

OPERATORE SOCIO SANITARIO

Cognome e nome:

Periodo di riferimento:

Gentile collaboratore, nell'ottica del miglioramento continuo aziendale, abbiamo realizzato il presente strumento di automonitoraggio e confronto.

L'obiettivo è porre una costante attenzione sulla qualità del servizio, favorendo inoltre un confronto positivo e stabile tra il personale della struttura.

La compilazione prevede che il collaboratore si dia una valutazione e ne dia spiegazione nello spazio sotto ogni item. L'autovalutazione verrà poi condivisa con il proprio referente mediante un colloquio individuale.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------|----------------------|-------------|-------|--------|
| insufficiente | quasi sufficiente | sufficiente | buono | ottimo |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 1. Partecipo all'identificazione dei bisogni di salute del residente | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

.....

.....

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 2. Conosco il protocollo di accoglienza del residente e so prendermene carico | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

.....

.....

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 3. Conosco e attuo azioni e tecniche infermieristiche più appropriate in rapporto ai problemi assistenziali | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

.....

.....

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 4. Garantisco la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

.....

.....

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 5. Trasmetto al medico incaricato le informazioni necessarie alla soluzione dei problemi di salute del residente | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

.....

.....

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 6. Riconosco prescrizioni mediche che presentano criticità e le comunico al responsabile | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

.....

.....

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 7. Educo il residente, la famiglia e i curanti preposti alla salvaguardia della salute dell'anziano | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

OPERATORE SOCIO SANITARIO

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 8. Propongo miglioramenti allo svolgimento del lavoro | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

.....

.....

Osservazioni del collaboratore e desideri formativi:

.....

.....

.....

.....

.....

Osservazioni del responsabile:

.....

.....

.....

.....

.....

Data:.....

Firma del collaboratore:.....

Data:.....

Firma del responsabile:.....

Data:.....

Firma del direttore:.....