|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عناوین** | **تاریخ ارزیابی** | **اول** | **دوم** | **سوم** | **چهارم** | **پنجم** |
|  |  |  |  |  |
| 1 | **بیمار با معیار مناسب ارزیابی زخم (برادن) توسط پرستار ارزیابی شده و مشاوره تغذیه به منظور ارزیابی وضعیت تغذیه درخواست شده است.** |  |  |  |  |  |
| 2 | **معاینه عمومی از پوست، خصوصا نقاطی که در معرض دید نیستند به عمل می آورد.** |  |  |  |  |  |
| 3 | **پرستار از مکانیسم ایجاد زخم فشاری و نقاط مستعد زخم آگاه و به زخم ناشی از تجهیزات آگاهی دارند .** |  |  |  |  |  |
| 4 | **پرستار زخم فشاری و درجه بندی آن را می داند و قادر به شناسایی نوع ضایعه پوستی می باشد .** |  |  |  |  |  |
| 5 | **از ریسک فاکتورهای ایجاد زخم فشاری آگاهی دارند و روشهای پیشگیری و مراقبت از آن را می دانند .** |  |  |  |  |  |
| 6 | **نبض های محیطی خصوصا دورسال پدیس، درجه حرارت و حس اندامها از نظر ایجاد ترومبوفلبیت در هر شیفت ارزیابی می شوند.** |  |  |  |  |  |
| 7 | **نتایج ارزیابی روزانه نقاط پرفشار در بیمار دارای محدودیت حرکت در گزارش پرستاری ثبت شده است .** |  |  |  |  |  |
| 8 | **بیمار درمعرض زخم فشاری هر دو ساعت تغییر پوزیشن داده می شود.** |  |  |  |  |  |
| 9 | **مراقب است ملحفه بیمار همیشه خشک و صاف باشد و چین نخورد .** |  |  |  |  |  |
| 10 | **تشک مواج جهت بیمار مستعد زخم فشاری به روش درست استفاده می شود.** |  |  |  |  |  |
| 11 | **جهت کاهش سطح فشار بر روی نواحی مستعد نکروز از وسایل کمکی نظیر تشک هوایی ،پدهای فشاری ،محافظ آرنج و پاشنه و...استفاده می کند.** |  |  |  |  |  |
| 12 | **بیمار دارای زخم فشاری روزانه توسط کارشناس زخم بیمارستان ویزیت می شود.** |  |  |  |  |  |
| 13 | **انواع پانسمان و عوامل موثر بر بهبود زخم را می داند و پانسمان مناسب با توجه به نوع ضایعه را انتخاب می کند .** |  |  |  |  |  |
| 14 | **اندازه و درجه زخم بصورت روزانه کنترل شده و ثبت و گزارش می شود ( طول، عرض، عمق، ترشحات و ...)** |  |  |  |  |  |
| **امتیاز چک لیست: 56 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 های اعتباربخشی نسل پنجم.**