



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

| ردیف            | موارد چک لیست   | تاریخ: | نتیجه   | نتیجه   | نتیجه   | نتیجه   |
|-----------------|---|--------|---------|---------|---------|---------|
|                 |   |        | ارزیابی | ارزیابی | ارزیابی | ارزیابی |
|                 |   |        | ۵ تا ۱  | ۵ تا ۱  | ۵ تا ۱  | ۵ تا ۱  |
| ۱               | آیا رعایت اصول ایمنی با استفاده از گان , ماسک محافظ , دستکش , پیشبند ضد آب , دمپایی جلو بسته جهت حضور در واحد CSSD در هنگام شستشو, ضدعفونی و استریل کردن وسایل انجام می شود؟* |        |         |         |         |         |
| ۲               | آیا به شستن اصولی دست ها اهمیت داده می شود؟*  |        |         |         |         |         |
| ۳               | آیا با نحوه تمیز کردن و پیشگیری از تثبیت الودگی از سطح اقلامی که قرار است استریل شوند آگاهی دارد؟   |        |         |         |         |         |
| ۴               | آیا در مورد نحوه شستشوی انواع وسایل جراحی با توجه به ظرافت و حساسیت ابزارها به روش دستی در اتاق واشینگ آگاهی دارد؟*   |        |         |         |         |         |
| ۵               | آیا با انواع ضدعفونی کننده های موجود در بیمارستان و توانایی استفاده از آن ها آشنایی دارد؟*  |        |         |         |         |         |
| ۶               | آیا بسته بندی ست و بسته ها بر حسب نوع عمل جراحی به درستی انجام می شود؟*   |        |         |         |         |         |
| ۷               | آیا سیستم رهگیری برای مشخص کردن وسایل و تجهیزات استریل برای بیمار و نوشتن مشخصات لازم بر روی برچسب تست اتوکلاو انجام می شود؟  |        |         |         |         |         |
| ۸               | آیا نحوه جابجایی و رعایت نکات ایمنی در حمل وسایل استریل به درستی انجام می شود؟  |        |         |         |         |         |
| ۹               | آیا نحوه چینش وسایل درون دستگاه اتوکلاو با توجه به وسایل ظریف و کوچکتر جهت استریلیزاسیون استاندارد انجام می شود؟*   |        |         |         |         |         |
| ۱۰              | آیا با انواع دستگاه های استریل کننده از جمله دستگاه اتوکلاو و فور موجود در CSSD, طبق دستورالعمل سازنده دستگاه جهت روشن کردن دستگاه آشنایی دارد؟*                              |        |         |         |         |         |
| ۱۱              | آیا با انواع تست های بیولوژیک و شیمیایی و توانایی کار با آن ها بر حسب نوع دستگاه استریل کننده آشنایی دارد؟*   |        |         |         |         |         |
| ۱۲              | آیا باز بینی و بررسی مجدد کلیه اقلام در صورت بروز هرگونه اختلال در استریل سازی و در صورت لزوم اطلاع به مسئول واحد CSSD جهت اقدامات مداخله ای لازم انجام می شود؟               |        |         |         |         |         |
| ۱۳              | آیا از تکنیک های ضدعفونی و کنترل محیط (واشینگ) طبق سیاست های جاری بیمارستان آگاهی دارد؟*  |        |         |         |         |         |
| ۱۴              | آیا از نحوه استریل کردن اقلام حساس به حرارت آگاهی دارد؟   |        |         |         |         |         |
| ۱۵              | آیا از نحوه برخورد در زمان ایجاد آسیب ناشی از اشیای تیز و برنده 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

برنامه آموزشی گروهی

برنامه آموزشی فردی

|                         |                                   |                              |                                |
|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 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: