



تاریخ تهیه: ۹۱/۰۶/۰۱
تاریخ آخرین بازنگری: ۹۲/۰۳/۰۴
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۳/۰۳/۰۴

چک لیست توجیهی پرسنل جدید ورود بیمارستان مرکز طبی کودکان

بند الف: معرفی کلی بیمارستان: (مسئول اجرا و برگزاری: سوپروایزر آموزشی و بالینی)

نام:..... نام خانوادگی تحصیلات:..... نام بخش/واحد ورودی:.....

نام مسئول بخش/واحد:..... تاریخ ورود به بیمارستان:..... شماره کارت پرسنلی:.....

ردیف	عنوان آموزش	آموزش دیده ام	
		بلی	تاریخ
۱	با رسالت ، چشم انداز و ارزشهای بیمارستان آشنا شدم.		
۲	با موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم .		
۳	با موضوعات ایمنی بیمار آشنایی کامل پیدا کردم.		
۴	با برنامه کنترل عفونت بیمارستان آشنا شدم.		
۵	با نقشه بیمارستان ، بخش/واحد و قسمتهای مختلف بیمارستان آشنا شدم.		
۶	با موضوعات آشنایی و نحوه اطفاءحریق آشنا شدم.		
۷	با موضوعات مدیریت بحران و مدیریت خطر در این بیمارستان آشنا شدم.		
۸	با ویژگیهای فرهنگی و بومی مردم منطقه آشنا شدم.		
۹	با چارت و سلسله مراتب سازمانی در این بیمارستان آشنا شدم.		
۱۰	در مورد قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش و رفتار در این بیمارستان آشنایی کامل پیدا کردم.		
۱۱	در مورد قوانین مالی و اداری (مرخصی، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش اضافه کار، روند ارتقاءشغلی، امکانات رفاهی و...) آشنایی کامل پیدا کردم.		

اینجانب با شماره کارت پرسنلی بدینوسیله اعلام می دارم CD آموزشی / دوره آموزشی مربوط به کلیه
آموزشهای بند الف را دریافت و مطالعه نموده ام .

امضاءمسئول آموزش بند الف:

امضاءفردآموزش گیرنده:

بند ب: معرفی جزئیات، دستورالعمل‌ها و مسئولیت‌ها در هر بخش/واحد: (مسئول اجرا و برگزاری: مسئول محترم هر بخش/واحد)

ردیف	عنوان آموزش	آموزش دیده ام	
		بلی	تاریخ
۱	با موقعیت بخش/واحد در بیمارستان آشنا شده‌ام.		
۲	با درب ورود و خروج اضطراری بخش/واحد آشنا شده‌ام.		
۳	با قسمت‌های مختلف بخش/واحد از جمله اتاق‌ها آشنا شده‌ام.		
۴	با قوانین رعایت ساعت ورود و خروج و تعیین شیفت کاری مشخص شدم		
۵	کتابچه خط مشی و روشهای بخش/واحد را مطالعه نمودم و با آن آشنا شدم.		
۶	رعایت نظم و انضباط و فرم کارکنان (روپوش، کفش، اتیکت) را در تمام ساعات کار می‌دانم		
۷	با نحوه آموزش‌های لازم به بیمار و همراهان با رعایت شأن و منزلت پست سازمانی خود آگاه شدم.		
۸	شرح وظایف و مسئولیتهای خود را مطالعه و امضا نمودم.		

بند پ: آشنایی با کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش/واحد: (مسئول اجرا و برگزاری: مسئول محترم هر بخش/واحد)

ردیف	عنوان آموزش	آموزش دیده ام	
		بلی	تاریخ
۱	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با		
۲	آموزش و آشنایی کامل کار کردن با		
۳			
۴			
۵			

اینجانب با شماره کارت پرسنلی بدینوسیله اعلام می‌دارم کلیه موارد آموزشی مربوط به بند ب و پ را توسط مسئول محترم بخش/واحد در یافت نموده‌ام.

امضاء فرد آموزش گیرنده: امضاء مسئول آموزش بند ب و پ: