

หอผู้ป่วย / หน่วยงาน.....แผนกพยาบาล.....

ผู้รับการนิเทศฯ..... หน.พยาบาล(MN2) หน.หอผู้ป่วย / หน่วยงาน (MN1) พยาบาลช่วยหน.หอผู้ป่วย / หน่วยงาน

ประสบการณ์ในหน้าที่ > 1 – 3 ปี > 3 – 5 ปี > 5 – 10 ปี > 10 ปี

ผู้นิเทศฯ..... ผู้บริหารการพยาบาล หน.พยาบาล ที่ปรึกษาฝ่าย / หน.ฝ่าย กพย.ฯ

หัวข้อการนิเทศฯ..... ครั้งที่วันที่ เดือน ปี

วัตถุประสงค์ / เป้าหมาย	วิธีการนิเทศฯ	กิจกรรม/เรื่องที่นิเทศ	วิธีการประเมิน	ผลการนิเทศฯ/การติดตาม
<input type="checkbox"/> ติดตามการดำเนินงานตาม	<input type="checkbox"/> สอน		<input type="checkbox"/> ถามตอบ	
- การบริหารทรัพยากรบุคคล	<input type="checkbox"/> แลกเปลี่ยนเรียนรู้		<input type="checkbox"/> ตรวจสอบระบุ	
- การจัดระบบงานและระบบการ	<input type="checkbox"/> Group Discussion			
- การบรรเทาทุกข์ทรมาน	- Proctor Model			
- ความปลอดภัยผู้ใช้บริการ	<input type="checkbox"/> Normative supervision			
Common risk	<input type="checkbox"/> Formative			
Clinical risk	<input type="checkbox"/> Restorative supervision			
- ความพึงพอใจผู้ให้บริการ	<input type="checkbox"/> Coaching		<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ	
- Productivity	<input type="checkbox"/> Adult Learning			
- การดูแลตนเอง	อื่นๆ			
- การสร้างเสริมสุขภาพ				
<input type="checkbox"/> อื่นๆ				

วันที่นิเทศฯ ครั้งต่อไป.....

ลงชื่อผู้รับการนิเทศฯ.....