



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

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 مانیتورینگ کامل سیستم های حیاتی بیمار شامل علائم حیاتی، قلب، تنفس، ثبت آنها و گزارش موارد غیر طبیعی را می داند؟*					
۲	آیا از نحوه تعیین سطح هوشیاری و بررسی GCS آگاهی دارد؟*					
۳	آیا از نحوه تعیین سطح هوشیاری و بررسی FOUR آگاهی دارد؟					
۴	آیا انواع وسایل اکسیژن تراپی را می شناسد؟*					
۵	آیا از نحوه گرفتن نمونه خون شریانی آگاهی دارد؟*					
۶	آیا با مراقبت از راه هوایی (لوله تراشه و تراکئوستومی) آشنایی دارد؟*					
۷	آیا برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی در مراقبت کامل از پوست را به عمل می آورد و از ابزارهای مرتبط آگاهی دارد؟*					
۸	آیا با از نحوه تغذیه مددجو از طریق لوله های گوارشی و TPN آگاهی دارد؟*					
۹	آیا نحوه تنظیم و کنترل پارامترهای دستگاه ونتیلاتور (MODE,TV,FIO2,PS,PEEP,RR,PIP) با توجه به وضعیت تنفسی مددجو را می داند؟*					
۱۰	آیا از اصول مراقبت و همکاری در جداسازی بیمار از ونتیلاتور آگاهی دارد؟					
۱۱	آیا نحوه مراقبت از لوله تراشه(فیکس کردن، فاصله لوله تراشه تا گوشه لب، فشار کاف لوله تراشه، نحوه خارج کردن لوله تراشه) آگاهی دارد؟*					
۱۲	آیا با ابزارهای بررسی غیر کلامی درد آشنایی دارد؟					
۱۳	آیا مانیتورینگ قلب، تشخیص دیس ریتمی های شایع (VT,VF,AF,PAT) اطلاع به پزشک در صورت لزوم و انجام اقدامات فوری در صورت بروز دیس ریتمی های خطرناک را میداند؟					
۱۴	آیا از نحوه تنظیم و به کارگیری DC شوک در موارد ضروری آگاهی دارد؟*					
۱۵	آیا ساکشن راه هوایی دهانی، لوله تراشه، تراکئوستومی را به درستی انجام میدهد؟*					
۱۶	آیا از نحوه عملکرد چست تیوب، NGT، سوند فولی، پیس میکر، لوله تراشه، انواع درن و سایر اتصالات مددجو و مراقبت های لازم آگاهی دارد؟					
۱۷	آیا از کاربرد صحیح داروهای ضد درد و آرمبخش آگاهی دارد؟					
۱۸	آیا مراقبت های پرستاری ویژه به هنگام بروز اختلالات شعوری همچون هذیان، توهم، بی قراری حرکتی را به عمل می آورد؟					
۱۹	آیا با داروهای مهم (دوپامین، دوبوتامین، نیتروگلیسیرین، آدنوزین و آمیودارون) و نحوه کاربرد، محاسبات و عوارض آن آشنایی کامل دارد؟*					
۲۰	آیا از نحوه تکمیل قسمت های مختلف شیت ICU آگاهی دارد؟*					
	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 خبره:	مهر و امضا سوپروایزر آموزشی:	مهر و امضا مدیر خدمات پرستاری:
-------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

اقدامات انجام شده جهت آموزش: