

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳	چک لیست ارزیابی بالینی فرآیند ثبت و گزارش نویسی در پرستاری ارزیابی شونده: سه ماهه:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۳		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۵/۰۳		

ردیف	عناوین	تاریخ ارزیابی	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم
۱	اطلاعات بیمار (حداقل نام و نام خانوادگی، کد بیمار و نام پدر) را بالای برگه گزارش پرستاری ثبت می کند.						
۲	گزارش پرستاری را در هر شیفت به صورت جداگانه، خوانا و بدون خط خوردگی ثبت می کند.						
۳	هیچ فضای خالی بین و انتهای نوشته ها نمی گذارد و در صورت وجود فضای خالی، با یک خط ممتد فضا را می بندد.						
۴	تاریخ و ساعت شیفت را به طور کامل (سال، ماه، روز و استفاده روش ۲۴ ساعته) ثبت می کند.						
۵	نتایج ارزیابی اولیه در زمان پذیرش بیمار را به طور دقیق ثبت می کند (ساعت پذیرش، نحوه مراجعه، سطح هوشیاری، شکایت اصلی، پزشک و سرویس بستری شده، سوابق پزشکی مانند بستری در بیمارستان، جراحی، داروی مصرفی، حساسیت دارویی، غذایی و ...).						
۶	وضعیت عمومی و هوشیاری بیمار را ثبت می کند.						
۷	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.						
۸	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 پاراکلینیکی مانند جواب آزمایشات یا رپورت CT و ...، نوار قلب، فیکسسیون کاتیترها، انتقال به اتاق عمل و بازگشت مجدد به بخش و ...) را با دقت ثبت می کند.						
۹	در صورتی که اقدام دستور داده شده انجام نگردید، علت آن را به صورت واضح در گزارش پرستاری قید می کند.						
۱۰	در صورت تعویض یا برقراری خط وریدی، زمان، ساعت و محل تعبیه، رنگ کتیتز، وجود یا عدم وجود فلبیت و ... را قید می کند.						
۱۱	در صورت ارسال نمونه خون جهت آزمایشات درخواستی، ساعت اخذ و ارسال نمونه به آزمایشگاه و تمامی موارد درخواست شده را به صورت کامل و جداگانه در گزارش ثبت می کند (به عنوان مثال نمونه خون جهت آزمایشات CBC, Bun, Cr, Na, k در ساعت ۱۱:۰۰ ارسال شد).						
۱۲	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 می کند.						
۱۳	در صورت اکسیژن تراپی، سونداژ و ساکشن، علت انجام آن، وضعیت تنفسی یا ادراری بیمار، رنگ یا اندازه کانونای 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.						
۱۴	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 این خصوص و ... را ثبت می کند.						
۱۵	آمادگی های لازم قبل از پروسیجرهای تشخیصی و درمانی را ثبت می کند (ناشتایی، شیو ناحیه و ...).						
۱۶	وضعیت خواب، استراحت، دفع ادرار و مدفوع، تغذیه و اشتها بیمار را با دقت ثبت می کند.						
۱۷	در صورت انجام احیای قلبی ریوی، ساعت اعلام و شروع احیا، افراد گروه و 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.						
۱۸	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، ناشتایی، 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 ...).						
۱۹	آموزش های ارائه شده به بیمار و نتایج اثربخشی آنها را ارزیابی و ثبت می کند.						
۲۰	تشخیص پرستاری، اقدامات انجام شده به دنبال آن، ارزیابی مجدد وضعیت بیمار و پاسخ وی به اقدامات انجام شده را ثبت می کند.						
۲۱	نحوه محاسبه معیارهای مورس، برادن، ریچموند، درد و ... را می داند و امتیازات را به درستی ثبت می کند.						
۲۲	وقایع و حوادث را به صورت کامل و با جزئیات ثبت می کند.						
۲۳	اقدامات قابل پیگیری در شیفت یا روزهای آتی را ثبت می کند.						
۲۴	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).						
۲۵	از نحوه ثبت محلولهای تزریقی مانند سرم و فرآورده خونی اطلاع داشته و آنها را به درستی در گزارش ثبت می کند.						

ردیف	عناوین	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم
۲۶	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.					
۲۷	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.					
۲۸	از ثبت اقدامات قبل از انجام آن خودداری می کند.					
۲۹	توالی را در گزارشات پرستاری رعایت می کند.					
۳۰	در پایان گزارشات پرستاری، امضا و مهر خود که دارای شماره نظام است را ثبت می کند.					
۳۱	پس از ثبت و بستن گزارش، مطلبی به آن اضافه نمی کند.					
۳۲	از ثبت گزارش تاخیری آگاهی دارد و در صورت نیاز به افزودن مطلبی پس از بستن گزارش پرستاری، از روش گزارش تاخیری استفاده می کند.					
۳۳	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: ۱۳۲		جمع امتیازات				
		درصد مکتسبه				

امتیازدهی: ۰ < ۲۵٪ ۱ = ۵۰-۲۶٪ ۲ = ۷۵-۵۱٪ ۳ = ۹۰-۷۶٪ ۴ = ۱۰۰-۹۱٪

موارد نیازمند ارتقا	امضای ارزیاب	امضای سرپرستار/مسئول شیفت
ارزیابی اول		
ارزیابی دوم		
ارزیابی سوم		
ارزیابی چهارم		
ارزیابی پنجم		

منابع:

کتاب چک لیست روش های پرستاری بالینی / چاپ سوم / ۱۳۹۴
استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
سنجه اعتباربخشی نسل پنجم ابلاغی ۱۴۰۳