



## چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش اطفال و نوزادان

الف) اطفال				
ردیف	موارد چک لیست	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی
				نتیجه ارزیابی
	تاریخ:	۱ تا ۵	۱ تا ۵	۱ تا ۵
۱	آیا پذیرش و تحویل کودک و مدارک را انجام می دهد؟*			
۲	آیا بررسی و ارزیابی وضعیت سلامت کودک و گزارش موارد غیرطبیعی با استفاده فرم ارزیابی اولیه مخصوص کودک را انجام می دهد؟*			
۳	آیا محیط ایمن و آرام به منظور پیشگیری از تحریکات عصبی را برقرار می کند؟			
۴	آیا از تشخیص و ارزیابی کودکان در معرض خطر و انجام اقدامات مراقبتی ویژه از نظر تغییرات علایم حیاتی، تغییرات سطح هوشیاری، دیسترس تنفسی و سایر موارد آگاهی دارد؟*			
۵	آیا مشاوره و آموزش به خانواده، در مورد مراقبت از کودک با توجه به مراحل رشد و تکامل و مبتنی بر موازین بهداشت فردی را انجام می دهد؟			
۶	آیا برنامه ریزی و اجرای تدابیر جهت ایجاد محیط شاد و مناسب برای کودک براساس مراحل رشد و تکامل کودک را انجام می دهد؟			
۷	آیا نیازسنجی اختصاصی آموزشی به منظور اجرای روش های مختلف آموزشی و مشاوره ای در راستای توانمند سازی مددجو در مراقبت از خود جهت فعالیت های روزانه را انجام می دهد؟			
۸	آیا از اکسیژن درمانی با تجویز پزشک و پیشگیری از عوارض آن آگاهی دارد؟*			
۹	آیا کنترل جذب و دفع ( کمی و کیفی ) ، پیشگیری از کم آبی و یا دریافت اضافی مایعات در کودکانی که مایعات وریدی دریافت می دارند را انجام می دهد؟*			
۱۰	آیا برقراری تعامل و حمایت روحی و روانی از کودک به منظور کاهش درد و اضطراب را انجام می دهد؟			
۱۱	آیا مشاوره و آموزش به والدین جهت تغذیه با شیر مادر را انجام می دهد؟*			
۱۲	آیا از کنترل برنامه واکسیناسیون و نمودار سلامتی کودک را آگاهی دارد؟*			
۱۳	آیا ارزیابی وضعیت سلامت و بهداشت دهان و دندان در کودک، آموزش به والدین و ارجاع کودک در صورت لزوم را انجام می دهد؟			
۱۴	آیا اصول و اعتقادات صحیح والدین در انجام مراقبت از کودک را رعایت می کند؟			
۱۵	آیا حمایت روانی از کودک و والدین در حد امکان جهت پیشگیری از محرومیت های عاطفی را انجام می دهد؟			
۱۶	آیا شرایط و امکانات حضور و اقامت یکی از والدین در کنار کودک ( با توجه به امکانات) را فراهم می کند؟			
۱۷	آیا ارزیابی وضعیت سلامت روانی کودک و خانواده و اطلاع به پزشک و در صورت نیاز انجام مشاوره های ضروری را انجام می دهد؟			
۱۸	آیا بررسی و شناسایی موارد کودک آزاری و غفلت از مراقبت از کودک و گزارش به پزشک را انجام می دهد؟			

۱۹	آیا دارو درمانی با توجه به میزان داروی تجویز شده لزوم را اجرا می کند؟*				
۲۰	آیا هماهنگی ، همکاری و پیگیری در ارجاع کودک به مراکز حمایتی و توانبخشی در صورت نیاز را انجام می دهد؟				
<b>ب) نوزادان</b>					
ردیف	موارد چک لیست	تاریخ:	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی
			۵ تا ۱	۵ تا ۱	۵ تا ۱
۱	آیا پذیرش و تحویل نوزاد و مدارک را انجام می دهد؟*				
۲	آیا بررسی و ارزیابی وضعیت سلامت نوزاد و گزارش موارد غیرطبیعی با استفاده از فرم نظام تخصصی نوزادان را انجام می دهد؟*				
۳	آیا محیط ایمن و آرام به منظور پیشگیری از تحریکات عصبی را برقرار می کند؟				
۴	آیا مراقبت های ویژه به نوزادان تحت درمان با فتوتراپی و پیشگیری از عوارض آن در نوزاد بهداشتی از نوزاد را ارائه می دهد؟*				
۵	آیا تدابیر پرستاری لازم به منظور حفظ و تثبیت درجه حرارت نوزاد جهت پیشگیری از هیپوترمی / هیپرترمی را انجام می دهد؟*				
۶	آیا کنترل و ثبت جذب و دفع به طور دقیق را انجام می دهد؟*				
۷	آیا اکسیژن درمانی با تجویز پزشک و پیشگیری از عوارض آن را انجام می دهد؟*				
۸	آیا در خصوص برنامه های پیشگیری از ROP آگاهی دارد؟				
۹	آیا بررسی و ارزیابی وضعیت درد در نوزاد و استفاده از روش های کنترل درد را انجام می دهد؟				
۱۰	آیا مشاوره و آموزش به خانواده در مورد نحوه مراقبت بهداشتی از نوزاد را انجام می دهد؟				
۱۱	آیا مشاوره و آموزش در زمینه چگونگی شروع تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی و از شیر گرفتن ر انجام می دهد؟*				
۱۲	آیا بکارگیری اصول صحیح مراقبت های پرستاری در زمینه مسائل و مشکلات شایع دوران نوزادی و شیرخوارگی (مراقبت از بندناف، ورم ملحتمه، Diaper Rash و سایر موارد) را انجام می دهد؟*				
۱۳	آیا دارو درمانی با توجه به میزان داروی تجویز شده لزوم را اجرا می کند؟*				
۱۴	آیا از هماهنگی و همکاری به منظور ساماندهی نوزادان بی سرپرست آگاهی دارد؟				
۱۵	آیا از مراقبت های لازم قبل، حین و پس از تعویض خون آگاهی دارد؟				
نمره مکتسبه					

خانم..... 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 ۷۰٪) 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: