



چک لیست نظارت بر روند مراقبت و درمان بخش های بستری

مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جهرم، زمستان ۱۴۰۱

چک لیست نظارت بر روند مراقبت و درمان

این چک لیست، جهت نظارت مدون و مستمر بر نحوه ارائه مراقبت های پرستاری و پایش روند ایمنی بیماران، تهیه شده است. تا ارزیابان، سوپروایزر های بالینی، سرپرستاران و مدیران پرستاری بیمارستان ها بر اساس برنامه زمان بندی معین، بازدید از بخش ها / واحد های درمانی انجام دهند و از اثربخشی اقدامات اصلاحی اجرا شده در بهبود روند مراقبت های پرستاری و ایمنی بیمار اطمینان حاصل نمایند.

* این چک لیست برگرفته از راهنمای جامع استاندارد های اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران ویرایش پنجم/ سال ۱۴۰۱ می باشد.

* از ابتدای سال جدول گانت راندهای نظارتی بخش های بستری، تنظیم گردد و بر اساس تاریخ های در نظر گرفته شده در شیفت های صبح، عصر و شب نظارت توسط سوپروایزرهای کشیک انجام شود. لازم است برنامه ریزی به گونه ای باشد که در یک فصل، تمام بخش های بستری بیمارستان بر اساس این چک لیست راند شده باشند.

* نمره هر آیتم / سنجه: صفر/ یک / دو می باشد. به تمامی آیتم ها امتیاز داده شود و بر اساس محورهای مورد ارزیابی، نمودار رسم شده و تحلیل انجام گردد.

* نظارت بر کنترل عفونت هر بخش توسط سوپروایزر کنترل عفونت هر مرکز، بر اساس چک لیست ابلاغی کمیته کنترل عفونت دانشگاه انجام شود و نتایج ممیزی آن در این چک لیست محاسبه و ثبت گردد.

* نمره بعد از محاسبه، به درصد امتیاز دهی و ثبت گردد.

* امتیاز کل چک لیست: ضعیف (کمتر از ۵۰٪)، متوسط (۷۰٪-۵۱٪)، خوب (۹۰٪-۷۱٪)، خیلی خوب و عالی (۱۰۰٪-۹۱٪)

* گزارشات تحلیلی همراه با نمودار بصورت فصلی به مدیریت پرستاری دانشگاه ارسال گردد.

چک لیست نظارت بر روند مراقبت و درمان

..... دانشگاه علوم پزشکی جهرم ، مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان

..... نظارت و ارزیابی از بخش :

..... تاریخ بازدید:/...../..... شیفت بازدید: ساعت:

..... نام و نام خانوادگی ارزیاب اول: نام و نام خانوادگی ارزیاب دوم:

تعداد تخت بخش : مصوب: فعال:

درصد اشغال تخت در ماه :

تعداد پرسنل : پرستار ماما بهیار کمک بهیار / کمک پرستار منشی خدمات

ردیف	حیطه های نظارت	محور های مورد ارزیابی	تعداد سنجه	امتیاز
۱	مدیریت پرستاری	مدیریت نیروی انسانی و مدیریت بخش	۱۵	
		تجهیزات پزشکی و وسایل بخش	۱۵	
		آموزش کارکنان	۱۰	
		اجرای اخلاق بالینی	۱۰	
۲	مراقبت های عمومی بالینی	نظارت بر پذیرش بیمار و ارزیابی اولیه	۱۰	
		نظارت بر نحوه ارائه مراقبت های پرستاری و ایمنی بیمار	۲۵	
		نظارت بر تحویل شیفت پرستاری	۱۰	
		نظارت بر اجرای فرآیند آموزش به بیمار و خانواده	۱۰	
۳	نظارت بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی بیمار	گزارش پرستاری	۲۰	
		نظارت بر اصول صحیح مستندسازی پرونده پزشکی	۱۵	
		کاردکسی نویسی	۱۵	

۲	کسر ل عفونت	بر اساس چک لیست استاندارد میزان عفونت بدن
	امتیاز کسب شده (به درصد) :	تعداد کل سنجش:	امتیاز کل:

مدیریت پرستاری			
مخبر	ردیف	موارد قابل نظارت / ارزیابی	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)
مدیریت نیروی انسانی / مدیریت بخش	۱	سرپرستار نیروی انسانی گروه پرستاری مورد نیاز بخش را بر اساس معیار استاندارد محاسبه کرده است .	
	۲	سرپرستار گزارش برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی گروه پرستاری مورد نیاز بخش را به مدیریت پرستاری بیمارستان بصورت مکتوب اعلام کرده است.	
	۳	توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری، بر اساس حجم کاری، تعداد و سطوح مراقبتی بیماران بخش انجام شده است.	
	۴	استاندارد برنامه نویسی در تنظیم برنامه ماهیانه بخش رعایت شده است: - رعایت سلسله مراتب سمت - پست سازمانی - رعایت سابقه کار در ترتیب پرسنلی - رعایت قانون ارتقاء بهره وری - چیدمان نیروی انسانی بر اساس سطوح مراقبتی بیماران بخش - وجود توالی منطقی کارکرد پرسنل (Off ، مرخصی استعلاجی، مرخصی استحقاقی، ساعت اضافه کار عملکردی و غیر عملکردی و...)) - وجود امضاء و تأیید نهایی سرپرستار ، سوپروایزر و مدیر پرستاری در انتهای برنامه پرسنلی بخش سایر.....	
	۵	مراقبت ها / اقدامات / اجرای فرایندهای بخش، مطابق با شرح وظایف مصوب ، به تفکیک رده های شغلی کارکنان (پرستار، بهیار، کمک بهیار و...) انجام می گردد.	
	۶	جابجایی پرسنل و تعویض برنامه شیفت کاری به روش صحیح انجام شده است و مستندات آن با ذکر اطلاعات لازم موجود است.	
	۷	نظارت بر تاخیر و تعجیل و مرخصی ساعتی پرسنل بخش توسط (سرپرستار / اینچارج) صورت گرفته است.	
	۸	مستندات تشویق و تذکر به پرسنل در فواصل زمانی مشخص وجود دارد.	
	۹	ارزشیابی پرسنل براساس شواهد موجود انجام شده ، نقاط قوت و ضعف هر پرسنل مشخص و ثبت شده و در فواصل زمانی منظم بازخورد به پرسنل داده شده است.	
	۱۰	مراقبت موردی در بخش اجرا می گردد و مستندات آن در بخش موجود است.	
	۱۱	تقسیم متوازن بیماران بین پرستاران حاضر در هر شیفت (بجز سرپرستار) صورت گرفته است.	
	۱۲	برای نوبت های کاری عصر و شب مسئول شیفت / اینچارج تعیین شده است.	
	۱۳	تعیین پرستار جانشین در هر شیفت توسط مسئول بخش (سرپرستار / اینچارج) تعیین شده است و مستندات اقدامات انجام شده توسط پرستار جانشین در پرونده بیمار موجود است.	
	۱۴	شاخص کشوری کیفیت مراقبت های پرستاری ، پایش و تحلیل شده و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج هر شاخص، اجرا شده است.	
	۱۵	ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه بهبود مراقبت های مستقیم پرستاری توسط مسئول بخش صورت گرفته است.	
جمع امتیازات کسب شده :			

مدیریت پرستاری

ردیف	مورد قابل نظارت / ارزیابی	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	توضیحات
۱	توالی اورژانس در بخش موجود است و در ابتدای هر شیفت توسط پرستار چک و کنترل می شود. * تعداد و نوع داروها و تجهیزات توالی اورژانس طبق آخرین دستورالعمل ابلاغی می باشد. * چیدمان داروها، تجهیزات و وسایل توالی اورژانس مطابق آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع می باشد. * کپسول اکسیژن یا مانومتر سالم متصل به توالی اورژانس می باشد و آماده به استفاده می باشد. * تخته احیاء متصل به توالی اورژانس می باشد. * تجهیزات توالی اورژانس، لارنگوسکوپ، دستگاه دی سی شوک، کپسول اکسیژن، پد اکسترنال پیس میکر و... آماده به استفاده می باشند. * مستندات مربوط به چک توالی اورژانس کامل و به روز می باشد. * کتتر فولی، لوله تراشه، لوله دهان معدی یا ذکر شماره در قسمت مربوطه وجود دارد و ثبت شده است.		
۲	بر بالین هر بیمار (به ازای هر تخت)، امکانات اکسیژن درمانی وجود دارد.		
۳	کپسول اکسیژن پور قابل به تعداد لازم در بخش وجود دارد و بصورت ایمن مهار شده است.		
۴	سیستم فراخوان اضطراری پرستار بر بالین بیمار و در هر سرویس بهداشتی وجود دارد.		
۵	بخش از تهویه مناسب برخوردار است و سیستم گرمایشی و سرمایشی وجود دارد.		
۶	دستگیره کمکی بیمار در راهرو و سرویس بهداشتی بخش وجود دارد.		
۷	تخت بستری، تشک، لاکر، Bed Table، تخت معاینه، تشک موج، ویلچر و برانکارد استاندارد، ایمن و سالم در بخش وجود دارد.		
۸	در بخش تخت های بستری و برانکارد دارای سایدریل سالم و ایمن می باشند.		
۹	هر تخت بستری مجهز به پرده سالم و استاندارد می باشد.		
۱۰	برای هر تخت پایه سرم موجود است.		
۱۱	وسایل معاینات فیزیکی (دستگاه افتالموسکوپ، اتوسکوپ و...)، دستگاه نوار قلب، ترازو، دستگاه ساکشن، گلوکومتر، پالس اکسی متری موجود در بخش سالم می باشند.		
۱۲	پریز برق اضطراری و ups در بخش مشخص شده، پرسنل از آن آگاهی دارند و اطمینان از سالم بودن آن حاصل شده است.		
۱۳	یخچال نگهداری دارو و غذا مجزا می باشد.		
۱۴	لیست تجهیزات پزشکی ضروری واحد پشتیبان موجود است.		
۱۵	به گلبه تجهیزات پزشکی بخش، راهنمای عملکرد، متصل می باشد، کنترل کیفی و کالیبراسیون دستگاه ها انجام شده است.		
جمع امتیازات کسب شده :			

تجهیزات پزشکی و وسایل بخش

مدیریت پرستاری

مخبر	ردیف	موارد قابل نظارت / ارزیابی	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	توضیحات
آموزش کارکنان	۱	پرستل گروه پرستاری از دوره های آموزشی که بر اساس سیاست های آموزشی کارکنان برنامه ریزی شده است، آگاهی دارند.		
	۲	آموزش کارکنان بخش بر اساس نیاز های آموزشی بصورت مدون ارائه می شود.		
	۳	پرستل گروه پرستاری از موازین اخلاقی حرفه ای و حقوقی آگاهی دارند.		
	۴	قبل از بکارگیری پرستل جدید الورد به بخش مهارت سنجی عمومی بالینی، تخصصی و ارتباطی انجام می گردد.		
	۵	سرپرستار بخش برنامه ریزی اصلاحی جهت آموزش و توانمندسازی پرستل جدید الورد انجام داده است و مستندات آنها موجود می باشد. (چک لیست های ارزیابی صلاحیت کارکنان، آموزش های عملی، کتابچه توجیهی و فیلم های آموزشی و ...)		
	۶	پرستل گروه پرستاری در زمینه برنامه توسعه فردی و دوره های آموزشی آگاهی دارند.		
	۷	پرستل در فعالیت های آموزشی و پژوهشی (داخل و خارج از بیمارستان) مشارکت دارند.		
	۸	پرستل شاغل در مورد لزوم کسب آموزش ضمن خدمت (عمومی و تخصصی) آگاهی دارند.		
	۹	پرستل از نحوه گزارش دهی فوری وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت، مطابق ضوابط مربوط آگاهی دارند، درس آموخته های وقایع ناخواسته به اشتراک گذاشته شده است.		
	۱۰	پرستل از دستورالعمل احیای قلبی- ریوی بر اساس آخرین پروتکل ابلاغی آگاهی دارند.		
جمع امتیازات کسب شده :				

مدیریت پرستاری

موضوعات	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	موارد قابل نظارت / ارزیابی	ردیف	محور
		کارکنان اصول اخلاق بالینی و منشور حقوق بیماران را رعایت می نمایند.	۱	اجرای اخلاق بالینی
		کارکنان دارای کارت شناسایی با حداقل مشخصات نام و نام خانوادگی و سمت شغلی به طور واضح قابل خواندن از فاصله دو متری هستند	۲	
		کارکنان استاندارد ملی پوشش حرفه ای (یونیفرم مناسب، حفظ حجاب و آراستگی، نداشتن زیور آلات / لاک / کوتاهی ناخن و...) را رعایت می کنند.	۳	
		کارکنان وقت کافی جهت پاسخگویی به پرسش های بیماران اختصاص می دهند و ارتباط موثر، اطمینان بخش با بیمار و همراه وی برقرار می نمایند.	۴	
		کارکنان نسبت به ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات درمانی بیمار آگاهی دارند.	۵	
		کارکنان از عدم درج نام و نام خانوادگی، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار، تابلوی موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش آگاهی دارند.	۶	
		ارائه خدمات به بیماران توسط کارکنان همگن صورت می گیرد.	۷	
		دستورالعمل ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه به روش صحیح اجرا می گردد.	۸	
		پوشش و حریم شخصی بیماران در اتاق بستری، حین ارائه خدمات مراقبتی - تشخیصی درمانی، زمان جابجایی و... حفظ و رعایت می گردد.	۹	
		تسهیلات معنوی برای بیماران و همراه وی فراهم می گردد. (امکانات مربوط به فرائض دینی و نیازهای عبادی گیرندگان خدمت)	۱۰	
جمع امتیازات کسب شده:				

مراقبت های عمومی بالینی

موضوعات	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	موارد قابل نظارت / ارزیابی	رتبه	محور
		دستور کتبی پذیرش و بستری در بخش در پرونده بیمار وجود دارد.	۱	نظارت بر پذیرش بیمار / ارزیابی اولیه
		الصاق دستبند شناسایی برای کلیه بیماران بستری انجام شده است.	۲	
		بیماران در خصوص نگهداری، نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی اطلاع دارد	۳	
		اولین ارزیابی با توجه به شرایط بیمار، در محدوده زمانی تعیین شده، انجام شده است.	۴	
		ارزیابی اولیه دقیق و کامل توسط پرستار (با مدرک کارشناسی) بر بالین بیمار، انجام شده است.	۵	
		فرم ارزیابی اولیه (جامع) بیمار توسط کارشناس پرستاری بطور کامل و صحیح تکمیل و ثبت شده است.	۶	
		بر اساس مشکلات بالفعل و بالقوه بیمار (طی ارزیابی اولیه) تشخیص های پرستاری شناسایی شده است.	۷	
		شرایط تهدید کننده ایمنی (سقوط، زخم فشاری، خودکشی و...) که در ارزیابی اولیه بیمار شناسایی شده، توسط پرستار برنامه ریزی و کنترل شده است.	۸	
		برنامه مراقبتی (Nursing Care Plan) بر اساس ارزیابی اولیه از بیمار، طراحی و اجرا شده است.	۹	
		جهت حفاظت از اموال بیماران در بدو ورود به بخش برنامه ریزی شده و کارکنان براساس آن عمل می نمایند.	۱۰	
		آشناسازی بیمار و همراه وی با محیط، قوانین و امکانات بخش انجام شده است. (منشور حقوق بیمار، اطلاع رسانی از روند رسیدگی به شکایات، قوانین و مقررات بیمارستان مانند: ساعت ملاقاتی، روتین های بخش، ساعت توزیع غذا، تعداد ملاقاتی، انجام فرایض دینی، زمان های دارو دهی، زمان چک علائم حیاتی، نحوه صحیح استفاده از زنگ اخبار، تخت، تلفن، کلیدهای چراغ برق، تلویزیون و...).		
جمع امتیازات کسب شده :				

مراقبت های عمومی بالینی

معمور	رتبه	موارد قابل نظارت / ارزیابی	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	توضیحات
نظارت بر نحوه ارائه مراقبت های پرستاری و ایمنی بیمار	۱	برنامه مراقبتی (Nursing Care Plan) در هر شیفت براساس ارزیابی اولیه و ارزیابی مجدد، پاسخ بیمار به مراقبت های پرستاری طراحی و اجرا شده است .		
	۲	قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه و توجه نمودن به رنگ دستبند به صورت فعال انجام می شود.		
	۳	بیماران پرخطر شناسایی شده، مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه میشود.		
	۴	بیماران آسیب پذیر شناسایی، مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می شود.		
	۵	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت، پایش مستمر حین و پس از آن، انجام می شود.		
	۶	مهار شیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می شود.		
	۷	مهار فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می شود.		
	۸	تزریق خون و فرآورده های آن با شیوه ایمن و تحت مراقبت های مستمر انجام می گردد. (چک لیست نظارت بر تزریق خون ابلاغی دانشگاه و راهنمای طبابت بالینی تزریق خون وزارت متبوع)		
	۹	مراقبت از پوست بیماران و تعویض پانسمان ها به نحو صحیح صورت می گیرد.		
	۱۰	پیشگیری، مراقبت و درمان زخم فشاری در بیماران بستری مطابق دستور العمل ابلاغی صورت می گیرد		
	۱۱	جهت پیشگیری از سقوط بیماران اقدامات صحیح مطابق دستور العمل ابلاغی صورت می گیرد .		
	۱۲	مراقبت از اتصالات، کاتترها، لوله ها مطابق ضوابط ابلاغی وزارت متبوع انجام می گردد.		
	۱۳	فرایند اکسیژن درمانی جهت بیماران بصورت استاندارد و ایمن انجام می گردد.		
	۱۴	مراقبت از مسیر وریدی بیماران (محیطی/مرکزی) به نحو صحیح انجام می گردد.		
	۱۵	داروهای مخدر در بخش بصورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج، به روش ایمن مصرف میشوند.		
	۱۶	داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش ها نگهداری، تجویز و مصرف می شوند.		
	۱۷	داروهای با شکل، نام، تلفظ مشابه با تمهیدات ویژه، ایمن در بخش ها نگهداری، تجویز و مصرف می شوند.		
	۱۸	داروهای بیماران با رعایت اصول ایمنی داروهای (Safe Medication Practice) انجام می گردد. (طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی)		
	۱۹	مدیریت و ارزیابی درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن انجام می شود.		
	۲۰	ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام می شود.		
	۲۱	انتقال و جابجایی درون بخشی / بین بخشی بیماران با رعایت اصول ایمنی، سایر الزامات و اولویت ها توسط پرسنل انجام می گیرد .		
	۲۲	توجه به رژیم غذایی مناسب بیمار، میزان اشتها و ی و مراقبت از NGT و ... صورت گرفته و ثبت می گردد.		
	۲۳	به محدودیت های حرکتی بیمار توجه شده، ورزش های passive و نیاز به فیزیوتراپی اعضاء انجام شده است و ثبت می گردد.		
	۲۴	مراقبت های قبل و بعد از عمل جراحی به روش استاندارد انجام و ثبت می گردد .		
	۲۵	چک و کنترل علائم حیاتی طبق دستور کتبی پزشک و با توجه به شرایط بالینی بیمار در دفعات معین، انجام می شود.		

جمع امتیازات کسب شده :

مراقبت های عمومی بالینی

توضیحات	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	موارد قابل نظارت / ارزیابی	نمره	محور
		تحويل بیماران بر اساس تکنیک IS(O)BAR در هر شیفت توسط پرستاران انجام می شود (مطابق دستورالعمل ابلاغی دانشگاه)	۱	نظارت بر تحويل شیفت پرستاری
		در زمان تحويل شیفت ، اطلاعات ارائه شده و سطوح مراقبتی هر بیمار ، در دفتر تحويل بیماران ثبت می شود .	۲	
		ارائه مراقبت های مستمر در ساعات تحويل نوبت کاری به روش استاندارد و ایمن صورت می گیرد. (حضور پرسنل شیفت قبل بر بالین بیمار هنگام ارائه گزارشات کتبی و شفاهی)	۳	
		پرستار هر بیمار قبل از تحويل بالینی بیماران مشخص شده است (تعیین assignment و پرستار جانشین از قبل توسط مسئول شیفت و ثبت در دفتر تحويل بیماران)	۴	
		پرستار مسئول بیمار در شروع هر شیفت کاری به بیمار / همراه وی ، خود را معرفی می نماید.	۵	
		پرستاران به ABCDE هنگام حضور بر بالین توجه دارند	۶	
		هنگام تحويل بالینی استفاده از زنگ احضار پرستار ، آموزش داده می شود.	۷	
		وسایل مصرفی و تجهیزات پزشکی بخش چک و کنترل می شود و در دفتر مربوطه ثبت می گردد.	۸	
		موجودی داروهای مخدر در زمان تعویض شیفت، به روش ایمن و استاندارد تحويل می گردد و مستندات آن وجود دارد.	۹	
		لیست داروهای یخچالی و درجه حرارت یخچال در ابتدای هر شیفت چک و کنترل می شود.	۱۰	
جمع امتیازات کسب شده :				

مراقبت های عمومی بالینی

موضوعات	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	موارد قابل نظارت / ارزیابی	ردیف	محور
		آموزش بیماران برنامه ریزی شده و کارکنان مطابق آن عمل می نمایند(تعیین نیازهای آموزشی بیماران، اولویت های آموزشی، شیوه ها ، تدابیر آموزش به بیمار، تامین منابع مورد نیاز ، روش های کمک آموزشی مناسب (بمغلت، بروشور، فیلم و مجازی ، الکترونیکی و ...)	۱	نظارت بر فرایند آموزش به بیمار / خانواده
		آموزش ها و توضیحات لازم در بدو ورود به بخش توسط پرستار به بیمار و همراه وی ارائه می شود.	۲	
		توضیحات و آموزش های لازم به بیمار و خانواده در زمان بستری / مراحل تشخیصی و درمانی، ارائه می گردد.	۳	
		فرم آموزش به بیمار توسط کارشناس پرستاری بطور کامل و صحیح تکمیل می شود.	۴	
		آموزش بیمار قبل از ترخیص در خصوص پیگیری فعال نتایج معوق احتمالی، صورت می گیرد .	۵	
		آموزش های لازم در مورد نتیجه درمان ، نحوه پیگیری ، مراجعه مجدد ، مصرف داروها، نحوه مراقبت و ... به بیمار و خانواده، توسط پرستار در هنگام ترخیص ارائه می گردد .	۶	
		آموزش ها و پیگیری های پس از ترخیص بیمار از بیمارستان، توسط پرستار انجام می گردد.	۷	
		دستورالعمل آموزش خود مراقبتی بیماری های شایع بخش تدوین شده است.	۸	
		آموزش های خود مراقبتی در حین بستری / در زمان ترخیص، توسط پرستار براساس دستور العمل، ارائه می گردد.	۹	
		اثر بخشی آموزش های خود مراقبتی ارائه شده به بیماران / خانواده ارزیابی می گردد .	۱۰	
جمع امتیازات کسب شده :				

نظارت بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی بیمار

مجموعه	ردیف	موارد قابل نظارت / ارزیابی	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	توضیحات
گزارش پرستاری	۱	اقدامات پرستاری انجام شده در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول هر بیمار در فرم گزارش پرستاری ثبت شده است.		
	۲	ابلاغ دستورالعمل ثبت گزارش پرستاری و مستندسازی پرونده بیمار در بخش موجود است.		
	۳	گزارش پرستاری خوش خط و خوانا و با املاء و گرامر صحیح و استفاده از اصطلاحات استاندارد در فرم مربوطه ثبت شده است.		
	۴	گزارش پرستاری توسط فردی با حداقل مدرک کارشناس پرستاری ثبت شده است.		
	۵	در ثبت نقل قول ها ، عین گفته بیمار داخل " " قرار گرفته است.		
	۶	در گزارش پرستاری فضای خالی و خط خوردگی یا لاک گرفتگی وجود ندارد.		
	۷	گزارش پرستاری براساس سیستم های بدن به ترتیب اولویت و توالی اقدامات انجام شده، ثبت شده است.		
	۸	محاسبات دارویی به روش صحیح در گزارش پرستاری ثبت می شود.		
	۹	انفوزیون های وریدی تزریق شده به بیمار ، هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت می شود.		
	۱۰	وضعیت تغذیه ، جذب ، دفع ، استراحت بیمار ثبت شده است.		
	۱۱	نوع و ساعت کلیه اقدامات (درمانی ، مراقبتی ، تشخیصی) ثبت شده است.		
	۱۲	هرگونه تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار ثبت شده و به پزشک گزارش شده است.		
	۱۳	ویزیت های انجام شده (توسط فیزیوتراپیست ، مسئول تغذیه ، بیهوشی و ...) در گزارش پرستاری ثبت می شود.		
	۱۴	نتایج ارزیابی مجدد (تغییر در برنامه درمانی ، وضعیت مصرف داروها ، تغییرات اشتهای بیمار پس از تغییر رژیم غذایی ، تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک و ...) در گزارش پرستاری ثبت می شود.		
	۱۵	پیگیری های مربوط به اقدامات تشخیصی ، دریافت نتایج آزمایشات ، مشاوره ها و ... در گزارش پرستاری ثبت می شود.		
	۱۶	چک مستقل دوگانه تزریق دارو های پرخطر به بیمار به روش استاندارد، کنترل، محاسبه، اجرا و ثبت شده است.		
	۱۷	نتایج بحرانی آزمایشات با ذکر ساعت و اقدامات انجام شده، در گزارش پرستاری ثبت می شود.		
	۱۸	هنگام رفتن به Leave و بازگشت از Leave وضعیت بیمار بررسی شده و در گزارش پرستاری ثبت می شود. (زمان رفتن به Leave و بازگشت از Leave بیماران باید با دستور کتبی پزشک باشد)		
	۱۹	گزارش پرستاری با دستورات پزشک (در رابطه با شرایط خاص دارو دهی ، رژیم غذایی ، چک و کنترل علائم حیاتی و...) مطابقت دارد.		
	۲۰	گزارشات تاخیری (Late entry) بدون وقفه ، فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده است و تاریخ ، ساعت و هویت پرستار ثبت کننده گزارش مشخص شده است.		
جمع امتیازات کسب شده :				

نظارت بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی بیمار

معمور	رتبه	موارد قابل نظارت / ارزیابی	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	توضیحات
نظارت بر اصول صحیح مستندسازی پرونده پزشکی	۱	سرپرستار بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی بیماران نظارت دارد و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می آورد.		
	۲	چارت راند ۲۴ ساعته، هرروز صبح توسط سرپرستار انجام می گردد. (در زمان تعطیلی و مرخصی سرپرستار، چارت راند ۲۴ ساعته توسط اینچارج بخش انجام می گردد)		
	۳	دستورالعمل های مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات، ثبت های تاخیری و استفاده از نمادها و اختصارات در مستند سازی پرونده، به روش صحیح و استاندارد رعایت شده است.		
	۴	مشخصات کامل بیمار نام، نام خانوادگی، کد پذیرش و شماره پرونده بر سر برگ اوراق (بصورت دستی / تایپی) بطور کامل ثبت شده است.		
	۵	دستورات دارویی، نام دارو، روش مصرف دارو، دوز مصرفی، دفعات تکرار، مدت زمان مصرف دارو و دلیل تجویز دارو در متن دستور مستند شده است. (بر اساس دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی ابلاغی از وزارت متبوع)		
	۶	در دستورات کتبی پزشک، دستور PRN (در صورت لزوم)، تواتر اجرای آن، قید شده است.		
	۷	چک و کنترل دستورات کتبی پزشک توسط پرستار به روش استاندارد انجام می گردد.		
	۸	پرستار دستورات تلفنی در موارد ضروری را به نحو صحیح و استاندارد مطابق دستورالعمل ابلاغی ثبت و اجرا می نمایند.		
	۹	کلیه دستورات شفاهی و تلفنی توسط پزشک مسئول بیمار حداکثر تا ۲۴ ساعت بعد از دستور، با ذکر تاریخ و ساعت تایید و مستند شده است.		
	۱۰	اخذ رضایت آگاهانه از بیماران به روش صحیح و استاندارد انجام شده است و در فرم مربوطه بطور کامل تکمیل شده است.		
	۱۱	پزشک معالج در خواست مشاوره ها را در فرم درخواست مشاوره ثبت نموده و دستور آن را در فرم دستورات پزشکی مستند نموده است.		
	۱۲	مشاوره های اورژانسی و الکتیو در محدوده زمانی تعیین شده پاسخ دهی شده است.		
	۱۳	دستورات داده شده از سوی پزشک مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج به روش استاندارد کنترل و تایید می گردد. (Re order در فرم دستورات پزشکی)		
	۱۴	نتایج آزمایشات/تصویربرداری و سایر خدمات تشخیصی توسط پزشک مورد بررسی قرار گرفته، مهر و امضاء شده است.		
	۱۵	گزارش و مستندات کلیه مشاوره های درخواست شده / آزمایشات/اقدامات پاراکلینیکی توسط پزشک معالج در پرونده بیمار موجود می باشد.		
جمع امتیازات کسب شده:				

نظارت بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی بیمار

معمور	ردیف	موارد قابل نظارت / ارزیابی	امتیاز کسب شده (۰-۱-۲)	توضیحات
کاردکس نویسی	۱	کاردکس مراقبتی بیماران، خوش خط و خوانا و با املاء و گرامر صحیح و استفاده از اصطلاحات استاندارد، بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی (مطابق دستورالعمل ابلاغی) بطور کامل و دقیق ثبت شده است.		
	۲	کاردکس مراقبتی بیماران تمیز و مرتب نگه داشته می شود و تمامی پرستاران بخش از الگوی هماهنگ استفاده می نمایند.		
	۳	اطلاعات دموگرافیک و مشخصات بیمار شامل: نام، نام خانوادگی، تاریخ و زمان پذیرش، تاریخ تولد، جنسیت بیمار، شماره پرونده و کد بستری بیمار در بیمارستان، شماره اتاق و شماره تماس فرد معتمد بیمار (بستگان درجه یک بیمار)، بطور کامل در کاردکس مراقبتی، ثبت شده است. خوش خط و خوانا و با املاء و گرامر صحیح و استفاده از اصطلاحات استاندارد در فرم مربوطه ثبت شده است.		
	۴	نام پزشکان معالج، تشخیص پزشکی، ریسک فاکتورها، وزن، گروه خونی، کد بانک خون بیمار، در کاردکس مراقبتی ثبت شده است.		
	۵	داروهای تجویز شده جهت بیمار بطور کامل و دقیق مطابق استانداردهای ابلاغی، در کاردکس ثبت شده است (ثبت نام دارو، مقدار و دوز دارو، روش تجویز، تواتر دارو دهی و...).		
	۶	جهت نوشتن نام داروهای مخدر در کاردکس، از حروف بزرگ استفاده شده است.		
	۷	در صورتیکه با دستور کتبی پزشک دارویی تغییر یابند و یا قطع شود با خودکار قرمز روی آن یک خط صاف کشیده شده و با ذکر تاریخ، ساعت کلمه DC / change نوشته شده است.		
	۸	کلیه نیاز های مراقبتی بیمار بر اساس دستور کتبی پزشک (اکسیژن درمانی، محدوده فعالیت، مراقبت از کترها، مراقبت از زخم فشاری، تعویض پانسمان، تواتر علائم حیاتی، رژیم غذایی، سرم درمانی و...) در کاردکس ثبت شده است.		
	۹	کلیه اقدامات تشخیصی درمانی / پروسیجرها با ذکر دقیق تاریخ و ساعت انجام یا شروع و خاتمه در کاردکس ثبت شده است.		
	۱۰	ساعت رفت و برگشت بیمار به (OR، پاراکلینیک و...) در کاردکس ثبت شده است.		
	۱۱	تاریخ و ساعت درخواست و انجام مشاوره ها در کاردکس ثبت شده است.		
	۱۲	خلاصه ای از تاریخچه قبلی بیمار، تاریخچه خانوادگی بیمار و داروهای مورد استفاده قبلی بیمار در کاردکس ثبت شده است.		
	۱۳	نتایج آزمایشات (هماتولوژی، شیمی، گاز های خون، کشت ها و...) ثبت شده است.		
	۱۴	در صورت تعویض کاردکس، نام پرستار تعویض کننده، تاریخ تعویض و نوبت تعویض کاردکس ثبت شده است.		
	۱۵	تا زمان ترخیص بیمار کلیه کاردکس ها در پرونده بیمار بایگانی می گردد.		

جمع امتیازات کسب شده :

کنترل عفونت

توضیحات	امتیاز کسب شده (۲-۱-۰)	موارد قابل نظارت / ارزیابی	ردیف	مجموع
		نظارت بر کنترل عفونت بخش ها بر اساس چک لیست ابلاغی کمیته کنترل عفونت دانشگاه انجام شود و نتایج ممیزی آن ثبت گردد		
				جمع امتیازات کسب شده :

نقاط قابل بهبود / اقدامات اصلاحی انجام شده

"مدیریت پرستاری"

مدیریت نیروی انسانی

	۱
	۲
	۳

تجهیزات پزشکی

	۱
	۲
	۳

آموزش کارکنان

	۱
	۲
	۳

اجرای اخلاق بالینی

	۱
	۲
	۳

"مراقبت های عمومی بالینی"

ارزیابی اولیه

	۱
	۲
	۳

مراقبت های پرستاری و ایمنی بیمار

	۱
	۲
	۳
	۴
	۵

تحویل شیفت پرستاری

	۱
	۲
	۳

آموزش به بیمار و خانواده

	۱
	۲
	۳

"نظارت بر نحوه تکمیل پرونده های پزشکی بیمار"

گزارش پرستاری

۱
۲
۳
۴
۵

اصول صحیح مستندسازی پرونده پزشکی (دستورات پزشکی، مشاوره ها، رضایت آگاهانه و ...)

۱
۲
۳

کاردکس نویسی

۱
۲
۳

"کنترل عفونت"

۱
۲
۳

مهر و امضاء مسئول فنی بیمارستان / سوپروایزور شیفت

مهر و امضاء سرپرستار / اینچارج

مهر و امضاء ارزیاب دوم

مهر و امضاء ارزیاب اول