

**فرم ارزشیابی دانشجویان توسط پرسپتور**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی دانشجو: نام بخش و بیمارستان:**  |
| **نام و نام خانوادگی پرسپتور: تاریخ:** |
| ردیف | موارد ارزشیابی | **خیلی ضعیف** | **ضعیف** | **متوسط** | **خوب** | **عالی** |
| 1 | رعایت پوشش حرفه‌ای پرستاری |  |  |  |  |  |
| 2 | وقت شناسی |  |  |  |  |  |
| 3 | رعایت قوانین و مقررات بخش و شئونات حرفه‌ای |  |  |  |  |  |
| 4 | مسئولیت پذیری |  |  |  |  |  |
| 5 | قدرت همکاری با سایر اعضای تیم درمانی |  |  |  |  |  |
| 6 | رعایت اخلاق حرفه ای در ارتباط با همکاران و بیماران |  |  |  |  |  |
| 7 | اطلاعات و دانش زمینه‌ای کافی |  |  |  |  |  |
| 8 | قدرت مدیریت و ابتکار در انجام مراقبت‌های بیمار به‌صورت فردی |  |  |  |  |  |
| 9 | اشتیاق برای یادگیری  |  |  |  |  |  |
| 10 | قدرت تشخیص احتیاجات بیمار |  |  |  |  |  |
| 11 | صحت اجرای مراقبت‌های مربوط به برقراری راه وریدی، مایع درمانی و مراقبت دارویی |  |  |  |  |  |
| 12 | صحت اجرای مراقبت‌های مربوط به راه هوایی، اکسیژن درمانی و تهویه  |  |  |  |  |  |
| 13 | صحت اجرای مراقبت‌های مربوط به مراقبت از زخم و پانسمان  |  |  |  |  |  |
| 14 | همکاری در فرآیند پذیرش و ترخیص بیمار  |  |  |  |  |  |
| 15 | اخذ و ارسال انواع نمونه‌های‌ِ آزمایشگاهی به شیوه صحیح |  |  |  |  |  |
| 16 | صحت اجرای برنامه آموزش به بیمار  |  |  |  |  |  |
| 17 | توانایی ثبت اقدامات و درخواست‌ها در HIS |  |  |  |  |  |
| 18 | شرکت در تحویل و تحول بیمار در ابتدا و انتهای شیفت |  |  |  |  |  |
| 19 | **همراهی با** **پرستار بیمار**، در انتقال به اتاق عمل و پاراکلینیک و پذیرش مجدد به بخش |  |  |  |  |  |
| 20 | همراهی با پرستار بیمار در ویزیت و قدرت انتقال مشکلات بیمار به پزشک |  |  |  |  |  |
| 21 | توجه به آموزش به بیمار و جلب همکاری بیمار و خانواده در امر مراقبت و درمان |  |  |  |  |  |
| **نمره از 20** |  |

توضیحات:

 **تاریخ و امضا:**