



چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت های تخصصی ماما جدیدالورود در بخش بلوک زایمان

ردیف	موارد چک لیست	نتیجه			
		ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی	ارزیابی
	تاریخ:				
		۵ تا ۱	۵ تا ۱	۵ تا ۱	۵ تا ۱
۱	آیا از نحوه صحیح تریاژ مامایی آگاهی دارد؟*				
۲	آیا گرفتن شرح حال کامل و ارزیابی اولیه را بدرستی انجام می دهد؟*				
۳	آیا توانایی انتقال صحیح شرح حال و شرایط بیمار به پزشک معالج را دارد؟				
۴	آیا کنترل صدای قلب جنین مثبت آن در صورت علائم غیر طبیعی اطلاع به پزشک را انجام می دهد؟*				
۵	آیا بررسی و کنترل خونریزی و وضعیت عمومی مددجو و در صورت لزوم اطلاع به پزشک را انجام می دهد؟*				
۶	آیا از نحوه تکمیل فرم های بلوک زایمان آگاهی دارد؟*				
۷	آیا معاینات واژینال در صورت لزوم و ثبت پیشرفت زایمان در فرم مخصوص و اطلاع به پزشک در فوریتهای پزشکی را انجام می دهد؟*				
۸	آیا از کدهای ۹۹ و ۷۷ و همچنین تالی های اورژانس احیای بزرگسال و نوزاد در بخش آگاهی دارد؟*				
۹	آیا با دستگاههای مورد استفاده در بخش و طرز بکار گیری آنها(نظیر سونی کید ، NST) آشنایی دارد؟*				
۱۰	آیا از مراحل دادن بیحسی موضعی و انجام اپی زیاتومی و ترمیم پارگی درجه یک و دو آگاهی دارد؟				
۱۱	آیا اعلام جنسیت و نشان دادن نوزاد به مادر را انجام می دهد؟				
۱۲	آیا انجام NST و تفسیر آن را انجام می دهد؟*				
۱۳	آیا از نحوه اینداکشن (تحریک زایمان) و مراقبت های حین اینداکشن آگاهی دارد؟				
۱۴	آیا از دستورالعمل ده اقدام بیمارستان دوستدار کودک آگاهی دارد؟*				
۱۵	آیا سنجش آپگار و بررسی سلامت ظاهری نوزاد و بستن بند ناف -دستبند مشخصات به مچ دست نوزاد را بدرستی انجام می دهد؟*				
۱۶	آیا آموزش مددجو در اهمیت تغذیه با شیر مادر ، تنظیم خانواده و کنترل و نظارت بر اجرای صحیح آن و همچنین آموزش در جهت مراقبتهای بهداشتی مادر و نوزاد (استحمام - تغذیه - شیردهی - واکسیناسیون -توجه به بند ناف - جلوگیری از هیپوترمی نوزاد)را انجام می دهد؟				
۱۷	آیا از فلوجارت فرایند پیگیری مادر پرخطر در بیمارستان آگاهی دارد؟*				
۱۸	آیا از آمادگی بیماران سزارین (درخواست آزمایشات مورد لزوم ،رزرو خون، سونداژ مثانه و...) آگاهی دارد؟*				

				آیا از کد نجم و وظایف خود در زمان اعلام کد اطلاع دارد؟*	۱۹
				آیا از مراقبت و اقدامات لازم در خصوص برخورد با اکلامپسی و پره اکلامپسی آگاهی دارد؟*	۲۰
جمع 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 $70 = 70\%$) 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 خیره:	مهر و امضا سوپروایزر آموزشی:	مهر و امضا مدیر خدمات پرستاری:
-------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

اقدامات انجام شده جهت آموزش: