



بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی، درمانی تهران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران
واحد آموزش پرستاری مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)

"چک لیست توجیهی پرسنل جدید الورد"

نام: نام خانوادگی: میزان تحصیلات: نام بخش ورودی:
نام سرپرستار 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	
		تاریخ	بلی
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 آتش نشانی و نحوه اطفاء حریق آشنا شدم.		
۷	با موضوعات مدیریت بحران و مدیریت خطر در این بیمارستان آشنا شدم.		
۸	با ویژگیهای فرهنگی و بومی مردم منطقه آشنا شدم.		
۹	با چارت و سلسله مراتب سازمانی در این بیمارستان آشنا شدم.		
۱۰	در مورد قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم.		
۱۱	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 ضمن دریافت 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 مسئولیت‌ها 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 قسمت‌های مختلف بخش از جمله اتاق‌های مختلف آشنا شده‌ام.		
۴	با قوانین رعایت ساعت ورود و خروج و تعیین شیفت کاری آشنا شده‌ام.		
۵	کتابچه خط مشی و روشهای بخش را مطالعه نمودم و با آن آشنا شدم.		
۶	قوانین مربوط به رعایت نظم و انضباط و فرم پرستاری (روپوش، کفش، اتیکت) را در تمام ساعات کار می‌دانم.		
۷	با نحوه آموزش‌های لازم به بیمار و همراهان با رعایت شأن و منزلت پرستاری آگاه شدم.		
۸	با نحوه کنترل عفونت‌های بیمارستانی در بخش آشنا شدم.		
۹	با دستورالعمل‌ها، آئین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های 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 توالی کد و نوع داروها و قرار گرفتن هر وسیله در موقعیت استاندارد توالی 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 ونتیلاتور را دیده‌ام.		
۴	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه ساکشن را دیده‌ام.		
۵	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه سرننگ پمپ و انفوزیون را دیده‌ام.		
۶	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه نوار قلب و مانیتورینگ را دیده‌ام.		
۷	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه پالس اکسیمتر و گلوکومتر را دیده‌ام.		
۸	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با دستگاه را دیده‌ام.		

اینجانب با شماره کارت پرسنلی بدینوسیله اعلام می‌دارم کلیه موارد آموزشی مربوط به بند ب و پ را توسط مسئول محترم بخش در یافت نموده‌ام.

امضاءمسئول آموزش بند ب و پ:

امضاء فرد آموزش گیرنده:

امضاء و تأیید نهایی: سوپروایزر آموزشی