



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

اداره پرستاری

تاریخ پایش :

نام بخش :

نام بیمارستان :

« چک لیست ثبت صحیح اطلاعات بیمار، دفاتر و تجهیزات مورد نیاز بیمار »

ردیف	عنوان	قابل قبول	ناقص	غیر قابل قبول	مستندات
۱	دفتر پذیرش با مشخصات زیر کامل است : ردیف ، شماره پرونده ، نام بیمار ، سن ، نام پدر ، تشخیص، نام پزشک معالج، تاریخ وساعت پذیرش وترخیص، علت اعزام، شماره تلفن و آدرس				وجود مستندات
۲	دفتر تحویل وسایل روزانه با مشخصات زیر کامل است: تاریخ، شیفت، نام وسایل و تجهیزات موجود در بخش ، سالم بودن، تعداد ، نام تحویل دهنده ، نام تحویل گیرنده ، امضاء				وجود مستندات
۳	دفتر تحویل وسایل موجود در ترالی اورژانس با مشخصات زیر کامل است: تاریخ، شیفت، نام وسایل و تجهیزات موجود در بخش ، سالم بودن، تعداد ، نام تحویل دهنده ، نام تحویل گیرنده ، امضاء				وجود مستندات
۴	دفتر ارزیابی پرستل دارای مشخصات زیر کامل است : نام پرسنل ، ثبت نکات مثبت و منفی ، مستند با ذکر تاریخ و ساعت				وجود مستندات
۵	دفتر مواد مخدر دارای مشخصات زیر و کامل است : ردیف، تاریخ ، شیفت ، نام مواد مخدر ، دوز، تعداد آمپولهای پر، تعداد پوکه های خالی ، نام تحویل دهنده ، نام تحویل گیرنده، امضاء				وجود مستندات
۶	فرم جابجایی و تعویض برنامه پرسنلی دارای مشخصات زیر و کامل است : با ذکر نام درخواست کننده برنامه ، تاریخ و شیفت مورد نظر ، موافقت مقام مافوق ، امضاء دو نفر جابجا کننده				وجود مستندات
۷	دفتر یا فرم C.P.R با مشخصات زیر کامل است : ردیف ، نام بیمار ، سن ، تشخیص ، شماره پرونده ، نام پزشک معالج ، تاریخ و ساعت C.P.R شرح C.P.R ، نتیجه C.P.R ، امضاء تیم C.P.R ، مسئول تیم C.P.R ، زمان اعلام کد احیا .				وجود مستندات
۸	دفتر بیمه بیماران دارای مشخصات : نام و نام خانوادگی بیمار ، شماره تخت ، نوع بیمه ، ملاحظات کارشناس بیمه می باشد.				وجود مستندات
۹	تجهیزات متصل به بیمار دارای مشخصات : نام پرستار ، ساعت و تاریخ وصل ، ساعت و تاریخ انقضاء و نام بخش می باشد				دو بیمار
۱۰	مشخصات بیمار شامل : نام و نام خانوادگی بیمار ، نام پدر ، سن ، شماره تخت ، نام بخش ، تشخیص پزشکی و نام پزشک معالج بر روی جلد پرونده ثبت شده است .				پرونده دو بیمار
۱۱	کلیه فرمهای موجود در پرونده بیمار با دقت تکمیل شده است و فرمهای خالی جهت صرفه جویی ، بدون مشخصات است .				پرونده دو بیمار

امضاء و نام و نام خانوادگی مسئول واحد یا مسئول شیفت:

امضاء و نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده :