

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳	چک لیست ارزیابی بالینی فرآیند ارزیابی اولیه بیمار ارزیابی شونده: سه ماهه:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران معاونت درمان - مدیریت پرستاری
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۰۳		
تاریخ بازنگری مجدد: ۱۴۰۵/۰۳		

ردیف	عناوین	تاریخ ارزیابی	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم
۱	دقت می کند که اطلاعات بیمار در بالای اوراق ارزیابی اولیه به صورت کامل و دقیق ثبت گردد.						
۲	در ارزیابی اولیه ساعت ورود، ساعت شروع ارزیابی و منبع جمع آوری اطلاعات را ذکر می کند.						
۳	ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده انجام می دهد.						
۴	علائم حیاتی در بدو ورود، نحوه ورود، لوله ها و اتصالات بیمار را با ذکر محل آن چک و ثبت می کند.						
۵	هر سیستم را به صورت جداگانه ارزیابی کرده و نتایج ارزیابی با بالین بیمار تطابق دارد.						
۶	وضعیت ارتباطی بیمار، سطح هوشیاری، وضعیت همکاری وی را بررسی و به درستی ثبت می کند.						
۷	علت مراجعه بیمار را از زبان خود بیمار و علت بستری (تشخیص اولیه پزشک) را به دقت ثبت می کند.						
۸	سابقه هرگونه بستری، بیماری، جراحی و ... را با دقت بررسی و در برگه ارزیابی و گزارش پرستاری ثبت می کند.						
۹	عادات و عوامل خطر، خواب و استراحت بیمار را بررسی و ثبت می کند.						
۱۰	حساسیت بیمار به دارو، غذا و سایر موارد را بررسی و ثبت می کند.						
۱۱	ارزیابی فیزیکی بیمار را در قالب بررسی سیستم های بدن به تفکیک و با دقت بررسی کرده و ثبت می کند.						
۱۲	در ارزیابی سابقه دارویی بیمار، مشخصات کامل دارویی که بیمار در منزل مصرف میکند را ثبت می کند.						
۱۳	توانایی ها و محدودیت های فعالیتی بیمار را بررسی و ثبت می کند.						
۱۴	وزن، قد و BMI بیمار را به نحو صحیح اندازه گیری کرده و ثبت می کند.						
۱۵	وضعیت تغذیه بیمار را طبق فرم ارزیابی مربوطه بررسی و تکمیل نموده و اقدامات لازم پس از آن در خصوص افراد نیازمند به مشاوره تغذیه را پیگیری می کند.						
۱۶	از موارد نیازمند به درخواست مشاوره تغذیه آگاهی دارد.						
۱۷	ارزیابی عوامل خطر سقوط و ایجاد زخم بستر را در بیمار بررسی کرده و اقدامات لازم پس از آن را پیگیری می کند.						
۱۸	درد بیمار را بر اساس آیتم های ذکر شده در برگه ارزیابی به درستی محاسبه کرده، اقدامات و روش های تسکین درد را ثبت می کند.						
۱۹	نیازهای آموزشی و خود مراقبتی بیمار را بررسی و ثبت می کند.						
۲۰	سطح مراقبتی بیمار را به درستی تعیین می کند.						
۲۱	حداقل دو تشخیص پرستاری در برگه ارزیابی ثبت شده است.						
۲۲	تشخیص های پرستاری ذکر شده را بر اساس وضعیت بیمار، الویت بندی اقدامات و سطح مراقبتی وی تعیین و به شیوه صحیح ثبت می کند (به عنوان مثال اختلال در تمامیت پوست به دنبال محدودیت فعالیت در تخت).						
۲۳	تاریخ و ساعت پایان ارزیابی را ثبت کرده و سپس مهر و امضا می کند.						
امتیاز چک لیست: ۹۲		جمع امتیازات					
		درصد مکتسبه					

۴=۱۰۰-۹۱٪

۳=۹۰-۷۶٪

۲=۷۵-۵۱٪

۱=۵۰-۲۶٪

۰<۲۵٪: امتیازدهی:

امضای سرپرستار/ 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 پنجم.