



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

تاریخ استقرار سیستم هموویژلانس:

بیمارستان:

شهرستان:

اداره کل انتقال خون استان:

☐ ... سال پس از استقرار

☐ یک سال پس از استقرار

☐ شش ماه پس از استقرار

☐ بدو استقرار

تعداد کل کارکنان بانک خون شاغل در بیمارستان:

تعداد کل پرستاران شاغل در بیمارستان:

تعداد کل پزشکان شاغل در بیمارستان:

ردیف	دوره آموزشی (برگزار شده توسط بخش آموزش بیمارستان)	تاریخ برگزاری دوره آموزشی	تاریخ برگزاری آزمون (برگزار شده توسط اداره کل انتقال خون استان)	پزشکان			پرستاران			کارکنان بانک خون		
				تعداد افراد شرکت کننده	تعداد افراد قبول شده	میانگین نمره افراد قبول شده	تعداد افراد شرکت کننده	تعداد افراد قبول شده	میانگین نمره افراد قبول شده	تعداد افراد شرکت کننده	تعداد افراد قبول شده	میانگین نمره افراد قبول شده
۱												
۲												
۳												
مجموع												
مجموع کل افراد دارای گواهی هموویژلانس (دارای اعتبار) در زمان تکمیل فرم												

-در جدول فوق، منظور دوره های آموزشی که توسط هسته آموزشی بیمارستان به شکل آشنایی جهت آموزش شاغلین اعم از پزشکان، پرستاران و کارکنان بانک خون برگزار گردیده است و شرکت کنندگان در آزمون (با هماهنگی اداره کل انتقال خون استان) که حداقل نمره قبولی ۱۴ از ۲۰ را اخذ و گواهی هموویژلانس (تاریخ اعتبار ۳ ساله) را کسب نموده اند.

ردیف	نام دوره آموزشی (همایش، سمینار، کنگره، کنفرانس، کارگاه و ...)	تاریخ برگزاری دوره آموزشی	تعداد پزشکان شرکت کننده	تعداد پرستاران شرکت کننده	تعداد کارکنان بانک خون شرکت کننده
۱					
۲					
۳					
مجموع					

در جدول فوق منظور دوره های آموزشی شامل همایش، سمینار، کنگره، کنفرانس و کارگاه های مرتبط با سیستم هموویژلانس که شاغلین بیمارستان اعم از پزشکان، پرستاران و کارکنان بانک خون در آن شرکت نموده و گواهی مرتبط با دوره آموزشی را دریافت نموده اند.

نام و نام خانوادگی پزشک ارشد هموویژلانس بیمارستان

سمت فرد تکمیل کننده:

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء پزشک ارشد هموویژلانس:

امضاء فرد تکمیل کننده:

نام و خانوادگی فرد تکمیل کننده:

* این فرم بایستی در بدو استقرار سیستم هموویژلانس و سپس پایان هر سال توسط بخش آموزش بیمارستان تکمیل و تا پانزدهم اسفند ماه به اداره کل انتقال خون استان ارسال گردد.

مدت زمان نگهداری	ترتیب صفحات
نامحدود	صفحه ۱ از ۱

00.HV.002.FRM/03