



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
مدیریت امور پرستاری

چک لیست ارزیابی بخش های داخلی و جراحی

بازنگری ۱۴۰۴

به نام خدا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

چک لیست ارزیابی بخش های داخلی / جراحی مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

تاریخ و ساعت بازدید : امتیاز کسب شده (به درصد) : نام ارزیابان :

توضیحات : موارد غیر قابل ارزیابی چک لیست در محاسبه امتیاز کل لحاظ نشود .

تعداد پرسنل : پرستار : ماما : بیمار : کمک بهیار / کمک پرستار : منشی :					
ردیف	عناوین مورد ارزیابی در حیطه ها	تعداد سوال	امتیاز ارزیابی	امتیاز کسب شده در پایش اول	امتیاز کسب شده در پایش دوم
۱	ترالی اورژانس	۱۰	۲۰		
۲	اطلاعات در پرونده و فلوچارت	۷	۱۴		
۳	ثبت اقدامات و مراقبت پرستاری	۵۶	۱۱۲		
۴	کارت و گاردکس	۱۸	۳۶		
۵	سرم درمانی	۵	۱۰		
۶	دارو درمانی	۳۵	۷۰		
۹	عملکردی و مراقبتی	۳۲	۶۴		
جمع		۱۶۳	۳۲۶		

ردیف	موارد ارزیابی حیطه ترالی اورژانس	ردیف	موسسه	ردیف	ابزار ارزیابی	توضیحات
------	----------------------------------	------	-------	------	---------------	---------

۱	دسترسی آسان، فوری وبدون مانع به ترالی اورژانس در کمتر از ۱ دقیقه برای احیاگر فراهم است.				مشاهده	
۲	نظارت بر استفاده و کنترل ترالی اورژانس توسط افراد تعیین شده و ذیصلاح باتشخیص بیمارستان انجام می شود.				مشاهده	
۳	لیست مکتوب داروها و تجهیزات طبق آخرین آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت به ترالی اورژانس نصب است.				مشاهده	
۴	اقلام و تعداد داروها و تجهیزات طبق آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و استاندارد تجهیزات بخش اورژانس در ترالی اورژانس موجود است.				مشاهده	
۵	چیدمان ترالی اورژانس در بخش بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع می باشد.				مشاهده	
۶	تخته احیا در قطع و اندازه مناسب به ترالی اورژانس نصب است.				مشاهده	
۷	کپسول اکسیژن پرهیمره بامانومتر خشک به ترالی اورژانس نصب است. آب مقطر آماده در بخش در دسترس است.				مشاهده	
۸	مستندات مربوط به چک ترالی اورژانس از نظر آماده، کامل و به روز بودن با مشخص نمودن فرد مسئول کنترل در ابتدای هر شیفت کاری موجود است.				مشاهده	
۹	دستگاه شوک سالم و آماده به کار و شارژ می باشد و مستندات چک در ابتدای هر شیفت توسط پرستار موجود می باشد.				مشاهده	
۱۰	الگوریتم احیای قلبی ریوی مورد تایید وزارت بهداشت بر اساس آخرین گایدلاین موجود است.				مشاهده	

ردیف	موارد ارزیابی حیطه اطلاعات در پرونده و فلوچارت	ردیف	نوع	نوع	نوع	نوع	توضیحات
۱	مشخصات بیمار در کلیه اوراق به طور کامل ثبت شده است. (در صورت مجهول الهویه بودن طبق روش اجرایی بیمارستان عمل می شود)					مشاهده	
۲	اوراق پرونده بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت تنظیم شده است.					مشاهده	
۳	فرم تکمیل شده مربوط به تریاژ (در پرونده بیمار پذیرش شده موجود است)					مشاهده	
۴	فرم ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده به طور کامل و صحیح تکمیل شده است.					مشاهده	
۵	سایر اوراق پرونده مانند (اعزام، مشاوره، احیاء و...) بر اساس شرایط و نیاز بیمار موجود است.					مشاهده	

