



چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های تخصصی پرسنل اتاق عمل جدیدالورود در بخش اتاق عمل

ردیف	موارد چک لیست	تاریخ:	نتیجه	نتیجه	نتیجه	نتیجه
			ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی
			۱ تا ۵	۱ تا ۵	۱ تا ۵	۱ تا ۵
۱	آیا از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی(دستگاه الکتروکوتر، چراغ سیالیتیک و...)قبل از شروع هر شیفت کاری اطمینان حاصل می کند؟*					
۲	آیا از وجود لوازم و امکانات مورد نیاز جهت عمل جراحی و گزارش موارد ناکافی و کمبودها و نقایص به مسئول مافوق اطلاع دارد؟*					
۳	آیا با روش های استریلیزاسیون و ضدعفونی و بکارگیری آنها آشنایی دارد؟*					
۴	آیا آماده نمودن اتاق عمل با لوازم مورد نیاز جراحی مطابق لیست اعمال جراحی را انجام می دهد؟*					
۵	آیا کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز(رضایت نامه، آزمایشات ضروری، آمادگی های لازم، داروهای قبل از عمل، عدم داشتن وسایل مصنوعی و زیورآلات و...)را انجام می دهد؟*					
۶	آیا کنترل و اطمینان از استریل بودن لوازم و بسته های وسایل را انجام می دهد؟*					
۷	آیا کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند شناسایی بیمار را انجام می دهد؟*					
۸	آیا هدایت بیمار به تخت عمل به نحوی که آسیب نبیند و پوشش و حریم بیمار حفظ شود را انجام می دهد؟*					
۹	آیا تنظیم تخت جراحی و چراغها بر حسب نوع و ناحیه عمل را انجام می دهد؟*					
۱۰	آیا قرار دادن کلیه دستگاه ها و تجهیزات در اطراف تخت جراحی برطبق قابلیت دسترسی و نیاز را انجام می دهد؟					
۱۱	آیا باز نمودن پوشش اولیه بسته های استریل و نخها و سایر وسایل و در اختیار گذاردن آنها را انجام می دهد؟*					
۱۲	آیا پرب منطقه عمل و کمک در شستن نهایی پوست بیمار(درپ) را انجام می دهد؟					
۱۳	آیا کنترل لوازم جراحی درون ست های جراحی قبل از عمل بر طبق شناسنامه هر ست جراحی را انجام می دهد؟*					
۱۴	طبق سیاست بیمارستان و ثبت مشخصات بر روی ظروف حاوی نمونه را انجام می دهد؟*					
۱۵	آیا ثبت و کنترل زمانهای درخواست شده گروه جراحی مانند زمان تورنیکت را انجام می دهد؟					
۱۶	آیا شمارش و ثبت نخ، گاز، لنگ گاز، درن و... قبل از اتمام به همراه تیم جراحی و جمع آوری آنها پس از استفاده را انجام می دهد؟*					
۱۷	آیا در پانسمان محل جراحی کمک می نماید؟					

				آیا خارج نمودن وسایل مربوط به عمل جراحی قبلی و آماده نمودن اتاق عمل جهت عمل بعدی را انجام می دهد؟	۱۸
				آیا کمک به انتقال بیمار به ریکآوری و گزارش مکتوب و شفاهی در مورد وضعیت ناحیه جراحی را انجام می دهد؟*	۱۹
				آیا مشارکت در برنامه شست و شوی اتاق عمل (واشینگ) طبق سیاست های جاری بیمارستان را انجام می دهد؟	۲۰
جمع نمره مکتسبه					

خانم/آقای..... در بخش..... توسط چک لیست فوق ارزیابی شده است. تاریخ ورود به بخش:.....

- آیا نیاز به برنامه ریزی آموزشی فردی/گروهی دارد؟ (کسب نمره کمتر از $70 = 70\%$) بله خیر
- در صورت بله اقدام صورت گرفته ذکر گردد: برنامه آموزشی فردی برنامه آموزشی گروهی

مهر و امضای جدیدالورود:	مهر و امضا سرپرستار/کارشناس خبره:	مهر و امضا سوپروایزر آموزشی:	مهر و امضا مدیر خدمات پرستاری:

اقدامات انجام شده جهت آموزش: