

چک لیست ارزیابی گزارش پرستاری (ویرایش سوم)

آموزش پرستاری

تاریخ:

بخش:

نام، نام خانوادگی و سمت ارزشیابی شونده:

ردیف	مورد	بله	تا حدودی	خیر	غیر قابل ارزیابی
۱	سربرگ گزارش پرستاری دارای مشخصات کامل بیمار (نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، تاریخ پذیرش و نام پزشک) است.				
۲	گزارش پرستاری در فرم های استاندارد و با خودکار آبی یا مشکی ثبت گردیده است.				
۳	گزارش پرستاری، واضح، بهنگام و در زمان انجام دستورات و مراقبت ها، پیوسته و کامل نوشته شده است (اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح هستند و از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب شده است).				
۴	گزارش پرستاری، نشان دهنده مشاهدات عینی پرستار از تغییرات بالینی، روحی و رفتاری بیمار است و از کلمات شبیه برانگیز (مثل به نظر می رسد، ممکن است، شاید، ظاهراً و ...) استفاده نشده است.				
۵	در گزارش پرستاری، عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری، ثبت شده است. پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت در گزارش پرستاری ثبت گردیده است. در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع داده و ساعت اطلاع به پزشک را در گزارش پرستاری ثبت نموده است.				
۶	در گزارش پرستاری، اصل خوانا بودن، مرتب بودن، املاء صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات رعایت شده است. تبصره: اگر ثبتیات قابل خواندن نیستند، ثبت کننده از ابتدا ثبتیات را در سطر بعدی تکرار نموده و توضیح داده، چرا نوشته فوق را مجدداً تکرار کرده است و تاکید نموده که نوشته اول ناخوانا بوده است. موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند، دقیقاً مشابه اولی بوده و حتماً تاریخ و امضاء دارند.				
۷	در گزارش پرستاری، اطلاعات اخذ شده از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم ("") ثبت شده و بین اطلاعات نقل شده توسط بیمار یا همراه وی با سایر ثبتیات در گزارش، تفاوت قائل شده است.				
۸	در گزارش پرستاری از کلمات و علائم اختصاری استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی، استفاده شده است (هرگز از خودتان، اختصار ابداع نکنید).				
۹	در گزارش پرستاری، وضعیت عمومی بیمار شامل مواردی چون خلق و خو، چگونگی ارتباط، سطح هوشیاری و تفاوت و تغییرات علائم عینی و ذهنی بیمار ثبت گردیده است. استفاده از عبارات کلی نظیر "حال عمومی بیمار بد نیست، حال عمومی بیمار خوب است" و از این قبیل جملات به تنهایی قابل درک و اندازه گیری و ارزیابی نیست.				
۱۰	در گزارش پرستاری، از هیچ وسیله اصلاح کننده و پاک کننده مانند لاک غلط گیر استفاده نشده و گزارش اشتباه، کاملاً محو نگردیده است (سیاه نشده است). تبصره: در صورت بروز خطا در ثبت گزارش پرستاری ابتدا بر روی موارد اشتباه با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده (به طوری که نوشته های قبلی هنوز قابل خواندن باشد) و سپس روی آن عبارت "اصلاح شد" ثبت شده است.				
۱۱	در پایان گزارش پرستاری، تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضاء، مهر و سمت فرد، ثبت شده است.				
۱۲	چک دستورات پزشک با خودکار رنگ غیر مشابه و انتهای هر مورد دستور پزشک پس از چک شدن، بسته شده است.				
۱۳	تعداد دقیق موارد چک شده ی دستورات پزشک با ذکر ساعت چک دستورات، امضاء، مهر و سمت فرد چک کننده دستورات، ثبت شده است.				
۱۴	کلیه ساعت ها در گزارش پرستاری بصورت کامپیوتری (۲۴-۱) ثبت گردیده است.				
۱۵	در گزارش پرستاری به وضوح قید شده که چه کاری، توسط چه کسی و در چه زمانی (با ذکر ساعت و تاریخ) انجام شده است. بهرتر است برای ثبت هر پروسیجر و اقدامی از تکنیک 6W استفاده شود و برای هر پروسیجری قید شود که اولاً چه پروسیجری (What)، چرا (Why)، چه زمانی (When)، کجا (Where)، توسط چه کسی (Who) و چگونه (How) اجرا شده است ولی همیشه لازم نیست در مورد هر چیزی ۶ مورد رعایت شود به عنوان مثال زمانی که مسئله ای بسیار واضح باشد مثل سوند در داخل مجرای ادراری گذاشته شد در این جا هر پرستاری می داند که سوند فولی درون مجرا گذاشته می شود ولی زمانی که از کاتتر سوپراپوبیک استفاده می شود، محل آن باید قید شود.				

ردیف	موارد	بله	تا حدودی	خیر	غیر قابل ارزیابی
۱۶	گزارش بدو پذیرش بیمار بسیار کامل نوشته شده است. این گزارش شامل شکایت فعلی بیمار				
۱-۱۶	دلیل بستری بیمار				
۲-۱۶	ساعت و تاریخ پذیرش بیمار				
۳-۱۶	نحوه ورود بیمار به بخش (با پای خودش، برانکارد، اورژانس ۱۱۵، همراهان و...)				
۴-۱۶	ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت جسمی و سلامت روحی با قید علائم حیاتی بیمار				
۵-۱۶	سابقه بیماری، داروهای مصرفی و حساسیت ها				
۶-۱۶	مشکلات فعلی، برنامه درمانی و آموزش های ارائه شده در بدو ورود است.				
۷-۱۶	در گزارش پرستاری، ساعت اطلاع به پزشک، نام پزشک و ساعت ویزیت بیمار، ثبت شده است.				
۱۷	در گزارش پرستاری، ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست، مسئول تغذیه، بیهوشی و ...)				
۱۸	ثبت شده است.				
۱۹	در صورتیکه مددجو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات (کنترل I&O) دارد ضروری است پس از محاسبه، میزان جذب و دفع در پایان هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات و همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی به طور دقیق در فرم کنترل جذب و دفع و گزارش پرستاری ثبت شده باشد. ضمناً جمع ۲۴ ساعته جذب و دفع مایعات (I&O) نیز توسط پرستار شب کار در برگه کنترل جذب و دفع و در برگه چارت علائم حیاتی ستون مربوطه و در گزارش پرستاری نیز ثبت شده است. در صورتی که بیمار استفراغ یا هرگونه درناژ یا ترشحاتی داشته باشد باید رنگ، محتوا و مقدار آن نیز در گزارش پرستاری ثبت شده باشد (در مورد استفراغ و لاواژ، دفعات نیز باید ذکر شود).				
۲۰	در گزارش پرستاری، مشخصات کامل درد بیمار (محل، نوع، شدت، انتشار، علائم همراه، علائم تشدیدکننده و تخفیف دهنده) و اقدامات انجام شده جهت تسکین آن به طور کامل ذکر گردیده است. در صورت تجویز مسکن، نوع و مقدار و روش تجویز آن (تذریقی، خوراکی و ...)، دلیل استفاده، ساعت استفاده، پاسخ بیمار به مسکن و واکنش های احتمالی، در گزارش پرستاری، قید گردیده است.				
۲۱	در گزارش پرستاری، وضعیت علائم حیاتی بیمار و نتایج غیر طبیعی آن ذکر گردیده است.				
۲۲	در گزارش پرستاری، کلیه اطلاعات ضروری در مورد داروها (با ذکر شکل فرآورده دارویی، نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و زمان تجویز دارو) بیان شده است.				
۲۳	در گزارش پرستاری، داروهای با هشدار بالا به تایید و امضای دو کارشناس پرستاری رسیده است.				
۲۴	در صورتی که مددجو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ باز دارد، در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مددجو در گزارش پرستاری ثبت گردیده است.				
۲۵	در گزارش پرستاری، وضعیت فعالیت و خواب بیمار مخصوصاً در شیفت شب ذکر گردیده است.				
۲۶	در گزارش پرستاری، رژیم غذایی بیمار و وضعیت تغذیه ای وی ثبت گردیده است (توضیحات کامل در مورد وضعیت تغذیه بیمار با معیارهای قابل اندازه گیری، داده شده است).				
۲۷	در گزارش پرستاری، توضیحات کامل در مورد وضعیت اجابت مزاج بیمار ذکر شده است. (به عنوان مثال در صورت وجود اسهال، تعداد دفعات، رنگ و قوام و ...)				
۲۸	در گزارش پرستاری به پیگیری های لازم در شیفت های بعدی از قبیل آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، نتایج اقدامات پاراکلینیکی، مشاوره ها و ... با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، اشاره شده است.				
۲۹	در گزارش پرستاری، آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی انجام شده جهت بیمار با ذکر ساعت و تاریخ قید شده است.				
۳۰	نتایج کلیه اقدامات پاراکلینیکی، مشاوره ها و ارزیابی های پرستاری که به اطلاع پزشک رسانده شده، در گزارش پرستاری ثبت گردیده است. پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی، ساعت دقیق دریافت آزمایش و در صورت ضرورت نتیجه را بلافاصله به پزشک معالج اطلاع داده و ساعت اطلاع را در گزارش پرستاری ثبت نموده است. در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آن داده شده، قابل انجام می باشد و دستورات مشاوره نباید هیچگاه به طور مستقیم و بدون اطلاع پزشک اجرا گردد.				
۳۱	در گزارش پرستاری، کلیه اقدامات درمانی انجام شده توسط پرستار مثل رگ گیری، پانسمان، وصل سرم، نوار قلب و ... با ذکر ساعت دقیق انجام آن و واکنش های احتمالی بیمار نسبت به اقدامات انجام شده، به دقت ثبت شده است.				
۳۲	در صورت عدم اجرای یک order یا مراقبت، به نوع دستور یا مراقبت و علت عدم اجرای آن در گزارش پرستاری، اشاره شده است.				

ردیف	موارد	بله	تا حدودی	خیر	غیر قابل ارزیابی
۳۳	در گزارش پرستاری، مراقبت های لازم بر اساس تشخیص های استاندارد پرستاری (به عنوان مثال تغییر وضعیت ، ماساژ وضعیت پوست ، دهانشویه ، نوع محلول ، علایم غیر طبیعی) ثبت گردیده است. تبصره: در مورد وضعیت درمان های تهاجمی مثل (تجویز اکسیژن ، سوند فولی، N.G.T و ...) توضیحات لازم به عنوان مثال شماره سوند، میزان اکسیژن، راه تجویز آن و ... ذکر شده و به مراقبتهای پرستاری ویژه هر کدام بر اساس تشخیص های پرستاری استاندارد نیز اشاره شده است.				
۳۴	در صورت ترانسفوزیون خون یا فرآورده های خونی، تطبیق و ثبت شماره برچسب خون با بیمار و برگه درخواست، ساعت وصل و خاتمه، نوع و اندازه سرسوزن، حجم خون یا فرآورده، سرعت جریان، کنترل علایم حیاتی قبل، حین و پس از تزریق، بروز عوارض احتمالی و یا هر گونه تغییر در حال عمومی، اقدامات انجام شده و نتایج آن را در گزارش پرستاری ثبت نموده است.				
۳۵	در گزارش پرستاری، حساسیت ها و عوارض جانبی داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردیده و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد، این مطلب در گزارش پرستاری، قید گردیده است.				
۳۶	دستورات شفاهی یا تلفنی تنها در موارد اورژانس که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود و با حضور دو پرستار چک، امضاء و اجرا شده است.				
۳۷	ثبت دستورات تلفنی (TO) یا دستورات شفاهی (VO) حاوی تاریخ و ساعت، نام بیمار، دستور کامل، سمت و نام گوینده پیام (نام پزشک) باشد.				
۳۸	کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی توسط پزشک مسئول حداکثر طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان، مکتوب و تایید شده است.				
۳۹	در صورت اتمام برگه گزارش پرستاری در صورتی که گزارش ادامه داشته باشد، در پایین صفحه قید شده "ادامه دارد" و مجددا تاریخ و ساعت را قبل از ورود داده ها ثبت نموده است.				
۴۰	در صورت وقوع حادثه، ساعت وقوع و تمامی جوانب حادثه و اقدامات انجام شده از قبیل اطلاع به پزشک، حمایت و آموزش ، ابزار و وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی به وضوح در گزارش پرستاری، ثبت شده است. در صورتی که بیماری شفاها "مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید، دقیقا " مراتب در گزارش پرستاری ثبت گردیده است.				
۴۱	در صورت انتقال بیمار به سایر بخش ها یا اعزام، وضعیت بیمار در زمان انتقال، زمان دقیق، علت انتقال، پزشک مربوطه، نام پرستار و نحوه انتقال به دقت در گزارش پرستاری، ثبت گردیده است.				
۴۲	در بخش اتاق عمل، گزارش بسیار کامل نوشته شده است. این گزارش شامل ثبت دقیق وضعیت بیمار در زمان شروع عمل،				
۱-۴۲	ثبت دقیق نوع عمل، محل عمل، میزان انسزیون، وسایل مصرفی، گازهای استفاده شده و ...				
۲-۴۲	ثبت دقیق وضعیت همودینامیک بیمار و تغییرات احتمالی				
۳-۴۲	ثبت دقیق وضعیت بیمار هنگام تحویل به ریکاوری با ذکر دقیق زمان اتمام عمل و زمان تحویل به ریکاوری				
۴-۴۲	تکمیل دقیق فرم های مربوط به اتاق عمل (فرم بیهوشی، فرم ریکاوری و ...)				
۵-۴۲	ثبت دقیق وضعیت بیمار هنگام تحویل به بخش با ذکر دقیق زمان تحویل به بخش، وضعیت محل عمل، ثبت علائم حیاتی، وضعیت اتصالات بیمار، سرم، خون و ... است.				
۶-۴۲					
۷-۴۲					
۴۳	در صورت احیای قلبی ریوی بیمار، گزارش بسیار کامل نوشته شده است. این گزارش شامل زمان ارست قلبی تنفسی و زمان اطلاع به تیم احیاء				
۱-۴۳	زمان شروع عملیات احیاء، طول مدت احیای قلبی ریوی و اعضای تیم احیاء که بر بالین بیمار حضور داشته اند				
۲-۴۳	فرآیند انجام احیاء و تجهیزات و داروهای مصرفی				
۳-۴۳	زمان دقیق ختم عملیات احیاء و فوت بیمار است.				
۴-۴۳					
۴۴	در بخش زنان و زایمان حتی در صورت سالم بودن نوزاد، وضعیت نوزاد در گزارش پرستاری، ثبت گردیده است.				
۴۵	در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و ...) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم در گزارش پرستاری ثبت شده است.				
۴۶	در گزارش پرستاری، آموزش های داده شده به بیمار در بدو پذیرش، حین بستری و زمان ترخیص به صورت کامل شامل عنوان آموزش، فرد آموزش گیرنده و میزان یادگیری آموزش گیرنده، ذکر شده است.				
۴۷	گزارش حین ترخیص بیمار بسیار کامل نوشته شده است. این گزارش شامل وضعیت بیمار در زمان ترخیص،				
۱-۴۷	نحوه ترخیص بیمار (با دستور پزشک، رضایت شخصی)				
۲-۴۷	مشکلات پرستاری در زمان ترخیص و روند درمان،				
۳-۴۷	کلیه داروها و آموزش حین ترخیص است.				
۴-۴۷					

ردیف	موارد	بله	تا حدودی	خیر	غیر قابل ارزیابی
۴۸	پایان گزارش پرستاری با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده است که جایی برای اضافه کردن نیست و در پایان گزارش پرستاری، نام و نام خانوادگی، سمت، تاریخ و ساعت ثبت گزارش بطور دقیق قید شده است.				
۴۹	گزارش پرستاری در پایان شیفت تکمیل و بسته شده است.				
۵۰	در گزارش پرستاری، فضای خالی بین موارد ثبت، درج مهر و امضاء فرد ثبت کننده گزارش پرستاری، وجود ندارد. تبصره: از آکولاد و پرانتز برای اضافه نمودن مطالب جدید در بین مطالب قبلی استفاده نشده است.				

تعداد مواردی که پاسخ آنها "بلی" است: (..... مورد) تعداد مواردی که پاسخ آنها "تا حدودی" است: (..... مورد)

تعداد مواردی که پاسخ آنها "خیر" است: (..... مورد) تعداد مواردی که "غیر قابل ارزیابی" است: (..... مورد)

* جهت هر پاسخ "بلی" (۲ نمره)، هر پاسخ "تا حدودی" (۱ نمره) و هر پاسخ "خیر" (۰ نمره)، منظور گردد.

* در مواردی که آیتم اصلی دارای چندین آیتم جزئی است ۲ نمره آیتم بایستی بین کلیه موارد تقسیم شود به عنوان مثال آیتم ۱۶ دارای ۷ آیتم جزئی است که هر آیتم جزئی ۰/۲۸ نمره از ۲ نمره کل را دارا می باشد.

$$\text{نمره نهایی: } \frac{(\text{تعداد موارد بلی} \times ۲) + (\text{تعداد موارد تا حدودی})}{\text{تعداد کل موارد قابل ارزیابی} \times ۲}$$

نام، نام خانوادگی و سمت ارزشیابی کننده:

تعیین نقاط ضعف (مواردی که در گزارش نویسی به طور کامل رعایت نشده یا اصلا رعایت نمی شود):

اقدامات اصلاحی جهت رفع نقاط ضعف: