical Oncology annual Report 2019/2020**

**University:** **Al-Azhar University**.

**Faculty:**  **Faculty of Medicine, Cairo.**

1. **Basic information:**
   1. **Title (Department): clinical oncology and nuclear medicine**
   2. **Code:**
   3. **Program (s):**  **Basic / clinical medical science/chemotherapy/radiotherapy/nuclear medicine.**
   4. **Year / Level of programs: post graduate(Master Degree)**
   5. **Hours:**
      1. Lectures: 48 hours.
      2. Practical/Clinical: 96 hours.
      3. Tutorials and other activities: 48 hours.
   6. **Names of the lecturers contributing to the delivery of the course: Dr:Hassan khaled / Dr.ahmed El-agamawy Dr.mohsen zekry/ Dr.wael El sheshtawy**
      1. Name of course coordinator: **Dr.wael El sheshtawy**
      2. Name of external evaluator:**Dr.Hala Abdl Badie**
2. **Statistical information:**
   1. **Students attending the course:** Number: 17

* 1. **Students completing the course:** Number: 4

* 1. **Result:**
  2. Passed: 4 Number:
  3. Failed: **0** Number:

* 1. **Grading of successful students:**
     1. Excellent: : 0 Number: %
     2. Very good: : 3 Number: %
     3. Good: : 1 Number: %
     4. Pass: : 100% Number: %

1. **Professional information:**
   1. **Course Teaching:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Topics actually taught** | **Hours** | **% of total** | **Name of lecturer** |
| MOLECULAR BIOLOGY OF CANCER | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| ETIOLOGY AND EPIDEMIOLOGY OF CANCER | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| PRINCIPLES of CANCER TREATMENT | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Radiation Oncology | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| PHARMACOLOGY OF CANCER THERAPEUTICS | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| CANCER PREVENTION | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| CANCER SCREENING | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Cancer of the Head and Neck | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| Cancer of the Thoracic Cavity | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| Cancers of the Gastrointestinal Tract | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| Cancers of the Genitourinary System | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Gynecologic Cancers | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| Cancer of the Breast | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| Cancer of the Endocrine System | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Sarcomas of Soft Tissue and Bone | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| Cancers of the Skin | 3 |  | Dr.mohsen zekry |

* + 1. **Topics taught as a percentage of the content specified:** 100 %
    2. **Reasons in detail (in separate sheet) for NOT teaching any topic.**
    3. **If any topic was taught which is not specified, give reasons in detail. NO**
  1. **Teaching and learning methods:**

|  |  |
| --- | --- |
| Yes√ | No HEARING |
| Yes√ | No DATA SHOW |
| Yes√ | No APPLIDE |
| Yes√ | No HEARING |
| Yes√ | No DATA SHOW |
| Yes √ | No APPLIDE |
| Yes √ | No APPLIDE |
| Yes | No√ |

* Lectures:
* Clinical rounds:
* Practical:
* Tutorials:
* Seminar / Workshop:
* Researches:
* Case study:
* Other assignments:

**If teaching and learning methods were used other than those specified, list and give reasons:**

* 1. **Students assessments:** 
     1. **Methods of assessment:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Method of assessment** | **% of total** |
| Written examination: | 50% |
| Oral examination: | 20% |
| Practical / clinical examination: | 20% |
| Other assignments: | 10% |
| Total | 100% |

* + 1. **Members of Examination Committee** (specify rank, professor, assistant professor, or lecturer):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Rank** | **Name** |
| 1. | Prof. | Dr:Hassan khaled |
| 2. | Prof. | Dr.ahmed El-agamawy |
| 3. | Prof. | Dr.mohsen zekry |
| 4. | Lect. | Dr.wael El sheshtawy |
| 5. | **Ass.Prof.** | Dr.khaled El-shahat |

* + 1. **Role of external evaluator:**
* **Curriculum evaluation**
* **Evaluation exams**
* **Status examinations**
  1. **Facilities and teaching materials:**

Adequate / adequate to some extent / **inadequate**

**List any inadequacy:**

* **Lecture hall**
* **Laptop computer**
  1. **Administrative constrains:**  List any difficulty encountered:
     1. **Routine administrative**
     2. **complication**
     3. **Slow administrative**
     4. **Lack of funding**
     5. **Lack of interest**
  2. **Students evaluation of the course:**

|  |  |
| --- | --- |
| **List of criticims** | **Response of course team** |
| **Delay** | **Attention to the dates of lectures** |
| **Curriculum Review** | **Setting the agenda for review** |

* 1. **Comments from external evaluator (s):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Comments** | **Response of course team** |
| **The lack of room for exams** | **We will provide a Hall** |

* 1. **Course enhancement:**

**Progress in actions identified in the previous year’s action plan:**

* **Providing computer (laptop)**
* **Attempting to provide room for study and other for exams**
  1. **Action plan for academic year 2019 – 2020:**

List actions required.

* Increase the number of practical lectures
* Trying to provide a good hall for lectures
* Attempting to provide advanced teaching methods
* Fund put complaints
* A schedule of lectures and writing a number of theoretical and practical hours.

**Course Coordinator: Prof Dr/ Khalid Elshahat**

**Head of Dept: Prof Dr/ Ahmed elagamawy**

**Annual Report**

**Clinical Oncology annual Report 2018/2019**

**University:** **Al-Azhar University**.

**Faculty:**  **Faculty of Medicine, Cairo.**

1. **Basic information:**
   1. **Title (Department): clinical oncology and nuclear medicine**
   2. **Code:**
   3. **Program (s):**  **Basic / clinical medical science/chemotherapy/radiotherapy/nuclear medicine.**
   4. **Year / Level of programs: post graduate(Master Degree)**
   5. **Hours:**
      1. Lectures: 48 hours.
      2. Practical/Clinical: 96 hours.
      3. Tutorials and other activities: 48 hours.
   6. **Names of the lecturers contributing to the delivery of the course: Dr:Hassan khaled / Dr.ahmed El-agamawy Dr.mohsen zekry/ Dr.wael El sheshtawy**
      1. Name of course coordinator: **Dr.wael El sheshtawy**
      2. Name of external evaluator:**Dr.Hala Abdl Badie**
2. **Statistical information:**
   1. **Students attending the course:** Number: 17

* 1. **Students completing the course:** Number: 4

* 1. **Result:**
  2. Passed: 4 Number:
  3. Failed: **0** Number:

* 1. **Grading of successful students:**
     1. Excellent: : 0 Number: %
     2. Very good: : 3 Number: %
     3. Good: : 1 Number: %
     4. Pass: : 100% Number: %

1. **Professional information:**
   1. **Course Teaching:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Topics actually taught** | **Hours** | **% of total** | **Name of lecturer** |
| MOLECULAR BIOLOGY OF CANCER | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| ETIOLOGY AND EPIDEMIOLOGY OF CANCER | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| PRINCIPLES of CANCER TREATMENT | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Radiation Oncology | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| PHARMACOLOGY OF CANCER THERAPEUTICS | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| CANCER PREVENTION | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| CANCER SCREENING | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Cancer of the Head and Neck | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| Cancer of the Thoracic Cavity | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| Cancers of the Gastrointestinal Tract | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| Cancers of the Genitourinary System | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Gynecologic Cancers | 3 |  | Dr.wael El sheshtawy |
| Cancer of the Breast | 3 |  | Dr.ahmed El-agamawy |
| Cancer of the Endocrine System | 3 |  | Dr.mohsen zekry |
| Sarcomas of Soft Tissue and Bone | 3 |  | Dr:Hassan khaled |
| Cancers of the Skin | 3 |  | Dr.mohsen zekry |

* + 1. **Topics taught as a percentage of the content specified:** 100 %
    2. **Reasons in detail (in separate sheet) for NOT teaching any topic.**
    3. **If any topic was taught which is not specified, give reasons in detail. NO**
  1. **Teaching and learning methods:**

|  |  |
| --- | --- |
| Yes√ | No HEARING |
| Yes√ | No DATA SHOW |
| Yes√ | No APPLIDE |
| Yes√ | No HEARING |
| Yes√ | No DATA SHOW |
| Yes √ | No APPLIDE |
| Yes √ | No APPLIDE |
| Yes | No√ |

* Lectures:
* Clinical rounds:
* Practical:
* Tutorials:
* Seminar / Workshop:
* Researches:
* Case study:
* Other assignments:

**If teaching and learning methods were used other than those specified, list and give reasons:**

* 1. **Students assessments:** 
     1. **Methods of assessment:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Method of assessment** | **% of total** |
| Written examination: | 50% |
| Oral examination: | 20% |
| Practical / clinical examination: | 20% |
| Other assignments: | 10% |
| Total | 100% |

* + 1. **Members of Examination Committee** (specify rank, professor, assistant professor, or lecturer):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Rank** | **Name** |
| 1. | Prof. | Dr:Hassan khaled |
| 2. | Prof. | Dr.ahmed El-agamawy |
| 3. | Prof. | Dr.mohsen zekry |
| 4. | Lect. | Dr.wael El sheshtawy |
| 5. | **Ass.Prof.** | Dr.khaled El-shahat |

* + 1. **Role of external evaluator:**
* **Curriculum evaluation**
* **Evaluation exams**
* **Status examinations**
  1. **Facilities and teaching materials:**

Adequate / adequate to some extent / **inadequate**

**List any inadequacy:**

* **Lecture hall**
* **Laptop computer**
  1. **Administrative constrains:**  List any difficulty encountered:
     1. **Routine administrative**
     2. **complication**
     3. **Slow administrative**
     4. **Lack of funding**
     5. **Lack of interest**
  2. **Students evaluation of the course:**

|  |  |
| --- | --- |
| **List of criticims** | **Response of course team** |
| **Delay** | **Attention to the dates of lectures** |
| **Curriculum Review** | **Setting the agenda for review** |

* 1. **Comments from external evaluator (s):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Comments** | **Response of course team** |
| **The lack of room for exams** | **We will provide a Hall** |

* 1. **Course enhancement:**

**Progress in actions identified in the previous year’s action plan:**

* **Providing computer (laptop)**
* **Attempting to provide room for study and other for exams**
  1. **Action plan for academic year 2018 – 2019:**

List actions required.

* Increase the number of practical lectures
* Trying to provide a good hall for lectures
* Attempting to provide advanced teaching methods
* Fund put complaints
* A schedule of lectures and writing a number of theoretical and practical hours.

**Course Coordinator: Prof Dr/ Khalid Elshahat**

**Head of department: Prof Dr/ Wael Helmy**

20.كتيب النشاط التعليمي لمرحله البكاليريوس

(غير منطبق)

21.كتيب النشاط التعليمي لمرحله الدبلوم

(غير منطبق)

كتيب النشاط العلمى (Master )logbook) ماجيستير

السياسة

## مقدمه:

يتم عمل كتيب النشاط العلمى للدكتوراة لكى يتم تقييم طالب الماجيستير من خلاله عن طريق أعضاء هيئة التدريس المعنيين بالتدريس له ومتابعة أنشطته التى يكون مكلف بها

## المجال

يتم عمل هذا الكتيب بواسطة لجنة الدراسات العليا بالقسم

## التعريفات والمصطلحات

كتيب النشاط العلمى لمرحلة الدكتوراة هو كتيب يوضح الأنشطة العلمية التى يقوم بها طالب االماجيستير من حضور محاضرات نظرية ودروس عملية وإكلينيكية وحضور مناقشات وأى عمل إضافى يكلف به لكى يصبح مؤهلا للحصول على درجة الماجيستير

## الاجراءات

1. تقوم لجنة الدراسات العليا بالقسم بتصميم الكتيب العلمى لمرحلة الماجيستير
2. يقوم مجلس القسم بتشكيل لجنة لمراجعة الكتيب
3. يتم العرض الكتيب على مجلس القسم بعد المراجعه
4. يتم إعتماد الكتيب من مجلس القسم
5. يقوم مجلس القسم بتشكيل لجنة لمتابعة طباعة الكتيب
6. يتم الإتفاق على مكان وضع الكتيب وطريقة توزيع الكتيب على طلاب الماجيستير
7. يتم تقييم طالب الدكتوراة بواسطة أعضاء هيئة التدريس المعنيين بالتدريس له
8. يسلم الطالب الكتيب للقسم قبل تحديد موعد دخوله للإمتحان
9. يتم عمل مراجعه للكتيب وتحديثه سنويا بواسطة لجنة الدراسات العليا

## الأدلة والوثائق المطلوبة

1. مثال لكتيب النشاط العلمى لمرحلة الماجيستير خاص بالأقسام الأكاديمية

مثال لكتيب النشاط العلمى لمرحلة الماجيستير خاص بالأقسام الإكلينيكية

MD logbook23.كتيب النشاط التعليمي

السياسة

## مقدمه:

يتم عمل كتيب النشاط العلمى للدكتوراة لكى يتم تقييم طالب الدكتوراة من خلاله عن طريق أعضاء هيئة التدريس المعنيين بالتدريس له ومتابعة أنشطته التى يكون مكلف بها

## المجال

يتم عمل هذا الكتيب بواسطة لجنة الدراسات العليا بالقسم

## التعريفات والمصطلحات

كتيب النشاط العلمى لمرحلة الدكتوراة هو كتيب يوضح الأنشطة العلمية التى يقوم بها طالب الدكتوراة من حضور محاضرات نظرية ودروس عملية وإكلينيكية وحضور مناقشات وأى عمل إضافى يكلف به لكى يصبح مؤهلا للحصول على درجة العالمية (الدكتوراة)

## الاجراءات

1. تقوم لجنة الدراسات العليا بالقسم بتصميم الكتيب العلمى لمرحلة الدكتوراة
2. يقوم مجلس القسم بتشكيل لجنة لمراجعة الكتيب
3. يتم العرض الكتيب على مجلس القسم بعد المراجعه
4. يتم إعتماد الكتيب من مجلس القسم
5. يقوم مجلس القسم بتشكيل لجنة لمتابعة طباعة الكتيب
6. يتم الإتفاق على مكان وضع الكتيب وطريقة توزيع الكتيب على طلاب الدكتوراة
7. يتم تقييم طالب الدكتوراة بواسطة أعضاء هيئة التدريس المعنيين بالتدريس له
8. يسلم الطالب الكتيب للقسم قبل تحديد موعد دخوله للإمتحان
9. يتم عمل مراجعه للكتيب وتحديثه سنويا بواسطة لجنة الدراسات العليا

## الأدلة والوثائق المطلوبة

1. مثال لكتيب النشاط العلمى لمرحلة الدكتوراة خاص بالأقسام الأكاديمية

مثال لكتيب النشاط العلمى لمرحلة الدكتوراة خاص بالأقسام الإكلينيكية

**24.عدد طلاب الدراسات العليا للعام الدراسي 2020/2021**

## السياسة

## مقدمه:

بيان عدد طلاب البكالوريوس و عدد طلاب الدراسات العليا المسجلين في القسم بصفة سنوية . حيث يحدد مدى نجاح القسم بعدد طلاب الدراسات العليا المسجلين بالقسم.

لذلك فإن إصدار بيان دوري بعدد الدرجات العلمية المسجلة بالقسم من داخل و خارج القسم يتيح مدى التطور العلمي للقسم و التزامه بمتابعة الطلاب.

## المجال

يمنح القسم اجازة طلاب البكالوريوس مرة سنويا و طلاب الدراسات العليا مرتين سنويا.

و يصدر هذا البيان سكرتارية القسم بإشراف عضو هيئة التدريس و مكتب شئون الطلاب و مكتب الدراسات العليا بالكلية.

## الاجراءات

تقوم سكرتارية القسم برصد البيان طلاب البكالوريوس مرة سنويا و طلاب الدراسات العليا مرتين سنويا من واقع الكشوفات و اعتماده من رئيس القسم.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **م** | **عدد طلاب البكالوريوس** | **عدد طلاب الدراسات العليا** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**25.جداول التدريس لقسم علاج الاورام**

## السياسة

## مقدمه:

وضع جداول التدريس للبكالوريوس والدراسات العليا) هو إحدى أدوات تطبيق معاييرالجودة (المعيار السابع المعايير الأكاديمية والثامن التدريس والتعلم والحادي عشر الدراسات العليا).

كما تراعي السياسة ملائمة التخصص العلمي لأعضاء هيئة التدريس للمقرارت التي يقومون بتدريسها ومتوسط عبء العمل الذي يتيح الكفاءة في القيام بالمهام المنوطة (المؤشرين الثالث والرابع في المعيار الرابع أعضاء هيئة التدريس والهيئة المعاونة

## الاجراءات

المكان يتم عمل جداول التدريس بواسطه اللجان الآتيه

لجنه توصيف المقررات ولجنه الدراسات العليا بالقسم تحت اشراف رئيس القسم علي ان تشمل هذه الجداول جداول الدورات التدريبية التي يقوم القسم بتنظيمها ومنسق الجوده بالقسم ويتم تسليمها لسكرتارية القسم التي تتولي تعليقها في لوحه الاعلانات بالقسم وتبليغ الساده اعضاء هيئه التدريس بمواعيد المحاضرات والتدريبات المنوطه بهم ويتم رفعها علي الموقع الالكتروني للكلية عن طريق لجنه الموقع الالكتروني قبل بداية التدريس بوقت كافي

## التحديث الدوري

يقترح ان يكون بشكل سنوي مع التنسيق بين الاقسام للوقوف على مدى ملائمة الموضوعات لبعضها البعض خلال النظام المعتمد حديثا للتدريس

## المكلفين بالمهام :

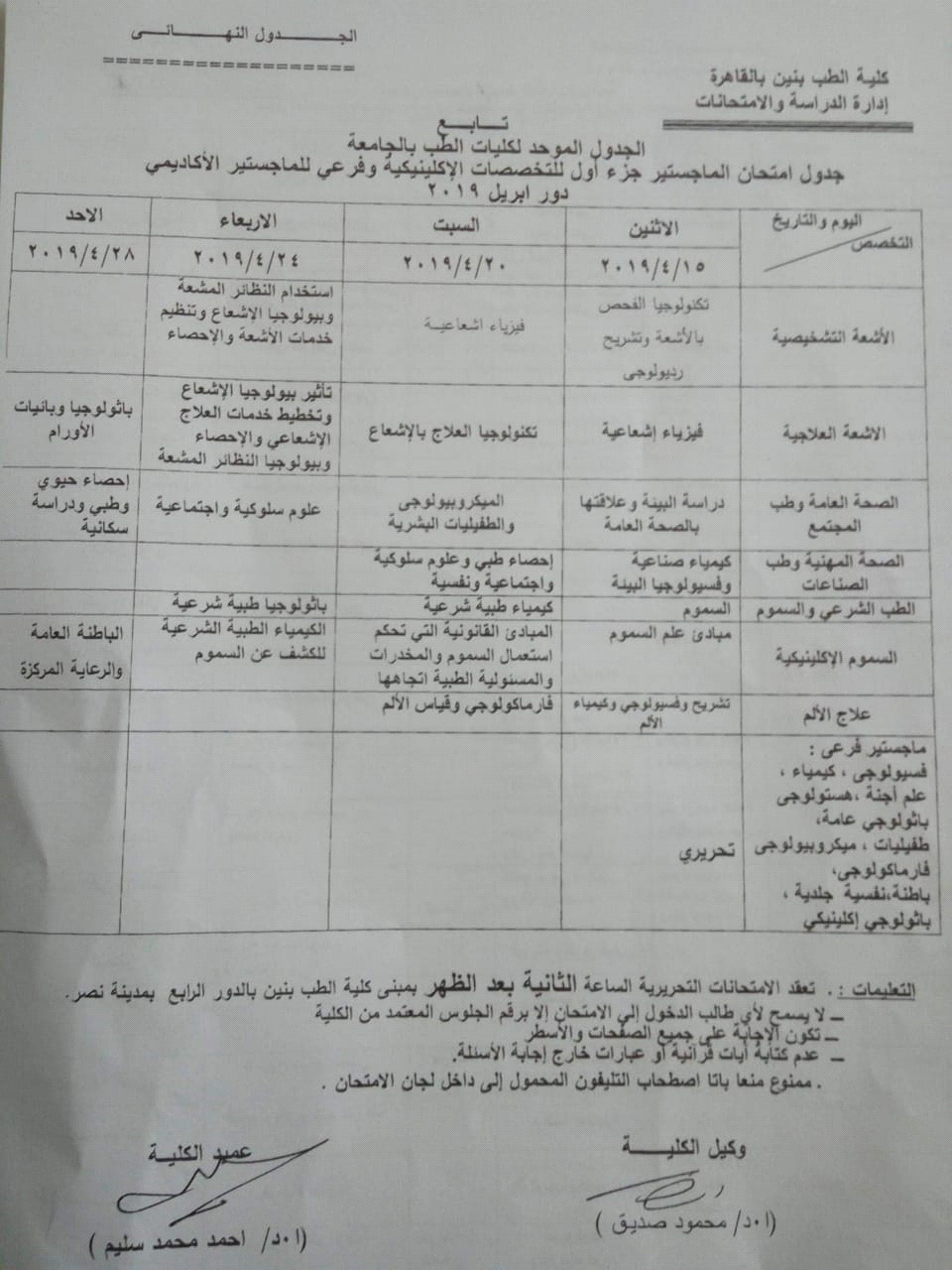
جداول التدريس:

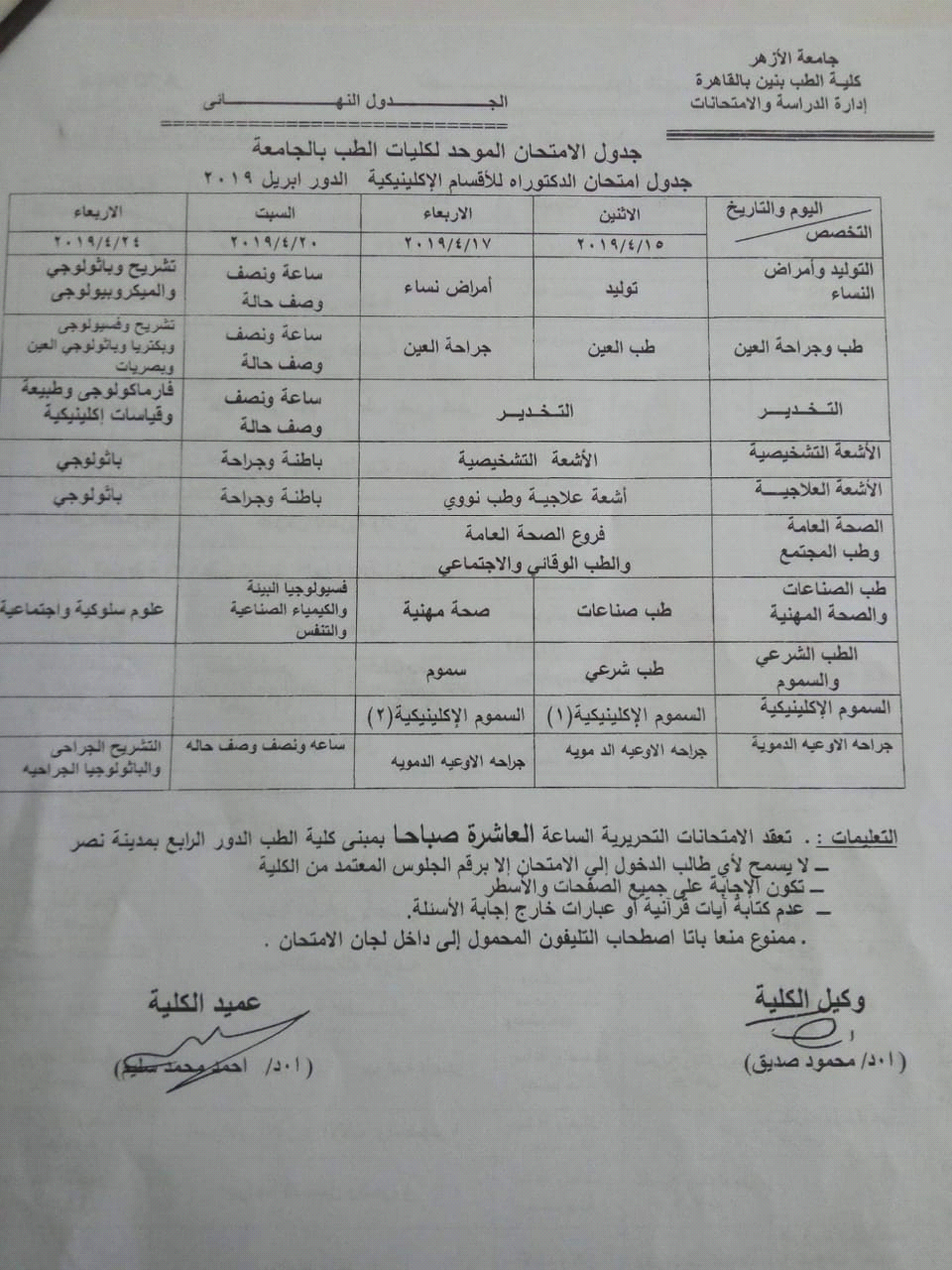
تختص لجنة توصيف المقررات ووضع المناهج بوضع جداول التدريس البكالوريوس بالإشتراك مع لجنة الدراسات. العليا والبحث العلمي فيما يختص بجداول تدريس الدراسات العليا

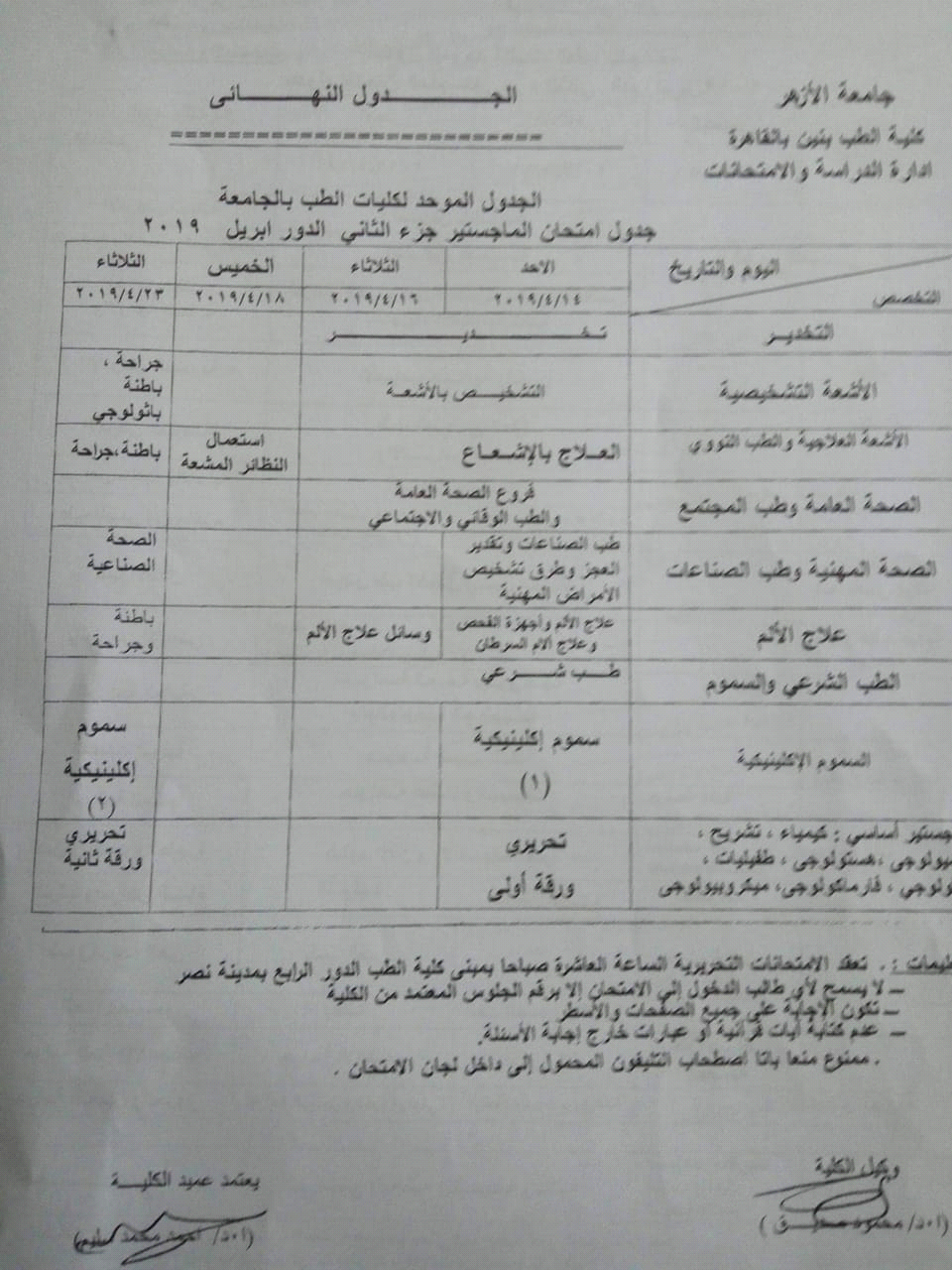
|  |  |
| --- | --- |
| (جداول التدريس لقسم علاج الأورام) Lectures schedule | |
| * Principles of modern radiotherapy (one lecture) including details of radiotherapy process and ICRU principles. * Principles of target volume delineation for different organs (CNS, H&N, Lung and mediastinum, abdomen, Pelvis and Lymphoma); including RT induced toxicity grading and management with details organs at risk constrains. (five lectures) * Principles of intra cavitary brachytherapy (one lecture). * Principles of interstitial brachytherapy (one lecture). | Radiotherapy |
| * Principles of chemotherapy treatment including classification, mechanism of action, administration, toxicity (two lectures). * Management of chemotherapy induced toxicity and response assessment (one lecture) | Chemotherapy |
| * Principles and types of target therapy (one lecture). * Management of target therapy induced toxicity (one lecture). | Targeted therapy |
| * Principles of nuclear medicine and different scans including PET- scan, bone scan, renal scan, thyroid scan and hyda scan (four lectures). | Nuclear medicine |
| * Principles of clinical research in oncology including types of studies and steps of data collection and analysis with interpretation of the statistical terms (one lecture). | Research |
| Nasopharynex  Oropharynex  Larynex  Oesophagus  Stomach  HCC  Pancreas  Colon and rectum  Anus  GIST  Breast  Kidney  Bladder  Prostate  Testis  Penis  Ovary  Body of the uterus  Cervix  Vagina  Vulva  Gestational trophoblast tumours  Lung  Mesothelioma  Soft tissue and bone tumours  lymphomas  myeloma  CNS  Skin cancer other than melanoma  Melanoma  Thyroid  Neuroendocrine tumours  Cancer in children  Cancer of unknown primary | Cancer Topics |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lectures schedule (جداول التدريس) | | |
| Topic | Lecturer |  |
| 1-Principles of 3D RT | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 2-CNS | Prof. Mohsen Zekry | 5 hrs |
| 3-*CNS target delineation* | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 4-Salivary Glands | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 5-Oropharynx | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 6-Nasopharynx | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 7-Hypopharynx | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 8-Larynx | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 9-*H&N target delineation* | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 10-**Principles of Nuclear Medicine** | Prof.Mohsen Zekry | 5 hrs |
| 11-Thyroid | Prof.Mohsen Zekry | 5 hrs |
| 12-Breast(Neoadjuvant & adjuvant)) | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 13-Breast (metastatic disease) | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 14-Principles of targeted therapy | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 15-Principles of interstitial Brachytherapy | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 16-Lung Cancer | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 17-Mesothelioma | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 18-Heart & Blood Vessels | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 19-*Chest target delineation* | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 20-Oesophagus | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 21-Stomach | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 22-Colon and rectum | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 23-Liver & Gall bladder | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 24-Pancreas & Spleen | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 25-*GIT Target Delineation* | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 26-Kidney & Ureter | Prof. Mohsen Zekry | 5 hrs |
| 27-Bladder & Urethera | Prof. Mohsen Zekry | 5 hrs |
| 28-Prostate & Testis | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 29-Uterus & Ovary | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 30-Vagina & Vulva | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 31-*Pelvis target delineation* | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 32-Principles of intracavitary Brachytherapy | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 33-Soft tissue sarcoma | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 34-Bone tumors | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 35-NHL & HL | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 36-Myeloma & Leukemia | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 37-*Lymphoma target delineation* | Dr. Wael Elsheshtawy | 5 hrs |
| 38-Pediatric Oncology | Prof. Ahmed EL Agamawy | 5 hrs |
| 39-Radiotherapy of Benign Lesions | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |
| 40-**Principles of Clinical Research** | Prof. Hassan Khalid | 5 hrs |

**26.جداول امتحانات الدراسات العليا**







نسخة مترجمة إلى اللغة الانجليزية من الجداول 27.

والاعلانات الموجهة للطلبة الوافدين

**(غير منطبق)**

**28.نماذج اسئله الامتحانات (الدراسات العليا)**

**أمتحان بيولوجيا الاشعاع و النظائر المشعة**

**ماجستير علاج الاورام (جزء اول )**

**دور ابريل 2021**

**Code: 07-700-onco-Ms الدرجة النهائية 80 درجة**

**زمن الإمتحان: ساعتين التاريخ: 8/6/2021**

***ALL QUESTIONS MUST BE ATTEMPTED.***

1. Describe the fundamental Principles of Radiobiology on fractionated radiotherapy (15 Marks)
2. Mention the tolerance of organs at risk for female patient with gastric carcinoma going to be treated by adjuvant radiotherapy? (15 Marks)
3. Mention the types of chromosomal aberrations resulting from radiation –induced DNA double – strand break. (10 Marks)
4. Write a short account on: -
5. Uses of phosphorus 32. (10 Marks)
6. Isotopes Reno-gram. (10 Marks)
7. Radio-isotopic diagnosis of congenital biliary atresia (10 Marks)
8. Radio-nuclide diagnosis of retrosternal goiter (10 Marks )

***2021 جزء أول دور أبريل***

***Technology***

**Code: 07-700-onco-Ms الدرجة النهائية 100 درجة**

**زمن الإمتحان: ثلاث ساعات التاريخ: 6/6/2021**

***ALL QUESTIONS MUST BE ATTEMPTED.***

1. Write on the following
2. Discuss the advantages of high-dose -rate Brachytherapy (10 Marks)
3. Describe the uses of endo- cavitary brachytherapy in the treatment of carcinoma of the Cervix uteri (15Marks)

2) a) Female patient developed left inflammatory breast cancer. She received neo-adjuvant systemic therapy with favorable response; followed by modified radical mastectomy. The histopathology revealed yp T0 N2; with infiltrated 4 lymph nodes out of 12 and capsular invasion. Describe your radiation therapy technique and the dose prescription. (15 marks)

1. Describe the indications of radiation therapy in breast cancer (10 Marks)

3) a) Write on the indications of radiation therapy in parotid gland tumours

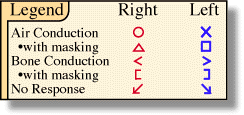
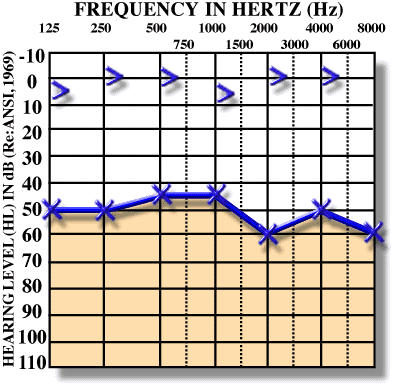
1. Marks)

b) Write on the role of Neck radiation therapy in head and neck cancer

(15Marks)

MCQ

1. A 53 year old male with a 40 pack year smoking history presents with cough and haemoptysis. Chest x ray reveals a bulky left hilum and an elevated left hemidiaphragm. Bronchoscopy and biopsy reveals an adenocarcinoma of the left main bronchus. On CT scanning he has a 5cm diameter tumour which is 2cm from the carina and causing collapse of the left upper lobe. There is an enlarged 2cm diameter necrotic left hilar node. What TNM stage (7th edition) is his tumour?
2. T2a N1 M0
3. T2b N1 M0
4. T3 N1 M0
5. T4 N1 M0
6. T3 N2 M0
7. A 53 year old male with a 40 pack year smoking history presents with cough and haemoptysis. Chest x ray reveals a bulky left hilum and an elevated left hemidiaphragm. Bronchoscopy and biopsy reveals an adenocarcinoma of the left main bronchus. On CT scanning he has a 5cm diameter tumour which is 2cm from the carina and causing collapse of the left upper lobe. There is an enlarged 2cm diameter necrotic left hilar node. What is his estimated 5 year survival if he undergoes radical treatment?
8. 15%
9. 60%
10. 30%
11. 2%
12. 80%
13. A 72 year old man with a T1 N0 M0 squamous cell carcinoma of the right upper lobe is to be treated with radiotherapy. He has a previous diagnosis of sick sinus syndrome and has an implantable cardiac defibrillator in the right chest wall. He has no other significant comorbidities and is performance status 1. How will you manage him?
14. Volume the ICD as an organ at risk with a tolerance of 1Gy, arranging for the ICD to be switched off during each treatment session, (with on treatment cardiac monitoring).
15. Volume the ICD as an organ at risk with a tolerance of 0.5Gy, arranging for the ICD to be switched off during each treatment session, (with on treatment cardiac monitoring).
16. Give 20Gy in 5, as his cardiac status precludes radical treatment and this will be in tolerance for his ICD.
17. Arrange with his cardiologist for the ICD to be moved to the left side, volume as an OAR with a tolerance of 0.5Gy, arranging for it to be switched off during each treatment session, with on treatment cardiac monitoring.
18. Arrange with his cardiologist for the ICD to be moved to the left side, volume as an OAR with a tolerance of 1Gy, arranging for it to be switched off during each treatment session, with on treatment cardiac monitoring.
19. A 23 year old male with poor prognosis teratoma presents at clinic for his day 15 bleomycin. His blood counts are as follows: WCC 0.8, Nt 0.2, Plt 23, Hb 12. He is otherwise well. How would you manage him?
20. Proceed with D15 intramuscular bleomycin
21. Proceed with D15 intravenous bleomycin
22. Delay chemotherapy by one week
23. Proceed with D15 intravenous bleomycin with the addition of ciprofloxacin and GCSF
24. Omit D15 chemotherapy
25. A 23 year old male has an orchidectomy for a stage 1 seminoma. He elects to have a single cycle of carboplatin AUC 7 as adjuvant. His contralateral testis is biopsied and found to contain intratubular germ cell neoplasia.
26. He requires no particular intervention for this as the risk of a future seminoma developing from ITGCN is only 5% and he will be followed up for his primary tumour anyhow.
27. He should undergo radiotherapy to the contralateral testis with 20Gy in 10 fractions.
28. He requires no particular intervention for this as his adjuvant chemotherapy will reduce the risk of a new primary developing from the ITCGN to negligible levels.
29. He should undergo repeat biopsy of the contralateral testis 6 months after completion of adjuvant therapy as adjuvant chemotherapy will only eradicate ITGCN in 2/3 of cases.
30. He should begin an ultrasound surveillance programme for the contralateral testis.
31. A 56 year old man with a 30 pack year history presents with haemoptysis and abdominal pains. He is investigated and CT scanning reveals a predominantly left sided hilar lesion with bulky mediastinal nodal disease with complete collapse of the left lung. Bronchoscopy and biopsy reveals small cell carcinoma. He is bed bound requiring help to wash him and cannot mobilise independently. Blood results are as follows: Albumin 22, Na 131, Bic 23, ALP 170, LDH 260, Bilirubin 22, AST 589, ALT 632, GGT 805, Ca (adj) 2.8. What is his estimated 5 year survival according to the Manchester Score?
32. 16.2%
33. 2.5%
34. 0
35. 10%
36. 42%
37. A 45 year old lady is diagnosed with breast carcinoma. Her pathology reveals a 22mm, grade 3, ER negative, PR negative ductal carcinoma with lymphovascular invasion. Her axillary node clearance reveals 3 nodes positive out of a total of 15. Her tumour is HER2 positive. She commences on trastuzumab as adjuvant. Her pretreatment MUGA reveals an ejection fraction of 64%. After 6 months of herceptin this falls to 54%, however she remains asymptomatic. What is the correct course of action?
38. Her trastuzumab should be stopped and a repeat MUGA should be performed after 6 weeks, at which time trastuzumab can be restarted if her ejection fraction normalises.
39. Continue with adjuvant trastuzumab, however repeat her MUGA in another 6 weeks time.
40. Commence on ramipril and refer to cardiology. Stop trastuzumab.
41. Commence on ramipril and continue with trastuzumab, repeat MUGA at 8 weeks from start of ramipril.
42. Stop trastuzumab indefinitely and refer urgently to cardiology.
43. A 15 year old boy presents with headache. Examination of his eyes reveal paralysis of upgaze, negligible reaction to light however preserved response to accommodation. What is the most likely diagnosis?
44. Brainstem glioma
45. Pineal dysgerminoma
46. Medulloblastoma
47. Cavernous sinus thrombosis as a consequence of intracranial malignancy
48. Pituitary adenoma
49. A new screening test for colorectal carcinoma has been developed; “Jenny”, the labrador, has been taught to diagnose cancer by smelling stool samples. It is piloted in 1000 patients over the age of 60, and compared with the gold standard of colonoscopy. Of the 1000 patients that take part, Jenny thinks 150 patients have colorectal cancer, however only 50 in fact have cancer. 40 patients are found to have colorectal carcinoma although Jenny the dog thought they didn’t. You are thinking of giving Jenny a job in a national screening programme; however wish to calculate her positive predictive value before doing so. What is the positive predictive value of Jenny the labrador?
50. 33%
51. 95%
52. 56%
53. 25%
54. 89%
55. A 76 year old lady presents with a enlarging mass in the left breast which she has concealed for 5 years, measuring 10cm in diameter. On examination it is a diffuse rounded lesion, which on ultrasound scanning shows a cystic lesion with frond like septations. What is the likely diagnosis?
56. cystosarcoma phyllodes
57. micropapillary carcinoma
58. liposarcoma
59. lobular carcinoma
60. lymphoma
61. You are called to the outpatient chemotherapy ward. A 53 year old female patient is undergoing adjuvant chemotherapy for breast cancer with FEC 80. She has developed pain and inflammation at the infusion site. Which of the following would be the most appropriate management?
62. Disconnect infusion, remove venflon, topical DMSO, cold compress, photograph area and refer plastic surgery.
63. Disconnect infusion, remove venflon, topical DMSO, warm compress, photograph area and refer plastic surgery.
64. Disconnect infusion, remove venflon, infiltration of site with hyaluronidase, cold compress, photograph area and refer plastic surgery.
65. Disconnect infusion, remove venflon, infiltrate site with hydrocortisone and chlorpheniramine, cold compress, photograph area and refer plastic surgery.
66. Disconnect infusion, remove venflon, infiltrate with 3% sodium thiosulphate, cold compress, photograph area and refer plastic surgery.
67. A 78 year old man presents with several erythematous, pruritic areas over his chest and back. One of the lesions is biopsied and this shows a B cell cutaneous follicular lymphoma. Which genetic abnormality increases his chances of systemic disease progression?
68. t 19:21
69. t 14:18
70. t 16:21
71. t 11:16
72. t 12:20
73. A 53 year old man with limited stage small cell lung carcinoma is entered into a clinical trial. Whilst on treatment he is unfortunately injured in a road traffic accident and spends several days in hospital. What would be the most appropriate course of action?
74. This event is unrelated to his clinical trial or cancer therapy and therefore does not require any special action, and treatment should proceed once he has recovered from his accident.
75. It should be reported as a serious adverse event to the trial sponsor.
76. It should be reported as a suspected unexpected serious adverse reaction to the trial sponsor.
77. It should be reported as an adverse event to the trial sponsor.
78. It should be reported as an adverse reaction to the trial sponsor.
79. You are called to the ward urgently. A 32 year old lady is having a taxol infusion and has become unwell. On arrival she is in acute distress. She has a profuse erythematous reaction affecting her head and torso and she has marked wheeze throughout both lung fields. The chemotherapy nurse is struggling to obtain a blood pressure, and asks you for assistance. What would be your chosen course of action?
80. Give a bolus of gelofusin, with 400mg IV hydrocortisone and 20mg IV chlorpheniramine followed by IM adrenaline 1:1000 if no response.
81. Obtain a blood pressure with a manual sphygmomanometer, give fluids and IV hydrocortisone meantime.
82. IV adrenaline (0.5ml of 1:1000) immediately, bolus of gelofusin, 400mg hydrocortisone and 10mg chlorpheniramine IV
83. IM adrenaline (0.5ml of 1:1000) immediately, bolus of gelofusin, 400mg hydrocortisone and 10mg chlorpheniramine IV
84. IM adrenaline (0.5ml 1:10 000) immediately, bolus of gelofusin, 400mg hydrocortisone and 10mg chlorpheniramine IV
85. A 64 year old gentleman is undergoing perioperative chemotherapy prior to resection of a gastric carcinoma. He has a history of ischaemic heart disease. He comes to clinic for consideration of his second cycle of ECF. He complains of several episodes during the chemotherapy consisting of a burning retrosternal sensation radiating to the neck. He says this has happened 3 times in total since starting cycle 1, and each episode is associated with sweating and feelings of general discomfort. What would be the most appropriate course of action?
86. Continue with chemotherapy and add omeprazole.
87. Carry out an ECG and cardiac troponin; if normal then dose reduce his 5 FU.
88. Carry out an ECG and cardiac troponin; if normal continue with epirubicin and cisplatinum but stop 5FU.
89. Carry out resting ECG, cardiac troponin and exercise ECG and echo. If normal continue with chemotherapy, adding omeprazole for patients reflux.
90. Stop chemotherapy altogether.
91. A 64 year old man with metastatic colorectal carcinoma is attending the chemotherapy ward for infusion of irinotecan-5FU. During the infusion he develops acute diarrhoea, abdominal cramps and sweating. He feels very unwell. How would you manage him?
92. Atropine 0.25mg s/c
93. Carry out an ECG and stop 5FU, check cardiac troponin at 12 hours
94. Stop chemotherapy, admit to ward and perform stool cultures.
95. Loperamide and stool cultures, continue with chemotherapy
96. Adrenaline 0.5ml of 1:1000 IM
97. A 46 year old man undergoes emergency laparotomy for a bleeding gastric ulcer. Post operatively he has recovered well, and unfortunately his pathology reveals a T3 N2 gastric adenocarcinoma. He undergoes CT staging and is not found to have metastatic disease. Peritoneal washings from the operation are negative. What post operative treatment would you suggest?
98. 3 cycles post operative ECF
99. 3 cycles post operative ECF plus bevacizumab
100. Follow up only
101. Concurrent chemoradiation to the post operative bed, 45Gy in 25 fractions with 5FU
102. 4 cycles cisplatin 5FU chemotherapy
103. A 68 year old gentleman has local excision of a suspicious looking polyp in the mid rectum. The specimen excised contains evidence of rectal adenocarcinoma, excised with clear margins and reported as Haggit level 3. The tumour is staged as T1 Nx M0, and is 2.9cm in diameter, grade 1 with evidence of LVSI. The patient is performance status 0 with no comorbidities. You are asked at the colorectal multidisciplinary team meeting for an opinion regarding adjuvant therapy. What do you advise?
104. Abdomino-perineal resection of rectum
105. Anterior resection of rectum
106. Follow up only
107. Concurrent post operative chemoradiation 45Gy in 25 fractions with capecitabine
108. Adjuvant 5FU/oxaliplatin chemotherapy
109. A 54 year old lady with metastatic colorectal carcinoma and stage 4 chronic kidney disease attends clinic for her first cycle of palliative single agent capecitabine. Her creatinine clearance is 30. What alteration would you make to her capecitabine dose?
110. Proceed with full dose
111. Reduce by 25%
112. Reduce by 50%
113. Omit
114. Reduce by 75%
115. A 64 year old lady presents with a neck mass. She is otherwise well, other than feeling tired and having lost 3 kg in weight over the past 2 months. Her performance status is 0, and she continues to work. Biopsy of the mass reveals a follicular B cell lymphoma which is described by the pathologist as grade 3b. CT scan reveals no evidence of disease other than the nodal mass in the neck. Her Hb is 9 and LDH is 450. What would your proposed management be?
116. Involved field radiotherapy 24Gy in 12 fractions
117. Involved field radiotherapy 4Gy in 2 fractions
118. 3 cycles of R-CHOP followed by involved field radiotherapy 30Gy in 15 fractions
119. Active observation
120. 8 cycles of R-CVP
121. A 33 year old female presents with a lump in the upper outer quadrant of the left breast. Core biopsy shows ductal adenocarcinoma. She undergoes wide local excision, and sentinel lymph node biopsy. This shows a 22mm grade 2 ductal carcinoma excised with clear margins, ER8, PR8, HER2 negative with no lymphovascular invasion. Sentinel lymph node biopsy shows clusters of adenocarcinoma cells 0.1mm in diameter in one of the 2 nodes removed. What adjuvant treatment would you advise?
122. 2 field radiotherapy and 5 years of tamoxifen
123. 6 cycles of FEC chemotherapy followed by 4 field radiotherapy and 5 years tamoxifen
124. Axillary node clearance, 6 cycles of FEC chemotherapy followed by 2 field radiotherapy and 5 years of tamoxifen
125. Axillary node clearance, 6 cycles of FEC chemotherapy followed by 3 field radiotherapy
126. Axillary node clearance, 4 cycles AC chemotherapy followed by 3 field radiotherapy
127. You are called by the ophthalmology registrar. A 55 year old man has been receiving methylprednisolone intravenously for thyroid eye disease over the past 3 days. Despite this he is having painful proptosis and a deterioration in colour vision. You are asked for advice.
128. Further therapy with methylprednisolone
129. Start azathioprine
130. Orbital decompression
131. Urgent radiotherapy to bilateral orbits, 20Gy in 10 fractions
132. Oral methotrexate and continue high dose methylprednisolone
133. A 55 year old female patient has metastatic triple negative breast carcinoma and has had previous whole brain radiotherapy, (20Gy in 5 fractions), 2 years previously. She is currently on capecitabine orally, having previously had epirubicin and taxotere chemotherapy, and her restaging CT scan has shown stable disease within thorax, abdomen and pelvis, however she now has progression in her cerebral disease. Her scan suggests 2 new lesions, one of which is 4cm in diameter, and close to brainstem. She is performance status 1, and is otherwise well. What would be your management?
134. Stop capecitabine, commence on vinorelbine orally D1, 8 and 15.
135. Stop capecitabine, refer for stereotactic radiotherapy, restart on capecitabine after competion of this.
136. Resection of brain metastases.
137. Stop capecitabine, retreat with whole brain radiotherapy 25 Gy in 10 fractions, and recommence capecitabine after completion.
138. Stop capecitabine, commence on IV carboplatin chemotherapy
139. A 64 year old man presents with status epilepticus. On MRI of brain he is found to have a diffusely contrast enhancing periventricular lesion in the right cerebral hemisphere. He is started on steroids by the medical team and referred to the neurosurgeons for biopsy/debulking of the lesion. Repeat scanning fails to demonstrate a lesion. His case is discussed at the neurosurgical MDT and you are asked for advice.
140. Stop steroids, weekly review and rescan at one month or whenever symptoms reappear.
141. Complete staging for presumed primary CNS lymphoma and commence treatment; there is no differential for the above presentation other than CNS lymphoma.
142. Ask the surgical team to biopsy in the region where the abnormality was seen on scan.
143. Refer to neurology for investigation regarding possible demyelinating lesion or neurosarcoid.
144. Commence radical radiotherapy, 45Gy in 25 fractions with a 18 Gy in 10 fraction boost to the original site of the tumour.
145. A 64 year old man presents with status epilepticus. On MRI of brain he is found to have a diffusely contrast enhancing periventricular lesion in the right cerebral hemisphere. He is started on steroids by the medical team and referred to the neurosurgeons for biopsy/debulking of the lesion. Biopsy shows primary CNS lymphoma. What staging and pre-treatment work up does he require?
146. Bone marrow biopsy, CT neck/chest/abdomen, retinal slit lamp examination, HIV testing, MRI whole neuraxis, lumbar puncture
147. Bone marrow biopsy, CT neck/chest/abdomen, retinal examination, HIV testing, MRI whole neuraxis, pulmonary function tests
148. Bone marrow biopsy, retinal examination, HIV testing, MRI whole neuraxis, pulmonary function tests
149. Hepatitis B and C and HIV testing, CT neck/chest/abdomen/pelvis, bone marrow examination, lumbar puncture
150. Bone marrow examination, CMV serology, retinal slit lamp examination, lumbar puncture and CT neck/chest/abdomen/pelvis
151. The junior medical trainee on the ward phones you at 3am for advice regarding a 55 year old female undergoing high dose methotrexate chemotherapy on the ward. There is concern regarding that day’s creatinine result, which got misplaced by biochemistry and has only just come back. Her creatinine is 190, from the patient’s normal baseline of 86 the day before. Her urine output is 40mls per hour and the urine pH is 7. On examination the patient has developed slight mucositis, however is otherwise well. Her current medication on the ward includes dexamethasone 4mg bd, omeprazole 20mg od, simvastatin 40mg nocte, indomethacin 100mg bd. She is now 24 hours post infusion. The 24 hour methotrexate level is 150. What do you suggest?
152. Increase IV fluids and sodium bicarbonate until the urinary pH is above 8 and her urine output is greater than 100ml. Stop simvastatin. Arrange urinary tract USS urgently for the morning. Start folinic acid rescue.
153. Increase her intravenous fluid infusion rate and prescribe folinic acid mouth washes for her mucositis. Repeat todays U and E’s.
154. Increase IV fluids and sodium bicarbonate until the urinary pH is above 8 and her urine output is greater than 100ml per hour. Stop indomethacin. Arrange urgent renal tract ultrasound. Repeat biochemistry. Start folinic acid intravenously and consider infusion of carboxypeptidase G2
155. Stop indomethacin, repeat UEs and methotrexate levels
156. Increase IV fluids and sodium bicarbonate until the urinary pH is above 8 and her urine output is greater than 100ml per hour. Stop simvastatin. Arrange urgent renal tract ultrasound. Repeat biochemistry. Contact the renal physicians for advice regarding dialysis. Start folinic acid intravenously and consider infusion of carboxypeptidase G2.
157. A 23 year old male attends the ward for his 3rd cycle of BEP for poor prognosis teratoma. He complains of a reduction in hearing on the left side which has been present since finishing his second cycle of chemotherapy. You suggest audiometry the results of which are shown below:



The patient is concerned that his chemotherapy is affecting his hearing. What do you suggest?

1. Carry on with full dose cisplatin
2. Dose reduce cisplatin by 25%
3. Change cisplatin to carboplatin
4. Omit cisplatin and carry on with full dose etoposide and bleomycin
5. Delay chemotherapy and seek ENT opinion

Answer a) (conductive left sided hearing loss)

1. A 56 year old female piano teacher requires 3 field radiotherapy for her ductal carcinoma following adjuvant chemotherapy. This is a right sided carcinoma, 30mm, grade 3, ER7, PR4, HER2 negative, with lymphvascular invasion, treated with wide local excision and axillary lymph node clearance with 5 out of 15 nodes positive for metastatic carcinoma. She has been researching on the internet and is very concerned regarding the RAGE campaign and the incidence of brachial plexopathy. She feels she does not wish to have radiotherapy in light of what she has read. What would you suggest that the benefits and risks of 3 field radiotherapy are for this patient?
2. A 5% risk of brachial plexopathy with a 10% reduction in local recurrence with no overall survival benefit
3. A <1% risk of brachial plexopathy with a 2/3 reduction in risk of local recurrence and around 5% survival benefit at 10 years, with a 2.5% increase in risk of ischaemic heart disease in years to come.
4. A <1% risk of brachial plexopathy with a 2/3 reduction in risk of local recurrence and around 5% survival benefit at 10 years.
5. A 3% risk of brachial plexopathy with a 20% reduction in risk of local recurrence and no overall survival benefit.
6. A 10% risk of brachial plexopathy with 20% survival benefit and 60% reduction in risk of local recurrence.
7. A 34 year old female presents with a neck lump. This is biopsied and found to be a Hodgkins lymphoma. She is 14 weeks pregnant and wishes to proceed with the pregnancy. A watch and wait policy is adopted. At 22 weeks into her pregnancy she develops stridor. On staging MRI of thorax she has mediastinal lymphadenopathy which is compressing her trachea, abdominal ultrasound shows normal abdominal and pelvic viscera and her bone marrow examination is clear. She is started on steroids with a short lived response and at 26 weeks she is referred by the haematologists for emergency radiotherapy. What is your advice?
8. Give full dose ABVD chemotherapy
9. Intravenous methylprednisolone
10. Give 30Gy in 15 fractions to the mediastinal disease with abdominal and pelvic shielding and TLDs over the skin of the abdomen, so as not to exceed tolerance to developing foetus of 2Gy maximum.
11. Give 30Gy in 15 fractions to the mediastinal disease with abdominal and pelvic shielding and TLDs over the skin of the abdomen, so as not to exceed tolerance to developing foetus of 0.2Gy maximum.
12. Liaise with respiratory physicians regarding tracheal stenting and continue with steroids.
13. An 83 year old man is an inpatient for radiotherapy as primary treatment for a large squamous cell carcinoma of scalp, which is being treated with a direct 9MeV electron field with bolus to a dose of 5500cGy in 25 fractions. He has a past medical history of ischaemic heart disease, autoimmune thrombocytopenia, and metallic aortic valve replacement. His current medication includes azathioprine, aspirin, warfarin, pravastatin, ramipril and metronidazole for clostridium difficile diarrhoea. Which of these agents may potentiate the effects of radiotherapy?
14. azathioprine
15. metronidazole
16. azathioprine and metronidazole
17. pravastatin
18. ramipril
19. An 84 year old female is treated with wide local excision and axillary clearance for a right sided breast carcinoma. Pathology shows a grade 3, 32mm ductal carcinoma with lymphovascular invasion, ER8, PR8 with 2 out of 15 lymph nodes involved. She is HER 2 negative. She declines chemotherapy. She is commenced on letrozole and you see her in clinic 2 years later to discuss the results of a recent dual x ray absorptiometry test. Her T score is -3 with a Z score of -3.5. Her last DEXA showed a T score of -1 and Z score of -1.5 1 year ago. What do you suggest to her?
20. Discontinue adjuvant hormonal therapy
21. Change to tamoxifen
22. Add alendronic acid 70mg once weekly
23. Change to exemestane
24. Add alendronic acid 70mg once weekly plus calcium/vitamin D supplementation
25. A 49 year old man presents with night sweats and weight loss of 4 kg over the course of 6 months. He has also become significantly fatigued. On examination there is an obvious right sided cervical neck mass, which undergoes excision biopsy. Pathology suggests a diffuse large B cell lymphoma. His Hb is 9, LDH is 450, albumin 35, and a CT scan reveals disease in cervical nodes, mediastinum, spleen, liver and para-aortic nodes. He has been continuing his work as a postman until now. What is his international prognostic index score?  
       
    a) 2  
    b)4  
    c)5  
    d)1  
    e)3
26. A 62 year old man develops a choking sensation upon leaving the chemotherapy day bed unit following infusion of chemotherapy for metastatic colorectal carcinoma. When you attend he is in significant distress, however his routine observations are normal other than a slight sinus tachycardia. What do you advise?
    1. Adrenaline im
    2. Adrenaline iv
    3. Hydrocortisone 200mg iv and iv fluids
    4. Hydrocortisone and admit for observation
    5. Reassurance, and ask the patient to avoid the cold
27. An 84 year old man with stage 4 non small cell lung cancer is admitted to hospital due to poor pain control. On admission he is unwell, and is taking little orally. There are no likely contributing medical factors to his decline and he is felt to be in the final stages of his illness. His wife tells you that up until recently he was taking MST 60mg bd and around 4 breakthrough doses of sevredol 20mg. What would be the most appropriate management for this gentleman?
    1. Fentanyl patch 25mcg and switch sevredol to oramorph 20mg PRN
    2. Subcutaneous syringe driver diamorphine 40mg per 24 hours and PRN subcutaneous diamorphine dose 7mg
    3. Subcutaneous syringe driver morphine 80mg per 24 hours and PRN subcutaneous morphine 10mg
    4. Subcutaneous syringe driver morphine 120mg per 24 hours and PRN subcutaneous diamorphine 2.5mg
    5. Convert MST to liquid oramorph 40mg QID and liquid oramorph 20mg PRN.
28. A 42 year old man presents with penile carcinoma, which on staging shows no evidence of lymph node or distant metastatic spread. The tumour measures 4.5 cm in diameter and is noted to be visible in the urethra on cystoscopy. He is otherwise well and is performance status 0. The gentleman is keen to preserve his penis. The MDT discusses the management of the primary tumour; what is your opinion?
    1. Total penectomy and perineal urethrostomy
    2. Radiotherapy
    3. Partial amputation
    4. Brachytherapy
    5. Neoadjuvant cis/5FU chemotherapy followed by radiotherapy
29. A 42 year old man presents with penile carcinoma with palpable left sided inguinal nodes. He undergoes partial penectomy and bilateral inguinal lymph node dissection. On the right side he has 0 nodes involved. On the left side he has 1 out of 8 nodes positive for tumour, with no extracapsular spread. The pathologist’s report states that cloquet’s node is replaced by tumour on the left. Preoperative staging is negative for distant metastatic disease. His further management is discussed at the urology MDT. What is your advice?
    1. Adjuvant chemotherapy 4 cycles cisplatin 5FU
    2. External beam radiotherapy to pelvis, 45Gy in 25 fractions
    3. Surveillance
    4. Pelvic lymph node dissection
    5. External beam radiotherapy 50.4Gy in 28 fractions
30. Above what dose does cardiomyopathy become a significant risk after treatment with epirubicin?
    1. 900mg/m2
    2. 250mg/m2
    3. 150mg/m2
    4. 600mg/m2
    5. 750mg/m2
31. A 23 year old man presents with metastatic malignant teratoma. He has liver metastasis and his AFP is 11 500, BHCG is 45 000 and LDH is 300 000. His performance status is 1 and he is a non smoker. Renal and hepatic function are satisfactory. Which chemotherapy regime is most appropriate?
    1. Cisplatinum 20mg/m2 D1-5, Bleomycin 30 000IU D2, 8, 15, Etoposide 100mg/m2 D1-5
    2. Cisplatinum 50mg/m2 D1 and 2, Bleomycin 30 000IU D1,8,15, Etoposide 165mg D1-3
    3. Etoposide 165mg/m2 day 1-3, cisplatinum 50mg/m2 D1 and 2
    4. Cisplatinum 50mg/m2 Day 1-5, Bleomycin 30 000IU D2, D8, D15, Etoposide 100mg/m2 D1-5
    5. Cisplatinum 20mg D1-3, Bleomycin 30 000IU D2, D8, D15, Etoposide 165mg D1-3
32. A 65 year old man presents with a 12 month history of enlarging lumps in his axilla and neck. He has lost 2 stone in weight and feels generally unwell. An excision biopsy shows a lymph node with distorted architecture with small lymphoid cells with irregular nuclei. The abnormal cells stain positively for CD5 and cyclin D1, CD23 is negative. What is the most likely diagnosis?
    1. mantle cell lymphoma
    2. follicular cell lymphoma
    3. diffuse large b cell lymphoma
    4. metastatic poorly differentiated lung adenocarcinoma
    5. Hodgkins lymphoma
33. A 24 year old man presents with a cervical neck mass. Excision biopsy reveals nodular sclerosing hodgkins lymphoma. Bone marrow is negative for infiltration. PET-CT scan reveals mediastinal lymphadenopathy in addition to the cervical disease, however no evidence of other disease sites. Maximum tumour diameter is 6 cm. He is complaining of drenching night sweats and has lost 5 kg in weight over the past 2 months. He is given 6 cycles of ABVD and subsequently has a further PET CT scan. This shows a good response to chemotherapy, however he has residual uptake in his mediastinum. His case is discussed at the MDT, and you are asked for your opinion.
    1. 40Gy in 20 fractions to cervical lymph nodes and mediastinum
    2. Treat mediastinum only with 40Gy in 20 fractions
    3. Treat mediastinum to a dose of 24Gy in 12 fractions
    4. Consider for salvage chemotherapy with ESHAP
    5. Repeat PET CT scan in 3 months
34. A 24 year old man presents with a testicular lump which is found to be a seminoma. His markers are normal. He has a history of alcohol excess, drinking up to 2 litres of vodka per day and has very erratic attendance at clinic. He has had several admissions to hospital with alcohol related seizures and alcohol withdrawal. He undergoes orchidectomy showing a 3cm tumour with no invasion of rete testis. CT scan shows no disseminated disease. He is brought into clinic by his sister, and is currently having a period of sobriety. How do you wish to manage him?
    1. Single cycle carboplatin AUC 7
    2. Radiation to para-aortic nodes 20Gy in 10
    3. Surveillance
    4. Single cycle carboplatin AUC 6
    5. Radiation to para-aortic nodes 30Gy in 10
35. Which of the following is not a small round blue cell tumour?
    1. osteosarcoma
    2. ewings sarcoma
    3. wilm’s tumour
    4. acute leukaemia
    5. small cell lung carcinoma
36. A 54 year old man presents with myasthenia gravis, and on CT scanning of his chest is found to have an enlarged thymus. This is excised, however post operative pathology shows a thymic carcinoma, which is exhibiting microscopic invasion of mediastinal fat and pleura. However the resection margin is clear. There is no evidence of metastatic disease. What is this patients Masoaka stage?
    1. Stage I
    2. Stage IIA
    3. Stage IIB
    4. Stage III
    5. Stage IV A
37. A 54 year old man presents with myasthenia gravis, and on CT scanning of his chest is found to have an enlarged thymus. This is excised, however post operative pathology shows a thymic carcinoma, which is exhibiting microscopic invasion of mediastinal fat and pleura. However the resection margin is clear. He is discussed at the MDT. What do you advise?
    1. Adjuvant radiotherapy 50Gy in 25 fractions to mediastinum
    2. Adjuvant radiotherapy 66Gy in 33 fractions to mediastinum
    3. Adjuvant radiotherapy 55Gy in 20 fractions to mediastinum
    4. Adjuvant chemotherapy with cisplatinum, methotrexate and cyclophosphamide for 6 cycles
    5. Surveillance only
38. A 54 year old lady presents with a concealed locally advanced breast carcinoma. The breast tumour is fungating and is fixed to chest wall and there is right fixed matted lymphadenopathy. On CT there is no distant disease. She is otherwise well with little in the way of comorbidity. The tumour is biopsied and found to be an ER negative, PR negative, HER 2 negative adenocarcinoma. She is commenced on neoadjuvant FEC-D chemotherapy. After 5 cycles there is progression, and she is suffering pain from the right breast, and the fungating tumour is malodourous and causing distress. What do you suggest?
    1. Referral to palliative care
    2. Referral to surgeon for palliative toilet mastectomy
    3. Referral to surgeon for radical mastectomy
    4. Palliative radiotherapy to chest wall 36Gy in 6 fractions
    5. Neoadjuvant radiotherapy to chest wall 50Gy in 25 fractions with concurrent capecitabine 625mg/m2
39. A 26 year old man of South East Asian origin presents with nosebleeds and nasal congestion. Nasendoscopy reveals a mass in his nasopharynx, which on biopsy is proven to be a non keratinising undifferentiated squamous cell carcinoma which is EBV positive. On staging MRI scan it extends to skull base and invades paranasal sinues. On PET-CT scan there is high uptake in supraclavicular nodes bilaterally with no evidence of distant metastasis. What is his TNM stage?
    1. T1 N2 M0
    2. T3 N3a M0
    3. T3 N3b M0
    4. T3 N2b M0
    5. T4 N3b M0
40. A 47 year old female has a history of stage 3C ovarian carcinoma treated with neoadjuvant chemotherapy and delayed primary surgery 9 months previous. She complains of vomiting 3-4 times per day and central abdominal cramping pains. Her bowels continue to move normally. Her CA125 is 1500, (immediately post treatment this was 12). Urea is 23 and creatinine is 250.
41. Commence treatment with caelyx 40mgm2
42. Oral dexamethasone 6mg bd and ondansetron 8mg bd and intravenous fluids
43. Oral metoclopramide 10mg tid and dexamethasone 6mg bd and intravenous fluids
44. Subcutaneous metoclopramide 60mg over 24 hours with bolus dexamethasone 6mg subcutaneously bd plus intravenous fluids
45. Subcutaneous buscopan 15mg tid plus intravenous fluid plus dexamethasone 6mg subcutaneously bd
46. A 52 year old smoker presents with haemoptysis, cough and generalised weakness, such that she is unable to climb stairs or arise from a seated position. She has no history of back pain, incontinence or sensory loss. Biopsy shows small cell lung carcinoma. Which test would most likely confirm the explanation for her symptoms?
47. Anti Hu antibodies
48. Anti voltage gated calcium channel antibodies
49. MRI spine
50. Anti Jo antibodies
51. Lumbar puncture
52. A 52 year old smoker presents with haemoptysis, cough and generalised unsteadiness. She has had several falls in the last few days. CT chest shows mediastinal adenopathy and EBUS confirms small cell lung carcinoma. CT of head is unremarkable. On examination she has a broad based gait, past pointing, and positive heel shin testing. Which test would most likely confirm the explanation for her symptoms?
53. Anti Hu antibodies
54. Anti voltage gated calcium channel antibodies
55. Lumbar puncture
56. Electrophysiological studies
57. EEG
58. A 52 year old smoker has a CT of chest performed for investigation of a bulky right hilum found on chest x ray following a recent chest infection. This reveals a 1.0cm smooth shaped lung nodule in the apex of the left lower lobe. The right hilum is not suspicious on CT. What are the chances of this nodule being malignant?
59. 80%
60. 60%
61. 75%
62. 90%
63. 18%
64. A 52 year old smoker has a CT of chest performed for investigation of a bulky right hilum found on chest x ray following a recent chest infection. This reveals a 8mm smooth shaped lung nodule in the apex of the left lower lobe. The right hilum is not suspicious on CT. What would you suggest regarding management?
65. Refer to cardiothoracic surgeon for a wedge resection
66. PET CT scan
67. Repeat CT in 3 months
68. Repeat CT in 12 months
69. No follow up required
70. A 52 year old woman presents with stage 3c ovarian carcinoma. She undergoes neoadjuvant chemotherapy with carboplatin and taxol and delayed primary surgery. She is now 6 weeks post her last cycle of chemotherapy and CA125 is 4.5; her CA 125 was 689 on presentation. Her repeat CT scan shows no evidence of disease. She is concerned regarding disease recurrence and wishes to know what her follow up entails. She is keen to have CA125 measured as she feels this is the best way to pick up a recurrence quickly. What do you tell her?
71. CA125 is a reliable indicator of the cancer’s activity and she should have this checked every 3 months in order to detect early recurrence and facilitate treatment.
72. CA125 is an unreliable indicator of disease recurrence and should not be measured routinely
73. CA125 can reliably detect disease recurrence, however serial measurements in asymptomatic patients results in decreased quality of life and no difference in overall survival
74. CA125 measurement in asymptomatic patients results in decreased quality of life however is associated with earlier initiation of therapy and increased survival
75. CA125 can reliably detect disease recurrence and serial measurements in asymptomatic patients results in improved quality of life but no difference in overall survival
76. A 78 year old man presents with deteriorating renal function. He has a diagnosis of metastatic prostatic carcinoma, with a large bulky prostate and pelvic nodal metastases and boney metastases. His PSA is 478. A renal ultrasound shows hydronephrosis, and bilateral nephrostomies are inserted. His creatinine falls from 678 to 550 after IV fluids and the nephrostomy insertion. The junior doctor calls you to review the patient due to the poor improvement in renal function, and nursing staff tell you his urine output has fallen to an average of 5ml per hour over the last 12 hours. On examination he is confused and distressed. He appears to have a pelvic mass, which was also present on admission. His observations are otherwise normal. What action will you take?
77. Flush nephrostomies
78. Ask for renal review
79. Arrange urology review regarding retrograde stenting
80. Increase IV fluids
81. Catheterise and flush nephrostomies
82. A 55 year old man presents with a caecal adenocarcinoma. On CT scan he appears to have a metastatic lesion in the liver, which is situated infero-laterally. Which segment is this lesion in?
83. 1
84. 2
85. 6
86. 8
87. 4a
88. A 60 year old lady presents with PV bleeding. Further investigation reveals evidence of endometrial carcinoma. She undergoes hysterectomy and is found to have an endometrial carcinoma invading to a depth of 70% of the myometrium which is grade 1 with no evidence of LVSI. You discuss her case at an MDT and are asked to advise regarding further adjuvant treatment.
89. Vaginal cylinder HDR 21Gy in 3
90. Follow up only
91. Pelvic radiotherapy 45Gy in 25 with concurrent cisplatin
92. Adjuvant cisplatin taxol chemotherapy
93. Pelvic radiotherapy 45Gy in 25
94. A 43 year old man presents with a large soft tissue mass affecting the right thigh. It is surgically excised with clear margins. The pathologist reports that this is a moderately differentiated synovial sarcoma with 19 mitoses per high power field and greater than 50% necrosis is present in the specimen. Tumour margins are thought to be clear and there is no evidence of lymphovascular space invasion. Ki67 is positive in 10% of the specimen. What Trojani grade does this represent?
95. 1
96. 2
97. 5
98. 3
99. 4
100. A 43 year old man presents with a large soft tissue mass affecting the deep compartment of the right thigh. It is surgically excised with clear margins and measures 7 cm in greatest dimension. The pathologist reports that this is a moderately differentiated sarcoma with 19 mitoses per high power field and greater than 50% necrosis is present in the specimen. Tumour margins are thought to be clear and there is no evidence of lymphovascular space invasion. Ki67 is positive in 10% of the specimen. What would be the benefit of adjuvant radiotherapy?
101. 15% improvement in overall survival with 60% reduction in local recurrence
102. No benefit for radiotherapy in this particular case
103. No effect on overall survival but a reduction in local recurrence of 50%
104. 50% improvement in local recurrence and 5% improvement in overall survival
105. 20% reduction in local recurrence and 5% improvement in overall survival
106. A 24 year old man is on treatment for metastatic sarcoma with trabectidin. He is admitted with general malaise and muscle pains on day 7 post chemotherapy. He has been taking diclofenac. His blood tests reveal Nt 0.8, WCC 1.0, Hb 89, Plts 56, Ur 34 and Cr 650 with K+ 6.5. His urine dipstick tests positive for blood. What is the likeliest cause of his current presentation?
107. Obstructive uropathy
108. Rhabdomyolysis
109. Pre renal failure due to vomiting related to chemotherapy
110. NSAID toxicity
111. Glomerulonephritis secondary to trabectidin
112. A 43 year old man with metastatic melanoma is being treated with the monoclonal antibody ipilimumab. The medical registrar calls you for advice, as he has been admitted to hospital with general malaise. His blood pressure is 95/50, pulse 68. Biochemistry reveals Na 122, K+ 5.8, Ur 13, Cr 210. FBC reveals Nt 3.2, WCC 4.3, Plt 460, Hb 95. He has had profuse diarrhoea over the past 48 hours. What is your advice?
113. Septic screen including stool cultures, broad spectrum antibiotics and IV fluids
114. Loperamide for diarrhoea, IV fluids and discharge after 24 hours if renal function has normalised.
115. High dose steroid, IV fluids and other supportive measures. Patient requires assessment of adrenocortical and pituitary function.
116. Parenteral thyroxine, IV fluids, loperamide and stool cultures
117. Check plasma and urine osmolalities and fluid restrict patient, give loperamide for diarrhoea.
118. A 72 year old man has had an Iodine 125 implant for his low risk prostate cancer 8 months ago, and unfortunately died due to a sudden cardiac event. His family wish him to be cremated and his GP contacts you for advice. What do you suggest?
119. Cremation is possible 6 months after an I125 implantation
120. Cremation is possible only after 2 years post implantation and the patient must be buried
121. Cremation is not an issue with I125 implantation
122. The mortuary technician or undertaker should be able to remove the prostate in order to allow safe disposal of the implant and cremation of the patient
123. Patients who have undergone I125 implantation must never be cremated and must always undergo burial in the event of death, no matter how long the time period which has elapsed since implantation

Answers

1c,2a,3d,4d,5d,6c,7d,8b,9a,10a,11a,12b,13b,14d,15e,16a,17d,18b,19b,20c,21a,22c,23d,24a,25a,26c,27a,28c,29a,30c,31e,32e,33e,34b,35a,36d,37a,38a,39a,40c,41a,42a,43c, 44a,45e,46c,47d,48b,49a,50e,51d,52c,53e,54c,55a.56d,57c,58b,59c,60b

***29.الاجابات النموذجيه لطلاب الدراسات العليا***

***(1)…..MSC-RADIATION THERAPY* (April.2021)**

**MODEL ANSWERS**

1. Rationale: (5 mark)

* Radical RT is alternative to surgery in early disease with advantage of keeping organ function.
* In combination with surgery in intermediate stage of disease.
* In locally advanced disease,it is the treatment of choice with concurrent chemotherapy.
* Defining the target volume:
* Including the GTV(T&N),CTV,PTV,OAR.
* Dose prescription:
* Using conventional fractionation, better treatment outcome in localy advanced disease hyperfractioation and accelerated fractionation.
* Pretreatment evaluation:
* Oral hygiene ,dental care, instruction for oral hygiene and nuritioal support.

1. Procedure: (10mark)
2. Fixation:plastic shell, mouth bite, tongue depressor.
3. Positioning: comfortable, reproducible, exposing the area of irradiation, sutible for simulation.
4. CT. simuation, either with dedicated machine or CT scanner adapted for simulation.
5. Target volume delineation :

* Conformal 3DRT is the standard and IMRT if available is highly better conformity index.
* Displaying the GTV, CTV, PTV, on planning setup and OAR.
* The PTV included by 95%isodose curve maximum dose <107%.
* doses to oar must not excede the tolerance.
* beam junction problem can be solved by half beam block.
* evaluate the DVH.
* Check patient setup on machine with check film to be compared with the DRR.
* Check film for the three first sessions then weekly thereafter.
* Monitor the patient all the course of RT. Evaluate tumor response clinically if possible and the acute toxicity to skin& mucous membrane.
* Keeping the patient under regular follow up to assess the disease and the delayed sequale of radiation.

1. Rationale: (2 mark)

* The CTV in cancer cervix is festoon shaped using intrauterine radioactive tube and 2 vaginal wire give homogenous radiation dose distribution to the ctv which rapid full-off of the dose define point A.
* Indication (3mark)
* Stage 1A: intracavitary application, or external beam radiotherapy with one application alternative to conization.
* Stage 1B, alternative to Wertheim”soperation with external beam.
* Stage 2A preferred to werthemis surgery if bulky disease with external beam.
* Stage 3A,3Bnd 4 external beam radiotherapy is the treatment of choice.
* Prescription: (3mark)
* Stage 1A :two intra cavitary application for a total dose 70cGY to point a in 10 days for other stage in combination with external beam fore 45 GY in conventional fractionation, for a total dose 80-85GY to point A WITHIN <8 weeks
* Facilities: (3mark)
* Radiation source are available as LDL,& HDL, the most use Cesium137and iridum.
* Manchester system by using the original point A concept keeping the dose rate of the two a point <10% different from the standarg value
* TECHNIQUE :;(5MARK)
* PATIENT PREPARATION, HOSPITALIZATION ,gynecological consultation and rectal enema.
* EAU

***Q1 female patients 51 y old with metastatic breast cancer Er/PR +ve HER2 +ve , developed disease***

progression after 6 months of failure of 1st line metastatic treatment.

I assume the patient was treated with 1st line standard of care of HER2 +ve disease with chemotherapy and her HER2 status was +ve .

So patient was progressed according to the NCCN and ESMO on Docetaxel/trastazumab/pertuzumuab.

Management:-

Clinical examination : define any bony tenderness with guidance of PET CT

Examination of both breast to detect any suspicious mass and request new SM for confirmation

Explain the patient condition to her relatives and our new step goals is to prolong the progression free survival and improve quality of life if affected and to increase the overall survival if possible .

Recommended regimens according to NCCN guidelines.

Ado-trastuzumab emtansine (T-DM1)36 3.6 mg/kg IV day 1 ◊ Cycled every 21 days.

• Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki37 5.4 mg/kg IV day 1 ◊ Cycled every 21 days.

• Paclitaxel/carboplatin + trastuzumab38 Carboplatin AUC 6 IV day 1 Paclitaxel 175 mg/m2

IV day 1 ◊ Cycled every 21 days.

Trastuzumab 4 mg/kg IV day 1 followed by 2 mg/kg IV weekly or

Trastuzumab 8 mg/kg IV day 1 followed by 6 mg/kg IV every 21 days.35

• Weekly paclitaxel/carboplatin + trastuzumab39 Paclitaxel 80 mg/m2

IV days 1, 8, and 15

Carboplatin AUC 2 IV days 1, 8, and 15 ◊ Cycled every 28 days.

Trastuzumab 4 mg/kg IV day 1 followed by 2 mg/kg IV weekly or

Trastuzumab 8 mg/kg IV day 1 followed by 6 mg/kg IV every 21 days35

Trastuzumab + vinorelbine4 Vinorelbine ◊ 25 mg/m2

IV day 1 weekly; or

◊ 20–35 mg/m2 days; or

◊ 25–30 mg/m2 days

IV days 1 and 8; cycled every 21 IV days 1, 8, and 15; cycled every 28

Trastuzumab 4 mg/kg IV day 1 followed by 2 mg/kg IV weekly or

Trastuzumab 8 mg/kg IV day 1 followed by 6 mg/kg IV every 21 days35

• Trastuzumab + capecitabine47 Capecitabine 1000–1250 mg/m2 1–14 cycled every 21 days

PO twice daily days

Trastuzumab 4 mg/kg IV day 1 followed by 2 mg/kg IV weekly40,48 or

Trastuzumab 8 mg/kg IV day 1 followed by 6 mg/kg IV every 21 days35

• Lapatinib + capecitabine49 Lapatinib 1250 mg PO daily days 1–21 Capecitabine 1000 mg/m2 ◊ Cycled every 21 days.

My preferred option for this lady Lapatinib+ Capecitabine , as they both are oral with good tolerance and good compliance

Study supported for this patient.

Women with HER2-positive, locally advanced or metastatic breast cancer that had progressed after treatment with regimens that included an anthracycline, a taxane, and trastuzumab were randomly assigned to receive either combination therapy (lapatinib at a dose of 1250 mg per day continuously plus capecitabine at a dose of 2000 mg per square meter of body-surface area on days 1 through 14 of a 21-day cycle) or monotherapy (capecitabine alone at a dose of 2500 mg per square meter on days 1 through 14 of a 21-day cycle). The primary end point was time to progression, based on an evaluation by independent reviewers under blinded conditions.

The interim analysis of time to progression met specified criteria for early reporting on the basis of superiority in the combination-therapy group. The hazard ratio for the independently assessed time to progression was 0.49 (95% confidence interval, 0.34 to 0.71; P<0.001), with 49 events in the combination-therapy group and 72 events in the mono-therapy group. The median time to progression was 8.4 months in the combination-therapy group as compared with 4.4 months in the monotherapy group. This improvement was achieved without an increase in serious toxic effects or symptomatic cardiac events.

***Q2 a Management of Tropholoblastic tumors***

### Gestational trophoblastic disease (GTD) is a group of rare diseases in which abnormal trophoblast cells grow inside the uterus after conception.

In [gestational trophoblastic disease](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46199&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (GTD), a [tumor](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46634&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) develops inside the [uterus](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46645&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) from [tissue](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46683&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) that forms after [conception](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=446922&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (the joining of [sperm](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=257221&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) and egg). This tissue is made of [trophoblast](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=446120&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) [cells](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46476&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) and normally surrounds the fertilized egg in the uterus. Trophoblast cells help connect the fertilized egg to the wall of the uterus and form part of the [placenta](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45017&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (the [organ](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=257523&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) that passes [nutrients](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=44697&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) from the mother to the [fetus](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46400&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)).

Sometimes there is a problem with the fertilized egg and trophoblast cells. Instead of a healthy fetus developing, a tumor forms. Until there are [signs](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=750109&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) or [symptoms](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45022&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) of the tumor, the [pregnancy](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=666677&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) will seem like a normal pregnancy.

Most GTD is [benign](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45614&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (not [cancer](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45333&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)) and does not spread, but some types become [malignant](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45772&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (cancer) and spread to nearby tissues or distant parts of the body.

Gestational trophoblastic disease (GTD) is a general term that includes different types of disease:

* [Hydatidiform Moles](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=446933&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (HM)
  + Complete HM.
  + Partial HM.
* Gestational Trophoblastic [Neoplasia](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45801&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (GTN)
  + [Invasive moles](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=446955&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov).
  + [Choriocarcinomas](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46753&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov).
  + Placental-site trophoblastic tumors (PSTT; very rare).
  + Epithelioid trophoblastic tumors (ETT; even more rare).

### Hydatidiform mole (HM) is the most common type of GTD

Management : Clinical picture

### Signs of GTD include abnormal vaginal bleeding and a uterus that is larger than normal.

These and other signs and symptoms may be caused by gestational trophoblastic disease or by other [conditions](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=651193&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). Check with your doctor if you have any of the following:

* [Vaginal](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=44308&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) bleeding not related to [menstruation](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46297&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov).
* A uterus that is larger than expected during pregnancy.
* Pain or pressure in the pelvis.
* Severe nausea and vomiting during pregnancy.
* High blood pressure with headache and swelling of feet and hands early in the pregnancy.
* Vaginal bleeding that continues for longer than normal after delivery.
* [Fatigue](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=321374&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), shortness of breath, dizziness, and a fast or irregular heartbeat caused by [anemia](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45360&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov).

GTD sometimes causes an overactive thyroid. Signs and symptoms of an overactive thyroid include the following:

* Fast or irregular heartbeat.
* Shakiness.
* Sweating.
* Frequent [bowel](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46500&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) movements.
* Trouble sleeping.
* Feeling [anxious](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=430405&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) or irritable.
* Weight loss.

### Tests that examine the uterus are used to detect (find) and diagnose gestational trophoblastic disease.

The following tests and procedures may be used:

* [Physical exam](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=270871&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)**and**[history](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=689078&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): An exam of the body to check general signs of health, including checking for signs of disease, such as lumps or anything else that seems unusual. A history of the patient’s health habits and past illnesses and treatments will also be taken.
* [Pelvic exam](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=322873&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): An exam of the vagina, [cervix](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46133&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), uterus, fallopian tubes, [ovaries](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46687&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), and [rectum](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46555&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). A [speculum](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46588&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) is inserted into the vagina and the doctor or [nurse](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=269445&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) looks at the vagina and cervix for signs of disease. A [Pap test](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45978&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) of the cervix is usually done. The doctor or nurse also inserts one or two [lubricated](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46302&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), gloved fingers of one hand into the vagina and places the other hand over the lower [abdomen](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45070&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) to feel the size, shape, and position of the uterus and ovaries. The doctor or nurse also inserts a lubricated, gloved finger into the rectum to feel for lumps or abnormal areas.
* [Ultrasound](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46157&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)**exam of the pelvis**: A procedure in which high-energy sound waves (ultrasound) are bounced off internal tissues or organs in the pelvis and make echoes. The echoes form a picture of body tissues called a [sonogram](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46587&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). Sometimes a [transvaginal ultrasound](/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=46633&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (TVUS) will be done. For TVUS, an [ultrasound transducer](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=367430&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (probe) is inserted into the vagina to make the sonogram.
* [Blood chemistry studies](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=304685&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): A procedure in which a blood sample is checked to measure the amounts of certain substances released into the blood by organs and tissues in the body. An unusual (higher or lower than normal) amount of a substance can be a sign of disease. Blood is also tested to check the liver, kidney, and [bone marrow](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45622&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov).
* [Serum tumor marker test](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=354469&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): A procedure in which a sample of blood is checked to measure the amounts of certain substances made by organs, tissues, or tumor cells in the body. Certain substances are linked to specific types of cancer when found in increased levels in the body. These are called [tumor markers](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46636&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). For GTD, the blood is checked for the level of beta human chorionic gonadotropin (β-hCG), a hormone that is made by the body during pregnancy. β-hCG in the blood of a woman who is not pregnant may be a sign of GTD.
* [Urinalysis](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46641&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): A test to check the color of [urine](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46642&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) and its contents, such as sugar, [protein](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46092&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), blood, [bacteria](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=44123&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), and the level of β-hCG.

### Certain factors affect prognosis (chance of recovery) and treatment options.

Gestational trophoblastic disease usually can be [cured](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=318813&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). Treatment and [prognosis](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45849&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) depend on the following:

* The type of GTD.
* Whether the tumor has spread to the uterus, lymph nodes, or distant parts of the body.
* The number of tumors and where they are in the body.
* The size of the largest tumor.
* The level of β-hCG in the blood.
* How soon the tumor was [diagnosed](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46450&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) after the pregnancy began.
* Whether GTD occurred after a molar pregnancy, miscarriage, or normal pregnancy.
* Previous treatment for gestational trophoblastic neoplasia.

Treatment options also depend on whether the woman wishes to become pregnant in the future.

## Stages of Gestational Trophoblastic Tumors and Neoplasia

### KEY POINTS

* After gestational trophoblastic neoplasia has been diagnosed, tests are done to find out if cancer has spread from where it started to other parts of the body.
* There are three ways that cancer spreads in the body.
* Cancer may spread from where it began to other parts of the body.
* There is no staging system for hydatidiform moles.
* The following stages are used for GTN:
  + Stage I
  + Stage II
  + Stage III
  + Stage IV
* The treatment of gestational trophoblastic neoplasia is based on the type of disease, stage, or risk group.

### After gestational trophoblastic neoplasia has been diagnosed, tests are done to find out if cancer has spread from where it started to other parts of the body.

The process used to find out the extent or spread of [cancer](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45333&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) is called [staging](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46597&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), The information gathered from the staging process helps determine the [stage](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45885&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) of disease. For GTN, stage is one of the factors used to plan treatment.

The following tests and procedures may be done to help find out the stage of the disease:

* [Chest x-ray](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=304687&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): An [x-ray](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45944&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) of the [organs](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=257523&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) and bones inside the chest. An x-ray is a type of energy beam that can go through the body onto film, making pictures of areas inside the body.
* [CT scan](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46033&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)**(CAT scan)**: A procedure that makes a series of detailed pictures of areas inside the body, taken from different angles. The pictures are made by a computer linked to an x-ray machine. A dye may be [injected](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=44678&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) into a [vein](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=476471&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) or swallowed to help the organs or [tissues](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46683&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) show up more clearly. This procedure is also called computed tomography, computerized tomography, or computerized axial tomography.
* [MRI](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45788&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)**(magnetic resonance imaging) with**[gadolinium](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=597153&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): A procedure that uses a magnet, [radio waves](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=651209&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), and a computer to make a series of detailed pictures of areas inside the body, such as brain and [spinal cord](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=340937&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). A substance called gadolinium is injected into a vein. The gadolinium collects around the cancer [cells](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46476&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) so they show up brighter in the picture. This procedure is also called nuclear magnetic resonance imaging (NMRI).
* [Lumbar puncture](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46303&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): A procedure used to collect [cerebrospinal fluid](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46483&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (CSF) from the [spinal column](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=396787&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). This is done by placing a needle between two bones in the [spine](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=415914&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) and into the CSF around the spinal cord and removing a sample of the fluid. The sample of CSF is checked under a [microscope](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=638184&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) for [signs](/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=750109&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)that the cancer has spread to the brain and spinal cord. This procedure is also called an LP or spinal tap.

### There are three ways that cancer spreads in the body.

Cancer can spread through [tissue](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46683&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), the [lymph system](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45764&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), and the [blood](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=270735&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov):

* Tissue. The cancer spreads from where it began by growing into nearby areas.
* Lymph system. The cancer spreads from where it began by getting into the lymph system. The cancer travels through the [lymph vessels](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=269462&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) to other parts of the body.
* Blood. The cancer spreads from where it began by getting into the blood. The cancer travels through the [blood vessels](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45020&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) to other parts of the body.

### Cancer may spread from where it began to other parts of the body.

When cancer spreads to another part of the body, it is called [metastasis](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46710&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). Cancer [cells](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46476&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) break away from where they began (the [primary tumor](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45847&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)) and travel through the lymph system or blood.

* Lymph system. The cancer gets into the lymph system, travels through the lymph vessels, and forms a [tumor](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46634&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) ([metastatic](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=44058&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) tumor) in another part of the body.
* Blood. The cancer gets into the blood, travels through the blood vessels, and forms a tumor (metastatic tumor) in another part of the body.

The metastatic tumor is the same type of cancer as the primary tumor. For example, if  [choriocarcinoma](/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=46753&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)spreads to the [lung](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=270740&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), the cancer cells in the lung are actually choriocarcinoma cells. The disease is metastatic choriocarcinoma, not lung cancer.

### The following stages are used for GTN:

#### Stage I

In [stage I](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=748780&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), the [tumor](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46634&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) is in the [uterus](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46645&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) only.

#### Stage II

In [stage II](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=748782&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), [cancer](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45333&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) has spread outside of the [uterus](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46645&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) to the [ovary](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46687&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), [fallopian tube](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45687&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), [vagina](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46646&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), and/or the ligaments that support the uterus.

#### Stage III

In [stage III](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=748785&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), [cancer](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45333&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) has spread to the [lung](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=270740&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov).

#### Stage IV

In [stage IV](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=748790&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), [cancer](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45333&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) has spread to distant parts of the body other than the [lungs](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=270740&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov).

### The treatment of gestational trophoblastic neoplasia is based on the type of disease, stage, or risk group.

[Invasive moles](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=446955&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) and [choriocarcinomas](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46753&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) are treated based on [risk groups](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=711109&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). The stage of the invasive mole or choriocarcinoma is one factor used to determine risk group. Other factors include the following:

* The age of the patient when the [diagnosis](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46450&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) is made.
* Whether the GTN occurred after a [molar pregnancy](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46747&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov), miscarriage, or normal [pregnancy](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=666677&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov).
* How soon the tumor was diagnosed after the pregnancy began.
* The level of [beta human chorionic gonadotropin](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=354453&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (β-hCG) in the blood.
* The size of the largest tumor.
* Where the tumor has spread to and the number of tumors in the body.
* How many [chemotherapy](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45214&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) [drugs](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=348921&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) the tumor has been treated with (for [recurrent](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45862&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) or resistant tumors).

There are two risk groups for invasive moles and choriocarcinomas: low risk and high risk. Patients with low-risk disease usually receive less [aggressive](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46053&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) treatment than patients with high-risk disease.

Placental-site trophoblastic tumor (PSTT) and epithelioid trophoblastic tumor (ETT) treatments depend on the stage of disease.

#### Surgery

The doctor may remove the cancer using one of the following operations:

* [Dilatation and curettage](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=407746&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (D&C) with [suction evacuation](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=446970&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov): A [surgical](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=45570&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) procedure to remove [abnormal](/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=44636&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov)[tissue](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46683&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) and parts of the inner lining of the [uterus](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46645&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). The [cervix](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46133&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) is [dilated](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=257207&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) and the material inside the uterus is removed with a small vacuum-like [device](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=635288&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov). The walls of the uterus are then gently scraped with a [curette](file:////Common/PopUps/popDefinition.aspx%3fid=46460&version=patient&language=English&dictionary=Cancer.gov) (spoon-shaped instrument) to remove any material that may remain in the uterus. This procedure may be used for molar pregnancies.

Patients with gestational trophoblastic disease (GTD) do not require medical therapy. Because 20% of patients with hydatidiform mole develop malignant disease, such as persistent hydatidiform mole with or without metastasis, some have suggested the use of a prophylactic dose of methotrexate in noncompliant patients.[75, 76] However, observing patients with weekly serum hCG levels is preferable, and only patients with rising or plateauing titers, as occurs in patients with gestational trophoblastic neoplasia (GTN), should be treated with chemotherapy.[4

These patients are treated with a combination of etoposide, methotrexate, and actinomycin D administered in the first week of a 2-week cycle and cyclophosphamide and vincristine (Oncovin) administered in the second week.[13, 14, 15, 16] This is known as the EMA-CO regimen.

In patients not receiving whole brain irradiation, the dose of methotrexate on day 1 of the EMA-CO or EMA-EP regimen is increased to 1000 mg/m2. Instead of 4 doses of folinic acid (15 mg every 12 hours), 12 doses (15 mg every 6 hours) are given starting 24 hours after the initiation of methotrexate infusion. Patients with liver metastasis are considered for liver irradiation (2000 cGy).

***Q2b Neuroblastoma according to risk factors***

*Low risk group:*

Patients with localized respectable neuroblastoma (stage 1) have excellent event-free survival (EFS) rates with surgical excision of tumor only. Adjuvant chemotherapy is generally not needed for this group of patients. Even the presence of residual microscopic disease does not significantly affect the EFS. If patients develop recurrent disease, chemotherapy can be used, and the overall survival rate remains higher than 95%.

Similar therapy is offered to patients with stage 2A/2B disease who are presently assigned to a low-risk category if they have MYCN -non amplified tumors, regardless of age histology or ploidy. Patients with stage 2A/2B disease with amplified MYCN are considered high risk regardless of age and histology.

study by the Pediatric Oncology Group of experience with conservative treatment of low-risk patients confirmed the excellent outcomes for these patients with surgery alone. However, overall survival seemed lower among patients with stage 2b, MYC-N nonamplified, unfavorable histology or diploid tumors; thus, in the future, this specific group of patients may require reconsideration of their risk categorization.

Most patients with 4S disease (ie, non-MYCN –amplified tumors, favorable histology, hyperdiploid tumors in infants younger than 1 y) are also considered to be in the low-risk group and most experience spontaneous regression. Thus, observation or surgery alone is often all that is needed to manage these tumors. Chemotherapy may be used to control life-threatening situations such as respiratory distress or mechanical obstruction.

Intermediate risk Group:

Surgery and multiagent chemotherapy comprise the backbone of therapy for intermediate risk group patients. Current efforts are ongoing to help understand which of this diverse group of patients can have therapy reduced without threatening the excellent EFS for these patients.

Intermediate-risk patients include children younger than 18 months with stage 3 and 4 disease and favorable biology (non-MYCN –amplified tumors, regardless of histology and DNA index). These patients are offered therapy with 4 of the most active drugs against neuroblastoma (ie, cyclophosphamide, doxorubicin, carboplatin, etoposide) for either 4 cycles, 6 cycles, or 8 cycles, depending on histology and DNA index and response to treatment. In these patients, surgery can be performed either at time of diagnosis or following multiagent chemotherapy. If residual disease is present after chemotherapy and surgery, radiation therapy could be considered. However, the use of radiation is controversial, although a POG study suggested that it improves outcome when administered to areas of residual disease postchemotherapy.

Baker et al conducted a prospective, phase 3, nonrandomized trial of 479 patients (270 patients with stage 3 disease, 178 patients with stage 4 disease, and 31 patients with stage 4S disease) to determine whether a 3-year estimated overall survival of more than 90% could be maintained with reduced duration of chemotherapy and reduced drug doses. The resulting 3-year estimate of overall for the entire group was 96%±1%. The study concluded that among patients with intermediate-risk neuroblastoma, substantially reduced duration of chemotherapy and reduced doses of chemotherapeutic agents still resulted in excellent outcomes.

High risk Group:

Current therapeutic protocols involve 4 phases of therapy, including induction, local control, consolidation and treatment of minimal residual disease. The 3-year EFS for patients in the high-risk group who are treated without such high-intensity therapy is less than 20%, compared with an EFS of 38% in patients treated with a single bone marrow transplant and cis-retinoic acid after transplant.

Induction therapy currently involves multiagent chemotherapy with non–cross-resistant profiles, including alkylating agents, platinum, and anthracyclines and topoisomerase II inhibitors. Current studies are ongoing to look at addition of topoisomerase I inhibitors as part of an upfront therapy during induction. Topotecan does display activity against relapsed neuroblastoma.

Local control involves surgical resection of primary tumor site as well as radiation to primary tumor site. Primary tumors are often more amenable to surgical resection after receiving upfront induction chemotherapy. Neuroblastoma is a very radiosensitive tumor, and chemotherapy plays an important role in control of disease in the high-risk setting.

***Q2 c) Ewing Sarcoma of Fibula***

Surgery

Management of the primary tumor site is critical to long-term cure. Definitive surgical margins are desirable (eg, removal of fibula, limb salvage with extensive margins). Any surgery should be performed under the supervision of experienced oncologic surgeons specializing in the area of the body where the tumor is found. The specific surgery is highly patient dependen

Chemotherapy:

Treatment lasts 6-9 months and consists of alternating courses of 2 chemotherapeutic regimens: (1) vincristine, doxorubicin, and cyclophosphamide and (2) ifosfamide and etoposide.[5] Chemotherapy can be administered on an inpatient or outpatient basis, depending on patient tolerance and proximity to the hospital.

Follow up :

Primary and metastatic sites are evaluated approximately every 10-12 weeks during therapy and every 3-4 months during the first year after therapy.

NCCN recommendations for treatment of Ewing sarcoma are as follow

Enrollment in a clinical trial should be considered when available; in addition, whenever possible patients should be referred to a tertiary care center with expertise in sarcoma, for treatment by a multidisciplinary team

Multi-agent chemotherapy for at least 12 weeks followed by local control therapy and adjuvant treatment; longer duration of initial chemotherapy can be considered for patients with metastatic disease, based on response

VAC/IE (vincristine, doxorubicin [Adriamycin], and cyclophosphamide alternating with ifosfamide and etoposide) is the preferred regimen for localized disease

VAC (vincristine, doxorubicin, and cyclophosphamide) is the preferred regimen for patients with metastatic disease

Restaging following chemotherapy

***Q2) D. Management of Rhabdomysarcoma of UB in child aged 5 years***

Treatment in patients with rhabdomyosarcoma (RMS) involves a combination of surgery, chemotherapy, and radiation therapy. Because the treatment plan is complicated and prolonged and because many medical issues are unique to pediatric oncology, all patients should be referred (at least initially) to a center with personnel who are skilled in caring for children with cancer.

At present, patients are categorized according to their risk, which takes into account the location of the tumor and the histologic and surgical results. Low-risk patients are those who have the best prognosis, whereas intermediate-risk or high-risk patients have an increased risk of having relapses and incurable disease. To separate the features into meaningful categories, patients are assigned to both a surgicopathologic clinical group (Roman numeral) and a stage (Arabic numeral). All patients with metastatic disease (group IV, stage 4) are considered high risk, except children and adolescents younger than 14 years with embryonal rhabdomyosarcoma (ERMS). In some studies, these patients appear to do better than others, for unknown reasons. Although all patients require chemotherapy, regimens vary depending on the stage and group.

Surgicopathologic (clinical) group (Groups I-III are for localized disease).

I - Tumor completely removed

Group II - Microscopic residual tumor, involved regional nodes, or both

Group III - Gross residual tumor

Group IV - Distant metastatic disease

Tumor, nodes, and metastases (TNM) staging system

Tumor - Confined to the site of origin (T1) or extends beyond the site of origin (T2)

Node - No regional node involvement (N0), regional node involvement (N1), or nodes unknown (NX)

Metastasis - No metastasis (M0), or metastases present at diagnosis (M1)

RMS staging system

Stage 1 - Orbit, head, and/or neck (not parameningeal) involvement, and involvement of the GU tract (not bladder or prostate)

Stage 2 - Other locations, N0 or NX

Stage 3 - Other locations, N1 if the tumor is less than 5 cm or N0 or NX if the tumor more than 5 cm

Stage 4 - Any site with distant metastases

Surgical management of rhabdomyosarcoma varies depending on the location of the tumor. If feasible, remove tumors promptly and without unacceptable disfigurement or loss of function. Even if metastatic disease is present, surgical excision of the primary site should be performed, if possible. The surgical result helps determine the clinical grouping to be used for treatment stratification.

Surgical guidelines for the various sites can be found in the protocols of the Children's Oncology Group Soft Tissue Sarcoma Committee (formerly, Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group [IRSG]) and are beyond the scope of this article. However, common principles are noteworthy and described below.

Primary tumor

Because relapses often occur at the site of the original primary tumor, adequate local control is essential.

Data from Europe suggest that chemotherapy alone can be effective for achieving adequate local control in some patients who have a complete response of the primary tumor. Hoiwever, surgery and/or irradiation are needed for local control of residual disease.

possible, complete excision of the lesion should be performed with a wide (2-cm) margin of healthy tissue. Wide margins of normal tissue often are impossible to achieve at certain sites, such as the head and neck. If margins are narrow, obtain several biopsy specimens from the surrounding tissue to assess for residual local disease.

For tumors that cannot be excised at diagnosis, a second-look procedure may be appropriate after a period of chemotherapy (usually 12 wk).

Regional lymph nodes that appear to be clinically or radiographically involved should be sampled to determine the clinical group and the need for later radiation therapy.

Radical node dissection is not appropriate.

Radiotherapy

Most patients with rhabdomyosarcoma require radiotherapy to achieve adequate local control, though radiotherapy is not usually performed until after initial surgical resection and the start of chemotherapy. Exceptions are patients with parameningeal primary tumors, for which initial radiotherapy has been shown to be beneficial.

In initial studies, new techniques such as intensity-modulated radiotherapy (IMRT) and proton-beam radiotherapy appear to achieve adequate tumor control with reduced exposure to normal tissue

***Q2E) Burkit lymphoma in child aged 7 years***

Burkitt lymphoma (BL) is a very fast growing tumor. Patients should be admitted to the hospital for rapid workup and diagnostic measures. Chemotherapy is the mainstay of treatment for this disease; consultation with a hematologist and oncologist should be obtained as soon as possible. No role exists for surgery or radiation therapy in the treatment of Burkitt lymphomaL).

It is critical to closely monitor serum chemistries in patients with Burkitt lymphoma (BL), especially during chemotherapy because of the high risk of tumor lysis syndrome and uric acid nephropathy. Prophylactic allopurinol and aggressive hydration with urine alkalinization should be administered.

Intravenous antibiotics should be administered for neutropenic fevers. Growth factors (granulocyte-macrophage colony-stimulating factor [GM-CSF] or granulocyte colony-stimulating factor [G-CSF]) are administered to help decrease the duration of neutropenia.

Transfusions (red blood cells or platelets) are administered as clinically indicated for anemia and thrombocytopenia. All blood products should be leukodepleted and irradiated.

Maintain adequate hydration through intravenous (IV) fluids, ideally starting 24 hours before administering chemotherapy. Note, however, that many patients require chemotherapy emergently and, in these patients, therapy should not be delayed.

Most patients with Burkitt lymphoma are considered at high risk for tumor lysis and meet the criteria for upfront treatment with rasburicase, which should be administered at a dose of 0.20 mg/kg IV daily for 5 days. Note that patients receiving rasburicase should not have alkalinization of the urine and that this agent is contraindicated in patients with glucose-6-phospate deficiency (G6PD). Lower-risk patients and those who cannot tolerate rasburicase can receive allopurinol, 300 mg twice daily

Close monitoring of the complete blood cell (CBC) count, coagulation studies, and at least twice-daily measurement of serum uric acid, potassium, calcium, phosphorus, magnesium, and creatinine levels is necessary for the first several days of treatment. Consider placing the patient on a cardiac monitor for the first few days. Liver function results should also be monitored.

Treatment should be performed at a facility where renal dialysis is available should it be necessary, particularly for patients with extensive disease.

For patients who refuse, or are not candidates for clinical trials, short-duration, intensive, alkylator-based, multiagent chemotherapy regimens with adequate central nervous system (CNS) prophylaxis are necessary. Administration of less intensive chemotherapy regimens used in other non-Hodgkin lymphomas (NHL) (eg, CHOP [cyclophosphamide, hydroxydaunorubicin hydrochloride (doxorubicin hydrochloride), vincristine and prednisone]) usually results in frequent relapses and inferior survival. Of particular importance is the rapid administration of successive cycles of intensive multidrug therapy to prevent tumor regrowth. Dose reduction should also be avoided if possible

Most adult Burkitt lymphoma regimens were initially adopted from the pediatric study protocols that used several known active agents, including cyclophosphamide, vincristine, methotrexate, doxorubicin, and cytarabine. The French (LMB 81, 84, 86, and 89) and the German (B-NHL 83, B-NHL 86) protocols as well as the CODOX-M/IVAC regimen (cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, high-dose methotrexate / ifosfamide, etoposide, high-dose cytarabine) were modified and used in adult patients with acceptable outcomes (2-y overall survival: 40-74%). Other protocols (hyper-CVAD [modified fractionated cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, and dexamethasone], Cancer and Leukemia Group B [CALGB] 9251, etc) were evaluated primarily in adults.

CNS prophylaxis using intrathecal methotrexate with or without cytarabine and hydrocortisone is included in most regimens. Without CNS prophylaxis, 30-50% of patients will develop CNS relapse. With the above mentioned regimens, the rate of CNS relapse drops to about 6-11%.[57] Use of prophylactic cranial irradiation causes increased neurologic toxicity; in the 2004 update of the CALGB 9251, the protocol was amended to restrict its use to patients with bone marrow involvement only. This did not significantly affect the rate of CNS relapse.

The CODOX-M/IVAC (cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, high-dose methotrexate / ifosfamide, etoposide, high-dose cytarabine) regimen consists of 4 cycles, each cycle lasting until blood counts recover (absolute neutrophil count [ANC] > 1000/μL; platelets > 100,000/μL). Cycles 1 and 3 involve CODOX-M, and cycles 2 and 4 involve IVAC. Three cycles of CODOX-M are usually enough for low-risk patients, whereas high-risk patients receive 4 total cycles (2 cycles of CODOX-M, alternating with 2 cycles of IVAC

The hyper-CVAD (modified fractionated cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, and dexamethasone) regimen consists of alternating A (1, 3, 5, and 7) and B (2, 4, 6, and 8) cycles. The second and subsequent cycles are administered when the patient's white blood cell (WBC) count is more than 3,000/mm3, and the platelet count is higher than 60,000/mm3 (between 14 and 21 d).

Rituximab is a recombinant antibody that targets CD20 on the surface of B lymphocytes. Many studies have incorporated rituximab into the treatment of Burkitt lymphoma. When Oriol et al investigated the addition of rituximab to an intense chemotherapy regimen containing methotrexate, cyclophosphamide, vincristine, ifosfamide, and teniposide (NHL2002 protocol from GMALL [German Multicenter Study Group on Adult Acute Lymphoblastic Leukemia] study) in treating 36 patients, 19 (53%) of whom were HIV positive, complete remission (CR) rates were 88% for HIV-negative patients and 84% for HIV-positive patients

***Q3) Management of recurrent pre auricular SCC***

Examination: mass 3x2cm adherent to parotid gland with clinical pre auricular LN

INVESTIGATIONS TO DETECT accurate staging:

PET CT for LN staging and distant metastasis

MRI Head and neck with contrast

Treatment plans for all disease stages should be discussed at a multidisciplinary tumor conference involving ENT surgeons, radiation oncologists, and medical oncologists. In addition, the following subspecialities and supportive care services should be included in the management for all disease stages:

Dentists

Palliative care specialist

Social worker

If the case only with local recurrence and LN metastasis

Concurrent chemoradiation therapy is the current standard of care for patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck.

Chemotherapy is given for the duration of radiation therapy unless otherwise stated; definitive radiation doses used are 66-72 Gy (2.0 Gy/fraction; daily Monday-Friday in 7wk

Cisplatin 100 mg/m2 IV on days 1, 22, and 43[1, 2, 3, 4] or 40 mg/m2 IV weekly for 6-7wk[5] or

Cetuximab 400 mg/m2 IV loading dose 1wk before the start of radiation therapy, then 250 mg/m2 weekly (premedicate with dexamethasone, diphenhydramine, and ranitidine)[6, 7, 8] or

Cisplatin 20 mg/m2 IV on day 2 weekly for up to 7wk pluspaclitaxel 30 mg/m2 IV on day 1 weekly for up to 7wk[9] or

Induction chemotherapy is typically given to patients with stage III-IVB disease in order to shrink a primary tumor to reduce its bulkiness in preparation for subsequent surgery or radiation therapy.

The decision to treat with induction chemotherapy rather than concurrent chemoradiation or surgery, radiation, or chemotherapy alone should be made by a multidisciplinary tumor board (including a medical oncologist, a radiation therapist, and an ENT surgeon)

Accepted regimen for induction chemo

Docetaxel 75 mg/m2 IV on day 1 plus cisplatin 100 mg/m2 IV on day 1 plus 5-FU 100 mg/m2/day by continuous IV infusion on days 1-4 every 3wk for three cycles; then 3-8wk later, carboplatin AUC 1.5 IV weekly for up to 7wk during radiation therapy; then 6-12wk later; pursue surgery if applicable

If the case known to be metastatic

Treatment recommendations include the use of single-agent or combination chemotherapy.

Platinum-based chemotherapy regimens are preferred if these agents can be tolerated by the patient; if they cannot be tolerated, single agents have been used in this setting

Below are first-line chemotherapy options for metastatic disease or recurrent squamous head and neck cancers (after surgery and/or radiation).

Accepted regimen

Cisplatin 100 mg/m2 IV on day 1 every 3wk for six cycles plus 5-FU 1000 mg/m2/day by continuous IV infusion on days 1-4 every 3wk for six cycles plus cetuximab 400 mg/m2 IV loading dose on day 1, then 250 mg/m2 IV weekly until disease progression (premedicate with dexamethasone, diphenhydramine, and ranitidine)

Carboplatin AUC 5 IV on day 1 every 3wk for six cycles plus 5-FU 1000 mg/m2/day by continuous IV infusion on days 1-4 every 3wk for six cycles plus cetuximab 400 mg/m2 IV loading dose on day 1, then 250 mg/m2 IV weekly until disease progression (premedicate with dexamethasone, diphenhydramine, and ranitidine)

Pembrolizumab 200 mg IV q3wk or 400 mg IV q6wk

Nivolumab 240 mg IV q2wk or 480 mg q4wk until disease progression

Afatinib 40 mg po daily until disease progression or unacceptable toxicity

***Q4 supportive care and emergencies in patient with cancer***

Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach to patient/family/caregiver-centered health care that focuses on optimal management of distressing symptoms, while incorporating psychosocial and spiritual care according to patient/family/caregiver needs, values, beliefs, and cultures. The goal of palliative care is to anticipate, prevent, and reduce suffering; promote adaptive coping; and support the best possible quality of life for patients/families/caregivers, regardless of the stage of the disease or the need for other therapies. Palliative care can begin at diagnosis; be delivered concurrently with disease-directed, life-prolonging therapies; and facilitate patient autonomy, access to information, and choice. Palliative care becomes the main focus of care when disease-directed, life-prolonging therapies are no longer effective, appropriate, or desired. Palliative care should be provided by the primary oncology team and augmented as needed by collaboration with an interprofessional team of palliative care experts.

Standards of Palliative Carec,d • Institutions should develop processes for integrating palliative care into cancer care, both as part of usual oncology care and for patients with specialty palliative care needs.

• All cancer patients should be screened for palliative care needs at their initial visit, at appropriate intervals, and as clinically indicated. • Patients/families/caregivers should be informed that palliative care is an integral part of their comprehensive cancer care. • Educational programs should be provided to all health care professionals and trainees so that they can develop effective palliative care knowledge, skills, and attitudes.

• Palliative care specialists and interprofessional palliative care teams, including but not limited to board-certified palliative care physicians, advanced practice nurses, physician assistants, nurses, dietitians, social workers, chaplains, and pharmacists, should be readily available to provide consultative or direct care to patients/families/caregivers and/or health care professionals who request or require their expertise. • Quality of palliative care should be monitored by institutional quality improvement programs.

Indication

One or more of the following: • Uncontrolled symptoms • Moderate-to-severe distress

related to cancer diagnosis and cancer therapy

• Serious comorbid

physical, psychiatric, and psychosocial conditions

• Complex psychosocial needs • Poor prognostic awareness • Potentially life-limiting disease

• Advanced cancers associated with high morbidity and mortality

Palliative care for all patients undergoing stem cell transplant

• Patient/family/caregiver concerns about course of disease and decision-making

• Patient/family/caregiver requests for palliative care

• Patient request of hastened death

Assessment

Benefits/burdens of anticancer therapy

• Financial toxicity • Decision-making capacity

• Coping strategies • Personal goals/values/ expectations

• Symptoms • Psychosocial or spiritual distress

• Educational and informational needs

• Cultural factors affecting care

• Criteria for

consultation with palliative care specialist

Interventions

Anticancer therapy • Appropriate treatment of comorbid physical and psychosocial conditions

• Coordination of care with other health care providers

• Promote adaptive coping • Symptom management • Advance care planning • Psychosocial and spiritual support

• Culturally appropriate care

• Resource management/ social support

• Consultation with palliative care specialist

• Transition to end-of-life care including hospice referral as appropriate

• Response to request to withdraw or withhold lifesustaining treatment

• Response to requests for hastened death (physician-assisted dying)

• Care of imminently dying hospitalized patient

• Palliative sedation

Symptoms Management:

Pain • Dyspnea • Anorexia/cachexia • Nausea/vomiting (NV) • Constipation • Diarrhea • Malignant bowel obstruction • Fatigue/weakness/asthenia • Insomnia/sedation • Delirium • Lymphedema • Hormone-related symptoms

Pain:

Educate family/caregiver on the patient's condition and the role of pain medication in the dying process

• Optimize psychosocial support for patient and family/ caregivers

• Consider nonpharmacologic and/or integrative interventions (eg, massage, art or music therapy)

• Maintain analgesic therapy; titrate to optimal comfort Balance analgesia against reduced level of consciousness as possible or desired

Weeks to days (Dying patient)

Avoid opioid dose reduction solely for decreased blood pressure or respiration rate If opioid reduction is indicated, consider 10% daily or 25% every 3 days as per national tapering recommendations to avoid acute opioid withdrawal or pain crisis. Avoid opioid antagonists.

Modify routes of administration as needed (PO, IV, rectal, subcutaneous, sublingual, transmucosal, and transdermal), applying equianalgesic dose conversions. Transdermally administered medications have longer times to onset than other routes. IV bolus dosing combined with drip titration may be the effective method of rapid titration; drip titration alone is slower.

Recognize and treat opioid-induced neurotoxicity, including myoclonus and hyperalgesia

• Consider single-fraction palliative RT for painful bone metastases

Dyspnea

Assess symptoms comprehensively • Educate patient/family/caregiver on patient's condition and risk/benefit of treatment options

• Treat potentially reversible underlying causes/ comorbid conditions:

Radiation/chemotherapy Therapeutic procedure for cardiac, pleural, or abdominal fluid

Bronchoscopic therapy Bronchodilators, diuretics, steroids, antibiotics, or transfusions

Anticoagulants for pulmonary emboli

• Relieve symptoms Oxygen therapy for symptomatic hypoxia Educational, psychosocial, and emotional support for the patient/family/caregiver

Nonpharmacologic therapies, including fans, cooler temperatures, stress management, relaxation therapy, and physical comfort measures

Pharmacologic therapy ◊ Opioidsl ◊ Consider benzodiazepines if coexisting anxietym

Noninvasive positive-pressure ventilation (eg, CPAP, BiPAP) support if clinically indicated for severe reversible condition

(Dying patient)

Consider palliative RT for SVC syndrome or respiratory obstruction by tumor mass

Anorexia

Evaluate rate/severity of weight loss and associated symptoms

• Educate patient/family/caregiver on patient's condition and risk/benefits of treatment options

• Screen for conditions/symptoms that interfere with intake Dysgeusia Xerostomia Dental and/or jaw issues Intractable hiccups Mucositis Oral-pharyngeal candidiasis Depression Early satiety (if gastroparesis: try metoclopramide) NV (See PAL-15) Dyspnea (See PAL-11) Constipation (See PAL-17) Pain (See NCCN Guidelines for Adult Cancer Pain) Fatigue Pancreatic exocrine enzyme insufficiency Eating disorders/distorted body image

• Review/modify medications that interfere with intake • Evaluate for endocrine abnormalities:

Hypogonadism Thyroid dysfunction Metabolic abnormalities (eg, increased calcium)

• Assess social and economic factors • Consider registered dietitian consult • Consider swallowing evaluation • Consider psychiatric consultation if patient has an eating disorder

(Dying patient)

• Consider nutrition support, enteral and parenteral feeding (as appropriate)

Constipation

INTERVENTIONSk CONSTIPATION

If constipation is present: • Educate patient/family/caregivers on patient's condition and treatment options

• Assess for cause and severity of constipation Discontinue any non-essential constipating medication

• Rule out impaction, especially if diarrhea accompanies constipation (overflow around impaction)

• Rule out obstruction (physical exam, abdominal x-ray/ consider GI consult)

Preventive measuresk • Increase fluids • Increase dietary fiber if patient has adequate fluid intake and physical activity

• Exercise, if appropriate • Administer prophylactic medications

Stimulant laxative ± osmotic laxative

Increase laxative dose with goal of 1 non-forced bowel movement (BM) every 1–2 days

• Treat other causes (eg, hypercalcemia, hypokalemia, hypothyroidism, diabetes mellitus, medications)

• Add and titrate stimulant and/or osmotic laxative

If impacted: • Administer glycerine suppository ± mineral oil retention enemar

• Perform manual disimpaction following pre-medication with analgesic ± anxiolytic

If constipation persists: • Reassess for cause and severity of constipation • Recheck for impaction or obstruction • Consider adding other laxatives • Consider peripherally acting mu-opioid receptor antagonist (PAMORA) for opioid-induced constipation

When two medications scheduled from different laxative classes have been ineffective

Avoid if concern for post-op ileus and/or mechanical bowel obstruction

• Administer tap water enema until clear • Consider use of a prokinetic agent

Diarrhea

SCREENING AND ASSESSMENT • Evaluate diarrhea severity and cause • Educate patient/family/caregiver on condition and treatment options

• Provide immediate antidiarrheal therapy indicated by grade

• If chemotherapy induced, decrease or delay the next dose of chemotherapy

SEVERITY Determine Diarrhea Grades

• Grade 1: Increase of <4 stools/day over baseline; mild increase in ostomy output

• Grade 2: Increase of 4–6 stools/day over baseline; moderate increase in ostomy output

• Grade 3: Increase of >7 stools/day over baseline; incontinence; hospitalization indicated; severe increase in ostomy output; limiting self-care; interferes with activities of daily living (ADLs)

• Grade 4: Life-threatening consequences; urgent intervention indicated

• Tailor treatment to potential causes Irritable bowel syndrome (IBS)/Crohn's disease

Post-surgical/anatomic changes (ie, short bowel syndrome)

Recent antibiotic use Chemotherapy regimen Radiation-induced enteritis or other RT side effects

Drugs that frequently induce diarrhea Graft-versus-host disease (GVHD) and/or immunotherapy-related colitis

Pancreatic insufficiency in pancreatic cancer Dietary changes Infection ◊ Screen for clostridium difficile (C. diff), human immunodeficiency virus (HIV), and other comorbid infections (ie, ova/parasites) • If fecal impaction is suspected

Neoplastic epidural spinal cord compression (ESCC) is a common complication of cancer that can cause pain and potentially irreversible loss of neurologic function. The majority of cases arise from epidural extension of vertebral body metastases. Although the degree of thecal sac compression required for the designation of ESCC has been variably defined, we consider any radiologic evidence of indentation of the thecal sac to be evidence for ESCC.

The treatment and prognosis of ESCC are discussed here. The clinical features and diagnostic approach to patients with possible ESCC are discussed separately

urgent glucocorticoids with 16 mg dexamethasone

Surgical decompression if possible

Urgent radiotherapy following decompression

Anemia

Anemia following chemotherapy or due to cancer is very common complication

Blood transfusion if HGB below 8 and administeration of iron and folic acid may help the patient qualify of life

Surgical intervention if there is source of bleeding is critical

Febrile neutropenia

Febrile neutropenia refers to the occurrence of a fever during a period of significant neutropenia. When a patient has neutropenia, his or her risk of infection may be higher than normal, and the severity of a given infection may be higher also. Infections can result from transmission of infectious agents between people or as a result of organisms that live in the mouth, gut, or on the skin but do not normally cause illness because the healthy immune system keeps them in check.

Certain chemotherapy treatments are known to have a higher risk of febrile neutropenia than others. When these higher-risk treatments are administered, giving an injection of a medication to help stimulate the growth of neutrophils might prevent febrile neutropenia or shorten the number of days a patient has neutropenia and is thus at risk for febrile neutropenia. These injections are often called growth factors or colony-stimulating factors. They can be given on a one-time basis (long-acting growth factors) or on a daily basis (short-acting growth factors). Importantly, while these medications may reduce the rate of febrile neutropenia, patients can still have febrile neutropenia and should report any fevers to their doctors even if they have received such growth factors.

Mangement

Patients with FN with high risk of complications should be initiated with empiric antibiotics administered intravenously in the hospital setting. Clinical practice guidelines from the IDSA recommend initial antibiotic monotherapy including an antipseudomonal beta-lactam (ie, cefepime), a carbapenem (ie, meropenem, imipenem, or cilastatin), or piperacillin-tazobactam. Patients who are afebrile and develop signs and symptoms of infection should also be treated empirically with the same regimen as high-risk patients. Initial treatment with vancomycin and other antibiotics effective against gram-positive cocci are not recommended as standard empirical antibiotic treatment for patients with FN. However, these agents may be considered in modifications of initial treatment as additional therapy for patient-based needs, such as suspicion of catheter-related infection, skin or soft-tissue infection, pneumonia, hemostatic instability, or antibiotic resistance.4,5

The IDSA guidelines recommend therapy modifications for patients with a positive blood culture with a risk of infection with antibiotic-resistant organisms. If methicillin-resistant Staphylococcus aureus is suspected, the initial antibiotic regimen can be modified to include vancomycin, daptomycin, or linezolid. Suspicion of vancomycin-resistant enterococcus calls for the addition of linezolid or daptomycin. If extended-spectrum beta-lactamase—producing gram-negative bacteria is suspected, patients may benefit from the early use of carbapenem. The addition of polymyxin-colistin or tigecycline to the early treatment is appropriate if the presence of Klebsiella pneumoniae carbapenemase-producing bacteria is suspected. Patients allergic to penicillin may be given cephalosporin, but either ciprofloxacin and clindamycin or aztreonam and vancomycin are recommended in cases of immediate hypersensitivity.4

Patients with FN at low risk of complications may be initially treated with empirical antibiotics administered orally or intravenously in the inpatient setting. Patients meeting select criteria of clinical stability and adequate gastrointestinal absorption may be eligible for treatment switch from intravenous to oral administration of antibiotics. Recommended treatment for low-risk patients includes combination oral antibiotic therapy with ciprofloxacin and amoxicillin-clavulanate. Other orally administered regimens commonly used in clinical practice are monotherapy with levofloxacin or ciprofloxacin and combination with ciprofloxacin and clindamycin. If a patient is being treated for FN with fluoroquinolone prophylaxis, a fluoroquinolone cannot be used as an initial empiric therapy. Additionally, selected patients who are at low risk for complications and have family support and appropriate culture status may be eligible for transitioning treatment with intravenous or oral empiric therapy to the outpatient setting. Patients who continue to present with fever and worsening signs and symptoms of infection are to remain in hospital rather than being discharged.1,4,5

Empiric antifungal therapy is not recommended for routine use in low-risk patients. Initiation of empiric antifungal therapy is recommended for patients who continue to have persistent fever of unidentified cause following 4 to 7 days of antibiotic treatment, and who present with neutropenia that is expected to last more than 7 days. In patients with FN who are already receiving anti-mold prophylaxis, the switch to an agent in a different antifungal class should be considered. However, there are insufficient data to determine which antifungal agent is most appropriate.4

Assessment of Therapeutic Response

The assessment of response and duration of therapy outlined by clinical practice guidelines for the management of FN recommend daily patient reviews following administration of empiric therapy to determine needs for subsequent management. Daily assessments include laboratory tests and cultures for infection, fever trends, and toxicity of treatment.&ensp;

Treatment is necessary until the patient is afebrile for at least 48 hours, clinically stable with resolution of neutropenia (ANC of at least 500 cells per microliter), and has negative blood cultures.4,5 For patients with documented&ensp;» infections, the duration of treatment is decided by the organism and site of infection, and treatment should continue until resolution of neutropenia.4

If a patient is clinically unstable, such as if they present with persistent fever, signs of infection, or positive blood cultures, a broad-coverage antibiotic therapy should be considered. Patients with persistent fever are at a high risk of developing complications and need prompt consultation from an infectious diseases physician. If high fever persists for more than 4 to 6 days, then empiric antifungal therapy may be necessary. Treatment with antibiotics can be discontinued in patients with an ANC of less than 500 cells per microliter who have maintained an afebrile state for 5 to 7 days without any complications. High-risk patients, such as those with acute leukemia and those who have recently had high-dose cytotoxic chemotherapy, may require treatment with antibiotics for up to 10 days or until the resolution of neutropenia.

**30.الاختبارات التكوينية على مدار العام**

## السياسة

## مقدمه

تهدف سياسه اجراءات نماذج الامتحانات الي مراقبه تطبيق المعايير القياسية للورقة الإمتحانية ومراقبه ملاءمتها لسياسه المناهج التعليمية ومخرجات التعلم كما توفر للطالب نموذج محاكي للامتحان لاكتساب وتنميه المهارات المطلوبة لاجتياز الامتحان

## المجال

مجال سياسه نماذج اسئله الامتحانات يتم تسلم نماذج اسئله الامتحانات بكل قسم متضمنا مرحله البكالوريوس والدراسات العليا من لجنه توصيف المقررات وخريطه الامتحان وتطوير المناهج ولجنه الدراسات العليا بالقسم وعمل ملف بكل قسم محتويا علي نماذج الأسئلة متاحا للاطلاع من الساده أعضاء هيئة التدريس والطلبه علي حد سواء

## الاجراءات

**أولا. .تطبيق معايير الورقة الإمتحانية الذي يشمل**

* 1.معايير خاصه بالشكل العام للورقه
* 2.معايير مضمون جيد للورق
* 3.معايير خاصه بمضمون الأسئلة
* 4. سمات الاختبار الجيد

**ثانيا .تحديد الهيئة المسؤولة عن وضع الامتحان والمشرفيين**

* عليها بالنسبه لكل موديول او الدراسات العليا بواسطه رئيس القسم
* ثالثا:يتم تسليم نماذج الامتحانات لمسئول الجوده عقب امتحانات الموديولات او الدراسات العليا
* رابعا : يتم تجديد سياسيه نماذج الامتحانات سنويا

**مواصفات الورقة الامتحانية**

1-معايير خاصه بالشكل العام حيث لابد من توافر البنود الآتيه:

\*طباعه واضحه\*طباعه سليمه لغويا\*واضحة المعنى والترتيب

2-مضمون جيد للورقة الإمتحانية بحيث تشمل الاتي:\*تنسيق الورقة وتوحيد النمط\*تنوع الأسئلة لقياس المهارات والمعرفة

\*تناسب مستوى الامتحان مع لغة اسلوب التدريس

3-معايير خاصه بمضمون الاسئله وتشتمل على الاتي:\*تغطي جميع المنهج\*تحسين المهارات والفهم\*مراعاة الفروق الفرديه \*تتسم بالصدق والشفافيه من واضع الامتحان

4-سمات الاختبار الجيد\*تحديد مدة الاجابه بحيث تكون ملائمه للاسئله\*تحديد طريقة الاجابه\*اسلوب لغوي ملائم ومفهوم

5-معايير تنظيم المحتوى الدراسي ويتمركز حول نقطتين اساسيتين ملائمة المحتوى لأرض الواقع مع تحديث يتناسب مع ما يحدث من مستجدات على الساحه

**31.كشوف حضور وغياب الطلاب خلال هذا العام**

## السياسة

## مقدمه:

تم وضع هذه السياسه لمتابعة انتظام الطلاب في الحضور ودور ذلك في نمو العمليه التعليميه مع العلم ان تجاهل حضور الطلاب يضر ضررا بليغا بالعمليه التعليميه.

## المجال

يتم تسجيل حضور الطلاب عن طريق سكرتير القسم وتحت اشراف د: .........................مدرس بالقسم ويكون منسق القسم بالتعاون مع منسق الموديول

## الاجراءات

يتم عمل كشوفات خاصه بحضور الطلاب او عن طريق البورتفوليو عن طريق سكرتير القسم وتحت اشراف د:...........مدرس بالقسم منسق الموديول بالتنسيق مع وحدة التعليم الطبي (جهه رئيسيه) ثم بعد ذالك تعرض علي مجلس القسم وتعتمد ثم تسلم نسخه الي شئون الطلاب ونسخه الي منسق الجوده مع بقاء نسخه احتياطيه بالقسم.

## االتحديث الدوري

يتم عمل تلك الكشوفات بصوره دوره مع بداية كل موديول دراسي ثم تجمع في نهاية كل سيميستر وتسلم وتعتمد ثم تسلم نسخه الي وحدة التعليم الطبي و شئون الطلاب ونسخه الي منسق الجوده مع بقاء نسخه احتياطيه بالقسم.

32.نماذج من أبحاث الطلاب وطرق التقييم

## السياسة

## مقدمه:

بيان بالمعايير التى يتم على أساسها تقييم أبحاث الطلاب فى مرحلة البكالوريوس بعد الإنتهاء من دراسة المواضيع المقررة فى الفترة الزمنية المحددة لمادة ...... يتعرف القسم على مدى قدرة الطلاب على استيعابهم للمضمون العلمى والوصول إلى الأهداف المطلوبة من المقررات الدراسية عن طريق ترجمة ذلك فى أبحاث علمية يقوم بها الطلاب فى ذات التخصص بعد الإنتهاء من دراسة المواضيع المقررة بالكامل

## المجال

يقوم منسقي الموديولات بطلب عمل بحث من الطلاب في نهاية كل موديول (من بين عدد من الموضوعات البحثيه)

## الاجراءات

يتم تسليم الابحاث من الطلبه الي سكرتير القسم الذي بدوره يقوم بتسليمها لمنسق القسم في الموديول الذي يقوم بتقييم الابحاث ورصد الدرجه علي اكسيل شيت وتسليمها لمنسق الموديول ثم تعرض علي منسق الترم ثم وحدة التعليم الطبي.

معايير تقييم أبحاث الطلاب

الشكل العام ودقة اللغة .

وضوح الهدف والمنهجية .

مدى شمولية المراجع وحداثتها.

القيمة العلمية للمضمون.

عمق المناقشة وصحة الإستنتاجات.

طريقة وسلامة العرض .

## التحديث الدوري

يتم ذلك في نهاية كل موديول

32.نماذج من أبحاث الطلاب وطرق التقييم

## السياسة

## مقدمه:

بيان بالمعايير التى يتم على أساسها تقييم أبحاث الطلاب فى مرحلة البكالوريوس بعد الإنتهاء من دراسة المواضيع المقررة فى الفترة الزمنية المحددة لمادة ...... يتعرف القسم على مدى قدرة الطلاب على استيعابهم للمضمون العلمى والوصول إلى الأهداف المطلوبة من المقررات الدراسية عن طريق ترجمة ذلك فى أبحاث علمية يقوم بها الطلاب فى ذات التخصص بعد الإنتهاء من دراسة المواضيع المقررة بالكامل

## المجال

يقوم منسقي الموديولات بطلب عمل بحث من الطلاب في نهاية كل موديول (من بين عدد من الموضوعات البحثيه)

## الاجراءات

يتم تسليم الابحاث من الطلبه الي سكرتير القسم الذي بدوره يقوم بتسليمها لمنسق القسم في الموديول الذي يقوم بتقييم الابحاث ورصد الدرجه علي اكسيل شيت وتسليمها لمنسق الموديول ثم تعرض علي منسق الترم ثم وحدة التعليم الطبي.

معايير تقييم أبحاث الطلاب

الشكل العام ودقة اللغة .

وضوح الهدف والمنهجية .

مدى شمولية المراجع وحداثتها.

القيمة العلمية للمضمون.

عمق المناقشة وصحة الإستنتاجات.

طريقة وسلامة العرض .

## التحديث الدوري

يتم ذلك في نهاية كل موديول

34.إعلان المتفوقين بلوحة الشرف بالقسم

## السياسة

## مقدمه:

يتم حصر عدد الطلاب المتفوقين ووضعهم بلوحة الشرف في القسم لحث الطلاب علي مزيد من الجهد ولتقدير دور المتفوق وسط المجموعه ولغرس روح المنافسه مع وجود الدافع لدي الجميع

## المجال

يتم ذلك عن طريق د: المدرس بالقسم(منسق موديول) باللجوء لمنسقين الموديولات في وحدة التعليم الطبي التكاملي مع رؤساء الكنترولات المعنيه.

## الاجراءات

يتم تجميع المعلومات من الكنترولات ومنسقي الموديولات الدراسه وعمل مقارنات بين الطلاب وتحيد اول (10) اسماء وعمل قائمه باسمائهم وصوره مرفقه لكل طالب من شئون الطلاب ووضعها بلوحة الشرف بعد موافقة مجلس القسم.

## التحديث الدوري

يتم تجميع تلك المعلومات مع نهاية كل سيميستر وتحدث نصف سنويا

## الأدلة والوثائق المطلوبة

**مواصفات لوحة الشرف:** ان تكون موجوده في مدخل القسم ويفضل الي جانب مكان انعقاد مجلس القسم وان تكون في مستوي الرؤيه لرواد القسم كما يفضل ان يكون زجاج اللوحه غير مانع للرؤيه.

**كشف بإعلان المتفوقين في قسم .......للعام....... -0000**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المسلسل | رقم الجلوس | الاسم | درجة موديول 1 | درجة موديول 2 | درجة موديول 3 | درجة سيميستر 1 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

رئيس القسم منسق القسم

**نموذج2 لما سيتم وضعه بلوحة الشرف**

|  |  |
| --- | --- |
| **الصوره** | **الاسم** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

35.الإرشاد الأكاديمى

## السياسة

## المجال

يهدف الإرشاد الاكاديمي الى الارتقاء بمستوى الطالب عن طريق:

1-  مساعدة الطالب في الاعداد والتخطيط لمستقبله العلمي .

2- توجيه الطالب بالإرشادات التي تؤدي الى استمراره فى التفوق .

3- مساعدة الطالب في اختيار المقررات الدراسية الاختيارية وكذلك تمهد له الطريق الى التخصص.

4- معاونة الطالب على تجاوز عسراته وتحقيق النجاح المنشود.

5- سعة الصدر لدى المرشد الاكاديمي لحل مشاكل الطالب بكافة انواعها .

هذا ويتم تنفيذ هذه الاهداف بالتعاون بين لجنة الإرشاد الأكاديمي بالكلية والسيد الاستاذ الدكتور وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب والاقسام العلمية المختلفة حيث تضع لجنة الإرشاد الأكاديمي خطة تنفيذية للارشاد الأكاديمي تباشر تنفيذها, كما تجرى تقويما لخطتها وتوافى به السيد الاستاذ الدكتور/ عميد الكلية الذى يستخلص من التقارير الواردة للجنة من الاقسام تقريراً تقويمياً للعمل الإرشادى على مستوى الكلية.

**التوعية والإرشاد الأكاديمي بقسم علاج الاورام والطب النووي**

**رسالة التوعية والإرشاد الأكاديمي:**

تتمثل رسالة الإرشاد الأكاديمي في التعرف على المشكلات التي تعوق قدرة الطالب على التحصيل العلمي والتفاعل مع متطلبات الحياة الجامعية , وتقديم المساعدة والدعم عن طريق زيادة وعي الطلاب بمسئولياتهم الأكاديمية , وتشجيعهم على بذل المزيد من الجهد في حل مشكلاتهم الأكاديمية التي تحول دون تحقيق أهدافهم العلمية , ويتم ذلك عن طريق تزويد الطلاب بالمهارات الأكاديمية المتنوعة , والتي ترفع من تحصيلهم الدراسي.

**هدف التوعية والإرشاد الأكاديمي:**

يعتبر الهدف الأساسي من وجود المرشد الأكاديمي هو إرشاد الطالب وتوجيهه أكاديميا للحصول على الدرجة العلمية بنجاح , ومعاونته على تذليل العقبات التي تصادفه في دراسته , وإسداء النصح في الأمور التي قد تؤثر في مسار تعليمه.

ويستمر قسم الاشعه التشخيصيه في تفعيل بند التوعية والإرشاد الأكاديمي للطلاب بنفس الآلية التي سبقت الموافقة عليها في مجلس الكليه, تماشيا مع سياسة الكلية , حيث يقوم كل مشرف بإعداد ملف خاص لكل طالب من الطلاب الذين أوكلت إليه مهمة التوعية والإرشاد الأكاديمي لهم.

ويحتوي ملف كل طالب على المستندات الآتية:

* استمارة بيانات الطالب.
* قائمة بالمشكلات الأكاديمية للطالب.
* خطة ومنهج الإرشاد الأكاديمي للطالب.
* تقارير دورية عن تطور عملية الإرشاد الأكاديمي ومتابعتها.

36.الريادة الطلابية والساعات المكتبية

## السياسة

## مقدمه:

تعتبر الساعات المكتبية للأستاذ الجامعي امتداداً مهما لما يقوم به في أثناء المحاضرة، لأن تعامل الأستاذ مع الطالب بشكل فردى ومباشر يعود بالنفع على كلا الطرفين ويعمق التواصل وينمّي روح الود بينهما.

كما يوضح لعضو هيئة التدريس ماهية المشكلات التي يعانى منها الطلاب حول المسائل العلمية التي يدرسونها، ليضعها في الاعتبار، ويقوم بعرضها بطريقة أخرى مستقبلاً. ويمكن لعضو هيئة التدريس أيضا استخدام الساعات المكتبية للقيام بدوره في إرشاد الطلاب أكاديميا، ومساعدتهم في اختيار المقررات الدراسية وتجاوز العقبات التي تعيق دراستهم

## المجال

يحدد عضو هيئة التدريس الساعات المكتبية الخاصة به

## التعريفات والمصطلحات

الساعات المكتبية هى ساعات يحددها عضو هيئة التدريس يلتقى فيها مع الطالب بشكل فردى

## الاجراءات

1. يحدد كل عضو هيئة تدريس فى مجلس القسم الساعات المكتبية الخاصة به فى بداية العام الدراسى
2. يراعى أن يكون الساعات المكتبية مرتين على الأقل فى الأسبوع ومدة كل مرة ساعتين
3. يتم إعتماد الساعات المكتبية الخاصة بأعضاء هيئة التدريس من مجلس القسم
4. يتم إعلان الساعات المكتبية الخاصة بأعضاء هيئة التدريس للطلبة فى مكان واضح بالقسم
5. يتم وضع الساعات المكتبية الخاصة بكل عضو هيئة تدريس على المكتب الخاص به إن أمكن

**الساعات المكتبية لأعضاء هيئة التدريس**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| م | إسم عضو هيئة التدريس | الساعات المكتبية | | | | | |
| اليوم | من | إلى | اليوم | من | إلى |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | |

الساعات المكتبيه لقسم علاج الاورام

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **أيام الاسبوع** | | | | | | **الساعات أسبوعيا** | | **الفرقة** | **المادة** | **الوظيفة** | **الاسم** | **م** |
| **عملي** | **محاضرة** |
|  | الأربعاء |  | الاثنين | الأحد |  | - | - | دبلوم | تكنولوجيا الاشعاع | أستاذ | **أ.د/ حسن خالد حمدي** | **1** |
| 6 | 1 | ماجستير |
| 6 | 1 | دكتوراه | علاج الأورام |
| - | 6 | حلقات |
| الخميس |  |  | الاثنين |  | السبت | 2 | 2 | دبلوم | النظائر المشعة  بيولوجيا الاشعاع | أستاذ | **أ.د/ أحمد العجماوي** | **2** |
| 6 | 2 | ماجستير |
| 6 | 2 | دكتوراه | علاج الأورام |
| - | 6 | حلقات |
|  |  | الثلاثاء | الاثنين | الأحد |  | 2 | 2 | دبلوم | النظائر المشعة | أستاذ | **أ.د/ محسن زكري** | **3** |
| 5 | 2 | ماجستير |
| 6 | 1 | دكتوراه | علاج الأورام |
|  | 6 | حلقات |
|  | الأربعاء |  | الاثنين |  |  | 4 | 4 | دبلوم | فيزياء الاشعاع | أستاذ م | **أ.د/ خالد محمد الشحات** | **4** |
| 4 | 4 | ماجستير |
| - | - | دكتوراه |
| - | 6 | حلقات |
| الخميس |  | الثلاثاء | الاثنين |  |  | - | - | دبلوم | علاج الأورام | مدرس | **د/ وائل الشيشتاوي** | **5** |
| 20 | - | ماجستير |
| 10 | - | دكتوراه |
| - | 6 | حلقات |

رئيس القسم

اد/وائل الشيشتاوي

37.الخطة البحثية للقسم وتوافقهامع خطة الكلية

## السياسة

## مقدمه:

كل قسم من الأقسام له خطة بحثية خاصة به مدتها خمس سنوات وتكون هذه الخطة متوافقة مع الخطة البحثية للكلية والتى بدورها تكون متوافقة مع الخطة البحثية للجامعه

## المجال

يحدد مجلس القسم الخطة البحثية

## الاجراءات

1. يتم الحصول على الخطة البحثية الخاصة بالكلية من منسقى معيار البحث العلمى والأنشطة التعليمية
2. يتم عرض الخطة البحثية للكلية على لجنة الدراسات العليا بالقسم
3. تقوم لجنة الدراسات العليا بالقسم بعمل خطة بحثية للقسم من خلال الضوابط التالية :
4. يتم وضع الخطة فى ضوء التوجيهات والأهداف الإستراتيجية للقسم والكلية والجامعة
5. تتوافق الخطة البحثية مع الرؤية والرسالة الخاصة بالكلية والقسم
6. أن تتتسم الخطة بالمرونة والتوافق مع متطلبات العصر
7. أن تعمل الخطة على تلبية إحتياجات سوق العمل
8. يتم عرض الخطة بعد إعدادها كاملة على مجلس القسم للمراجعة والإعتماد
9. يسلم منسق القسم نسخة من الخطة البحثية لقسم لمسئولى معيار البحث العلمى والأنشطة التعليمية للمراجعه والتاكد من موافقتها للخطة البحثية للكلية

الخطة البحثية

**( 2017 – 2022 )**

**رؤية القسم :**

**رسالة القسم :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **م** | **قسم ..علاج الاورام والطب النووي..............................................** | |
| **1** | **المجال البحثى** |  |
| **2** | **الأهداف البحثية** | 1. **...........................................................................** 2. **...........................................................................** 3. **...........................................................................** |
| **3** | **مشاركون من تخصصات أخرى داخل وخارج الجامعة** | 1. **........................** |
| **4** | **التطابق مع الخطة البحثية للكلية** |  |
| **5** | **الإطار الزمنى التقريبى** |  |
| **6** | **التكلفة المتوقعة بالجنيه** |  |
| **7** | **مصادر التمويل** |  |

39.عدد الدرجات الممنوحة لكل من الماجستير والدكتوراة

* **السياسة**
* **مقدمه:**

بيان عدد درجات الماجستير والدكتوراه التي يمنحها القسم/الجامعة في تخصص ........ للأطباء المسجلين من داخل الجامعة أو من خارجها في آخر ثلاث سنوات، حيث يحدد مدى نجاح المؤسسة الجامعية بعدة عوامل منها عدد الدرجات العلمية التي تمنحها هذه المؤسسة في التخصصات المختلفة.

لذلك فإن إصدار بيان دوري بعدد الدرجات العلمية الممنوحة للأطباء من داخل وخارج المؤسسة يتيح لها تقييم أداءها ومتابعة منحنى التقدم أو التأخر في هذا الإطار

* **المجال**

\* تمنح المؤسسة الدرجات العلمية مرتين كل عام (دور ابريل- ودور نوفمبر) لذلك فإن إصدار البيان يحدث مرتين كل عام، ويصدر هذا البيان:

(أ) القسم المختص (مثال: ): عضو هيئة التدريس المختص/ سكرتارية القسم.

(ب) مكتب الدراسات العليا بالكلية.

* **الاجراءات**

تقوم سكرتارية القسم برصد البيان مرتين سنويا من واقع كشوفات النجاح التي ترسل الى القسم من الكلية والحاقها بملف الجودة يتابع عضو هيئة التدريس المختص سير هذه العملية حتى وصولها الى وحدة الجودة بالكلية. يقوم مسئول مكتب الدراسات العليا بإصدار البيان مرتين سنويا من واقع كشوفات النجاح وتسليمه الى وحدة الجودة بالكلية.

* **االتحديث الدوري**

يتم ذلك مرتين سنويا

**نموذج عدد الدرجات الممنوحة خلال الثلاثة أعوام السابقة**

**أولا: درجة الدكتوراه بقسمعلاج الأورام والطب النووي.**

**العام الجامعي 2018-2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | اسم الباحث | اسماء المشرفين | عنوان البحث |
| 1 | لا يوجد |  |  |
| 2 |  |  |  |

**العام الجامعي 2019-2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | اسم الباحث | اسماء المشرفين | عنوان البحث |
| 1 | شريف محمد مصطفى محمود عزام | أد/حسن خالد حمدي  أد/ محسن صلاح الدين ذكري | **استخدام العلاج الكيماوى المساعد بعداستئصال المثانة للمرضى المصابون بسرطان المثانة المتوغل بالعضلة.** |
| 2 | إسلام محمد محمد محمد إبراهيم | أد/ احمد يسري العجماوي  اد/هاله عبد البديع نايل | الاستجابه الكاملة للعلاج الكيماوي في وقت مبكر كمؤشر للتنبؤ بالنتيجة النهائية في علاج الليمفوما اللاهودجكين عالية الدرجة |

**العام الجامعي 2020-2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | اسم الباحث | اسماء المشرفين | عنوان البحث |
| 1 | محمد محمود عبد الوارث | أد/حسن خالد حمدي  اد/وائل حلمي الشيشتاوي | استخدام العلاج الكيميائى والألشعاعى المتزامن فى علاج سرطان الرئة المتقدم موضعياً بواسطة تقنية العلاج الأشعاعى متغير الشدة |
| 2 | احمد عزالرجال محمد محمد | أد/ محسن صلاح الدين ذكري  اد/خالد الشحات محمد | تقييم العلاج الاشعاعي قصير المدي الزمني ومتغير الشده ما قبل الاستئصال الجراحي في علاج سرطان المستقيم المتقدم موضعيا |
| 3 | احمد عاشور محمد | أد/ احمد يسري العجماوي  اد/وائل حلمي الشيشتاوي |  |
| 4 | حنان الشحات محمد | أد/ محسن صلاح الدين ذكري  اد/وائل حلمي الشيشتاوي |  |
|  | شيماء ممدوح احمد | أد/ احمد يسري العجماوي  اد/وائل حلمي الشيشتاوي |  |

**ثانيا: درجة الماجستير بقسم .............**

**العام الجامعي 2018-2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | اسم الباحث | اسماء المشرفين | عنوان البحث |
| 1 | لا يوجد |  |  |
| 2 |  |  |  |

**العام الجامعي 2019-2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | اسم الباحث | اسماء المشرفين | عنوان البحث |
| 1 | لا يوجد |  |  |
| 2 |  |  |  |

**العام الجامعي 2020-2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | اسم الباحث | اسماء المشرفين | عنوان البحث |
| 1 | لا يوجد |  |  |
| 2 |  |  |  |

40.عدد الدرجات العلمية المسجلة بالقسم

* **السياسة**
* **مقدمه:**

يحدد مدى نجاح المؤسسة الجامعية بعدد من المؤشرات منها عدد الدرجات العلمية المسجلة بكل قسم من الأقسام المختلفة. إصدار بيان بعدد الدرجات العلمية بالقسم يتيح للمؤسسة معرفة عدد أعضاء هيئة التدريس ومعاونيهم حتى يتسنى لها معرفة مدى ملاءمة هذا العدد لمتطلبات البرامج التعليمية المقدمة من أجل تحقيق رسالتها وأهدافها

* **المجال**

تتغير الدرجات العلمية المسجلة بالقسم بشكل سنوي من خلال ترقي أعضاء هيئة التدريس من مدرس الى أستاذ مساعد ومن أستاذ مساعد الى أستاذ، وكذلك ترقي الهيئة المعاونة بعد حصولهم على الدكتوراه الى درجة مدرس. كما يكون هناك بعض أعضاء هيئة التدريس يتم انتقالهم من أستاذ الى أستاذ متفرغ بعد بلوغهم سن المعاش، بالإضافة الى الوفيات والإجازات.

لذلك يتعين اصدار بيان سنوي بعدد أعضاء هيئة التدريس المتواجدين على رأس العمل ودرجاتهم ويرفق بملف الجودة الخاص بالقسم عن طريق:

(أ) القسم المختص (مثال: قسم ): عضو هيئة التدريس المختص/ سكرتارية القسم.

(ب) مكتب شئون أعضاء هيئة التدريس بالكلية

* **الاجراءات**

يقوم مسئول مكتب شئون أعضاء هيئة التدريس بالكلية بإصدار البيان سنويا من واقع كشوفات الاجازات وكشوفات الترقي والمعاشات وتسليمه الى سكرتارية القسم تقوم سكرتارية القسم برصد البيان سنويا واختبار مدى مطابقته للواقع العملي بالقسم ثم يرسل الكلية والحاقها بملف الجودة

يتابع عضو هيئة التدريس المختص سير هذه العملية حتى وصولها الى وحدة الجودة بالكلية.

* **التحديث الدوري**

يتم ذلك بشكل سنوي

**عدد الدرجات العلمية المسجلة بالقسم**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الدرجة** | **اسم عضو هيئة التدريس** | **تاريخ شغل الدرجة** |
| **أستاذ غير متفرغ** |  |  |
| **أستاذ متفرغ** |  |  |
| **أستاذ** |  |  |
| **أستاذ مساعد** |  |  |
| **مدرس** |  |  |
| **هيئة معاونة** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **سلسل** | **الاسم** | **على راس العمل** | **الوظيفة** | | | |
| **1-** | **أ.د / أحمد يسري العجماوي** |  | **أستاذ بالقسم متفرغ** |  | | |
| **2-** | **أ.د / حسن خالد حمدي** |  | **أستاذ بالقسم متفرغ** |  | | |
| **3-** | **أ.د / محسن صلاح الدين زكري** |  | **أستاذ بالقسم متفرغ** |  | | |
| **4-** | **أ.د / خالد محمد الشحات** |  | **أستاذ مساعد** |  | | |
| **5-** | **أ.د / وائل حلمي الششتاوي** |  | **أستاذ مساعد** |  | | |
| **6-** | **أ.د / حمدى محمد صقر محمد** |  | **استاذ مساعد** | **اجازه مرافق زوجه** | | |
| **7-** | **أ.د / ايهاب السيد محمد عبده** |  | **استاذ مساعد** | **جازه مرافق زوجه** | | |
| **8-** | **د / اسماعيل الدسوقى محمد معروف** |  | **مدرس** | **اجازه مرافق زوجه** | | |
| **9-** | **د/ محمد عاشور حسين** |  | **مدرس** | **اجازه مرافق زوجه** | | |
| **10-** | **د / رفاعي بلال حسن** |  | **مدرس** | | **اجازه مرافق زوجه** | |
| **11-** | **د / محمد السيد عبد الفتاح المنسي** |  | **مدرس** | | **اجازه مرافق زوجه** | |
| **12-** | **د / هشام عباس العبادي** |  | **مدرس** | |  | |
| **13-** | **د / شريف محمد مصطفي عزام** |  | **مدرس** | |  | |
| **14-** | **د / اسلام محمد محمدمحمدابراهيم** |  | **مدرس** | |  |  | |
| **15-** | **د / احمد عز الرجال محمد** |  | **مدرس مساعد** | |  | |
| **16-** | **د / محمد محمود عبد الوارث طراد** |  | **مدرس مساعد** | |  |  | |
| **17-** | **د / مصطفى الشحات مصطفى حسانين** |  | **مدرس مساعد** | |  |  | |

41.إعلان نظام الاشراف على الرسائل

## السياسة

## مقدمه:

كل قسم له نظام معلن للإشراف على الرسائل العلمية

## المجال

يحدد مجلس القسم نظام الإشراف على الرسائل العلمية

## الاجراءات

1. يتم الإتفاق فى مجلس القسم على نظام موحد لتوزيع الإشراف على الرسائل
2. يعتمد مجلس القسم نظام الإشراف على الرسائل
3. يعلن نظام الإشراف على الرسائل الخاصة بالقسم لجميع أعضاء هيئة التدريس بالقسم
4. تقوم لجنة الدراسات العليا بالقسم بمتابعة تنفيذ نظام الإشراف على الرسائل المعتمد من مجلس القسم

**إعلان نظام الإشراف على الرسائل العلمية بقسم علاج الأورام والطب النووي**

يستمر قسم علاج الأورام والطب النووي في انتهاج نفس نظام الإشراف على الرسائل العلمية المتبع في القسم منذ إنشائه , وهو نظام يتميز بالنزاهة والحيادية التامة وتكافؤ الفرص , ويرتكز هذا النظام على القواعد الآتي بيانها:

* يتم تعيين المشرفين على الرسائل العلمية طبقا لقاعدة الدور وفقا لكشف ترتيب أعضاء هيئة التدريس باعتبار الأقدمية لكل من درجتي الماجيستير والدكتوراة كل على حدة , أي أنه عند تحديد المشرف على رسالة علمية ما يقع الاختيار على عضو هيئة التدريس التالي في الترتيب لآخر عضو تم اختياره مشرفا على رسالة علمية من نفس النوع , ودون أن يتم الخلط بين درجتي الماجيستير والدكتوراه , بمعنى أن حلول الدور على عضو هيئة التدريس للإشراف على رسالة ماجيستير مثلا لا يحرمه دوره في ترتيب قائمة الإشراف على الدكتوراه , حتى ولو تزامن اختياره للإشراف على رسالتين في ذات الوقت بشرط أن تكونا من درجتين مختلفتين.
* عدم فراغ المشرف من الانتهاء من الإشراف على رسالة علمية سابقة لا يحرمه الاختيار لرسالة أخرى من نفس الدرجة إذا حل عليه الدور.
* عند اعتذار عضو هيئة التدريس عن الإشراف على رسالة ما ينتقل الاختيار إلى العضو التالي له بالترتيب , ويتم تخطي دوره في هذه الدورة , إلا إذا حدث تبديل بينه وبين عضو هيئة تدريس آخر تم اختياره للإشراف على رسالة أخرى متزامنة من نفس الدرجة , ففي هذه الحالة يتوقف الأمر على موافقة مجلس القسم على حدوث مثل هذا التبديل.
* يتم تخطي عضو هيئة التدريس الغير موجود على قوة العمل (إعارة أو أجازة) عند الاختيار للإشراف على رسالة علمية.
* إذا أصبح عضو هيئة التدريس على غير قوة العمل أثناء الإشراف على رسالة علمية ما فإنه إشرافه يستمر ما لم يكن معارا خارج البلاد وحدث أحد الأمرين الآتيين:
* أن يكون استمرار إشرافه على الرسالة سلبي التأثير على عملية جمع المادة العلمية.
* أن تطول مدة سفره أكثر من ستة أشهر , إلا إذا كانت الفترة بين سفره وحصول الباحث على صلاحية المناقشة أقل من ذلك.

6) عند رجوع عضو هيئة التدريس إلى قوة العمل فإنه يعود إلى نفس دوره في ترتيب الإشراف على الرسائل العلمية , وإذا كان قد تم تخطيه نظرا لعدم وجوده على قوة العمل في دورة الإشراف الحالية , فإنه يلزمه الانتظار حتى يحل عليه الدور في دورة الإشراف الجديدة , إلا إذا وافق مجلس القسم بالإجماع على غير ذلك.

**رئيس قسم علاج الأورام**

**أ.د/ وائل الشيشتاوي**

نظام الإشراف على الرسائل

وافق مجلس قسم ................ فى جلسته المنعقدة بتاريخ ...... /...... / ....... على سياسة نظام الإشراف على الرسائل العليمة المسجلة بالقسم وكانت السياسة كالآتى :

* توزيع الإشراف على الرسائل يكون طبقا لأقدمية الحصول على الأستاذية
* يتم توزيع المشرف الثانى طبقا لأقدمية الحصول على درجة الدكتوراة

إذا اعتذر عضو هيئة التدريس عن الإشراف يكون الدور على العضو الذى يليه بالمجلس

**42.قاعده بيانات الرسائل والابحاث المنشوره محليا ودوليا خلال خمس سنوات**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| قرار مجلس القسم | لجنة المناقشة | عنوان البحث | اسم الطبيب مقدم البحث | تاريخ مجلس القسم |
| الموافقة | أ د / حسن خالد حمدى  أ د / ابتسام محمد سعد الدين  أ د / هشام عاطف زكي | رسالة ماجستير بعنوان " استخدام مثبطات نمو الأوعية الدموية فى علاج السرطان " | محمد سيد أحمد | 29 /4 / 2012 |
| الموافقة | أ د / محسن صلاح الدين زكري  أ د / أحمد سليم فؤاد  أ د / محمد محمود موسي | رسالة ماجستير بعنوان " التوجهات الحديثة فى مناجزة الليمفوما اللاهودجيكين " | اسلام محمد محمد |  |
| الموافقة | أ د / أحمد يسري العجماوي  أد / محسن صلاح الدين زكري  أ د / عماد محمود حمادة | رسالة ماجستير بعنوان " العلاج الإشعاعي عالي الدقة " | أحمد عاشور محمد |  |
| الموافقة | لجنة الإشراف  أ د / حسن خالد حمدى  أ د / أحمد يسري العجماوي  د / خالد محمد الشحات | رسالة ماجستير بعنوان " دراسة عيارية لتقييم العلاج الإشعاعى الإعتيادى بالمقارنة بالتطابقي فى علاج سرطان الثدى "  Dosimetric evaluation for conventional Versus conformal breast irradiation “ | محمد محمود عبد الوارث طراد |  |
| الموافقة | لجنة الإشراف  أ د / أحمد يسري العجماوي  أ د / محسن صلاح الدين زكري  د / وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان " تحليل استعاري لمرضي الثانويات السرطانية غير معلومة المنشأ  Retrospective analysis of the patients with metastasis of unknown origin | أحمد عز الرجال محمد |  |
| الموافقة | لجنة الإشراف  أ د / أحمد يسري العجماوي  د / خالد الشحات  د / وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان " النتائج العلاجية لسرطان الرئة المتقدم موضوعيا – دراسة استعارية  Outcome of locally advanced non-small cell lung cancer “ retrospective study “ | أحمد سعيد أحمد سعيد |  |
| الموافقة | لجنة الإشراف  أ د / محسن صلاح الدين زكري  د / خالد الشحات  د / وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان  نتائج العلاج التحفظي لسرطان المثانة " دراسة استعارية "  Outcome of conservative management of bladder cancer “ retrospective study “ | عبد العزيز مصطفي عبد العزيز |  |
| الموافقة | لجنة المناقشة  أ د / أحمد العجماوي  أ د / محمد محمود موسي  أ د / إسحاق عبد العال | رسالة ماجستير بعنوان " العلاج الفردى لمرضي سرطان الثدي " | نجيب السيد نجيب بنداري | 13/5/ 2012 |
| الموافقة | لجنة المناقشة  أ د / أحمد العجماوي  أ د / سيد العويضي  أ د / محمد محمود موسي | رسالة ماجستير بعنوان  التطورات الحديثة للعلاج الإشعاعى فى سرطان البروستاتا  Recent advances in irradiation therapy of  prostate cancer | شريف محمد عزام | 21 / 10 / 2012 |
| الموافقة | لجنة الاشراف  أ د / حسن خالد حمدي  أ د / أحمد يسري العجماوي  أ د / محسن صلاح الدين زكري  أ د / رباب محمد جعفر | رسالة دكتوراه بعنوان العلاج الكيماوي التعزيزي بعد العلاج الإشعاعي المتزامن مع العلاج الكيماوي في مرضي سرطان الرئة المتقدم موضعيا  Consolidation chemotherapy after concurrent chemoradiation in locally advanced non small cell lung cancer | رفاعي بلال حسن | 31/3/2013 |
| الموافقة | لجنة الإشراف  أ د / هالة عبد البديع نايل  أ د / أحمد يسري العجماوي  أ د / محسن صلاح الدين زكري | رسالة ماجستير بعنوان " دراسة استعارية للاورام الليمفاوية فى مرحلة المراهقة والشباب "  Retrospective study on malignant lymphoma in adolescent and young adults | خالد حسن عبد الجواد الأجهوري | 29/9/2013 |
| الموافق | لجنة الإشراف  أ د / حسن خالد حمدى  أ د / أحمد يسري العجماوي  د / وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان " مدى الفاعلية والأثار الجانبية لإضافة عقار الأوكساليبلاتين لعقاري الفلورويوراسيل والليوكوفورين لعلاج مرضي سرطان القولون – دراسة استرجاعية  Efficacy and toxicity of adding Oxaliplatin to flurouracil and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer – retrospective study | مصطفى الشحات مصطفي | 9/2/2014 |
| الموافقة | لجنة الإشراف  أ د / هالة عبد البديع نايل  أ د / محسن صلاح الدين زكري  د / وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان " تقييم احتياجات الرعاية الصحية لمرضي السرطان المراهقين والبالغين  Assessing the health care needs of adolescents and young adult cancer patients | محمد سمير سليمان حمزة الشيخ |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الموافقة | لجنة الإشراف  أ د / أحمد يسري العجماوي  د / وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان " دراسة استرجاعية لمرضي سرطان المستقيم فى مراحل العمر المختلفة "  Retrospective study on rectal carcinoma on different age groups | محمد وحيد محمد عبد السلام |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د. حسن خالد  ا د. محسن زكرى  د. صبرى محمود خالد | رسالة دكتوراه بعنوان  استخدام العلاج الكيماوى المساعد بعد استئصال المثانه للمرضى المصابون بسرطان المثانه المتوغل بالعضله  Adjuvant chemotherapy treatment after radical cystectomy in patients with muscle invasive bladder cancer | شريف محمد مصطفى عزام | 12/10/2014 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د. حسن خالد  ا د. خالد الشحات  ا د. وائل الششتاوى | رسالة دكتوراه بعنوان تقييم عدم تحقق فى الوضع العلاجى الاشعاعى لسرطان الرأس و الرقبه  Evaluation of setup uncertainity in head and neck cancer radiation therapy | نجيب السيد نجيب |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د. هاله عبدالبديع  ا د.احمد العجماوى  ا د.محسن زكرى | رسالة دكتواره بعنوان الاستجابه الكامله للعلاج الكيماوى فى وقت مبكر كمؤشر للتنبؤ بالنتيجه النهائيه فى علاج الليمفوما الاهودجيكينى عالية الدرجه | اسلام محمد محمد محمد |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د. احمد العجماوى  ا د. خالد الشحات  ا د. وائل الششتاوى | رسالة دكتوراه بعنوان تقييم عدم التحقق فى الوضع الغلاجى الاشعاعى لسرطان الحوض  Evaluation of setup uncertainity in radiation therapy of pelvic cancer | محمد سيد احمد |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د. احمد العجماوى  ا د. وائل الششتاوى  ا د. خالد الشحات | رسالة دكتوراه بعنوان تقييم سمية العلاج الاشعاعى للغدد الليمفايويه الثدييه الداخليه المشععه فى مرضى سرطان الثدى  Assessment of radiotherapy toxicity in irradiated internal mammary lymph nodes in breast cancer patients | احمد عاشور محمد محمد |  |
| الموافقه | لجنة المناقشه  ا د. حسن خالد  ا د. احمد العجماوى | رسالة ماجستير بعنوان انماط ارتجاع الورم فى مرضى سرطان الثدى القابلين للجراحه  Patterns of relapse in operable breast cancer patients | محمد عبدالعزيز السيد | 8-2-2015 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د. محسن زكرى  ا د. وائل الششتاوى | رسالة ماجستير بعنوان نتائج اجتثاث بقايا الغده الدرقيه باليود المشع (131) فى مرضى سرطان الغده الدرقيه (دراسه استرجاعيه)  Outcome ablation of thyroid remnants with radioactive iodine (131) in patients with thyroid cancer | محمود عنتر محمد | 8-3-2015 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د. هاله عبدالبديع  ا د. احمد العجماوى | رسالة ماجستير بعنوان مدى انتشار الالتهاب الكبدى الوبائى فى حالات سرطان الغدد الليمفاويه و تأثير الاصابه بها على المسار الاكلينيكى  Hepatitis viruses and malignant lymphoma providence and therapeutic implications | هيثم احمد الدرديرى |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د. احمد العجماوى  ا د. وائل الششتاوى | رسالة ماجستير بعنوان تأثير نسبة اصابه الغدد الليمفاويه الابطيه على نتائج مرضى سرطان الثدى(دراسه استرجاعيه)  Impact of axillary lymph node ratio in outcome breast cancer patients(retrospective study) | محمد عبدالبديع بهنسى |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  ا د.احمد يسرى العجماوى  ا د.محسن صلاح الدين زكرى  ا د. اسحق عبدالعال | رسالة دكتوراه بعنوان دور التاكسين فى علاج سرطان الثدى المتغلغل لدى السيدات  Evaluation of the role of taxane in the neoadjuvant treatment of female patient with invasive breast cancer | محمد السيد عبدالفتاح منسى | 6-12-2015 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد. حسن خالد  اد.ابراهيم عويس  اد. .وائل الششتاوي | رسالة دكتوراه بعنوان دور العلاج الاشعاعي المتغير الشده في علاج اورام المخ السرطانيه عالية الدرجه  Role of intensity modulated radiotherapy (IMRT) in the treatment of high grade gliomas. | عبدالله محمد حسن | 6-3-2016 |
| الموافقه | لجنة الاجتماع  اد. حسن خالد  اد. احمد العجماوي  اد.محسن زكري  اد.خالد الشحات  اد. وائل الششتاوي | بحث علمي بعنوان  Conventional versus hypofractionated radiotherapy in node positive breast cancer | د.وائل الششتاوي | 8-5-2016 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد. محسن زكري  اد.مجدي صلاح  اد.خالد الشحات | رسالة دكتوراه بعنوان تقييم العلاج الاشعاعي قصير المدي الزمني ومتغير الشده ما قبل الاستئصال الجراحي في علاج سرطان المستقيم المتقدم موضعيا  Evaluation of preoperative short course intensity modulated radiotherapy in treatment of locally advanced rectal carcinoma | احمد عز الرجال محمد محمد | 12-6-2015 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد. احمد العجماوي  اد. وائل الششتاوي  اد.خالد محمد ابراهيم | رسالة دكتوراه بعنوان استخدام العلاج الكيمائي والاشعاعي المتزامن في علاج سرطان الرئه المتقدم موضعيا بواسطة تقنية العلاج الاشعاعي متغير الشده  Concurrent chemo-radiotherapy for locally advanced NSCLC using IMRT technique. | محمد محمود عبد الوارث | 18 -9- 2016 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.حسن خالد حمدي  اد.احمد العجماوي  اد.محسن زكري  اد. احمد محمد سليم | رسالة دكتوراه بعنوان العلاج التحفظي لسرطان الراس والرقبه المتقدم موضعيا عن طريق استخدام العلاج الكيميائي متبوعا بالعلاج الاشعاعي المتزامن مع العلاج الكيميائي  Neoadjuvant chemotherapy followed by concurrent chemoradiation for locally advanced head and neck cancers | هشام عباس |  |
| الموافقه | لجنة المناقشه  اد.محسن صلاح زكري  اد.هشام عاطف  اد.سعيد حسني بنداري | رسالة دكتوراه بعنوان العلاج الاشعاعي المتزامن مع العلاج الكيماوي ما قبل العلاج الجراحي في مرضي سرطان المستقيم  Preoperative concurrent chemoradiotherapy in rectal cancer. | مصطفي ابراهيم محمود | 12-2-2017 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد. احمد العجماوي  اد.حسن خالد | رسالة دكتوراه بعنوان قيمة استخدام العلاج الموجه في سرطان القولون المنتشر .  The value of targeted therapy in metastatic cancer colon . | شيماء ممدوح انور | 4-6-2017 |
| الموافقه |  | طلب مقدم للحصول علي اللقب العلمي لوظيفة استاذ مساعد  قائمة الأبحاث  1-pathological pattern in egyption cancer bladder data from single institute .  2- predictive value for negative sentinel lymph node biopsy after neoadjuvant chemotherapy in locally advanced breast cancer .  3- primary pulmonary extraskeletal ewing sarcoma primitive neuroectodermal tumor two case report .  4-prognostic value of LN ratio in breast cancer patients with pathologically positive axillary LN in single institute experience .  5-reconizing the needs among adolescent , young and adults diagnosed with cancer .  6- incidental internal mammary dose recieving during tangential breast irradiation . | وائل الششتاوي |  |
| الموافقه |  | طلب مقدم للحصول علي اللقب العلمي لوظيفة استاذ  ابحاث علميه بعنوان  1-bone pain management with palliative radiotherapy single fraction versus multiple fraction .  2- bone scan index as a treatment response biomarker for castration -resistant metastatic prostate cancer .  3- induction chemotherapy followed by concurrent chemo-radiotherapy in advanced H&N cancer .  4- locally advanced rectal preoperative chemoradiotherapy outcome and tolerability counter experience . | ايهاب عبده السيد |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.احمد العجماوي  اد.وائل الشتاوي | رسالة ماجستير بعنوان عقار التاموكسفين في مقابل عقار التاموكسفين وتثبيط المبيض ما قبل سن اليأس في سرطان الثدي المبكر الايجابي  Tamoxifen versus tamoxifen and ovarian suppression in premenopausal hormone positive early breast cancer (retrospective study ) | اشرف ابراهيم بسيوني |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.محسن زكري  اد. وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان اورام الارومه الغازيه الحمليه (دراسه استرجاعيه )  Gestational trophoblastic neoplasia  (retrospective study ) | محمود ابراهيم محمد شاهين | 10-12-2017 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.خالد الشحات  اد. محمد منسي | رسالة ماجستير بعنوان دراسه عياريه مقارنه بين العلاج الاشعاعي ثلاثي الابعاد التطابقي والعلاج الاشعاعي متغير الشده في مناجزة سرطان المستقيم  (دراسه استرجاعيه )  Dosimetric study comparing three dimensional conformal radiotherapy to intensity modulated radiotherapy in management of rectal carcinoma  (retrospective study ) | محمود محمد محمد محمد | 3-2-2018 |
| الموافقه |  | قائمة الابحاث العلميه  1-frequency of epidermal growth factor mutation status and its effect on outcome of patients with adenocarcinoma of the lung .  2-Retrospective analysis of adjuvant therapy in intermediate and high risk endometrial cancer patients .  3-Neutrophilic lymphovytic ratio as predictive biomarker in advanced rectal cancer patients .  4-concurrent weekly taxol vs weekly cisplatin with radiotherapy in the treatment of locally advanced cervical cancer. | محمد عاشور حسين | 3-3 -2018 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.محسن زكري  اد. وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان تأثير العلاج الهرموني في مرضي اورام البروستاتا المنتشر ( دراسه استرجاعيه )  Impact of Hormonal treatment in patients with metastatic prostatic carcinoma  (retrospective study ) | هيثم عبد العاطي محمد عبد الفتاح | 2-7-2018 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.حسن خالد  اد. محمد منسي | رسالة ماجستير بعنوان انقطاع الطمث الناتج عن العلاج الكيماوي في مرضي سرطلن الثدي قبل اليأس  (دراسه استرجاعيه )  Chemotherapy induced amenorrhea in premenopausal breast cancer patients  (retrospective study ) | السيد رافت السيد سعدون |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.احمد العجماوي  اد .وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان العوامل المؤثره الواصله للقلب والشريان التاجي الامامي الهابط اثناء العلاج الاشعاعي علي الثدي الايسر  (دراسه استرجاعيه)  Factors affecting heart and anterior descending coronary artery radiation dose during left breast ( retrospective study ) | وائل صابر محمد عبد الحميد |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد. وائل الششتاوي  اد. محمد بنسي | رسالة ماجستير بعوان نتائج في مرضي اورام الرئه غير صغيره الخلايا المنتشر منذ المجئ  (دراسه استرجاعيه )  Treatment outcome in patients with metastatic non small cell lung cancer at presentation  (retrospective study ) | عبد المنعم محمد عبد المنعم علي |  |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.احمد العجماوي  د.محمد المنسي | رسالة ماجستير بعنوان الخصائص السريريه ونتائج العلاج في المرضي الذين يعانون من اورام الغدد الليمفاويه من النوع غير هودجكيني منخفض الدرجه ( خبرة مركز الاورام مستشفي الحسين الجامعي جامعة الازهر )  (دراسه استرجاعيه )  The clincal characteristics and treatment response of patients with low grade non-Hodgken lymphoma (experience of the oncology center alhussien hospital , azhar university )  (retrospective study ) | محمد عمر احمد ابراهيم | 6-1-2019 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد. احمد العجماوي  اد . وائل الششتاوي | رسالة دكتوراه بعنوان تقييم العلاج الاشعاعي التكييفي في علاج الاورام السرطانيه للرأس والرقبه المتقدمه موضعيا  (دراسه استرجاعيه )  Evaluation of adaptive radiation therapy in treatment of locally advanced H&N cancer . | مصطفي الشحات مصطفي | 10-2-2019 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.محسن زكري  اد.وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان دراسه استرجاعيه في النتائج بين الجانب الايسر والجانب الايمن من سرطان القولون  Retrospective study of the outcome between LT sided and RT sided colon cancer . | محمد عبد الحميد حفني ابراهيم | 3-11-2019 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد .احمد العحماوي  د.وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان القيمه الحديثه للمعامل البيولوجي ki67  للتنبؤ بالتطور المرضي لسرطان الثدي عند السيدات  (دراسه استرجاعيه )  Cutoff value of KI 67 biomarker as prognostic marker in breast cancer  (retrospective study ) | نبيل دسوقي مغاوري |  |
| الموافقه |  | طلب مقدم للحصول علي اللقب العلمي لوظيفة أستاذ  قائمة الأبحاث العلميه المقدمه  1-Dosimetric comparison between intensity modulated radiotherapy and volumetric modulated ARC therapy in hippocamus sparing in brain metastasis treated by whole brain irradiation and simultaneous integrated boost .  مقارنة قياس الجرعه بين العلاج الاشعاعي متغير الكثافه والعلاج الاشعاعي الحجمي المحوري متغير الكثافه في حماية الحصين لمرضي سرطان المخ المعالجون بالعلاج الاشعاعي للمخ كله مع جرعه متكامله في وقت واحد.  2-Dosimetric comparison between VMAT and IMRT in adjuvant breast cancer irradiation .  مقارنة قياس الجرعه بين العلاج الاشعاعي الحجمي المحوري متغير الكثافه والعلاج الاشعاعي متغير الكثافه لمريض سرطان الثدي ,  3-Evaluation physical charcteristics of electron beam of extended distances for total skin electron irradiation technique .  تقييم الخواص الفيزيائيه لشعاع الالكترون في المسافات الممتده من المصدر لعلاج سرطان الجلد.  4- Intensity modulated radiation therapy versus supportive care in malignant pleural mesothelioma A pilot study for treatment outcomes and cost effective expectation .  العلاج الاشعاعي متغير الكثافه بالمقارنه بالعلاج التخطيطي لسرطان الغشاء البلوري للرئه | خالد محمد الشحات | 2-2-2020 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.احمد العجماوي  اد.وائل الششتاوي | رسالة ماجستير بعنوان  الجرعه الاشعاعيه الواصله للبطين الايسر والشريان التاجي الامامي الايسر الهابط لمرضي سرطان الثدي الايسر المتلقين للعلاج الاشعاعي المساعد في وضع الانبطاح الامامي  (دراسه استباقيه)  Left ventricle and left descending coronary artery radiation dose in patients receiving adjuvant radiotherapy for left breast cancer in prone position .  A prospective study | هبه رفعت انور صالح | 5-3-2020 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد. محسن زكري  د.هشام عباس | رسالة ماجستير بعنوان  تقيم النتائج والاضرار والاثار الجانبيه الناتجه عن العلاج الكيماوي في سرطان القولون  (دراسه استرجاعيه )  Evaluation outcome and toxicity in patient with colon cancer treatment with chemotherapy  (Retrospective study ) | اسلام بخيت ابراهيم سلامه | 5-12-2020 |
| الموافقه | لجنة الاشراف  اد.حسن خالد  د.هشام عباس | رسالة ماجستير بعنوان  مقارنة الاثار الجانبيه بين العلاج الاشعاعي متغير الكثافه والعلاج الاشعاعي التطابقي ثلاثي الابعاد في علاج سرطان الراس والرقبه موضعيا  Comparison of toxicity profile between intensity modulated radiotherapy (IMRT) vs three dimensional conformal radiorherapy (3D-CRT)  In locally advanced Head and neck cancer | محمود السيد محمد ابو العزم | 4-4-2021 |

