|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 سوپروایرزرخانم توکلیان (سرپرستار)خانم رضاییخانم بخشاییخانم 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 :**  |

 |