

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳	 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان مدیریت پرستاری چک لیست ارزیابی مدیریتی فرآیند چک دستورات پزشک و مشاوره بخش: _____ سه ماهه: _____	
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۳		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۵/۰۳		

ردیف	عناوین	تاریخ ارزیابی	ب	ج	د	هـ	و	ز
۱	اطلاعات بیمار (حداقل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام پدر) بالای اوراق دستورات و مشاوره ها ثبت می شود.							
۲	تمامی دستورات دارای تاریخ، ساعت، مهر و امضاء پزشک می باشد (از الگوی ۲۴ ساعته استفاده می شود).							
۳	در دستورات دارویی نام، نوع، مقدار، طریقه مصرف و دفعات مصرف دارو دقیقاً قید شده است.							
۴	دستورات پزشک با خودکار قرمز از پایین به بالا و در سمت مقابل شماره گذاری پزشک، بدون وجود هیچگونه فضای خالی با عدد و حروف شماره گذاری می شود.							
۵	در صورتی که بین دستورات فضای خالی وجود داشته باشد، این فضا یا خط ممتد بسته می شود به صورتی که مکانی برای اضافه نمودن دستور جدید وجود نداشته باشد.							
۶	پس از کنترل کردن دستورات، زیر آخرین دستور پزشک با خودکار قرمز خطی ممتد و افقی کشیده می شود به شکلی که مکانی برای اضافه نمودن دستور جدید وجود نداشته باشد.							
۷	در ستون مهر و امضای پرستار، 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".							
۸	در صورت وجود خط خوردگی یا Error در دستورات پزشک، تعداد و شماره آنها در قسمت پرستاری ثبت می شود "به عنوان مثال هفت (۷) مورد چک شد مورد پنج دارای خط خوردگی می باشد".							
۹	در صورت خوانا نبودن دستورات و یا هر گونه ابهام بلافاصله از پزشک بصورت حضوری یا تلفنی سؤال می شود. موارد اصلاح شده توسط پزشک ثبت می شود و در صورت اصلاح دستورات توسط پرستار، این دستورات به شیوه دستورات تلفنی ثبت می گردد.							
۱۰	در دستورات ثبت شده پزشک (حتی با اطلاع پزشک)، موردی اضافه یا کم نمی شود.							
۱۱	پرستاران از نحوه اخذ دستورات تلفنی و ثبت آن در پرونده بیمار آگاهی کافی دارند.							
۱۲	دستورات شفاهی (تلفنی) فقط در موارد اضطراری و در حضور پرستار دوم دریافت شده و بلافاصله در برگه «دستورات پزشک» ثبت میشود.							
۱۳	دستورات شفاهی (تلفنی) و داروهای پر خطر توسط پرستار دوم دو مهره شده و عبارت "پرستار شاهد جهت چک دستورات به تعداد یا داروهای پرخطر" کنار آن ثبت می گردد.							
۱۴	دستورات شفاهی حداکثر تا ۲۴ ساعت آینده توسط پزشک معالج، مهر و امضاء می شود.							
۱۵	تمامی آیتم های سربریگ مشاوره مربوط به اطلاعات اولیه بیمار به طور کامل تکمیل شده است.							
۱۶	در محل نوع مشاوره، آتی (تا ۱۰ دقیقه توسط پزشک مقیم و ۳۰ دقیقه توسط پزشک آنکال)، فوریتی (تا ۳۰ دقیقه توسط پزشک مقیم، ۲ ساعت توسط پزشک آنکال)، غیرفوریتی (تا پایان شیفت) بودن آن توسط پزشک معالج تعیین شده است.							
۱۷	علت درخواست مشاوره توسط پزشک معالج ثبت گردیده است.							
۱۸	درخواست مشاوره بلافاصله به پزشک مورد نظر یا در صورت عدم وجود تخصص مورد نظر، به سوپروایزر بالینی جهت پیگیری و انجام آن اطلاع داده می شود.							
۱۹	پس از اطلاع دستورات مشاوره به پزشک معالج، در برگه مشاوره جمله "reorder شد" با قید تاریخ و ساعت آن و با خودکار قرمز ثبت و مهر و امضا می شود.							
۲۰	مشاوره های انجام شده به صورت حضوری یا تلفنی به اطلاع پزشک معالج رسانده شده و دستورات تکمیلی اخذ و در برگه دستورات پزشک به صورت دستورات تلفنی ثبت می شود.							
امتیاز چک لیست: ۸۰		جمع امتیازات						
		درصد مکتسبه						

امتیازدهی: ۰۰ < ۲۵٪ ۵۰-۲۶٪ ۷۵-۵۱٪ ۹۰-۷۶٪ ۱۰۰-۹۱٪

امضای سوپرستار/ مسئول شیفت	امضای ارزیاب	موارد نیازمند ارتقا	
			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 های اعتباربخشی نسل چهارم.