|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................  **نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. | | | | | | |
|  | **چك ليست دستورالعمل گاواژ** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | **آيا دستور گاواژ توسط پزشك در پرونده ثبت شده است؟** |  |  |  |  |
| **2** | **آيا راه گاواژ در دستور مشخص شده است؟** |  |  |  |  |
| **3** | **آيا نوع محلول گاواژ مشخص شده است؟** |  |  |  |  |
| **4** | **آيا فيكس NGT توسط پزشك انجام مي شود؟** |  |  |  |  |
| **5** | **آيا قبل از گاواژ محل لوله و حجم باقيمانده چك مي شود؟** |  |  |  |  |
| **6** | **آيا مراحل گاواژ و علت براي بيمار يا همراه توضيح داده مي شود؟** |  |  |  |  |
| **7** | **آيا پوزيشن مناسب حين و پس از گاواژ رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **8** | **آيا سرعت گاواژ براساس جاذبه زمين انجام مي شود؟** |  |  |  |  |
| **9** | **آيا پس از اتمام گاواژ لوله تغذيه با آب شتشو مي شود؟** |  |  |  |  |
| **10** | **آيا پس از اتمام گاواژ سرنگ گاواژ شتشو و تميز مي شود؟** |  |  |  |  |
| **11** | **آيا سرنگ گاواژ هر 24 ساعت تعويض مي شود؟** |  |  |  |  |
| **12** | **جهت بستن سر لوله تغذيه از آمپول هاي شيشه اي استفاده نمي شود؟** |  |  |  |  |
| **13** | **آيا تحمل نسبت به گاواژ بررسي و در گزارش ثبت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **14** | **آيا عوارض گوارش بررسي و در گزارش ثبت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **15** | **آيا ميزان مايع گاواژ شده و ساعت آن در فرم مربوطه و گزارش پرستاري ثبت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **16** | **آيا دماي محلول گاواژي با اتاق هم دما مي شود؟** |  |  |  |  |
| **17** | **آيا بهداشت چسب و پوست اطراف لوله گوارش رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |