|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **مکان جلسه** :  ......................بخش اورژانس . | **تاریخ:**  **..09/03/1400 /........** | **ساعت شروع: 11:00**  **ساعت خاتمه: 12:00...........** | | | **شماره جلسه:**  **.....................................................** | | **موضوع:**  ................................................................................................................ | | **افراد حاضر در جلسه (با ذکرسمت و جایگاه سازمانی ) :**  دکتر مونا نصیری(متخصص اطفال)  خانم شجاع سوپروایرزر  خانم توکلیان (سرپرستار)  خانم رضایی  خانم بخشایی  خانم فخری | | | | **پیگیر ی مصوبات جلسه قبل :**  **پیگیری افزایش فالوآپ به 100%**  **جزوه بندآورنده ها تهیه شده و در اختیار پرسنل اورژانس قرار گرفته و با استقبال مواجه شده بود.**  **تمامی پمفلت ها به روز رسانی شده و تحویل خانم رضایی شده است.**  **فرم ترخیص بیماران هموفیلی طراحی شده و تحویل دکتر نصیری خواهد شد تا در صورت تایید به خانم رضایی گزارش داده شود.**  **مطالب مطروحه:**  **جلسه ساعت11 با نام و یاد خدا آغاز شد.**  **ابتدای جلسه جهت یاداوری تمامی مصوبات قبلی بررسی شد.**  **C:\Users\rezaiyeaa1\Desktop\New folder\اورزانس.jpgتوصیه به حفظ فاصله 48 ساغته فالوآپ و رعایت آن گردید.**  **هم چنین توسط خانم رضایی سوپروایزر آموزش به بیمار درخواست برگزاری کارگاه های آموزشی جهت مادران و همذاهیان بیماران گردید.**  **درخواست شد چک لیست اثربخشی به موقع در هر ماه پر گردد و توسط سرپرستار بخش بررسی و کنترل گردد.**  **نیازسنجی ها حتما با کمک والدین و افراد ارشد بخش هماهنگ و اجرا شود.**  **هم چنین توصیه شد در زمینه آموزش به بیمار و همراهی بیمار خلاقیت به خرج داده شود.**  **توسط خانم شجاع سوپروایزر بیمارستان درخواست شد تا ارتباط بین رابطین آموزش با سابقه کم با رابطین آموزش با بهترین سابقه ایجاد شود.**  **هم چنین درخواست تشکیل گروه واتس اپ برای همراهیان بیماران داده شد.**  **جدول بررسی نیازسنجی آموزشی:** | | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **نوع بیماری** | **گاستروآنتریت** | **مشکوک به کرونا** | **ترومبوسایتوپنی** | **تب** | **تب و تشنج** | | **نیاز آموزشی بیمار** | **نوع بیماری و علت آن** | **نوع بیماری و علت آن** | **نوع بیماری و علت آن** | **نوع بیماری و علت آن** | **نوع بیماری و علت آن** | | **تغذیه بیمار** | **علائم هشدار در بیماری** | **علائم هشدار دربیماری** | **علائم هشدار در بیماری** | **علائم هشدار در بیماری** | | **علائم هشدار در بیماری** | **اقدامات خودمراقبتی** | **اقدامات خودمراقبتی** | **اقدامات خودمراقبتی** | **تغذیه** | | **اقدامات خودمراقبتی** | **تغذیه بیمار** | **نحوه استفاده ازداروپس از ترخیص و مدت زمان استفاده از دارو** | **نحوه استفاده ازداروپس از ترخیص و مدت زمان استفاده از دارو** | **نحوه استفاده ازداروپس از ترخیص و مدت زمان استفاده از دارو** | | **نحوه استفاده از دارو پس از ترخیص ومدت زمان استفاده از دارو** | **نحوه استفاده از دارو پس از ترخیص و مدت زمان استفاده از دارو** | **زمان مراجعه به پزشک** | **زمان مراجعه به پزشک** | **اقدامات خودمراقبتی** | | **زمان مراجعه به پزشک** | **زمان مراجعه به پزشک** | **تغذیه** | **تغذیه** | **زمان مراجعه به پزشک** | | **شناخت سازمان های حمایتی** | **شناخت سازمان های حمایتی** | **شناخت سازمان های حمایتی** | **شناخت سازمان های حمایتی** | **شناخت سازمان های حمایتی** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | **مصوبات:** | | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ردیف | شرح مصوبه | مجری | پیگیر | مهلت پیگیری | | 1 | **فاصله 48 ساعته فالواپ از زمان ترخیص رعایت شود.** | **رابط آموزش** | **سرپرستار وسوپر وایزر آموزش سلامت** | **مداوم** | | 2 | **نیازسنجی ها حتما با کمک والدین و افراد ارشد بخش هماهنگ شود.** | **رابط آموزش** | **سرپرستار وسوپر وایزر آموزش سلامت** | **مداوم** | | 3 | **تشکیل گروه واتس اپ برای همراهیان بیماران** | **رابط آموزش** | **سرپرستار وسوپر وایزر آموزش سلامت** | **مداوم** | | 4 | **انجام کارگاه آموزشی جهت مادران و همراهیان بیماران** | **رابط آموزش** | **سرپرستار وسوپر وایزر آموزش سلامت** | **مداوم** | | | | | **امضاء حاضرین :** | | | |