

## "چک لیست توجیهی پرسنل جدید الورد"

نام: ..... نام خانوادگی ..... تحصیلات: ..... نام بخش ورودی: .....

نام مسئول بخش: ..... تاریخ ورود به بیمارستان: ..... شماره کارت پرسنلی: .....

### بند الف: معرفی کلی بیمارستان (مسئول اجرا و برگزاری: سوپروایزر آموزشی و بالینی)

ردیف	عنوان آموزش	آموزش دیده ام	
		بلی	تاریخ
۱	با رسالت، چشم انداز و ارزشهای بیمارستان آشنا شدم		
۲	با موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم		
۳	با موضوعات ایمنی بیمار آشنایی کامل پیدا کردم		
۴	با برنامه کنترل عفونت بیمارستان آشنا شدم		
۵	با نقشه بیمارستان، بخشها و قسمتهای مختلف بیمارستان آشنا شدم		
۶	با موضوعات آتشنشانی و نحوه اطفاء حریق آشنا شدم.		
	با موضوعات مدیریت بحران و مدیریت خطر در این بیمارستان آشنا شدم.		
۷	با ویژگیهای فرهنگی و بومی مردم منطقه آشنا شدم.		
۸	با چارت و سلسله مراتب سازمانی در این بیمارستان آشنا شدم.		
۹	در مورد قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم.		
۱۰	در مورد قوانین مالی و اداری (مرخصی-تاخیر و تعجیل-حضور و غیاب-حقوق و مزایا-پاداش اضافه کار-روند ارتقاء شغلی-امکانات رفاهی و...) آشنایی کامل پیدا کردم		

اینجانب ..... با شماره کارت پرسنلی ..... بدینوسیله اعلام می دارم کتابچه آموزشی / الکترونیک / دوره آموزشی مربوط به کلیه آموزشهای بند الف را دریافت و مطالعه نموده ام .

امضاءمسئول آموزش بند الف:

امضاءفرد آموزش گیرنده:

**بند ب: معرفی جزئیات، دستورالعمل‌ها و مسئولیت‌ها در هر بخش: (مسئول اجرا و برگزاری: مسئول محترم هر بخش)**

ردیف	عنوان آموزش	آموزش دیده ام	
		بلی	تاریخ
۱	با موقعیت بخش در بیمارستان آشنا شده‌ام.		
۲	با درب ورود و خروج اضطراری بخش آشنا شده‌ام.		
۳	با قسمت‌های مختلف بخش از جمله اتاق‌ها آشنا شده‌ام.		
۴	با قوانین رعایت ساعت ورود و خروج و تعیین شیفت کاری مشخص شدم		
۵	کتابچه خط مشی و روشهای بخش را مطالعه نمودم و با آن آشنا شدم.		
۶	رعایت نظم و انضباط و فرم پرستاری (روپوش، کفش، اتیکت) را در تمام ساعات کار می‌دانم		
۷	با نحوه آموزش‌های لازم به بیمار و همراهان با رعایت شأن و منزلت پرستاری آگاه شدم.		
۸	با نحوه کنترل عفونت‌های بیمارستانی در بخش آشنا شدم.		
۹	با دستورالعمل‌ها، آئین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این بخش آشنا شدم.		
۱۰	شرح وظایف و مسئولیت‌های خود را مطالعه و امضا نمودم.		

**بند پ: آشنایی با کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش (مسئول اجرا و برگزاری: مسئول محترم هر بخش)**

ردیف	عنوان آموزش	آموزش دیده ام	
		بلی	تاریخ
۱	با ترالی کد و نوع داروها و قرار گرفتن هر وسیله در موقعیت استاندارد ترالی کد آشنا شده‌ام و آموزش کافی در استفاده از آن را دیده‌ام.		
۲	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه الکتروشوک را دیده‌ام.		
۳	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه ساکشن را دیده‌ام.		
۴	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه..... را دیده‌ام.		
۵	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه..... را دیده‌ام.		

اینجانب..... با شماره کارت پرسنلی..... بدینوسیله اعلام می‌دارم کلیه موارد آموزشی مربوط به

بند ب و پ را توسط مسئول محترم بخش / منتور در یافت نموده‌ام.

امضاء مسئول آموزش بند ب و پ:

امضاء فرد آموزش گیرنده: