



فرم چینش کارکنان متناسب با تعداد بیماران و حجم کاری بر اساس اعتبار بخشی

بخش: ماه: سال:

| روز | صبح | | | عصر | | | شب | | | شیفت |
|-----|-------------|-----------------|---------------|-------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|------|
| | تعداد پرسنل | پرسنل اضافه شده | پرسنل OFF شده | تعداد پرسنل | پرسنل اضافه شده | پرسنل OFF شده | تعداد بیماران | پرسنل اضافه شده | پرسنل OFF شده | |
| ۱ | | | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | | | | |
| ۶ | | | | | | | | | | |
| ۷ | | | | | | | | | | |
| ۸ | | | | | | | | | | |
| ۹ | | | | | | | | | | |
| ۱۰ | | | | | | | | | | |
| ۱۱ | | | | | | | | | | |
| ۱۲ | | | | | | | | | | |
| ۱۳ | | | | | | | | | | |
| ۱۴ | | | | | | | | | | |
| ۱۵ | | | | | | | | | | |
| ۱۶ | | | | | | | | | | |
| ۱۷ | | | | | | | | | | |
| ۱۸ | | | | | | | | | | |
| ۱۹ | | | | | | | | | | |
| ۲۰ | | | | | | | | | | |
| ۲۱ | | | | | | | | | | |
| ۲۲ | | | | | | | | | | |
| ۲۳ | | | | | | | | | | |
| ۲۴ | | | | | | | | | | |
| ۲۵ | | | | | | | | | | |
| ۲۶ | | | | | | | | | | |
| ۲۷ | | | | | | | | | | |
| ۲۸ | | | | | | | | | | |
| ۲۹ | | | | | | | | | | |
| ۳۰ | | | | | | | | | | |
| ۳۱ | | | | | | | | | | |

جمع ساعت OFF شده در ماه: تعداد کل بیماران در ماه:

جمع ساعت اضافه شده در ماه:

مهر و امضاء سرپرستار

موارد ماهانه توسط سرپرستار به دفتر پرستاری اعلام و در بخش بایگانی شود.