|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش / واحد مورد ارزيابي**:................................................ **تاريخ ارزيابي:** .............................................**شيفت**:.............................  **نام و نام خانوادگي بيمار:** .................................................. **شماره پرونده**:...............................................**ارزياب**:............................. | | | | | | |
|  | | **چك ليست ارزيابي عملكرد مراجع مراقبتي پرستاري**  **(ارزيابي پايش و اطمينان از اجراي دستورات پزشك)** | **غ ق ا** | **0** | **1** | **2** |
| **1** | | **سربرگ صفحه دستورات پزشك تكميل شده است.** |  |  |  |  |
| **2** | | **دستورات پزشك تاريخ دارد.** |  |  |  |  |
| **3** | | **دستورات پزشك ساعت ويزيت دارد.** |  |  |  |  |
| **4** | | **دستورات پزشك خوانا مي باشد.** |  |  |  |  |
| **5** | | **دستورات پزشك مهر و امضاء دارد.** |  |  |  |  |
| **6** | | **اولين ويزيت پزشك در محدوده زماني تعيين شده توسط بيمارستان انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **7** | | **تمام مشاوره و درمان ها به تائید پزشك معالج رسيده و در صفحه دستورات ثبت شده است.** |  |  |  |  |
| **8** | | **پزشك معالج پس از رويت فرم تلفيق داروئي ادامه مصرف داروهاي قبلی بيمار را به دستورات اضافه كرده است.** |  |  |  |  |
| **9** | | **تمام نتايج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاينات باليني بيمار توسط پزشك ثبت شده است.** |  |  |  |  |
| **10** | | **تمام دستورات مراقبتي و بررسي ها و اقدامات پاراكلينيكي لازم ثبت شده است.** |  |  |  |  |
| **11** | | **چك دستورات پزشك انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **12** | | **چك دستورات براساس شماره بندي انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **13** | | **چك دستورات پزشك با خودكار قرمز انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **14** | | **ابتدا و انتهاي هر دستور بسته شده است.** |  |  |  |  |
| **15** | | **تعداد موارد چك شده مشخص شده است.** |  |  |  |  |
| **16** | | **زمان چك كردن مشخص شده است.** |  |  |  |  |
| **17** | | **تاريخ چك كردن مشخص شده است.** |  |  |  |  |
| **18** | | **موارد خط خوردگي مشخص و ثبت شده است.** |  |  |  |  |
| **19** | | **امضاء و مهر پرستار چك كننده موجود مي باشد.** |  |  |  |  |
| **20** | | **امضاء و مهر چك راند توسط اينچارج يا سرپرستار انجام شده است.** |  |  |  |  |
| **21** | | **دستورات تلفني توسط دو پرستار مهر شده است.** |  |  |  |  |
| **22** | | **علت دستورات تلفنی نوشته شده است.** |  |  |  |  |
| **23** | | **دستورات تلفنی حداکثر پس از 24ساعت توسط پزشک مهر شده است.** |  |  |  |  |