



"فرم برگزاری آزمون صلاحیت و توانمندی اولیه کارکنان"

نام و نام خانوادگی:.....

بخش.....ICU

سمت:.....

تاریخ شروع به کار در این بخش:.....

| ردیف | موضوع آزمون | تاریخ آزمون | نتایج آزمون | اقدام اصلاحی | تاریخ ارزیابی مجدد | نتایج اقدام اصلاحی | اثر بخشی اقدام اصلاحی سطح اول | اثر بخشی اقدام اصلاحی سطح دوم |
|------|---|-------------|-------------|--------------|--------------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 | آزمون پایش همودینامیک | | | | | | | |
| 2 | آزمون محاسبات دارویی | | | | | | | |
| 3 | آزمون تحلیل نتایج گازهای خون و آزمایشات خون | | | | | | | |
| 4 | آزمون محاسبه سطح هوشیاری | | | | | | | |
| 5 | آزمون پیشگیری و درمان زخم فشاری | | | | | | | |
| 6 | آزمون تغذیه و دارو درمانی بیماران دارای سطح هوشیاری پایین | | | | | | | |
| 7 | آزمون آگاهی از کار ونتیلاتور و تنظیمات ابتدایی | | | | | | | |
| 8 | آزمون نحوه مراقبت از بیماران بی قرار در بخشهای ویژه | | | | | | | |
| 9 | آزمون آگاهی از وضعیت مناسب برای بیماران برحسب مورد | | | | | | | |

نام و امضاء مسئول برگزاری آزمون

سوپروایزر آموزش

سرپرستار