

หอผู้ป่วย / หน่วยงาน แผนกพยาบาล

ผู้รับการนิเทศฯอายุงาน >1-3 ปี (Advance Beginner) >3-5 ปี (Competent) >5-10 ปี (Proficient) >10 ปี (Expert)

ผู้นิเทศฯ..... หน.หอผู้ป่วย / หน่วยงาน (MN1) พยาบาลช่วยหน.หอผู้ป่วย / หน่วยงาน

หัวข้อการนิเทศฯ..... ครั้งที่ 1.ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้รับการนิเทศฯ.....

Competency Gap ครั้งที่ 2.ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้รับการนิเทศฯ.....

ครั้งที่ 3.ว/ด/ป..... ลงชื่อผู้รับการนิเทศฯ.....

วัตถุประสงค์/เป้าหมาย	วิธีการนิเทศฯ	กิจกรรม/เรื่องที่นิเทศฯ	วิธีการประเมิน	ผลการนิเทศฯ/การติดตาม
	<input type="checkbox"/> สอน		<input type="checkbox"/> ถามตอบ / ทดสอบ	
	<input type="checkbox"/> สาธิต		<input type="checkbox"/> ปฏิบัติซ้ำ	
	<input type="checkbox"/> ฝึกปฏิบัติ		<input type="checkbox"/> สังเกต	
	<input type="checkbox"/> Discussion		<input type="checkbox"/> สัมภาษณ์ ผู้ป่วย. /ญาติ/ ผู้ร่วมงาน	
	<input type="checkbox"/> Group Discussion		<input type="checkbox"/> ตรวจสอบระบุ	
	<input type="checkbox"/> Pre-Post Conference			
	<input type="checkbox"/> C3THER			
	<input type="checkbox"/> Case Study			
	<input type="checkbox"/> Case Conference			
	อื่นๆ		<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ	

ข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ ผู้นิเทศฯ.....

(ลงลายมือชื่อ เมื่อผู้รับการนิเทศฯ เมื่อผลการนิเทศฯผ่าน)