

대한심폐소생협회 기본소생술(KBLS) 모니터 서식

강사 지원자 이름: _____

강사 지원자 서명: _____

강사 지원 종류: KBLS

본 과정에 대한 강사 지원자의 소속 기관(TC): 대한심폐소생협회(KACPR)

모니터링의 이유:

신규 (Monitor 과정 최초 참여)

강사 과정을 주관하는 기관(TC): 대한심폐소생협회(KACPR)

강사 과정 날짜: 20____년____월____일

재교육 (이전의 모니터링 과정이 불충분하여 다시 받는 경우)

이전 모니터링 날짜: 20____년____월____일

이전 모니터링: (TCF 이름) _____

※ 평가자는 KBLS Faculty만 가능하며, 위반 시 KBLS 운영 지침에 따라 KBLS Instructor 자격이 정지 또는 박탈될 수 있습니다.

평가자(KBLS Instructor) 이름: _____

평가자(KBLS Instructor) 서명: _____

모니터링 날짜: 20____년____월____일 모니터링 교육센터(TS): _____

교육과정: KBLS Provider Course

평가 결과 및 평가자 권고 사항/설명

당신은 위 강사 대상자/강사의 신규/갱신 강사 자격을 허가하시겠습니까?

예 아니오(만일 아니오 라면, 재교육의 이유를 요약하여 써주세요)

대한심폐소생협회 기본소생술(KBLS) 모니터 체크리스트

설명: 예, 아니오로 □칸에 V로 표시하세요. 평가자는 완성된 서식을 'KACPR'로 송부하여야 합니다.

평가 내용	예	아니오	비고
수업 준비 / 종료			
1. KBLS 지침에서 권장하는 교재 및 장비를 사용	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. 과정에 필요한 강사 교재, 초시계, 복장 등을 준비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
전문가적인 태도 / 행동			
3. KBLS 교육 목표에 동의하고 적극적으로 KBLS 교육 과정에 참여함으로써 학생들에게 긍정적인 영향을 줌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. 강사로서의 경험을 쌓고 자기 개발을 위해서 노력함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 학생들이 기본소생술의 중요성을 인식하도록 노력함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. 효과적인 시간 관리(정시 시작/종료, 핵심에서 벗어나지 않기)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
강의 및 술기 교육			
7. KBLS 강의 및 술기의 교육 목표를 제시함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. 학생들의 질문에 적절하게 답변함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. 학생들의 실습에 필요한 시간을 제공	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
술기 평가 및 피드백			
10. KBLS 체크리스트를 능숙하게 사용하여 체크리스트에 맞게 술기평가를 진행	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. 긍정적인 피드백을 주며 좋은 행동을 강화시킴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

