

فرم خود ارزیابی بخشهای مرکز آموزشی درمانی/بیمارستان.....براساس چک لیست اداره پرستاری

نام بخش	امتیاز سرپرستار	امتیاز سوپروایزر بالینی	امتیاز سوپروایزر آموزشی و کنترل عفونت	میانگین امتیاز

نام مدیر/رئیس خدمات پرستاری.....مهر و امضاء.....تاریخ.....