43.قائمة بالأبحاث المشتركة مع جهات بحثية من خارج الكلية

## السياسة

## مقدمه:

عمل قائمة بالأبحاث المشتركة مع جهات بحثية من خارج الكلية يتيح لأعضاء القسم والمنتسبين إليه الرجوع إليها للحصول على المادة العلمية كما أنه يساهم في تقييم وتطوير البحث العلمى والمشاركة المجتمعية بالقسم.

## المجال

يتم ذلك عن طريق سكرتارية القسم تحت اشراف ومتابعة لجنة الدراسات العليا والبحث العلمى بالقسم.

## الاجراءات

يقوم الأعضاء القائمين على البحث بتزويد سكرتيرة القسم بالبيانات الخاصة بالبحث وتقوم السكرتيرة بإضافة البيانات تحت اشراف اللجنة.

## التحديث الدوري

يتم تحديث القائمة عند اشتراك القسم في أحد الأبحاث.

**السيد الأستاذ الدكتور /عميد الكلية**

**تحية طيبة وبعد،**

نحيط سيادتكم علما بأنه تم التواصل مع قسم علاج الأورام بمستشفى سان بارتس بالمملكة المتحدة وّذلك مع رئيس القسم البروفيسور بلومان وذلك لتفعيل مشروع التعاون بين جامعة الأزهر مع الإتحاد الأوروبى بناءا على الخطاب الوارد إلينا من سيادتكم .

ولسيادتكم فائق التقدير والإحترام

**رئيس القسم**

**أ.د./وائل الشيشتاوي**

**قائمة بالأبحاث المشتركة مع جهات بحثية من خارج الكلية**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ملاحظات** | **الباحثين** | **الجهة المشاركة** | **العنوان** | **التاريخ** | **م** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**قائمة المشروعات البحثية المشتركة مع جهات بحثية من خارج الكلية**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان المشروع** | **الأعضاء القائمين على البحث من داخل الكلية** | **اسم الجهة الخارجية المشتركة فى البحث** |
|  |  |  |

44.الإعلان عن الدورات التدريبية فيما يخص العملية التعليمية بالقسم

NORMS.45

NORMS

السياسة

## مقدمه:

وضعت الهيئة القومية لضمان جودة التعليم والإعتماد دليل إرشادى لمعايير المساحات والموارد البشرية والتجهيزات والمواصفات العامة للمبانى والمرافق لمؤسسات التعليم العالى ( Norms Planning Guidelines)

## المجال

يتم الحصول على نماذج ال Norms الخاصة بالهيئة القومية من منسقى الموارد المالية

## التعريفات والمصطلحات

**Norms**

هى معايير وصفية تحدد الحد الأدنى من الشروط الواجب توافرها فى المبانى الجامعية وملحقاتها وكذلك التجهيزات المطلوبة اللازمة للحكم على مدى ملائمة المبانى الجامعية وتجهيزاتها للمعايير المتفق عليها عالميا لضمان جودة التعليم وسلامة وأمان ورضاء الطلاب والعاملين بالمؤسسة

## الاجراءات

* يقوم منسق القسم بالحصول على نماذج الــ Norms من منسقى الموارد المالية
* يتم تشكيل لجنة من القسم خاصة بمتابعة الــ NORMS الخاصة بالقسم
* يتم عمل تقرير كامل من لجنة القسم
* يتم إعتماد هذا التقرير من مجلس القسم
* يسلم هذا التقرير إلى منسق القسم
* يقوم منسق القسم بتسليم نسخة من التقرير لوحدة ضمان الجودة بالكلية
* يحصل منسق القسم على رد على التقرير من وحدة ضمان الجودة بالكلية يوضح فيه المقترحات والحلول للمشكلات الواردة بالتقرير

## المرفقات

دليل Norms الخاص بالهيئة القومية لضمان جودة التعليم والإعتماد

46.الوحدات التخصصية بالقسم

## السياسة

## مقدمه:

تعتبر سياسيه انشاء الوحدات المتخصصه بالاقسام من اهم السياسات التي ترفع من دقه وكفاءه الخدمه التعليميه والطبيه التي تقدمها الكليه وتهدف الي تنظيم ورفع كفاءه الاداء وتقييمه والعمل علي تطوير الاقسام المختلفه والحرص علي وصولها لمستويات متميزه حيث ان التوصيف الوظيفي للعاملين وتحديد المهام بدقه داخل هذه الوحدات يرفع من كفاءه وجوده الخدمه كما ان هيكله هذه الوحدات ومراجعه وتقييم ادائها دوريا يعد الخطوه الاولي للارتقاء بمستوي الخدم

## المجال

مجال سياسه الوحدات المتخصصه بالقسم يتم تشكيل هيكل الوحدات المتخصصه بالقسم متضمنا اسم الوحده والهيكل التنظيمي لها من أعضاء هيئه التدريس والهيئات المعاونه والتمريض والسكرتاريه المكلفه بالعمل بالوحده وطبيعه ومواعيد العمل بالوحده والخدمات التي تقدمها الوحده عن طريق رئيس القسم ويتم اعتمادها في مجلس القسم وعمل هيكل للوحدات بالقسم ويتم وضعه في لوحه في كل قسم ويرفق بملف الجوده بالكليه وملف الجوده الموجود في القسم

## الاجراءات

* **اولا:** يتم تحديدالقسم التابع له الوحده التخصصيه وتحديد الفريق المشرف علي الوحده واجراءات التحكم والاداره بها
* **ثانيا:.**انشاء مجموعه اداره للوحده التخصصيه تشمل (اداره دعم فني.اداره تدريب.اداره التخطيط الاستراتيجي.اداره تكنولوجيا المعلومات)
* **ثالثا:**يتم تحديد موعد التجديد بناءا علي البيانات المسجله من اداره التكنولوجيا وخطوات البناء الاستراتيجي (تتراوح من ٤اي٦شهور)
* **رابعا**:.بيان مهام المكلفين لاداء المهام :
* (رئيس الوحده .كوادر .اعضاء فرق طبيه. اداريين)

الوحدات التخصصيه بقسم علاج الأورام

1.وحده العلاج الكيماوي

2.وحده العلاج الاشعاعي

3.وحده المسح الذري

4.وحده اورام الدم

47.صندوق الشكاوي

## السياسة

## مقدمه:

يعد الاستماع إلى الشكاوي والمقترحات من العاملين والمستفيدين ركيزة أساسية من ركائز التقويم وضمان الجودة        يعتبر لها دور في موضوعية التقويم الذاتي من أجل التحسين والتطوير (المؤشر الرابع في المعيار الثالث إدارة الجودة والتطوير)

         يعتبر لها دور في موضوعية تقييم أداء العاملين (مؤشر السادس في معيار أعضاء هيئة التدريس والمؤشر الثالث في معيار الجهاز الإداري)

           وكذلك معرفة آراء العاملين (المؤشر السابع في معيار أعضاء هيئة التدريس والهيئة المعاونة والمؤشر الرابع في معيار الجهاز الإداري)

       كما يمكن توظيف الشكاوي كإحدى قنوات قياس الآراء من المستفيدين (المؤشر الثامن في معيار التاسع الطلاب والخريجون والمؤشر الحادي عشر في معيار الحادي عشر الدراسات العليا) والمؤشرين التاسع والعاشر في المعيار الثامن التدريس والتعلم

## المجال

-المكان: يتم تفعيل استقبال الشكاوي ومراجعاتها والفصل فيها والاستفاده منها كتغذيه مرتجعه لتحسين جوده الخدمه التي تقدمها الموسسه عن طريق وضع صناديق للشكاوي في الاماكن التاليه:

اماكن تقديم الخدمات التعليميه والتدريس والتدريب للطلاب بالمراحل المختلفه شامله الدراسات العليا

.  صندوق شكاوي الطلاب (صندوق داخل رعاية الشباب- وصندوق أخر داخل مكتب السيد الأستاذ الدكتور/ وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب, وداخل مكتب السيد الأستاذ الدكتور/ عميد الكلية)

.  من خلال رؤساء الأقسام العلمية مباشرة إما كتابة وإما شفاهية (يوجد صندوق بكل قسم علمي)

.  من خلال إجتماعات الريادة مع السادة الأساتذة أعضاء هيئة التدريس بالمجموعات الطلابية

.  من خلال طلاب الإتحاد .

.  من خلال موقع الكلية .

اماكن تقديم الخدمات الطبيه المختلفه من:

 اقسام داخليه   وعيادات خارجيه  ومكتب مديري المستشفيات لشئون المرضي

2- من يستطيع تقديم الشكاوي والمقترحات؟

‌) الطلاب بمختلف فئاتهم الدراسية

‌) الجاز الإداري والعاملين

‌) أعضاء هيئة التدريس المعاونة

‌) المرضي والمترددين علي العيادة الخارجيه

‌) الزائرين

3- طريقة تقديمها:

عن طريق وضع المقترحات أو الشكاوي في “صندوق المقترحات والشكاوي” الموجود بالاماكن السابقه، علي أن تكون الشكوي مستوفية الشروط الأتية:

– الإسم – التاريخ

– الوظيفة بالنسبة للجهاز الإداري – رقم الهاتف

– البريد الإلكتروني إن وجد)  ID ( بالنسبة للطلبة).وذلك لسهولة الإتصال بالشاكي أو المُقترِح.

## الاجراءات

تتشكل لجنة لفحص الشكاوى من رئيس القسم واثنان من أعضاء هيئة التدريس

## اجراءات التعامل مع الشكاوي:​

تقوم السكرتيرة بالتعاون مع منسق الجوده بالقسم   بتقسيم المقترحات والشكاوي إلي أربع مجموعات رئيسية لتقديمها إلي الجهة المسئولة عن كل مجموعة لإبداء رأيه فيها:​

‌) شكاوي الطلبة إلي لجنة شئون الطلبة​

‌) شكاوي الجهاز الإداري والعاملين إلي القائم بأعمال الكلية​

‌) شكاوي أعضاء هيئه التدريس المعاونة إلي وكيل الكلية​

‌) شكاوي المرضي والزوار إلي المسئول عن تقديم الخدمه الطبيه من رؤساء الاقسام ومدير المستشفي لشئون الاقسام الداخليه والعيادات الخارجيه​

اقتراح وجود منسق شكاوي بكل قسم من اقسام الكليه وشئون الطلاب ومكتب مدير المستشفي للاقسام الداخليه والعيادات الخارجيه​

دور منسق الشكاوى يشمل النقاط التالية:​

  أ- تم تحديد منسق للتعامل كل من كل قسم علمى للتعامل مع شكاوى الطلاب والجهاز الاداري ومتلقي الخدمه الطبيه ويكون همزة وصل بين الطلبة وأعضاء هيئة التدريس بالقسم ويقوم بتقديم النصائح المتعلقة بكيفية التعامل مع شكاوى الطلاب والمرضي والجهاز الاداري​

  ب- يقوم بفحص شكاوى المرحلة الأولى ويشرف على تنفيذ  أى نتائج لعملية التحقيق بالتعاون مع السادة أعضاء هيئة التدريس ومقدمي الخدمات الطبيه

جـ- يتم الاستعانة به فى تحقيقات المرحلة الثانية بالتنسيق مع وكيل الكلية لشئون الطلاب ومع الساده مديري المستشفيات

 دـ يقوم بتجميع كافة المعلومات عن الشكاوى غير الرسمية والتى يحتويها التقرير السنوى الذى يعده وكيل الكلية لشئون التعليم والطلاب أو وكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث ومديري المستشفيات

خطوات عمل سياسة الشكاوي

تجتمعاللجنة المنوط بها فحص الشكاوي والمقترحات شهريا والرد بموضوعية علي المقترحات والشكاوي المقدمة من العاملين أو المنتمين للمؤسسة

## التحديث الدوري

يقترح ان يتم هذا بشكل شهري بعد الوقوف على مدى آلية التعامل مع الشكوى ومدى الوصول الى القنوات الرئيسيه التي يمكن من خلالها أخذ الشكوى بعين الاعتبار مع وجود خطوات إصلاحيه للوقوف على ماجاء بتلك الشكاوي ومحاولة ضمان عدم تكرار ذلك

48.بيانات المؤتمرات المحليه والدوليه

49.ملف المتميزين بالقسم

## السياسة

## مقدمه:

يجب إعداد بيان بيان المتميزين بالقسم و ذلك لإبراز دور القسم من الناحية العلمية و البحثية.

## المجال

اللجنة المكونة من أعضاء هيئة التدريس بالقسم المنوط بها إعداد هذا البيان و تشجيع أعضاء هيئة التدريس و الهيئة المعاونة و الطلاب على التميز في المجالات المختلفة.

## الاجراءات

يتم إعداد بيان موضح به اسم المتميز و موضوع تميزه

**الإعتماد**: يتم اعتماد هذا البيان من لجنة البحث العلمي و مجلس القسم.

**الاعلان:** ترسل اللجنة نسخة بعد اعتمادها رسميا للجهات المعنية مثل اعضاء مجلس القسم ومجلس الكلية ولجان شؤون التعليم ووحدة الجوده للاطلاع عليها.

## التحديث الدوري

يتم تجديد هذا البيان بصفة سنوية بواسطة لجنة البحث العلمي

50.المشاركة المجتمعية

السياسة

## مقدمه:

تهدف الخطة إلى التروٌيج لدور الكلٌية فًى مجال خدمة المجتمع و تنميٌة البٌيئة وذلك من خلال تحفٌيز و تشجٌيع أعضاء هٌيئة التدرٌيس و معاونٌيهم و الطلبة علًى المشاركة المجتمعٌة و لضمان مشاركة المجتمع المدنًى (الجمعٌات الأهلٌية و المنظمات غٌير الحكومٌية المحلٌية) بصورة فعالة مع الكلٌية فًى الخدمات المجتمعٌية وتنمٌية البٌيئة.

كذلك توعٌية المستفٌيدٌين من الخدمة بما تقدمة الكلٌية من خدمات، وابرام العديٌد من بروتوكولات التعاون مع الأطراف المجتمعٌية ذات العلاقة وتفعٌل و تعزٌز المبرم منها،

و تنفٌذ برامج التوعٌية بأنشطة الكلٌية طبقا لآلٌيات التنفٌيذ بالخطة الاستراتٌيجٌية، مع الحرص على قٌياس رضاء منظمات سوق العمل و المجتمع المدنًى عن أداء الكلٌية و مستوي خرٌيجٌيها

## المجال

الافتراضات الأساسية لخطة خدمة المجتمع وتنمية البيئة:

1. تبنى خطة الكلية لخدمة المجتمع وتنمية البيئة على مجموعة من الافتراضات:
2. ايمان كامل من ادارتى الجامعة والكلية بأنشطة خدمة المجتمع وتنمية البيئة
3. كسبيل وحيد للنهوض بمستوى أداء المؤسسة.
4. تعاون كل من ادارتى الجامعة والكلية فى دعم تنتفيذ برامج وأنشطة الخطة.
5. توافر موارد بشرية مدربة كافية لتنفيذ الخطة.
6. مشاركة جميمع العاملين بكافة المستويات من أعضاء هيئة تدريس ومعماونيهم والجهاز الادارى لتنفيذ ما جاء بالخطة.
7. الالتزام بإتباع معايير واضحة فى تنفيذ الخطة.

## الاطراف ذات المصلحة:

1 وزارة التعليم العالى والبحث العلمى

2 الجامعة.

.3 أعضاء هيئة التدريس والهيئات المعاونة

.4 الجهاز الادارى: مديرى الدارات والعاملين.

.5 الطلاب.

.6 أولياء المور.

.7 الادارات الصحية التابعة لوزارة الصحة.

.8 المستشفيات التابعة لوزارة الصحة.

.9 المستشفيات الخاصة.

.10 نقابة الأطباء.

.11 خريجى الكلية.

.12 الاعلام

.13 المجتمع بوجه عام

**السيد الأستاذ الدكتور مدير وحدة الجودة**

تحية طيبة وبعد،

-نحيط سيادتكم علما انه تم اعتماد خطة خدمة المجتمع الخاصة بالقسم لعام 2021 من مجلس قسم شهر ديسمبر 2020

**رئيس القسم**

**أ.د/ وائل الشيشتاوي**