



ردیف	موارد	نظریه سوپروایزر پایان هفته دوم	نظریه سرپرستار پایان هفته دوم	ارزیابی مجدد	
				نظریه سوپروایزر پایان ماه اول	نظریه سرپرستار پایان ماه اول
1	کار با دستگاه مانیتور و تنظیمات مربوطه				
2	مانیتورینگ کامل سیستم های حیاتی بیمار شامل علائم حیاتی، قلب، تنفس، اعصاب مرکزی و محیطی، ثبت آنها و گزارش موارد غیر طبیعی				
3	تعیین سطح هوشیاری (معیار GCS / معیار FOUR)				
4	حفظ و مراقبت درست از راه هوایی، تهویه، اکسیژناسیون و انجام اینتوباسیون در موارد ضروری				
5	انجام ساکشن ترشحات راه های هوایی از طریق دهانی، لوله تراشه، تراکیاستومی، نازوتراکئال				
6	انجام فرآیند تغذیه مددجو از طریق لوله های گوارشی و T.P.N				
7	تنظیم و کنترل پارامترهای دستگاه ونتیلاتور با توجه به وضعیت تنفسی مددجو				
8	اجرای اصول مراقبت و همکاری در جداسازی بیمار از ونتیلاتور				
9	کار با پمپ سرنگ و پمپ انفوزیون				
10	مانیتورینگ قلب، تشخیص دیس ریتمی های مختلف، اطلاع به پزشک در صورت لزوم و انجام اقدامات فوری در دیس ریتمی های خطرناک				
11	کنترل فشار ورید مرکزی (C.V.P)				
12	انجام مراقبت های پرستاری ویژه به هنگام بروز اختلالات شعوری همچون هذیان، توهم، بی قراری حرکتی				
13	آرام سازی محیط فیزیکی، کنترل دما و نور، سر و صدای محیط و سایر عوامل محیطی و تامین شرایط استراحت به آرامش بیمار				
14	تنظیم میزان محرک های حسی به منظور تقویت حسی بیمار				
15	گرفتن نمونه خون شریانی و سایر ترشحات بدن				
16	برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه مراقبت کامل از پوست				
17	انجام حمایت های روانشناختی از بیماران و خانواده بیمار				
18	ارزیابی عملکرد chest tube ، NGT ، JABP ، سوند فولی، پیس میکر، لوله تراشه و انواع درنها				
19	تنظیم و به کارگیری دستگاه DC شوک در موارد ضروری و تزریق داروهای اینوتروپ مثبت (آدرنالین - آتروپین - دوبوتامین)				
20	انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از عفونت های بیمارستانی				
21	ثبت پرستاری در شیت بخش ویژه / آگاهی از دستورالعمل مدیریت درد و مقیاس PBS در بیماران اینتوبه و غیر هوشیار				
22	مرگ مغزی و اهدای اعضا				

راهنمای امتیاز دهی : ضعیف = ۱ متوسط = ۲ خوب = ۳ عالی = ۴ توضیحات : حداکثر امتیاز ۸۸ می باشد .

امتیاز بالای ۷۰ = وضعیت خوب امتیاز ۵۰-۷۰ = وضعیت متوسط (لزوم اقدام اصلاحی)

امتیاز زیر ۵۰ = وضعیت ضعیف (لزوم اقدام اصلاحی و اعلام به مدیریت پرستاری جهت هرگونه اقدام مقتضی)

نام و نام خانوادگی : تاریخ شروع بکار : تاریخ ارزیابی :

امتیاز : (امضا ارزشیابی شونده : امضای سرپرستار : امضاء سوپروایزر بخش :

در صورت کسب نمره کمتر از ۷۰ ، اقدامات اصلاحی لیست گردیده و در طی یکماه آتی تلاش جهت ارتقاء وضعیت موجود صورت گیرد .

اقدامات اصلاحی :

اینجانب پس از مطالعه کامل موارد فوق و اشراف به نقاط ضعف خود متعهد می گردم حداکثر تا یکماه آتی نسبت به ارتقای موارد فوق اقدام نمایم

تاریخ ارزیابی مجدد :

امتیاز مجدد : (امضا ارزشیابی شونده : امضای سرپرستار : امضاء سوپروایزر بخش