



چک لیست پایش ارزیابی عملکرد

نام بیمارستان:



اطمینان از ثبت صحیح نتایج حاصل از ارزیابی های مجدد پرستاری

شماره سند: TH-SO-CH-36-01		تاریخ ارزیابی:	بخش/ واحد مورد ارزیابی:
ارزیابی:	شماره پرونده:	نام و نام خانوادگی	
توضیحات	امتیاز مکتسبه (۰-۲)	سنجه	
		۱-اطلاعات موجود در پرونده با خط خوانا و واضح ثبت شده است .	
		۲-جهت ثبت اطلاعات از خودکار مشکی و آبی استفاده شده است .	
		۳-اطلاعات هویتی بیمار در سر برگ تمامی فرم ها بطور صحیح و کامل ثبت شده است.	
		۴-در الصاق ECG و آزمایشات تاریخ اقدام مربوطه درج گردیده است.	
		۵-موارد ثبت شده در پرونده پزشکی توسط نویسنده (پزشک، پرستار) نام، نام خانوادگی، مهر و امضاء ذکر شده است.	
		۶-کلیه مستندات موجود در پرونده با تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت شده است.	
		۷-کلیه مستندات به زبان تخصصی به زبان تخصصی ثبت شده و از به کاربری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری شده است (استفاده از اصطلاحات و اختصارات استاندارد)	
		۸-در صورت استفاده از کلمات لاتین، از کلمات کامل با املا صحیح استفاده شده است.	
		۹-در صورت استفاده از اختصارات استاندارد در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل فوت، خلاصه پرونده و شرح حال عمل، عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) درج شده است. (درج عبارت کامل در اولین ثبت الزامی می باشد)	
		۱۰-گزارش تماس مشاوره های درخواست شده، آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج در پرونده بیمار موجود است.	
		۱۱-هر نوع پروسیجر تشخیص درمانی مستند شده برای بیمار، توسط پزشک معالج (اتند) تایید و مهر و امضاء شده است.	
		۱۲-جهت نوشتن دستورالعمل داروهای مخدر از حروف بزرگ استفاده شده است.	
		۱۳-توالی و ترتیب کلیه اوراق پرونده بیمار مطابق با دستورالعمل رعایت شده است.	
		۱۴-فرم رضایت بستری و رضایت آگاهانه به نحو صحیح تکمیل و مهر و امضاء شده است. (پزشک، پرستار)	
		جمع امتیازات کسب شده:	

کنترل کیفی پرونده پزشکی



اطمینان از ثبت صحیح نتایج حاصل از ارزیابی های مجدد پرستاری

شماره سند: TH-SO-CH-36-01

بخش/ واحد مورد ارزیابی:.....		تاریخ ارزیابی:.....	شیفت:.....
نام ونام خانوادگی بیمار		شماره پرونده.....	ارزیاب:.....
	سنجه	امتیاز مکتسبه (۰-۲)	توضیحات
ارزیابی اولیه	۱- اولین ارزیابی با توجه به شرایط بیمار، در محدوده زمانی ابلاغ شده انجام شده است.		
	۲- فرم ارزیابی اولیه بیمار به طور کامل و صحیح تکمیل شده است. (وزن- معیار سقوط- ارزیابی تغذیه- زخم فشاری- تشخیص پرستاری و) (Admission note) به صورت کامل و دقیق ثبت شده است.		
	۳- اولین گزارش پرستاری (Admission note) به صورت کامل و دقیق ثبت شده است.		
	۴- آموزش های بدو ورود توسط پرستار ارائه شده و فرم آموزش به طور کامل و صحیح تکمیل شده است.		
	جمع امتیازات کسب شده:		
اطمینان از اجرای دستورات پزشک توسط پرستاران	۱- در پایان دستورات پزشکی چک شده با علامت ✓ (تایید) و تعداد موارد چک شده، خط خوردگی اشتباه، تاریخ و ساعت انجام دستور توسط پرستار مستند شده است.		
	۲- تاریخ و ساعت، نام و امضاء پرستار کنترل کننده دستورات پزشک ثبت شده است.		
	۳- چارت رانند ۲۴ ساعته هر روز صبح توسط مسئول بخش انجام شده است.		
	۴- دستورات پزشکی خواسته شده توسط پرستار پیگیری و انجام شده است.		
	۵- در صورت لزوم نتایج اجرای دستورات پزشکی بر روی وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت شده است.		
	۶- نتایج آزمایشات، رادیوگرافی ها، مشاوره ها و .. به اطلاع پزشک رسانده شده است. و نتایج مهمور به مهر پزشک مطلع شده می باشد.		
	۷- فقط در موارد اورژانسی دستورات تلفنی پزشک اخذ و انجام گردیده است. (Tel Orders)		
	۸- عنوان دستور تلفنی در ابتدای دستورات ثبت شده است.		
	۹- متن دستور تلفنی با نام و امضاء پرستار دریافت کننده دستور و پرستار شاهد در فرم دستورات پزشک ثبت شده است.		
	۱۰- نام پزشک، تاریخ و ساعت دستور ثبت شده است.		

		۱۱- دستورات تلفنی پزشک (حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی) توسط پزشک مربوطه مهر و امضاء شده است.
		۱۲- در صورت نیاز به مشاوره غیر اورژانسی، پزشک معالج فرم درخواست مشاوره را تکمیل و دستور را در فرم دستورات پزشک مستند نموده است.
		۱۳- دستورات داده شده از سوی پزشک مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج کنترل و تایید شده است. (دستورات پزشک مشاور در فرم دستورات پزشک order توسط پزشک معالج ثبت گردیده و یا مهر و امضاء پزشک معالج در فرم مشاوره درج شده است)
		جمع امتیازات کسب شده:
		۱- در صورت استفاده از کلمات لاتین از املای صحیح و کامل کلمات استفاده شده است.
		۲- در گزارش پرستاری از اصطلاحات استاندارد استفاده شده است.
		۳- در ثبت نقل قول ها، عین گفته بیمار داخل (()) قرار گرفته است.
		۴- در گزارش پرستاری فضای خالی و خط خوردگی یا لاک گرفتگی وجود ندارد.
		۵- در صورت بروز اشتباه در ثبت مستندات روی مورد اشتباه خط نازکی کشیده و کلمه اصلاح شد، ثبت شده است.
		۶- در انتهای گزارش، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف ثبت و مهر و امضاء شده است.
		۷- گزارش پرستاری بر اساس سیستم های بدن نوشته شده است.
		۸- توالی ثبت اقدامات پرستاری رعایت شده است. (هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاق بلافاصله پس از انجام با حفظ ترتیب زمان رخداد ثبت گردیده است)
		۹- اقدام غیر روتین و اورژانسی (CPR، ویزیت، مشاوره، پروسیجرها و...) در هر شیفت در گزارش با ذکر ساعت و نام انجام دهنده ثبت گردیده است.
		۱۰- هرگونه تغییر ناگهانی در وضعیت بالینی بیمار و گزارش به پزشک ثبت شده است.
		۱۱- کلیه آموزش های داده شده به بیمار و همراه وی ثبت گردیده است.
		۱۲- جهت ثبت موارد از قلم افتاده، موارد مذکور بدون وقفه و فاصله، در انتهای گزارش تحت عنوان 'ثبت تاخیری' با درج تاریخ و ساعت ثبت گردیده است. (Late entry)
		۱۳- مطالب به تدریج و در طول شیفت توسط پرستار بیمار ثبت و در انتهای گزارش تاریخ و ساعت درج و مهر و امضاء شده است

			۱۴- پیگیری انجام و دریافت کلیه آزمایشات و خدمات تشخیصی و مشاوره های بیمار و اطلاع آن به پزشک همراه با اقدامات انجام شده به خصوص دریافته های غیر طبیعی و بحرانی در گزارش پرستاری ثبت گردیده است.
			۱۵- ساعت اطلاع به پزشک و زمان ویزیت بیمار ثبت شده است.
			۱۶- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند، گزارش و ثبت گردیده است (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره و..).
			۱۷- در مورد داروهای PRN بطور کامل و مشخص دلیل استفاده و پاسخ بیمار به دارو ثبت شده است.
			۱۸- در صورت امتناع بیمار از دریافت دارو و یا مراقبت تشخیصی درمانی فرم امتناع از درمان تکمیل و در گزارش پرستاری ثبت شده است.
			۱۹- در تزریق خون یا فرآورده های خونی، زمان و تاریخ شروع و میزان تزریق، علائم حیاتی قبل-حین و پس از ترانسفوزیون ثبت و در صورت بروز عوارض احتمالی اقدامات درمانی انجام و مستند گردیده است.
			جمع امتیازات کسب شده:
	امتیاز	امتیاز	امتیاز
			۱۰
			۵
			۵
			۵
			۵
			۱۰
			۱۰
			۱۰
			۵
			۵
			۵

تشخیص های پرستاری



جمع امتیازات کسب شده:			
بخش/ واحد مورد ارزیابی:.....	تاریخ ارزیابی:.....	شیفت:.....	
نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده:.....	
سنجه	امتیاز مکتسبه (۰-۲)	توضیحات	
۱- مشخصات دموگرافیک بیمار ثبت شده است (مطابق با کاردکس نویسی ۱۴۰۰)			
۲- کلیه موارد (کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی پرستاری یا پزشکی، پاراکلینیک و...) با ذکر دقیق تاریخ و ساعت انجام ثبت شده است.			
۳- کلیه موارد با خودکار آبی/مشکی ثبت گردیده است.			
۴- کلیه موارد به صورت دقیق و خوانا و بدون قلم خوردگی و لاک گرفتنی ثبت گردیده است.			
۵- تغییر دوز، و یا قطع دارو با کشیدن خط قرمز روی آن در سمت راست تاریخ و ساعت و در سمت چپ کلمه DC یا Change نوشته شده است.			
۶- در صورتی که دارویی hold شود بامداد خط صاف روی آن کشیده و در قسمت چپ کلمه hold و در سمت راست تاریخ و ساعت نوشته شده است.			
۷- تناوب داروهای PRN بر اساس دستور پزشک در کاردکس ثبت شده است			
۸- جهت نوشتن داروهای مخدر در کاردکس از حروف بزرگ استفاده شده است.			
۹- در قسمت Treatment، ثبت آزمایشات با تاریخ و توأتر انجام با مداد ثبت گردیده است (مانند: CK FBS QD)			
۱۰- تاریخ کارگزاری فولی، انواع کتترها و..... در کاردکس ثبت گردیده است.			
۱۱- قسمت های V/S، O ₂ Therapy، Diet بطور صحیح تکمیل شده است.			
۱۲- در قسمت other consideration، موارد مهم مانند فاویسم، خطر خودکشی، کم شنوایی، ابتلا به بیماری عفونی و... ثبت شده است.			
۱۳- سرم های حاوی دارو مثل نالوکسان، میدازولام، KCl و..... در قسمت داروها ثبت شده است.			

		۱۴- پروسیژرها و تست های تشخیصی با درج تاریخ و ساعت دستور و انجام آن ثبت شده است.	
		۱۵- مشاوره پزشکی /درمانی در ستون Consult با درج نوع مشاوره ،تاریخ و ساعت در خواست کتبی و ویزیت بیمار توسط پزشک مشاور ثبت شده است.	
		۱۶- در صورت عدم انجام کانسالت مطابق دستور کتبی پزشک در زمان مورد نظر، علت عدم انجام با خودکار قرمز در قسمت Description ثبت شده است.	
		۱۷- در صورت نیاز به عمل جراحی،تاریخ دستور کتبی پزشک،نوع عمل و تاریخ و ساعت انجام عمل جراحی و زمان رفت و بازگشت بیمار از اتاق عمل ثبت شده است.	
		۱۸- در صورت تزریق خون و فرآورده های خونی، نوع و میزان،تاریخ و ساعت دستور کتبی پزشک و تزریق ثبت شده است.	
		۱۹- خلاصه ای از علایم و نشانه های بیماری،تاریخچه قبلی،خانوادگی و داروهای مورد استفاده قبلی در قسمت Brief history ثبت شده است.	
		۲۰- در صورت نیاز به تعویض کاردکس،در قسمت انتهایی صفحه اول،نام فرد تعویض کننده کاردکس،تاریخ و نوبت تعویض ثبت شده است.	
		۲۱- کلیه نتایج آزمایشات (چه نرمال و چه غیر نرمال)در فرم ثبت نتایج آزمایشات (صفحه سوم کاردکس) ثبت گردیده است	
		جمع امتیازات کسب شده:	
		۱- پانسمان ها،مراقبت از پوست بیمار و توجه به حرکت بیمار در تخت به نحو صحیح انجام و نتایج ارزیابی مجدد مراقبت ها در گزارش پرستاری ثبت شده است.	تطبيق مراقبت های پرستاری ثبت شده و انجام شده
		۲- توجه به رژیم غذایی مناسب بیمار،میزان اشتهای وی ومراقبت از NGT و.... انجام گرفته و در صورت لزوم نتایج ارزیابی مجدد پس از تغییر رژیم غذایی در گزارش پرستاری ثبت شده است.	
		۳-دستورات دارویی بیمار طبق قانون دارودهی (7 Right) انجام و ثبت گردیده است در تجویز داروی Stat،علاوه بر عنوان و شکل دارو و... تأثیر دارو بر بیمار شده است	
		۴-کنترل علائم حیاتی طبق دستور پزشک انجام شده و ثبت گردیده است.	
		۵- آموزش به بیمار طبق نیاز وی ارائه و ثبت شده است.(اهمیت دستبند شناسایی-بالا بودن نرده ها-زنگ احضار پرستار و عوارض بیماری و ...)	
		۶-مراقبت های قبل وبعد از اعمال جراحی و پروسیژرها طبق استانداردها انجام و واکنش و تحمل بیمار در گزارش ثبت شده است..	
		۷-تأثیر اقدامات درمانی (پاشویه در تب ، تأثیر دارو، Vomit و...)در گزارش پرستاری ثبت شده است.	



اطمینان از ثبت صحیح نتایج حاصل از ارزیابی های مجدد پرستاری



شماره سند: TH-SO-CH-36-01

		۸- در صورت Hold دارو با ذکر علت آن در گزارش پرستاری ثبت شده است.	
		جمع امتیازات کسب شده:	