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

عناوین آموزشی پرسنل پرستاری جدیدالورود (پرستار بخش های ویژه)

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **موضوع** | **تاریخ** | **امضاء آموزش دهنده** | **امضاء آموزش گیرنده** | امتیاز کسب شده در آزمون |
| **1** | **آشنایی با کتابچه توجیهی بدو خدمت** |  |  |  |  |
| **2** | **دستورالعمل ثبت و گزارش نویسی در پرستاری** |  |  |  |  |
| **3** | **دستورالعمل احیای قلبی ریوی در بزرگسالان** |  |  |  |  |
| **4** | **دستورالعمل احیای قلبی ریوی در اطفال** |  |  |  |  |
| **5** | **کار با الکتروشوک** |  |  |  |  |
| **5** | **دستورالعمل هموویژلانس** |  |  |  |  |
| **6** | **آگاهی از محاسبات داروئی** |  |  |  |  |
| **7** | **کار با سامانه کارکنان**  |  |  |  |  |
| **8** | **دستورالعمل ارزیابی اولیه بیمار** |  |  |  |  |
| **9** | **آخرین ویرایش ترالی اورژانس** |  |  |  |  |
| **10** | **آشنایی با کاربردهای داروهای ترالی کد** |  |  |  |  |
| **11** | **نحوه چک دستورات پزشک در پرونده** |  |  |  |  |
| **12** | **فرایند مشاوره ها** |  |  |  |  |
| **13** | **فرایند اعزام و ارجاع** |  |  |  |  |
| **14** | **فرایندهای هوم کر و ارتقا سلامت**  |  |  |  |  |
| **15** | **فرایند نیدل استیک** |  |  |  |  |
| **16** | **محلول های ضدعفونی کننده بیمارستان** |  |  |  |  |
| **17** | **مدیریت پسماندها** |  |  |  |  |
| **18** | **آگاهی از سنجه های اختصاصی ای سیو**  |  |  |  |  |
| **19** | **شیت نویسی و نحوه محاسبه GCS/ FOUR SCOR** |  |  |  |  |
| **20** | **کار با ونتیلاتور**  |  |  |  |  |
| **21** | **تفسیر گازهای خونی**  |  |  |  |  |
| **22** | **تفسیر نوار قلب**  |  |  |  |  |
| **23** | **آگاهی از سنجه های عمومی**  |  |  |  |  |
| **24** | **فرایند ساکشن ترشحات لوله تراشه** |  |  |  |  |
| **25** | **فرایند تعبیه سوند معده** |  |  |  |  |
| **26** | **فرایند گاواژ** |  |  |  |  |
| **27** | **تغییر پوریشن بیمماران به روش نمودار ساعتی**  |  |  |  |  |
| **28** | **مراقبت و پیشگیری از زخم های فشاری**  |  |  |  |  |

**لازم به ذکر است اینجانب ........................................... پرستار بخش ................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 در اجرای فرایندهای بخش با سرپرستار را خواهم داشت.**

 توضیحات مدیریت پرستاری و مامایی:

 توضیحات سوپروایزر آموزش:

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