|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................  **نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. | | | | | | |
|  | **چك ليست مراجع مراقبتي انجام صحيح نوارقلب** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | **حريم خصوصي بيمار رعايت شده است؟** |  |  |  |  |
| **2** | **آيا پرستار قبل از شروع انجام كار، در مورد چگونگي انجام پروسيجر به بيمار توضيح مي دهد؟** |  |  |  |  |
| **3** | **آيا دستورالعمل استفاده از ECG به دستگاه نصب مي باشد؟** |  |  |  |  |
| **4** | **آيا منشي بخش نوار قلب را روي برگه مخصوص الكترو با مشخصات مربوطه الصاق مي كند؟** |  |  |  |  |
| **5** | **آيا طرز استفاده از دستگاه ECG را به درستي مي دانند؟** |  |  |  |  |
| **6** | **آيا جهت بهتر چسبيدن ليدهاي سينه اي شيو ناحيه سينه انجام شده است؟ (در آقايان)** |  |  |  |  |
| **7** | **آيا پس از انجام ECG در صورتيكه از ژل استفاده شده باشد، باقيمانده ژل روي بدن را تميزه نموده اند؟** |  |  |  |  |
| **8** | **آيا كمك پرستار پس از انجام هرECG پوآرها را با الكل 70% ضدعفوني مي كند؟** |  |  |  |  |
| **9** | **آيا روي نوار قلب انجام شده نام و نام خانوادگي، تاريخ، ساعت انجام قيد شده است؟** |  |  |  |  |
| **10** | **آيا ليدهاي سينه اي و اندامي در جاي صحيح خود قرار گرفته است؟** |  |  |  |  |