|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................  **نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. | | | | | | |
|  | | **چك ليست ارزيابي گزارش هاي پرستاري** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | | **دستورالعمل گزارش نویسی پرستاری در بخش موجود است.** |  |  |  |  |
| **2** | | **سر برگ برگه گزارش پرستاري به طور كامل پر شده باشد** |  |  |  |  |
| **3** | | **قيد ساعت و تاريخ پذيرش در بخش** |  |  |  |  |
| **4** | | **ثبت شكايت اصلي بيمار از زبان خودش** |  |  |  |  |
| **5** | | **ثبت علت بستري شدن بیمار (تشخيص پزشك)** |  |  |  |  |
| **6** | | **ثبت نحوه ورود بيمار به بخش ( با پاي خود ،‌ويلچر ، برانكارد ،‌تخت و ....)** |  |  |  |  |
| **7** | | **ثبت نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت هوشياري، سلامت جسمی و وضعيت روحی بیمار** |  |  |  |  |
| **8** | | **ثبت اطلاع رساني نتایج حاصل از ارزیابی های پرستاری به پزشك معالج در ویزیت روزانه** |  |  |  |  |
| **9** | | **ثبت نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده توسط پزشك** |  |  |  |  |
| **10** | | **ثبت توضیحات و آموزشهای لازم به بیمار در بدو ورود** |  |  |  |  |
| **11** | | **ساعت اطلاع به پزشك جهت ويزيت و ‌ساعت حضور پزشك** |  |  |  |  |
| **12** | | **استفاده از اصطلاحات صحيح و اختصارات استاندارد در گزارش نويسي** |  |  |  |  |
| **13** | | **خوش خط بودن ، يكي بودن خط ،‌ثبت با خودكار مشكي يا آبي ،‌عدم جاي خالي** |  |  |  |  |
| **14** | | **عدم استفاده از لاك يا مخدوش نمودن گزارش نويسي** |  |  |  |  |
| **15** | | **ثبت زمان ها به صورت 24 ساعته** |  |  |  |  |
| **16** | | **ثبت تغييرات علايم حياتي، سطح هوشياري در شروع و پايان گزارش** |  |  |  |  |
| **17** | | **ثبت و اجرای برنامه مراقبت پرستاري در هر شیفت بر اساس ارزیابی مجدد و پاسخ بیمار** |  |  |  |  |
| **18** | | **ثبت دقيق دارو درماني و سرم تراپی (نام دارو، ‌دوز دارو، روش مصرف، زمان ‌صحيح ) در محل مخصوص** |  |  |  |  |
| **19** | | **استفاده صحيح از ميزان ها و واحدهاي اندازه گيري ( ادرار ، ترشحات زخم ،‌گاواژ)** |  |  |  |  |
| **20** | | **ثبت دقیق و کامل گزارش ارگان به ارگان يا بر اساس توالي زماني و عدم پراکندگی موضوعات** |  |  |  |  |
| **21** | | **وضعيت تغذيه ( نوع رژيم ،‌وجود مشكل قبل و بعد از غذا ،‌مقدار غذاي مصرف شده )** |  |  |  |  |
| **22** | | **وضعيت دفع ( نرمال ، يبوست ،‌اسهال و....)** |  |  |  |  |
| **23** | | **نوع فعاليت بيمار ( استراحت مطلق ، نسبي)** |  |  |  |  |
| **24** | | **برنامه بهداشت فردي ( حمام در تخت ،‌دهانشويه و....)** |  |  |  |  |
| **25** | | **گزارش واكنش خاص بيمار نسبت به درمان و مراقبت ( اثر مسكن بر درد ، علت ساكشن )** |  |  |  |  |
| **26** | | **ثبت وضعيت راههاي تهاجمي ( سرم ها ، خون ،‌درن ها ، سوند ها ؛‌تراكشن و..........)** |  |  |  |  |
| **27** | | **ثبت تزريق خون ( سرعت جريان ؛‌زمان وصل و خاتمه ؛‌كنترل علايم حياتي ،‌واكنش آلرژيك )‌** |  |  |  |  |
| **28** | | **گزارش قبل از عمل( تكميل اوراق ،‌شيو ،‌دستبند ،‌وسايل مصنوعي و زينتي) و نحوه تحويل به اتاق عمل** |  |  |  |  |
| **29** | | **مراقبت از زخم ( وضعيت ،‌ترشحات ، بوي ترشحات ،‌زمان انجام پانسمان ،‌محلول شستشو )** |  |  |  |  |
| **30** | | **پيگيري و ثبت زمان پاراكلينيكي(آزمايش ،‌راديوگرافي، سونوگرافي ،‌مشاوره ها و زمان اطلاع به پزشك)** |  |  |  |  |
| **31** | | **ثبت درست دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی بر اساس دستورالعمل** |  |  |  |  |
| **32** | | **نحوه مراقبتهای پوست و پیشگیری از ابتلا بیماران و درجه بندی زخم** |  |  |  |  |
| **33** | | **ثبت حوادث غیر مترقبه و اقدامات ایمنی** |  |  |  |  |
| **34** | | **ثبت نام و نام خانوادگي پرستار ارایه دهنده مراقبت ( مهر ،‌امضاء و تاريخ ) در پايان گزارشات پرستاري** |  |  |  |  |
| **35** | | **گزارش پرستاري هر 24 ساعت توسط سرپرستار چك راند مي شود** |  |  |  |  |
| **36** | | **وضعيت بيمار هنگام انتقال ( ويلچر ، برانكارد ، با پاي خود )** |  |  |  |  |
| **37** | | **علايم حياتي ؛ ساعت انتقال و نام فرد منتقل كننده** |  |  |  |  |
| **38** | | **گزارش بدو ورود به اتاق عمل** |  |  |  |  |
| **39** | | **گزارش حین جراحی توسط تکنسین بیهوشی و اتاق عمل** |  |  |  |  |
| **40** | | **گزارش ريكاوري (ساعت ورود بيمار به ريكاوري ؛ وضعيت هوشياري و ساعت تحويل به بخش)** |  |  |  |  |
| **41** | | **گزارش CPR (زمان ايست قلبي، طول مدت احياء، داروها و دوز آنها در گزارش و فرم احیاء)** |  |  |  |  |
| **42** | | **در صورت فوت زمان فوت بيمار و نام پزشك تائيد كننده مرگ** |  |  |  |  |
| **43** | | **گزارش ترخيص (نوع ترخيص ( دستور پزشك ،‌رضايت شخصي )** |  |  |  |  |
| **44** | | **دستورات دارويي در زمان ترخيص** |  |  |  |  |
| **45** | | **وضعيت بيمار هنگام ترخيص ( با پاي خودش ،‌با ويلچر ، برانكارد )** |  |  |  |  |
| **46** | | **آموزشهاي ارائه شده ( داروها ؛ فعاليت ؛‌تغذيه ) در زمان ترخیص** |  |  |  |  |