|  |
| --- |
|  **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:...........................**نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................ |
|  | **چك ليست ارزيابي عملكرد مراجع مراقبتي پرستاري** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | **آيا سطح بندي مراقبتي بيماران در هر شيفت مشخص و در دفتر تقسيم كار ثبت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **2** | **دستورالعمل نحوه تکمیل فرم ارزیابی اولیه در بخش موجود مي باشد.** |  |  |  |  |
| **3** | **پرستار از محدوده زمانی اولین ارزیابی بيمار مطلع مي باشد.** |  |  |  |  |
| **4** | **فرم فرآيند پرستاري روزانه براي كليه بيماران بازبيني مي شود.** |  |  |  |  |
| **5** | **دستورالعمل گزارش نویسی پرستاری در بخش موجود است.** |  |  |  |  |
| **6** | **گزارش پرستاري به طور متوالي و به صورت صبح، عصر، شب جداگانه ثبت مي شود.** |  |  |  |  |
| **7** | **دستورالعمل کاردکس نویسی در بخش موجود است.** |  |  |  |  |
| **8** | **كاردكس ها از نظر ظاهري تميز و خوانا مي باشند.** |  |  |  |  |
| **9** | **دستورالعمل آموزش به بيمار در بخش موجود است.** |  |  |  |  |
| **10** | **كتابچه راهنماي بيماران در بخش موجود است.** |  |  |  |  |
| **11** | **كتابچه راهنماي آگاهي از بيماري در بخش موجود است.** |  |  |  |  |
| **12** | **فرم تریاژ بیمار منتقله از اورژانس ضمیمه پرونده می باشد.** |  |  |  |  |
| **13** | **تشخيص اوليه در فرم پذيرش در زمان بستري ثبت مي شود.** |  |  |  |  |
| **14** | **فرم شرح حال پزشكي در زمان مقرر تكميل و تاريخ و ساعت ثبت شده است.** |  |  |  |  |
| **15** | **فرم سير بيماري روزانه توسط پزشك معالج تكميل مي شود.** |  |  |  |  |
| **16** | **فرم خلاصه پرونده در زمان ترخيص تكميل و به بيمار تحويل داده مي شود.** |  |  |  |  |
| **17** | **تشخيص نهايي در زمان ترخيص در فرم پذيرش ثبت مي شود.** |  |  |  |  |
| **18** | **مشخصات بيمار در سربرگ پر شده است.** |  |  |  |  |
| **19** | **علائم حیاتی به درستی در فرم مربوطه ثبت می شود.** |  |  |  |  |
| **20** | **برگ نمودار علائم حیاتی به درستی ثبت و چارت شده است.** |  |  |  |  |
| **21** | **فرم رضایت آگاهانه به درستی توسط فرد اقدام گر تکمیل و پس از آگاهي توسط بيمار امضاء شده است.** |  |  |  |  |
| **22** | **در صورت تزریق خون یا فرآورده های خونی، فرم پایش ترانسفیوژن به درستی تکمیل مي شود.** |  |  |  |  |
| **23** | **پس از انجام مشاوره های بیمار ساعت اطلاع آن به پزشک در زیر همان برگه ثبت می گردد.** |  |  |  |  |
| **24** | **روي نوار قلب نام بيمار، تاريخ و زمان ثبت و توسط پزشك مهر مي شود.** |  |  |  |  |
| **25** | **پس از دریافت نتایج آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی ساعت اطلاع آن به پزشک در زیر همان برگه ثبت می گردد.** |  |  |  |  |
| **26** | **آيا محل آنژيوكت با موزر شيو شده و از آنژيوكت مناسب استفاده شده است؟** |  |  |  |  |
| **27** | **آيا موارد نام پرستار، تاريخ و شيفت روي برچسب آنژيوكت نوشته شده است؟** |  |  |  |  |
| **28** | **آيا محل آنژيوكت از نظر فلبيت، درد، نشت زيرجلدي و... روزانه چك مي شود؟** |  |  |  |  |
| **29** | **آيا شالدون يا CVL روزانه ضد عفوني و پانسمان آن تعويض مي شوند؟** |  |  |  |  |
| **30** | **آيا مسيرهاي شالدون و CVP LINE بعد از هر نوبت نمونه استفاده هپارينه مي شود؟** |  |  |  |  |
| **31** | **آيا دستورالعمل 8 اصل دارودهي، شناسايي بيمار و داروهاي پرخطر و مشابه اجرا مي شود؟**  |  |  |  |  |
| **32** | **آيا ساعت توزيع داروها طبق دستورالعمل(30 دقيقه قبل از زمان تعيين شده) توسط پرستار رعايت مي شود؟**  |  |  |  |  |
| **33** | **آيا داروهاي موجود در باكس دارويي و داروهاي مصرفي با كاردكس مطابقت دارد؟** |  |  |  |  |
| **34** | **آيا دستورالعمل داروي Multiple dose اجرا مي شود؟** |  |  |  |  |
| **35** | **آيا روي باكس هاي دارويي اسم بيمار به درستي قيد شده است؟** |  |  |  |  |
| **36** | **آيا پرسنل پس از اطمينان از مصرف دارو در زمان مقرر توسط بيمار اتاق را ترك مي كنند؟** |  |  |  |  |
| **37** | **آيا دستورالعمل داروهاي مولتيپل دوز براي داروهاي باز شده رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **38** | **آيا مشخصات سرم روي ليبل سرم ها به درستي قيد شده است؟** |  |  |  |  |
| **39** | **آيا در صورت وجود داروي پرخطر در سرم از ليبل داروهاي پرخطر(قرمز رنگ) استفاده مي شود؟** |  |  |  |  |
| **40** | **آيا براي داروهاي دريپ كه از پمپ استفاده مي شود، مشخصات بيمار و دارو روي ليبل كنار پمپ نصب مي باشد؟** |  |  |  |  |
| **41** | **آيا دستورالعمل مربوط به زمان تعويض اتصالات مانند ست سرم، ميكروست و ... رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **42** | **آيا سرنگ گاواژ روزانه تعويض شده و گاواژ به روش درست انجام مي شود؟** |  |  |  |  |
| **43** | **آيا اقدامات پاراكلينيكي به واحد مربوطه اطلاع داده مي شود؟** |  |  |  |  |
| **44** | **آيا آمادگي هاي لازم قبل از اقدامات پاراكلينيكي براي بيمار انجام و از نظر اختلال الكتروليتي مراقبت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **45** | **آيا آمادگي هاي انجام شده مانند پرپ روده قبل از انتقال بيمار توسط پرستار چك مي شود؟** |  |  |  |  |
| **46** | **آيا دستورالعمل مراقبت از اتصالات(بررسي عملكرد و ثبت تاريخ و نام اتصالات) اجرا مي شود؟** |  |  |  |  |
| **47** | **آيا بهداشت دهان و دندان براي بيماران رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **48** | **آيا توزيع غذا توسط مهماندار در حضور پرسنل بخش صورت مي گيرد؟** |  |  |  |  |
| **49** | **آيا ريسك مورس بيماران روزانه توسط سرپرستار و اينچارج تعيين و بيماران پرخطر شناسايي مي شوند؟** |  |  |  |  |
| **50** | **آيا نرس كال در هر شيفت چك و به بيمار يادآوري مي شود و به موقع جواب داده مي شود؟** |  |  |  |  |
| **51** | **آيا احتمال زخم بستر در بيماران بررسي و بيماران پرخطر شناسايي مي شوند؟** |  |  |  |  |
| **52** | **آيا تغيير پوزيشن و مراقبت هاي لازم توسط كمك بهياران صورت مي گيرد؟** |  |  |  |  |
| **53** | **آيا بيماري كه بدسور دارد جهت ادامه درمان برنامه ريزي مي شود؟** |  |  |  |  |
| **54** | **آيا ترالي كد احياء طبق برنامه چك مي شود؟** |  |  |  |  |
| **55** | **آيا جهت انتقال نمونه ها از رك استفاده مي شود؟** |  |  |  |  |
| **56** | **آيا پرسنل از موبايل استفاده نمي كنند؟** |  |  |  |  |
| **57** | **آيا پرسنل پرستاري داراي فرم تميز و مرتب، كارت شناسايي، بدون لاك و ناخن مصنوعي مي باشند؟** |  |  |  |  |
| **58** | **آيا پرسنل از كفش جلو بسته استفاده مي كنند؟** |  |  |  |  |
| **59** | **آيا در هنگام صحبت با بيمار اصول ارتباط با بيمار و همراه رعايت مي گردد؟** |  |  |  |  |
| **60** | **آيا ملحفه هاي كثيف بدرستي جمع اوري و داخل بين قرار مي گيرند** |  |  |  |  |
| **61** | **آيا يخچال داروئي روزانه از نظر تعداد، درجه حرارت و رطوبت چك و ثبت مي گردد؟** |  |  |  |  |
| **62** | **آيا هنگام تعويض و انجام مراقبت هاي عمومي بيمار توسط كمك بهيار، پرستار بيمار كنار آنها قرار مي گيرد؟** |  |  |  |  |
| **63** | **آيا نمونه هاي آزمايشگاهي با توجه به مدت زمان پايداري به موقع به آزمايشگاه ارسال مي شوند؟** |  |  |  |  |