|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **KH.FR.NM.23/00 کد:****تاریخ ابلاغ: 1403/1/28** **تاریخ بازنگری بعدی:1404/1/28 1402/1/28 1403/1/28**  | دانشگاه علوم پزشکی البرزدفتر پرستاری  | C:\Users\Administrator\Desktop\Untitled-1.pngبیمارستان فوق تخصصی کوثر  |

فهرست توانمندی های جانشنین پروری بانک نیروی انسانی(کاندیئد سوپروایزر بالین)

**سنجه الف-3-1-2 توانمندی های عمومی و اختصاصی مشاغل**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **موضوع** | **تاریخ** | **امضاء آموزش دهنده** | **امضاء آموزش گیرنده** | **امتیاز کسب شده** |
| **1** | **اصول صحیح ثبت و گزارش نویسی (دفتر گزارش دفتر پرستاری)** |  |  |  |  |
| **2** | **فرایند صحیح اعزام و ارجاع بیمار خصوصا بیماران بد حال** |  |  |  |  |
| **3** | **فرایند صحیح اعزام و ارجاع مادران نیازمند مراقبت های ویژه** |  |  |  |  |
| **4** | **فرایند صحیح چک مخدر ها**  |  |  |  |  |
|  | **تحویل و تحول دفاتر گواهی فوت** |  |  |  |  |
| **5** | **فرایند تحویل اجساد به آرامستان** |  |  |  |  |
| **6** | **فرایند تحویل اجساد مجهول الهویه و زندانی به آرامستان** |  |  |  |  |
| **7** | **فرایند نگهداشت و تحویل و تحول تجهیزات پزشکی بین بخش های درمانی و ...** |  |  |  |  |
| **8** | **فرایند اخذ رضایت شخصی از بیماران با تاکید بر بیماران اینتوبه و بدحال** |  |  |  |  |
| **9** | **کار با سامانه mcmc و چارگون** |  |  |  |  |
| **10** | **نحوه ی کار با نرم افزار چارگون** |  |  |  |  |
| **11** | **آشنایی با فرایند اطلاع رسانی و فرم های وقایع ناخواسته به مسئول مربوطه** |  |  |  |  |
| **12** | **آشنایی با بحران EOC(کدهای بحران)** |  |  |  |  |
| **13** | **آشنایی با فرایند نیدل استیک**  |  |  |  |  |
| **14** | **آشنایی با فرایند گزارش بیماری های مشمول گزارش فوری** |  |  |  |  |
| **15** | **گزارش فوری عوارض ناخواسته دارویی** |  |  |  |  |
| **16** | **تحیل ریشه ای خطا (RCA) بیماران فوتی و موربیدیتی در همان شیفت** |  |  |  |  |
| **17** | **نظارت کامل بر فرایند احیای قلبی ریوی و تکمیل فرم های مربوطه** |  |  |  |  |
| **18** | **نظارت بر واحدهای پشتیبانی از جمله رادیولوژی، سی تی اسکن و آزمایشگاه و ...** |  |  |  |  |
| **19** | **آگاهی از تریاژ به روش ESI** |  |  |  |  |
| **20** | **آگاهی کامل از شرح حال بیماران بدحال بیمارستان** |  |  |  |  |
| **21** | **آشنایی با نحوه ی ارزیابی فرایندهای بالینی** |  |  |  |  |
| **22** | **آگاهی از شاخص های کلیدی اورژانس** |  |  |  |  |
| **23** | **آگاهی از فرایند هموویژلانس وپیگیری های لازم پس از مشاهده عارضه** |  |  |  |  |
| **24** | **آگاهی از سنجه های اعتباربخشی** |  |  |  |  |
| **25** | **همکاری در شرکت در کلاس های آموزشی برنامه ریزی شده در مرکز** |  |  |  |  |

**لازم به ذکر است اینجانب کاندید منتخب سوپروایزر بالین از مورخ الی**

**کلیه عناوین آموزشی فوق آموزش داده شده است و تسلط کامل به کلیه دستورالعمل های جدید علمی و سنجه های اعتباربخشی و ... داشته و حداکثر همکاری با برنامه شیفت کاری گردشی با دفتر پرستاری را خواهم داشت.**

 توضیحات مدیریت پرستاری و مامایی:

 توضیحات سوپروایزر آموزش:

مهر و امضاء سوپروایزر : مهر و امضاء سوپروایزر آموزش : مهر و امضاء مدیر پرستاری :