فرم بررسی وضعیت و عملکرد مدیریت پرستاری

دانشگاه / دانشکده ....................

نام افراد بازدید کننده : .................................................................

تاریخ بازدید .......................

**1) مشخصات دانشگاه / دانشکده**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان** | **پاسخ** |
| **نام دانشگاه / دانشکده** |  |
| **جمعیت تحت پوشش دانشگاه / دانشکده** | .....................................نفر |
| **تعداد شهرستان تحت پوشش دانشگاه / دانشکده** |  |
| **وسعت جغرافیایی منطقه تحت پوشش دانشگاه / دانشکده** | .................................کیلومتر مربع |
| **تعداد دانشگاه مستقر در استان** |  |
| **تعداد بیمارستان / مرکز آموزشی و درمانی دانشگاهی تحت پوشش دانشگاه / دانشکده** |  |
| **تعداد بیمارستان / مرکز آموزشی و درمانی غیر دانشگاهی تحت پوشش دانشگاه / دانشکده** |  |

**2) اطلاعات زيرساختی:**

* موقعیت حوزه پرستاری در دانشگاه / دانشکده

1. مدیریت پرستاری
2. اداره پرستاری
3. دفتر پرستاری
4. سایر موارد نام ببرید .....................................................................

* **ساختار تشکیلاتی حوزه پرستاری دانشگاه ضمیمه شود.**

**3) جدول چارت تشکیلاتی حوزه پرستاری ستاد دانشگاه / دانشکده**

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان | پاسخ |
| تعداد پست های فنی ( کارشناسی ) مصوب حوزه پرستاری دانشگاه / دانشکده |  |
| عنوان پست های سرپرستی حوزه پرستاری |  |
| تعداد نیروهای فنی ( کارشناسی) شاغل در حوزه پرستاری دانشگاه / دانشکده |  |
| تعداد نیروهای پشتیبانی حوزه پرستاری دانشگاه / دانشکده |  |
| ابلاغ مدیر پرستاری دانشگاه / دانشکده توسط چه مرجعی صادر شده است؟ |  |
| آیا مدیر پرستاری سمت دیگری هم در دانشگاه / دانشکده دارد؟ **نام ببرید؟** | بلی خیر |
| نام کمیته ها / کارگروهها و... که مدیر یا نماینده حوزه پرستاری دانشگاه در آن حضور دارد |  |
| آیا اعتبارات خاص به مدیریت پرستاری دانشگاه / دانشکده در طی سال جاری اختصاص داده شده است؟ | بلی ...................................... ریال  خیر |
| آیا ساختار حوزه پرستاری مطابق استاندارد پیوست است ؟ | بلی خیر |
| آیا مدیر پرستاری دانشگاه پست مصوب مدیریت را دارد ؟ | بلی خیر |

**4)چارت تشکیلاتی حوزه ستادی پرستاری**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام ونام خانوادگی** | **سمت**  **( وضعیت فعلی)** | **عنوان پست سازمانی**  **( بر اساس حکم کارگزینی)** | **میزان تحصیلات** | **سنوات خدمت ستادی** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

****

6) اطلاعات مربوط به عملکرد مدیریت /اداره پرستاری دانشگاه / دانشکده

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| توضیحات | خیر | بله | معیارهای ارزیابی | عنوان فعالیت |
|  |  |  | وجود شرح وظایف مدیر و کارشناسان حوزه ستادی پرستاری | **ساختار و برنامه** |
|  |  |  | وجود بانک اطلاعاتی نيروي پرستاری در سطح دانشگاه ( دولتی / غیر دولتی) |
|  |  |  | وجود برنامه استراتژيك مدون |
|  |  |  | وجود برنامه عملیاتی |
|  |  |  | ارزیابی مقطعی برنامه عملیاتی |
|  |  |  | برگزاری جلسات با سطوح مختلف مديريتي شامل مدیران پرستاری مراکز تحت پوشش از جمله : سوپروايزران آموزشی، کارشناسان کنترل عفونت و.... بر اساس جدول زمانبندی (مشاهده مستندات مربوطه ) |
|  |  |  | اجرای قانون برنامه ارتقاء بهره وری و نظارت بر آن |
|  |  |  | مشارکت در برنامه بحران و بیماریهای نوپدید |
|  |  |  | مشارکت فعال در جذب و توزیع نیروی جدید الاستخدام اعم از شرکتی و .... |
|  |  |  | وجود برنامه هاي کنترل و نظارت از مراکز تحت پوشش به تفكيك جهت | **کنترل و نظارت** |
|  |  |  | مدیر و کارشناسان حوزه ستادی (مشاهده مستندات مربوطه ) |
|  |  |  | پایش و کنترل و نظارت بر فرآیندهای مدیریتی ،مراقبتی و آموزشی و برنامه ریزی جهت ارتقاء |
|  |  |  | انجام رضایت سنجی از بیماران و همراهان از کیفیت ارائه خدمات پرستاری |
|  |  |  | برنامه ريزي بر اساس مصوبات جلسات و انعکاس ان به مسئولین مربوطه  (مشاهده مستندات مربوطه) |
|  |  |  | کنترل و نظارت بر بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی غیر دولتی |
|  |  |  | پایش برنامه هاي ابلاغی حوزه پرستاری وزارت بهداشت ( پاویون های پرستاری، جذب نیروی پرستاری شرکتی ، استعلاجی زایمان، کار دانشجو در بالین، استمرار طرح پرستاری ، پایش دوره آموزشی کمک پرستاری و .....) |
|  |  |  | وجود شواهد و مستندات مربوط به فرایند مدیریت آموزشی کارکنان پرستاری ( نیاز سنجی، اولویت بندی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش اثر بخشی در رده های مدیریتی و ... ) | **توانمند سازی كاركنان بالین** |
|  |  |  | رضایت سنجي کارکنان پرستاری و برنامه ریزی جهت ارتقاء آن | **حمایت و ایمنی کارکنان** |
|  |  |  | بررسی مستندات مربوط به نسبت تعداد پرستاران تحت پوشش بیمه حرفه اي به كل كادر پرستاری |

7) گزارش نهایی

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **پیشنهادات /راهکارها /توضیحات** | **نقاط ضعف** | **نقاط قوت** | **ابعاد** |
|  |  |  | **نیروی انسانی** |
|  |  |  | **ساختار** |
|  |  |  | **فعالیت ها و برنامه ها** |
|  |  |  | **برنامه های ابلاغی** |
|  |  |  | **نظارت بر بخش غیر دولتی** |
|  |  |  | **سایر موارد** |

نام و نام خانوادگی ارزیابان معاونت پرستاری نام و نام خانوادگی مدیر پرستاری دانشگاه

امضاء امضاء