

ردیف	عنوان	۰	۱	۲
۱	آیا در برگه گزارش، مشخصات بیمار به طور کامل ثبت می گردد؟			
۲	آیا گزارش پرستاری توسط فردی با حداقل مدرک کارشناسی ثبت می گردد؟			
۳	آیا گزارش پرستاری با خودکار آبی/مشکی نوشته شده است؟			
۴	آیا برای ثبت گزارش، اوقات شبانه روز را به طور کامل و با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ استفاده می نماید؟			
۵	آیا در گزارش پرستاری بدو ورود به نحوه مراجعه اشاره می شود؟			
۶	آیا در گزارش پرستاری بدو ورود به شکایت اصلی(از زبان بیمار) اشاره می شود؟			
۷	آیا در گزارش پرستاری بدو ورود به علت بستری(تشخیص اولیه پزشک یا اقدام خاصی مانند بیوپسی) اشاره می شود؟			
۸	آیا در گزارش پرستاری بدو ورود وضعیت هوشیاری ثبت می شود؟			
۹	آیا در گزارش پرستاری بدو ورود ساعت انجام ارزیابی اولیه ثبت می شود؟			
۱۰	آیا در گزارش پرستاری بدو ورود ارزیابی وضعیت جسمی بیمار ثبت می شود؟			
۱۱	آیا در گزارش پرستاری بدو ورود ارزیابی وضعیت روحی بیمار ثبت می شود؟			
۱۲	آیا در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی مشخص شده که چه کاری، توسط و چه زمانی انجام می شود؟			
۱۳	آیا توالی ثبت اقدامات پرستاری رعایت شده است؟			
۱۴	آیا گزارش خط به خط نوشته و اگر فضایی باقی ماند، یک خط افقی کشیده و تاریخ، ساعت، نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء درج می شود؟			
۱۵	آیا در گزارش درد به کیفیت درد (تیز، مبهم، منتشر و ارجاع دهنده)، شدت درد (شدید، متوسط و خفیف)، دوره درد (درد مداوم، متناوب و زودگذر)، عوامل تشدید کننده و تخفیف دهنده درد، علائم و واکنش های مددجو (تعریق، تهوع، رنگ پوست، نبض، تنفس و فشار خون) توجه می شود؟			
۱۶	آیا نتایج ارزیابی مجدد پس از تجویز مسکن ها ثبت می شود؟			
۱۷	آیا علائم حیاتی شامل درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون ثبت در صورت غیر طبیعی بودن نتایج و اقدامات بعمل آمده ثبت می شود؟			
۱۸	آیا نتایج ارزیابی مجدد پس از اقدامات جهت پایدار کردن علائم حیاتی بیمار (اثر پاشویه بر تب، گرما و سرما، تغییرات پس از تزریق سرمها و ...) ثبت می شود؟			
۱۹	آیا وضعیت خواب(خوب خوابیدن، نخوابیدن، کم خوابیدن) وضعیت استراحت (استراحت نسبی و مطلق) حرکت (با صندلی چرخدار، با واکر، با عصا، بدون کمک و با کمک و راه افتادن) ثبت می شود؟			
۲۰	آیا رژیم غذایی (معمولی، مایعات، پوره، نرم، کم چربی، کم نمک و NPO) ثبت می شود؟			
۲۱	آیا وضعیت دفع (سوند ادرار، بی اختیاری، اجابت مزاج داشته و نداشته، وجود اسهال، تعداد دفعات، رنگ و قوام و ...) ثبت می شود؟			
۲۲	آیا جواب آزمایشات غیر طبیعی و اقدامات بعمل آمده ثبت می شود؟			
۲۳	آیا وقوع اتفاق در حین انجام مراقبتها مانند از تخت افتادن و ... و ساعت و زمان وقوع حادثه ثبت می شود؟			
۲۴	آیا آموزش به مددجو و روش آموزش ثبت می شود؟			
۲۵	آیا نام دارو، شکل دارو، مقدار دارو، راه مصرف دارو و زمان مصرف دارو به طور کامل ثبت می شود؟			
۲۶	آیا مقدار، نوع، تعداد فطرات سرم و وضعیت موضع تزریق در هر نوبت کاری ثبت می شود؟			
۲۷	آیا در صورت تغییر محل آئزیوکت، تاریخ و عوارض ایجاد شده ناشی از وجود آئزیوکت ثبت می شود؟			
۲۸	آیا در انتقال خون باید نوع و میزان فرآورده خونی، تاریخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون و علائم حیاتی ثبت می شود؟			
۲۹	آیا در صورت واکنش به انتقال خون، نوع و مقدار خون و فرآورده خونی، زمان شروع و توقف انتقال خون، تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده در بیمار و درمان انجام شده و نتایج آن ثبت می شود؟			
۳۰	آیا فرم های مربوط به هموویژولانس بطور صحیح تکمیل می شود؟			

			آیا کلیه آماده سازی های مربوط به هر بیمار قبل از هر تست تشخیصی ثبت می شود؟	۳۱
			آیا اقداماتی را که باید در شیفتهای بعدی انجام و یا پیگیری شوند، گزارش و ثبت می گردد؟ (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره و ...)	۳۲
			آیا در اکسیژن درمانی، دلیل شروع اکسیژن درمانی، زمان شروع و طول مدت، روش، میزان و واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی ثبت می شود؟	۳۳
			آیا در انجام پانسمان، ناحیه زخم، وجود ترشحات، وجود درن یا کیسه، نوع محلول شستشو، داروهای استفاده شده در موضع و آموزش به بیمار و همراه وی ثبت می شود؟	۳۴
			آیا در بخش ICU مراقبت از فشار کاف لوله تراشه و اندازه ان در گزارش نویسی ثبت شده است؟	۳۵
			آیا در گزارش CPR زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)، زمان شروع CPR، ریتم در شروع دارو درمانی و پس از اجرا دارو درمانی، ریتم در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون، لوله گذاری، اکسیژن درمانی، ABG تعداد دفعات دفیبریلاسیون، دارو درمانی، واکنش مردمک ها، افراد عضو تیم احیاء و زمان خاتمه CPR ثبت می شود؟	۳۶
			آیا گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی است یا در صورت خط خوردگی در بالای آن، کلمه "اصلاح شد" نوشته می شود و در پایان گزارش تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده، امضاء و سمت فرد مشخص می شود؟	۳۷
			آیا از واژه های مبهم مثل خوب، نرمال، متوسط و ... در گزارش استفاده نمی شود؟	۳۸
			آیا گزارش پرستاری با خط خوش و خوانا نوشته شده است؟	۳۹
			آیا به ساعت انجام اقدامات خاص مثل آزمایشات، رادیوگرافی، ویزیت پزشک و ... اشاره می شود؟	۴۰
			آیا اقدامات و مراقبتها و آموزش ها بر اساس تشخیص های پرستاری ثبت شده است؟	۴۱
			آیا در مورد وضعیت درمان های تهاجمی مثل (اینتوباسیون، سوند فولی، NGT و ...) توضیحات لازم ذکر می شود؟	۴۲
			آیا در پایان هر شیفته میزان جذب و دفع مددجو در صورت نیاز ثبت می شود؟	۴۳
			آیا از نوشتن کلمات و جملات تکراری و غیرضروری خودداری شده است؟	۴۴
			آیا از کاربرد علائم اختصاری غیر استاندارد خودداری شده است؟	۴۵
			آیا پرستار در گزارش ترخیص آموزش های مورد نیاز بیمار را ثبت کرده است؟	۴۶
			آیا پرستار در گزارش ترخیص ارائه پمفلت به بیمار (در صورت ارائه) را ثبت کرده است؟	۴۷
			آیا پرستار در گزارش ترخیص توضیح در خصوص تستهای پاراکلینیک معوقه را ثبت کرده است؟	۴۸
			آیا پرستار در صورت رضایت شخصی بیمار توضیحات کامل را ثبت نموده است؟	۴۹
			آیا پرستار در گزارش ترخیص ساعت خروج بیمار از بخش را ثبت نموده است؟	۵۰
			آیا پرستار وضعیت هوشیاری بیمار در زمان خروج از بخش را ثبت می نماید؟	۵۱
			آیا پرستار پس از ثبت هر گونه اطلاعات در گزارش پرستاری، نام، نام خانوادگی و سمت خود را نوشته و پایین گزارش خط می کشد و امضاء می کند؟	۵۲
			آیا در مواردی که نیاز به امضاء دو پرستار است، این قانون رعایت شده است؟	۵۳

نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده:

بخش:

تاریخ: