**فرم نیازسنجی آموزشی سالانه کارکنان بر اساس**

 **شرح وظایف ، برنامه استراتژیک ، بهبود کیفیت ، تحلیل شاخص ها و سیستم گزارش خطاها**

**واحد/بخش: بیمارستان:**

|  |
| --- |
| **مشخصات فردی و شغلی :** |
| نام ونام خانوادگی : | شماره ملی : | آخرین مدرک تحصیلی : |
| رشته تحصیلی : | سابقه خدمت : | عنوان پست سازمانی : |
| واحد محل خدمت: | تاریخ تکمیل فرم : |  |
| **آموزش های اجباری**  آموزش های لازم که بایستی تمام کارکنان حداقل سالی یکبار به صورت مدون یا غیر مدون از طریق کنفرانس ، شرکت در سمینارها ،ارائه پمفلت و ... بگذرانند به شرح ذیل می باشد : 1. اجرای صحیح احیای قلبی – ریوی – مغزی پایه و آموزش AED (کادر اداری )
2. انجام صحیح احیای قلبی – مغزی – ریوی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور ، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی (کادر درمان)
3. مدیریت در .....( بحران ، خطر و آتش نشانی و Drill آتش نشانی )
4. ایمنی بیمار و ایمنی سلامت شغلی کارکنان ، کنترل عفونت و بهداشت محیط
5. مهارت های برقراری ارتباط ( نقش کارکنان در تشخیص ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان – ارتقای مهارت های رفتاری و ارتباطی کارکنان
 |
| **همکار محترم : لطفا علاوه بر دوره های اجباری فوق آموزشهای مورد نیاز جهت ارتقاء توانمندی و مهارت خودتان را در جدول زیر بترتیب اولویت بنویسید .**  |
| **ردیف**  | **آموزشهای مورد نیاز بر اساس شرح وظایف پست سازمانی**  |  **آموزشهای مورد نیاز در جهت اجرای برنامه استراژیک**  |  **آموزشهای لازم در جهت بهبود کیفیت**  |  **آموزش های لازم جهت انجام تحلیل شاخص ها و سیستم گزارش خطاها**  |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **امضاء و تاریخ تکمیل فرم توسط ذینفع :**  |
| **نظریه مسول بخش / واحد:** آیا اولویت بندی دوره های آموزشی مورد تایید مسول مربوطه می باشد ؟ بلی□ خیر □ |
| در صورت پاسخ منفی ترتیب اولویت بر اساس شماره ردیف توسط ایشان درج گردد:  امضاء مسول بخش / واحد : امضاء سوپروایزر آموزشی: |