



چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های تخصصی پرستاران جدیدالورود در بخش انکولوژی

ردیف	موارد چک لیست	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی
	تاریخ:	۵ تا ۱	۵ تا ۱	۵ تا ۱	۵ تا ۱
۱	آیا پذیرش مددجو در بخش شیمی درمانی (تحويل مددجو و مدارک) را انجام می دهد؟				
۲	آیا ارائه مراقبت های روحی - روانی از بیماران مبتلا به سرطان تحت درمان، شیمی درمانی، پیوند مغز استخوان و خانواده را انجام می دهد؟				
۳	آیا هماهنگی و همکاری با پزشک در انجام روش های تشخیصی مثل بیوپسی، آسپیراسیون مغز استخوان و سایر موارد را انجام می دهد؟*				
۴	آیا آموزش و مراقبت های پرستاری قبل، حین و بعد از روش های تشخیصی تهاجمی مثل بیوپسی، آسپیراسیون مغز استخوان و سایر موارد را انجام می دهد؟*				
۵	آیا ارزیابی پارامترهای آزمایشگاهی مرتبط با پروتکل شیمی درمانی بیمار و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک معالج را انجام می دهد؟*				
۶	آیا اقدامات محافظتی از خود، سایر کارکنان بخش و بیماران در مورد مواجهه با داروهای شیمی درمانی (شامل هود ، ماسک و گان مخصوص و ...) را انجام می دهد؟*				
۷	آیا آماد سازی داروهای شیمی درمانی طبق استاندارد(به همراه پرستار دیگر) را انجام می دهد؟*				
۸	آیا از نحوه تزریق و انفوزیون داروهای شیمی درمانی آگاهی دارد؟*				
۹	آیا از عوارض مربوط به هر یک از داروهای شیمی درمانی آگاهی دارد؟				
۱۰	آیا از جمع آوری و دفع وسایل آلوده به مواد شیمیایی طبق استاندارد آگاهی دارد؟*				
۱۱	آیا پیشگیری و کنترل عوارض حاد شامل نشت، اسپاسم وریدی، استفراغ، شوک آنافیلاکتیک حین شیمی درمانی و انجام تدابیر پرستاری لازم و گزارش به پزشک معالج را انجام می دهد؟*				
۱۲	آیا از مراقبت های پرستاری لازم قبل، حین و بعد از شیمی درمانی آگاهی دارد؟*				
۱۳	آیا از آماده سازی، تزریق و انفوزیون داروهای ایمونوتراپی تجویز شده آگاهی دارد؟				
۱۴	آیا تعیین نیازهای آموزشی و آموزش به مددجو و خانواده جهت مراقبت از خود را انجام می دهد؟				
۱۵	آیا از مراقبت های پرستاری لازم قبل، حین و بعد از تزریق خون و فراورده های خونی آگاهی دارد؟*				
جمع نمره مکتسبه					

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

خیر

آیا نیاز به برنامه ریزی آموزشی فردی/گروهی دارد؟ (کسب نمره کمتر از ۵۲ = ۷۰٪) بله

در صورت بله اقدام صورت گرفته ذکر گردد: برنامه آموزشی گروهی

مهر و امضا سرپرستار/کارشناس خبره:

مهر و امضا سوپروایزر آموزشی:

مهر و امضا مدیر خدمات پرستاری:

اقدامات انجام شده جهت آموزش: