|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................  **نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. | | | | | | |
|  | **چك ليست ارزيابي تعويض پانسمان** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | **آيا دستور پزشك مبني بر تعويض پانسمان در پرونده ثبت شده است؟** |  |  |  |  |
| **2** | **آيا وسايل پانسمان (بر حسب نوع زخم) آماده گرديده است؟** |  |  |  |  |
| **3** | **آيا پرستار بهداشت دست قبل از انجام پانسمان را انجام مي دهد؟** |  |  |  |  |
| **4** | **آيا پرستار شناسايي بيمار را انجام ميدهد؟** |  |  |  |  |
| **5** | **آيا حريم خصوصي بيمار رعايت شده است؟** |  |  |  |  |
| **6** | **آيا پرستار روش انجام كار را براي بيمار توضيح مي دهد؟** |  |  |  |  |
| **7** | **آيا ارزيابي درد (جهت تزريق مسكن قبل از پانسمان) انجام شده است؟** |  |  |  |  |
| **8** | **ايا از وسايل حفاظت فردي در صورت نياز استفاده ميشود؟** |  |  |  |  |
| **9** | **آيا پرستار با دستكش يكبار مصرف پانسمان قبلي را به آرامي و يا در صورت چسبنده بودن پس از خيس كردن با نرمال سالين بر مي دارد؟** |  |  |  |  |
| **10** | **آيا پانسمان بطور استريل انجام ميشود؟** |  |  |  |  |
| **11** | **آيا تاريخ و ساعت و نام پرستار تعويض كننده پانسمان روي پانسمان قيد مي گردد؟** |  |  |  |  |
| **12** | **آيا انديكاتور 4 يا 6 در گزارش پرستاري چسبانده ميشود؟** |  |  |  |  |
| **13** | **آيا در گزارش پرستاري مشخصات زخم، رنگ و بوي ترشحات، محلول شستشو، ساعت پانسمان و تعداد گاز خيس ثبت مي گردد؟** |  |  |  |  |
| **14** | **آيا گزارش موارد غير معمول مانند قرمز و ملتهب بودن لبه هاي اطراف زخم، ترشحات غير معمول و رنگ غير طبيعي به پزشك معالج انجام گرديده است؟** |  |  |  |  |
| **15** | **آيا در هنگام پانسمان درب و پنجره اتاق بسته مي شود؟** |  |  |  |  |