۶	نوار قلب و سایر نتایج پاراکلینیک بر اساس تاریخ انجام در برگه های مربوطه در پرونده موجود است.				مشاهده	
۷	کلیه ی فرم های مربوط به خون در محدوده زمانی استاندارد وبه طور کامل تکمیل شده است.				مشاهده	
۸	موارد ارزیابی حیطه ثبت اقدامات و مراقبت پرستاری	۱	۲	۳	ارزیابی ابزار	توضیحات
۱	راهنمای ثبت صحیح اقدامات پرستاری به بخش طبق آخرین دستورالعمل ابلاغ و کارکنان از محتوای آن آگاهی دارند.				مشاهده	
۲	گزارشات پرستاری در فرم استاندارد ابلاغی و بطور صحیح ثبت می گردد.				مشاهده	
۳	کلیه مستندات موجود در پرونده حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت بوده است.				مشاهده	
۴	حداقل اطلاعات هویتی بیمار (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت شده است.				مشاهده	
۵	گزارشات پرستاری توسط کادر پرستاری ارائه دهنده خدمت ثبت می گردد.				مشاهده	
۶	گزارشات پرستاری خوانا، بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی و با خودکار آبی یا مشکی نوشته می شود.				مشاهده	
۷	Evaluation مداخلات، Intervention مشکل، problem (PIE) روش (ارزشیابی) در ثبت گزارش پرستاری رعایت شده است.				مشاهده	
۸	در گزارش پرستاری از کلمات و علائم اختصاری استاندارد قابل قبول بین المللی استفاده شده است.				مشاهده	
۹	ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری نوشته می شود.				مشاهده	
۱۰	شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی در اولین گزارش پرستاری ثبت گردیده است.				مشاهده	
۱۱	نحوه ورود بیمار به بخش (صندلی چرخدار و ...) در اولین گزارش پرستاری نوشته می شود.				مشاهده	
۱۲	نتیجه ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار براساس معیار ابلاغی در اولین گزارش پرستاری نوشته می شود.				مشاهده	
۱۳	نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی، روحی و روانی بیمار در بدو ورود در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.				مشاهده	
۱۴	در صورت وجود درد، نوع و میزان آن با معیار درد و از طریق مصاحبه و مشاهده ارزیابی و ثبت شده است				مشاهده	

۱۵	گزارش در اولیه ارزیابی طی شده شناسایی پرستاری تشخیص های/مشکلات پرستاری ثبت شده است.				مشاهده	
۱۶	در گزارش پرستاری آموزش های ارائه شده براساس حداقل های آموزش بدورود، حین بستری و ترخیص به بیمار و همراهان ، و میزان اثربخشی ثبت شده است.				مشاهده	
۱۷	در گزارش پرستاری ،نوع محتوای آموزشی که در اختیار بیمار و همراه گذاشته می شود، قید می گردد.				مشاهده	
۱۸	گزارش به طور متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها وجود ندارد.				مشاهده	
۱۹	در گزارش پرستاری از واژه های مبهم و عامیانه و کلی مثل خوب ، نرمال ، متوسط ، طبیعی ، به نظر می رسد و... استفاده نشده است.				مشاهده	
۲۰	هیچ اقدام پرستاری قبل ازانجام، ثبت نشده است .				مشاهده	
۲۱	ساعت گزارش نویسی به صورت ۱ الی ۲۴ ثبت شده است.				مشاهده	
۲۲	مداخلات تشخیصی/ درمانی/مراقبتی انجام شده با ذکر ساعت ، رعایت الویت در گزارش پرستاری ثبت شده است.				مشاهده	
۲۳	نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک در گزارش پرستاری ثبت می شود.				مشاهده	
۲۴	در گزارش پرستاری اشتباهای مددجو و وضعیت تغذیه ای وی (نوع رژیم غذایی ، میزان و داشتن لوله معده و یا تغذیه خوراکی) ثبت شده است. و در صورت امتناع از خوردن علت ذکر شده است.				مشاهده	
۲۵	در گزارش پرستاری بیماران با دستور کنترل I&O، میزان جذب و دفع ثبت شده است .				مشاهده	
۲۶	در گزارش پرستاری در مورد وضعیت دفعی بیمار توضیحات کافی ثبت شده است. (داشتن سوند، بی اختیاری ادراری، و...، در صورت وجود بیوست یا اسهال تعداد دفعات ، رنگ ، قوام و...)				مشاهده	
۲۷	وضعیت محل جراحی وضعیت بخیه ها و (در صورت داشتن درن، میزان و نوع ترشحات درن و شرایط درن ها) ثبت شده است				مشاهده	
۲۸	در گزارش پرستاری در صورت سونداژ مثانه، نوع، سایز سوند و حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون، میزان برون ده و رنگ ادرار ثبت شده است.				مشاهده	
۲۹	در گزارش پرستاری زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی یا شیمیایی و عوارض احتمالی ثبت شده است .				مشاهده	
۳۰	در گزارش پرستاری در صورت برقراری اکسیژن زمان شروع ، مقدار اکسیژن، نحوه دریافت و O ₂ sat ثبت شده است.				مشاهده	

۳۱	در گزارش پرستاری در صورت وجود زخم، وسعت، اندازه، نوع، درجه زخم، وجود یا عدم وجود ترشح و اقدام مراقبتی انجام شده ثبت شده است	مشاهده			
۳۲	پرستار در هر شیفت محل IV Line را کنترل (قرمزی، تورم و...) و در گزارش پرستاری ثبت می کند و در صورت تعویض محل IV، ساعت و محل برقراری ساینز/رنگ آنژیوکت مصرفی و محل برقراری را ثبت می کند.	مشاهده			
۳۳	پرستار میزان سرم دریافتی در هر شیفت را محاسبه و در ستون دارویی گزارش پرستاری ثبت می کند و در صورت عدم دریافت میزان سرم مشخص شده، توضیحات تکمیلی را در گزارش پرستاری ثبت می کند.	مشاهده			
۳۴	در گزارش پرستاری وضعیت خواب و استراحت بیمار ثبت شده است.	مشاهده			
۳۵	در گزارش پرستاری وضعیت فعالیت RBR، CBR بیمار ثبت شده است.	مشاهده			
۳۶	در گزارش پرستاری کلیه اقدامات دارویی به طور صحیح و براساس قانون Right ثبت شده است.	مشاهده			
۳۷	در صورت تزریق خون، نوع گروه خونی بیمار، نوع و میزان واحد فرآورده، شماره کیسه، تاریخ و ساعت شروع و اتمام تزریق خون، نام شاهد و هرگونه عارضه در گزارش پرستاری ثبت شده است.	مشاهده			
۳۸	فرایند محاسبه و اجرای دستورات داروهای هشدار بالا توسط دو کارشناس پرستاری انجام، مهر و امضاء و ثبت گردیده است.	مشاهد			
۳۹	در صورت اشتباه در ثبت گزارش، خط نازک کشیده و کلمه (اشتباه) در بالای آن ذکر شده در ادامه آن عبارت صحیح ثبت گردد و در پایان گزارش تعداد موارد خط خوردگی با حروف نوشته و مهر و امضاء شده است (براساس دستورالعمل مستندسازی پرونده های پزشکی سال ۹۶)	مشاهده			
۴۰	ساعت و تاریخ اطلاع علایم حیاتی و نتایج اقدامات تشخیصی و درمانی غیر طبیعی به پزشک معالج با ذکر نام پزشک در گزارش پرستاری ثبت شده است.	مشاهده			
۴۱	در صورت بروز وقایع ناخواسته ی تهدید کننده حیات بیمار، نوع و علت حادثه، ساعت وقوع و اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت شده است.	مشاهده مصاحبه			
۴۲	در صورت ثبت مستندات از قلم افتاده دستورالعمل ثبت تاخیری رعایت شده است.	مشاهده مصاحبه			
۴۳	در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به هر علتی اجرا نشده با ذکر علت، در گزارش پرستاری ثبت شده است.	مشاهده مصاحبه			
۴۴	نتایج ارزیابی بیمار از نظر شرایط تهدید کننده ایمنی از قبیل: احتمال سقوط، زخم بستر، هرگونه آسیب فیزیکی وارده به بیمار و... به همراه اقدامات پیشگیری کننده در گزارش پرستاری ثبت شده است.	مشاهده مصاحبه			

۴۵	در صورت پایان برگه گزارش و ورود به صفحه بعد، گزارشات پرستاری با قید نام و سمت و زمان ثبت گزارش امضاء و مهر شده و و با علامت فلش و عبارت "ادامه گزارش در صفحه بعد" ثبت گردیده است.				مشاهده مصاحبه
۴۶	در صورت پایان برگه گزارش و ورود به صفحه بعد، تاریخ و ساعت در صفحه بعد ثبت گردیده است.				مشاهده مصاحبه
۴۷	در صورت ترک بارضایت شخصی/ترخیص، وضعیت بیمار، ساعت و تاریخ و نحوه خروج از بخش در گزارش پرستاری ثبت شده است.				مشاهده مصاحبه
۴۸	درستون دستورات دارویی، در پایان ثبت داروها خط کشیده شده و فضای خالی علامت ضربدر بسته شده است و نام، امضاء و مهر پرستار ثبت شده است				مشاهده مصاحبه
۴۹	در پایان گزارش پرستاری نام، امضاء و مهر پرستار گزارش دهنده ثبت شده است.				مشاهده مصاحبه
۵۰	پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن نمی باشد.				مشاهده مصاحبه
۵۱	در صورت انتقال بین بخشی بیماران به وضعیت عمومی بیمار قبل از انتقال (هوشیاری و ثبات همودینامیک و ...) ساعت انتقال و اتصالات بیمار و نام پرستار تحویل دهنده و نام بخش انتقالی در گزارش ثبت شده است.				مشاهده مصاحبه
۵۲	در صورت اعزام بیمار، ساعت و علت اعزام، نام پزشک اعزام کننده، نام پزشک پذیرش دهنده، بیمارستان مقصد و سوپروایزر هماهنگ کننده و نام پرستار اعزام و وضعیت عمومی بیمار قبل از انتقال (هوشیاری و ثبات وضعیت همودینامیک و ...) و اتصالات بیمار و مستندات ضمیمه (آزمایشات، نتایج مشاوره، گرافی، اسکن، سونوگرافی، واکسیناسیون در نوزادان و ...) ثبت شده است.				مشاهده مصاحبه
۵۳	پرستار در صورت ترک موقت یا کامل محل خدمت، بیمار را به پرستار جانشین تحویل می دهد و پرستار جانشین در صورت ارائه مراقبت های پرستاری گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری، جداگانه با نام و امضای ثبت می نماید.				مشاهده مصاحبه
۵۴	در گزارش ترخیص وضعیت هوشیاری حین ترخیص، علایم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش (باهمراه/بدون همراه) و تحویل خلاصه پرونده و مستندات لازم حین ترخیص به بیماریا همراه ثبت شده است.				مشاهده مصاحبه
۵۵	پرستار در ثبت گزارش CPR زمان و نوع ایست، زمان شروع احیا قلبی ریوی، ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجرا، ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون، تعداد و ژول دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به آن، زمان لوله گذاری، میزان اکسیژن درمانی، انجام ماساژ قلبی و زمان خاتمه CPR را ثبت می کند.				مشاهده مصاحبه

۵۶	در صورت فوت بیمار وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی و...)، ثبت ساعت بدحال شدن، ثبت ساعت فوت، ثبت EKG خط صاف و الصاق به پرونده، ساعت جدا سازی اتصالات، ساعت بستن جسد و نحوه صدور گواهی فوت، نحوه تحویل جسد (به چه کسی/سردخانه) در گزارش پرستاری ثبت گردیده است.				مشاهده مصاحبه	
----	--	--	--	--	---------------	--

ردیف	موارد ارزیابی حیطه کارت و کاردکس	ردیف	ردیف	ردیف	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	دستورالعمل راهنما برای ثبت در کاردکس وجود دارد. (شیوه نامه ی ثبت در کاردکس/ابلاغی سال ۱۳۹۷ مدیریت امور پرستاری استان)				مشاهده	
۲	فرمت کاردکس منطبق بر آخرین فرمت ابلاغی مدیریت امور پرستاری استان می باشد.				مشاهده	
۳	موارد ثبت شده در کاردکس خوانا و بدون قلم خوردگی است.				مشاهده	
۴	به جای فاصله زمانی دستورات، ساعت انجام هر دستور بصورت ۱ تا ۲۴ قید شده است (مثلا به جای q۱۲h نوشته شود ۶-۱۸).				مشاهده	
۵	مشخصات موارد ثابت در کاردکس (تشخیص بیماری، نام و نام خانوادگی و...) با خودکار آبی و بطور کامل مطابق با پرونده ثبت شده است.				مشاهده	
۶	مشخصات کامل دارو شامل راه استفاده، تعداد، دوز، ساعت، روش مصرف و تاریخ شروع دارو در کاردکس ثبت شده است.				مشاهده	
۷	داروهای STAT و آزمایشات اورژانس بمدت ۲۴ ساعت در کاردکس باقی و پس از آن پاک شده است.				مشاهده	
۸	مواردی که دارو HOLD می شود با مداد کلمه HOLD و تاریخ آن ثبت شده است.				مشاهده	
۹	در ستون دستورات پزشک، کلیه اقدامات تشخیصی درمانی مطابق با شیوه نامه ی ثبت در کاردکس/ابلاغی سال ۱۳۹۷ مدیریت امور پرستاری استان ثبت شده است.				مشاهده	
۱۰	در ثبت موارد خاص و ارزیابی ریسک بیماران پرخطر با استفاده از روش معتبر از خودکار قرمز استفاده شده و نتایج ارزیابی همراه با اقدامات پرستاری در ستون برنامه مراقبت پرستاری ثبت می شود.				مشاهده	

۱۱	درستون مراقبتها، اقدامات موردنیاز پس از انجام ارزیابی اولیه ی پرستار مانند نتایج مورس،برادن و همچنین اقدامات انجام شده توسط خود پرستار(تغییر پوزیشن ، ماساژ و...) نوشته شده است .				مشاهده	
۱۳	درستون مراقبت های پرستاری اقدامات مرتبط با تشخیص های پرستاری (احتمالی و موجود)تدوین شده ، نوشته شده است.				مشاهده	
۱۴	تاریخ گذاشتن کاتتر فولی،IV،NGT،لوله تراشه ، CVLINE و سایر کاترها با ذکر شماره ویارنگ در قسمت مربوط ثبت شده است.				مشاهده	
۱۵	سایر اطلاعات خواسته شده در کاردکس مثل نوع رژیم ،نوع فعالیت ، موارد ویژه و حساسیت ها وفاصله زمانی I&O و ... با خط خوانا و دقیق ثبت شده است				مشاهده	
۱۶	از کارت های هشدار دهنده بنا بر ضرورت با توجه به وضعیت بیمار به طور درست استفاده شده است .				مشاهده	
۱۷	آزمایشات ، گرافی ها،مشاوره ها،اقدامات پاراکلینیک و سایر اطلاعات خواسته شده در کاردکس،در کادر مخصوص خود با ذکر ساعت و تاریخ انجام و وضعیت انجام ثبت گردیده است.				مشاهده	
۱۸	در ستون مراقبتهای پرستاری اقدامات مرتبط با آمادگی بیمار جهت فرایند پاراکلینیکی نوشته شده است.				مشاهده	

ردیف	موارد ارزیابی حیطه سرم درمانی	نوع	مقیاس	ضریب	ابزار ارزیابی	توضیحات
۱	کلیه سرم ها و میکروست ها دارای شناسنامه سرم (شامل : نام و نام خانوادگی بیمار ، بخش ، تخت ، تاریخ ، ساعت، تعداد قطرات، دوز دقیق داروهای اضافه شده و نام پرستار امضا) می باشد.				مشاهده	
۲	نوع سرم و حجم دریافتی آن با دستور داده شده مطابقت دارد .				مشاهده	
۳	علایم نشت و فلیبت در محل تزریقات وجود ندارد.				مشاهده	
۴	زمان مجاز در تعویض اتصالات وریدی رعایت شده است .				مشاهده	
۵	محل اتصالات وریدی تمیز و خشک و دارای برچسب تاریخ و شیفت میباشد				مشاهده	

ردیف	موارد ارزیابی حیطه دارودرمانی	نوع	مقیاس	ضریب	ابزار ارزیابی	توضیحات
------	-------------------------------	-----	-------	------	---------------	---------

۱	پرستار از وجود فایل الکترونیک فارماکوپه ابلاغی بیمارستان آگاهی دارد.	مصاحبه			
۲	دسترسی به داروهای هشدار بالا در اتاق آماده سازی دارو و انبار دارویی محدود می باشد.	مشاهده			
۳	محل در میباشند مشابه اشکال یا و اسامی دارای که بالا هشدار با داروهای زبان به نام دارو شده، گذارده قرمز رنگ سبدهای در بخش در نگهداری نصب آن روی بر باشد، خواندن قابل دور از که ۴۸ حداقل فونت با فارسی شده است.	مشاهده			
۴	در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتماً از روش نگارش Tall Man Lettering به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده می شود (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی)	مستندات			
۵	انفوزیون داروهای مهم و پر خطر از قبیل TNG، دوپامین، انسولین، هپارین، مسکن ها، مخدرها و... با استفاده از پمپ انفوزیون انجام میشود.	مشاهده			
۶	بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق می گردد و جریان داروی هشدار بالا هرگز در حالت آزاد قرار نمی گیرد.	مشاهده			
۷	برچسب گذاری تمام داروهای با هشدار بالا در انبار دارویی و قبل از توزیع صورت می پذیرد.	مشاهده			
۸	نحوه برچسب گذاری بر روی ویال یا باکس یا قفسه برای انواع داروهای با هشدار بالا در کمیته درمان دارو مشخص شده است و شواهد معتبر موجود می باشد.	مستندات			
۹	با داروهای انواع برای قفسه یا باکس یا ویال روی بر گذاری برچسب نحوه بیمارستان رئیس/مدیرعامل بالینی توسط بخش های تمامی به بالا هشدار ابلاغ شده است.	مستندات			
۱۰	کارکنان از نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا آگاهی داشته و رعایت می کنند.	مصاحبه			
۱۱	تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام می شود. آموزش های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه می شود.	مشاهده			

۱۲	برچسب گذاری روی ویال دارویی داروهای مشابه از داروخانه به رنگ زرد به نحوی انجام می شود که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.	مشاهده			
۱۳	جعبه محتوی ویال ها و آمپول ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شده است.	مشاهده			
۱۴	در تمام انبارهای دارویی بیمارستان (بخش، انبار مرکزی، داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه با برچسب زرد رنگ نشان گذاری می شود.	مشاهده			
۱۵	داروهای هشدار بالای مشمول برچسب گذاری که دارای شباهت شکلی و یا اسمی هستند فقط با برچسب رنگ قرمز نشان گذاری می شوند.	مشاهده			
۱۶	الکترولیت های با غلظت بالا با اسامی یا اشکال مشابه، از لحاظ فیزیکی در مکان خاصی انبارش شده، از هم تفکیک شده و نام و دوز دارو با فونت ۴۸ روی آن نصب می شود.	مشاهده			
۱۷	پرستار داروهای ستاره دار ترالی اورژانس (نیازمند مانتیورینگ) را می شناسد و از نکات احتیاطی تزریق آن ها آگاهی دارد.	مشاهده			
۱۸	ویال پتاسیم کلراید دور از سایر داروها و در جایگاه مجزادر سید قرمز رنگ نگهداری شده و نام و دوز دارو با فونت ۴۸ روی آن نصب می گردد.	مشاهده			
۱۹	پرستاران از داروهای مولتیپل دوز و داروهای آنتی دوت آگاهی دارد.	مصاحبه			
۲۰	پرستار از داروهای خودبخود متوقف شونده مصوب کمیته دارو و درمان بیمارستان آگاهی دارد.	مصاحبه			
۲۱	لیست دارو های موجود در بخش با نام، دوز، تعداد و تاریخ انقضاء وجود دارد.	مشاهده			
۲۲	دارو های نارکوتیک و داروهای با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت های دارویی مشخص است.	مشاهده			
۲۳	داروهای مخدر در قفسه قفل دار نگهداری شده و فرد مسئول جهت دسترسی تعیین شده است.	مشاهده			
۲۴	داروها با پوشش کامل و با مشخص بودن دوز و تاریخ انقضاء در باکس مربوطه قرار دارد.	مشاهده			
۲۵	پرستار درجه حرارت و رطوبت یخچال دارویی را در هر شیفت کنترل و ثبت نموده است.	مشاهده			
۲۶	پرستار از نحوه شناسایی و نگهداری داروهای یخچالی و حفظ زنجیره سرما آگاهی دارد.	مصاحبه			
۲۷	داروها و تجهیزات مصرفی تاریخ انقضاء گذشته در بخش موجود نمی باشد.	مشاهده			

۲۸	ویال های باز شده دارای برچسب و تاریخ می باشد و به زمان انقضای آن توجه شده است.				مشاهده	
۲۹	پرستار از داروهای مصرفی، نحوه آماده کردن، نگهداری، رقیق کردن و محاسبه دوز دارو و سرم آگاهی دارد.				مصاحبه	
۳۰	هنگام دادن دارو به بیماران Right ۷ (داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح، بیمار صحیح، مستند سازی صحیح و حق کارکنان) رعایت می شود.				مشاهده مصاحبه	
۳۱	پرستار از داروهای آنتی دوت موجود در بخش آگاهی دارد.				مصاحبه	
۳۲	پرستار از مفهوم ADR و نحوه گزارش آن و تفاوت ADR با خطاهای دارویی آگاهی دارد.				مصاحبه	
۳۳	پرستار میزان اکسیژن دریافتی بیمار را مطابق با دستور پزشک تنظیم نموده است.				مصاحبه	
۳۴	پرستار از شیوه صحیح استفاده از ابزارهای اکسیژن تراپی (سوند، ماسک ساده، رزرو بگ، ونچوری و های فلو) آگاهی دارد.				مشاهده مصاحبه	
۳۵	در صورت stand by بودن اکسیژن رسانی، کاتولای بینی و ماسک اکسیژن دارای پوشش مناسب می باشد.				مشاهده	
ع.ع	موارد ارزیابی حیطه عملکردی و مراقبتی	۱. ر.ب.	۲. م.ب.س.ا	۳. ف.ب.ب.	ارزیابی	توضیحات
۱	پرستار از چگونگی شناسایی فعال بیمار آگاهی دارد و بر طبق آن عمل می کند (پرستار قبل از هرگونه ارائه خدمات مراقبتی، شناسایی صحیح بیماران را با حداقل دو شناسه انجام می دهد).				مصاحبه/ مشاهده	
۲	پرستار از سیستم کد بندی و رنگ بندی دستبند شناسایی آگاهی دارد و به درستی اجرا می کند.				مصاحبه/ مشاهده	
۳	پرستار از شرایط اطلاع مرگ مغزی و کد ۳۲۴ به مراکز مربوطه آگاهی دارند.				مصاحبه	
۴	پرستار از دستورالعمل کیس متد و چگونگی تقسیم بیماران (سطح بندی بیماران) آگاهی دارند و بر طبق آن عمل می کنند.				مصاحبه/ مشاهده	
۵	پرستار از اصول پیشگیری و مراقبت زخم فشاری آگاهی دارد و به آن عمل می کند.				مصاحبه/ مشاهده	
۶	پرستار از نحوه مراقبت از اتصالات بیمار آگاهی دارد و به آن عمل می نماید.				مصاحبه/ مشاهده	
۷	پرستار از خط مشی و روش "مراقبت فیزیولوژیک و مانتورینگ مداوم بیماران حاد" آگاهی دارد و آن عمل می کند.				مصاحبه/ مشاهده	

