|  |
| --- |
|  **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................**نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. |
|  | **چك ليست ارزيابي دستورالعمل تزريق فرآورده هاي خوني** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | **آيا پزشك دستور تزريق فرآورده خوني را در پرونده ثبت كرده است؟** |  |  |  |  |
| **2** | **آيا رضايت آگاهانه تزريق خون از بيمار اخذ شده است؟** |  |  |  |  |
| **3** | **آيا فرم درخواست فرآورده خوني توسط پزشك مهر و امضاء شده است؟** |  |  |  |  |
| **4** | **آيا درخواست فرآورده خوني در سيستم HIS ثبت شده است؟** |  |  |  |  |
| **5** | **آيا زنجيره سرد در هنگام تحويل فرآورده خوني رعايت شده است؟** |  |  |  |  |
| **6** | **آيا P.C بصورت تك واحدي تحويل داده شده است؟** |  |  |  |  |
| **7** | **آيا مشخصات كيسه خون با برگه پايش و بيمار توسط 2 پرستار چك شده است؟** |  |  |  |  |
| **8** | **آيا قبل از تزريق خون فرآيند شناسايي بيمار توسط پرستار انجام مي شود؟** |  |  |  |  |
| **9** | **آيا هنگام تزريق خون دارو يا مواد تزريقي به كيسه يا ست خون اضافه نشده است؟** |  |  |  |  |
| **10** | **آيا پرستار جهت رقيق سازي فقط سرم N/S را با استفاده از سه راهي در محل آنژيوكت استفاده مي نمايد؟** |  |  |  |  |
| **11** | **آيا از ست خون جهت تزريق خون و فرآورده هاي آن استفاده مي كنند؟** |  |  |  |  |
| **12** | **آيا پرستار قبل از تزريق خون و فرآورده هاي خوني از سالم بودن و باز بودن و بزرگ بودن محل تزريق اطمينان كسب مي كند؟** |  |  |  |  |
| **13** | **آيا پرستار حداكثر فاصله زماني مجاز بين تحويل تا تزريق فرآورده خوني حداكثر 30 دقيقه را رعايت مي كند؟** |  |  |  |  |
| **14** | **آيا پرستار شرايطي را كه سبب مي شود فرآورده خوني به بانك خون عودت داده شود را مي داند؟** |  |  |  |  |
| **15** | **آيا پرستار مي داند در چه شرايطي مي تواند خون را گرم كند؟** |  |  |  |  |
| **16** | **آيا پرستار مي داند جهت گرم كردن اورژانسي، خون و فرآورده هاي خون از دستگاه وارمر استفاده كند؟** |  |  |  |  |
| **17** | **آيا پرستار قبل از تزريق مراحل كار و علائم احتمالي و هشدارها را به بيمار آموزش مي دهد؟** |  |  |  |  |
| **18** | **آيا پرستار هنگام آماده سازي و تزريق فرآورده احتياطات استاندارد ايمني و سلامت شغلي را رعايت مي كند؟** |  |  |  |  |
| **19** | **آيا پرستار قبل از تزريق فرآورده هاي خوني براساس فرم پايش علائم حياتي را كنترل و ثبت مي كند.؟** |  |  |  |  |
| **20** | **آيا در صورت نياز به تزريق خون اورژانسي فرم درخواست خون تكميل و توسط پزشك مهر مي شود؟** |  |  |  |  |
| **21** | **آيا در شرايط اورژانس قبل از تزريق خون نمونه از بيمار جهت تستهاي سازگاري ارسال مي شود؟** |  |  |  |  |
| **22** | **آيا پرستار عوارض حاد تزريق خون در حين و يا به فاصله 24 ساعت بعد از تزريق را مي شناسد؟** |  |  |  |  |
| **23** | **آيا پرستار نشانه هاي مهم عوارض مرتبط با تزريق خون را تشخيص مي دهد؟** |  |  |  |  |
| **24** | **آيا پرستار مي داند در صورت بروز علائم عوارض تزريق خون چه اقداماتي را انجام دهد؟** |  |  |  |  |
| **25** | **آيا پرستار بخش اطفال پس از تزريق خون مابقي خوني كه مورد استفاده نيست را همراه فرم امحا به بانك خون عودت مي دهد؟** |  |  |  |  |
| **26** | **آيا پوستر راهنماي خون و تزريق خون در بخش موجود است؟** |  |  |  |  |
| **27** | **آيا پرستار شرايط نگهداري FFP را مي داند؟** |  |  |  |  |
| **28** | **آيا پرستار شرايط نگهداري پلاكت را مي داند؟** |  |  |  |  |
| **29** | **آيا پرستار شرايط نگهداري P.C را مي داند؟** |  |  |  |  |
| **30** | **آيا خون در بزرگسالان با سرعت ml/h300-150 تزريق مي شود؟** |  |  |  |  |
| **31** | **آيا خون در اطفال با سرعت ml/kg/h 5-2 تزريق مي شود؟** |  |  |  |  |