

Credentialing Score Sheet

Last Name: _____

Clinical Operating Guidelines Review

Number	Yes / No
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	

Number	Yes / No
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	

Number	Yes / No
31.	
32.	
33.	
34.	
35.	
36.	
37.	
38.	
39.	
40.	
41.	
42.	
43.	
44.	
45.	

Drug Calculations

Medication	Order	Patient Weight in Kg	Amount Given
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Patient Care Scenario Review

Scenario Number	Discussion Points
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Evaluator(s) Name: _____

Evaluator(s) Initials: _____

Date: _____