



«چک لیست توجیهی پرسنل جدید الورد»

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
1	با رسالت ، چشم انداز و ارزشهای بیمارستان آشنا شدم		
2	با موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم		
3	با موضوعات ایمنی بیمار آشنایی کامل پیدا کردم		
4	با برنامه کنترل عفونت بیمارستان آشنا شدم		
5	با نقشه بیمارستان ، بخشها و قسمتهای مختلف بیمارستان آشنا شدم		
6	با موضوعات آتشنشانی و نحوه اطفاء حریق آشنا شدم.		
	با موضوعات مدیریت بحران و مدیریت خطر در این بیمارستان آشنا شدم.		
7	با ویژگیهای فرهنگی و بومی مردم منطقه آشنا شدم.		
8	با چارت و سلسله مراتب سازمانی در این بیمارستان آشنا شدم.		
9	در مورد قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم.		
10	در مورد قوانین مالی و اداری (مرخصی - تاخیر و تعجیل - حضور و غیاب - حقوق و مزایا - پاداش و 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:

امضاءفردآموزش 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	
		تاریخ	بلی
1	با موقعیت بخش در بیمارستان آشنا شده‌ام.		
2	با درب ورود و خروج اضطراری بخش آشنا شده‌ام.		
3	با قسمت‌های مختلف بخش از جمله اتاق‌ها آشنا شده‌ام.		
4	با قوانین رعایت ساعت ورود و خروج و تعیین شیفت کاری مشخص شدم.		
5	کتابچه خط مشی و روشهای بخش را مطالعه نمودم و با آن آشنا شدم.		
6	رعایت نظم و انضباط و فرم پرستاری (روپوش، کفش، اتیکت) را در تمام ساعات کار می‌دانم.		
7	با نحوه آموزش‌های لازم به بیمار و همراهان با رعایت شأن و منزلت پرستاری آگاه شدم.		
8	با نحوه کنترل عفونت‌های بیمارستانی در بخش آشنا شدم.		
9	با دستورالعمل‌ها، آئین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های خاص این بخش آشنا شدم.		
10	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	
		تاریخ	بلی
1	با تراسی کد و نوع داروها و قرار گرفتن هر وسیله در موقعیت استاندارد تراسی کد آشنا شده‌ام و آموزش کافی در استفاده از آن را دیده‌ام.		
2	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه الکتروشوک را دیده‌ام.		
3	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه ساکشن را دیده‌ام.		
4	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه..... را دیده‌ام.		
5	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: