

"فرم برگزاری آزمون صلاحیت مهارت‌های تخصصی کارکنان"

نام و نام خانوادگی:.....

بخش: بیهوشی

سمت:.....

تاریخ شروع به کار در این بخش:.....

ردیف	موضوع آزمون	تاریخ آزمون	نتایج آزمون	اقدام اصلاحی	تاریخ ارزیابی مجدد	نتایج اقدام اصلاحی	اثر بخشی اقدام اصلاحی سطح اول	اثر بخشی اقدام اصلاحی سطح دوم
۱	آزمون آماده سازی کودکان							
۲	آزمون بی حسی موضعی							
۳	آزمون کار با ونتیلاتور							
۴	آزمون مدیریت درد							
۵	آزمون پایش همودینامیک							
۶	آزمون محاسبات دارویی							
۷	آزمون تحلیل نتایج گازهای خون و آزمایشات خون							
۸	آزمون آگاهی از وضعیت مناسب برای بیماران برحسب مورد							
۹	آزمون نحوه مراقبت از بیماران بی قرار در بخشهای ویژه							
۱۰	آزمون پیشگیری و درمان زخم فشاری							

نام و امضاء مسئول برگزاری آزمون

سوپروایزر آموزش

سرپرستار