



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

ردیف	موارد چک لیست			
	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی	نتیجه ارزیابی
	۱ تا ۵	۱ تا ۵	۱ تا ۵	۱ تا ۵
۱				آیا از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات بیهوشی(دستگاه بیهوشی، ساکشن، مانیتور، پالس اکسیمتر و...) قبل از شروع هر شیفت کاری اطمینان حاصل می کند؟*
۲				آیا از وجود داروهای مورد نیاز و امکانات بیهوشی موجود و گزارش موارد ناکافی و کمبودها و نقایص به مسئول مافوق اطلاع دارد؟*
۳				آیا آماده نمودن کلیه دستگاه ها و لوازم مورد نیاز بیهوشی مطابق لیست اعمال جراحی را انجام می دهد؟*
۴				آیا کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز(رضایت نامه، آزمایشات ضروری، نوار قلب، مشاوره، آماده بودن خون و...) را انجام می دهد؟*
۵				آیا کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند شناسایی بیمار را انجام می دهد؟*
۶				آیا کنترل علائم حیاتی و گزارش موارد غیرطبیعی را انجام می دهد؟*
۷				آیا برقراری راه وریدی و ثابت نمودن سر بیمار را انجام می دهد؟*
۸				آیا در اختیار گذاردن داروها و لوازم مورد نیاز بیهوشی به پزشک را انجام می دهد؟*
۹				آیا کنترل گازهای بیهوشی جهت پرهیز از استفاده آنها بجای یکدیگر را انجام می دهد؟*
۱۰				آیا کنترل راه هوایی و کنترل جذب و دفع را انجام می دهد؟*
۱۱				آیا حفاظت از بیمار جهت جلوگیری از سوختگی با کوتر را انجام می دهد؟*
۱۲				آیا مانیتورینگ و کنترل سطح بیهوشی را انجام می دهد؟*
۱۳				آیا کمک و همکاری با پزشک در بهوش آوردن بیمار را انجام می دهد؟*
۱۴				آیا کنترل بیمار از نظر بازگشت عکس العمل ها و رفلکس ها و ورود به مرحله هوشیاری را انجام می دهد؟*
۱۵				آیا کمک به حفظ پوزیشن و پوشش بیمار در انتقال به تخت جراحی و ریکاوری را انجام می دهد؟*
۱۶				آیا انتقال به ریکاوری و گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار(علائم حیاتی، روش بیهوشی، داروها، سطح هوشیاری، رفلکس ها، رنگ پوست، خونریزی، مایعات دریافتی و خون، مشکلات و عوارض قبل و حین بیهوشی و...) را انجام می دهد؟*
۱۷				آیا همکاری در انجام عملیات احیای قلبی تنفسی در اتاق عمل را انجام می دهد؟*
۱۸				آیا مشارکت در برنامه شست و شوی اتاق عمل(واشینگ) طبق سیاست های جاری بیمارستان را انجام می دهد؟*

				آیا از معیارهای خروج بیمار از ریکاوری آگاهی دارد؟	۱۹
				آیا همکاری در انجام عملیات احیای قلبی تنفسی در سایر بخش های 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 خیره:	مهر و امضا سوپروایزر آموزشی:	مهر و امضا مدیر خدمات پرستاری:
-------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

اقدامات انجام شده جهت آموزش: