|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **چك ليست ارزيابي حيطه باليني وضعیت آموزش به بیمار و همراهان بيمارستان مهر** | | | | | |
| **بخش:........................ تاريخ ارزيابي: ............................نام و نام خانوادگي:.............................................شماره پرونده:....................................** | | | | | |
| **عناوين ارزيابي** | | | **غ ق ا** | **نمره** | **كل نمره** |
| **هركدام 1 نمره**   1. **معرفي پزشك معالج سرپرستار نحوه دسترسي به ايشان در بدو ورود** | | |  |  | **2** |
| **آموزش بدو بستري**  **(كل نمره 26)** | 1. **معرفي بخش و نحوه استفاده و كاربري و آگاهي از ........**   **دستبند شناسايي: تلفن: تخت بيمار:** | |  |  | **2** |
| 1. **پيشگيري از سقوط: ساعات ملاقات:** | |  |  | **2** |
| 1. **زنگ احضارپرستار: پله هاي فرار:** | |  |  | **2** |
| 1. **تحويل تجهيزات اتاق: حمام و نمازخانه:** | |  |  | **2** |
| 1. **ارائه پمفلت آموزش در بدو ورود به بيمار (توسط واحد پذيرش)** | |  |  | **2** |
| 1. **ارائه پمفلت و آموزش كافي در خصوص منشور حقوق بيمار (حداقل 3 مورد)** | |  |  | **2** |
| 1. **بهداشت فردي (هر كدام 2 نمره)** | |  |  | **2** |
| 1. **محلول ضدعفوني دست يا آلپروست** | |  |  | **2** |
| 1. **شستشوي دست** | |  |  | **2** |
| 1. **تفكيك پسماند** | |  |  | **2** |
| 1. **نحوه استفاده از تجهيزات سرويس بهداشتي (زنگ احضار پرستار- محل قرار دادن سرم- دستگيره نگهدارنده)** | |  |  | **2** |
| 1. **ثبت موارد آموزش در برگه ارزيابي بدو ورود** | |  |  | **2** |
| 1. **ثبت موارد ضروري آموزش در گزارش پرستاري** | |  |  | **2** |
| 1. **ارائه كتابچه بدو ورود از طرف بخش به بيمار** | |  |  | **2** |
| **آموزش حين بستري (حداكثر امتياز22)** | | 1. **مددجو روزانه نام پرستار خود را مطلع باشد.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو روزانه از اقدامات، نحوه درمان، طول احتمالي درمان، پيامدها و عوارض آن آگاه است.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از مراقبت هاتي قبل و بعد از اقدامات جراحي آگاهي دارد.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از مراقبت ها و عوارض و آمادگي هاي قبل و بعد از اقدامات پاراكلينيك آگاهي دارد.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو در خصوص نيازهاي خود مراقبتي بيماري هاي زمينه اي (ديابت، فشارخون، مديريت درد) آگاهي دارد.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از نحوه مراقبت از اتصالات (سوندفولي، NGT، پانسمان، IV و...) آگاهي دارد.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو در خصوص ميزان فعاليت روزانه خود (OOB، CBRو...) آگاهي دارد.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو آگاهي هاي لازم در خصوص داروهاي مصرفي، عوارض و مراقبت هاي مرتبط را دارد.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از اهميت اجابت مزاج و ديورز با توجه به نوع بيماري آگاه است.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از رژيم غذايي روزانه خود آگاهي لازم را دارد.** |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از مفاهيم تابلوهاي اخباري بالاي سر خود اطلاع دارد.** |  |  | **2** |
| **آموزش حين ترخيص** | | **\*\*\*\* مددجو در زمان ترخيص از موارد زير آگاهي كامل دارد.** |  |  |  |
| 1. **رژيم غذايي پس از ترخيص** |  |  | **2** |
| 1. **نوع فعاليت و پوزيشن مناسب** |  |  | **2** |
| 1. **بهداشت فردي و زمان حمام پس از ترخيص** |  |  | **2** |
| 1. **نحوه مراقبت از زخم و عضو آسيب ديده** |  |  | **2** |
| 1. **زمان برگشت به فعاليت روزانه** |  |  | **2** |
| 1. **تحويل نسخه و آموزش توسط پرستار در خصوص استفاده دارو** |  |  | **2** |
| 1. **زمان مراجعه بعدي به پزشك معالج** |  |  | **2** |
| 1. **آگاهي در خصوص علائم هشدار دهنده بيماري و نحوه مديريت درد** |  |  | **2** |
| 1. **آگاهي از زمان اعلام تستهاي معوقه پاراكلينيكي** |  |  | **2** |
| 1. **تكميل فرم آموزش حين ترخيص و امضا و اثر انگشت از بيمار و سرپرستار و مسئول شيفت** |  |  | **2** |
| 1. **تحويل نسخه دوم آموزش حين ترخيص به مددجو و امضا و اثر انگشت آموزش گيرنده** |  |  | **2** |
| 1. **ثبت آموزشهاي حين ترخيص در گزارش پرستاري** |  |  | **2** |
| **آموزش پس از ترخيص** | | 1. **آموزش و نحوه مراقبت از اتصالات پس از ترخيص** |  |  | **2** |