



کتابچه چک لیست‌ها، پرسشنامه‌ها و فرم‌ها

تدوین شده توسط مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

تاریخ تدوین: ۱۳۹۶

تاریخ آخرین بازنگری: آبان ۱۴۰۳

شماره ویرایش: ویرایش هفتم

تاریخ ابلاغ: آذر ۱۴۰۳

تهیه و تنظیم: دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

تهیه متن با همکاری واحدها/ بخش‌ها انجام شده است.

فهرست

۷	منشور حقوق بیمار
۱۰	چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان
۲۰	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری (مدیر پرستاری) در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۲۱	چک لیست ارزیابی عملکرد سرپرستار مسئول در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۲۲	چک لیست ارزیابی عملکرد سوپروایزر در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۲۳	چک لیست نظارت و ارزیابی کنترل عفونت (بیمارستان شهید مطهری ارومیه)
۳۷	چک لیست میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی (۱)
۳۸	چک لیست ارزیابی مهارتهای عمومی پرستار در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۳۹	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخشهای بستری و اورژانس بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۴۸	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخشهای اتاق عمل بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۵۶	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری (گزارش پرستاری) در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۵۸	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری (کاردکس و تجهیزات) در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۶۷	چک لیست اندازه گیری میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی (۲)
۶۸	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری (بازدید ایمنی) در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۷۳	چک لیست نظارت و ارزیابی مهارتهای ارتباطی پرسنل پرستاری
۷۴	چک لیست استفاده از آمبویگ
۷۵	چک لیست ارزیابی عملکرد پرستار در کار با تهویه مکانیکی
۷۶	چک لیست بررسی وضعیت فضاهای تشخیصی (آزمایشگاه)
۷۷	چک لیست بررسی وضعیت فضاهای تشخیصی (رادیولوژی)
۷۷	چک لیست بازدید خودروهای دولتی
۷۹	چک لیست رعایت نکات لازم از طرف رانندگان استیجاری
۸۰	چک لیست بررسی کیفیت تصاویر پزشکی
۸۱	چک لیست بررسی کیفیت خدمات واحد رادیولوژی
۸۲	چک لیست بررسی رضایتمندی بیمار از واحد رادیولوژی
۸۳	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه ثبت دستورات پزشک
۸۴	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه موارد ارزیابی کاردکس
۸۵	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه موارد ارزیابی اکسیژن تراپی
۸۶	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه موارد ارزیابی آموزشی پرسنل
۸۶	چک لیست استفاده از دی سی شوک
۸۷	چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخشهای بیمارستان شهید مطهری ارومیه
۸۷	چک لیست استفاده از لارنگوسکوپ
۸۷	موارد ارزیابی درمان وریدی و سرم تراپی

۸۸.....	موارد ارزیابی گزارش پرستاری و ثبت اطلاعات در پرونده.....
۸۹.....	موارد ارزیابی دارو درمانی.....
۹۰.....	ارزیابی آموزش به بیمار.....
۹۱.....	چک لیست کنترل ترالی اورژانس.....
۹۱.....	موارد ارزیابی تحویل شیفت.....
۹۲.....	ارزیابی اولیه بیمار.....
۹۳.....	موارد ارزیابی (ساکشن).....
۹۴.....	چک لیست ارزیابی سرپرستار.....
۹۵.....	چک لیست ارزیابی سوپروایزر.....
۹۷.....	چک لیست اعزام ایمن بیمار.....
۹۸.....	چک لیست پایش اندیکاسیونهای پذیرش در بخش ویژه.....
۹۹.....	چک لیست پایش اندیکاسیونهای ترخیص در بخش ویژه.....
۱۰۰.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخمهای فشاری.....
۱۰۱.....	چک لیست کنترل مهارت ارائه آموزش به بیمار (مصاحبه با بیمار).....
۱۰۳.....	چک لیست کنترل مهارت ارائه آموزش به بیمار (مصاحبه با بیمار).....
۱۰۴.....	چک لیست کنترل مهارت ارائه آموزش به بیمار بخش نوزادان و NICU (مصاحبه با بیمار).....
۱۰۶.....	چک لیست ترخیص ایمن بیمار (مصاحبه با مددجو/ همراه).....
۱۰۷.....	چک لیست اثربخشی آموزش پرستار به مددجو.....
۱۰۸.....	چک لیست شستشو و بانسمان زخم عفونت محل عمل جراحی.....
۱۰۹.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(استفاده صحیح از مهارت شیمیایی).....
۱۱۰.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(استفاده صحیح از مهارت فیزیکی).....
۱۱۰.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز).....
۱۱۳.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی).....
۱۱۵.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آندوسکوپی).....
۱۱۷.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از کولونوسکوپی).....
۱۱۹.....	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین، پس از شیمی درمانی و پرتو درمانی.....
۱۲۰.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک به بیمار/همراه بعد از ترخیص از بیمارستان).....
۱۲۱.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخشهای بالینی).....
۱۲۲.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی).....
۱۲۳.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(جدا سازی بیماران روانپزشکی).....
۱۲۵.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی).....
۱۲۶.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(جدا سازی بیماران عفونی).....
۱۲۷.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(حفظ امنیت و ایمنی نوزاد براساس بسته ی خدمتی نوزاد).....
۱۲۹.....	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری).....

- ۱۳۰.....چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری)
- ۱۳۱.....چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان)
- ۱۳۳.....چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل(نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران)
- ۱۳۵.....چک لیست انبارش ایمن
- ۱۳۷.....چک لیست بازدید از داروخانه
- ۱۴۱.....چک لیست بازرسی وضعیت ایمنی داروخانه بیمارستان شهید مطهری
- ۱۴۳.....چک لیست بازدید از آشپزخانه
- ۱۴۶.....چک لیست پایش و ارزیابی بخش تغذیه بالینی بیمارستان ها
- ۱۵۰.....چک لیست ارزیابی عملکرد ICU
- ۱۵۲.....نمونه چک لیست پیشنهادی پایش و نظارت بر عملکرد پیمانکار/کترینگ مرکزی
- ۱۵۷.....چک لیست کنترل عملکرد تجهیزات بیهوشی
- ۱۵۸.....چک لیست شرح وظایف روسای بخش های بالینی
- ۱۶۰.....چک لیست توانمندی مهارت های عمومی کارکنان مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری(به غیر از حوزه پرستاری)
- ۱۶۱.....نتایج ارزیابی مهارت های عمومی، ارتباطی و تخصصی کارکنان مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری(به غیر از حوزه پرستاری)
- ۱۶۲.....چک لیست مهارت های تخصصی واحد منابع انسانی مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری(به غیر از حوزه پرستاری)
- ۱۶۳.....چک لیست مهارت های تخصصی رادیولوژی مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری(به غیر از حوزه پرستاری)
- ۱۶۴.....چک لیست مهارت های تخصصی واحد حراست مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری(به غیر از حوزه پرستاری)
- ۱۶۵.....چک لیست توانمندی مهارت های تخصصی واحد تغذیه مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری(به غیر از حوزه پرستاری)
- ۱۶۶.....چک لیست توانمندی مهارت های تخصصی آزمایشگاه مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری(به غیر از حوزه پرستاری)
- ۱۶۷.....چک لیست مهارت های تخصصی واحد مالی مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری(به غیر از حوزه پرستاری)
- ۱۶۸.....چک لیست روزانه کنترل آشپزخانه
- ۱۶۹.....چک لیست رضایت سنجی عملکرد شرکت خدماتی
- ۱۷۱.....چک لیست نظارت بر عملکرد رانندگان استیجاری
- ۱۷۲.....چک لیست نظارت بر عملکرد پیمانکار پسماند های عفونی، غیر عفونی و شیمیایی و دارویی
- ۱۷۳.....چک لیست نظارت بر عملکرد پیمانکار رختشویخانه
- ۱۷۴.....چک لیست رضایتمندی واحد فنی از پیمانکار
- ۱۷۵.....چک لیست نظارتی مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
- ۱۷۷.....چک لیست تحویل و استقرار خدمت در بیمارستان
- ۱۸۰.....پرسشنامه پایش فرهنگ ایمنی بیمار
- ۱۸۲.....سنجش میزان رضایت بیماران از مراقبت های پرستاری
- ۱۸۳.....رضایت سنجی از بیماران بستری
- ۱۸۵.....رضایت سنجی از همراهان بیماران بستری
- ۱۸۷.....رضایت سنجی از کارکنان
- ۱۸۹.....سنجش رضایتمندی از دانشجویان و دستیاران تخصصی

۱۹۱.....	ارزیابی عملکرد مسئولین واحدها/ بخشها در خصوص وظایف محوله.....
۱۹۲.....	پرسشنامه سنجش رضایتمندی تأمین کنندگان.....
۱۹۳.....	پرسشنامه سنجش رضایتمندی پیمانکاران.....
۱۹۴.....	پرسشنامه سنجش رضایتمندی بیماران بستری از خدمات واحد تغذیه بالینی.....
۱۹۵.....	پرسشنامه سنجش رضایت بیمار از خدمات بستری.....
۱۹۹.....	فرم ثبت شکایت/ انتقاد/ پیشنهاد بیماران و همراهان.....
۲۰۰.....	فرم ثبت شکایت/ انتقاد ذینفعان به غیر از بیمار و همراه.....
۲۰۱.....	فرم تشویق و تنبیه پرسنلی.....
۲۰۲.....	فرم حضور و غیاب.....
۲۰۳.....	فرم صورتجلسه کمیته.....
۲۰۸.....	فرم پایش فصلی کمیته های بیمارستانی.....
۲۰۹.....	فرم صورتجلسه.....
۲۱۵.....	فرم شناسایی و اولویت بندی فرایندهای جاری واحد/ بخش.....
۲۱۷.....	فرم شناسایی نقاط قوت و ضعف بیمارستان.....
۲۱۸.....	فرم مواجهه شغلی.....
۲۲۰.....	اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست.....
۲۲۳.....	فرم مشاهدات: محاسبه ابتدایی میزان رعایت بهداشت دست.....
۲۲۴.....	فرم شماره ۲: جدول مخرج های آماری جهت محاسبه شاخص های عفونت.....
۲۲۵.....	گزارش زخم بستر.....
۲۲۶.....	(فرم شماره ۳مراقبت التور) فرم نمونه برداری موارد اسهال مشکوک به التور و فرم گزارش آزمایشگاه.....
۲۲۷.....	مراقبت التور (فرم شماره ۵) گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور.....
۲۲۸.....	شناسنامه فرایندها و شاخصهای ارزیابی عملکرد فرایند.....
۲۲۹.....	فرم بازدید مدیریتی ایمنی بیمار.....
۲۳۰.....	فرم نگارش دستورالعمل های بیمارستان.....
۲۳۱.....	فرم نگارش خط مشی و روشهای اجرایی بیمارستان.....
۲۳۲.....	فرم نگارش روشهای اجرایی بیمارستان.....
۲۳۳.....	برنامه بهبود / عملیاتی واحد/ بخش.....
۲۳۵.....	فرم پیشنهادات و نظرات همکاران.....
۲۳۵.....	شیوه نامه انتخاب و معرفی کارمند نمونه.....
۲۳۹.....	فرم انتخاب کارمند نمونه.....
۲۳۹.....	فرم شناسایی و الویت بندی نیازهای آموزشی بیماران/همراهان.....
۲۴۰.....	فرم فالوآپ کارشناس آموزش به بیمار پس از ترخیص بخش.....
۲۴۱.....	فرم اخذ برائت و رضایت آگاهانه برای اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی/بیهوشی.....
۲۴۴.....	فرم گزارش روزانه موارد بستری مجدد.....

- ۲۴۴..... فرم مخصوص اطلاعات تکمیلی گزارشهای جدی تهدیدکننده حیات یا منجر به مرگ بیمار.....
- ۲۴۶..... فرم گزارش خطا.....
- ۲۴۷..... فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران.....
- ۲۴۹..... فرم شماره ۱: فرم بیماریابی عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی.....
- ۲۵۱..... فرم آمار نمونه برداری از موارد مشکوک التور(گزارش هفتگی).....
- ۲۵۲..... فرم درخواست کپسول/ قرص اسلتامیویر از واحد کنترل عفونت/ دفتر پرستاری.....
- ۲۵۳..... فرم صدور درخواست فراخوان یا بازخوانی (Recall).....
- ۲۵۴..... فرم بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به COVID-19.....
- ۲۵۵..... فرم تزریق منطقی ونکومایسین.....
- ۲۵۶..... فرم ثبت اطلاعات بیماران نمونه گیری شده دچار سندرم بیماری شدید.....
- ۲۵۷..... فرم مصرف منطقی آنتی بیوتیک.....
- ۲۵۸..... فرم مواجهه شغلی.....
- ۲۵۹..... فرم شماره ۱- تست تشخیصی سریع HIV.....
- ۲۶۰..... فرم پایش آنتی بیوتیک های مهم.....
- ۲۶۱..... فرم پایش آنتی بیوتیک پروفیلاکسی.....
- ۲۶۲..... فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیکی موارد اسهال خونی.....
- ۲۶۴..... فرم شماره ۵- مراقبت التور.....
- ۲۶۵..... فرم شماره ۲: جدول مخرج های آماری جهت محاسبه شاخص های عفونت.....
- ۲۶۶..... انتخاب پرستار خبره.....
- ۲۶۸..... فرم انتخاب کارشناس شایسته در حوزه اداری، مالی، پشتیبانی و پاراکلینیک.....
- ۲۶۹..... فرم انتخاب کارشناس شایسته در حوزه درمان.....
- ۲۷۰..... فرم گزارش ADR.....
- ۲۷۰..... اختصارات استفاده شده برای کدگذاری به همراه عبارت کامل.....

چک لیست‌ها



مشور حقوق بیمار
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری
دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

CH₁-PRC

ردیف	دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.	بله	تا حدودی	خیر
------	--	-----	----------	-----

			ارائه خدمات سلامت به بیمار، شایسته شأن و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی و فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی انجام می‌شود.	۱	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی انجام می‌شود.	۲	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، بر اساس دانش روز و مبتنی بر برتری منافع بیمار انجام می‌شود.	۳	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران انجام می‌شود.	۴	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی انجام می‌شود.	۵	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، به همراه تأمین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری انجام می‌شود.	۶	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، با توجه ویژه به حقوق گروه‌های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست انجام می‌شود.	۷	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار انجام می‌شود.	۸	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت انجام می‌شود.	۹	
			ارائه خدمات سلامت به بیمار، در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن و در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده انجام می‌شود.	۱۰	
			در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورت عدم امکان ارائه خدمات مناسب، پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.	۱۱	
			ارائه خدمات سلامت در مراحل پایانی حیات بیمار که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد، با هدف حفظ آسایش وی ارائه می‌گردد.	۱۲	
ردیف	بله	تا حدودی	خیر		
				اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.	
				در زمان پذیرش اطلاعات کافی در خصوص ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه ارائه و سیستم‌های حمایتی معرفی می‌شود.	۱۳
				در زمان پذیرش نام، مسؤلیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر توضیح داده می‌شود.	۱۴
				در زمان پذیرش اطلاعات کافی در خصوص روش‌های تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش، عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار ارائه می‌شود.	۱۵
				در زمان پذیرش اطلاعات کافی در خصوص نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند، ارائه می‌شود.	۱۶
				در طول مدت بستری بیمار آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان ارائه می‌شود.	۱۷
				اطلاعات در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار (به شرطی که تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار نگردد و یا بیمار تمایلی به دریافت اطلاعات نداشته باشد) از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی از جمله زبان، تحصیلات و... در اختیار وی قرار می‌گیرد.	۱۸
				امکان دسترسی بیمار به کلیه‌ی اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی بالینی خود، دریافت تصویر آن و درخواست تصحیح اشتباهات مندرج در آن وجود دارد.	۱۹
ردیف	بله	تا حدودی	خیر		
				حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.	
				بیمار در انتخاب پزشک معالج، انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور و نیز مرکز ارائه	۲۰

			کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط آزاد می‌باشد.	
۲۱			بیمار در خصوص شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت، اختیار کامل دارد.	
۲۲			بیمار می‌تواند درمان‌های پیشنهادی را پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از آن را قبول و یا رد نماید، به‌جز موارد احتمال خودکشی و یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.	
۲۳			اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار می‌گیرد.	
۲۴			انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع و در زمان لازم و کافی انجام می‌گیرد.	
ردیف	بله	نا حدودی	خیر	
۲۵			در خصوص کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار اصل رازداری رعایت می‌شود (مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد).	
۲۶			در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته می‌شود.	
۲۷			فقط بیمار، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند، به اطلاعات بیمار دسترسی دارند.	
۲۸			امکان همراهی فرد معتمد بیمار در مراحل تشخیصی از جمله معاینات و ... وجود دارد.	
۲۹			امکان همراهی والدین کودک در تمام مراحل درمان (در صورت عدم مغایرات با ضرورت‌های پزشکی) وجود دارد.	
ردیف	بله	نا حدودی	خیر	
۳۰			در صورت ادعای نقض حقوق بیمار که موضوع منشور حقوق بیمار است، امکان شکایت هر بیمار به مقامات ذیصلاح، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت وجود دارد.	
۳۱			فلوچارت نحوه رسیدگی و نتایج شکایت جهت اطلاع بیماران در معرض دید مراجعین قرار دارد.	
۳۲			خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران می‌شود.	
۳۳			در اجرای مفاد منشور حقوق بیمار در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین می‌باشد.	
۳۴			چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را می‌نماید.	
۳۵			چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، تصمیم او محترم شمرده می‌شود.	

بسمه تعالی



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

CH₂-EHC

معاونت بهداشتی

چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان مطابقت ✓ عدم مطابقت ×

نام بیمارستان: مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری		
آدرس: ارومیه خیابان کاشانی	شماره تلفن: ۰۴۴۳۲۲۷۰۷۷	
سایت اینترنتی: www.motahariumsu.ac.ir	سال تاسیس: ۱۳۰۷	
تعداد تخت:	مصوب:	
فعال:	دایر:	
نوع بیمارستان:	نوع وابستگی بیمارستان:	
<input type="checkbox"/> عمومی <input type="checkbox"/> چند تخصصی <input type="checkbox"/> تک تخصصی	<input checked="" type="checkbox"/> دانشگاه علوم پزشکی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح	
نوع فعالیت بیمارستان:		
<input checked="" type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> غیر آموزشی		
مشخصات مسئولین بیمارستان	رئیس:	تلفن مستقیم: ۰۴۴۳۲۲۲۰۹۰
	مدیر:	تلفن مستقیم: ۰۴۴۳۲۲۲۰۹۰
	مسئول بهداشت محیط:	تلفن: ۰۴۴۳۲۲۷۰۷۷
	رشته تحصیلی مسئول بهداشت محیط:	
	تحصیلی مسئول بهداشت محیط:	

ردیف	عنوان	توضیحات (با ذکر تاریخ بازدید)			
		بازدید اول	بازدید دوم	بازدید سوم	بازدید چهارم
کلیات و نیروی انسانی					
۱	بیمارستان دارای پست کارشناس بهداشت محیط می باشد				
۲	کارشناس بهداشت محیط در کمیته بهداشت و کنترل عفونت بیمارستانی عضویت داشته و بطور مستمر در جلسات حضور دارد				
۳	کارشناس بهداشت محیط در چهارچوب شرح وظایف مصوب فعالیت می کند.				
۴	اتاق کار مناسب با فضای کافی برای کارشناس بهداشت محیط پیش بینی شده است.				
۵	پرسنل درمانی موازین بهداشت فردی را رعایت نموده و از رفتار بهداشتی برخوردار هستند.				
۶	پرسنل خدماتی موازین بهداشت فردی را رعایت نموده و از رفتار بهداشتی برخوردار هستند.				
۷	کارت واکسیناسیون برای افراد مشمول در پرونده پرسنلی آنها وجود دارد.				
۸	گواهینامه آموزش بهداشت عمومی افراد مشمول در پرونده پرسنلی آنها وجود دارد.				
۹	کارت معاینات پزشکی افراد مشمول در پرونده پرسنلی آنها وجود دارد				
۱۰	پرونده سلامت شغلی برای پرسنلی که مشمول قانون کار هستند (از جمله کارکنان لنژ، CSSD و خدماتی و ...) وجود دارد.				
۱۱	پرسنل درمانی و فنی بیمارستان از وسایل و تجهیزات حفاظت فردی در زمان اقدامات تشخیصی و درمانی استفاده می نمایند.				
۱۲	پرسنل خدماتی در امور مربوط به مواد غذایی و بالعکس بکار گرفته نمی شوند.				
۱۳	قانون ممنوعیت عرضه و فروش دخانیات در بوفه بیمارستان رعایت می شود.				
۱۴	قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در بیمارستان رعایت می شود.				
۱۵	تمهیدات لازم برای کاهش عوامل مزاحم و آلوده کننده در نظر گرفته شده است.				
۱۶	برنامه مستند کنترل حشرات و جانوران موذی با اولویت بهسازی و بهره گیری از روش های تلفیقی وجود دارد.				
۱۷	از خدمات شرکتهای دارای مجوز از معاونت بهداشتی استفاده می شود.				
۱۸	حشرات و جوندگان در قسمتهای مختلف بیمارستان مشاهده نمی شود.				
۱۹	جدولی که حاوی اطلاعات مربوط به مواد خطرناک موجود در تمامی حشره کش های مورد استفاده در بیمارستان و نکات ایمنی مرتبط با آنها می باشد در دسترس است				
۲۰	برگه اطلاعات ایمنی شیمیایی مواد خطرناک موجود در بیمارستان لیست شده است.				
۲۱	مستنداتی که نشان می دهند کلیه کارکنان، دوره های آموزشی مرتبط با مباحث بهداشت محیط را در فواصل زمانی مناسب، گذرانده اند، وجود دارد.				
۲۲	گزارش نواقص و پیگیریهای مرتبط برای رفع نواقص بهداشت محیط و مکاتبه با مسئولین و مراجع ذیربط موجود است				
۲۳	تائیدیه آتش نشانی در خصوص سیستم اطفاء حریق اخذ گردیده است				
پسماند					
۲۴	برنامه عملیاتی مدیریت پسماند پزشکی ویژه تهیه و در دسترس می باشد				
۲۵	انواع و محل تولید پسماندهای خطرناک موجود در بیمارستان لیست شده است				
۲۶	امکانات لازم برای تفکیک پسماند پزشکی در مبدأ وجود دارد و از آنها استفاده می شود				
۲۷	پسماندهای عفونی در کیسه مقاوم زردرنگ جمع آوری و در مخزن زردرنگ دارای علامت مخصوص، قابل شستشو و گندزدایی نگهداری می شود				
۲۸	پسماندهای شیمیایی و دارویی در کیسه مقاوم قهوه ای یا سفید رنگ جمع آوری و در مخازن قهوه ای یا سفید رنگ دارای علامت مخصوص، قابل شستشو و گندزدایی با رعایت اصول ایمنی نگهداری می شود				

۲۹	زباله های نوک تیز و برنده) اعم از سوزن، سرنگ، تیغ جراحی و ... در جعبه یا محفظه های استاندارد (Safety box) جمع آوری می شود			
۳۰	پسماندهای پرتوزا و رادیواکتیو بصورت جداگانه برابر ضوابط و زیر نظر مسئول فیزیک بهداشت جمع آوری می شود			
۳۱	پسماندهای عادی در کیسه مقاوم مشکی رنگ جمع آوری و در مخزن آبی رنگ، قابل شستشو و گندزدایی نگهداری می شوند.			
۳۲	سطح های زباله سالم، درب دار و پدالی ضد زنگ، قابل شستشو با حجم و تعداد مناسب، مجهز به کیسه زباله سالم، مقاوم، محکم و رنگ مناسب در بخشها و اماکن مختلف وجود دارد.			
۳۳	سطحهای زباله ی بخشها (بجز اتاق جراحی) درب دار (پدالی و یا اتوماتیک) می باشند.			
۳۴	اعضاء و اندامهای قطع شده ی بدن و جنین مرده در محل مناسب (نظیر سردخانه اجساد) جمع آوری و جهت حمل و دفن طبق احکام شرعی به گورستان برده می شود.			
۳۵	درب کیسه پسماند و S.B پس از پرشدن سه چهارم ظرفیت آنها بسته می شود.			
۳۶	پسماند بصورت روزانه (و در صورت لزوم چند بار در روز) جمع آوری می شود			
۳۷	برچسب کیسه ها و S.B محتوی انواع پسماند مطابق ضوابط می باشد			
۳۸	سطح های زباله پس از هر بار تخلیه شستشو و گندزدایی می شود			
۳۹	محل مناسب برای شستشو و گندزدایی سطوح زباله وجود دارد			
۴۰	حمل پسماند از درون مرکز با استفاده از چرخ دستی یا گاری که فاقد لبه های تیز و برنده، قابلیت شستشوی آسان، با قابلیت نظافت و گندزدایی، مختص پسماند، نشت ناپذیر است، انجام می شود			
۴۱	وسيله حمل پسماند پس از هر بار تخلیه شستشو و با مواد مناسب گندزدایی می شود			
۴۲	وسيله حمل در انتهای بخش برای انتقال به محل نگهداری موقت تعویض می شود			
۴۳	ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی رعایت می شود			
۴۴	عدم استفاده از سیستم پرتاب (شوتینگ) برای انتقال پسماند به محل نگهداری رعایت می شود			
۴۵	محل نگهداری موقت پسماند در بیمارستان وجود دارد			
۴۶	در مکان یابی جایگاه نگهداری موقت پسماند نکات ذیل رعایت گردیده است: دور از: محل خدمت کارکنان <input type="checkbox"/> آشپزخانه <input type="checkbox"/> سیستم تهویه و تبرید <input type="checkbox"/> محل رفت و درآمد پرسنل، بیماران و مراجعان <input type="checkbox"/> دسترسی و حمل و نقل آسان <input type="checkbox"/> امکان بارگیری با کامیون، وانت و سایر خودروهای باربری <input type="checkbox"/>			
۴۷	شرایط ساختمانی جایگاه نگهداری موقت پسماند مناسب است: به دور از تاثیر عوامل جوی <input type="checkbox"/> نسبت به رطوبت نفوذناپذیر " <input type="checkbox"/> قابلیت نگهداری آسان با شرایط بهداشتی مناسب <input type="checkbox"/> عدم امکان ورود و خروج حشرات چوندگان، پرندگان و به محل نگهداری <input type="checkbox"/> دارای فضای کافی <input type="checkbox"/> دارای سقف محکم <input type="checkbox"/> سیستم فاضلاب مناسب، مجهز به سیستم آب گرم و سرد <input type="checkbox"/> کف شوی <input type="checkbox"/> متصل به شبکه جمع آوری <input type="checkbox"/>			
۴۸	موازین بهداشتی جایگاه نگهداری موقت پسماند مناسب است عدم امکان فساد <input type="checkbox"/> گندیدن یا تجزیه زیستی پسماندها <input type="checkbox"/> انبارداری مناسب <input type="checkbox"/> کنترل دما <input type="checkbox"/> نور کافی <input type="checkbox"/> تهویه مناسب <input type="checkbox"/> کنترل سیستم تهویه و عدم جریان هوای طبیعی از آن به بخشهای مجاور <input type="checkbox"/> امکان تمیز کردن و گندزدایی محل و آلودگی زدایی <input type="checkbox"/>			
۴۹	جایگاه نگهداری موقت پسماند دارای تابلوی گویا و واضح <input type="checkbox"/> مجهز به قفل مناسب <input type="checkbox"/> کنترل ورود و خروج افراد غیر مجاز <input type="checkbox"/>			
۵۰	انواع پسماندهای پزشکی در محل نگهداری موقت جداگانه نگهداری می شود			
۵۱	در صورت عدم استفاده از سیستم سرد کننده، مدت زمان نگهداری پسماند در محل			

					نگهداری موقت رعایت می شود	
۵۲					توزین مثبت و ثبت دقیق انواع پسماندهای تولیدی به صورت روزانه انجام و مستندات آن موجود می باشد	
۵۳					از روشهای غیر سوز مورد تایید برای بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده در مبدا تولید استفاده می شود	
۵۴					پسماند عادی و بی خطر شده بیمارستان به شهرداری تحویل می شود	
۵۵					برای دفع پسماندهای شیمیایی از روش های مورد تایید استفاده می شود	
۵۶					محل مناسب با فضای کافی جهت بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده در مبدا تولید وجود دارد	
۵۷					مستندات مربوط به انجام فرآیند و بررسی صحت عملکرد دستگاه بی خطر ساز وجود دارد	
۵۸					مستندات پایش شیمیایی بی خطر سازی پسماند وجود دارد	
۵۹					مستندات پایش میکروبی دستگاه بی خطر سازی پسماند وجود دارد	
۶۰					مستندات مربوط به انجام کالیبراسیون دستگاه وجود دارد	
۶۱					کاربر آگاه و دوره دیده برای کار با دستگاه بی خطر ساز وجود دارد	
۶۲					از نیروهای اختصاصی برای جمع آوری، حمل پسماند و نظافت محوطه استفاده و از بکارگیری آنها در امور مرتبط با مواد غذایی اجتناب می شود	
۶۳					کارکنان مرتبط با پسماندها از تجهیزات حفاظت فردی استفاده می کنند	
۶۴					رختکن، حمام، روشویی اختصاصی، محل استراحت، به تعداد کافی برای کارکنان مرتبط با پسماندها وجود دارد و کارکنان به سرویس بهداشتی مناسب دسترسی دارند	
۶۵					کارکنان مرتبط با پسماندها در پایان هر نوبت کاری استحمام می کنند	
آب و فاضلاب						
۶۶					کیفیت آب بیمارستان با استانداردهای کشوری آب آشامیدنی (استانداردهای ۱۰۱۱ و ۱۰۵۳ آب آشامیدنی) مطابقت دارد.	
۶۷					شبكة لوله کشی آب بیمارستان سالم، مورد تایید مقامات بهداشتی، دارای فشار مناسب و بدون قطع آب باشد	
۶۸					(نمونه برداری برای آزمایشات میکروبی حداقل در هر فصل یکبار و نمونه برداری برای آزمایشات شیمیایی حداقل هر شش ماه یکبار)	
۶۹					کلرسنجی بصورت روزانه حداقل 3 نمونه در روز انجام و نتایج آن ثبت می شود (کیت کلرسنج مورد تایید باشد)	
۷۰					مخزن ذخیره آب با شرایط بهداشتی برای تأمین آب بیمارستان به مدت حداقل 24 ساعت در مواقع بحران ، بطوریکه آب مخزن ذخیره دائماً در حال گردش باشد، وجود دارد	
۷۱					شبكة جمع آوری و دفع فاضلاب بیمارستان مورد تأیید مقامات بهداشتی است	
۷۲					شبكة جمع آوری فاضلاب بیمارستان از نظر تناسب با نیازها، با اصول فنی و بهداشتی مطابقت دارد	
۷۳					خروجی فاضلاب بیمارستان با استانداردهای محیط زیست مطابقت دارد (حداقل 2 بار در سال با فاصله 6 ماهه پایش می شود)	
۷۴					جمع آوری و دفع فاضلاب به نحوی طراحی گردد که از ایجاد بوی تعفن و بدمنظره شدن محیط جلوگیری می شود	
۷۵					شبكة جمع آوری فاضلاب به نحوی است که حشرات و جوندگان به فاضلاب دسترسی ندارند	
بهداشت آشپزخانه و مواد غذایی						
۷۶					کلیه کارکنانی که به نحوی در تهیه، توزیع، حمل و نقل و نگهداری و عرضه مواد غذایی مرتبط هستند، موازین بهداشت فردی را رعایت می نمایند	
۷۷					نظافت عمومی در آشپزخانه رعایت می شود	
۷۸					کف محل آماده سازی و طبخ غذا و توزیع غذا دارای معیارهای بهسازی می باشد	

۷۹	دیوار محل آماده سازی و طبخ غذا و توزیع غذا دارای معیارهای بهسازی می باشد			
۸۰	سقف محل آماده سازی و طبخ غذا و توزیع غذا دارای معیارهای بهسازی می باشد			
۸۱	درها و پنجره ها سالم و فاقد شکستگی و مجهز به توری سالم می باشد			
۸۲	هود با ابعاد متناسب و مجهز به اگرزفن با قدرت مکش کافی وجود دارد			
۸۳	تهویه به نحوی صورت میگیرد که هوای داخل آشپزخانه همواره سالم، تازه، کافی و عاری از بو میباشد			
۸۴	سیستم سرمایش و گرمایش مناسب میباشد			
۸۵	شدت روشنایی طبیعی یا مصنوعی ۱۰۰ تا ۲۰۰ لوکس میباشد			
۸۶	برای جلوگیری از حریق و انفجار و سایر خطرات احتمالی باید پیش بینی های لازم بعمل آید			
۸۷	سیستم جمع آوری فاضلاب آشپزخانه دارای معیار بهداشتی میباشد.			
۸۸	چربی گیر با شرایط بهداشتی نصب شده است			
۸۹	انبار مواد غذایی با شرایط بهداشتی می باشد			
۹۰	کنترل و ثبت درجه برودت یخچالها و فریزرها دو بار در روز (صبح و شب) انجام می شود			
۹۱	سردخانه مواد غذایی دارای معیار بهسازی و بهداشتی می باشد			
۹۲	اتاقهای استراحت دارای معیار بهسازی و متناسب با تعداد کارگران می باشند			
۹۳	محل شستشوی ظروف و ترالی دارای معیار بهداشتی می باشد. ظروف ترجیحا در ماشین ظرفشویی و یا ظرفشویی سه مرحله ای با حجم مناسب شسته می شوند			
۹۴	ظروف پس از شسته شدن در محل مناسب نگهداری میشوند			
۹۵	توالت، دستشویی، حمام و رختکن اختصاصی به تعداد و دارای شرایط بهداشتی وجود دارد			
۹۶	مقررات بهداشتی و ضوابط مربوط به حمل و نقل، آماده سازی و تهیه، طبخ، نگهداری و توزیع مواد غذایی رعایت میشود			
۹۷	برای حمل و نقل و جابجایی هر نوع مواد غذایی از وسیله نقلیه مجاز و دارای شرایط بهداشتی استفاده می شود			
۹۸	ضوابط بهداشتی مربوط به ظروف مورد استفاده رعایت می شود			
۹۹	ضوابط بهداشتی مربوط به سطوح و میزهای کار و قفسه ها رعایت می شود			
۱۰۰	ظروف مورد استفاده برای بیماران عفونی گندزدایی می شود و یا از ظروف یکبار مصرف استفاده می شود			
۱۰۱	سالن های غذاخوری و محل سرو غذای کارکنان دارای شرایط بهداشتی می باشد			
۱۰۲	سالن غذاخوری مجهز به دستشویی و ظرفشویی مجزا برای استفاده کارکنان بیمارستان می باشد			
۱۰۳	ضوابط و مقررات بهداشتی نگهداری مواد غذایی در انبارها و سردخانه های مواد غذایی (مواد پروتئینی، سبزیجات و لبنیات) رعایت می شود			
۱۰۴	میوه و سبزی خام مصرفی مطابق دستورالعمل های ابلاغی سالمسازی می شود			
۱۰۵	مستندات رعایت اصول شناسایی خطرات و کنترل خطرات مواد غذایی (HACCP) وجود دارد. (در حال حاضر اختیاری است)			
۱۰۶	زنجیره گرم و سرد به تناسب مواد غذایی رعایت می شود			
۱۰۷	از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری بعمل می آید			
۱۰۸	امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفشها در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ، انبار و سردخانه مواد غذایی وجود دارد و رعایت می شود			
۱۰۹	فرایند آماده سازی، انبار کردن و توزیع غذا، ایمن و بهداشتی می باشد			
۱۱۰	مکانیزم های ایمن برای ورود و خروج به سردخانه وجود دارد (هرگز درب از داخل قفل نمی شود)			
۱۱۱	محل طبخ غذا از گردش کار و چیدمان مناسب برخوردار میباشد (انبار، آماده سازی، محل پخت، محل توزیع، محل ظرفشویی)			

از مواد غذایی غیر مجاز (نمکهای تصفیه نشده، مواد غذایی فاقد پروانه، رنگهای غیر مجاز، جوش شیرین و ...) استفاده نمی شود	۱۱۲				
محل تهیه و فروش مواد غذایی (بوفه و تریا) داخل بیمارستان بهداشتی می باشد و مواد غذایی مجاز عرضه می شوند	۱۱۳				
جعبه کمکهای اولیه با مواد و وسایل مورد نیاز در محل مناسب وجود دارد	۱۱۴				
در صورت استفاده از ظروف یکبار مصرف از ظروف سلولوزی استفاده می شود	۱۱۵				
برای حمل غذا از آسانسور اختصاصی استفاده می شود	۱۱۶				
رختشویخانه					
کف، سقف، دیوار، درب و پنجره رختشویخانه بهداشتی بوده و دارای فضای کافی می باشد.	۱۱۷				
سرویس بهداشتی، رختکن و محل استراحت برای کارکنان موجود و دارای شرایط بهداشتی می باشد.	۱۱۸				
در کلیه مراحل، لنژ کثیف با تمیز، عفونی با غیر عفونی و لنژ آغشته به مواد دفعی با سایر البسه تداخل نداشته و ورودی و خروجی مجزا می باشد.	۱۱۹				
بهداشت و حفاظت فردی کارکنان در مراحل نگهداری، شستشو، گندزدایی، خشک کنی، اتوکشی و توزیع البسه و ملحفه رعایت می شود.	۱۲۰				
نظافت عمومی و اصول گندزدایی رعایت می شود	۱۲۱				
تاسیسات، تجهیزات و ماشین آلات از نظر بهداشتی (شامل شرایط نصب، ایمنی، رعایت عدم تداخل کثیف و تمیز) مناسب می باشد.	۱۲۲				
نور، سروصدای، رطوبت، تهویه و دما مناسب می باشد.	۱۲۳				
محل استقرار رختشویخانه مناسب می باشد (ارتباط مناسب با بخشها، عدم ایجاد مزاحمت برای مردم و بیماران).	۱۲۴				
محل نگهداری لنژ تمیز از نظر قفسه بندی، دسته بندی و ارتباط با بخشها مناسب می باشد.	۱۲۵				
انبار مناسب برای نگهداری مواد شوینده و گندزداها موجود می باشد.	۱۲۶				
ترالی حمل البسه، ملحفه و اقلام پارچه ای تمیز و کثیف کاملا از یکدیگر مجزا و قابل تشخیص و مناسب می باشد.	۱۲۷				
محل مناسب جهت شستشوی ترالی موجود می باشد.	۱۲۸				
خیاط خانه دارای شرایط بهداشتی و ایمنی می باشد.	۱۲۹				
ثبت آمار ورود و خروج لنژ به تفکیک هر بخش انجام می شود.	۱۳۰				
برای جلوگیری از حریق و انفجار و سایر خطرات احتمالی باید پیش بینی های لازم با توجه به حجم کار و نوع فعالیت و تعداد کارگران بعمل آید.	۱۳۱				
جعبه کمکهای اولیه با مواد و وسایل مورد نیاز در محل مناسب وجود دارد.	۱۳۲				
به پرسنل واحد در خصوص نحوه شستشو و گندزدایی آموزشهای لازم ارائه شده است.	۱۳۳				
شرایط بهداشتی بخشها					
کف بخش سالم، با دوام، قابل شستشو، غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی میباشد.	۱۳۴				
کلیه دیوارها سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز، روشن، قابل شستشو و ضد عفونی، بدون خلل و فرج، تا ارتفاع حد اقل ۱/۸ متر از کف از جنس مقاوم و صیقلی باشد.	۱۳۵				
اتاق تزریقات و پانسمان، جراحی سر پایی، سرویسهای بهداشتی، CPR، اتاق کار، فضاهای تمیز و استریل تا زیر سقف سنگ یا کاشی میباشد.	۱۳۶				
سقف کلیه قسمتها سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز و به رنگ روشن میباشد.	۱۳۷				
در اتاقهای بستری و معاینه، دستشویی مناسب و بهداشتی وجود دارد.	۱۳۸				
کلیه پنجره های بازشو مجهز به توری سیمی ضد زنگ و حفاظ میباشد.	۱۳۹				
میزان نور طبیعی و مصنوعی اتاقهای بستری بیماران مناسب میباشد	۱۴۰				
کلیه تخت خوابهای بیماران سالم، بهداشتی، رنگ آمیزی شده یا استیل و مناسب میباشد.	۱۴۱				
کلیه وسایل تخت بیماران واجد شرایط بهداشتی بوده و بطور مرتب تمیز میشود	۱۴۲				
پنجره های مشرف به خیابان های پر سر و صدا مجهز به شیشه های دوجداره بوده و	۱۴۳				

				آسایش بیماران تامین میشود.	
۱۴۴				کلیه توالتها، دستشویی ها و حمامها بطور مرتب و حد اقل در هر نوبت کاری نظافت و گندزدایی میشود.	
۱۴۵				محل مناسب و بهداشتی برای نگهداری و شستشوی وسایل نظافت (تی شویی) وجود دارد	
۱۴۶				محل مناسب برای نگهداری مواد شوینده، ضدعفونی کننده و گندزدا وجود دارد.	
۱۴۷				ملحفه های عفونی و آغشته به مواد دفعی بطور جداگانه جمع آوری و با اصول بهداشتی به رختشویخانه حمل میشود.	
۱۴۸				سرویسهای بهداشتی (توالت، حمام و دستشویی) با شرایط مطلوب (ایمنی و بهداشت) برای بیمار و کارکنان بطور مجزا تعبیه شده است.	
۱۴۹				مطابق برنامه زمانبندی، اتاقها و وسایل و تجهیزات آنها نظافت میشود.	
۱۵۰				سطوح، وسایل و تجهیزات متناسب با نوع کاربری گندزدایی میشود.	
۱۵۱				در اتاق بیماران گلدان خاکدار وجود ندارد.	
۱۵۲				امکانات رفاهی مناسب بیمار (زنگ اخبار، کمد کوچک شخصی، میز غذا و کمدهای کنار تخت) وجود دارد.	
۱۵۳				تهویه کلیه اتاقها مناسب و بهداشتی میباشد.	
۱۵۴				سیستم گرمایش و سرمایش اتاقها مطلوب میباشد.	
۱۵۵				کلیه اتاقهای بیماران مجهز به یخچال اختصاصی با شرایط بهداشتی می باشد.	
۱۵۶				آب سردکن در بخشها و درمانگاهها پیش بینی شده است.	
۱۵۷				جداسازی سطوح تمیز با کیفیت با تعبیه خط قرمز در بخشهای حساس (نظیر ICU ، NICU، دیالیز) انجام و از ورود افراد متفرقه جلوگیری بعمل آید.	
۱۵۸				استانداردهای حفاظتی و بهداشتی در اتاق ایزوله (وضعیت تهویه، گردش کارپرسنل، وسایل حفاظت فردی پرسنل، دفع پسماند و...) مراعات می شود.	
۱۵۹				محل مناسب برای نصب لگن شوی و نگهداری لگن ها وجود دارد	
۱۶۰				دربخش های ویژه وضعیت فیزیکی، بهسازی و بهداشتی مناسب است.	
۱۶۱				در بخش های ویژه (نظیر: ICU-NICU-CCU) نظافت مستمر و گندزدایی بصورت روتین و دوره ای انجام می شود.	
۱۶۲				بخش عفونی از سایر بخش ها مجزا می باشد.	
۱۶۳				تهویه بخش عفونی کاملا" مجزا از سیستم تهویه عمومی بیمارستان بوده و بر اساس ضوابط بهداشتی می باشد.	
۱۶۴				بخش ICU دارای اتاق پیش ورودی با دستشویی / اسکراب مناسب می باشد.	
۱۶۵				آبدارخانه دارای شرایط بهداشتی می باشد.	
شرایط بهداشتی آزمایشگاه					
۱۶۶				آزمایشگاه باید دارای اتاقها و لابراتورهای زیر باشد: ۱. دفتر پذیرش ۲. اتاق انتظار ۳. اتاق بیوشیمی ۴. اتاق هماتولوژی ۵. اتاق سرولوژی ۶. اتاق کشت میکروبی ۷. اتاق انگل شناسی ۸. اتاق شستشوی وسایل آزمایشگاه ۹. اتاق نمونه برداری و نگهداری نمونه ۱۰. رختکن ۱۱. انبار وسایل آزمایشگاه ۱۲. تی شویی ۱۳. حمام ۱۴. سرویسهای بهداشتی ۱۵. پاتولوژی	
۱۶۷				دیوار قسمتهای ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۳-۱۴-۱۵ از کف تا زیر سقف کاشیکاری و دیوار سایر قسمتها صاف و فاقد درز و شکاف، تا ارتفاع ۱/۸ متری کاشیکاری و بالاتر از آن با رنگ قابل شستشو رنگ آمیزی گردد.	
۱۶۸				سقف کلیه قسمتها سالم، فاقد درز و شکاف بوده و با رنگ روغن یا پلاستیکی رنگ آمیزی شود.	
۱۶۹				کف کلیه اتاقها و راهروها، هال و انبار باید سالم، بدون درز و شکاف و از جنس قابل شستشو باشد.	

				اتاقهای نمونه برداری، میکروب شناسی، شستشو و بیوشیمی باید دارای کفشوی مجهز به شترگلو باشد در غیر اینصورت وجود دستگاه اولتراویوله جهت ضد عفونی بخش اجباری است.	۱۷۰
				محل اتصال کف به دیوارها حتی المقدور بدون زاویه و بصورت محدب باشد	۱۷۱
				کف اتاق بیوشیمی باید مقاوم به مواد خورنده باشد.	۱۷۲
				سرویسهای بهداشتی پرسنل و بیماران مجزا و متناسب با تعداد افراد باشد.	۱۷۳
				درب و پنجره کلیه اتاقها باید سالم، رنگ آمیزی شده و مجهز به توری باشد.	۱۷۴
				شدت روشنایی نور طبیعی یا مصنوعی در کلیه اتاقها و سالن ها مناسب باشد	۱۷۵
				دوش اضطراری و چشم شویی باید در مکانی باشد که در شرایط اضطراری براحتی در دسترس همه کارکنان باشد.	۱۷۶
				سیستم سرمایش و گرمایش مناسب میباشد.	۱۷۷
				سیستم سرمایش و گرمایش مناسب به گونه ای فراهم شود که ضمن فراهم کردن برودت و حرارت کافی از آلودگی هوای داخل ساختمان جلوگیری شود.	۱۷۸
				وضعیت آزمایشگاه از نظر تهویه مناسب است.	۱۷۹
				اتاق کشت میکروبی بایستی مجهز به هود استاندارد بوده به نحوی که لوله هدایت هوای دستگاه به ارتفاعی که بوی دستگاه مزاحمتی برای ساکنین مجاور ایجاد نکند ادامه یابد و مجهز به فیلتر هپا باشد.	۱۸۰
				آزمایشگاه مجهز با سیستم آشکارساز حریق باشد.	۱۸۱
				کپسولهای حریق و فایرباکس به تعداد کافی و در محل مناسب نصب و دارای تایید باشد.	۱۸۲
				جعبه کمکهای اولیه با مواد و وسایل مورد نیاز موجود باشد.	۱۸۳
				صندلی ها، مبلها، قفسه ها و میزها باید سالم، رنگ آمیزی شده و تمیز با روکش قابل شستشو باشد.	۱۸۴
				دستور العمل گندزدایی در محل مناسب نصب گردد.	۱۸۵
				وضعیت حمل و نگهداری موقت نمونه ها و نحوه جمع آوری و انتقال آنها در آزمایشگاه مناسب است.	۱۸۶
				اتوکلاو مناسب جهت استریل کردن محیط های کشت استفاده شده قبل از خروج وجود دارد.	۱۸۷
				عملکرد کیفیت دستگاه اتوکلاو بطور منظم کنترل و ثبت میشود.	۱۸۸
				اتاقهای نمونه برداری، کشت میکروبی، شستشو و بیوشیمی بایستی دارای دستشویی و اتاقهای شستشو و بیوشیمی علاوه بر دستشویی، دارای ظرفشویی مناسب بوده و فاضلاب آن باید به سیستم دفع فاضلاب ساختمان متصل و به روش بهداشتی دفع گردد.	۱۸۹
				محل مجزا جهت استریل کردن وسایل آزمایشگاهی وجود داشته باشد.	۱۹۰
پرتو پزشکی					
				کلیه واحدهای پرتوپزشکی نظیر رادیولوژی، سیتی اسکن، رادیو تراپی، آنژیوگرافی، پزشکی هسته ای، و واحدهای پرتو تراپی دارای UV لیزر تراپی و MRI های غیر یون ساز دارای شرایط بهسازی در برابر اشعه می باشند	۱۹۱
				کلیه واحدهای پرتوپزشکی نظیر رادیولوژی، سیتی اسکن، رادیو تراپی، آنژیوگرافی، پزشکی هسته ای، و واحدهای پرتو تراپی دارای UV لیزر تراپی و MRI های غیر یون ساز دارای شرایط بهداشتی در برابر اشعه می باشند	۱۹۲
				کلیه واحدهای پرتوپزشکی نظیر رادیولوژی، سیتیا سکن، رادیو تراپی، آنژیوگرافی، پزشکی هسته ای و واحدهای تراپی UV لیزر تراپی و MRI پرتو های غیر یون ساز نظیر دارای شرایط حفاظت در برابر اشعه می باشند (براساس نظریه کارشناس بهداشت پرتوها)	۱۹۳
				اصول حفاظت در برابر اشعه در کار با دستگاههای قابل حمل رعایت می شود	۱۹۴
				بخش و تجهیزات مولد اشعه یونیزان دارای مجوز کار با اشعه معتبر می باشند	۱۹۵
				پرونده حفاظتی فردی شامل نتایج دزیمتری، معاینات و آزمایشات دوره ای کارکنان بخش	۱۹۶

				وجود دارد	
				کلیه پرتو کاران به دزیمتر فردی معتبر مجهز هستند	۱۹۷
				دستگاههای مولد اشعه دارای گواهی معتبر کنترل کیفی می باشند	۱۹۸
				دستورالعمل ایمنی مقابله با حوادث پرتویی و پرتو گیری غیرمجاز احتمالی وجود دارد	۱۹۹
				از وسایل حفاظت فردی و تجهیزات کمکی نگهدارنده بیمار به تناسب بخش (نظیر روپوش سربی - شیلدهای گناد و تیروئید در سایزهای بزرگ، متوسط و کوچک، دستکش سربی، عینک سربی ، پاروان سربی) استفاده می شود	۲۰۰
				بخش رادیولوژی دارای تجهیزات فیلم لس است یا شرایط اختصاصی تاریکخانه (نظیر نور ، چراغها ، رطوبت و دما ، تاریخ تعویض داروها و تهویه) مناسب است	۲۰۱
				علائم هشدار دهنده راهنما و اطلاع رسانی مرتبط با حفاظت در برابر اشعه وجود دارد و در جای مناسب نصب شده است	۲۰۲
بخش اتاقهای عمل					
				کف اتاقهای عمل دارای شرایط بهداشتی می باشد.	۲۰۳
				دیوارهای اتاقهای عمل دارای شرایط بهداشتی مناسب و تا سقف کاشی کاری می باشد	۲۰۴
				سقف اتاقهای عمل دارای شرایط بهداشتی مناسب و می باشد	۲۰۵
				کلید و پریزهای اتاقهای عمل دارای طولابط بهداشتی و ایمنی و مجهز به سیستم ارت می باشد.	۲۰۶
				توالت و دستشویی و حمام به تعداد کافی و در محل مناسب احداث و دارای شرایط بهداشتی می باشد.	۲۰۷
				توالتها ، دستشویی ها و حمامهای بخش (اتاق عمل) نظافت و با ماده مناسب گندزدایی می شود.	۲۰۸
				دمای بخش مناسب و روزانه ثبت می شود.	۲۰۹
				رطوبت بخش مناسب و روزانه ثبت می شود.	۲۱۰
				سیستم تهویه مناسب میباشد و دارای شرایط بهداشتی می باشد.	۲۱۱
				برنامه منظم شستشو و گندزدایی بخش اتاقهای عمل انجام میشود.	۲۱۲
				نمونه برداری از سطوح و تجهیزات مطابق دستورالعمل کشوری انجام و نتایج تحلیل میشود.	۲۱۳
				رختکن کارکنان به تعداد کافی در محل مناسب و دارای شرایط بهداشتی میباشد	۲۱۴
				اتاق استریل فرعی در بخش و در محل مناسب وجود دارد	۲۱۵
				اتاق نگهداری وسایل استریل با قفسه بندی مناسب وجود دارد	۲۱۶
				اتاق مخصوص نگهداری وسایل و مواد شوینده، تمیز کننده و تجهیزات مکانیکی نظافت، در محل مناسب وجود دارد تا سقف کاشی یا سنگ میباشد	۲۱۷
				محل مناسب شستشوی پوتینها، کفشها، تی و امثالهم دارای شرایط بهداشتی میباشد	۲۱۸
				اصل تفکیک فضاهای کثیف، تمیز و استریل از یکدیگر رعایت میشود	۲۱۹
				مسیرهای ورود و خروج تجهیزات و لوازم اتاق عمل تداخل ندارد	۲۲۰
				محل استراحت کادر اتاق عمل دارای شرایط بهداشتی میباشد	۲۲۱
				دریهای بخش دارای شرایط بهداشتی میباشد	۲۲۲
				آبدارخانه بخش در محل مناسب با شرایط بهداشتی وجود دارد	۲۲۳
				ست شویی بخش در محل مناسب با شرایط بهداشتی وجود دارد	۲۲۴
				روشنایی بخش مطابق با استانداردهای بهداشتی میباشد	۲۲۵
				مقررات بهداشتی و حفاظتی مربوط به بخش (نظیر قفسه های لباس، سینک اسکراب، وضعیت سطرها و شیرها و اطفای حریق) مناسب است	۲۲۶
بخش استریلیزاسیون مرکزی CSSD					
				مسیرهای ورود و خروج تجهیزات و لوازم آلوده از استریل جدا میباشد	۲۲۷
				رختکن و سرویسهای بهداشتی کارکنان دارای شرایط بهداشتی و در محل مناسب می باشد	۲۲۸
				بخش دارای فضای فیزیکی مناسب و بهداشتی و بهسازی میباشد	۲۲۹

				کف بخش دارای شرایط بهداشتی می باشد	۲۳۰
				دیوار و درب بخش دارای شرایط بهداشتی می باشد	۲۳۱
				سقف بخش دارای شرایط بهداشتی می باشد	۲۳۲
				برنامه منظم شستشو و گندزدایی سطوح در بخش وجود دارد	۲۳۳
				روشنایی بخش مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد	۲۳۴
				دمای بخش مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد	۲۳۵
				رطوبت بخش مطابق با استانداردهای بهداشتی می باشد	۲۳۶
				ارتباط CSR با بخش اتاق عمل اصولی می باشد	۲۳۷
				منطقه تمیز از منطقه بسته بندی، استریل کردن و انبارداری جدا شده است	۲۳۸
				قسمت شستشو و بسته بندی بصورت تفکیک شده از هم با شرایط بهداشتی وجود دارد	۲۳۹
				بسته بندی وسایل بصورت اصولی انجام می شود و کنترل می گردد	۲۴۰
				دستگاههای اتوکلاو دارای دو درب است و بنحوی که از یکطرف بارگیری و از طرف دیگر تخلیه انجام می شود	۲۴۱
				تهویه هوای بخش مناسب است	۲۴۲
				تمام وسایل استریل شده بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مناسب انبارداری می شود	۲۴۳
				وسایل استریل شده بصورت جداگانه و مستقل از سایر تجهیزات و وسایل انبارداری می شود	۲۴۴
				تمام کارکنان از لباس و لوازم حفاظت فردی مناسب استفاده می نمایند	۲۴۵
				فرایند استریلیزاسیون بنحو صحیح انجام می شود	۲۴۶
				ثبت مستندات مربوط به انجام فرایند استریلیزاسیون وجود دارد	۲۴۷
سایر موارد					
				سردخانه جسد دارای شرایط بهداشتی می باشد	۲۴۸
				سردخانه جسد در محل مناسبی احداث شده است (دسترسی مناسب و به دور از انظار عمومی)	۲۴۹
				تسهیلات نظافت و گندزدایی سطوح و تجهیزات در مجموعه سردخانه جسد وجود دارد	۲۵۰
				اصول بهداشتی و نظافت در آمبولانسهای مستقر در بیمارستان رعایت و محل مناسبی با تسهیلات لازم برای شستشو و گندزدایی آمبولانس وجود دارد	۲۵۱
				مقررات بهداشتی مرتبط با کنترل عفونت در بخش ها رعایت می شود	۲۵۲
				بخشهای داخلی و اطفال و عفونی دارای حداقل یک اتاق استاندارد ایزوله تنفسی با شرایط بهداشتی می باشد	۲۵۳
				وضعیت فیزیکی، بهسازی و بهداشت اورژانس (از قبیل بهداشت فردی، بهداشت ابزار و لوازم کار، پسماندها، فاضلاب، آب) مناسب می باشد	۲۵۴
				مواد و تجهیزات بهداشت محیط بیمارستان به نحوی که پاسخگوی نیازهای فوری در حوادث، بلایا و اقدامات اضطراری باشد (مانند کیت های کنترل کیفی آب، تجهیزات، سموم، مواد گندزدا و ضد عفونی کننده ها) وجود دارد و ایمن نگهداری می شود.	۲۵۵
				سیستم ارجاع شبکه بهداشت در بیمارستان اجرا می شود.	۲۵۶
				شرایط محوطه و فضاهای پیرامونی (فضاهای سبز، مهد کودک، نمازخانه، پلویون پزشکان و کارکنان، رخت کن ها، پارکینگ و اماکن و محلهای عمومی و...) بهداشتی می باشد.	۲۵۷
				وسایل ایمنی و حفاظتی برای کارکنان تاسیسات وجود دارد.	۲۵۸
				برق اضطراری در بیمارستان پیش بینی شده است.	۲۵۹
				گندزدایی امبولانس انجام می شود	۲۶۰



ردیف	رعایت قوانین، ضوابط و مقررات اداری	غیرقابل ارزیابی			توضیحات
		۰	۱	۲	
۱	رعایت یونیفرم پرسنل پرستاری (مصوب سازمانی) و آراستگی ظاهری				
۲	داشتن اتیکت مشخصات فردی				
۳	رعایت شئونات اسلامی (نداشتن زیور آلات- آرایش- نحوه پوشیدن لباس)				
۴	حضور به موقع در هنگام تحویل شیفت				
۵	رعایت محدودیت تردد و رفت و آمد مراجعین و آرامش بخش				
۶	رعایت مقررات در مورد همراهان (پوشیدن لباس همراه ...)				
ردیف	ارتباطات، رفتار حرفه ای و اخلاق پرستاری	۰	۱	۲	توضیحات
۱	کارکنان پرستاری با خوشرویی و احترام با بیمار برخورد می کنند.				
۲	بیمار پرستار خود را می شناسد.				
۳	بیمار آموزش های لازم را در حین انجام مراقبت ها دریافت کرده است.				
۴	در هنگام انجام مراقبت های اختصاصی حریم شخصی بیمار رعایت می شود.				
۵	به سؤالات بیمار در مورد روند درمان پاسخ داده می شود.				
۶	بیمار از پاسخ به موقع پرستار و عملکرد پرسنل پرستاری رضایت دارد.				
۷	کارکنان از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند و به آن عمل می نمایند				
ردیف	موارد ارزیابی عملکرد سرپرستار	۰	۱	۲	توضیحات
۱	مسئول بخش در کل ایام هفته در بخش حضور فعال دارد.				
۲	از نیروهای با سابقه و با مهارت بالا در شیفت های مختلف کاری خصوصاً شب و ایام تعطیل استفاده می گردد.				
۳	تقسیم کار بصورت کتبی و به روش case method و با رعایت سطح بندی انجام شده است.				
۴	برنامه بازدید از بخش خارج از وقت اداری انجام می شود.				
۵	فعالیت پرسنل بر اساس تقسیم کار صورت گرفته است				
۶	شرح وظایف پرسنل در دسترس می باشد.				
۷	تحویل و تحول وسایل بخش صورت گرفته و ثبت شده است.				
۸	توزیع نیروی انسانی در هر سه شیفت با توجه به حجم کار مناسب می باشد.				
ردیف	امکانات و فضاها	۰	۱	۲	توضیحات
۱	محل ایستگاه پرستاری و اشرافیت به بیماران بخش مناسب می باشد				
۲	فاصله بین تخت ها از نظر استاندارد رعایت شده است				
۳	سیستم گرمایش و تهویه مناسب در بخش وجود دارد				
۴	تلفن، جهت ارتباط بیمار با خانواده در دسترس می باشد				
۵	پایون پرستاری دارای امکانات مناسب می باشد و محل آن متناسب است				
۶	بخش دارای اتاق کار می باشد				
۷	برای کیس های عفونی بستری در بخش از اتاق ایزوله استاندارد استفاده می گردد				



چک لیست ارزیابی عملکرد سرپرستار مسئول در بخش های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

نام و نام خانوادگی سرپرستار: نام بخش مربوطه: تاریخ ارزیابی:

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	توضیحات
۱	بررسی وضعیت موجود در واحد تحت نظارت به منظور تعیین مشکلات مرتبط با ارائه خدمات و کیفیت مراقبت از بیمار				
۲	تعیین خط مشی های واحد مربوطه در راستای اهداف کلی سازمان				
۳	تنظیم برنامه کارکنان تحت نظارت در شیفت های مختلف بر اساس برنامه ارتقاء بهره وری				
۴	تعیین وظایف کارکنان تحت نظارت و تقسیم کار بر اساس سطح بندی بیماران				
۵	برنامه ریزی جهت آگاه سازی و آموزش کارکنان جدیدالورود بر اساس سیاست های بیمارستان				
۶	برنامه ریزی جهت آموزش به مددجویان / بیماران، خانواده و مراقبت از خود				
۷	پیش بینی نیازهای واحد مربوطه از نظر امکانات، تجهیزات موجود و لوازم مصرفی و پیگیری جهت تامین آن				
۸	تشکیل جلسات گروهی و جلب مشارکت کارکنان در جهت حل مشکلات واحد مربوطه				
۹	حضور فعال در جلسات و کمیته های بیمارستانی				
۱۰	مشارکت و همکاری در برنامه های آموزش ضمن خدمت، باز آموزی و ...				
۱۱	برگزاری راندهای داخلی جهت افزایش سطح دانش و مهارت حرفه ای پرستاران				
۱۲	ارزشیابی مستمر خدمات ارائه شده توسط کادر تحت سرپرستی از طریق: بررسی رضایت مندی مددجویان، بیماران، همکاران با ابزار مناسب (مشاهده، چک لیست و ...)				
۱۳	نظارت بر نحوه ارزیابی اولیه و گزارش نویسی توسط پرسنل و انجام مداخلات اصلاحی				
۱۴	ارزیابی مهارت های عمومی، اختصاصی و ارتباطی کارکنان و انجام مداخلات اصلاحی				
۱۵	تلاش در جهت استقرار استانداردهای اعتبار بخشی و همکاری با دفتر پرستاری، بهبود کیفیت				
۱۶	هماهنگی ایجاد شرایط کاری مناسب و حسن تفاهم ما بین افراد و ارائه پیشنهادات سازنده				
۱۷	رعایت نظم و انضباط اداری و شئون اسلامی و گشاده رویی و رفتار احترام آمیز با ارباب رجوع				
۱۸	برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی در بخش				
۱۹	بازدید از بخش در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل				
۲۰	گزارش خطاهای پزشکی و عوارض دارویی				

سقف امتیاز: ۴۰

امتیاز صفر تا ۱۳: ضعیف	امتیاز ۱۴ تا ۲۷: متوسط	امتیاز ۲۸ تا ۴۰: خوب	امتیاز مکتسبه:
------------------------	------------------------	----------------------	----------------

مهر و امضاء مدیریت دفتر پرستاری



نام خانوادگی سوپروایزر:

نام گروه مربوطه:

تاریخ ارزیابی:

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	توضیحات
۱	همکاری با مدیر پرستاری در تنظیم و تدوین اهداف و خط مشی های واحدهای ذیربط با همکاری سایر مسئولین				
۲	تهیه و تنظیم گزارشات کمی و کیفی از وضعیت موجود گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت و عملکرد واحدهای ذیربط				
۳	ایجاد هماهنگی بین واحدهای مختلف مرکز جهت ارائه خدمات مطلوب در واحدهای ذی ربط				
۴	مشارکت در توزیع کارکنان پرستاری براساس توانایی ها و نیازها در واحدها و شیفت های مختلف				
۵	مشارکت در برنامه های آموزشی به منظور ارتقای سطح آگاهی و مهارت های خود				
۶	نظارت و کنترل مستمر بر نحوه ارائه خدمات پرستاری و مامایی مبتنی بر استانداردها با استفاده از ابزار مناسب				
۷	بازدید مستمر از واحدهای مرتبط به منظور حصول اطمینان از حسن ارائه خدمات، ثبت و ارائه گزارش به مافوق				
۸	ثبت حوادث، وقایع غیر مترقبه، آمار بیماران بد حال، پذیرفته شده، ترخیصی، فوت شده و گزارش به مافوق				
۹	همکاری و مشارکت در ارزیابی برنامه ها و خط مشی های مدون، جهت دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده				
۱۰	همکاری در تهیه مستندات و تلاش در جهت استقرار استانداردهای اعتبار بخشی				
۱۱	نظارت بر مدیریت تخت در بیمارستان				
۱۲	آگاهی از برآورد کمی و کیفی محاسبه نیروی انسانی				
۱۳	همکاری در آموزش استانداردهای اعتبار بخشی				
۱۴	همکاری در تهیه برنامه عملیاتی و بودجه بندی دفتر پرستاری				
۱۵	انطباق عملکرد با خط مشی ها و روش های اجرایی ابلاغ شده				
۱۶	نظارت بر نحوه ی تقسیم کاردر بخشهای بستری بر اساس تقسیم بندی سطوح مراقبتی				
۱۷	نظارت بر نحوه ی گزارش نویسی پرستاری				
۱۸	نظارت بر نحوه ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار				
۱۹	هماهنگی ایجاد شرایط کاری مناسب و حسن تفاهم ما بین افراد				
۲۰	رعایت نظم وانضباط اداری وشئون اسلامی وگشاده رویی و رفتار احترام آمیز با ارباب رجوع				

سقف امتیاز: ۴۰

امتیاز صفر تا ۱۳: ضعیف

امتیاز ۱۴ تا ۲۷: متوسط

امتیاز ۲۸ تا ۴۰: خوب

امتیاز مکتسبه:

مهر و امضاء مدیریت دفتر پرستاری



تعداد تخت موجود / تعداد بیمار:

نام بخش:

تعداد پرسنل موجود در شیفت:

ردیف	کارکنان	توضیحات		
		۰	۱	۲
۱	بهداشت دست در پنج موقعیت درست انجام می گیرد			
۲	وسایل حفاظت فردی در دسترس بوده و از وسایل به تناسب مورد و بطور صحیح استفاده می شود			
۳	تمامی پرسنل واکسن هپاتیت B تزریق نموده و تیترا بالای ۱۰ واحد بین المللی در میلی لیتر دارند			
فرآیند شستشو و گندزدایی آندوسکوپ ها (برونکوسکوپ و پرپ TE)				
۴	پیش شستشو، بلا فاصله پس از اتمام آندوسکوپی در همان محل انجام می شود.			
۵	پیش شستشو، پیش از جدا سازی آندوسکوپ از منبع نور و ویدئو به طور صحیح انجام می شود.			
۶	پس از انجام پیش شستشو آندوسکوپ در ظرف مخصوص به اتاق REPROCESSING انجام می شود.			
۷	تست نشستی پس از هر بار استفاده بعد از شستشو و قبل از شروع روند REPROCESSING انجام می شود.			
۸	تمامی اجزای جداشدنی آندوسکوپ پیش از شستشو از هم جدا می شوند.			
۹	در صورت استفاده از شوینده های آنزیمی، زمان مواجهه طبق دستور العمل کارخانه سازنده رعایت می شود.			
۱۰	آندوسکوپ و تمامی اجزا آن به طور کامل در ماده شوینده غوطه ور می شوند.			
۱۱	تمامی کانل ها با برس سایز مناسب برس زده می شود.			
۱۲	سطوح خارجی با استفاده از یک پارچه ی نرم، اسفنج یا برس تمیز می شوند.			
۱۳	تمامی کانل های قابل دسترسی فلاش می شوند.			
۱۴	برای سهولت دسترسی ماده شوینده به تمامی سطوح، درپچه ها به صورت مکرر در حین شستشو باز و بسته می شوند.			

۱۵	پس از هر بار برس زدن، بقایای واضح جدا شده و برس با محلول شستشو تمیز می شود.				
۱۶	پس از شستشوی هر دستگاه، سینک بوسیله یک شوینده تمیز می شود.				
۱۷	تجهیزات جانبی چند بار مصرف آندوسکوپی که سد مخاطی را نمی شکنند، ضد عفونی سطح بالا می شوند.				
۱۸	ماده ضد عفونی کننده ی استفاده شده دارای تاییدیه واحد کنترل عفونت می باشد.				
۱۹	تجهیزات جانبی ترجیحا یکبار مصرف استفاده شود و در صورت چند بار مصرف تجهیزات فوق(مانند فورسپس بیوپسی و سایر تجهیزات برش دهنده) که سد مخاطی را می شکنند پس از تمیز کردن، استریل می شوند (ضد عفونی سطح بالا کافی نیست).				
۲۰	زمان مواجهه ۲۰ دقیقه برای ماده ضد عفونی کننده رعایت می شود.				
۲۱	پس از اتمام ضد عفونی، آندوسکوپ به طور کامل آبکشی شده و تمام کانالها با آب فلاش می شود تا محلول ضد عفونی کننده پاک شود.				
۲۲	پس از اتمام آبکشی در صورت استفاده از آب غیر استریل (آب شیر یا فیلتر شده) کانالها با الکل ایزوپروپیل یا اتانول ۷۰-۹۰ در صد فلاش شوند.				
۲۳	پس از انجام الکل فلاش، با استفاده از هوای فشرده، دستگاه خشک میشود.				
۲۴	آندوسکوپ های REPROCESS شده در کمدهای مخصوص و تمیز قرار دارند.				
۲۵	آندوسکوپ های REPROCESS شده به صورت عمودی آویزان شده اند.				
۲۶	تاریخ مصرف و انقضای ماده ی ضد عفونی کننده روی ظروف ثبت شده است.				
۲۷	شرایط تعویض مطابق با زمان و یا شفافیت محلول صورت می گیرد				
نظارت بر دفع پسماندها					
توضیحات	۳:۵	۰	۱	۲	
۲۸	جداسازی پسماندهای عفونی و غیر عفونی به درستی انجام می شود				
۲۹	جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام می شود				
۳۰	برچسب گذاری پسماندها به درستی انجام می شود				
۳۱	دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می شود				
مربوط به نظافت و نظارت بر گندزداها و کشت محیطی					
توضیحات	۳:۵	۰	۱	۲	
۳۲	نظافت کلی بخش				
۳۳	تی و دستمالها در سه رنگ مجزا موجود بوده و به درستی استفاده می شود				

					تی‌ها در محل مناسب و با فاصله لازم آویزان شده اند	۳۴
					محلول ضدعفونی تجهیزات پزشکی موجود است	۳۵
					محلول ضدعفونی برای ساکشنها موجود و تمیز و تاریخ دار است	۳۶
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	محیط	
					تهویه مناسب در اتاق REPROCESSING وجود دارد.	۳۷
					محل انجام کارهای تمیز و کثیف وجود دارد.	۳۸
جمع کل امتیازات						

موارد قابل اصلاح	اقدامات اصلاحی

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

ردیف	پایش کنترل عفونت در بخش‌های ویژه (CCU-NICU- ICU)	۲	۱	۰	غیر قابل ارزیابی	توضیحات
۱	سینک با ماده شوینده و دستمال کاغذی/ محلول ضدعفونی کننده پایه الکلی در ورودی بخش و نقطه مراقبت از بیمار وجود دارد.					
۲	استفاده از یونیفرم تمیز، استفاده از کفش مناسب و جلو بسته برای کلیه پرسنل					
۳	عدم استفاده از زیور آلات، لاک، ناخن مصنوعی					
۴	رعایت بهداشت دست در ۵ موقعیت اعلامی از طرف سازمان بهداشت جهانی					
۵	استفاده از وسایل حفاظتی (گان، ماسک، دستکش، ...) مطابق با اصول احتیاطات استاندارد و مبتنی بر نوع بیماری					
۶	آگاهی از فلوجارت مواجهات شغلی					
۷	رعایت دستورالعمل Safety Box					
۸	انکوباتورها/ تخت ها طبق دستورالعمل بهداشتی نظافت و گندزدایی می‌شود.					
۹	تجهیزات و اقلام یونیت هر بیمار به صورت روزانه اسکراب و گندزدایی می‌شود.					
۱۰	هنگام تعبیه کاتتر ناف، ادراری، NGT و CVP شرایط استریل رعایت می‌شود.					
۱۱	تاریخ و تعویض اقلام پزشکی رعایت می‌شود					
۱۲	تفکیک، جمع آوری و انتقال پسماندها به صورت صحیح انجام می‌شود.					
۱۳	آیا درجه حرارت محیط در حد مطلوب است (۲۴-۲۸C)					
۱۴	آیا رطوبت بخش مناسب می‌باشد (۴۵-۵۵٪)					
۱۵	لیبل ست‌های پانسمان دارای تاریخ، نام ست و پک کننده، شماره سیکل، شماره دستگاه می باشد.					
۱۶	ست های استریل دارای اندیکاتور بوده و مدت زمان نگهداری آن رعایت شده است.					
۱۷	اندیکاتورهای کلاس ۴ و ۶ و لیبل‌ها در پرونده الصاق شده‌اند.					
۱۸	تیغه لارنگوسکوپ، آمیوبگ، افتالموسکوپ، اتوسکوپ و ... به صورت صحیح شستشو و ضدعفونی شده است.					
۱۹	مخزن مانومتر اکسیژن تمیز است و در صورت عدم استفاده خشک نگهداری می‌شود					
۲۰	از فیلتر آنتی باکتریال برای ونتیلاتور استفاده می‌شود.					

۲۱	باتل‌های ساکشن روزانه و یا در صورت رسیدن به ۳/۴ حجم تخلیه و اسکراب می‌شود.				
۲۲	پوزیشن زیر سر ۳۰ درجه در بیماران مورد نیاز رعایت می‌شود.				
۲۳	هیومدیفایرهای ونتیلاتور یکبار مصرف بوده و از آب استریل برای مرطوب کردن هوای تنفسی استفاده می‌شود.				
۲۴	بیمارانی که به مدت طولانی در ICU اقامت دارند از آنهایی که برای مدت کوتاهی بستری هستند جداسازی می‌شوند.				
۲۵	برنامه شستشوی پرینه برای بیماران دارای سوند ادراری روزانه وجود دارد و اجرا و ثبت می‌شود.				
۲۶	کاتتر ادراری به بغل ران بیمار فیکس شده است و کیسه ادرار از آویز آویزان شده است.				
۲۷	وسایل تزریقات، کاتتر و لوله‌های ساکشن، لوله تراشه، ... یکبار مصرف و جهت هر بیمار مجزا استفاده می‌شود.				
۲۸	ساکشن ترشحات لوله تراشه و دهانی با رعایت اصول آسپتیک انجام می‌شود.				
۲۹	دهانشویه برای بیمار به طور مرتب انجام می‌شود و باند/چسب لوله تراشه تمیز است.				
۳۰	در فرآیند انجام گاوژ استاندارد (لاواژ قبل از گاوژ، پوزیشن مناسب، شستشوی لوله و ...) رعایت می‌شود.				
۳۱	مایع گاوژ/ شیر مادر در یخچال مخصوص نگهداری می‌شود و ظرف آن تمیز است.				
۳۲	کاف فشار سنج برای هر بیمار مجزا است و بعد از ترخیص و در صورت آلوده شدن شسته و ضدعفونی می‌شود.				

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

موارد قابل اصلاح	اقدامات اصلاحی

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

چک لیست پایش کنترل عفونت در بخش های بستری و اورژانس				
توضیحات	ارزیا	۰	۱	۲
امکانات مربوط به بهداشت دست				
۱	کلیه روشویی ها مجهز به صابون مایع / دستمال کاغذی می باشند			
۲	ظروف صابون مایع تمیز و سالم است.			
۳	پوستر راهنمای شستشوی دست / هندراب بالای روشوییها / دسپنسرها موجود می باشد.			
۴	محلول های ضد عفونی کننده دست در دسترس می باشند.			
۵	کارکنان با اصول بهداشت دست آشنایی دارند			
مراقبت از کارکنان در مقابل عفونتهای بیمارستانی				
توضیحات	رد	۰	۱	۲
۱	وسایل حفاظت فردی (عینک، پیش بند پلاستیکی، ماسک، دستکش کار) در محل ست شویی موجود و استفاده می شود.			
۲	وسایل حفاظت فردی پرسنل مطابق با فهرست تدوین شده واحد کنترل عفونت موجود و استفاده می شود. (عینک، گان، ماسک، ماسک N ۹۵، دستکش، روکششی)			
۳	پوستر نحوه پوشیدن / خارج کردن وسایل حفاظت فردی در بخش موجود و رعایت می شود.			
۴	فلوچارت مواجهات شغلی در معرض دید پرسنل الصاق و فرم آن در دسترس است.			
نگهداری و مراقبت اقلام پارچه ای				
توضیحات	رد	۰	۱	۲
۱	دستمال در ۳ رنگ مجزا موجود است و به درستی استفاده می شود.			
۲	محل نگهداری البسه تمیز و مناسب می باشد			
۳	البسه تحویلی از رختشویخانه کاملاً خشک می باشد.			
۴	بین زرد و آبی موجود بوده و به درستی استفاده و تاریخ شستشوی بین ها مستند می شود.			
۵	محل نگهداری بسته های استریل تمیز و مناسب می باشد			
نظارت بر دفع پسماندها				
توضیحات	رد	۰	۱	۲
۱	جداسازی پسماندهای عفونی و غیر عفونی به درستی انجام می شود			
۲	جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام می شود			
۳	دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می شود.			
۴	سطح های زباله و کانتینر حمل زباله بخش ها تمیز می باشند.			

حفاظت بیماران نقص ایمنی و ایزولاسیون				
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲
				۱ پرسنل از نحوه گزارش فوری و غیرفوری بیماریها اطلاع دارند.
				۲ ایزوله اختصاصی / جداسازی و مراقبت بیماران محتمل و مشکوک به بیماریهای واگیر رعایت می شود.
				۳ لیست بیماریهای مشمول گزارش فوری و غیرفوری موجود است.
				۴ پوسترهای احتیاطات استاندارد و احتیاطات براساس نوع بیماری موجود است.
پیشگیری از عفونت محل جراحی				
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲
				۱ اندیکاتورهای کلاس ۴ و ۶ و لیبلها در پرونده الصاق شده اند
				۲ تمامی بسته های استریل شامل تست OK و لیبل می باشند
				۳ پارچه ست های استریل بدون سوراخ و پارگی می باشد
				۴ تاریخ مصرف ست های استریل صحیح و در دفتر مخصوص ثبت شده است.
				۵ ست های استریل به صورت کاملاً خشک از مرکز استریلیزاسیون تحویل گرفته می شود.
مربوط به پیشگیری از عفونت های تنفسی				
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲
				۱ باتل مانومتر اکسیژن خشک نگهداری می شود.
				۲ لوله دستگاه بخور سرد تمیز هست.
				۳ آسم یار و ماسک اکسیژن جهت هر بیمار به صورت شخصی استفاده می شود
				۴ دستورالعمل ضد عفونی نبولایزر رعایت می شود.
				۵ تیغه لارنگوسکوپ و آمبویگ به صورت صحیح شستشو و ضد عفونی شده است.
				۶ باتل های ساکشن روزانه و یا در صورت رسیدن به ۳/۴ حجم تخلیه و اسکراب می شود
				۷ ساکشن ترشحات دهانی با رعایت اصول آسپتیک انجام می شود.
مراقبت از انواع کتترها				
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲
				۱ پرسنل از دستورالعمل تعویض اقلام پزشکی آگاهی دارند.
				۲ تاریخ سوند فولی، سوند معده و سایر کتترها در کاردکس ثبت شده است.
				۳ کیسه ادرار بر روی زمین گذاشته نمی شود.
				۴ تخلیه به موقع کیسه ادرار (هر ۶ ساعت) انجام می شود.

چک لیست مربوط به نظافت و نظارت بر گندزداها				
توضیحات	۳	۰	۱	۲
نظافت کلی بخش انجام می شود.				۱
تی در سه رنگ موجود بوده و به درستی استفاده می شود.				۲
تی ها در محل مناسب و با فاصله از یکدیگر آویزان می باشند.				۳
محلول ضد عفونی مخصوص تزریقات موجود است.				۴
بیکس پنبه خشک موجود است.				۵
محلول ضد عفونی کننده تجهیزات پزشکی موجود و به درستی استفاده می شود.				۶
ظرف حاوی محلول ضد عفونی کننده ابزار تمیز و تاریخ دار است				۷
ظرف محلول ضد عفونی کننده سطوح تمیز و تاریخ دار است				۸
ظرف حاوی محلول ضد عفونی کننده بدین و یورینال موجود است تمیز و تاریخ دار است				۹
پرسنل خدماتی از نحوه استفاده از مواد گندزدا آگاهی دارند.				۱۰
رعایت نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی				
توضیحات	۳	۰	۱	۲
فایل دستورالعمل و روش های اجرایی کنترل عفونت در بخش قابل دسترسی می باشد.				۱
پرسنل از انواع عفونتهای بیمارستانی آگاهی دارند.				۲
رابط کنترل عفونت و رابط بهداشت دست در بیماریابی و سایر وظایف محوله همکاری می کنند.				۳
جمع کل امتیازات				

اقدامات اصلاحی	موارد قابل اصلاح

موارد اضافه شده به چک لیست توسط کارشناس کنترل عفونت با ذکر موارد و پایش صورت گرفته ثبت شود.

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت

توضیحات	شماره قابل ارزیابی	چک لیست پایش کنترل عفونت از واحد استریلیزاسیون مرکزی			ردیف
		۰	۱	۲	
امکانات مربوط به بهداشت دست					
					۱
					کلیه روشوییها مجهز به صابون مایع/ دستمال کاغذی می باشند
					۲
					ظروف صابون مایع تمیز و سالم است.
					۴
					پوستر راهنمای شستشوی دست/ هندراب بالای روشوییها/ دسپنسرها موجود می باشد.
					۴
					محلول های ضدعفونی کننده دست در دسترس می باشند.
					۵
					کارکنان با اصول بهداشت دست آشنایی دارند
مربوط به روش های ضدعفونی و نظافت محیط و تجهیزات					
توضیحات	تغییرات	۰	۱	۲	
					۱
					دمپاییها روزانه شستشو می شوند.
					۲
					پرسنل هنگام بسته بندی از کلاه و دستکش استفاده می کنند
					۳
					پرسنل لباس مخصوص به تن دارند (سبز رنگ).
					۴
					تی های رنگی مجزا شده و به درستی استفاده می شود.
					۵
					محلول رقیق شده ضدعفونی کننده سطح موجود و تاریخ دار است
					۶
					محلول ضدعفونی تجهیزات موجود است.
بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها و نگهداری مستمر تجهیزات					
توضیحات	تغییرات	۰	۱	۲	
					۱
					دفتر بازخوانی موجود می باشد و موارد ثبت شده است.
					۲
					دفتر تعمیرات موجود است.
					۳
					تاریخ کالیبراسیون تجهیزات مشخص می باشد.
بازبینی مجدد اقلام در صورت بروز هر اختلال در استریل سازی					
توضیحات	تغییرات	۰	۱	۲	
					۱
					بسته ها پس از خروج از اتوکلاو بخار کاملاً خشک می باشند
					۲
					بسته ها از نظر تمیز و سالم بودن روکش ها کنترل می شوند
					۳
					بسته های با روکش کاغذی کربن پس از تعویض استریل مجدد می شوند
					۴
					دفتر بازبینی بسته های مشکوک موجو است.

مربوط به جا به جایی و انبارداری وسایل استریل شده				
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲
				۱ انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مشبک با سطوح صاف انجام می شود
				۲ دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد در میل انبارش و نگهداری وسایل استریل
				۳ بسته ها به صورت عمودی قرار دارند.
				۴ چیدمان بستهها به شکلی است که برچسب و تاریخ انقضاء آنها مشخص میباشد.
				۵ هرگونه جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، تالی های کمدمار/ کانتینرهای درب دار اختصاصی انجام می شود.
				۶ تحویل ستهای استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه انجام شود.
کاربرد شاخصهای مناسب و حساس شیمیایی و بیولوژیک در استریل کننده ها و کنترل چرخه زمان و دما و فشار و تثبیت آلودگی ابزار				
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲
				۱ آزمون بیولوژیک، و در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده، پس از هر بار انجام تعمیرات کلی انجام می شود.
				۲ نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ در هر بسته استریل برای بیش از ۱۲ قلم استفاده می شود.
				۳ نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ در هر بسته استریل برای کمتر از ۱۲ قلم استفاده می شود.
				۴ از تست سیلر استفاده میشود
				۵ حداقل اطلاعات لازم روی برچسب هر بسته استریل شامل: تاریخ و شیفت کاری، شماره/ کد دستگاه استریل کننده، تاریخ انقضاء مصرف بسته استریل، چرخه بارگذاری، نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل و نام ست می باشد.
				۶ پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات به صورت تصادفی با استفاده تستهای موجود و رایج (تست پروتئین) انجام و ثبت می شود.
				۷ مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در واحد استریلیزاسیون مرکزی شامل شماره / کد مخصوص هر اتوکلاو، نتایج آزمون اسپور، نام مسئول هر چرخه بارگذاری، چرخه زمان دما و فشار اتوکلاوهای بخار، هر - نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm) و آزمونهای کالیبراسیون بوده و حداقل برای یک سال نگهداری می شود.
رعایت فضای تمیز و استریل و رعایت مسیر عبور یک طرفه				
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲
				۱ مسیر عبور یکطرفه براساس نشانه گذاریها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان رعایت شود.
				۲ مدیریت تردد کارکنان با توجه به اصول کنترل عفونت مدیریت شود.
				۳ در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان از وسایل اختصاصی

				استفاده و انتقال ابزار(استریل /غیر استریل) جداگانه انجام می شود.
توضیحات	نق	۰	۱	۲
				مربوط به عدم استریل مجدد اقلام استریل و سیستم رهگیری
				۱ استریل مجدد طبق مصوبات کمیته انجام می شود
				جمع کل امتیازات

اقدامات اصلاحی	موارد قابل اصلاح

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت:

توضیحات	غیر قابل ارزیابی	۰	۱	۲	چک لیست پایش کنترل عفونت از اتاق های عمل	نق
					امکانات مربوط به بهداشت دست	
					۱ کلیه روشوییها مجهز به صابون مایع/ دستمال کاغذی می باشند	
					۲ ظروف صابون مایع تمیز و سالم است.	
					۳ پوستر راهنمای شستشوی دست/ هندراب بالای روشوییها/ دسپنسرها موجود می باشد.	
					۴ محلول های ضد عفونی کننده دست در دسترس می باشند.	
					۵ کارکنان با اصول بهداشت دست آشنایی دارند	
توضیحات	نق	۰	۱	۲	مراقبت از کارکنان در مقابل عفونتهای بیمارستانی	
					۱ وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود و استفاده می شود. (عینک، پیش بند پلاستیکی، ماسک، دستکش کار)	
					۲ وسایل حفاظت فردی پرسنل مطابق با فهرست تدوین شده واحد کنترل عفونت موجود و استفاده می شود. (عینک، گان، ماسک، ماسک N ۹۵، دستکش، روکشش)	

					پوستر نحوه پوشیدن/ خارج کردن وسایل حفاظت فردی در بخش موجود و رعایت می شود.	۳
					فلوچارت مواجهات شغلی در معرض دید پرسنل الصاق و فرم آن در دسترس است.	۴
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	نگهداری و مراقبت اقلام پارچه ای	
					دستمال در ۳ رنگ مجزا موجود است و به درستی استفاده می شود.	۱
					نقل و انتقال ستهای استریل بین بخش و CSR به درستی انجام می شود	۲
					بین زرد و آبی موجود بوده و به درستی استفاده و تاریخ شستشوی بین ها مستند می شود.	۳
					پارچه ستهای استریل تمیز می باشد	۴
					محل نگهداری بستههای استریل تمیز و مناسب می باشد	۵
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	نظارت بر دفع پسماندها	
					جداسازی پسماندهای عفونی و غیر عفونی به درستی انجام می شود	۱
					جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام می شود	۲
					برچسب گذاری پسماندها به درستی انجام می شود	۳
					دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می شود	۴
					سطح های زباله و کانتینر حمل زباله بخش ها تمیز می باشند.	۵
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	پیشگیری از عفونت محل جراحی	
					پرپ محل عمل به درستی انجام می شود	۱
					پرسنل از ماسک و کلاه و لباس مخصوص قبل از ورود به اتاق عمل استفاده می کنند.	۲
					از محلول استریل کننده به درستی استفاده می شود	۳
					اندیکاتورهای کلاس ۴ و ۶ و لیبل ها در پرونده الصاق شده اند.	۴
					تمامی بستههای استریل شامل تست OK و لیبل میباشند	۵
					پارچه ستهای استریل بدون سوراخ و پارگی میباشد	۶
					تاریخ مصرف ستهای استریل صحیح و در دفتر مخصوص ثبت شده است.	۷
					ستهای استریل به صورت کاملاً خشک از مرکز استریلیزاسیون تحویل گرفته می شود.	۸

					از کاغذها مدیکال یکبار مصرف میباشند	۹
					تاریخ ستهای استریل درست میباشند	۱۰
توضیحات	۰	۱	۲		پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی	
					ساکشن تراشه و دهان بیمار مطابق دستورالعمل میباشند.	۱
					سرساکشن لوله تراشه پس از هر بار استفاده دور انداخته میشود.	۲
					لوله ساکشن به ازاء هر بیمار تعویض میشود	۳
					باتلهای ساکشن روزانه و یا در صورت رسیدن به ۳/۴ حجم تخلیه و اسکراب میشود.	۴
					تیغه لارنگوسکوپ و آمبویگ به صورت صحیح شستشو و ضدعفونی شده است	۵
					تعویض لوله های خرطومی دستگاه ونتیلاتور بین بیماران رعایت میشود	۶
					باتل مانومتر اکسیژن خشک نگهداری میشود	۷
توضیحات	۰	۱	۲		مربوط به نظافت و نظارت بر گندزداها و کشت محیطی	
					نظافت کلی بخش رعایت می شود.	۱
					تی و دستمالها در سه رنگ مجزا موجود بوده و به درستی استفاده میشود	۲
					تیها در محل مناسب و با فاصله لازم آویزان شده اند	۳
					محلول ضدعفونی تجهیزات پزشکی موجود است	۴
					محلول ضدعفونی برای ساکشنها موجود و تمیز و تاریخ دار است	۵
					رقیق شده ضدعفونی کننده ابزار تنفسی موجود و تمیز و تاریخ دار است	۶
					محلول رقیق شده ضدعفونی کننده سطوح موجود و تمیز و تاریخ دار است	۷
					کارت کنترل اشعه UV با ذکر تاریخ و زمان استفاده موجود است	۸
					پرسنل خدماتی از نحوه استفاده از مواد گندزدا آگاهی دارند.	۹
					پاکسازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و درجنت / محلولهای آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر و حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاک سازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل انجام می شود.	۱۰
توضیحات	۰	۱	۲		رعایت نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی	

					۱	فایل دستورالعمل و روش های اجرایی کنترل عفونت در بخش قابل دسترسی می باشد.
					۲	پرسنل از انواع عفونتهای بیمارستانی آگاهی دارند.
					۳	رابط کنترل عفونت و رابط بهداشت دست در بیماریابی و سایر وظایف محوله همکاری می کنند.
					جمع کل امتیازات	

موارد قابل اصلاح	اقدامات اصلاحی

نام و امضاء کارشناس کنترل عفونت:



مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

چک لیست میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی (۱)

گروههای حرفه ای			عملکرد	وسایل حفاظت فردی مورد استفاده	نوع احتیاط	
خدمات	پزشک	پرستار				
			<input type="checkbox"/> رعایت <input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> پوشیدن دستکش <input type="checkbox"/> پوشیدن ماسک جراحی <input type="checkbox"/> پوشیدن گان <input type="checkbox"/> پوشیدن چکمه <input type="checkbox"/> پوشیدن پیش بند ضد آب <input type="checkbox"/> پوشیدن عینک	احتمال پاشیدن شدن خون و ترشحات آلوده به مخاط و یا احتمال تماس آن	استاندارد
			<input type="checkbox"/> رعایت <input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> پوشیدن دستکش <input type="checkbox"/> پوشیدن ماسک جراحی <input type="checkbox"/> پوشیدن عینک	احتمال تماس با ترشحات بیماری که رعایت احتیاط قطره‌ای (عفونت تنفسی، اوریون، سیاه سرفه، سرخجه، مننژیت، پنومونی، دیفتیری، برونشولیت، آنفلوآنزا و) ضروری است.	قطره‌ای
			<input type="checkbox"/> رعایت <input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> پوشیدن ماسک N95 <input type="checkbox"/> ماسک جراحی با دو عدد گاز <input type="checkbox"/> دستکش <input type="checkbox"/> پوشیدن عینک	احتمال تماس با ترشحات بیماری که رعایت احتیاط هوایی (سل، سرخک، آبله مرغان، زونا، آنفلوآنزا "حین ساکشن، اینتوبه و برونکوسکوپی"، تب های خونریزی دهنده، سندرم حاد تنفسی و) ضروری است.	هوایی
			<input type="checkbox"/> رعایت <input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> پوشیدن گان <input type="checkbox"/> پوشیدن دستکش	احتمال در معرض قرار گرفتن با ترشحات بیماران با تشخیص (گاسترو آنتریت حاد با منشاء عفونی، زرد زخم، عفونت ناحیه زخم محل عمل شدید و محل بدسور، عفونت های منتقله از راه مدفوعی دهانی، عفونت یا کلونیزاسیون با باکتریهای مقاوم به چند دارو و ...)	تماسی



چک لیست ارزیابی مهارت‌های عمومی پرستار در بخش‌های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

نام و نام خانوادگی پرستار: سن: سنوات خدمتی: کدملی:

وضعیت استخدامی: نام بخش مربوطه: سابقه کار در بخش: تاریخ ارزیابی:

ردیف	عنوان	طیف مهارت			توضیحات
		۰	۱	۲	
۱	مهارت در ثبت صحیح اقدامات پرستاری "گزارش نویسی در پرستاری"				
۲	مهارت در انجام صحیح ارزیابی اولیه بیمار و ثبت تشخیص‌های پرستاری				
۳	مهارت در محاسبه دوز دارویی داروهای مورد مصرف در بخش				
۴	مهارت در ساکشن نمودن اصولی بیمار				
۵	مهارت در دارودهی صحیح بر اساس ۷ رایت				
۶	مهارت در رعایت بهداشت دست طبق دستورالعمل و بخشنامه‌های وزارتی				
۷	مهارت در ثبت صحیح مشاوره‌های درخواستی در دفتر مشاوره				
۸	مهارت در کاردکس نویسی و چک کارتهای دارویی				
۹	مهارت در ارائه آموزش به بیمار بدو ورود، حین بستری، حین ترخیص				
۱۰	مهارت در شناسایی فعال بیمار				
۱۱	مهارت در نحوه ارسال بیمار جهت انجام اقدامات پاراکلینیکی				
۱۲	مهارت در نحوه صحیح درخواست خون و فرآورده‌های خونی				
۱۳	مهارت در فرایند انتقال بیمار				
۱۴	مهارت در نحوه چک دستورات پزشک و اجرای موارد اورژانس				
۱۵	مهارت در اکسیژن تراپی				
*	جمع امتیازات				جمع کل امتیاز مکتسبه:
امتیاز ۰ تا ۱۰ ضعیف (عدم صلاحیت)		امتیاز ۱۱ تا ۲۰ متوسط (نیاز به اقدام اصلاحی)			امتیاز ۲۱ تا ۳۰ خوب (برنامه‌ریزی جهت ارتقاء نقاط ضعف)
مهر و امضاء مسئول بخش:		مهر و امضاء کارشناس خبره بخش:			مهر و امضاء سوپروایزر آموزشی:
مهر و امضاء مدیر خدمات پرستاری					



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخش‌های بستری و اورژانس بیمارستان شهید مطهری ارومیه

تعداد پرسنل موجود در شیفت: **نام بخش:** **تعداد تخت موجود/ تعداد بیمار:**

ردیف	رعایت قوانین و ضوابط و مقررات اداری	ردیف			توضیحات
		۰	۱	۲	
۱	رعایت یونیفرم پرسنل پرستاری (مصوب سازمانی) و آراستگی ظاهری				
۲	داشتن اتیکت مشخصات فردی				
۳	رعایت شئونات اسلامی (نداشتن زیور آلات - آرایش - نحوه پوشیدن لباس)				
۴	حضور به موقع در هنگام تحویل شیفت				
۵	رعایت مقررات در مورد همراهان (پوشیدن لباس همراه - داشتن کارت همراه و...)				
ردیف	ارتباطات رفتار حرفه ای و اخلاق پرستاری	۰	۱	۲	توضیحات
۱	کارکنان پرستاری با خوشرویی و احترام با بیمار برخورد می کنند				
۲	بیمار پرستار خود را می شناسد				
۳	بیمار آموزش های لازم را در حین انجام مراقبت ها دریافت کرده است.				
۴	در هنگام انجام مراقبت های اختصاصی حریم شخصی بیمار رعایت می شود				
۵	به سوالات بیمار در مورد روند درمان پاسخ داده می شود.				
۶	بیمار از پاسخ به موقع پرستار و عملکرد پرسنل پرستاری رضایت دارد				
ردیف	موارد ارزیابی عملکرد سرپرستار	۰	۱	۲	توضیحات
۱	مسئول بخش در کل ایام هفته در بخش حضور فعال دارد.				
۲	از نیروهای با سابقه و با مهارت بالا در شیفتهای مختلف کاری خصوصاً شب و ایام تعطیل استفاده میگردد.				
۳	تقسیم کار بصورت کتبی و به روش case method انجام شده است				
۴	برنامه بازدید از بخش خارج از وقت اداری انجام میشود				
۵	فعالیت پرسنل بر اساس تقسیم کار صورت گرفته است				
۶	شرح وظایف پرسنل در دسترس میباشد.				
۷	تحویل و تحول وسایل بخش صورت گرفته و ثبت شده است				
۸	توزیع نیروی انسانی در هر سه شیفت با توجه به حجم کار مناسب می باشد				
ردیف	ثبت دستورات پزشک	۰	۱	۲	توضیحات
۱	مشخصات سربرگ دستورات پزشک ثبت شده است.				
۲	دستورات پزشک خوانا می باشد و با خودکار آبی یا مشکی ثبت شده است.				
۳	دستورات دارویی به صورت لاتین ثبت شده است				
۴	دستورات پزشک فاقد قلم خوردگی می باشد.				
۵	مهر دستورات پزشک ثبت شده است.				
۶	تاریخ دستورات پزشک ثبت شده است.				
۷	ساعت دستورات پزشک ثبت شده است.				
۸	امضاء دستورات پزشک ثبت شده است.				
۹	تعداد دستورات پزشک توسط پرستار چک شده است.				
۱۰	تاریخ و ساعت چک دستورات پزشک ثبت است.				

۱۱	مهر پرستار چک کننده ثبت شده است.				
۱۲	امضاء پرستار چک کننده ثبت شده است.				
۱۳	ساعت و تاریخ دستورات پزشک با چک پرستار مطابقت دارد.				
۱۴	اجرا دستورات توسط پرستار با دستورات پزشک مطابقت دارد.				
۱۵	مهر مخصوص چک دستورات در انتهای دستورات ثبت و آیتم های موجود پر شده است.				
۱۶	موارد مربوط به قلم خوردگی و error و خودکار دورنگ توسط پرستار ثبت شده است.				
۱۷	انتها و ابتدا هر بند دستورات پزشک بسته شده است.				
۱۸	دستورات پزشک با خودکار قرمز رنگ چک شده است.				
۱۹	داروهای پرخطر با حروف بزرگ نوشته شده اند.				
۲۰	چک دستورات داروهای پرخطر طبق دستورالعمل مهر و امضاء پرستار شاهد دارد.				

ردیف	موارد ارزیابی دارو درمانی	۲	۱	۰	توضیحات
------	---------------------------	---	---	---	---------

۱	پرسنل بخش در مورد فرایند و خط مشی دارو و ۷رایت اطلاع دارند؟				
۲	در صورت برخورد با هرگونه مغایرت در دستور دارویی پرستار مسئول یا پزشک را مطلع می سازد				
۳	سینی و ترالی دارو تمیز و آماده می باشد.				
۴	بهداشت دست را قبل از آماده کردن دارو و بعد از اتمام کار رعایت می کند.				
۵	داروی مورد نظر را با کنترل برچسب دارویی از نظر نام، تاریخ انقضاء، روش مصرف و دوز (قبل، حین و بعد) چک می کند.				
۶	ظاهر دارو را از نظر شفافیت، وجود ذرات خارجی و تغییر رنگ بررسی می نماید				
۷	در مورد داروی تجویز شده اطلاعات دارد و در صورت نداشتن اطلاعات قبل از دادن دارو به کتب دارویی مراجعه می کند				
۸	داروی آماده شده توسط خود فرد داده می شود				
۹	هنگام حضور بر بالین مددجو بیمار را بر اساس دستورالعمل صحیح شناسایی می کند				
۱۰	هدف از دادن دارو و اثرات مورد انتظار را برای بیمار شرح می دهد				
۱۱	ارزیابی بیمار (مانند کنترل فشار و نبض) را قبل از دادن داروی خاص انجام می دهد و نتیجه را ثبت می نماید				
۱۲	داروی درست (شکل و دوز دارویی) در زمان درست داده می شود				
۱۳	در صورت تجویز چند دارو، داروها را به صورت جداگانه به بیمار می دهد				
۱۴	ویال های باز یا حل شده دارای برچسب دوز، ساعت و تاریخ می باشد				
۱۵	کنترل و ثبت درجه حرارت یخچال انجام می شود				
۱۶	یخچال دارویی و مواد غذایی جداگانه هستند				
۱۷	داروهای تاریخ گذشته در بخش وجود ندارد				

ردیف	موارد ارزیابی درمان وریدی	۲	۱	۰	توضیحات
------	---------------------------	---	---	---	---------

۱	سرم ها دارای برچسب شامل تاریخ، ساعت وصل، نام پرستار و بیمار، تعداد قطرات، دوز دقیق داروهای اضافه شده می باشد				
۲	نوع، مقدار و تعداد قطرات تنظیم شده سرم ها با دستور پزشک همخوانی و جریان دارد				
۳	علائم نشئ و فلبیت در محل تزریق مشهود نیست				
۴	تاریخ انقضاء سرم ها، وجود کریستال و یا تغییر رنگ آنها کنترل شده است				
۵	چسب های آنژیوکت تمیز بوده و خون آلود نیست				

ردیف	موارد ارزیابی گزارش پرستاری و ثبت اطلاعات در پرونده	۲	۱	۰	توضیحات
------	---	---	---	---	---------

۱	تاریخ و ساعت پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری بیمار ثبت شده است.				
۲	شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش ثبت شده است.				
۳	علت بستری بیمار در اولین گزارش ثبت شده است.				
۴	وضعیت ارزیابی بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.				

۵	وضعیت سلامت جسمی بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.				
۶	وضعیت سلامت روحی در اولین گزارش ثبت شده است.				
۷	نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده در گزارش پرستاری ثبت شده است.				
۸	توضیحات و آموزشهای لازم جهت بیمار ان در بدو ورود ارائه گردیده و ثبت شده است.				
۹	مشخصات بیمار روی جلد و اوراق پرونده ثبت شده است				
۱۰	اوراق پرونده به ترتیب و طبق استاندارد تنظیم شده است				
۱۱	گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی و... است				
۱۲	گزارشات پرستاری خوانا، جامع، و بدون فاصله خالی بین آنها ثبت شده است				
۱۳	خط مشی چک، آماده سازی و اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار رعایت شده است				
۱۴	زمان انجام تمام اقدامات بصورت دقیق ثبت شده است				
۱۵	پایان گزارش دارای مهر و امضای پرستار و تاریخ و ساعت میباشد				
۱۶	گزارشات با خط ممتد بسته شده بصورتی که امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد				
۱۷	انجام اقداماتی مانند تعیبه سوند فولی و سوند معده و ... با ذکر دقیق ساعت ثبت شده است				
۱۸	در صورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی یا جواب آزمایشات اقدامات انجام شده و اطلاع به پزشک با ذکر ساعت در پرونده ثبت شده است				
۱۹	در گزارش پرستاری روش PIE (مشکل، مداخله، ارزیابی) رعایت شده است				
۲۰	در گزارش پرستاری به ایمنی و حفاظت بیمار اشاره شده است				
۲۱	به فرایند آموزش بیمار در گزارشات پرستاری اشاره شده است				
۲۲	برگه های مشاوره بعد از انجام توسط پرستار چک و مهر و امضا و ساعت زده شده است				
۲۳	دستور CBR بیماران دقیقا رعایت شده است				
۲۴	به انجام گرافی ها و رپورت آنها و دریافت جواب آزمایشات و پیگیری آنها اشاره شده است				
ردیف	موارد ارزیابی بهداشتی	۲	۱	۰	توضیحات
۱	یونیت بیمار مرتب و تمیز می باشد				
۲	بهداشت کلی بخش اعم از سرویس های بهداشتی، یورینال، Bedpan و ... رعایت شده است				
۳	بهداشت فردی بیماران CBR، پیر و ناتوان رعایت شده است				
۴	لباس، ملحفه، پتو و بالش بیماران تمیز و مرتب می باشد				
۵	تفکیک زباله های عفونی و غیر عفونی رعایت شده است				
۶	برنامه اسکراب بصورت مدون در دسترس است (اتاق ها، سرویس های بهداشتی و ...)				
۷	محل نگهداری تی ها، لوله ها، لگن ها و تفکیک تی ها صحیح بوده و جدا از هم می باشد				
۸	نحوه نگهداری وسایل استریل مثل پک ها، کاتترها و ... رعایت شده است				
۹	محلول های ضد عفونی کننده به روش صحیح تهیه شده و در دسترس است				
۱۰	البسه و وسایل تمیز در جایگاه تمیز و البسه و وسایل کثیف در جایگاه کثیف نگهداری می شوند				
ردیف	رعایت اصول و احتیاطات استاندارد	۲	۱	۰	توضیحات
۱	دستورالعمل احتیاطات استاندارد (فرایند نیدل استیک، بیماریهای عفونی، رعایت نکات ایمنی و ...) به اطلاع کلیه کارکنان رسیده و پرسنل از آن آگاهی دارند				
۲	وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت بیمار و پروسیجرهای درمانی استفاده میگردد				
۳	استفاده صرفا یکبار مصرف از وسایل تزریقات، رعایت میگردد				
۴	جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده انجام میشود				
۵	ظروف مناسب و به تعداد کافی جهت دفع اشیاء نوک تیز و برنده وجود دارد				
۶	سطح زباله درب دار به تعداد کافی و مناسب (آبی، زرد، سفید و ...) در بخش موجود است				
۷	محلول های ضد عفونی دست به تعداد مناسب و در محل های صحیح وجود دارد				
۸	شستشوی و بهداشت دست و رعایت اصول و احتیاطات استاندارد آن مورد ارزیابی قرار				

ردیف	مشارکت	۱	۰	۳	توضیحات
۹	میگیرد				نظارت بر روش کار خدمات بخش توسط کارکنان پرستاری انجام می شود
۱۰					روشنایی بخش و اتاق ها و سرویس بهداشتی مناسب و صحیح می باشد
۱۱					ایزولاسیون بیماران نیازمند به روش صحیح انجام شده است.
۱۲					ضد عفونی و نگهداری ترمومتر ها به روش صحیح انجام شده است.
۱۳					تخت و یونیت بیمار بعد از ترخیص به روش صحیح اسکراب و ضد عفونی شده است.
ردیف	موارد ارزیابی اکسیژن تراپی	۲	۱	۰	توضیحات
۱	کپسول اکسیژن و مانومتر سالم و به اندازه کافی موجود است				
۲	اتصالاتی مانند کانول، انواع ماسک، آسم یار به اندازه کافی موجود و مخصوص بیماران می باشد				
۳	مانومترها در صورت عدم استفاده به صورت خشک نگهداری میشوند و فقط در زمان استفاده، مانومتر به اندازه مشخص دارای آب مقطر میباشد				
۴	فلومتر میزان اکسیژن دریافتی برای بیمار را دقیق نشان میدهد.				
۵	دستورپزشک مبنی بر اکسیژن رسانی را بررسی می کند				
۶	دستهای خود را می شوید.				
۷	وضعیت بیمار را بررسی میکند				
۸	با بیمار ارتباط برقرار میکند و مراحل پروسیجر را به وی توضیح می دهد.				
۹	اتاق بیمار را از نظر امنیت در زمان اکسیژن رسانی بررسی میکند.				
۱۰	در صورت لزوم دوشاخه و سایر برقی را از پریز خارج میکند				
۱۱	تابلوی کشیدن سیگار ممنوع را در اتاق بیمار نصب میکند				
۱۲	در مورد بچه ها و بیماران که از چادر اکسیژن استفاده میکنند وسایل مولد جرقه را از اتاق خارج میکند.				
۱۳	تابلوی در حال اکسیژن گرفتن را بالای تخت بیمار و در پشت در اتاق وی نصب میکند.				
۱۴	چنگک های کانول را در سوراخ های بینی بیمار وارد میکند و مطمئن میشود که انحنای آن متناسب با سوراخ های بینی بیمار می باشد				
۱۵	لوله های کانول را از پشت گوشها به پایین و زیر چانه آورده و محکم میکند.				
۱۶	پیچ اکسیژن را به اندازه دستور داده شده باز میکند.				
۱۷	حین اکسیژن تراپی بیمار را بررسی میکند				
۱۸	بیمار را به تنفس از راه بینی با دهان بسته تشویق میکند				
۱۹	مشاهدات و یافته های خود را ثبت میکند: الف زمان و تاریخ دریافت اکسیژن ب نوع وسیله ای که جهت اکسیژن رسانی استفاده کرده است. ج میزان جریان اکسیژن، علائم حیاتی بیمار، رنگ پوست، مشکلات تنفسی، صداهای تنفسی بیمار و پاسخهای قبل و بعد از درمان د زمان و تاریخ پایان اکسیژن تراپی و تغییرات گازهای خون شریانی در پاسخ به اکسیژن رسانی				
ردیف	موارد ارزیابی حمل و نقل و جابجایی بیمار	۲	۱	۰	توضیحات
۱	وسایل حمل و نقل (برانکارد، ویلچر) مناسب و سالم با حفاظ و چرخ روان در دسترس است				
۲	در زمان جابجایی بیمار از پوشش مناسب (ملحفه، پتو) استفاده میشود				
۳	جابجایی بیمار با نیروی خدمات و نظارت و همراهی پرستار انجام میشود. (ترجیحا پرسنل همگن)				
۴	در جابجایی بیماران بدحال از تجهیزات مناسب (مانیتورینگ، کیف احیا، وسایل اکسیژن درمانی و....) استفاده میشود.				
۵	در صورت نیاز به اعزام تمام اوراق بصورت صحیح تکمیل شده است				
۶	حفظ ایمنی بیمار در حین انتقال رعایت می شود				

ردیف	۲	۱	۰	ن: و: ۱	توضیحات
۷	سوپروایزر در فرایند اعزام بیمار با حضور فیزیکی موارد لازم را کنترل می نماید				
ردیف	۲	۱	۰	ن: و: ۱	توضیحات
۱					پرسنل به موقع در شیفت حضور می یابند
۲					تمامی پرسنل هر دو شیفت اعم از پرستار و خدمات در تحویل حضور دارند
۳					پرسنل از یونیفرم و کفش مصوب استفاده می کنند
۴					تمامی پرسنل از اتیکت شناسایی استفاده می نمایند
۵					پرسنل خود را بصورت شفاهی به مددجو و همراه معرفی می نمایند
۶					تحویل IV، سرم، اتصالات بیمار حین تحویل انجام می پذیرد
۷					ارزیابی بیمار توسط پرستار و کنترل علائم حیاتی انجام می پذیرد (از بیمار نیز سوال شود)
۸					رژیم غذایی بیمار بر اساس کاردکس رعایت شده است
۹					نکات مهم توسط مسئول شیفت یادداشت می شود
۱۰					جواب آزمایشات پیگیری شده و جواب آنها به اطلاع پزشک رسانده شده است
۱۱					یونیت اطراف بیمار کاملاً تمیز و مرتب است و اسکراب صحیح تحویل گرفته می شود
۱۲					نکات ایمنی بیمار رعایت شده است
۱۳					گزارشات پرستاری شیفت های قبلی توسط سرپرستار در صبح کاری کنترل می شود
ردیف	۲	۱	۰	ن: و: ۱	توضیحات
۱					وسایل و تجهیزات دارای شناسنامه و تاییده کالیبره میباشند
۲					تاریخ انقضای اقلام دارویی و ترالی احیاء کنترل و ثبت می شود
۳					چیدمان داروهای ترالی براساس ویرایش هفتم می باشد
۴					پرسنل در مورد چیدمان ترالی اورژانس و محل قرار گیریدارو و لوازم اطلاع دارند
۵					داروها، لوازم و تجهیزات در اول شیفت تحویل گرفته شده اند
۶					دی سی شوک ابتدای شیفت تست شده است و نوار آن ضمیمه می باشد.
۷					محل قرار گیری ترالی اورژانس مناسب و در دسترس می باشد
۸					راهنمای ترالی اورژانس کنار ترالی نصب شده است
۹					راهنمای طبقات طبق چیدمان نصب شده است
۱۰					تاریخ انقضای داروها به صورت ماهانه چک و ثبت می شود
۱۱					پرسنل در مورد چک و کاربری دی سی شوک اطلاع و مهارت دارند
۱۲					لارنگوسکوپ ابتدای شیفت چک شده است و در دفتر ثبت شده است
۱۳					پرسنل از نحوه چک نمودن و کاربری لارنگوسکوپ و انواع تیغه ها اطلاع دارند
۱۴					آمبوبگ و کپسول اکسیژن در ابتدای شیفت تحویل گرفته می شود و ثبت می گردد
۱۵					پرسنل از نحوه چک نمودن و کار با آمبوبگ اطلاع و مهارت دارند
۱۶					داروهای پرخطر و مشابه در ترالی اورژانس لیبل گذاری شده است
۱۷					پرسنل داروهای پر خطر و مشابه داروهای ترالی را می شناسند
۱۸					پرسنل در مورد نحوه ی عملکرد در مورد داروهای پرخطر اطلاع دارند
۱۹					پرسنل در مورد موارد استفاده داروهای ترالی اورژانس اطلاع دارند
۲۰					پرسنل در مورد عوارض داروهای ترالی اورژانس اطلاع دارند
۲۱					پرسنل در مورد دوز داروهای احیا اطلاع دارند
۲۲					پرسنل در مورد تداخلات دارویی و احتیاطات لازم اطلاع دارند
۲۳					پرسنل در مورد نحوه تجویز دارو (روش و رقیق سازی و...) از اطلاع دارند
۲۴					در ترالی اورژانس کمبود دارو و لوازم وجود ندارد
ردیف	۲	۱	۰	ن: و: ۱	توضیحات
۱					محل قرار گیری ترالی اورژانس مناسب و در دسترس می باشد.

۲	چرخ های ترالی اورژانس روان بوده و کشوهای ترالی به راحتی باز و بسته می شوند.				
۳	چیدمان ترالی اورژانس بر اساس ویرایش هفتم می باشد.				
۴	تاریخ انقضاء اقلام دارویی/ لوازم مصرفی به صورت ماهیانه کنترل و در دفتر مخصوص ثبت می شود.				
۵	راهنمای ترالی اورژانس بر روی ترالی و کنار آن نصب شده است.				
۶	لیبل گذاری داروهای هشدار بالا و مشابه طبق دستورالعمل معاونت غذا و دارو انجام شده است.				
۷	پرسنل در مورد چیدمان ترالی اورژانس و محل قرار گیری داروها و لوازم اطلاع دارند.				
۸	پرسنل از نحوه چک نمودن لارنگوسکوپ ، آمبویگ و کپسول اکسیژن اطلاع دارند.				
۹	تحويل داروها و لوازم مصرفی ترالی اورژانس از نظر تعداد و تاریخ انقضاء در اول شیفت انجام شده و در دفتر مربوطه ثبت شده است.				
۱۰	چک لارنگوسکوپ ، آمبویگ و کپسول اکسیژن در اول شیفت انجام شده و در دفتر مربوطه ثبت شده است.				
۱۱	کمبردهای ترالی اورژانس در ابتدای شیفت جایگزین شده است.				
۱۲	پرسنل در مورد داروهای هشدار بالا و مشابه ترالی اورژانس آگاهی داشته و احتیاطات لازم را می دانند.				
۱۳	پرسنل در مورد دوز داروهای احیاء آگاهی دارند.				
۱۴	پرسنل از تداخلات دارویی داروهای ترالی اورژانس آگاهی داشته و احتیاطات لازم را انجام می دهد.				
۱۵	پرسنل در مورد محاسبات دارویی(محاسبه دوز ، رقیق سازی و غیره) و مراقبهای پرستاری مرتبط با داروها آگاهی دارند.				
۱۶	پرسنل در مورد عوارض دارویی داروهای ترالی اورژانس آگاهی دارند.				
۱۷	پرسنل موارد استفاده داروهای ترالی آگاهی دارند.				
۱۸	ضدعفونی لارنگوسکوپ ، آمبویگ، ماسک اکسیژن پس از استفاده به درستی انجام شده و وسایل به صورت ضدعفونی شده داخل ترالی اورژانس قرار دارد.				
ردیف	موارد ارزیابی آموزشی پرسنل	۲	۱	۰	توضیحات
۱	برنامه های آموزشی متناسب با شرایط بخش و نیروها وجود دارد				
۲	دستورالعمل پروسیجرهای عمومی و خاص در بخش وجود دارد				
۳	برد آموزشی مناسب با نیاز بخش وجود دارد و برنامه راند بالینی برگزار می شود				
۴	پرسنل از کاربری تجهیزات، داروها و کیس های شایع بخش اطلاع دارند				
۵	پرسنل پرستاری در آموزش های مصوب و غیر مصوب شرکت فعال دارند				
۶	آموزش های داده شده مستند گردیده است				
۷	میزان آگاهی پرسنل از آموزش های داده شده ارزیابی می گردد				
ردیف	ارزیابی آموزش به بیمار	۲	۱	۰	توضیحات
۱	بیمار/مراقب اصلی /مددجو پزشک معالج و پرستار خود را می شناسد				
۲	بیمار /مراقب اصلی /مددجو ، بیماری ، علت آن، عوارض و علائم هشدار بیماری خود را می شناسد				
۳	بیمار/مراقب اصلی /مددجو ، نحوه صحیح (میزان،زمان، عوارض، تداخلات دارویی و روش) و مراقبتهای مورد نیاز در مورد مصرف داروهای خود را میداند				

۴	بیمار /مراقب اصلی/مددجو ، اطلاعات لازم در مورد میزان فعالیتهای روزانه زندگی (مجاز و غیر مجاز)و نحوه استراحت در منزل را می داند				
۵	بیمار /مراقب اصلی/مددجو ، رژیم غذایی مختص بیماری خود را می داند				
۶	بیمار /مراقب اصلی /مددجو نحوه مراقبت از خود در منزل و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان خود را میداند				
۷	بیمار /مراقب اصلی /مددجو مرجع پاسخگویی به سوالات خود در مورد بیماری خود و نهادهای حمایتی موجود در جامعه را پس از ترخیص میداند				
۸	بیمار /مراقب اصلی /مددجو زمان و مکان پیگیریها و مراجعات بعدی خود را می داند				
۹	بیمار /مراقب اصلی /مددجو از برنامه های آموزشی که توسط پرستار ارائه شده، رضایت دارد				
۱۰	پرستار از روشهای کمک آموزشی مناسب (پمفلت، بروشور، فیلم و ...) برای آموزش به بیمار استفاده کرده است				
ردیف	امکانات و فضاها	۲	۱	۰	توضیحات
۱	محل ایستگاه پرستاری و اشرافیت به بیماران بخش مناسب می باشد				
۲	فاصله بین تخت ها از نظر استاندارد رعایت شده است				
۳	سیستم گرمایش و تهویه مناسب در بخش وجود دارد				
۴	تلفن، جهت ارتباط بیمار با خانواده در دسترس می باشد				
۵	میزان آگاهی پرسنل در خصوص بکارگیری دستگاههایی مثل الکتروشوک - ECG - و نیتلاتور و... مناسب است				
۶	پایون پرستاری دارای امکانات مناسب می باشد و محل آن متناسب است				
۷	بخش دارای اتاق کار می باشد				
۸	برای کیس های عفونی بستری در بخش از اتاقایزوله استاندارد استفاده می گردد				
ردیف	امکانات و فضاها	۲	۱	۰	توضیحات
۱	محل ایستگاه پرستاری و اشرافیت به بیماران بخش مناسب می باشد				
۲	فاصله بین تخت ها از نظر استاندارد رعایت شده است				
۳	سیستم گرمایش و تهویه مناسب در بخش وجود دارد				
۴	تلفن، جهت ارتباط بیمار با خانواده در دسترس می باشد				
۵	میزان آگاهی پرسنل در خصوص بکارگیری دستگاههایی مثل الکتروشوک - ECG - و نیتلاتور و... مناسب است				
۶	پایون پرستاری دارای امکانات مناسب می باشد و محل آن متناسب است				
۷	بخش دارای اتاق کار می باشد				
۸	برای کیس های عفونی بستری در بخش از اتاقایزوله استاندارد استفاده می گردد				
ردیف	چک لیست استفاده از دی سی شوک	۲	۱	۰	توضیحات
۱	در مورد نوع دی سی شوک (بای فازیک و منوفازیک) اطلاع دارد				
۲	تفاوت دستگاه منوفازیک و بای فازیک را میداند				
۳	چک دستگاه را می تواند انجام دهد				
۴	در مورد محل قرار گیری پدالها اطلاع دارد				
۵	نحوه مانیتورینگ با دستگاه دی سی شوک (دکمه مانیتورینگ، تعیین لید، پرینت) را میداند				
۶	محل چسباندن چست لیدها را جهت مانیتورینگ می شناسد				
۷	احتیاطات لازم جهت شوک دادن را می داند				
۸	دکمه تعیین انرژی، شارژ و شوک را روی دستگاه و پدال نشان می دهد				
۹	محل دکمه سینکرونایز را می شناسد				
۱۰	دلیل استفاده از دکمه سینکرونایز را می داند				
۱۱	پدالهای اطفال را نشان می دهد				
۱۲	نوار دی سی شوک را میتواند تعویض کند				

					دکمه پرینت را نشان می دهد	۱۳
					دکمه قطع صدا را می شناسد	۱۴
					نحوه تنظیم آلارم ها را میداند	۱۵
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	چک لیست استفاده از لارنگوسکوپ	ردیف
					نحوه چک و تحویل لارنگوسکوپ را می داند	۱
					نحوه تعویض باتری را میداند	۲
					نحوه تعویض لامپ را میداند	۳
					انواع تیغه لارنگوسکوپ و موارد کاربرد را می شناسد	۴
					محل باطری و لامپ یدک لارنگوسکوپ موجود می باشد.	۵
					نحوه اسکراب لارنگوسکوپ را میداند	۶
					نحوه اتصال و جداسازی لارنگوسکوپ را می داند.	۷
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	آگاهی از گاید لاین احیاء ۲۰۱۵	ردیف
					مدت زمان انجام هر سیکل احیاء را میداند	۱
					تعداد ماساژ و عمق ماساژ در احیاء قلبی (بزرگسال، اطفال، نوزادان) را می داند	۲
					ریتم های قابل شوک دادن را می شناسد	۳
					ریتم های غیر قابل شوک دادن را می شناسد	۴
					داروهای حذف شده در گاید لاین ۲۰۱۵ را می شناسد	۵
					داروهای مهم در گاید لاین احیاء را می شناسد	۶
					دوز داروهای مورد استفاده در احیا (آمیودارون، اپی نفرین، لیدوکائین) را می داند	۷
					نسبت ماساژ به تنفس در اطفال و بزرگسالان را میداند	۸
					میزان شوک با دستگاه بای فازیک و متوفازیک را می داند	۹
					میزان شوک در اطفال را می داند	۱۰
					مطالب مهم تاثیر گذار در کیفیت احیاء ۲۰۱۵ را میداند	۱۱
					سایز انتخابی لوله تراشه در اطفال و بزرگسالان را میداند	۱۲
					سه سوال مهم در بررسی نوزاد جهت انجام احیاء نوزاد را می داند	۱۳
					زمان شروع ماساژ قلبی و لوله گذاری داخل تراشه در نوزادان را می داند	۱۴
					اقدامات مهم در احیاء زن باردار را می داند	۱۵
					شرح وظایف خود در برنامه احیاء را میداند	۱۶
					کد اعلام احیاء و شماره تماس اعلام کد را می داند	۱۷
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	احیاء نوزاد	ردیف
					احیای مقدماتی توسط مامای مراقب نوزاد انجام می شود.	۱
					مامای مراقب نوزاد حداقل دارای گواهی نامه احیای پایه معتبر است.	۲
					نوزاد زیر گرم کننده تابشی قرار داده می شود.	۳
					گردن نوزاد در وضعیت مختصر کشیده قرار داده می شود.	۴
					در صورت آغشته نبودن مایع آمنیوتیک به مکنونیوم یا آغشته بودن و سرحال بودن نوزاد، دهان و بینی از ترشحات پاک می شود	۵
					نوزاد خشک می شود.	۶
					نوزاد تحریک می شود.	۷
					نوزاد مجددا وضعیت داده می شود.	۸
					تنفس، تعداد ضربان قلب و رنگ نوزاد از نظر نیاز به احیا پیشرفته مورد ارزیابی قرار می گیرد.	۹
					در صورت نیاز تهویه با فشار مثبت را انجام می دهد.	۱۰
					در صورت نیاز، فشردن قفسه سینه را انجام می دهد.	۱۱
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	ترباژ	ردیف

۱	کلیه مراجعین در بدو ورود تریاژ می شوند.				
۲	برای کلیه مراجعین فرم تریاژ تکمیل می شود.				
۳	مراجع مجبور نیست قبل از تریاژ، کارهای مربوط به پذیرش، پرداخت و نوبت گیری را انجام دهد.				
۴	به عنوان اولین اقدام در ارزیابی بیمار، تشخیص علائم خطر فوری از طریق مصاحبه خوب و مشاهده صورت می گیرد.				
۵	بر اساس سطح بندی تریاژ، بیمار در زمان مناسب توسط پزشک ویزیت می شود. (سطح ۱، یک تا سه دقیقه، سطح ۲، ۱۵ تا ۳۰ دقیقه، سطح ۳، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه، سطح ۴ و ۵، درخواست تسهیلات اورژانس)				
۶	انجام آزمایشات ضروری مقدور می باشد.				
۷	نتایج آزمایشات مذکور به موقع آماده می شود.				
۸	داروهای ضروری برای وضعیت های اورژانس بلافاصله در دسترس می باشد.				
۹	تجهیزات ضروری (سرسوزن، سرنگ، لوله بینی- معده ای، اکسیژن و کیسه خود متسع شونده، آمیوبگ با ماسک های اندازه های مختلف، نبولایزر و اسپیسر) موجود است.				
۱۰	کارکنان تریاژ دوره های آموزشی مرتبط را گذرانده اند.				
۱۱	پوستر راهنمای دیواری و وسایل کمک شغلی جهت تشخیص موارد اورژانسی خطرناک در قسمت معاینه اورژانس وجود دارد.				
۱۲	بر اساس نتایج تریاژ، بیمار به بخش مناسب منتقل شده یا ترخیص می شود.				
۱۳	فرد واجد شرایط تریاژ در هر شیفت تعیین می شود				
۱۴	بیماران بر اساس سیستم ESI تریاژ می شوند				
۱۵	برنامه ماهانه CPT موجود است				
۱۶	نام اعضاء تیم و شرح وظایف در برنامه احیاء مشخص شده است				
۱۷	اورژانس دارای پزشک مقیم است				
۱۸	داروهای ضروری اورژانس طبق دستورالعمل ویرایش پنجم موجود است.				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₁₀-NCA(OR)

چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخش‌های اتاق عمل بیمارستان شهید مطهری ارومیه

تعداد پرسنل موجود در شیفت: نام بخش: تعداد تخت موجود/ تعداد بیمار:

ردیف	رعایت قوانین و ضوابط و مقررات اداری	۰	۱	۲	توضیحات
۱	رعایت یونیفرم پرسنل پرستاری (مصوب سازمانی) و آراستگی ظاهری				
۲	داشتن اتیکت مشخصات فردی				
۳	رعایت شئونات اسلامی (نداشتن زیور آلات- آرایش- نحوه پوشیدن لباس)				
۴	حضور به موقع در هنگام تحویل شیفت				
۵	رعایت محدودیت تردد و رفت و آمد مراجعین و آرامش بخش				
۶	رعایت مقررات در مورد همراهان (پوشیدن لباس همراه- داشتن کارت همراه و...)				
ردیف	ارتباطات رفتار حرفه ای و اخلاق پرستاری	۰	۱	۲	توضیحات
۱	کارکنان پرستاری با خوشرویی و احترام با بیمار برخورد می کنند				
۲	بیمار پرستار خود را می شناسد				
۳	بیمار آموزش های لازم را در حین انجام مراقبت ها دریافت کرده است.				
۴	در هنگام انجام مراقبت های اختصاصی حریم شخصی بیمار رعایت می شود				
۵	به سوالات بیمار در مورد روند درمان پاسخ داده می شود.				
۶	بیمار از پاسخ به موقع پرستار و عملکرد پرسنل پرستاری رضایت دارد				
ردیف	موارد ارزیابی عملکرد سرپرستار	۰	۱	۲	توضیحات
۱	مسئول بخش در کل ایام هفته در بخش حضور فعال دارد.				
۲	از نیروهای با سابقه و با مهارت بالا در شیفتهای مختلف کاری خصوصاً شب و ایام تعطیل استفاده میگردد.				
۳	تقسیم کار بصورت کتبی و به روش case method انجام شده است				
۴	برنامه بازدید از بخش خارج از وقت اداری انجام میشود				
۵	فعالیت پرسنل بر اساس تقسیم کار صورت گرفته است				
۶	شرح وظایف پرسنل در دسترس میباشد.				
۷	تحویل و تحول وسایل بخش صورت گرفته و ثبت شده است				
۸	توزیع نیروی انسانی در هر سه شیفت با توجه به حجم کار مناسب می باشد				
ردیف	دستورات پزشک جهت اجرا در اتاق عمل	۰	۱	۲	توضیحات
۱	دستورات پزشک (بیهوشی یا جراح) در اتاق عمل ثبت می شود				
۲	مشخصات سربرگ دستورات پزشک ثبت شده است.				
۳	دستورات پزشک خوانا می باشد و با خودکار آبی یا مشکی ثبت شده است.				
۴	دستورات دارویی به صورت لاتین ثبت شده است				
۵	دستورات پزشک فاقد قلم خوردگی می باشد.				
۶	مهر دستورات پزشک ثبت شده است.				
۷	تاریخ دستورات پزشک ثبت شده است.				
۸	ساعت دستورات پزشک ثبت شده است.				
۹	امضاء دستورات پزشک ثبت شده است.				
۱۰	تعداد دستورات پزشک توسط پرستار چک شده است.				

					تاریخ و ساعت چک دستورات پزشک ثبت است.	۱۱
					مهر پرستار چک کننده ثبت شده است.	۱۲
					امضاء پرستار چک کننده ثبت شده است.	۱۳
					ساعت و تاریخ دستورات پزشک با چک پرستار مطابقت دارد.	۱۴
					اجرا دستورات توسط پرستار با دستورات پزشک مطابقت دارد.	۱۵
					مهر مخصوص چک دستورات در انتهای دستورات ثبت و آیتم های موجود پر شده است.	۱۶
					موارد مربوط به قلم خوردگی و error و خودکار دورنگ توسط پرستار ثبت شده است.	۱۷
					انتها و ابتدا هر بند دستورات پزشک بسته شده است.	۱۸
					دستورات پزشک با خودکار قرمز رنگ چک شده است.	۱۹
توضیحات	ردیف	۲	۱	۰	موارد ارزیابی دارو درمانی	ردیف
	۱				پرسنل بخش در مورد فرایند و خط مشی دارو و ۸ رایت اطلاع دارند؟	
	۲				در صورت برخورد با هرگونه مغایرت در دستور دارویی پرستار مسئول یا پزشک را مطلع می سازد	
	۳				سینی و ترالی دارو تمیز و آماده می باشد	
	۴				در بخش فضای کافی جهت استفاده از ترالی وجود دارد.	
	۵				بهداشت دست را قبل از آماده کردن دارو و بعد از اتمام کار رعایت می کند.	
	۶				داروی مورد نظر را با کنترل برچسب دارویی از نظر نام، تاریخ انقضاء، روش مصرف و دوز (قبل، حین و بعد) چک می کند.	
	۷				ظاهر دارو را از نظر شفافیت، وجود ذرات خارجی و تغییر رنگ بررسی می نماید.	
	۸				در مورد داروی تجویز شده اطلاعات دارد و در صورت نداشتن اطلاعات قبل از دادن دارو به کتب دارویی مراجعه می کند	
	۹				داروی آماده شده توسط خود فرد داده می شود	
	۱۰				هنگام حضور بر بالین مددجو بیمار را بر اساس دستورالعمل صحیح شناسایی می کند	
	۱۱				ارزیابی بیمار(مانند کنترل فشار و نبض)را قبل از دادن داروی خاص انجام می دهد و نتیجه را ثبت می نماید	
	۱۲				داروی درست (شکل و دوز دارویی) در زمان درست داده می شود	
	۱۳				وسایل را به محل خود بر میگرداند و احتیاطات لازم را به عمل می آورد	
	۱۴				ویال های باز یا حل شده دارای برچسب دوز، ساعت و تاریخ می باشد	
	۱۵				دارو های مخدر جهت استفاده بیماران به سهولت در دسترس می باشد	
	۱۶				کنترل و ثبت درجه حرارت یخچال انجام می شود	
	۱۷				یخچال دارویی و مواد غذایی جداگانه هستند	
	۱۸				داروهای تاریخ گذشته در بخش وجود ندارد	
	۱۹				دو امضایی بودن در مواردی که نیاز به چک پرستار دوم دارد رعایت می شود.	
	۲۰				دارو های پر خطر و مشابه لیبل گذاری شده اند	
توضیحات	ردیف	۲	۱	۰	موارد ارزیابی درمان وریدی	ردیف
	۱				علائم نشت و فلبیت در محل تزریق مشهود نیست	
	۲				دستورالعمل حداکثر زمان استفاده از وسایل (آنژیوکت، ست سرم، و ...) رعایت شده است.	
	۳				تاریخ انقضاء سرم ها، وجود کریستال و یا تغییر رنگ آنها کنترل شده است	
	۴				چسب های آنژیوکت تمیز بوده و خون آلود نیست	
	۵				زمان مجاز در تعویض اتصالات وریدی - میکروست - NGT - سوند فولی رعایت می شود	
	۶				سرم ها در هنگام تحویل به بخش دارای برچسب شامل تاریخ، ساعت وصل، نام پرستار و بیمار، تعداد قطرات، دوز دقیق داروهای اضافه شده می باشند	
توضیحات	ردیف	۲	۱	۰	موارد ارزیابی گزارش پرستاری و ثبت اطلاعات در پرونده	ردیف
	۱				ساعت و تاریخ تحویل بیمار در گزارش پرستاری هر بیمار قید شده است.	
	۲				نحوه ورود بیمار به اتاق عمل در گزارش پرستاری هر بیمار بدو پذیرش ثبت شده است.	
	۳				نحوه پذیرش بیمار(الکتیو، اورژانسی) در گزارش پرستاری ثبت شده است.	
	۴				تحویل بیمار طبق شناسایی فعال و دستبند شناسایی در پرونده ثبت می شود	
	۵				علائم حیاتی بیمار قبل از عمل جراحی در فرم پذیرش بیمار ثبت شده است؟	

۶	گزارشات پرستاری خوانا، جامع، و بدون فاصله خالی بین آنها ثبت شده است.				
۷	گزارشات پرستاری بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی و... است.				
۸	در صورت قلم خوردگی کلمه (اصلاح شد) و تعداد موارد خط خوردگی ثبت شده است.				
۹	زمان انجام تمام اقدامات بصورت دقیق ثبت شده است.				
۱۰	وجود اتصالات بیمار مانند سوند فولی و سوند معده و... با ذکر دقیق ساعت ثبت شده است.				
۱۱	وجود رزور و فرآورده های خونی، تخت ICU برای بیماران خاص ثبت می شود.				
۱۲	وضعیت هوشیاری و وضعیت روحی بیمار در گزارشات ثبت می شود.				
۱۳	نوع بیهوشی بیمار در هنگام تحویل به ریکاوری در گزارش ثبت می شود				
۱۴	هرگونه مشکل و عارضه ناشی از عمل جراحی و اقدامات درمانی در برگه گزارش پرستاری ثبت می شود.				
۱۵	مشخصات بیمار روی اوراق پرونده ثبت شده است				
۱۶	خروج بیمار از ریکاوری وضعیت هوشیاری بیمار در گزارش پرستاری ثبت می شود.				
۱۷	پایان گزارش دارای مهر و امضای پرستار و تاریخ و ساعت میباشد				
۱۸	گزارشات با خط ممتد بسته شده بصورتی که امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد				
۱۹	تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل و یا به همراه بیمار همراه با درخواست و براساس خط مشی مربوطه ثبت شده است				
۲۰	در گزارش پرستاری روش PIE (مشکل، مداخله، ارزیابی) رعایت شده است				
۲۱	در ریکاوری وضعیت عمومی بیمار (استفرغ، خونریزی محل عمل و ...) با قید ساعت، نام و امضاء پرستار، علائم حیاتی، زمان تحویل و اتصالات مربوطه مثل (NGT، FC، لوله تراشه، چست تیوب، وزنه، همو واگ ...) ثبت می شود.				
ردیف	چک لیست پایش کنترل عفونت از اتاق های عمل	۲	۱	۰	توضیحات
امکانات مربوط به بهداشت دست					
۱	کلیه روشوییها مجهز به صابون مایع می باشند				
۲	ظروف صابون مایع تمیز و سالم است				
۳	راهنماهای بهداشت دست در دسترس می باشد				
۴	جداسازی برسهای تمیز و کثیف به درستی انجام می شود				
۵	پوستر راهنمای اسکراب دست جراح بالای سینکهای موجود می باشد				
۶	دستمال کاغذی در دسترس می باشد				
۷	محلول ضد عفونی کننده دست در دسترس می باشند				
۸	سطل آشغال پدال دار است				
۹	فرم امکانات بهداشت دست تکمیل می باشد				
۱۰	مراقبت از کارکنان در مقابل عفونتهای بیمارستانی				
۱۱	پوسترهای احتیاطات استاندارد و احتیاطات براساس نوع بیماری موجود است				
۱۲	وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود است (عینک - پیش بند پلاستیکی - ماسک - دستکش کار)				
۱۳	پوستر تصویری وسایل حفاظت فردی در محل ست شویی موجود است				
۱۴	وسایل حفاظت فردی پرسنل موجود است (عینک - گان - ماسک - ماسک N95 - دستکش - روکش)				
۱۵	پوستر نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی در بخش موجود است				
۱۶	فلوچارت مربوط به مواجهات شغلی در معرض دید پرسنل الصاق شده اند				
۱۷	فرم مواجهات شغلی پرسنل در دسترس کادر قرار دارد				
۱۸	نگهداری و مراقبت اقلام پارچه ای				
۱۹	دستمال در ۳ رنگ مجزا موجود است و به درستی استفاده می شود				
۲۰	نقل و انتقال ستهای استریل بین بخش و CSR به درستی انجام می شود				
۲۱	انتقال البسه کثیف به واحد رختشویخانه به درستی انجام می شود				
۲۲	پارچه ست های استریل تمیز می باشد				

۲۳	محل نگهداری بسته‌های استریل تمیز و مناسب می‌باشد
۲۴	نظارت بر دفع پسماندها
۲۵	جداسازی پسماندهای عفونی و غیرعفونی به درستی انجام می‌شود
۲۶	جداسازی پسماندهای شیمیایی به درستی انجام می‌شود
۲۷	برچسب گذاری پسماندها به درستی انجام می‌شود
۲۸	دفع پسماندهای نوک تیز به درستی انجام می‌شود
۲۹	پیشگیری از عفونت محل جراحی
۳۰	پرپ محل عمل به درستی انجام می‌شود
۳۱	پرسنل از ماسک و کلاه و لباس مخصوص قبل از ورود به اتاق عمل استفاده می‌کنند.
۳۲	دفاتر اتوکلاو های موجود در اتاق عمل کامل می‌باشد
۳۳	از اندیکاتور میکروبی به درستی استفاده می‌شود
۳۴	از تست سیلر به درستی استفاده می‌شود
۳۵	از محلول استریل کننده به درستی استفاده می‌شود
۳۶	اندیکاتورهای کلاس ۶ و لیبلها در پرونده الصاق شده‌اند
۳۷	تمامی بسته‌های استریل شامل تست OK و لیبل می‌باشند
۳۸	پارچه ستهای استریل بدون سوراخ و پارگی می‌باشد
۳۹	از کاغذها مدیکال یکبار مصرف می‌باشند
۴۰	تاریخ ستهای استریل درست می‌باشد
۴۱	بیکس پنبه خشک موجود است
۴۲	محلول ضدعفونی کننده تجهیزات پزشکی موجود است
۴۳	پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی
۴۴	ساکشن تراشه و دهان بیمار مطابق دستورالعمل می‌باشد
۴۵	سرساکشن لوله تراشه پس از هر بار استفاده دور انداخته می‌شود
۴۶	لوله ساکشن به ازاء هر بیمار تعویض می‌شود
۴۷	باتل‌های ساکشن به درستی شسته و ضدعفونی می‌شوند
۴۸	ماسک‌های و لانگوسکوپها بین اعمال به درستی ضدعفونی می‌شوند
۴۹	تعویض لوله های خرطومی دستگاه ونتیلاتور بین بیمارارن رعایت می‌شود
۵۰	باتل مانومتر اکسیژن خشک نگهداری می‌شود
۵۱	مربوط به نظافت و نظارت بر گندزداها و کشت محیطی
۵۲	نظافت کلی بخش
۵۳	تی و دستمالها در سه رنگ مجزا موجود بوده و به درستی استفاده می‌شود
۵۴	تی‌ها در محل مناسب و با فاصله لازم آویزان شده اند
۵۵	محلول ضدعفونی تجهیزات پزشکی موجود است
۵۶	محلول ضدعفونی برای ساکشنها موجود و تمیز و تاریخ دار است
۵۷	محلول رقیق شده ضدعفونی کننده تنفسی موجود و تمیز و تاریخ دار است
۵۸	محلول رقیق شده ضدعفونی کننده سطوح موجود و تمیز و تاریخ دار است
۵۹	نحوه استفاده از دستگاه نوکواسپری و محلول مورد استفاده
۶۰	کارت کنترل اشعه UV با ذکر تاریخ و زمان استفاده موجود است
۶۱	چک لیست مربوط به پایش مصرف موارد ضدعفونی کننده ماهانه موجود است
۶۲	زونکن کشت کامل است
۶۳	میزان آگاهی خدمات از نحوه استفاده از مواد گندزدا خوب است
۶۴	پره واش به درستی انجام می‌شود.

۶۵					رعایت نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی
۶۶					کتابچه دستورالعمل های کنترل عفونت در بخش موجود است
۶۷					زونکن کنترل عفونت بخش کامل است.
ردیف	موارد ارزیابی اکسیژن تراپی	۲	۱	۰	توضیحات
۱	کپسول اکسیژن و مانومتر سالم و به اندازه کافی موجود است				
۲	اتصالاتی مانند کانول، انواع ماسک، آسم یار به اندازه کافی موجود و مخصوص بیماران می باشد				
۳	مانومترها در صورت عدم استفاده به صورت خشک نگهداری میشوند و فقط در زمان استفاده، مانومتر به اندازه مشخص دارای آب مقطر میباشد				
۴	فلومتر میزان اکسیژن دریافتی برای بیمار را دقیق نشان میدهد.				
۵	دستور پزشک مبنی بر اکسیژن رسانی را بررسی می کند				
۶	دستهای خود را می شوید.				
۷	وضعیت بیمار را بررسی میکند				
۸	اتاق بیمار را از نظر امنیت در زمان اکسیژن رسانی بررسی میکند.				
۹	چنگک های کانولا را در سوراخ های بینی بیمار وارد میکنندو مطمئن میشود که انحنای آن متناسب با سوراخهای بینی بیمار می باشد				
۱۰	لوله های کانولا را از پشت گوشها به پایین و زیر چانه آورده ومحکم میکند.				
۱۱	پیچ اکسیژن رابه اندازه دستور داده شده باز میکند.				
۱۲	حین اکسیژن تراپی بیمار را بررسی میکند				
۱۳	بیمار را به تنفس آزره بینی با دهان بسته تشویق میکند				
۱۴	مشاهدات و یافته های خود را ثبت میکند: الف) زمان و تاریخ دریافت اکسیژن ب) نوع وسیله ای که جهت اکسیژن رسانی استفاده کرده است. ج) میزان جریان اکسیژن، علایم حیاتی بیمار، رنگ پوست، مشکلات تنفسی، صداهای تنفسی بیمار و پاسخهای قبل و بعد از درمان د) زمان و تاریخ پایان اکسیژن تراپی و تغییرات گازهای خون شریانی در پاسخ به اکسیژن رسانی				
ردیف	موارد ارزیابی حمل و نقل و جابجایی بیمار	۲	۱	۰	توضیحات
۱	وسایل حمل و نقل (برانکارد، ویلچر) مناسب و سالم با حفاظ و چرخ روان در دسترس است				
۲	در زمان جابجایی بیمار از پوشش مناسب (ملحفه، پتو) استفاده میشود.				
۳	جابجایی بیمار بانبیروی خدمات و نظارت و همراهی پرستار انجام میشود. (ترجیحا پرسنل همگن)				
۴	در جابجایی بیماران بدحال از تجهیزات مناسب (مانیتورینگ، کیف احیاء وسایل اکسیژن درمانی و....) استفاده میشود.				
۵	حفظ ایمنی بیمار در حین انتقال رعایت می شود.				
ردیف	موارد ارزیابی تحویل شیفت	۲	۱	۰	توضیحات
۱	پرسنل به موقع در شیفت حضور می یابند				
۲	تمامی پرسنل هر دو شیفت اعم از پرستار و خدمات در تحویل حضور دارند				
۳	پرسنل از یونیفرم و کفش مصوب استفاده می کنند				
۴	تمامی پرسنل از اتیکت شناسایی استفاده می نمایند				
۵	تحویل بیمار بر بالین با حضور پرسنل دو شیفت انجام می شود				
۶	پرسنل خود را بصورت شفاهی به مددجو و همراه معرفی می نمایند				
۷	تحویل IV، سرم، اتصالات بیمار حین تحویل انجام می پذیرد				
۸	ارزیابی بیمار توسط پرستارو کنترل علایم حیاتی انجام می پذیرد(ازبیمار نیز سوال شود)				
۹	مراقبت های پرستاری بر اساس فرایند پرستاری و کاردکس انجام می پذیرد				
۱۰	نکات مهم توسط مسئول شیفت یادداشت می شود				
۱۱	یونیت اطراف بیمار کاملاً تمیز و مرتب است و اسکراب صحیح تحویل گرفته می شود				

					نکات ایمنی بیمار رعایت شده است	۱۲
					بیماران از ارتباط کارکنان رضایت دارند	
توضیحات	نقدها	۰	۱	۲	ارزیابی ارقام دارویی و توالی احیاء و تجهیزات ضروری بخش	ردیف
					وسایل و تجهیزات دارای شناسنامه و تاییده کالیبره میباشد	۱
					تاریخ انقضاء ارقام دارویی و توالی احیاء کنترل و ثبت می شود	۲
					چیدمان داروهای توالی براساس ویرایش پنجم می باشد	۳
					پرسنل در مورد چیدمان توالی اورژانس و محل قرار گیریدارو و لوازم اطلاع دارند	۴
					داروها، لوازم و تجهیزات در اول شیفت تحویل گرفته شده اند	۵
					دی سی شوک ابتدای شیفت تست شده است و نوار آن ضمیمه می باشد.	۶
					محل قرار گیری توالی اورژانس مناسب و در دسترس می باشد	۷
					راهنمای توالی اورژانس کنار توالی نصب شده است	۸
					راهنمای طبقات طبق چیدمان نصب شده است	۹
					تاریخ انقضا داروها به صورت ماهانه چک و ثبت می شود	۱۰
					پرسنل در مورد چک و کاربری دی سی شوک اطلاع و مهارت دارند	۱۱
					لارنگوسکوپ ابتدای شیفت چک شده است و در دفتر ثبت شده است	۱۲
					پرسنل از نحوه چک نمودن و کاربری لارنگوسکوپ و انواع تیغه ها اطلاع دارند	۱۳
					آمبوگ و کپسول اکسیژن در ابتدای شیفت تحویل گرفته می شود و ثبت می گردد	۱۴
					پرسنل از نحوه چک نمودن و کار با آمبوگ اطلاع و مهارت دارند	۱۵
					داروهای پرخطر و مشابه در توالی اورژانس لیبل گذاری شده است	۱۶
					پرسنل داروهای پرخطر و مشابه داروهای توالی را می شناسند	۱۷
					پرسنل در مورد نحوه ی عملکرد در مورد داروهای پرخطر اطلاع دارند	۱۸
					پرسنل در مورد موارد استفاده داروهای توالی اورژانس اطلاع دارند	۱۹
					پرسنل در مورد عوارض داروهای توالی اورژانس اطلاع دارند	۲۰
					پرسنل در مورد دوز داروهای احیاء اطلاع دارند	۲۱
					پرسنل در مورد تداخلات دارویی و احتیاطات لازم اطلاع دارند	۲۲
					پرسنل در مورد نحوه تجویز دارو (روش و رقیق سازی و...) از اطلاع دارند	۲۳
					در توالی اورژانس کمبود دارو و لوازم وجود ندارد	۲۴
توضیحات	نقدها	۰	۱	۲	ارزیابی آموزش به بیمار	ردیف
					بیمار/مراقب اصلی /مددجو پزشک معالج و پرستار خود را می شناسد	۱
					بیمار /مراقب اصلی /مددجو ، بیماری ، علت آن، عوارض و علائم هشدار بیماری خود را می شناسد	۲
					بیمار/مراقب اصلی /مددجو ، نحوه صحیح (میزان،زمان، عوارض، تداخلات دارویی و روش) و مراقبتهای مورد نیاز در مورد مصرف داروهای خود را میداند	۳
					بیمار /مراقب اصلی /مددجو ، اطلاعات لازم در مورد میزان فعالیتهای روزانه زندگی (مجاز و غیر مجاز) و نحوه استراحت در منزل را می داند	۴
					بیمار /مراقب اصلی /مددجو ، رژیم غذایی مختص بیماری خود را می داند	۵
					بیمار /مراقب اصلی /مددجو نحوه مراقبت از خود در منزل و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان خود را میداند	۶
					بیمار /مراقب اصلی /مددجو مرجع پاسخگویی به سوالات خود در مورد بیماری خود و نهادهای حمایتی موجود در جامعه را پس از ترخیص میداند	۷
					بیمار /مراقب اصلی /مددجو زمان و مکان پیگیریها و مراجعات بعدی خود را می داند	۸
					بیمار /مراقب اصلی /مددجو از برنامه های آموزشی که توسط پرستار ارائه شده، رضایت دارد	۹
					پرستار از روشهای کمک آموزشی مناسب (پمفلت، بروشور، فیلم و ...) برای آموزش به بیمار استفاده کرده است	۱۰
توضیحات	نقدها	۰	۱	۲	امکانات و فضاها	ردیف

