



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

| ردیف            | موارد چک لیست   | نتیجه   |         |         |         |
|-----------------|---|---------|---------|---------|---------|
|                 |   | ارزیابی | ارزیابی | ارزیابی | ارزیابی |
|                 | تاریخ:  |         |         |         |         |
|                 |   | ۵ تا ۱  | ۵ تا ۱  | ۵ تا ۱  | ۵ تا ۱  |
| ۱               | آیا دیس ریتم های قلبی شایع (AF, VT, VF, PAT) را می شناسد؟*  |         |         |         |         |
| ۲               | آیا نحوه انجام اقدامات ضروری در حین بروز دیس ریتمی های خطرناک را می داند؟   |         |         |         |         |
| ۳               | آیا با داروهای تخصصی بخش (دوپامین، دوبوتامین، نیتروگلیسرین، آدنوزین و آمیودارون) و نحوه کاربرد، محاسبات و عوارض آن آشنایی کامل دارد؟* |         |         |         |         |
| ۴               | آیا با نحوه ارائه مراقبت های لازم در مددجو قبل/بعد از انجام روش های تشخیصی، درمانی (اکو-تست ورزش-هولتر) آشنایی دارد؟*                 |         |         |         |         |
| ۵               | آیا اعلام کد احیا و شروع اقدامات احیاء قلبی پایه در شرایط خاص را می داند؟*  |         |         |         |         |
| ۶               | آیا نحوه تنظیم و به کارگیری DC شوک در موارد ضروری را می داند؟*  |         |         |         |         |
| ۷               | آیا از نحوه تعیین سطح هوشیاری بیمار آگاهی دارد؟   |         |         |         |         |
| ۸               | آیا از آزمایشات روتین بخش و گزارش به پزشک معالج در مواقع ضروری اطلاع دارد؟*   |         |         |         |         |
| ۹               | آیا از نحوه کار کردن پمپ انفوزیون آگاهی دارد؟   |         |         |         |         |
| ۱۰              | آیا نحوه مانیتورینگ قلبی بیمار و کار با دستگاه مانیتورینگ 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 ۳۵ = ۷۰٪) 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: