

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش علمی مراقبت‌های عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

امتیازدهی :		۰<۲۵٪	۱=۵۰-۲۶٪	۲=۷۵-۵۲٪	۳=۹۰-۷۶٪	۴=۱۰۰-۹۱٪
ردیف	عناوین	نمره	توضیحات			
قوانین و مقررات						
۱	پرسنل دارای یونیفرم مناسب و مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی می باشند (رنگ لباس، نوع پوشش، اتیکت شناسایی و ...).					
۲	شئونات اسلامی رعایت شده و از زیورآلات نامتعارف، هرگونه پوشش ناخن (لاک، کاشت و ...)، ناخن بلند و ... استفاده نمی گردد.					
۳	مسئول بخش به ساعت ورود و خروج کارکنان دسترسی داشته و بصورت ماهانه ورود و خروج کارکنان را کنترل و به ایشان بازخورد می دهد.					
۴	کارکنان اصول حرفه ای و اخلاقی را در برخورد با سایر همکاران و بیماران رعایت می کنند (مشاهده و مصاحبه با بیماران).					
۵	طرح انطباق جهت حفظ حریم بیماران و کارکنان رعایت می شود.					
۶	در هر شیفت نحوه چینش نیروی آقا و خانم با نیازهای بخش مطابقت داشته و تقسیم وظایف بر اساس نوع بیماران بستری انجام می شود.					
۷	شرح وظایف در سه حیطه عمومی، اختصاصی و اخلاق حرفه ای به کارکنان زیر مجموعه ابلاغ و پس از مطالعه توسط کارکنان مهر و امضا شده است (مصاحبه با کارکنان و مشاهده مستندات)					
جمع کل: ۲۸		امتیاز مکتسبه:				
اصول عمومی و بهداشتی بخش						
۱	بخش از نظافت و نظم مناسب برخوردار است و سرپرستار یا مسئول شیفت نظارت کافی بر فعالیت خدمات بخش دارد.					
۲	برنامه واشینگ بخش موجود بوده و طبق برنامه انجام می گردد.					
۳	وسایل و تجهیزات بخش تمیز می باشد (عدم وجود گرد و خاک و ترشحات مانند خون و ...)					
۴	البسه تمیز و کثیف دارای محل ذخیره مجزا از یکدیگر می باشند.					
۵	البسه تمیز در تمامی ساعات شبانه روز در دسترس بیماران قرار دارد و بیماران در این خصوص رضایت دارند (مصاحبه با بیمار).					
۶	انبار بخش از نظم و ترتیب مناسب برخوردار است.					
۷	البسه کثیف به شیوه ایمن و با رعایت اصول کنترل عفونت بین بخش و واحد لاندری جابجا می گردد.					
۸	فضای استاندارد جهت شستشو و ضدعفونی وسایل وجود دارد.					
۹	وسایل و تجهیزات مورد نیاز در پیش ورودی اتاق ایزوله موجود است و ورود و خروج پرسنل به اتاق ایزوله در فرم مربوطه ثبت می گردد.					
جمع کل: ۳۶		امتیاز مکتسبه:				
تحويل و تحول بالینی						
۱	دفتر تقسیم کار تکمیل و توسط پرسنل حاضر در شیفت مهر و امضا می گردد (بررسی روز جاری و تاریخ های قبلی).					
۲	تقسیم متوازن بیماران بین پرستاران حاضر در شیفت (به غیر از سرپرستار) به طور مناسب انجام می شود.					
۳	حین تحويل و تحول بیماران به رعایت استانداردهای ایمنی توجه می گردد (شناسایی صحیح بیماران، روش های پیشگیری از سقوط و ...).					
۴	اطلاعات لازم (نام مسئول بخش، نام پزشک معالج، نام پرستار مسئول در هر شیفت) در برد بالای سر بیماران ثبت شده است.					
۵	پرستاران، مسئول بخش یا مسئول شیفت در شروع هر نوبت کاری خود را به بیمار/ همراه معرفی می کنند.					
۶	پرستاران از دستورالعمل ساعات همپوشانی، SBAR، Hand off و Hand over آگاه هستند.					
۷	سطح بندی و پرستار مسئول هر بیمار تعیین شده و در انتهای شیفت آمار هر یک از سطوح در فرم مربوطه ثبت می گردد.					
جمع کل: ۲۸		امتیاز مکتسبه:				
ارائه مراقبت های پرستاری						
۱	پرستاران بصورت فعال بر بالین بیماران حضور داشته و از تجمع در ایستگاه پرستاری خودداری می کنند.					
۲	مراقبت های پرستاری به صورت موردی، مستمر و بدون وقفه ارائه می گردد.					

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش علمی مراقبتهای عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

۳	به ظاهر و یونیت اطراف بیماران توجه می شود (ملحفه، روبالشی، پتو، لاکر، بدتیبیل و ...).	
۴	به بهداشت فردی بیماران توجه شده و پیگیری لازم انجام می گردد (استحمام روزانه، دهانشویه، مراقبت پرینه، مراقبت از کاتتر فولی و ...).	
۵	بیماران دارای دستبند شناسایی بوده و اهمیت الصاق آن به ایشان آموزش داده شده است.	
۶	بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبتها به شیوه ای ایمن و متناسب با شرایط آنها ارائه می شود (بیماران در معرض سقوط، زخم فشاری، خودکشی، سو تغذیه، پلی فارمسی و ترومبوز وریدهای عمقی)	
۷	بیماران آسیب پذیر شناسایی شده و مراقبتها به شیوه ای ایمن و متناسب با شرایط آنها ارائه می شود (بیماران سالمند، روانپزشکی / اختلالات ذهنی، معلولیت جسمی (بینایی، شنوایی و ...)، مجهول الهویه، اختلال هوشیاری، مادران باردار، نوزادان و کودکان، افراد مقیم در مراکز نگهداری، افراد دارای انگ اجتماعی (ایدز، مصرف مواد، زندانیان و ...، بی خانمان))	
۸	تمامی اتصالات بیمار از نظر عملکرد مناسب، وجود اتیکت، ثبت اطلاعات لازم بر روی آنها و ... کنترل می گردد.	
۹	داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه و ایمن، آماده سازی و تجویز می شوند (داروهای نیازمند مانیتورینگ، استفاده از اتیکت سرم قرمز، کنترل توسط دو پرستار پیش از تجویز و ...)	
۱۰	علائم حیاتی بیماران بر اساس دستور پزشک و در صورت عدم وجود دستور معین از پزشک، بر اساس دستورالعملهای ابلاغی کنترل و ثبت می شود. (در بخش های ویژه هر یک ساعت، در بخش های بستری هر شش ساعت و در بخش اورژانس بر اساس شرایط و نیاز بیمار).	
۱۱	پرستار مسئول بیمار در تمامی ویزیتها پزشکان را همراهی نموده و نتایج ارزیابی های انجام شده و مراقبتهای ارائه شده و نتایج آنها را به اطلاع ایشان می رساند.	
۱۲	پرستاران از نحوه محاسبه مقیاس درد و ببقراری بیمار آگاه بوده و درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت می شود.	
۱۳	مراقبت های مربوط به زخم به خوبی ارائه می گردد. (تعویض به موقع پانسمان، پیشگیری از زخم فشاری، تغییر پوزیشن و ...)	
۱۴	مراقبت از کاتتر و سایر اتصالات (ادراری، معدی، چست تیوب، درن و ...) به خوبی ارائه می گردد (عملکرد مناسب، چارت صحیح I&O، انجام فولی کر، توجه به حجم و رنگ ترشحات و اقدامات و پیگیری های انجام شده به دنبال آن و ...)	
۱۵	نکات آسپتیک هنگام انجام پروسیجرها رعایت می گردد.	
۱۶	مهار شیمیایی و فیزیکی بیماران طبق دستور پزشک و به شیوه صحیح و ایمن انجام می شود (عدم ثبت دستور PRN و اخذ دستور به صورت مجزا برای هر بار مهار، ممنوعیت انجام مهار فیزیکی در مادران باردار یا افراد دارای اختلال حسی حرکتی، ارزیابی عصبی عروقی عضو مهار شده هر ۱۵ دقیقه و ثبت صحیح در گزارش پرستاری) (مشاهده بالین بیماران، گزارشات پرستاری و مصاحبه با پرستاران)	
۱۷	مهار فیزیکی با تجهیزات ایمن انجام می گردد. علائم عصبی عروقی اندام به طور مداوم کنترل و اقدامات لازم به دنبال آن انجام می گردد.	
۱۸	تلفیق دارویی و مشاوره تغذیه طبق سنجه اعتباربخشی انجام می شود و مستندات مربوط به آنها در پرونده بیماران موجود است.	
۱۹	نقل و انتقال بیماران از بخش به سایر بخش ها/واحدها به صورت ایمن انجام می شود (استفاده از ویلچر یا برانکاردارای کمربند ایمنی، بستن کمربند ایمنی بیمار، بالا بودن بدساید برانکاردار، همراهی پرستار با بیمار حین جابجایی، نظارت و تهیه تجهیزات مورد نیاز مانند ونتیلاتور پروتابل، پالس کسی متری، کپسول اکسیژن، آویز سرم و ...).	
۲۰	حین ارائه مراقبت های پرستاری و نقل و انتقال بیماران، به حفظ حریم بیمار توجه می گردد (استفاده از پاراوان یا پرده بین تختها حین انجام پروسیجرها، استفاده از شل یا ملحفه حین انتقال بیمار به خارج از بخش، رعایت طرح انطباق و ...)	
۲۱	آموزش های بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص با توجه به شرایط بیمار و تشخیص های پرستاری به بیماران یا همراهانشان ارائه شده و اثربخشی آنها ارزیابی می گردد و در صورت نیاز جهت آموزش مجدد اقدامات لازم برنامه ریزی و اجرا می گردد.	
۲۲	پرستاران حین ارائه خدمت، ارتباط کلامی و غیر کلامی موثر با بیماران یا همراهانشان برقرار می کنند.	
۲۳	مقیاس های اندازه گیری درد متناسب با گروه های سنی به صورت کارت در بخش و در دسترس باشد.	
جمع کل: ۹۲ امتیاز مکتسبه:		
چک دستورات پزشک و مشاورات		
۱	کلیه اوراق دستورات پزشک و مشاوره دارای مشخصات کامل بیمار (حداقل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده و	

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان - مدیریت پرستاری	چک لیست سنجش علمی مراقبتهای عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

	نام پدر) است.	
۲	دستورات پزشک با خودکار قرمز از پایین به بالا و در سمت مقابل شماره گذاری پزشک، بدون وجود هیچگونه فضای خالی با عدد شماره گذاری می شود (در صورتی که بین دستورات فضای خالی وجود داشته باشد، این فضا با خط ممتد بسته می شود به صورتی که مکانی برای اضافه نمودن دستور جدید وجود نداشته باشد).	
۳	تعداد دستورات چک شده با ذکر عدد و حروف، تاریخ و ساعت چک دستورات ثبت، مهر و امضا می گردد "به عنوان مثال هفت (۷) مورد بدون خط خوردگی چک شد".	
۴	در دستورات ثبت شده پزشک (حتی با اطلاع پزشک)، موردی اضافه یا حذف نمی شود.	
۵	پرستاران از نحوه اخذ دستورات تلفنی و ثبت آن در پرونده بیمار آگاهی کافی دارند.	
۶	دستورات شفاهی (تلفنی) فقط در موارد اضطراری و در حضور پرستار دوم دریافت شده و بلافاصله در برگه «دستورات پزشک» ثبت میشود.	
۷	دستورات شفاهی (تلفنی) و داروهای پر خطر توسط پرستار دوم دو مهره شده و عبارت "پرستار شاهد جهت چک دستورات با ذکر تعداد دستورات یا داروهای پرخطر" کنار آن ثبت می گردد.	
۸	علت درخواست مشاوره و تعیین آنی، فوریتی و یا غیر فوریتی بودن آن توسط پزشک معالج تعیین شده است.	
۹	دستورات مشاوره به اطلاع پزشک معالج رسیده و دستورات تکمیلی اخذ و به صورت دستورات تلفنی ثبت می شود.	
۱۰	پس از اخذ و ثبت دستورات تکمیلی به دنبال اطلاع مشاوره به پزشک معالج، جمله "reorder شد" در برگه مشاوره ثبت شده و تاریخ و ساعت آن با خودکار قرمز ثبت، مهر و امضا می شود.	
۱۱	جهت ثبت دستورات پزشک از کاردکس مصوب ابلاغی استفاده می گردد و تمامی آیتم های آن به درستی تکمیل می گردد.	
جمع کل: ۴۴ امتیاز مکتسبه:		
گزارش پرستاری		
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 توسط پرستار مراقب و به صورت جداگانه، خوانا، بدون خط خوردگی و با رنگ مشکی یا آبی ثبت می شود.	
۳	هیچ فضای خالی بین و انتهای نوشته ها وجود ندارد و در صورت وجود فضای خالی، با یک خط ممتد بسته می شود.	
۴	تاریخ و ساعت شیفت به طور کامل (سال، ماه، روز و استفاده از روش ۲۴ ساعته) ثبت می شود.	
۵	نتایج ارزیابی اولیه در زمان پذیرش بیمار به طور دقیق ثبت می شود (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	علائم بیمار (درد، تهوع، استفراغ، تغییرات علائم حیاتی و ...) اقدامات و نتایج ارزیابی های انجام شده به دنبال آنها بطور دقیق ثبت می شود.	
۷	زمان انجام تمامی خدمات (وزیت پزشک و مشاوره، اطلاع وضعیت بیمار به پزشک، خروج بیمار و برگشت به بخش، پیگیری جواب اقدامات پاراکلینیک مانند آزمایش، ریه پورت CT و ...، اخذ نوار قلب، تعبیه کاتترها، انتقال به اتاق عمل و ...) با دقت ثبت می گردد.	
۸	در صورت عدم انجام هر یک از اقدامات دستور داده شده، علت آن در گزارش پرستاری قید می گردد.	
۹	در صورت تعویض یا برقراری خط وریدی، زمان و ساعت انجام آن، رنگ کاتتر، محل تعبیه، وجود یا عدم وجود فلبیت و ... قید می شود.	
۱۰	در صورت ارسال نمونه خون جهت آزمایشات درخواستی، ساعت اخذ و ارسال نمونه به آزمایشگاه و تمامی موارد درخواست شده به صورت کامل و مجزا در گزارش ثبت می گردد (به عنوان مثال نمونه خون جهت آزمایش CBC, Bun, Cr, Na, k در ساعت ۱۱:۰۰ ارسال شد).	
۱۱	در صورت انجام پانسمان، وسعت و نوع زخم، میزان، رنگ و بوی ترشحات، زمان تعویض، فرد انجام دهنده، زمان تعویض مجدد، روند ترمیم زخم و نوع پانسمان انجام شده ثبت می شود.	
۱۲	در صورت اکسیژن تراپی، سونداژ و ساکشن، علت انجام، وضعیت تنفسی بیمار، میزان و مدت زمان اکسیژن تراپی، میزان، رنگ و بوی ترشحات، نام فرد انجام دهنده، واکنش بیمار به اقدام انجام شده، اثر بخشی آن و موارد خاص گزارش شده به پزشک معالج ثبت می گردد.	
۱۳	در صورت انجام احیای قلبی ریوی، ساعت اعلام و شروع احیا، افراد حاضر در گروه کد، زمان حضور آنها بر بالین، تغییرات وضعیت بیمار در طول احیا، تعداد و میزان شوک، طول مدت احیاء، زمان خاتمه احیا، داروهای مورد	

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش علمی مراقبتهای عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

	استفاده حین 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 و ... ثبت می شود.	
۱۴	آمادگی های لازم قبل از پروسیجرهای تشخیصی و درمانی ثبت می شود (ناشتایی، شیو ناحیه و ...).	
۱۵	وضعیت خواب، استراحت، دفع ادرار و مدفوع، تغذیه و اشتیهای بیمار با دقت ثبت می گردد.	
۱۶	اقدامات قابل پیگیری در شیفتها و روزهای آتی، وقایع و حوادث به صورت کامل و با جزئیات ثبت می شود.	
۱۷	در تمام شیفتها تشخیص های پرستاری، اقدامات انجام شده به دنبال آن، ارزیابی مجدد و پاسخ بیمار به اقدامات انجام شده ثبت می گردد.	
۱۸	لیست تشخیص های پرستاری مرتبط با بخش در بخش در دسترس کلیه پرسنل باشد.	
۱۹	پرستاران از نحوه محاسبه معیارهای مورس، برادن، ریچموند، درد و ... آگاه بوده، امتیازات را به درستی محاسبه و ثبت کنند و از اقدامات لازم پس از قرارگیری بیمار در محدوده خطر آگاهی دارند.	
۲۰	آموزش های ارائه شده به بیمار و نتایج اثربخشی آنها ارزیابی و ثبت می شود.	
۲۱	داروهای تجویز شده به صورت کامل و خوانا در اقدامات دارویی ثبت می شود (نام ژنریک، دوز، حلال مناسب، نحوه تجویز و ساعت تجویز).	
۲۲	محلولهای تزریقی مانند سرم و فرآورده خونی به طور صحیح ثبت می گردد (شماره سریال فرآورده خونی، حجم محلول تزریقی و ...).	
۲۳	از ثبت اقدامات قبل از انجام آن خودداری می گردد.	
۲۴	از قید جملات کلیشه ای (بیمار تحت نظر است، دستورات دارویی اجرا شد، حال عمومی خوب و ...) و اختصارات بی معنا خودداری می شود.	
۲۵	توالی در گزارشات پرستاری رعایت شده است.	
۲۶	در پایان گزارشات پرستاری امضای فرد و مهر دارای شماره نظام ثبت شده است و پس از ثبت و بستن گزارش، مطلبی به آن افزوده نمی شود.	
۲۷	روی تمامی اوراق الصاق شده به پرونده بیمار (آزمایشات، نوار قلب، ریپورت سونوگرافی و ...) تاریخ و ساعت پیگیری، مهر و امضای پرستار ثبت می گردد.	
۲۸	پرستاران از ثبت گزارشات تاخیری آگاهند و در صورت نیاز به افزودن مطلبی پس از بستن گزارش، از روش گزارش تاخیری استفاده میکنند.	
جمع کل: ۱۱۲ امتیاز مکتسبه:		
توالی احیا و تجهیزات بخش		
۱	داروها و تجهیزات توالی کد و استوک دارویی در ابتدای هر شیفت پیش از شروع تحویل و تحول کنترل شده و نواقص آنها برطرف می گردد.	
۲	جهت کنترل توالی احیا و تاریخ انقضای داروهای توالی از آخرین چک لیست ابلاغی استفاده می گردد.	
۳	تعداد توالی کد موجود با نیاز بخش همخوانی داشته و دسترسی به آن آسان، فوری و بدون مانع ظرف مدت کمتر از یک دقیقه است.	
۴	داروهای ستاره دار * (نیازمند مانیتورینگ)، دوازه گانه، مشابه و یخچالی بر اساس دستورالعمل ابلاغی لیبل گذاری شده اند.	
۵	در توالی کد دارو یا تجهیزات اضافه قرار ندارد.	
۶	در صورت تغییر در اقلام تجهیزاتی توالی کد، مصوبات کمیته بیمارستانی مربوط به آنها در بخش موجود است.	
۷	تاریخ انقضاء اقلام دارویی موجود در توالی احیا، کنترل شده و داروهای تاریخ نزدیک لیبل گذاری یا جایگزین شده اند.	
۸	کلیه دستگاه های موجود در بخش (الکتروشوک، ECG، آمیوبگ، لارنگوسکوپ، ساکشن، مانیتورینگ و ...) آماده به کار می باشند و صحت عملکرد آنها در ابتدای شیفت کنترل شده (وجود استریپ، تکمیل چک لیست و ...) و پیگیری های لازم جهت رفع نواقص انجام می گردد.	
۹	کپسولهای اکسیژن از نظر عملکرد، پر بودن، سلامت فلومتر و ... کنترل شده و در صورت نیاز اقدامات لازم جهت رفع نواقص صورت میگیرد.	
۱۰	پرستاران از دستورالعمل توالی کد ویرایش هشتم، داروهای ستاره دار، داروهای دوازهگانه، مشابه و یخچالی آگاهی کافی دارند.	
۱۱	راهنمای بالینی "احیای قلبی ریوی" به روزرسانی و اطلاع رسانی شده و کارکنان در این زمینه مهارت و اطلاعات کافی دارند.	
۱۲	پرستاران نحوه کار با دستگاه الکتروشوک، ساکشن، پمپ سرنگ، ونتیلاتور و ... را به خوبی می دانند.	

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران معاونت درمان - مدیریت پرستاری	چک لیست سنجش علمی مراقبت‌های عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶			

۱۳	پرستاران از نحوه تجویز و موارد استفاده داروهای توالی کد آگاهی کافی دارند.	
۱۴	دما و رطوبت یخچال دارویی در ابتدای هر شیفت کنترل می گردد.	
۱۵	برنامه کد بیمارستانی (کد اول و کد دوم) در بخش موجود است، کد درون بخشی در برنامه تقسیم کار روزانه پرسنل مشخص شده است.	
۱۶	روند شاخص عملکردی نرخ احیای قلبی ریوی موفق، روند عملکرد گروه/گروههای احیا پایش شده و میزان ارتقا ارزیابی می شود.	
۱۷	در خصوص نحوه کار با تجهیزات به نیروها آموزش داده شده و اثربخشی آموزشها در پرستاران مشهود است (مصاحبه با کارکنان).	
۱۸	در خصوص نحوه تجویز داروها به نیروها آموزش داده شده و اثربخشی آموزشها در پرستاران مشهود است (مصاحبه با کارکنان).	
جمع کل: ۷۲ امتیاز مکتسبه:		
داروهای و ثبت کاردکس دارویی		
۱	داروها با پوشش کامل و با مشخص بودن دوز دارویی در باکس داروها نگهداری می شوند.	
۲	پرسنل از داروهای مصرفی، نحوه آماده کردن، نگهداری، رقیق کردن و محاسبات دارویی آگاهی کامل دارند.	
۳	پرستاران از نگهداری داروهای پرخطر در قفسه دارویی مجزا آگاه هستند.	
۴	داروهای بر اساس 7 Right انجام شده و پرسنل از گام های آن آگاهند.	
۵	پیش از تزریق داروی وریدی، محل آن از نظر علائم فلبیت یا نشئ مایع به بافت زیرین یا چسب آنژیوکت کنترل میشود.	
۶	خط وریدی بیماران دارای عملکرد مناسب است، علائمی دال بر فلبیت وجود ندارد، چسبهای آنژیوکت تمیز بوده و دارای تاریخ، نام پرستار تعبیه کننده و ساعت / شیفت می باشد.	
۷	برای تجویز دارو از توالی دارو و جهت تعبیه خط وریدی از سینی مخصوص استفاده می شود(مشاهده حین انجام فرآیند).	
۸	بر روی اتیکت سرم و میکروست نام بخش و بیمار، نوع و حجم سرم، داروهای افزوده شده، تعداد قطرات، تاریخ، ساعت شروع و اتمام و نام پرستار ثبت می شود. (در صورت وجود داروی هشدار بالا از لیبل قرمز استفاده گردد).	
۹	سرم و داروها بر اساس دستور پزشک و طبق ساعات تعیین شده به شیوه صحیح تجویز می گردد (تنظیم صحیح قطرات، نحوه صحیح رقیق سازی و تجویز داروها و ...).	
۱۰	انفوزیون های مهم و پرخطر (از قبیل TNG، دوپامین، انسولین، هپارین و...) با استفاده از پمپ انفوزیون انجام می شوند.	
۱۱	ست سرم (۲۴ ساعت) و میکروست (۷۲ - ۴۸ ساعت) در زمان مناسب تعویض می شود.	
۱۲	برای هر تزریق صرفا از یک سرنگ استریل یکبار مصرف استفاده می شود.	
۱۳	به اثرات جانبی داروها توجه شده و بیمار بصورت مداوم حین و پس از تجویز داروها پایش می گردد.	
۱۴	در مورد اثرات و عوارض داروهای تجویز شده به بیماران یا همراهانشان آموزش داده می شود.	
۱۵	در صورت موجود نبودن دارو موضوع به پزشک معالج اطلاع داده شده، دستورات لازم اخذ و به صورت دستورات تلفنی ثبت می گردد.	
۱۶	پرستاران از نحوه مرجوع کردن داروها آگاهی داشته و داروی اضافه در باکس دارویی بیمار وجود ندارد.	
۱۷	از recap سرسوزن های استفاده شده خودداری می شود.	
۱۸	نام دارو، حلال مناسب دارو، دوز و طریقه مصرف، ساعت تزریق، نکات ضروری در خصوص عوارض، اثرات و مراقبتهای خاص، دو مهره شدن داروها و ... به درستی در گزارش پرستاری ثبت می شود.	
۱۹	جداسازی یخچال دارویی و مواد غذایی انجام شده است و به نحوه نگهداری داروها در یخچال توجه می شود (ثبت تاریخ و شیفت بر روی ویالهای باز یا حل شده، نگهداری شربت تا ۱۵روز یا بر اساس دستورالعمل ثبت شده بر روی آن و انسولین تا ۲۸ روز، وجود برچسب آبی روی سر پوکه، عدم وجود داروی کشیده شده در سرنگ، عدم وجود داروی تاریخ گذشته و ...).	
۲۰	استوک دارویی در بخش موجود نمی باشد و در صورت وجود، تعداد داروها محدود بوده و طبق چک لیست در هر شیفت کنترل می شود.	
۲۱	تاریخ انقضاء داروهای استوک بصورت ماهانه کنترل و ثبت می گردد و داروهای تاریخ نزدیک به شیوه مناسب خارج میگردد.	
۲۲	داروهای با هشدار بالا بصورت ایمن در بخش نگهداری می گردد (وجود قفسه دارویی مجزا، قفسه KCl مجزا یا اتیکت قرمز، قفسه مخدر قفل دار و ...)	

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش علمی مراقبتهای عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

۲۳	لیست آنتی دوت داروها در دسترس است و پرسنل از وجود لیست و آنتی دوت داروهای پر مصرف بخش آگاهی دارند.	
جمع کل: ۹۲ امتیاز مکتسبه:		
ایمنی بیمار		
۱	پرستاران از ۹ راه حل ایمنی بیمار آگاهی دارند (شناسایی صحیح بیمار، توجه به نام و تلفظ داروها، انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بیمار و ...)	
۲	شناسایی صحیح بیماران حین ارائه خدمات با دو شناسه اصلی انجام می شود (مشاهده حین ارائه مراقبت)	
۳	تفکیک پسماندها رعایت می گردد و کارکنان از نحوه تفکیک پسماندها اطلاع کافی دارند.	
۴	به موارد نیازمند دو مهر توجه شده و رعایت می گردد. چک، اجرا و ثبت داروهای پرخطر توسط دو پرستار کنترل می شود.	
۵	رعایت بهداشت دست حین ارائه مراقبت ها مشهود است.	
۶	پرستاران از موارد وقایع ناخواسته (never events) (حداقل ۵ واقعه ناخواسته شایع بخش خود را می دانند).	
۷	آخرین واقعه ناخواسته، تصمیمات متخذه به دنبال آن به بخش ها ابلاغ شده است و پرستاران از آن مطلعند (مصاحبه و مشاهده مستند)	
۸	پرستاران از نحوه گزارش خطاها (وقایع ناخواسته، خطای پزشکی و پرستاری، خطای دارویی و ...) آگاهی دارند.	
۹	پرستاران به نحوه تکمیل فرم ADR آگاهند (مصاحبه از پرستاران در خصوص تهیه فرم ADR و تکمیل آن پرسش شود)	
۱۰	فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک به تمامی بخش ها ابلاغ گردیده و در معرض دید می باشد.	
۱۱	Hot Line با ارتباط آزاد یک طرفه از سوی واحدهای پاراکلینیک به سایر بخشها وجود دارد (کنترل خط از نظر یکطرفه بودن)	
۱۲	پرستاران از نحوه ثبت مقادیر بحرانی آگاه بوده و این موارد در فرم یا دفتر مخصوص ثبت شده است (توجه به تاریخ و آخرین مقدار ثبت شده)	
۱۳	فهرست و اولویت بندی عوامل تهدید کننده زیرساختی، فرایندی و خطاهای احتمالی پزشکی توسط سرپرستار تهیه شده است و راهکار اصلاحی بدنبال شناسایی خطاهای پزشکی صورت می پذیرد.	
۱۴	کلیه اوراق پرونده (شرح حال، سیر بیماری، دستورات پزشک، گزارشات پرستاری، برگه های مشاوره، ارزیابی اولیه و ...) توسط سرپرستار به صورت روزانه چک راند می گردد و موارد نیازمند اصلاح به افراد زیر مجموعه بازخورد داده می شود.	
۱۵	تحلیل ریشه ای و بررسی پرونده های بالینی پس از وقوع مرگ و میر غیر منتظره حداکثر تا ۷۲ ساعت انجام شده (رویت مستندات)، نتایج آن به تمامی بخش ها ابلاغ شده و پرستاران از این موارد و اقدامات انجام شده به دنبال آن (مصوبات کمیته) آگاهی دارند.	
۱۶	جهت جداسازی بیماران عفونی، روان پزشکی و پرخطر اجتماعی برنامه ریزی شده است.	
جمع کل: ۶۴ امتیاز مکتسبه:		
تزریق فرآورده های خونی		
۱	پرستاران از نحوه اخذ رضایت آگاهانه جهت تزریق فرآورده های خونی آگاهی دارند.	
۲	برگه درخواست خون بطور صحیح تکمیل می شود (مشخصات، سوابق، علت درخواست خون و ...)	
۳	پرستاران از مراقبت های قبل از تزریق فرآورده خونی آگاهی دارند (دو رگ مناسب و ترجیحا با رنگ سبز، آزمایشات مورد نیاز، کنترل مشخصات کیسه خون توسط دو پرستار، توجه به سوابق پزشکی بیمار پیش از تزریق فرآورده و ...).	
۴	فرآورده های خونی به صورت ایمن (استفاده از کلد باکس و ...) و پس از ثبت مشخصات فرآورده در دفتر یا فرم تحویل و تحول، بین بخش و بانک خون منتقل می گردد.	
۵	پرستاران آگاهی و توجه دارند که فرآورده های خونی تا ۳۰ دقیقه پس از خروج از بانک خون تزریق گردد و در صورت عدم تزریق فرآورده خونی تا ۳۰ دقیقه پس از دریافت از بانک خون، فرآورده را مجددا طبق اصول استاندارد به بانک خون عودت می دهند (پرسش یا مشاهده).	
۶	پرستاران نحوه آماده سازی و تزریق فرآورده های مختلف را می دانند (عدم استفاده از شوفاژ یا سایر وسایل گرمایشی به جز وارمر جهت گرم کردن فرآورده و ...).	
۷	پرستاران از مراقبت های حین تزریق فرآورده خونی آگاهی دارند (نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی های مکرر بر بالین بیمار) پرستار توجه ویژه به بیمار داشته و وضعیت وی را کنترل می کند، از خط وریدی برای تزریق دارو یا محلول دیگری استفاده نمی شود (به غیر از محلول سالین) و در صورت نیاز به تزریق، تجویز فرآورده قطع شده	

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش علمی مراقبتهای عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

	و خط وریدی قبل و پس از تجویز دارو شستشو می شود، کنترل علائم حیاتی طبق زمان تعیین شده در فرم پایش فرآورده، نحوه اطلاع موارد حساسیت به فرآورده و ...)	
۸	پرستاران علائم ناسازگاری و واکنش حساسیتی پس از تزریق فرآورده های خونی را می دانند.	
۹	پرستاران از اقدامات قابل انجام در صورت مشاهده علائم واکنش حساسیتی پس از تزریق فرآورده های خونی مطلع هستند (نمونه VBG، U/A، CBC، BUN، Cr و در بخش ویژه علاوه بر این موارد به جای VBG، ABG ارسال می شود).	
۱۰	اقدامات انجام شده طی تزریق فرآورده خونی (تعداد واحد تزریقی، شماره سریال واحد، ساعت شروع و پایان تزریق، آموزش های ارائه شده به بیمار قبل، حین و پس از تزریق، کنترل بیمار از نظر واکنش، وجود واکنش حساسیتی، اقدامات انجام شده به دنبال آن و اثربخشی اقدامات و ...) به درستی و با دقت در گزارش ثبت می شود.	
۱۱	فرآورده خونی تزریق شده در قسمت اقدامات دارویی گزارش پرستاری ثبت شده و دو مهره می شود و در برگه چارت علائم حیاتی با علامت مثلث قرمز رنگ در ساعت تزریق شده مشخص می گردد.	
جمع کل: ۴۴ امتیاز مکتسبه:		
مراقبتهای قبل و بعد از عمل در بخش		
۱	بیمار پیش از انتقال به اتاق عمل از نظر مراقبتهای قبل از عمل کنترل می گردد (داشتن رضایت عمل، رضایت آگاهانه، تکمیل برگه سبز، خروج عضو مصنوعی، لاک ناخن و زیورآلات، ناشتایی، شیو محل عمل، علامتگذاری محل عمل، تهیه وسایل عمل و ...).	
۲	اوراق مربوط به تحویل بیمار به اتاق عمل (برگه قبل از عمل) بصورت کامل تکمیل می گردد.	
۳	گزارش انتقال بیمار به اتاق عمل به طور کامل و صحیح ثبت می شود (نحوه و زمان انتقال بیمار، موارد پاراکلینیکی انجام و ضمیمه شده در پرونده، ناشتایی، خروج زیورآلات، اجزای مصنوعی، لباسها و ...، آخرین زمان تخلیه ادرار، تعداد گرافی، CT و ... تحویل داده شده، تحویل دفترچه بیمه بیمار به اتاق عمل، داروهای پروفیلاکسی، سوابق بیماری، حساسیت دارویی، محدودیت های حرکتی و ...).	
۴	به بیماران در مورد نوع عمل و مراقبتهای قبل از عمل (نوع بیهوشی، رژیم غذایی، خروج لوازم و زیورآلات و ...) آموزش داده می شود.	
۵	بیمار با پوشش مناسب (پوشیدن لباس اتاق عمل، محافظت در برابر سرما و گرما و ...) و با برانکارد/ ویلچر به اتاق عمل منتقل می گردد.	
۶	درحین انتقال بیمار بین بخش و اتاق عمل، به موارد ایمنی بیمار دقت می گردد (بالا بودن نرده ها، بستن کمربند ایمنی، تامین تجهیزات مورد نیاز مانند آویز سرم، کیسول اکسیژن، پالس اکسی متری یا ونتیلاتور پروتابل و ...).	
۷	کلیه گرافی ها، CT، دفترچه بیمه و ... پس از کنترل مشخصات، با قید تعداد تحویل داده شده به اتاق عمل، در گزارش پرستاری قید می شود.	
۸	در زمان تحویل بیمار از اتاق عمل، تمام بدن از نظر علائم سوختگی با کوتر، کبودی، وجود خونریزی یا ترشح، عملکرد اتصالات و ... کنترل شده و در گزارش پرستاری این موارد قید می گردد.	
۹	علائم حیاتی بیمار در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه، در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه و سپس هر یک ساعت تا دو بار و پس از stable شدن، بر حسب دستورالعمل ابلاغی یا دستور پزشک کنترل و ثبت می گردد.	
۱۰	پیگیری پاتولوژی بیمار طبق خط مشی بیمارستان انجام می شود و در این خصوص به بیمار یا همراهش آموزش لازم داده شده است.	
۱۱	به بیماران در مورد مراقبتهای پس از عمل (رژیم غذایی، نوع فعالیت، مراقبت از زخم، اتصالات و ...) آموزش داده می شود.	
۱۲	حین انتقال بیماران بین بخش و اتاق عمل، به رعایت پوشش و حفظ حریم بیماران توجه می گردد.	
جمع کل: ۴۸ امتیاز مکتسبه:		
پذیرش بیمار		
۱	به نحوه ورود بیمار به بخش توجه شده و پرستاران حین پذیرش، با پرستار تحویل دهنده، بیمار و خانواده اش ارتباط مناسب برقرار می کنند.	
۲	دستبند شناسایی به دست بیماران الصاق شده و صحت مندرجات آن توسط بیمار یا خانواده تأیید می گردد.	
۳	اطلاعات ارائه شده توسط پرستار تحویل دهنده با مستندات ثبت شده در پرونده بیمار، توسط پرستار تحویل گیرنده کنترل می شود.	
۴	تمامی اتصالات و صحت عملکرد آنها توسط پرستار تحویل گیرنده کنترل می شود.	
۵	محدوده ارزیابی اولیه بیمار تعیین و به تمامی پرستاران ابلاغ شده است، ارزیابی اولیه بیمار در محدوده زمانی تعیین شده انجام می گردد و پرستاران از وجود این ابلاغ و موارد مندرج در آن اطلاع کافی دارند (مشاهده	

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش علمی مراقبتهای عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

		دستورالعمل ابلاغ شده و مصاحبه با پرستاران).
		جمع کل: ۲۰ امتیاز مکتسبه:
فرایند ترخیص		
۱		در زمان ترخیص اوراق لازم به بیمار یا همراه تحویل داده می شود (خلاصه پرونده، نسخه دارویی و تلفیق دارویی و آموزش زمان ترخیص)
۲		ترخیص ایمن بیماران با استفاده از ابزار SMART برنامه ریزی و اجرا می شود.
۳		فرم آموزش زمان ترخیص به طور کامل تکمیل شده و تمامی موارد ثبت شده در آن به بیمار یا همراهش آموزش داده می شود.
۴		آموزش و اطلاع رسانی لازم جهت پیگیری نتایج معوقه پاراکلینیک به بیماران یا همراهانشان صورت می گیرد.
۵		پرستاران از خط مشی پیگیری نتایج معوقه پاراکلینیک آگاهی دارند.
۶		گزارش ترک با میل شخصی بر اساس اصول استاندارد ثبت می شود (اطلاع به پزشک و سوپروایزر بالینی، آگاهی بیمار از عوارض و خطرات احتمالی، اخذ رضایت مکتوب از بیمار یا همراه، در صورت نیاز گزارش همکاران حراست یا پرسنل نیروی انتظامی وقت)
۷		عوامل موثر بر ترک با میل شخصی بیماران و بستری مجدد ارزیابی شده و برنامه ریزی اصلاحی جهت ارتقاء شاخص صورت گرفته است.
		جمع کل: ۲۸ امتیاز مکتسبه:
رضایتمندی بیماران و کارکنان		
۱		رضایتمندی بیماران (فصلی) و رضایتمندی کارکنان (شش ماهه) ارزیابی شده و اقدامات اصلاحی جهت ارتقاء شاخص انجام شده است.
۲		برگزاری جلسات ملاقات حضوری با روسا و مسئولین بیمارستان جهت رفع مشکلات پرسنل صورت پذیرفته و مستندات آن موجود است.
۳		بیماران از نحوه برخورد کارکنان و ارائه خدمات رضایت دارند.
۴		اتاق استراحت کارکنان آقا و خانم مجزا بوده و امکانات رفاهی لازم (کمد لباس، میز غذاخوری، ماکروفر، چای ساز، تختخواب، روتختی و پتوی تمیز، جا کفشی و ...) تهیه شده و از نظافت مناسب برخوردار است.
۵		سرویس بهداشتی و روشویی مناسب جهت استفاده کارکنان موجود است و از نظافت مناسب برخوردار است.
		جمع کل: ۲۰ امتیاز مکتسبه:
مدیریت برنامه ریزی		
۱		برنامه عملیاتی به دنبال ارزیابی ها و چالش های استخراج شده، سند ملی و برنامه استراتژیک تنظیم شده است و سرپرستار و سایر پرسنل از آن آگاهی دارند.
۲		اهداف و گامها در برنامه عملیاتی مطابق با اهداف سازمان، وضعیت فعلی و چالش های بخش/واحد تعیین شده است.
۳		پایش برنامه عملیاتی و میزان پیشرفت فعالیت ها بر اساس بازه زمانی تعیین شده انجام شده است.
۴		مداخله اصلاحی به دنبال پایش برنامه عملیاتی در هر بخش به درستی و طبق برنامه زمان بندی شده صورت می پذیرد.
۵		پرسنل از اهداف تعیین شده در برنامه عملیاتی بخش و نقش خود در تحقق و ارتقاء برنامه عملیاتی آگاهند.
۶		مصوبات صورت جلسه درون بخشی موجود می باشد.
۷		مصوبات صورت جلسات درون بخشی به صورت کاربردی و به دنبال چالش های بخش اتخاذ گردیده است.
۸		برنامه (تقویم) جلسات درون بخشی موجود است.
۹		مصوبات کمیته ها و جلسات اجرا و پایش می شود.
مدیریت نیروی انسانی		
۱۰		نمودار سازمانی با رعایت سطوح ارتباطات به تمامی کارکنان ابلاغ گردیده و تمامی کارکنان از آن آگاهی دارند.
۱۱		بکارگیری کارکنان با مدرک مورد تایید (صلاحیت حرفه ای و ...)، متناسب با حجم کاری در هر نوبت کاری انجام شده است.
۱۲		نیروی انسانی بر اساس یکی از روش های استاندارد محاسبه نیروی انسانی (محاسبه مدت زمان مورد نیاز جهت مراقبت های مستقیم و غیر مستقیم، سطح بندی بیماران، ارتقاء بهره وری، نیروی تخصصی و غیرتخصصی و یا نورم های وزارت بهداشت) محاسبه شده است.
۱۳		فرآیند جانشین پروری و بهسازی نیروها انجام می شود (تشکیل بانک نیروی انسانی، تدوین برنامه آموزشی جهت اعضای بانک، ارزیابی شرایط احراز پست مدیران و اعضای بانک و ...)

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش علمی مراقبتهای عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

	۱۴	برنامه ماهانه بر اساس استانداردها و دستورالعمل های ابلاغی می باشد (عدم وجود شیفت بیش از ۱۲ ساعت و آفهای غیر متعارف در قالب رعایت دستورالعمل ارتقاء بهره وری، توزیع متوازن و عادلانه شیفتها با توجه به سوابق کاری، توانایی افراد، حجم کار و سطوح بیماران، توزیع عادلانه شیفتها در روزهای تعطیل و ...)
	۱۵	تقسیم کار بر اساس تعداد پرسنل، تنوع بیماران، حجم کار (تعداد بیماران و میزان مراقبت) انجام می شود.
	۱۶	از نیروهای دارای تخصص ویژه/ سابقه کار، در بخشهای مرتبط استفاده می شود.
	۱۷	به مشکلات و موانع پرسنل با رعایت سلسله مراتب رسیدگی شده و ارزیابی نحوه رسیدگی به مشکلات پایش می گردد.
	۱۲	نیروهای پرستار در واحدهای پرستاری و مرتبط مشغول به فعالیت می باشند.
	۱۳	بکارگیری کارکنان با مدرک ارشد پرستاری و دکتری پرستاری در بخشهای مرتبط با گرایش تحصیلی انجام می شود. (مشاهده لیست)
مدیریت ارزشیابی		
	۱۴	شرح وظایف و حدود انتظارات بر اساس معیارهای ارزشیابی تعیین و به افراد زیر مجموعه ابلاغ شده است.
	۱۵	افراد زیر مجموعه به حدود انتظارات و شرح وظایف خود در حیطه مدیریت ارزشیابی آگاهند.
	۱۶	ارزشیابی افراد به شکل مستمر و هر ۶ ماه انجام می گردد.
	۱۷	اعضا و مسئول تیم ارزشیابی و تقویم ارزشیابی تعیین شده است و بر اساس آن، ارزشیابی کارکنان انجام می شود.
	۱۸	نتایج ارزشیابی تجزیه و تحلیل شده و نتایج آن به طور مناسب و با رعایت اخلاق حرفه ای به افراد بازخورد داده می شود (موارد بازخورد داده شده توسط ارزشیابی کننده و ارزشیابی شونده امضاء شده است).
	۱۹	براساس نتایج ارزشیابی، نقاط قوت و موارد قابل بهبود تعیین شده و از این نتایج در طراحی برنامه های آموزشی و ارتقاء شغلی کارکنان استفاده می شود (بررسی مستندات مربوطه مانند کلاس آموزشی، تشویقی، ارجاع به بخش های تخصصی و ...).
	۲۰	به کارکنان جهت ارائه توضیحات در خصوص موارد بازخورد داده شده فرصت داده می شود.
مدیریت ارزیابی		
	۲۱	فرآیندهای اصلی و فرعی (با توجه به تخصص بخش)، برنامه بازدهی و تیم ارزیابی تعیین شده است.
	۲۲	فلوچارت استاندارد کلیه فرآیندهای جاری مدیریت پرستاری و بخش ها موجود است.
	۲۳	برنامه ای برای بازدهی های سرزده در ایام تعطیل و شیفت های غیرمتعارف وجود دارد و اجرا می شود.
	۲۴	ارزیابی کارکنان بر اساس چک لیستهای استاندارد و ابلاغی انجام شده است.
	۲۵	نتایج ارزیابی های انجام شده تجزیه، تحلیل و ریشه یابی شده و به مسئولین مربوطه جهت ارائه راهکار اصلاحی بازخورد داده می شود.
	۲۶	مقایسه شاخص ها در دوره های مشابه صورت پذیرفته و برنامه ریزی اصلاحی جهت رفع مشکلات صورت پذیرفته است.
	۲۷	نتایج ارزیابی ها هر شش ماه یکبار به ریاست بیمارستان و مدیریت پرستاری مرکز گزارش می شود.
تعرفه و بودجه		
	۲۸	مستندات مربوط به نمرات کیفی کارکنان و رویت آن توسط کارکنان موجود است.
	۲۹	بررسی های لازمه در راستای اطمینان از احصاء درآمد مورد انتظار بر اساس تعداد تخت، سطوح بیماران و انجام می شود.
	۳۰	اطمینان از هزینه کرد درآمدهای حاصل از اجرای قانون تعرفه گذاری صرفا برای پرداخت کارانه گروه های پرستاری مشمول حاصل می شود.
	۳۱	نظارت بر همخوانی نمرات کیفی ثبت شده در دفتر با خروجی کارآمد وجود دارد.
	۳۲	تعرفه زیر مجموعه بر اساس عدالت و معیارهای تدوین شده و مبتنی بر عملکرد توزیع می شود و نحوه اختصاص تعرفه به پرسنل توضیح داده می شود.
	۳۳	سرپرستاران از خروجی کارآمد ماهانه بخش اطلاع دارند.
	۳۴	سرپرستاران در تخصیص تشویقی پرسنل زیرمجموعه دخالت داده می شوند.
جمع کل: ۱۳۶		امتیاز مکتسبه:

مهر و امضای ارزیابی شونده:

مهر و امضای ارزیاب:

منابع:

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱	چک لیست سنجش علمی مراقبتهای عمومی پرستاری بخش: تاریخ بازدید:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۲		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۴/۰۶		

دستورالعمل های مربوط به مراقبت های مدیریت شده ابلاغی وزارت بهداشت و آموزش پزشکی.
 سنجه های اعتباربخشی نسل پنجم.

نقاط قوت:

نقاط قابل ارتقاء: