

" فرم برگزاری آزمون صلاحیت مهارت‌های تخصصی کارکنان "

نام و نام خانوادگی:.....

بخش:.....

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
۱	آزمون پایش همودینامیک							
۲	آزمون محاسبات دارویی							
۳	آزمون تحلیل نتایج گازهای خون و آزمایشات خون							
۴	آزمون محاسبه سطح هوشیاری							
۵	آزمون پیشگیری و درمان زخم فشاری							
۶	آزمون تغذیه و دارو درمانی بیماران دارای سطح هوشیاری پایین							
۷	آزمون آگاهی از کار ونتیلاتور و تنظیمات ابتدایی							
۸	آزمون نحوه مراقبت از بیماران بی قرار در بخشهای ویژه							
۹	آزمون آگاهی از وضعیت مناسب برای بیماران برحسب مورد							
۱۰	آزمون کنترل درد							
۱۱	آزمون دفیبریلاسیون / کاردیوورژن							
۱۲	آزمون تشخیص و درمان ریتمهای قلبی غیرطبیعی							

نام و امضاء مسئول برگزاری آزمون

سوپروایزر آموزش

سرپرستار