|  |
| --- |
|  **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................**نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. |
|  | **چك ليست ارزيابي عملكرد مراجع مراقبتي پرستاري****(ارزيابي پايش و اطمينان از اجراي دستورات پزشك)**  | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | **سربرگ صفحه دستورات پزشك تكميل شده است.** |  |  |  |  |
| **2** | **دستورات پزشك تاريخ دارد.** |  |  |  |  |
| **3** | **دستورات پزشك ساعت ويزيت دارد.** |  |  |  |  |
| **4** | **دستورات پزشك خوانا مي باشد.** |  |  |  |  |
| **5** | **دستورات پزشك مهر و امضاء دارد.** |  |  |  |  |
| **6** | **اولين ويزيت پزشك در محدوده زماني تعيين شده توسط بيمارستان انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **7** | **تمام مشاوره و درمان ها به تائید پزشك معالج رسيده و در صفحه دستورات ثبت شده است.** |  |  |  |  |
| **8** | **پزشك معالج پس از رويت فرم تلفيق داروئي ادامه مصرف داروهاي قبلی بيمار را به دستورات اضافه كرده است.** |  |  |  |  |
| **9** | **تمام نتايج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاينات باليني بيمار توسط پزشك ثبت شده است.** |  |  |  |  |
| **10** | **تمام دستورات مراقبتي و بررسي ها و اقدامات پاراكلينيكي لازم ثبت شده است.**  |  |  |  |  |
| **11** | **چك دستورات پزشك انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **12** | **چك دستورات براساس شماره بندي انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **13** | **چك دستورات پزشك با خودكار قرمز انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **14** | **ابتدا و انتهاي هر دستور بسته شده است.** |  |  |  |  |
| **15** | **تعداد موارد چك شده مشخص شده است.** |  |  |  |  |
| **16** | **زمان چك كردن مشخص شده است.** |  |  |  |  |
| **17** | **تاريخ چك كردن مشخص شده است.** |  |  |  |  |
| **18** | **موارد خط خوردگي مشخص و ثبت شده است.** |  |  |  |  |
| **19** | **امضاء و مهر پرستار چك كننده موجود مي باشد.** |  |  |  |  |
| **20** | **امضاء و مهر چك راند توسط اينچارج يا سرپرستار انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **21** | **دستورات تلفني توسط دو پرستار مهر شده است.** |  |  |  |  |
| **22** | **علت دستورات تلفنی نوشته شده است.** |  |  |  |  |
| **23** | **دستورات تلفنی حداکثر پس از 24ساعت توسط پزشک مهر شده است.** |  |  |  |  |