|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های عمومی بالینی جهت پرسنل پرستاري جدیدالورود**نام و نام خانوادگی: ..................................................................... سمت سازمانی: .................................................** **نام بخش: .................................................................................... تاریخ ورود به بخش: .........................................**  | **سطح عملکرد****(اولیه )** | **سطح عملکرد****(بعد از اقدامات اصلاحی)** |
| **0** | **1** | **0** | **1** |
| **ثبت و مستندات پرستاری** | **الف) کاردکس نویسی** |  |  |  |  |
| **ب) چک دستورات پزشک** |  |  |  |  |
| **ج)چک دستور تلفنی پزشک** |  |  |  |  |
| **د) گزارش نویسی** |  |  |  |  |
| **دارو دادن و درمان وریدی** | **الف) دارو دادن** |  |  |  |  |
| **ب)درمان وریدی** |  |  |  |  |
| **اکسیژن تراپی و مدیریت راه هوایی** | **الف ) اکسیژن تراپی** |  |  |  |  |
| **ب) ساکشن ترشحات** |  |  |  |  |
| **تهیه و جمع آوری صحيح نمونه های آزمایشگاهی** |  |  |  |  |
| **کنترل عفونت و بهداشت دست** | **الف) کنترل عفونت** |  |  |  |  |
| **ب) بهداشت دست** |  |  |  |  |
| **احیای قلبی ریوی** | **احیای قلبی ریوی** |  |  |  |  |
| **ارزیابی بیمار** | **الف) بررسی سطح هوشیاری** |  |  |  |  |
| **ب)بررسی علائم حیاتی** |  |  |  |  |
| **ج) ارزیابی درد و خدمات تسكيني** |  |  |  |  |
| **د)ارزیابی وضعیت تغذیه** |  |  |  |  |
| **ه) ارزیابی جذب و دفع** |  |  |  |  |
| **مدیریت زخم** | **نحوه پيشگيري، شناسايي و درمان زخم** |  |  |  |  |
| **ایمنی بیمار** | **الف) شناسایی صحیح بیمار** |  |  |  |  |
| **ب)پیشگیری از سقوط بیمار** |  |  |  |  |
| **ج)توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه** |  |  |  |  |
| **د)پیشگیری از زخم فشاری** |  |  |  |  |
| **ه) استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات** |  |  |  |  |
| **و) توجه به اتصالات بیمار** |  |  |  |  |
| **آموزش به بیمار** | **آموزش به بیمار و پاسخ به سوالات مددجو در روند درمان و مراقبت**  |  |  |  |  |
|  | **مراقبتها را بر اساس رعايت منشور حقوق بيمار و احترام به كرامت انساني انجام مي دهد.** |  |  |  |  |
| **پذيرش بيمار را به نحو صحيح انجام مي دهد.** |  |  |  |  |
| **فرم فرآيند پرستاري و برنامه مراقبتي را به نحو صحيح تكميل و اجرا مي كند.** |  |  |  |  |
| **روش انجام كار با دستگاههاي موجود در بخش را مي داند.** |  |  |  |  |
| **نمره قابل قبول: کسب حداقل 70% از امتياز كل نیاز به اقدام اصلاحی دارد بلی خیر** |  |  |  |  |

**امضای آموزش گیرنده: امضای سرپرستار: امضاء و تاييد مدير پرستاري:**

چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های ارتباطی **جهت پرسنل جدیدالورود**

**نام و نام خانوادگی: ............. سمت سازمانی: نام بخش: ............ تاریخ ورود به بخش: ................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مهارتهای ارتباطی** | **سطح عملکرد****(اولیه )** | **سطح عملکرد****(بعداز اقدامات اصلاحی)** |
|  | **مهارت ها****موارد High Light شده مربوط به كليه پرسنل مي باشد.** | **0** | **1** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **غ ق ا** |
| **1** | **با لبخند و گشاده رویی با همکاران و مددجویان برخورد می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **حریم خصوصی مددجویان و همکاران را رعایت می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **هنگام فراخوانی مددجویان و همکاران از الفاظ مناسب استفاده می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **درکلیه موارد به همکاران و مددجویان احترام می گذارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **خود را به درستی به همکاران تیم درمانی و مددجویان معرفی می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **توانائي برقراري ارتباط كلامي و غير كلامي درست را دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **توانائي ارائه بازخورد مناسب در برقراري ارتباط دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **توانائي كنترل احساسات و شرايط پر استرس را دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **توانائي جلب اعتماد بيماران را دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **انتقاد پذير بوده و به نظرات و عقايد ديگران احترام مي گذارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  **به اطلاعات دموگرافیک مددجو (اسم، سن، جنس، سواد، نحوه مراجعه، زبان، دین، عادات غذایی) به منظور برنامه ریزی جهت ارتباط موثرتوجه دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **پرستار به استفاده از وسایل کمک شنوایی (سمعک)-عینک و کمک حرکتی (عصا و واکر و ویلچیر و پای مصنوعی)، به منظور برنامه ریزی جهت ارتباط موثرتوجه دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **در صورتیکه بیمار تراکئوستومی دارد برنامه ریزی جهت ارتباط موثر (در اختیار گذاشتن کاغذ و قلم و...) انجام می دهد.** |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **از تکنیکهای ارتباط کلامی و غیر کلامی موثر و مداوم آگاه است.** |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **آموزشهای لازم در مورد اقامت در بیمارستان، نوع بیماری، سیر درمان و شناساندن تیم درمان و... در حد درک و فهم مددجويان را با توجه به امکانات موجود ارائه می نماید.** |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **از سالم بودن زنگ احضار پرستار اطمینان حاصل نموده، نحوه استفاده از آن را به مددجو آموزش می دهد** |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  **موانع ارتباطی موجود (زبان متفاوت، پیری، معلولیت ذهنی و جسمی و...) را در گزارش پرستاری سیستماتیک ثبت می نماید.**  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **در صورتیکه مددجو کودک باشد تمهیدات لازم را برای حضور مادر برقرار نموده، همچنین از مهارتهای ارتباط موثر با کودکان استفاده می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **تحویل و تحول بیماران را در هر شیفت به صورت بالینی انجام می دهد.**  |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **در بیماران با موانع ارتباطی شرایط استقرار همراه را فراهم می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **امکان دسترسی بیماران نیازمند به منابع حمایتی( مددکار و....) را در جهت افزایش ارتباط موثر فراهم می نماید.** |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **در زمان بروز نارضايتي و شكايت بيماران، جهت رفع مشكل ارتباط موثر برقرار مي نمايد.** |  |  |  |  |  |  |

 **امضای آموزش گیرنده: امضای سرپرستار: امضاء و تاييد مدير پرستاري:**

**چك ليست ارزيابي صلاحيت مهارت هاي باليني عمومي و ارتباطي پرسنل جديدالورود بيمارستان مهر**

**نام و نام خانوادگي:....................... بخش:...................... سرپرستار:..................... تاريخ شروع به كار:....................... دوره اورينتي:......................... روز**

|  |  |
| --- | --- |
| **نظر سرپرستار و اقدام اصلاحي:** | **امضا:** |
| **نظر سوپروايزر آموزشي و اقدام اصلاحي:** | **امضاء:** |

**امضا مديريت پرستاري:**

 **دفتر آموزش و اعتباربخشي بيمارستان مهر**