|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عناوین** | **تاریخ ارزیابی** | **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** |
|  |  |  |  |  |
| 1 | اطلاعات بیمار را به طور کامل در بالای برگه گزارش پرستاری ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 2 | گزارش پرستاری را در هر شیفت به صورت جداگانه، خوانا و بدون خط خوردگی ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 3 | هیچ فضای خالی بین و انتهای نوشته ها نمی گذارد و در صورت وجود فضای خالی، با یک خط ممتد فضا را می بندد. |  |  |  |  |  |
| 4 | تاریخ و ساعت شیفت را به طور کامل (سال، ماه، روز و استفاده روش 24 ساعته) ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 5 | نتایج ارزیابی اولیه در زمان پذیرش بیمار را به طور دقيق ثبت می کند (ساعت پذیرش، نحوه مراجعه، سطح هوشیاری، شکایت اصلی، پزشك و سرويس بستري شده، سوابق پزشکی مانند بستری در بيمارستان، جراحی، داروی مصرفي، حساسیت دارويي، غذايي و ...). |  |  |  |  |  |
| 6 | وضعیت عمومی و هوشیاری بیمار را ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 7 | علائم بیمار و نتایج ارزیابی (درد، تهوع، استفراغ، خستگی، تغییرات علائم حیاتی و ...) و اقدامات انجام شده جهت رفع آنها را در هر شیفت و با جزئیات کامل ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 8 | زمان انجام خدمات (ویزیت پزشک، اطلاع وضعیت بیمار به پزشک، انجام مشاوره، خروج بیمار جهت انجام اقدامات پاراکلینیکی و زمان برگشت به بخش، پیگیری جواب اقدامات پاراکلینیک مانند جواب آزمایشات یا ریپورت CT و ...، نوار قلب، فیکساسیون کاتیترها، انتقال به اتاق عمل و بازگشت مجدد به بخش و ....) را با دقت ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 9 | در صورتی که اقدام دستور داده شده انجام نگردید، علت آن را به صورت واضح در گزارش پرستاری قید می کند. |  |  |  |  |  |
| 10 | در صورت تعویض یا برقراری خط وریدی زمان و ساعت انجام آن، رنگ کاتیتر، محل تعبیه، وجود یا عدم وجود فلبیت و .... را قید می کند. |  |  |  |  |  |
| 11 | در صورت ارسال نمونه خون جهت آزمايشات درخواستي، ساعت اخذ و ارسال نمونه به آزمايشگاه و تمامي موارد درخواست شده را به صورت كامل و جداگانه در گزارش ثبت مي کند (به عنوان مثال نمونه خون جهت آزمايشات CBC، Bun، Cr، Na، k در ساعت 11:00 ارسال شد). |  |  |  |  |  |
| 12 | در صورت انجام پانسمان وسعت و نوع زخم، میزان، رنگ و بوی ترشحات، زمان تعویض، فرد انجام دهنده، زمان تعویض بعدی، روند ترمیم زخم و نوع پانسمان انجام شده را ثبت مي کند. |  |  |  |  |  |
| 13 | در صورت اکسیژن تراپی، سونداژ و ساکشن، علت انجام آن، وضعیت تنفسی یا ادراری بیمار، رنگ یا اندازه کانولای استفاده شده، میزان و مدت زمان اکسیژن تجویز شده، طول مدت انجام ساکشن، میزان، رنگ و بوی ترشحات خروجی، نام فرد انجام دهنده، واکنش بیمار به اقدام انجام شده، اثر بخشی آن و گزارش موارد خاص به پزشک معالج را ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 14 | در مراقبت از اتصالات بیمار (درن، تراکشن و ....) عملکرد آن، میزان ترشحات در ابتدا و انتهای شیفت، نوع و رنگ ترشحات، وضعیت پانسمان آن، آموزش های ارائه شده به بیمار در اين خصوص و ... را ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 15 | آمادگی های لازم قبل از پروسيجرهاي تشخیصی و درمانی را ثبت می کند (ناشتايي، شیو ناحيه و ....). |  |  |  |  |  |
| 16 | وضعیت خواب، استراحت، دفع ادرار و مدفوع، تغذیه و اشتهای بیمار را با دقت ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 17 | در صورت انجام **احیای قلبی ریوی**، ساعت اعلام و شروع احیا، افراد حاضر در گروه کد، زمان حضور آنها بر بالین، تغییرات وضعیت بیمار در طول احیا، تعداد و میزان شوک، طول مدت احیاء، زمان خاتمه احیا، فرد اعلام کننده ختم CPR، مراقبت های انجام شده از جسد، تحویل وسایل بیمار به همراهان، زمان و نحوه انتقال جسد به سردخانه، صدور گواهی فوت و پزشک صادر کننده گواهی را ثبت می کند.  |  |  |  |  |  |
| 18 | گزارش **انتقال بیمار به اتاق عمل** را به طور کامل و صحیح ثبت می کند (نحوه و زمان انتقال بیمار، موارد پاراکلینیکی انجام گرفته و ضمیمه شده در پرونده بیمار، ناشتايي، خروج زیورآلات، دندان مصنوعی، لباسها و ...، آخرین زمان تخلیه ادرار، تعداد گرافی، CT و ... تحویل داده شده، تحویل دفترچه بیمه بیمار به اتاق عمل، داروهای پروفیلاکسی و ....). |  |  |  |  |  |
| 19 | آموزش های ارائه شده به بیمار و نتایج اثربخشی آنها را ارزیابی و ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 20 | تشخیص پرستاری، اقدامات انجام شده به دنبال آن، ارزیابی مجدد وضعیت بیمار و پاسخ وی به اقدامات انجام شده را ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 21 | نحوه محاسبه معیارهای مورس، برادن، ریچموند و .... را می داندو امتيازات را به درستي ثبت می كند. |  |  |  |  |  |
| 22 | وقایع و حوادث را به صورت کامل و با جزئیات ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 23 | اقدامات قابل پیگیری در شیفت یا روزهای آتی را ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 24 | داروهای تجویز شده را به صورت کامل و خوانا در قسمت اقدامات دارویی ثبت می کند (ثبت نام ژنریک، دوز دارو، حلال مناسب دارو، نحوه تجویز و ساعت تجویز). |  |  |  |  |  |
| 25 | از نحوه ثبت محلولهاي تزريقي مانند سرم و فرآورده خوني اطلاع داشته و آنها را به درستی در گزارش ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| **ردیف** | **عناوین** | **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** |
| 26 | موارد نیازمند به دو مهره شدن را می داند و رعایت می کند. در صورتی که پرستار شاهد باشد عبارت **"پرستار شاهد جهت ...."** در کنار مهر و امضای خود ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 27 | از قید جملات تکراری و کلیشه ای (بیمار تحت نظر است، دستورات دارویی اجرا شد، حال عمومی خوب و ...) و اختصارات بی معنا خودداری می کند. |  |  |  |  |  |
| 28 | از ثبت اقدامات قبل از انجام آن خودداری می کند. |  |  |  |  |  |
| 29 | توالی را در گزارشات پرستاری رعایت می کند. |  |  |  |  |  |
| 30 | در پایان گزارشات پرستاری، امضا و مهر خود که دارای شماره نظام است را ثبت می کند. |  |  |  |  |  |
| 31 | پس از ثبت و بستن گزارش، مطلبی به آن اضافه نمی کند. |  |  |  |  |  |
| 32 | از ثبت گزارش تاخيري آگاهي دارد و در صورت نیاز به افزودن مطلبی پس از بستن گزارش پرستاری، از روش گزارش تاخیری استفاده می کند. |  |  |  |  |  |
| 33 | از نحوه اصلاح جملات اشتباه ثبت شده در گزارشات آگاهی دارد (کشیدن خط روی جمله اشتباه به نحوی که جمله قابل خواندن باشد و اضافه نمودن عبارت **"اصلاح شد"**، ثبت ادامه گزارشات پس از آن و ثبت تعداد موارد اصلاح شده در انتهای گزارشات) و جملات را به شکل صحیح اصلاح می کند. |  |  |  |  |  |
| **امتیاز چک لیست: 132 جمع امتيازات** |  |  |  |  |  |
| **درصد مکتسبه** |  |  |  |  |  |

**امتیازدهی : 0= >25% 1= 50-26% 2= 75-51% 3= 90-76% 4=100-91%**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **موارد نیازمند ارتقا** | **امضاي ارزياب** | **امضاي سرپرستار/مسئول شيفت** |
| **ارزيابي اول** |  |  |  |
| **ارزيابي دوم** |  |  |  |
| **ارزيابي سوم** |  |  |  |
| **ارزيابي چهارم** |  |  |  |
| **ارزيابي پنجم** |  |  |  |

**منابع:**

**کتاب چک لیست روش های پرستاری بالینی/ چاپ سوم/ 1394**

**استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**سنجه اعتباربخشی نسل پنجم ابلاغی 1400**