

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان مدیریت پرستاری چک لیست ارزیابی مدیریتی فرآیند ثبت و گزارش نویسی در پرستاری بخش: _____ شماره ماهه: _____	
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۳		
تاریخ بازنگری مجدد: ۵۲/۰۳		

ردیف	عنوان	تاریخ ارزیابی	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم
۱	اطلاعات بیمار (حداقل نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده و نام پدر) بالای اوراق گزارش پرستاری ثبت شده است.						
۲	گزارش پرستاری در هر شیفت صرفاً توسط پرستار مراقب و به صورت جداگانه ثبت می شود.						
۳	گزارشات خوانا و بدون خط خوردگی است.						
۴	هیچ فضای خالی بین و انتهای نوشته ها وجود ندارد و در صورت وجود فضای خالی، با یک خط ممتد بسته می شود.						
۵	تاریخ و ساعت شیفت به طور کامل (سال، ماه، روز و استفاده از روش ۲۴ ساعته) ثبت می شود.						
۶	نتایج ارزیابی اولیه در زمان پذیرش بیمار به طور دقیق ثبت می شود.						
۷	وضعیت عمومی و هوشیاری بیمار در هر شیفت به صورت جداگانه ثبت می گردد.						
۸	علائم بیمار و نتایج ارزیابی (درد، تهوع، استفراغ، خستگی، تغییرات علائم حیاتی و...) و اقدامات انجام شده جهت رفع آنها در هر شیفت با جزئیات کامل ثبت می شود.						
۹	زمان انجام خدمات (ویزیت پزشک، اطلاع وضعیت بیمار به پزشک، مشاوره، خروج بیمار و زمان برگشت به بخش، پیگیری جواب اقدامات پاراکلینیک مانند آزمایشات، رپورت CT و...، نوار قلب، فیکساسیون کاتترها، و...) با دقت ثبت می شود.						
۱۰	در صورت عدم انجام هر یک از اقدامات دستور داده شده، علت آن در گزارش پرستاری قید می گردد.						
۱۱	زمان و ساعت، رنگ کاتتر، محل تعبیه، وجود یا عدم وجود فلبیت و... تعویض یا برقراری خط وریدی قید می شود.						
۱۲	در صورت ارسال نمونه خون جهت آزمایشات درخواستی، ساعت اخذ و ارسال نمونه به آزمایشگاه و تمامی موارد درخواست شده به صورت کامل و تک به تک در گزارش ثبت می گردد (به عنوان مثال نمونه خون جهت آزمایشات Bun, CBC, Cr, Na, k در ساعت ۱۱:۰۰ ارسال شد).						
۱۳	در صورت انجام پانسمان، وسعت و نوع زخم، میزان، رنگ و بوی ترشحات، زمان تعویض، قرد انجام دهنده، زمان تعویض مجدد، روند ترمیم زخم و نوع پانسمان انجام شده ثبت می شود.						
۱۴	در صورت اکسیژن تراپی، سونداز و ساکشن، علت انجام آن، وضعیت تنفسی بیمار، نوع و اندازه کاتولای استفاده شده، میزان و مدت زمان اکسیژن تجویز شده، طول مدت انجام، میزان ترشحات خروجی، رنگ و بوی ترشحات، نام قرد انجام دهنده، واکنش بیمار به اقدام انجام شده، اثر بخشی آن و گزارش موارد خاص به پزشک معالج ثبت می گردد.						
۱۵	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... ثبت می شود.						
۱۶	آمادگی های لازم قبل از پروسیجرهای تشخیصی و درمانی ثبت می شود (ناشتایی، شیوناحیه و...).						
۱۷	وضعیت خواب، استراحت، دفع ادرار و مدفوع، تغذیه و اشتیهای بیمار با دقت ثبت می گردد.						
۱۸	در احیای قلبی ریوی، ساعت اعلام و شروع احیا، افراد حاضر و زمان حضور آنها بر بالین، طول مدت و تغییرات وضعیت بیمار حین احیا، تعداد و میزان شوک، زمان خاتمه، قرد اعلام کننده ختم CPR، مراقبت های انجام شده از جسد، تحویل وسایل بیمار به همراهان، زمان و نحوه انتقال جسد به سردخانه، صدور و پزشک صادر کننده گواهی فوت ثبت می شود.						
۱۹	گزارش انتقال بیمار به اتاق عمل به طور کامل و صحیح ثبت می شود (نحوه و زمان انتقال، موارد پاراکلینیکی انجام شده، آمادگیهای پیش از عمل و...، تعداد گرافی، CT، دقت چرخه بیمه و... تحویل داده شده، داروهای پروفیلاکسی و...).						
۲۰	آموزش های ارائه شده به بیمار و نتایج اثربخشی آنها ارزیابی و ثبت می شود.						
۲۱	در تمامی شیفتها تشخیص پرستاری، اقدامات انجام شده به دنبال آن و پاسخ بیمار به اقدامات انجام شده ثبت می گردد.						
۲۲	پرستاران از نحوه محاسبه معیارهای مورس، برادن، ریچموند، درد و... آگاه بوده و امتیازات را به درستی ثبت میکنند.						
۲۳	وقایع و حوادث به صورت کامل و با جزئیات ثبت می شود.						
۲۴	اقدامات قابل پیگیری در شیفتها و روزهای آتی ثبت می شود.						
۲۵	داروهای تجویز شده به صورت کامل و خوانا ثبت می شود (نام، ژنریک، دوز و حلال مناسب دارو، نحوه و ساعت تجویز).						
۲۶	پرستاران از نحوه ثبت محلولهای تزریقی مانند سرم و قرآورده خونی اطلاع کافی دارند.						
۲۷	داروها پرخطر و قرآورده های خونی دوم دو مهره می شود. و عبارت "پرستار شاهد جهت..." ثبت می گردد.						

ردیف	عناوین	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم
۲۸	از قید جملات کلیشه ای (بیمار تحت نظر است، دستورات دارویی اجرا شد، حال عمومی خوب و ...) و اختصارات (cp ندارد، diff داشت و ...) بی معنا خودداری می شود.					
۲۹	از ثبت اقدامات قبل از انجام آن خودداری می گردد.					
۳۰	توالی در گزارشات پرستاری رعایت شده است.					
۳۱	در پایان گزارشات پرستاری امضای فرد و مهر دارای شماره نظام وی ثبت شده است.					
۳۲	پس از ثبت و بستن گزارش، مطلبی به آن افزوده نمی شود.					
۳۳	پرستاران از ثبت گزارشات تاخیری آگاهی دارند و در صورت نیاز به افزودن مطلبی پس از بستن گزارش پرستاری، از روش گزارش تاخیری استفاده می کنند.					
۳۴	پرستار از نحوه اصلاح جملات اشتباه ثبت شده در گزارشات آگاهی دارند (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).					
امتیاز چک لیست: ۱۳۶						
جمع امتیازات						
درصد مکتسبه						

امتیازدهی: ۰۰-۲۵٪ ۰۱-۵۰٪ ۰۲-۷۵٪ ۰۳-۹۰٪ ۰۴-۱۰۰٪

منابع:

کتاب چک لیست روش های پرستاری بالینی / چاپ سوم / ۱۳۹۴
استانداردهای ابلغی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

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