|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی: ............. نام بخش: ............ تاریخ ورود به بخش: ................** | **سطح عملکرد**  **(قبل از آموزش)** | | **سطح عملکرد**  **(بعد از آموزش)** | |
| **عنوان مهارت** | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| **1-كسب دستور و برنامه كار از سرپرستار بخش** |  |  |  |  | |
| **2-تهيه و تنظيم آمار روزانه بخش هاي بستري** |  |  |  |  | |
| **3-برقراري ارتباط منطقي بين بخش و واحد مدارك پزشكي و ساير بخشها** |  |  |  |  | |
| **4- اطلاع رساني در مورد وضعيت تختهاي بخش** |  |  |  |  | |
| **5-كنترل روزانه پرونده از لحاظ تكميل سربرگ اوراق، الصاق نوار قلب، فرم پاتولوژي، آزمايشات و ... طبق مقررات** |  |  |  |  | |
| **6-كنترل كمي پرونده هنگام ورود بيمار به بخش يا انتقال به بخش ديگر(تكميل آيتم هاي برگ پذيرش و سربرگ فرمهاي ذيربط)** |  |  |  |  | |
| **7-ثبت اطلاعات بيماران در نرم افزار HIS** |  |  |  |  | |
| **8- پيگيري درخواست آزمايش، گرافي و ساير خدمات پاراكلينيك به واحد ذيربط براي بيماران بستري** |  |  |  |  | |
| **9-انجام كليه امور ترخيص پرونده (داروخانه، آزمايشگاه، ...)** |  |  |  |  | |
| **10- بررسی کمی پرونده بیماران ترخیصی طبق چک لیست ممیزی کنترل اوراق پرونده در هنگام ترخیص** |  |  |  |  | |
| **11- تحویل خلاصه پرونده به بیمار در هنگام ترخیص** |  |  |  |  | |
| **12- آماده نمودن پرونده بیماران ترخیصی و انجام امور ذیربط و تحویل آنها به واحد ترخیص در حسابداری** |  |  |  |  | |
| **13- ارسال جواب کلیشه رادیولوژی بیماران پس از ترخیص به واحد بایگانی پزشکی جهت بایگانی** |  |  |  |  | |
| **14- تکمیل پرونده بیماران فوتی ، کنترل جواز دفن و یا برگه پزشک قانونی و ارجاع به واحد ذیربط** |  |  |  |  | |
| **15- دارا بودن حسن خلق و روابط عمومی بالا برای برقراری ارتباط با پرسنل ، بيماران و مراجعين** |  |  |  |  | |
| **17 – تايپ نامه ها و گزارشات** |  |  |  |  | |
| **18- مرتب نمودن تابلو اعلانات بخش و کارت مشخصات بيماران** |  |  |  |  | |
| **19- کمک به سرپرستار درمرتب نگه داشتن ایستگاه پرستاری** |  |  |  |  | |
| **20- آشنا نمودن بیماران تازه وارد با وضعیت بخش و راهنمایی بیماران به اتاق و تخت مربوطه ، گرفتن لباس ، اشیاء قیمتی و .** |  |  |  |  | |
| **21- انجام هماهنگی و گرفتن نوبت برای بیماران بستری جهت آزمایشگاه، رادیوگرافی ها، مشاوره و ... در داخل مراکز درمانی** |  |  |  |  | |
| **22-همکاری با سرپرستار بخش برای تنظیم درخواست ها و تحویل ملزومات مصرفی بخش** |  |  |  |  | |
| **23-پاسخگویی به تلفن های بخش و انجام راهنمایی های لازم** |  |  |  |  | |
| **24- كنترل برگه خروج بيماران هنگام ترخيص** |  |  |  |  | |
| **25-پيگيري تست هاي معوقه بيماران** |  |  |  |  | |
| **26- شركت در دوره هاي آموزشي** |  |  |  |  | |
| **27- پیگیری دریافت جواب آزمایشات ، مشاوره¬ها و … از داخل یا خارج مرکز حتي در صورت انتقال بيمار به بخش ديگر** |  |  |  |  | |
| **28- کنترل روزانه بخش از نظر خرابی وسایل و پیگیری آن با سرپرستار** |  |  |  |  | |
| **29- پیگیری و انجام اموری که از طرف مقام مافوق ابلاغ می شود** |  |  |  |  | |
| **نمره قابل قبول: كسب حداقل 80% از امتياز كل نياز به اقدام اصلاحي دارد بلي خير** |  |  |  |  | |

چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های ارتباطی **جهت پرسنل جدیدالورود**

**نام و نام خانوادگی: ............. سمت سازمانی: نام بخش: ............ تاریخ ورود به بخش: ................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مهارتهای ارتباطی** | | **سطح عملکرد**  **(اولیه )** | | | **سطح عملکرد**  **(بعداز اقدامات اصلاحی)** | | |
|  | **مهارت ها**  **موارد High Light شده مربوط به كليه پرسنل مي باشد.** | **0** | **1** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **غ ق ا** |
| **1** | **با لبخند و گشاده رویی با همکاران و مددجویان برخورد می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **حریم خصوصی مددجویان و همکاران را رعایت می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **هنگام فراخوانی مددجویان و همکاران از الفاظ مناسب استفاده می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **درکلیه موارد به همکاران و مددجویان احترام می گذارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **خود را به درستی به همکاران تیم درمانی و مددجویان معرفی می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **6** | **توانائي برقراري ارتباط كلامي و غير كلامي درست را دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **7** | **توانائي ارائه بازخورد مناسب در برقراري ارتباط دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **توانائي كنترل احساسات و شرايط پر استرس را دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **9** | **توانائي جلب اعتماد بيماران را دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **10** | **انتقاد پذير بوده و به نظرات و عقايد ديگران احترام مي گذارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **11** | **به اطلاعات دموگرافیک مددجو (اسم، سن، جنس، سواد، نحوه مراجعه، زبان، دین، عادات غذایی) به منظور برنامه ریزی جهت ارتباط موثرتوجه دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **12** | **منشي به استفاده از وسایل کمک شنوایی (سمعک)-عینک و کمک حرکتی (عصا و واکر و ویلچیر و پای مصنوعی)، به منظور برنامه ریزی جهت ارتباط موثرتوجه دارد.** |  |  |  |  |  |  |
| **13** | **در صورتیکه بیمار تراکئوستومی دارد برنامه ریزی جهت ارتباط موثر (در اختیار گذاشتن کاغذ و قلم و...) انجام**  **نن می دهد.** |  |  |  |  |  |  |
| **14** | **از تکنیکهای ارتباط کلامی و غیر کلامی موثر و مداوم آگاه است.** |  |  |  |  |  |  |
| **15** | **آموزشهای لازم در مورد اقامت در بیمارستان، نوع بیماری، سیر درمان و شناساندن تیم درمان و... در حد درک و فهم مددجويان را با توجه به امکانات موجود ارائه می نماید.** |  |  |  |  |  |  |
| **16** | **از سالم بودن زنگ احضار پرستار اطمینان حاصل نموده، نحوه استفاده از آن را به مددجو آموزش می دهد** |  |  |  |  |  |  |
| **17** | **موانع ارتباطی موجود (زبان متفاوت، پیری، معلولیت ذهنی و جسمی و...) را در گزارش پرستاری سیستماتیک ثبت می نماید.** |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **در صورتیکه مددجو کودک باشد تمهیدات لازم را برای حضور مادر برقرار نموده، همچنین از مهارتهای ارتباط موثر با کودکان استفاده می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **19** | **تحویل و تحول بیماران را در هر شیفت به صورت بالینی انجام می دهد.** |  |  |  |  |  |  |
| **20** | **در بیماران با موانع ارتباطی شرایط استقرار همراه را فراهم می کند.** |  |  |  |  |  |  |
| **21** | **امکان دسترسی بیماران نیازمند به منابع حمایتی( مددکار و....) را در جهت افزایش ارتباط موثر فراهم می نماید.** |  |  |  |  |  |  |
| **22** | **در زمان بروز نارضايتي و شكايت بيماران، جهت رفع مشكل ارتباط موثر برقرار مي نمايد.** |  |  |  |  |  |  |

**امضای آموزش گیرنده: امضای سرپرستار: امضاء و تاييد مدير پرستاري:**

**چك ليست ارزيابي صلاحيت مهارت هاي باليني عمومي و ارتباطي پرسنل جديدالورود بيمارستان مهر**

**نام و نام خانوادگي:................... بخش:.............. سرپرستار:..................... تاريخ شروع به كار:................ دوره اورينتي:............ روز**

|  |  |
| --- | --- |
| **نظر سرپرستار و اقدام اصلاحي:** | **امضا سرپرستار:** |
| **نظر سوپروايزر آموزشي و اقدام اصلاحي:** | **امضاء سوپروايزر:** |

**امضا مديريت پرستاري:**

**دفتر آموزش و اعتباربخشي بيمارستان مهر**