

فرم ارزیابی مهارت عملی دستیار از طریق مشاهده مستقیم (DOPS)

مهارت عملی: کارگذاری کاتتر ورید مرکزی (CV Catheter)

آزمون شونده: نام خانوادگی رشته تحصیلی دستیار سال

آزمونگر: نام نام خانوادگی مرتبه علمی

محل آزمون: اتاق عمل ☐ بخش مراقبتهای ویژه ☐ سایر.....

آزمونگر بیش از این چند بار از روش DOPS برای ارزیابی دستیاران استفاده کرده است؟

۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐ ۶-۹ ☐ >۹ ☐

آزمون شونده تاکنون چند بار این پروسیجر را انجام داده است؟

۰ ☐ ۱ ☐ ۲-۴ ☐ ۵-۹ ☐ >۱۰ ☐

درجه سختی پروسیجر (با توجه به سنوات تحصیلی دستیار): کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐

ردیف	لطفاً قسمتهای زیر را بر اساس مقیاسهای مربوط پر کنید	پائین تر از حد انتظار	حد مرزی	در حد انتظار	بالا تر از حد انتظار	غیر قابل ارزیابی
۱	آگاهی از اندیکاسیون و موارد منع انجام پروسیجر و بیان آنها در صورت لزوم					
۲	آماده سازی بیمار قبل از انجام پروسیجر (پایش همودینامیک و تنفس) و جلب رضایت وی و بیحسی محل مورد نظر در بیماران هوشیار					
۳	قرار دادن بیمار در پوزیشن مناسب بسته به ورید مرکزی مورد نظر					
۴	آگاهی از آناتومی ورید مرکزی مورد نظر و نشان دادن لندمارکهای مربوطه بر اساس نوع approach					
۵	رعایت اصول استریلیزاسیون و آماده سازی محل پروسیجر					
۶	آماده سازی وسایل مورد نیاز و ست CVP با سایز مناسب					
۷	انجام پروسیجر به روش صحیح و با رعایت اصول استریلیتی					
۸	حصول اطمینان از قرارگیری صحیح کاتتر در ورید مرکزی و ثابت نمودن کاتتر					
۹	آگاهی از عوارض پروسیجر و درمان آنها در صورت لزوم					

• لطفاً نقاط قوت و ضعف دستیار و یا هرگونه پیشنهاد برای بهبود عملکرد وی را در این محل ثبت کنید.

• رضایت دستیار آزمون از آزمون DOPS ۱۰ ☐ ۹ ☐ ۸ ☐ ۷ ☐ ۶ ☐ ۵ ☐ ۴ ☐ ۳ ☐ ۲ ☐ ۱ ☐

• رضایت آزمونگر از آزمون DOPS ۱۰ ☐ ۹ ☐ ۸ ☐ ۷ ☐ ۶ ☐ ۵ ☐ ۴ ☐ ۳ ☐ ۲ ☐ ۱ ☐

• آیا آزمونگر قبلاً در مورد استفاده از این ابزار ارزیابی آموزش دیده است؟

خیر ☐ بلی بصورت آموزش چهره به چهره ☐ بلی بصورت دستورالعمل ☐ بلی (سایر موارد) ☐

• تاریخ ارزیابی / /

• مدت زمانی که صرف مشاهده شد: دقیقه

• مدت زمانی که صرف ارائه بازخورد شد: دقیقه

محل مهر و امضای آزمونگر

محل مهر و امضای دستیار