۸	پرستار مهارت کار با دستگاه دفیبریلاتور را دارد.				مصاحبه / مشاهده	
۹	فهرست و دستورالعمل اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل تدوین شده و موجود است و پرستار از الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام این اقدامات آگاهی دارد و به آن عمل می کند.				مصاحبه / مشاهده	
۱۰	پرستار از خط مشی مهار شیمیایی (تجویز دارو) با دستور پزشک آگاهی دارد و طبق آن عمل می کند.				مصاحبه	
۱۱	پرستار از خط مشی مهار فیزیکی آگاهی دارد و طبق آن عمل می کند.				مصاحبه	
۱۲	فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک در بخش موجود است و پرستار از روش اجرایی آن آگاهی دارد.				مستندات مصاحبه	
۱۳	پرستار گروه بیماران پرخطر (خطر سقوط ، خطر زخم فشاری، خطر ترومبوز ورید عمقی، خطر خودکشی ، خطر پلای فارمسی، خطر سوء تغذیه و ...) را با ابزارهای استاندارد شناسایی نموده و مراقبت با شیوه ایمن و متناسب با شرایط آنها را ارائه می کند.				مصاحبه / مشاهده	
۱۴	پرستار گروه های آسیب پذیر (بیماران سالمند، روانپزشکی /اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی) (بینایی /شنوایی /حرکتی /گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین /بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سومصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی ، افراد بی خانمان و....) را شناسایی نموده ، به مددکاری اجتماعی اعلام نموده و با شیوه ایمن متناسب با شرایط از آنان مراقبت می نماید.				مصاحبه / مشاهده / مستندات	
۱۵	پرستار از دستورالعمل مدیریت درد در بیماران آگاهی دارد و بر اساس آن عمل می کند				مصاحبه / مشاهده	
۱۶	پرستار با عملکرد دستگاه های (ونتیلاتور، ساکشن، پمپ انفوزیون، مانیتور و...) موجود در بخش آشنائی دارد .				مصاحبه / مشاهده	
۱۷	پرستار از فرایند اعزام مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت / دانشگاه آگاهی دارد و بر اساس آن عمل می نماید				مصاحبه / مشاهده	
۱۸	پرستار از زمان پاسخ دهی به مشاوره ها بر اساس اورژانسی و غیر اورژانسی بودن آگاهی دارد.				مصاحبه / مشاهده	
۱۹	فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخش های مختلف بیمارستان تمت نظارت مسئول فنی و مدیر خدمات پرستاری (اعمال جراحی، آنژیوگرافی،				مصاحبه / مشاهده	

					آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتو درمانی، انواع اسکوپ‌ها و سایر موارد با تشخیص بیمارستان) تهیه شده، دستورالعمل آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی و مراقبت و پایش مستمر و ایمن بیماران حین و پس از مداخلات تهاجمی تدوین شده، پرستار از آن آگاهی داشته و به آن عمل می کند.
۲۰		مصاحبه مشاهده			پرستار دستورات پزشک مشاور را تنها پس از موافقت و reorder پزشک معالج (ثبت مجدد دستورات مشاوره در پرونده) اجرا می نماید .
۲۱		مصاحبه مشاهده			پرستار از دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی اطلاع داشته و بر اساس آن عمل می نماید.
۲۲		مصاحبه مشاهده			پرستار تزریق خون و فراورده های خونی را براساس استانداردهای هموویژلانس انجام می دهد .
۲۳		مشاهده			پرستار تحویل دهنده و تحویل گیرنده شیفت در مدت زمان هم پوشانی شیفت ها در بخش حضور دارند .
۲۴		مصاحبه مشاهده			پرستار تحویل شیفت نوبت کاری را براساس دستورالعمل تحویل نوبت کاری مانند: ISBAR، CUBAN و.....انجام می دهد.
۲۵		مصاحبه مشاهده			انتقال بیمار از اورژانس و سایر بخش ها به بخش ویژه با مانیترینگ (فشارسنج و پالس اکسی متر پرتابل)، اکسیژن و- وسایل کمک تنفسی و با توجه به شرایط بالینی بیمار صورت می گیرد.
۲۶		مصاحبه			پرستار از منشور حقوق بیمار آگاهی دارد .
۲۷		مصاحبه			پرستار از شرح وظایف عمومی و اختصاصی خود آگاهی دارد.
۲۸		مصاحبه / مشاهده			پرستار بخش دارای کارت شناسایی عکس دار با حداقل مشخصات نام خانوادگی و سمت که به راحتی قابل خواندن است می باشد.
۲۹		مشاهده			پرستار در اولین برخورد با بیمار نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای خود را به بیمار معرفی می نماید.
۳۰		مشاهده			پرستار استاندارد ملی پوشش کارکنان را رعایت نموده است .
۳۱		مشاهده			سیستم احضار پرستار فعال بوده و نحوه ی استفاده از آن را به بیمار آموزش داده است.
۳۲		مشاهده			با خوشرویی و حسن برخورد تکریم انسانی با بیمار /مراجعه کنندگان و عیادت کنندگان رفتار می کند.

فرم تحلیل نتایج بازدید نظارتی بخش داخلی جراحی مرکز آموزشی درمانی /بیمارستان

تاریخ بازدید:

نقاط قوت		
•		
حیطه نظارتی	نقاط قابل بهبود	اقدامات اصلاحی پیشنهادی
	•	
	•	
	•	
	•	
	•	
	•	
	•	

امضا ارزیاب: