بیمارستان 31خرداد منجیل

نام و نام خانوادگي: بخش:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان توانمندی ها** | **بلی****2** | **تا حدودی****1** | **خیر****0** |
| **تعداد** | **درصد** | **تعداد** | **درصد** | **تعداد** | **درصد** |
| 1 | توانایی برقراری تعامل مناسب با بیمار و خانواده و همکاران را دارد |  |  |  |  |  |  |
| 2 | توانایی انجام نیازسنجی آموزشی بیماران در دو حیطه آموزش های عمومی وخودمراقبتی وبیماریهای شایع و تعیین اولویتهای آموزش به بیمار را دارد |  |  |  |  |  |  |
| 3 | در طراحی برنامه های آموزش بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص بر اساس نیاز سنجی آموزشی (خودمراقبتی ،مراقبت دارویی، علائم هشدار دهنده، ایمنی بیمار و...) مشارکت دارد. |  |  |  |  |  |  |
| 4 | در تهیه محتوای آموزشی(کتاب، پوستر آموزشی، پمفلت، فایل های صوتی تصویری و ...) و تدوین دستورالعمل های آموزش خودمراقبتی برای بیماریهای شایع مشارکت دارد.  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | در تهیه رسانه های کمک آموزشی به بیمار شامل ویدیو پروژوکتور، وایت بورد، ماکت، تلویزیون و ..... مشارکت دارد. |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  در برگزاری جلسات آموزش گروهی و انفرادی، آموزش چهره به چهره ،جلسات مشاوره ، پیگیری بیماران) و برنامه های آموزشی تقویم ملی سلامت مشارکت لازم را دارد. |  |  |  |  |  |  |
| 7 | برنامه های زمان بندی ماهیانه، فصلی و سالیانه آموزش به بیمار را تهیه و تنظیم می کند. |  |  |  |  |  |  |
| 8 | کنترل و نظارت مستمر بر اجرای دقیق آموزش های بدو ورود، حین بستری، زمان ترخیص( از طریق مشاهده فرم آموزش به بیمار، گزارشات پرستاری، سوال از بیمار و مشاهده عملکرد پرستار) را داشته و بدرستی ثبت می کند.  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | درارزیابی وتعیین میزان اثربخشی بودن آموزش های عمومی ارائه شده، همکاری لازم رادارد. |  |  |  |  |  |  |
| 10 | ثبت و گزارش کلی نتایج آموزش به بیمار به سوپروایزر آموزش سلامت در زمان تعیین شده را انجام می دهد |  |  |  |  |  |  |
| 11 | جهت رفع مشکلات اجرایی و بهبود فرایند آموزش به بیمار پیشنهادات کاربردی ارائه می دهد |  |  |  |  |  |  |
| 12 | همکاری و هماهنگی لازم و مستمر برای تمامی اقدامات مرتبط با آموزش بیماران را با سوپروایزر آموزش سلامت دارد. |  |  |  |  |  |  |
| جمع کل |  |  |  |  |  |  |

حداقل درصد توانمندی قابل قبول جهت احراز مسئولیت آموزش به بیمار بالای 75 درصد می باشد.

**نام و نام خانوادگی ارزیاب و امضاء:............................ تاریخ و ساعت ارزیابی : ...........................................**