|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................  **نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. | | | | | | |
|  | **چك ليست نحوه انجام IV تراپي صحيح** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | **آيا در زمان رگ گيري پرستار وسايل مورد نياز را با ديش تزريقات بر بالين بيمار مي برد؟** |  |  |  |  |
| **2** | **آيا قبل از فيكس كردن آنژيوكت، محل مورد نظر با موزر شيو شده است؟ (در خصوص بيماران آقا)** |  |  |  |  |
| **3** | **آيا در هنگام رگ گيري و وصل كردن سرم شرايط آسپتيك و رعايت بهداشت دست توجه شده است؟** |  |  |  |  |
| **4** | **آيا ترتيب در برقراري IV لاين (از پائين به بالا) رعايت شده است؟** |  |  |  |  |
| **5** | **آيا آنژيوكت با شماره مناسب و در محل مناسب فيكس گرديده است؟** |  |  |  |  |
| **6** | **آيا چسب آنژيوكت ها تميز و مرتب مي باشد؟** |  |  |  |  |
| **7** | **آيا روي چسب آنژيوكت نام پرستار، شيفت و تاريخ وصل آن قيد گرديده است؟** |  |  |  |  |
| **8** | **آيا پرستار محل آنژيوكت را از لحاظ فلبيت و قرمزي چك كرده است؟** |  |  |  |  |
| **9** | **آيا آنژيوكت ها هر 48 ساعت تا 72 ساعت تعويض مي گردد؟** |  |  |  |  |
| **10** | **آيا در صورت بروز فلبيت در محل آنژيوكت از كمپرس گرم استفاده شده است؟** |  |  |  |  |
| **11** | **آيا در بيماراني كه سرم دريافت نمي كنند مسيرهاي وريدي با هپارين لاك بسته شده است؟** |  |  |  |  |
| **12** | **آيا محل ورود كتتر مركزي (CLV، شالدون) روزانه پانسمان استريل مي شود؟** |  |  |  |  |
| **13** | **آيا مسير كاتترهاي مركزي كه استفاده نمي شوند با هپارين، هپارين لاك مي گردد؟** |  |  |  |  |
| **14** | **آيا پرستار دستور پزشك را برمبناي نوع و مقدار سرم دريافتي چك كرده است؟** |  |  |  |  |
| **15** | **آيا سرم بر طبق دستور پزشك در كادركس ثبت گرديده است؟** |  |  |  |  |
| **16** | **آيا پرستار هنگام وصل سرم 8 اصل دارودهي را رعايت مي نمايد؟** |  |  |  |  |
| **17** | **آيا پرستار قبل از وصل كردن ست سرم به باكستر سرم محل ورود آن را ضدعفوني كرده است؟** |  |  |  |  |
| **18** | **آيا پرستار ست سرم را از لحاظ كثيفي و آلودگي به خون چك كرده است؟** |  |  |  |  |
| **19** | **آيا پرستار سرعت تجويز سرم را براساس فرمول آن محاسبه مي كند؟** |  |  |  |  |
| **20** | **آيا پرستار برچسب سرم را به طور كامل و دقيق تكميل كرده است؟** |  |  |  |  |
| **21** | **آيا پرستار قبل از اتصال سرم، مسير عروقي بيمار را از لحاظ باز بودن مسير چك مي نمايد؟** |  |  |  |  |
| **22** | **آيا تمام اتصالات مربوط به IV تراپي مانند ست سرم، خون، آنژيوكت و اكستنشن تيوپ ها تاريخ دارند؟** |  |  |  |  |
| **23** | **آيا جهت رقيق سازي داروها تزريق از طريق ميكروست انجام مي گردد؟** |  |  |  |  |
| **24** | **آيا ميكروست و سرم متصل به آن اتيكت دارد؟** |  |  |  |  |
| **25** | **آيا ميكروست هر 72 ساعت تعويض مي گردد؟** |  |  |  |  |
| **26** | **آيا پرسنل آگاهي از عدم تزريق دارو از مسير فيلتر ميكروست دارند؟** |  |  |  |  |