**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: | | | | | |