



"چک لیست توجیهی پرسنل جدید ورود"

نام:..... 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
۱	با رسالت ، چشم انداز و ارزشهای بیمارستان آشنا شدم		
۲	با موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم		
۳	با موضوعات ایمنی بیمار آشنایی کامل پیدا کردم		
۴	با برنامه کنترل عفونت بیمارستان آشنا شدم		
۵	با نقشه بیمارستان ، بخشها و قسمتهای مختلف بیمارستان آشنا شدم		
۶	با موضوعات آتشنشانی و نحوه اطفاء حریق آشنا شدم.		
	با موضوعات مدیریت بحران و مدیریت خطر در این بیمارستان آشنا شدم.		
۷	با ویژگیهای فرهنگی و بومی مردم منطقه آشنا شدم.		
۸	با چارت و سلسله مراتب سازمانی در این بیمارستان آشنا شدم.		
۹	در مورد قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم.		
۱۰	در مورد قوانین مالی و اداری (مرخصی - تاخیر و تعجیل - حضور و غیاب - حقوق و مزایا - پاداش اضافه کار - روند ارتقاء شغلی - امکانات رفاهی و...) آشنایی کامل پیدا کردم		

اینجانب با شماره کارت پرسنلی بدینوسیله اعلام می دارم CD آموزشی / دوره آموزشی

مربوط به کلیه آموزشهای بند الف را دریافت و مطالعه نموده ام .

امضاء مسئول آموزش بند الف:

امضاء فرد آموزش گیرنده:

بند ب: معرفی جزئیات، دستورالعملها و مسئولیت ها در هر بخش: (مسئول اجرا و برگزاری: مسئول محترم هر بخش)

ردیف	عنوان آموزش	آموزش دیده ام	
		بلی	تاریخ
۱	با موقعیت بخش در بیمارستان آشنا شده‌ام.		
۲	با درب ورود و خروج اضطراری بخش آشنا شده‌ام.		
۳	با قسمت های مختلف بخش از جمله اتاق ها آشنا شده‌ام.		
۴	با قوانین رعایت ساعت ورود و خروج و تعیین شیفت کاری مشخص شدم		
۵	کتابچه خط مشی و روشهای بخش را مطالعه نمودم و با آن آشنا شدم.		
۶	رعایت نظم و انضباط و فرم پرستاری (روپوش، کفش، اتیکت) را در تمام ساعات کار می دانم		
۷	با نحوه آموزش های لازم به بیمار و همراهان با رعایت شأن و منزلت پرستاری آگاه شدم.		
۸	با نحوه کنترل عفونت های بیمارستانی در بخش آشنا شدم.		
۹	با دستورالعمل ها، آئین نامه ها و بخش نامه های خاص این بخش آشنا شدم.		
۱۰	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	
		بلی	تاریخ
۱	با ترالی کد و نوع داروها و قرار گرفتن هر وسیله در موقعیت استاندارد ترالی کد آشنا شده‌ام و آموزش کافی در استفاده از آن را دیده‌ام .		
۲	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه الکتروشوک را دیده‌ام .		
۳	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه ساکشن را دیده‌ام .		
۴	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه..... را دیده‌ام .		
۵	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه..... را دیده‌ام .		

اینجانب با شماره کارت پرسنلی بدینوسیله اعلام می دارم کلیه موارد آموزشی مربوط به بند ب و پ را توسط مسئول محترم بخش در یافت نموده ام

امضاء فرد آموزش گیرنده

امضاء مسئول آموزش بند ب و پ: