



I N H S

فرم اطلاعات مرتبط با آموزش در سیستم هموویژلانس مربوط به بیمارستان*



سینا ایزدخواستی خرابادین

پایگاه انتقال خون استان:

شهرستان:

بیمارستان:

تاریخ استقرار سیستم هموویژلانس:

بدو استقرار
 ۶ ماه پس از استقرار
 یک سال پس از استقرار
 ۲ سال پس از استقرار
 ۳ سال پس از استقرار

تعداد کل پزشکان شاغل در بیمارستان:

تعداد کل پرستاران شاغل در بیمارستان:

تعداد کل پرسنل بانک خون شاغل در بیمارستان:

ردیف	دوره آموزشی (برگزار شده توسط بخش آموزش بیمارستان)	تاریخ برگزاری دوره آموزشی	تاریخ برگزاری آزمون (برگزار شده توسط پایگاه انتقال خون استان)	تعداد پزشک شرکت کننده	میانگین نمره اخذ شده توسط پزشکان	تعداد پرستار شرکت کننده	میانگین نمره اخذ شده توسط پرستاران	تعداد پرسنل بانک خون شرکت کننده	میانگین نمره اخذ شده توسط پرسنل بانک خون
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
مجموع									

* در جدول فوق دوره های آموزشی که توسط هسته آموزشی بیمارستان به شکل آشنایی جهت آموزش پرسنل شاغل اعم از پزشک ، پرستار و پرسنل بانک خون برگزار گردیده و افراد شرکت کننده در آزمونی که با هماهنگی پایگاه انتقال خون استان برگزار گردیده شرکت ، و حداقل نمره قبولی (اخذ نمره ۱۴ از ۲۰) را کسب کرده اند.

ردیف	نام دوره آموزشی (همایش، سمینار ، کنگره ، گنفرانس ، کارگاه و...)	تاریخ برگزاری دوره آموزشی	تعداد پزشک شرکت کننده	تعداد پرستار شرکت کننده	تعداد پرسنل بانک خون شرکت کننده
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
مجموع					

* در جدول فوق دوره های آموزشی شامل سمینار و کنگره ، همایش ، کنفرانس و کارگاه های مرتبط با سیستم هموویژلانس که پرسنل بیمارستان اعم از پزشک ، پرستار و پرسنل بانک خون شاغل در مرکز فوق در آن شرکت نموده و گواهی مرتبط با دوره آموزشی را دریافت نموده اند.

تاریخ تکمیل فرم:

سمت فرد تکمیل کننده:

نام و نام خانوادگی پزشک ارشد هموویژلانس بیمارستان:

نام و نام خانوادگی فرد تکمیل کننده:

امضا فرد تکمیل کننده:

امضا پزشک ارشد هموویژلانس:

* این فرم باید توسط بخش آموزش بیمارستان تکمیل و دو بار در سال (هفته اول مهر و هفته سوم فروردین) به پایگاه انتقال خون ارسال گردد.



I N H S

فرم اطلاعات مرتبط با آموزش در سیستم هموویژلانس مربوط به بیمارستان*



سازمان انتقال خون ایران