****

فرم توسعه فردی کارکنان

Personal Development Program (PDP)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **برنامه ریزی** |  | **اجرا و پایش** |
|  | **عنوان نیاز آموزشی**  | **حیطه یادگیری** | **روش پاسخ به نیاز آموزشی** | **زمان برگزاری دوره آموزشی** | **پایش / نتیجه ارزیابی** |
| شرح وظایف | برنامه استراتژیک | برنامه بهبود کیفیت | تحلیل شاخص ها | سیستم گزارش خطاها | **کلاس / کنفرانس** | **کارگاه آموزشی** | **آموزش بالینی** | **جزوات/ گایدلاین ها** | **سایر** | **دستیابی به هدف** |
| **بلی** | **خیر** |
| **طبق نظر فرد** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **طبق نظر مسئول واحد** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **طبق نظر سازمان** | CPR پايه  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ارزش حقوق گیرنده خدمت  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مهارت هاي رفتاري و ارتباطي  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ايمني بيمار  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| كنترل عفونت  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| بهداشت محيط  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ايمني و سلامت شغلي  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| آتش نشاني  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مديريت خطر  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مديريت بحران  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ...................................................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ...................................................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی:** ........................................  **نام بخش:** .........**..........** **عنوان پست سازمانی:** ...................... **تاریخ تکمیل فرم:1400**

1. عناوین آموزشی توسط فرد براساس شرح وظایف و توانمندی های مورد نیاز شغلی می باشد.
2. در صورتیکه تا پایان سال در ستون ارزیابی و پایش برنامه خیر علامت زده شود. علت عدم دستیابی ذکر شده و در برنامه ریزی سال بعد در نظر گرفته می شود.

**توضیحات:** ....................................................................................................................................................................................................................................................

**امضاء فرد : امضاء سرپرستار/ مسئول واحد امضاء مسئول بهبود كيفيت**

|  |  |
| --- | --- |
| **شماره بازنگری :0** | **Code:** **CM-FO-055** |