



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

مدیریت امور پرستاری

مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان ...

فرم شماره ۴ تحلیل عملکرد کارگروه آموزش به بیمار و خانواده از تاریخ ..... لغایت .....

عنوان مصوبه	تاریخ و مسئول پیگیری	راهکارهای ارائه شده	راهکارهای اجرا شده	رعایت بازه زمانی		نتیجه دستیابی به مصوبه	علل عدم دستیابی	راهکارهای جدید
				بله	خیر			

نام و امضاء تکمیل کننده:

مسئول بهبود کیفیت:

تاریخ انجام تحلیل: .....