|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Arm daneshآزمون توجیهی بدو ورود****واحد/محل خدمت: بیمارستان:****:** |
| **مشخصات فردی و شغلی :** |
| **نام ونام خانوادگی :**  | شماره ملی : | آخرین مدرک تحصیلی : |
| رشته تحصیلی : | سابقه خدمت : | عنوان پست سازمانی : |
| واحد محل خدمت: | تاریخ ارزیابی : |  |

|  |
| --- |
| ***قسمت A توسط سوپروایزر كنترل عفونت و قسمت B توسط سوپروایزر آموزشي تكميل ميگردد.*** |
| ***A*** | ***مباحث ایمنی*** | ***نمره کسب شده***  |  ***نمره کل***  |  ***ارزیابی مجدد درصورت نیاز***  |
| **1** | ***بهداشت دست*** |  | 2 |  |
| **2** | ***تزریقات ایمن***  |  | 2 |  |
| **3** | ***ایمنی بیمار***  |  | 1 |  |
| **4** | ***عفونتهای بیمارستانی***  |  | 2 |  |
| **5** | ***روشهای تهیه و آماده سازی ضدعفونی کننده ها و گندزداها*** |  | 1 |  |
| **6** | ***نیدل استیک***  |  | 1 |  |
| ***B*** |  ***مباحث توجیهی بدو ورود***  | ***نمره کسب شده***  |  ***نمره کل***  |  ***ارزیابی مجدد درصورت نیاز***  |
| **1** |  ***رسالت ,چشم انداز و ارزشها***  |  | **2** |  |
| **2** | ***منشور حقوق بیمار***  |  | **2** |  |
| **3** | ***نمودار سلسله مراتب سازمانی***  |  | **1** |  |
| **4** | ***مدیریت بحران*** |  | **2** |  |
| **5** | ***مدیریت خطر***  |  | **2** |  |
| **6** | ***اطفاء حریق***  |  | **1** |  |
| **7** | ***آشنایی محل و محتویات پوستر های آموزشی***  |  | **1** |  |
|  ***نمره کسب شده : .............. نیاز به ارزیابی مجدد دارد ؟ بلی خیر*** |
| ***در صورت نیاز به ارزیابی مجدد، تاریخ ارزیابی مجدد :....................*** |
| ***امضاء آموزش گیرنده : امضاء سوپروایزر آموزشی :*** ***امضاء مدیر پرستاری :*** |