

Nazwa Ośrodka:

Imię i nazwisko szkolonej Pielęgniarki:

Zakres szkolenia	Data szkolenia	Podpis szkolącego
1. Prezentacja Ośrodka, funkcje pomieszczeń Ośrodka	___/___/___	
2. Organizacja pracy w Ośrodku	___/___/___	
3. Struktura personelu w Ośrodku i zadania Członków Zespołu	___/___/___	
4. Zasady przyjmowania pacjentów do leczenia nerkozastępczego w Ośrodku	___/___/___	
5. Hemodializa – metoda leczenia niewydolności nerek, fizjologia zabiegu	___/___/___	
6. Zagrożenia dla pacjenta związane z krążeniem pozaustrojowym (HD)	___/___/___	
7. Zasady pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia	___/___/___	
8. Zasady bezpiecznej pracy; 8.1. Higiena rąk, 8.2. Środki Ochrony Indywidualnej, 8.3. Bezpieczne obchodzenie się z ostrymi przedmiotami, 8.4. Segregacja odpadów	___/___/___	
9. Techniczne i biologiczne zagrożenia w Ośrodku	___/___/___	
10. Bezpieczeństwo personelu podczas obchodzenia się ze środkami chemicznymi w Ośrodku	___/___/___	
11. Zasady bezpiecznej ewakuacji pacjentów i personelu Ośrodka w sytuacji zagrożenia p/pożarowego	___/___/___	

**Szkolenie należy przeprowadzić pierwszego dnia pracy Pielęgniarki /arza w Ośrodku*

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że otrzymałam/em informacje ww. tematyce, niezbędne do rozpoczęcia pracy w Ośrodku i wykonywania przeze mnie zadań określonych w Umowie. Zobowiązuję się do rzetelnego i sumiennego przestrzegania zasad, procedur i regulaminów obowiązujących w DaVita sp. z o. o.

.....
Podpis Pielęgniarki Oddziałowej

.....
Podpis Pielęgniarki szkolonej

.....
Podpis Ordynatora Ośrodka