



## دانشگاه علوم پزشکی گناباد

اداره امور پرستاری دانشگاه

نام و نام خانوادگی ارزیاب:

تاریخ بازدید:

نام بخش:

نام مرکز:

ردیف	چک لیست مهارت های عمومی	همیشه (۴)	اکثر اوقات (۳)	گاهی اوقات (۲)	به ندرت (۱)	هیچ گاه (۰)
۱	پرسنل از یونیفرم مصوب و تمیز استفاده و دارای کارت شناسایی (الصاق روی سینه) و آراستگی ظاهر می باشند.					
۲	در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش های مورد قبول بیماران رعایت می شود.					
۳	در ابتدای شیفت پرستار/ ماما با روی گشاده خود را به بیمار معرفی می نماید.					
۴	دستبند احراز هویت بر روی دست بیمار می باشد.					
۵	قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه مطابق بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.					
۶	در تابلوی مشخصات بالای سر بیمار، نام پرستار زیر نام پزشک معالج قید شده و از درج هرگونه اطلاعات تشخیصی خودداری می گردد.					
۷	به مددجو در مورد انجام مراقبت ها و روند درمان توضیح کامل داده می شود. (پرسش از بیمار یا همراه)					
۸	بیماران از نحوه انجام مراقبت ها، خلوت و حریم شخصی رضایت دارند. (سنجش از بیمار یا رویت انجام اقدامات)					
۹	آشناسازی بیمار در بدو ادمیت از نظر محیط؛ اتاق؛ وسایل و امکانات و مقررات بخش انجام شده است. (مصاحبه با بیمار)					
۱۰	کارشناس پرستاری ارزیابی اولیه بیمار را (در محدوده زمانی تعیین شده توسط بیمارستان) انجام و فرم مربوط را تکمیل می نماید. (سوال از بیمار یا همراه)					
۱۱	ساعت و تاریخ پذیرش در بخش، علایم حیاتی بدو ورود بیمار، شکایت اصلی، علت بستری و نحوه ورود بیمار (مانند صندلی چرخدار) در بدو پذیرش در بخش در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت می شود.					
۱۲	نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت هوشیاری سلامت جسمی و وضعیت روحی بیمار در بدو پذیرش در بخش در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت می شود و کارکنان درمانی براساس ارزیابی اولیه خدمات خود مراقبتی و بازتوانی مورد نیاز بیماران را شناسایی، و طبق آن اقدام می نمایند.					
۱۳	شرایط تهدیدکننده ایمنی که در ارزیابی اولیه بیمار شناسایی شده است، توسط کارکنان درمانی برنامه ریزی و کنترل می شود.					
۱۴	علائم حیاتی برحسب وضعیت بیمار و دستور پزشک کنترل و ثبت شده است و در صورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی، اقدامات انجام شده و نتایج حاصله توسط پرستار ثبت می شود.					
۱۵	نظارت و کمک در امر تغذیه بیمار توسط پرستار انجام می گردد.					

				تغییر وضعیت در بیمار مستعد به زخم بستر طبق خط مشی مربوطه اجرا می گردد.	۱۶
				کلیه دستگاه های موجود در بخش آماده استفاده می باشد و دستورالعمل کار و نکات ایمنی با دستگاه ها موجود است.	۱۷
				پرسنل قادر به استفاده صحیح از تجهیزات می باشند. (آگاهی و عملکرد)	۱۸
				نظارت بر نحوه کارکرد و سالم بودن دستگاه ها توسط مسئول شیفت انجام می شود.	۱۹
				ارزیابی ارقام دارویی و تجهیزات ترالی کد بر اساس استاندارد هر سه شیفت انجام می گردد و پرسنل از دستورالعمل های ترالی کد و نحوه چیدمان آن اطلاع دارند.	۲۰
				دستورالعمل احتیاطات استاندارد (فرآیند نیدل استیک، بیماری های عفونی، رعایت نکات ایمنی و ...) به اطلاع کلیه کارکنان رسیده و پرسنل از آن آگاهی دارند.	۲۱
				استفاده صرفاً یکبار مصرف از وسایل تزریقات رعایت می گردد.	۲۲
				وسایل حفاظتی مناسب با وضعیت بیمار و پروسیجرهای درمانی (عینک؛ گان؛ ماسک؛ شیلد و ...) استفاده می گردد.	۲۳
				جمع آوری؛ نگهداری؛ انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده انجام می شود.	۲۴
				تفکیک و جمع آوری پسماندهای بیمارستانی بر اساس دستورالعمل های وزارت متبوع انجام می گیرد.	۲۵
				بخش از نظافت مطلوب و نظم برخوردار است.	۲۶
				محلول های مورد استفاده در بخش دارای برچسب و تاریخ می باشد.	۲۷
				فرآیند شستشوی دست و رعایت اصول احتیاطات استاندارد مورد ارزیابی قرار می گیرد.	۲۸
				پرستاران از اصول ایزولاسیون در بخش اطلاعات کافی دارند.	۲۹
				تاریخ انقضای ارقام دارویی ترالی بخش کنترل و ثبت و کتابچه دارویی بخش که مورد تأیید کمیته دارویی بیمارستان است، در دسترس می باشد.	۳۰
				چک دستورات پزشک براساس خط مشی بیمارستان اجرا می شود. (بستن انتهای دستورات، تعداد موارد خط خوردگی، تاریخ و ساعت و مهر و امضا پرستار در انتها و ...)	۳۱
				کارتکس نویسی براساس خط مشی بیمارستان اجرا می شود. (مشخصات کامل بیمار، سوابق حساسیتی و بیماری، خوانا بودن، ثبت تاریخ و ساعت انجام اقدامات تشخیصی، مشخص شدن تغییر دوز و قطع دارو با کشیدن خط قرمز و ...)	۳۲
				در کارتکس مشخصات کامل دارو شامل نام دارو، روش مصرف، ساعت و تاریخ شروع دارو کامل و خوانا ثبت شده است.	۳۳
				گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی است. موارد اشتباه طبق دستورالعمل مشخص شده است.	۳۴
				گزارشات پرستاری خوانا، جامع، کامل بدون فاصله خالی بین آن ثبت شده است.	۳۵
				آیا در گزارش پرستاری پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبت پرستاری ثبت شده است و ارزیابی مجدد در صورت عدم پاسخ انجام شده است.	۳۶

				در صورت خط خوردگی در گزارش پرستاری ذکر اصلاح شد، ثبت و تعداد موارد خط خوردگی با ذکر نام و سمت امضا شده است.	۳۷
				برچسب سرم شامل تاریخ، ساعت شروع و خاتمه، نام بیمار، نوع سرم، داروهای افزودنی، تعداد قطرات و نام پرستار می باشد.	۳۸
				محل تزریق وریدی فاقد علائم دال بر فلبیت یا نشت مایع به اطراف و پانسمان آن تمیز است.	۳۹
				ست سرم (۲۴) و ست میکروست (۷۲) براساس زمان استاندارد تعویض شده است.	۴۰
				فرآیند محاسبه و دادن داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام، ثبت، تأیید و امضا می گردد.	۴۱
				کارکنان از فرآیند order تلفنی اطلاع دارند و صحیح انجام شده است.	۴۲
				در گزارش پرستاری موارد ذیل ثبت شده است: تغییرات علائم حیاتی در بین فواصل، ساعت انجام اقدامات پاراکلینیکی، ویزیت، اطلاع و انجام مشاوره، تغذیه بیمار، وضعیت دفع و آموزش به بیمار.	۴۳
				کنترل و ثبت درجه حرارت یخچال انجام می شود. (۸-۲ درجه سانتیگراد)	۴۴
				داروهای صحیح براساس 9 RIGHT انجام می شود.	۴۵
				داروهای یخچالی در یخچال هایی که در فواصل زمانی مشخص دمای آنها کنترل و ثبت می شود، نگهداری می شوند.	۴۶
				میزان جذب و دفع ۲۴ ساعته محاسبه و برگه علایم حیاتی پرونده ثبت می گردد.	۴۷
				داروهای مخدر در بخش ها، در قفسه های قفل دار محفوظ و مصرف آنها تحت کنترل می باشد.	۴۸
				آنتی دوت ها و لیست آن در دسترس پرسنل بخش می باشد. پرسنل از آگاهی کافی در این مورد برخوردارند و در صورت بروز هرگونه آلرژی و عارضه دارویی فرم ADR توسط پرستار تکمیل می گردد.	۴۹
				کنترل و ثبت جذب و دفع طبق دستور پزشک انجام و حجم دقیق مایعات دریافتی (از راه دهان؛ گاوآژ؛ وریدی و ...) و مایعات دفعی (از راه مدفوع؛ استفراغ؛ ترشحات و ...) کنترل و ثبت می شود.	۵۰
				محل سوند تمیز و بدون ترشح و مسیر سوند تمیز و بدون تاخوردگی می باشد و در هنگام نقل و انتقال بیمار پایین قرار گرفتن یورین بگ از سطح مثانه رعایت می گردد.	۵۱
				کیسه ادرار به گیره ادراری آویخته و ثبت تاریخ سونداژ و زمان تعویض در کاردکس انجام می شود.	۵۲
				اصول احتیاطات استاندارد در حین انجام ساکشن رعایت و از فشار مناسب جهت ساکشن بیمار استفاده می نماید.	۵۳
				رنگ، حجم، غلظت ترشحات در گزارش پرستاری ثبت و شیشه ساکشن پس از استفاده شستشو و ضدعفونی می شود.	۵۴
				از سوند مناسب جهت بیمار استفاده و قبل از انجام گاوآژ حجم محتویات معده اندازه گیری و ثبت می شود و از نیروی جاذبه برای ورود مواد غذایی به معده استفاده می شود.	۵۵
				پوزیشن بیمار تا ۳۰ دقیقه پس از گاوآژ ۳۰ درجه نگه داشته می شود و ساعت انجام گاوآژ، میزان مایعات گاوآژ شده و تحمل بیمار در گزارش پرستاری ثبت می گردد.	۵۶

				وضعیت پانسمان یا زخم، از نظر ظاهر بخیه ها، ترشح، قرمزی و بهبودی در گزارش پرستاری ثبت می گردد.	۵۷
				تاریخ و ساعت انجام کار و زمان پانسمان بعدی بیمار در گزارش پرستاری ثبت می گردد و مراقبت از پانسمان / زخم در منزل به بیمار آموزش داده می شود.	۵۸
				فرم استاندارد مربوط به آمادگی قبل از عمل توسط پرستار تکمیل و بیمار طبق شرایط استاندارد با گان؛ کلاه یا روسری و با شرایط مطلوب (برانکارد یا ویلچر) به اتاق عمل منتقل می شود.	۵۹
				اطمینان از انجام پروسیجر در محل صحیح بدن بیمار صورت می گیرد و آموزش های ضروری مربوط به قبل و بعد از عمل به بیمار آموزش داده می شود.	۶۰
				تحويل و تحول بیمار از اتاق عمل طبق اصول علمی انجام می شود. (محل عمل، اتصالات بیمار، علائم حیاتی و...) و مراقبت از محل عمل حین تحويل؛ انتقال و در بخش از نظر اتصالات بیمار؛ کنترل خونریزی، ترشح و ... کنترل و ثبت می گردد.	۶۱
				علائم حیاتی بیمار در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه یکبار تا stable شدن در هر یک ساعت و بعد از stable شدن برحسب تشخیص پرستاری و دستور پزشک کنترل و ثبت می گردد.	۶۲
				بعد از عمل کل سطح بدن از نظر علائم سوختگی با کوتر، بریدگی و ... کنترل و ثبت می گردد و پیگیری پاتولوژی بیمار طبق خط مشی بیمار انجام می شود.	۶۳
				اصول ایمنی در حین انتقال رعایت می گردد. (استفاده از حفاظ و ...) و نقل و انتقال بیمار با نظارت و همراهی پرستار بخش انجام می گیرد.	۶۴
				در صورت مشاوره اورژانس بلافاصله اطلاع رسانی به پزشک مربوطه و پیگیری های لازم انجام می گیرد و نتایج در گزارشات پرستاری ثبت می گردد.	۶۵
				بلافاصله پس از انجام مشاوره نتیجه آن به اطلاع پزشک مربوطه رسانده شده و پزشک مربوطه reorder نموده و انجام می شود.	۶۶
				جهت اعزام بیمار به سایر مراکز رضایت بیمار و یا خانواده درجه یک او گرفته می شود و در صورت نیاز به اعزام بیمار براساس تشخیص پزشک مراتب کتباً در فرم اعزام توسط سوپروایزر مسئول براساس دستورالعمل اعزام به ستاد هدایت اعلام می گردد.	۶۷
				اقدامات اولیه جهت تثبیت وضعیت بیمار انجام و ثبت می شود و آخرین علائم حیاتی بیمار قبل از اعزام، در حین اعزام و هنگام تحويل بیمار ثبت شده است.	۶۸
				خلاصه ای از وضعیت بیمار جهت انتقال به مرکز پذیرش دهنده ثبت و با بیمار ارسال می شود و در حین انتقال، پزشک یا فرد حرفه ای به تشخیص پزشک حتی الامکان با رعایت شرایط طرح انطباق؛ بیمار بدحال را همراهی می کند.	۶۹
				گزارش ترخیص با رضایت بیمار بر اساس اصول استاندارد انجام می شود.	۷۰
				از ترخیص ایمن یا SMART آگاهی دارند.	۷۱
				کارکنان پرستاری از شیوه نامه نظارتی درخصوص وقایع ناخواسته درمانی (Never Events) اطلاع دارند.	۷۲