



"فرم برگزاری آزمون صلاحیت و توانمندی اولیه کارکنان"

نام و نام خانوادگی: .....

بخش: CCU اطفال / NICU

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 پایش همودینامیک							
۲	آزمون محاسبات دارویی							
۳	آزمون تشخیص و درمان ریتم های قلبی غیر طبیعی							
۴	آزمون تحلیل نتایج گازهای خون و آزمایشات خون							
۵	زمون لوله گذاری تنفسی نوزادان							
۶	آزمون تنظیمات ابتدایی ونتیلاتور نوزادان							
۷	آزمون احیاء نوزاد							
۸	آزمون پیشگیری و درمان زخم فشاری							
۹	آزمون آگاهی از وضعیت مناسب برای بیماران برحسب مورد							
۱۰	آزمون اکسیژن تراپی و حمایت های تنفسی							
۱۱	آزمون مراقبت از مسیرهای نافی							
۱۲	آزمون کنترل درد							
۱۳	آزمون مراقبتهای حرارتی							

نام و امضاء مسئول برگزاری آزمون

سوپروایزر آموزش

سرپرستار