|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................  **نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. | | | | | | |
|  | **چك ليست سونداژ** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | **آيا دستور سونداژ ادراري توسط پزشك در پرونده ثبت شده است؟** |  |  |  |  |
| **2** | **آيا پرستار وسايل لازم را روي ترالي آماده كرده است؟** |  |  |  |  |
| **3** | **آيا سونداژ آقايان توسط پزشك اورژانس انجام مي شود؟** |  |  |  |  |
| **4** | **آيا سونداژ خانم ها توسط پرستار با نظارت ماما انجام مي شود؟** |  |  |  |  |
| **5** | **آيا دليل انجام سونداژ براي بيمار توضيح داده مي شود؟** |  |  |  |  |
| **6** | **آيا حريم خصوصي حين سونداژ رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **7** | **آيا در سونداژ غيراورژانسي پرينه شيو مي شود؟** |  |  |  |  |
| **8** | **آيا بهداشت دست قبل از سونداژ رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **9** | **آيا شرايط آسپتيك حين سونداژ رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **10** | **آيا آب مقطر استريل براساس حجم نوشته شده روي كاتتر تزريق مي شود؟** |  |  |  |  |
| **11** | **آيا از ژل ليدوكائين جهت سونداژ استفاده مي شود؟** |  |  |  |  |
| **12** | **آيا پس از سونداژ ميزان برون ده ادراري بررسي و اطلاع داده مي شود؟** |  |  |  |  |
| **13** | **آيا كيسه ادراري روي Holder فيكس است؟** |  |  |  |  |
| **14** | **آيا روي كيسه نام كاتتر و تاريخ ثبت شده است؟** |  |  |  |  |
| **15** | **آيا مدت زمان تخليه كيسه ادراري (حداكثر هر 8 ساعت) رعايت مي شود؟** |  |  |  |  |
| **16** | **آيا تعويض كيسه ادراري در صورت نياز و ضرورت انجام مي شود؟** |  |  |  |  |