|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **چك ليست فرم انتقال موقت (ارجاع) بيمار به مراكز** | **غ ق ا** | **0** | **1** |
| **1** | **آيا پزشك دستور انجام انتقال موقت را در پرونده قيد نموده است؟** |  |  |  |
| **2** | **آيا هماهنگي هاي لازم از نظر تاريخ، ساعت و هزينه بعمل آمده است؟** |  |  |  |
| **3** | **آيا پرستار مسئول شيفت با مركز درماني مقصد جهت زمان ارجاع بيمار هماهنگي بعمل مي آورد؟** |  |  |  |
| **4** | **آيا پرستار مسئول شيفت فرم شماره 2 مربوط به ارجاع را در 2 برگه تكميل و هر دو برگ توسط پزشك مهر و امضا نموده و سوپروايزر رادر جريان مي گذارد؟** |  |  |  |
| **5** | **آيا ساعت و تاريخ انجام اقدامات به اطلاع همراه و بيمار رسانده شده است؟** |  |  |  |
| **6** | **آيا همراه از هزينه اقدام خواسته شده مطلع مي باشد؟** |  |  |  |
| **7** | **آيا پزشك معالج نوع آمبولانس را بصورت كتبي مشخص كرده است؟** |  |  |  |
| **8** | **آيا سوپروايزر كشيك طبق چك ليست آمبولانس را از نظر امكانات مورد نياز حين انتقال چك مي نمايد؟** |  |  |  |
| **9** | **آيا فرم شماره اعزام مهر شده توسط پزشك تحويل گيرنده در پرونده موجود مي باشد؟** |  |  |  |
| **10** | **آيا پرستار كليه اقدامات انجام شده از زمان هماهنگي تا انتقال و برگشت را در گزارش پرستاري ثبت نموده است؟** |  |  |  |
| **11** | **آيا سوپروايزر كشيك گزارش ارجاع را در برگه گزارش 24 ساعته و در دفتر گزارش ثبت نموده است؟** |  |  |  |

**بخش / واحد مورد ارزيابي:........................................... تاريخ ارزيابي: ....................................شيفت:.............................**

**نام و نام خانوادگي بيمار: ............................................ شماره پرونده:......................................**

**امضاء :**