



نام و سمت ارزیاب شونده : بخش : تاریخ و شیفت ارزیابی :

چک لیست ارزیابی نحوه ثبت اقدامات و مراقبت های پرستاری (گزارش نویسی)

نویسی چک لیست ارزیابی نحوه ثبت اقدامات و مراقبت های پرستاری (گزارش نویسی)

ردیف	موارد چک لیست	بله 2	ناحدودی 1	خیر 0	ملاحظات
1.	راهنمای ثبت صحیح اقدامات پرستاری به بخش سالانه ابلاغ و کارکنان از محتوای آن آگاهی دارند.				
2.	گزارشات پرستاری در فرم استاندارد ابلاغی و بطور صحیح ثبت می گردد.				
3.	کلیه مستندات موجود در پرونده حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت بوده است.				
4.	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.				
5.	گزارشات پرستاری توسط کادر پرستاری ارائه دهنده خدمت ثبت می گردد.				
6.	گزارشات پرستاری خوانا، بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی و با خودکار آبی یا مشکی نوشته می شود.				
7.	روش PIE (problem مشکل، Intervention مداخلات، Evaluation ارزشیابی) در ثبت گزارش پرستاری رعایت شده است.				
8.	در گزارش پرستاری از کلمات و علائم اختصاری استاندارد قابل قبول بین المللی استفاده شده است.				
9.	ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری نوشته می شود.				
10.	شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی در اولین گزارش پرستاری ثبت گردیده است.				
11.	نحوه ورود بیمار به بخش (صندلی چرخدار و ...) در اولین گزارش پرستاری نوشته می شود.				
12.	نتیجه ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار در اولین گزارش پرستاری نوشته می شود.				
13.	نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی، روحی و روانی بیمار در بدو ورود در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.				
14.	در صورت وجود درد، نوع و میزان آن با معیار درد و از طریق مصاحبه و مشاهده ارزیابی و ثبت شده است				
15.	مشکلات / تشخیصهای پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستاری ثبت شده است.				
16.	در گزارش پرستاری آموزشهای ارائه شده براساس حداقل های آموزش بدورود، حین بستری و ترخیص به بیمار و همراهان، و میزان اثر بخشی ثبت شده است.				
17.	در گزارش پرستاری، نوع محتوای آموزشی که در اختیار بیمار و همراه گذاشته می شود، قید می گردد.				
18.	گزارش به طور متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها وجود ندارد.				
19.	در گزارش پرستاری از واژه های مبهم و عامیانه و کلی مثل خوب، نرمال، متوسط، طبیعی، به نظر می رسد و... استفاده نشده است.				
20.	هیچ اقدام پرستاری قبل از انجام، ثبت نشده است.				
21.	ساعت گزارش نویسی به صورت 1 الی 24 ثبت شده است				
22.	مداخلات تشخیصی / درمانی / مراقبتی انجام شده با ذکر ساعت، رعایت الویت در گزارش پرستاری ثبت شده است.				
23.	نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک در گزارش پرستاری ثبت می شود.				
24.	در گزارش پرستاری اشتباهی مددجو و وضعیت تغذیه ای وی (نوع رژیم غذایی، میزان و داشتن لوله معده و یا تغذیه خوراکی) ثبت شده است.				
25.	در گزارش پرستاری بیماران با دستور کنترل I&O، میزان جذب و دفع ثبت شده است.				
26.	در گزارش پرستاری در مورد وضعیت دفعی بیمار توضیحات کافی ثبت شده است. (داشتن سوند، بی اختیاری ادراری، و... در صورت وجود یبوست یا اسهال تعداد دفعات، رنگ، قوام و...)				
27.	وضعیت محل جراحی (در صورت داشتن درن، میزان و نوع ترشحات درن و شرایط درن ها) ثبت شده است				
28.	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.				
29.	در گزارش پرستاری زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی یا شیمیایی و عوارض احتمالی ثبت شده است.				
30.	در گزارش پرستاری در صورت برقراری اکسیژن زمان شروع، مقدار اکسیژن، نحوه دریافت و O2 sat ثبت شده است.				

31.	در گزارش پرستاری در صورت وجود زخم، وسعت، اندازه، نوع، درجه زخم، وجود یا عدم وجود ترشح ثبت شده است
32.	در گزارش بیماری که مانیتورینگ شده است. ساعت شروع مانیتورینگ، ریتم های خوانده شده ثبت شده است.
33.	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 و نوع آنژیوکت مصرفی را ثبت می کند.
34.	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.
35.	در گزارش پرستاری وضعیت خواب و استراحت بیمار ثبت شده است.
36.	در گزارش پرستاری وضعیت فعالیت CBR RBR بیمار ثبت شده است.
37.	در گزارش پرستاری کلیه اقدامات دارویی به طور صحیح و بر اساس قانون 7Right ثبت شده است.
38.	در صورت تزریق خون، نوع گروه خونی بیمار، نوع و میزان فرآورده، شماره کیسه، تاریخ و ساعت شروع و اتمام تزریق خون، و هرگونه عارضه در گزارش پرستاری ثبت شده است.
39.	فرایند محاسبه و اجرای دستورات داروهای هشدار بالا توسط دو کارشناس پرستاری انجام، مهر و امضاء و ثبت گردیده است.
40.	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 (بر اساس دستورالعمل مستندسازی پرونده های پزشکی سال 96)
41.	ساعت و تاریخ اطلاع علائم حیاتی و نتایج اقدامات تشخیصی و درمانی غیر طبیعی به پزشک معالج در گزارش پرستاری ثبت شده است.
42.	در صورت بروز وقایع ناخواسته ی تهدیده کننده حیات بیمار، نوع و علت حادثه، ساعت وقوع و اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت شده است.
43.	در صورت ثبت مستندات از قلم افتاده دستورالعمل ثبت تاخیری رعایت شده است.
44.	در صورت تیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به هر علتی اجرا نشده با ذکر علت، در گزارش پرستاری ثبت شده است.
45.	نتایج ارزیابی بیمار از نظر شرایط تهدیده 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.
46.	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.
47.	در صورت ترک با مسئولیت شخصی/ترخیص، وضعیت بیمار، ساعت و تاریخ و نحوه خروج از بخش در گزارش پرستاری ثبت شده است.
48.	درستون دستورات دارویی، در پایان ثبت داروها مهر و امضاء شده و با علامت ضربدر بسته شده است.
49.	در پایان گزارش پرستاری نام، امضاء و مهر پرستار گزارش دهنده ثبت شده است.
50.	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 توسط پرستار جانشین ثبت می نماید.
51.	در گزارش ترخیص وضعیت هوشیاری حین ترخیص، علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش (با همراه/بدون همراه) و تحویل خلاصه پرونده و فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه ثبت شده است.
52.	پرستار در ثبت گزارش CPR زمان و نوع ایست، زمان شروع احیای 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 و زمان خاتمه CPR را ثبت میکند.
53.	در صورت فوت بیمار وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی و...)، ثبت ساعت بدحال شدن، ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت، نحوه تحویل جسد (به چه کسی/سردخانه) در گزارش پرستاری ثبت گردیده است.
54.	پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن نمی باشد.

نام و امضا ارزیاب: