|  |
| --- |
|  **چك ليست ارزيابي حيطه باليني وضعیت آموزش به بیمار و همراهان بيمارستان مهر**  |
| **بخش:........................ تاريخ ارزيابي: ............................نام و نام خانوادگي:.............................................شماره پرونده:....................................** |
| **عناوين ارزيابي** | **غ ق ا** | **نمره** | **كل نمره** |
| **هركدام 1 نمره**1. **معرفي پزشك معالج سرپرستار نحوه دسترسي به ايشان در بدو ورود**
 |  |  | **2** |
| **آموزش بدو بستري****(كل نمره 26)** | 1. **معرفي بخش و نحوه استفاده و كاربري و آگاهي از ........**

**دستبند شناسايي: تلفن: تخت بيمار:** |  |  | **2** |
| 1. **پيشگيري از سقوط: ساعات ملاقات:**
 |  |  | **2** |
| 1. **زنگ احضارپرستار: پله هاي فرار:**
 |  |  | **2** |
| 1. **تحويل تجهيزات اتاق: حمام و نمازخانه:**
 |  |  | **2** |
| 1. **ارائه پمفلت آموزش در بدو ورود به بيمار (توسط واحد پذيرش)**
 |  |  | **2** |
| 1. **ارائه پمفلت و آموزش كافي در خصوص منشور حقوق بيمار (حداقل 3 مورد)**
 |  |  | **2** |
| 1. **بهداشت فردي (هر كدام 2 نمره)**
 |  |  | **2** |
| 1. **محلول ضدعفوني دست يا آلپروست**
 |  |  | **2** |
| 1. **شستشوي دست**
 |  |  | **2** |
| 1. **تفكيك پسماند**
 |  |  | **2** |
| 1. **نحوه استفاده از تجهيزات سرويس بهداشتي (زنگ احضار پرستار- محل قرار دادن سرم- دستگيره نگهدارنده)**
 |  |  | **2** |
| 1. **ثبت موارد آموزش در برگه ارزيابي بدو ورود**
 |  |  | **2** |
| 1. **ثبت موارد ضروري آموزش در گزارش پرستاري**
 |  |  | **2** |
| 1. **ارائه كتابچه بدو ورود از طرف بخش به بيمار**
 |  |  | **2** |
| **آموزش حين بستري (حداكثر امتياز22)** | 1. **مددجو روزانه نام پرستار خود را مطلع باشد.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو روزانه از اقدامات، نحوه درمان، طول احتمالي درمان، پيامدها و عوارض آن آگاه است.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از مراقبت هاتي قبل و بعد از اقدامات جراحي آگاهي دارد.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از مراقبت ها و عوارض و آمادگي هاي قبل و بعد از اقدامات پاراكلينيك آگاهي دارد.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو در خصوص نيازهاي خود مراقبتي بيماري هاي زمينه اي (ديابت، فشارخون، مديريت درد) آگاهي دارد.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از نحوه مراقبت از اتصالات (سوندفولي، NGT، پانسمان، IV و...) آگاهي دارد.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو در خصوص ميزان فعاليت روزانه خود (OOB، CBRو...) آگاهي دارد.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو آگاهي هاي لازم در خصوص داروهاي مصرفي، عوارض و مراقبت هاي مرتبط را دارد.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از اهميت اجابت مزاج و ديورز با توجه به نوع بيماري آگاه است.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از رژيم غذايي روزانه خود آگاهي لازم را دارد.**
 |  |  | **2** |
| 1. **مددجو از مفاهيم تابلوهاي اخباري بالاي سر خود اطلاع دارد.**
 |  |  | **2** |
| **آموزش حين ترخيص** | **\*\*\*\* مددجو در زمان ترخيص از موارد زير آگاهي كامل دارد.** |  |  |  |
| 1. **رژيم غذايي پس از ترخيص**
 |  |  | **2** |
| 1. **نوع فعاليت و پوزيشن مناسب**
 |  |  | **2** |
| 1. **بهداشت فردي و زمان حمام پس از ترخيص**
 |  |  | **2** |
| 1. **نحوه مراقبت از زخم و عضو آسيب ديده**
 |  |  | **2** |
| 1. **زمان برگشت به فعاليت روزانه**
 |  |  | **2** |
| 1. **تحويل نسخه و آموزش توسط پرستار در خصوص استفاده دارو**
 |  |  | **2** |
| 1. **زمان مراجعه بعدي به پزشك معالج**
 |  |  | **2** |
| 1. **آگاهي در خصوص علائم هشدار دهنده بيماري و نحوه مديريت درد**
 |  |  | **2** |
| 1. **آگاهي از زمان اعلام تستهاي معوقه پاراكلينيكي**
 |  |  | **2** |
| 1. **تكميل فرم آموزش حين ترخيص و امضا و اثر انگشت از بيمار و سرپرستار و مسئول شيفت**
 |  |  | **2** |
| 1. **تحويل نسخه دوم آموزش حين ترخيص به مددجو و امضا و اثر انگشت آموزش گيرنده**
 |  |  | **2** |
| 1. **ثبت آموزشهاي حين ترخيص در گزارش پرستاري**
 |  |  | **2** |
| **آموزش پس از ترخيص** | 1. **آموزش و نحوه مراقبت از اتصالات پس از ترخيص**
 |  |  | **2** |