|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **چك ليست روش اجرايي نظارت بر اعزام بيماران به ساير مراكز** | **غ ق ا** | **0** | **1** |
| **1** | **آيا در گزارش پرستاري ساعت اطلاع اعزام بيمار، به سوپروايزر كشيك ثبت شده است؟** |  |  |  |
| **2** | **آيا فرم تكميل شدهMCMC ( اطلاعات و مشخصات بيمار) توسط سوپروايزر كشيك تكميل گرديده است؟** |  |  |  |
| **3** | **آيا پزشك معالج فرم تكميل شده MCMC را مهر و امضا نموده است؟** |  |  |  |
| **4** | **آيا پزشك معالج نوع آمبولانس رابصورت كتبي مشخص كرده است؟** |  |  |  |
| **5** | **آيا سوپروايزر كشيك طبق چك ليست آمبولانس را از نظر امكانات مورد نياز حين انتقال چك مي نمايد؟** |  |  |  |
| **6** | **آيا فرم تكميل شده MCMC توسط پزشك تحويل گيرنده مهر و امضا شده و در پرونده موجود است؟** |  |  |  |
| **7** | **آيا پرستار ساعت و شرايط اعزام را در گزارش پرستاري ثبت نموده است؟** |  |  |  |
| **8** | **آيا سوپروايزر كشيك گزارش اعزام را در برگه گزارش 24 ساعته و در دفتر گزارش ثبت نموده است؟** |  |  |  |
| **9** | **آيا سوپروايزر كشيك گزارش اعزام بيمار را تلفني به ستاد هدايت با ذكر نام پزشك پذيرش دهنده و سوپروايزر هماهنگ كننده مقصد اعلام كرده است؟** |  |  |  |
| **10** | **آيا رضايت شخصي از بيمار و يا همراه هنگام اعزام گرفته شده و در پرونده موجود مي باشد؟** |  |  |  |

**ارزيابي شاخص پس از پايان مراحل اعزام با استفاده از گزارش پرستاري و گزارش سوپروايزر و مستندات پرونده مي باشد.**

**بخش / واحد مورد ارزيابي:........................................... تاريخ ارزيابي: ....................................شيفت:.............................**

**نام و نام خانوادگي بيمار: ............................................ شماره پرونده:......................................**

**امضاء :**