					محل ایستگاه پرستاری و اشرافیت به بیماران بخش مناسب می‌باشد	۱
					فاصله بین تخت ها از نظر استاندارد رعایت شده است	۲
					سیستم گرمایش و تهویه مناسب در بخش وجود دارد	۳
					تلفن، جهت ارتباط بیمار با خانواده در دسترس می‌باشد	۴
					میزان آگاهی پرسنل در خصوص بکارگیری دستگاههایی مثل الکتروشوک - ECG - و نیتلاتور و...	۵
					مناسب است	
					پایویون پرستاری دارای امکانات مناسب می‌باشد و محل آن متناسب است	۶
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	امکانات و فضاها	ردیف
					محل ایستگاه پرستاری و اشرافیت به بیماران بخش مناسب می‌باشد	۱
					فاصله بین تخت ها از نظر استاندارد رعایت شده است	۲
					سیستم گرمایش و تهویه مناسب در بخش وجود دارد	۳
					تلفن، جهت ارتباط بیمار با خانواده در دسترس می‌باشد	۴
					میزان آگاهی پرسنل در خصوص بکارگیری دستگاههایی مثل الکتروشوک - ECG - و نیتلاتور و...	۵
					مناسب است	
					پایویون پرستاری دارای امکانات مناسب می‌باشد و محل آن متناسب است	۶
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	چک لیست استفاده از لارنگوسکوپ	ردیف
					نحوه چک و تحویل لارنگوسکوپ را می‌داند	۱
					نحوه تعویض باتری را میداند	۲
					نحوه تعویض لامپ را میداند	۳
					انواع تیغه لارنگوسکوپ و موارد کاربرد را می‌شناسد	۴
					محل باطری و لامپ یدک لارنگوسکوپ موجود می‌باشد.	۵
					نحوه اسکراب لارنگوسکوپ را میداند	۶
					نحوه اتصال و جداسازی لارنگوسکوپ را می‌داند.	۷
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	آگاهی از گاید لاین احیاء ۲۰۱۵	ردیف
					مدت زمان انجام هر سیکل احیاء را میداند	۱
					تعداد ماساژ و عمق ماساژ در احیاء قلبی (بزرگسال، اطفال، نوزادان) را می‌داند	۲
					ریتم های قابل شوک دادن را می‌شناسد	۳
					ریتم های غیر قابل شوک دادن را می‌شناسد	۴
					داروهای حذف شده در گاید لاین ۲۰۱۵ را می‌شناسد	۵
					داروهای مهم در گاید لاین احیاء را می‌شناسد	۶
					دوز داروهای مورد استفاده در احیا (آمبودرون، اپی نفرین، لیدوکائین) را می‌داند	۷
					نسبت ماساژ به تنفس در اطفال و بزرگسالان را میداند	۸
					میزان شوک با دستگاه بای فازیک و متوفازیک را می‌داند	۹
					میزان شوک در اطفال را می‌داند	۱۰
					مطالب مهم تاثیر گذار در کیفیت احیاء ۲۰۱۵ را میداند	۱۱
					سایز انتخابی لوله تراشه در اطفال و بزرگسالان را میداند	۱۲
					سه سوال مهم در بررسی نوزاد جهت انجام احیاء نوزاد را می‌داند	۱۳
					زمان شروع ماساژ قلبی و لوله گذاری داخل تراشه در نوزادان را می‌داند	۱۴
					اقدامات مهم در احیاء زن باردار را می‌داند	۱۵
					شرح وظایف خود در برنامه احیاء را میداند	۱۶
					کد اعلام احیاء و شماره تماس اعلام کد را می‌داند	۱۷
توضیحات	ردیف	۰	۱	۲	مراقبت های نوزاد	ردیف
					اتاق دارای دمای مناسب ۲۵-۲۸ درجه است.	۱

					گرم کننده تابشی قبل از زایمان آماده می شود.	۲
					حوله و کلاه برای پیشگیری از هیپوترمی نوزاد در دسترس قرار می گیرد.	۳
					مامای مراقب نوزاد در اتاق زایمان حاضر است	۴
					قبل از زایمان، بر اساس شرایط مادر و جنین نیاز به احیا مورد ارزیابی قرار می گیرد.	۵
					در صورت عدم وجود عوامل خطر پیش بینی کننده نیاز به احیا، مامای مراقب نوزاد برای انجام عملیات احیا آماده می شود.	۶
					در صورت وجود عوامل خطر پیش بینی کننده نیاز به احیا، تیم احیای نوزاد فراخوانده می شوند.	۷
					وسایل و تجهیزات احیا نوزاد مطابق با بسته خدمتی احیا نوزاد موجود است	۸
					قبل از انجام زایمان، در مورد اهمیت و چگونگی تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول پس از تولد با مادر گفتگو می شود.	۹
ردیف		۰	۱	۲	احیاء نوزاد	توضیحات
					احیای مقدماتی توسط مامای مراقب نوزاد انجام می شود.	
					مامای مراقب نوزاد حداقل دارای گواهی نامه احیای پایه معتبر است.	
					نوزاد زیر گرم کننده تابشی قرار داده می شود.	
					گردن نوزاد در وضعیت مختصر کشیده قرار داده می شود.	
					در صورت آغشته نبودن مایع آمینوتیک به مکونیموم یا آغشته بودن و سر حال بودن نوزاد، دهان و بینی از ترشحات پاک می شود	
					نوزاد خشک می شود.	
					نوزاد تحریک می شود.	
					نوزاد مجددا وضعیت داده می شود.	
					تنفس، تعداد ضربان قلب و رنگ نوزاد از نظر نیاز به احیا پیشرفته مورد ارزیابی قرار می گیرد.	
					در صورت نیاز تهویه با فشار مثبت را انجام می دهد.	
					در صورت نیاز، فشردن قفسه سینه را انجام می دهد.	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری (گزارش پرستاری) در بخش‌های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

تعداد تخت موجود / تعداد بیمار:

نام بخش:

تعداد پرسنل موجود در شیفت:

ردیف	توضیحات	۲	۱	۰	ردیف	توضیحات
۱	تاریخ، ساعت پذیرش و نحوه مراجعه و فرد تحویل دهنده بیمار در اولین گزارش پرستاری بیمار ثبت شده است.				۱	موارد ارزیابی گزارش پرستاری و ثبت اطلاعات در پرونده
۲	شکایت اصلی بیمار و تشخیص در اولین گزارش ثبت شده است.				۲	
۳	وضعیت ارزیابی اولیه بیمار (سلامت جسمی / روحی / ...) در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.				۳	
۴	توضیحات و آموزش‌های لازم جهت بیماران در بدو ورود ارائه گردیده و ثبت شده است.				۴	
۵	مشخصات بیمار روی اوراق پرونده ثبت شده است				۵	
۶	اوراق پرونده به ترتیب و طبق استاندارد تنظیم شده است				۶	
۷	گزارشات پرستاری مطابق استاندارد گزارش نویسی (خوانا، جامع و بدون فاصله، بدون خط خوردگی و ... ثبت شده است.				۷	
۸	خط مشی آماده سازی و اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار رعایت شده است				۸	
۹	در صورت قلم خوردگی کلمه (اصلاح شد) و تعداد موارد خط خوردگی ثبت شده است				۹	
۱۰	زمان انجام تمام اقدامات بصورت دقیق ثبت شده است				۱۰	
۱۱	پایان گزارش دارای مهر و امضای پرستار و تاریخ و ساعت می‌باشد				۱۱	
۱۲	گزارشات با خط ممتد بسته شده بصورتی که امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد				۱۲	
۱۳	انجام اقداماتی مانند تعبیه سوند فولی و سوند معده و ... با ذکر دقیق ساعت ثبت شده است				۱۳	
۱۴	تغذیه، دفع، فعالیت و استراحت بیمار در گزارش بررسی، ثبت و رعایت شده است				۱۴	
۱۵	در صورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی یا جواب آزمایشات اقدامات انجام شده و اطلاع به پزشک با ذکر ساعت در پرونده ثبت شده است.				۱۵	
۱۶	در گزارش پرستاری روش PIE (مشکل، مداخله، ارزیابی) رعایت شده است.				۱۶	
۱۷	در گزارش پرستاری به ایمنی و حفاظت بیمار اشاره شده است				۱۷	
۱۸	به فرایند آموزش به بیمار در گزارشات پرستاری اشاره شده است				۱۸	
۱۹	I&O به طور کامل کنترل و چارت شده است				۱۹	
۲۰	در گزارش پرستاری به حوادث ناخواسته که برای بیمار اتفاق افتاده اشاره شده است				۲۰	
۲۱	برگه چارت علائم حیاتی بالای سر بیمار تکمیل شده است				۲۱	
۲۲	برگه های مشاوره بعد از انجام توسط پرستار چک و مهر و امضا و ساعت زده شده و به پزشک اطلاع داده شده است.				۲۲	
۲۳	برگه های مشاوره بعد از انجام توسط پزشک معالج رؤیت و در صورت نیاز Reorder شده است.				۲۳	
۲۴	به انجام گرافی ها و ریبورت آنها و دریافت جواب آزمایشات و پیگیری آنها اشاره شده است				۲۴	
۱	اتاق بیمار و کف آن حداقل به صورت روزانه و در صورت آلودگی قابل مشاهده شستشو و گندزدایی می‌شود.				۱	موارد ارزیابی بهداشتی
۲	یونیت بیمار مرتب و تمیز می‌باشد				۲	
۳	بهداشت کلی بخش اعم از سرویس‌های بهداشتی، یورینال، Bedpan و ... رعایت شده است				۳	
۴	بهداشت فردی بیماران رعایت شده است.				۴	
۵	تعویض حداقل روزانه لباس بیمار، ملحفه و روبالشی و سایر لوازم مصرفی اتاق بیمار (روتشکی، پتو، بالش و روتختی) در صورت نیاز انجام می‌شود.				۵	
۶	تفکیک زباله‌های عفونی، غیر عفونی، شیمیایی و نوک تیز رعایت شده است				۶	
۷	اسکراب (اتاق‌ها، سرویس‌های بهداشتی، تجهیزات و ...) طبق برنامه تدوینی رعایت می‌شود.				۷	
۸	محل و نحوه نگهداری تی‌ها و تفکیک آنها رعایت می‌شود.				۸	
۹	نحوه نگهداری وسایل استریل مثل پک‌ها، کاتترها و ... رعایت شده است				۹	
۱۰	محلول‌های ضد عفونی کننده به روش صحیح تهیه شده و در دسترس است				۱۰	
۱۱	البسه و وسایل تمیز در جایگاه تمیز و البسه و وسایل کثیف در جایگاه کثیف نگهداری می‌شوند				۱۱	

ردیف	توضیحات	۲	۱	۰	ردیف
۱	آیا کارکنان از احتیاطات استاندارد و وسایل حفاظت فردی متناسب با آن اطلاع دارند؟				
۲	آیا در بخش رعایت احتیاطات استاندارد و احتیاطات ایزولاسیون وسایل حفاظت فردی مناسب به تعداد کافی وجود دارد؟				
۳	استفاده صرفاً یکبار مصرف از وسایل تزریقات (شامل سرنگ، سرسوزن، هیپارین لاک) رعایت می‌گردد.				
۴	به محض استفاده از وسایل تیز و برنده آن‌ها را در (سفتی باکس) می‌اندازد و از خم کردن، شکستن و Recap کردن سرسوزن‌ها خودداری می‌کنند.				
۵	ظروف مناسب و به تعداد کافی جهت دفع اشیاء نوک تیز و برنده وجود دارد				
۶	سطل زباله درب‌دار به تعداد کافی و مناسب (آبی، زرد، سفید و ...) در بخش موجود است.				
۷	محلول‌های ضد عفونی دست به تعداد مناسب و در محل‌های صحیح (نقطه مراقبت بیمار) وجود دارد				
۸	در صورت مواجهه با خون و ترشحات بیمار به هنگام مراقبت و نیز از بیماری به بیمار دیگر بهداشت دست را رعایت و از دستکش استفاده می‌کند.				
۹	در صورت احتمال پاشیده شدن خون و ترشحات بیمار از وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، عینک، چکمه و ...) استفاده می‌کند.				
۱۰	حمل البسه تمیز داخل بین تمیز (سبز/آبی) و البسه کثیف داخل بین کثیف (زرد) پس از پوشیدن وسایل حفاظت فردی انجام می‌شود.				
۱۱	ایزولاسیون بیمارانی نیازمند، به روش صحیح (وجود تابلوی هشدار دهنده و وسایل حفاظت فردی در ورودی اتاق) انجام شده است.				
۱۲	پرستاران بر روی کار خدمات (اسکراپ، ضد عفونی بخش، حمل زباله و وسایل و ...) نظارت دارند.				
۱۳	حمل زباله‌های بخش‌ها پس از پوشیدن وسایل حفاظت فردی با استفاده از کانتینر حمل زباله و به صورت ایمن انجام می‌شوند.				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری (کاردکس و تجهیزات) در بخش‌های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

تعداد پرسنل موجود در شیفت: نام بخش: تعداد تخت موجود/ تعداد بیمار:

ردیف	توضیحات	ثبت دستورات پزشک						
		۰	۱	۲	۳	۴	۵	توضیحات
۱	مشخصات سربرگ دستورات پزشک به صورت تایپی ثبت شده است.							
۲	دستورات پزشک خوانا می باشد و با خودکار آبی یا مشکی ثبت شده است.							
۳	دستورات دارویی به صورت لاتین ثبت شده است.							
۴	دستورات پزشک فاقد قلم خوردگی می باشد. (اگر قلم خوردگی وجود دارد طبق دستورالعمل اقدام به تصحیح شده است)							
۵	مهر و امضاء دستورات پزشک ثبت شده است.							
۶	تاریخ و ساعت دستورات پزشک ثبت شده است.							
۷	تعداد دستورات پزشک توسط پرستار چک و قید شده است.							
۸	تاریخ و ساعت چک دستورات پزشک ثبت شده است.							
۹	مهر و امضاء پرستار چک کننده ثبت شده است.							
۱۰	ساعت و تاریخ دستورات پزشک با چک پرستار مطابقت دارد.							
۱۱	دستورات پزشک با کاردکس و کارت دارویی مطابقت دارد.							
۱۲	اجرا دستورات توسط پرستار با دستورات پزشک مطابقت دارد.							
۱۳	مهر مخصوص چک دستورات در انتهای دستورات ثبت و آیتم‌های موجود پر شده است.							
۱۴	موارد مربوط به قلم خوردگی و Error و خودکار دو رنگ توسط پرستار ثبت شده است.							
۱۵	انتهای و ابتدای هر بند دستورات پزشک بسته شده است و فاصله بین دو دستور فاصله وجود دارد و در صورت فاصله توسط پرستار خط کشیده شده است.							
۱۶	دستورات پزشک با خودکار قرمز رنگ چک شده است.							
۱۷	داروهای پرخطر با حروف بزرگ نوشته شده اند.							
۱۸	چک دستورات داروهای پرخطر طبق دستورالعمل مهر و امضاء پرستار شاهد دارد.							

ردیف	توضیحات	موارد ارزیابی کاردکس و کارت دارویی						
		۰	۱	۲	۳	۴	۵	توضیحات
۱	مشخصات بیمار و تاریخ پذیرش و تاریخ جراحی بصورت کامل در کاردکس ثبت شده است							
۲	موارد ثبت شده در کاردکس خواناست و کاردکس تمیز و مرتب می باشد.							
۳	دستورات پزشکی (دارو/ پروسیجر/ مونیتورینگ، پالس اکسی متری و ...) بصورت صحیح وارد کاردکس شده است.							
۴	مشخصات دارو (نام، روش مصرف، دوز، ساعت و تاریخ شروع و اتمام) طبق دستور پزشک ثبت شده است.							
۵	سوابق حساسیت دارویی، غذایی، بیماری‌های خاص و .. با خودکار قرمز ثبت شده است.							
۶	اطلاعات لازم جهت پیگیری گرافی‌ها، آزمایشات و پروسیجرها برای شیفت بعد ثبت شده است.							
۷	کلیه اقدامات تشخیصی (پاراکلینیک) با ذکر تاریخ و ساعت انجام، در کاردکس ثبت شده است.							
۸	نوع رژیم غذایی، استراحت و پوزیشن بیمار و نحوه کنترل علائم حیاتی و ... مشخص شده است							
۹	تاریخ انجام پروسیجر (سونداژ، اینتوباسیون، چست تیوب و ...) ثبت شده است.							
۱۰	نام پرستار ثبت کننده دستور پزشک در کاردکس نوشته شده است.							

۱۱	کارت دارویی با کاردکس مطابقت دارد.									
۱۲	نام پرستار چک کننده کارت دارویی و شیفت ثبت شده است.									
۱۳	داروهای خوراکی و تزریقی جداگانه در قسمت صحیح ثبت شده است.									
۱۴	روش اکسیژن تراپی (از طریق ماسک، هد باکس و ...) و تاریخ و ساعت شروع و میزان اکسیژن دریافتی ثبت شده است.									
۱۵	مشخصات داروهای DC شده به همراه تاریخ شروع و DC شدن در پائین کاردکس ثبت شده است. (مخصوصاً آنتی بیوتیکها و ایمنوگلوبولینها).									
۱۶	Set Up ونتیلاتور و یا NCPAP در کاردکس ثبت شده است.									
۱۷	حداقل دو مورد از تشخیص های پرستاری بیمار در کاردکس ثبت شده باشد.									
۱۸	تدابیر پرستاری بر اساس کتاب ناندا نوشته شده باشد و پرستار بتواند به این کتاب مراجعه نماید.									

ردیف	موارد ارزیابی اکسیژن تراپی (**چک لیست در بخش در بیماری که در حال دریافت اکسیژن می باشد تکمیل گردد و شفاهی پرسش نشود)	۰	۱	۲	۳	۴	۵	توضیحات
۱	کپسول اکسیژن به همراه مانومتر سالم (به تعداد استاندارد) موجود است							
۲	اتصالاتی مانند کانول، انواع ماسک، آسمپار به اندازه کافی و مخصوص هر بیمار موجود می باشد.							
۳	فلومترهای اکسیژن به میزان استاندارد دارای آب هستند و در مواقع عدم استفاده به صورت خشک نگهداری می شوند.							
۴	فلومتر میزان اکسیژن دریافتی برای بیمار را دقیق نشان میدهد.							
۵	میزان و روش اکسیژن رسانی مطابق دستور پزشک می باشد.							
۶	دستهای خود را می شوید.							
۷	وضعیت بیمار را بررسی میکند.							
۸	با بیمار ارتباط برقرار میکند و مراحل پروسیجر را به وی توضیح می دهد.							
۹	اتاق بیمار را از نظر امنیت در زمان اکسیژن رسانی بررسی میکند:							
	✓ در صورت لزوم دوشاخه وسایل برقی را از پریز خارج میکند							
	✓ تابلوی کشیدن سیگار ممنوع را در اتاق بیمار نصب میکند							
	✓ در مورد کودکان و بیمارانی که از چادر اکسیژن استفاده می کنند وسایل مولد جرقه را از اتاق خارج میکند.							
	✓ تابلوی "در حال اکسیژن گرفتن" را بالای تخت بیمار و در پشت در اتاق وی نصب می کند.							
۱۰	ماسک/کانولای بینی متناسب با سایز بیمار روی صورت/ بینی بیمار فیکس است.							
۱۱	وضعیت بیمار را حین اکسیژن تراپی بررسی می کند (تعداد و نوع تنفس).							
	مشاهدات و یافته های خود را ثبت میکند:							
	الف تاریخ و ساعت شروع اکسیژن تراپی							
	ب نوع وسیله ای که جهت اکسیژن رسانی استفاده کرده است.							
	ج میزان جریان اکسیژن، علایم حیاتی بیمار، رنگ پوست، مشکلات تنفسی، صداهای تنفسی بیمار و اثربخشی آن							
	د) تاریخ و ساعت پایان اکسیژن تراپی و تغییرات گازهای خون شریانی در پاسخ به اکسیژن تراپی							

ردیف	موارد ارزیابی آموزشی پرسنل	۰	۱	۲	۳	۴	۵	نوا	توضیحات
۱	برنامه های آموزشی (دوره های مصوب/ غیر مصوب) متناسب با شرایط بخش و نیروها وجود دارد								
۲	دستورالعمل پروسیجرهای عمومی و خاص در بخش وجود دارد								
۳	بُرد آموزشی متناسب با نیاز بخش با رعایت تاریخ، منبع، فرد نویسنده نوشته شده است.								
۴	پرسنل از کیس های شایع و کاربری تجهیزات و داروهای بخش اطلاع دارند								
۵	برنامه راند بالینی متناسب با برنامه دفتر پرستاری برگزار و تمام موارد لازم ثبت می شود								
۶	آموزش ها (کنفرانس درون بخشی ماهیانه، راندهای آموزشی بر حسب نیاز) برگزار و مستند گردیده است								
۷	میزان آگاهی پرسنل از آموزش های ارائه شده ارزیابی می گردد								
۸	پرسنل از سیستم اطلاع رسانی در خصوص اعتباربخشی و محل فایل های الکترونیکی اطلاع دارد.								
۹	دفاتر موجود در بخش به صورت منظم تکمیل شده است.								

ردیف	چک لیست استفاده از دی سی شوک	۰	۱	۲	۳	۴	۵	نوا	توضیحات
۱	محل قرار گیری دی سی شوک مناسب و در دسترس است								
۲	وسایل و تجهیزات دارای شناسنامه و بر چسب سبز کالیبراسیون می باشد .								
۳	دستگاه دی سی شوک در اول هر شیفت توسط پرستار مربوطه چک می شود .								
۴	پرسنل در مورد چک دی سی شوک اطلاع دارند (پدل و دستگاه) و بعد چک سیم رابط را به دستگاه وصل می نمایند								
۵	در مورد محل قرار گیری پدلهای و نحوه مانیتورینگ با دستگاه دی سی شوک (دکمه مانیتورینگ، تعیین لید، پرینت) را میدانند.								
۶	شارژ باتری دستگاه دی سی شوک مطابق استاندارد تجهیزات صورت میگیرد .								
۷	در مورد نوع دستگاه دی سی شوک در بخش (بای فازیک و منو فازیک) اطلاع داشته و تفاوت آن را می داند .								
۸	احتیاطات لازم جهت شوک دادن را می داند .								
۹	دکمه تعیین انرژی . شارژ . و شوک را روی دستگاه و پدال نشان می دهد .								
۱۰	محل دکمه سینکرونایز و دلیل استفاده از آن را می شناسد .								
۱۱	پدلهای اطفال را می شناسد و می تواند آماده نماید .								
۱۲	با نحوه تعویض نوار دی سی شوک و پرینت آشنا است								
۱۳	دکمه قطع صدا و نحوه تنظیم آلارم ها را می داند .								
۱۴	نحوه مانیتورینگ با دستگاه دی سی شوک (دکمه مانیتورینگ . تعیین لید . پرینت .) اطلاع داشته و تفاوت آنها را می داند .								

ردیف	چک لیست استفاده از لارنگوسکوپ	۰	۱	۲	۳	۴	۵	نوا	توضیحات
۱	قبل از لمس تیغه ها برای چک/ استفاده، دستها را ضد عفونی می کند.								
۲	نحوه چک (اتصال و جداسازی) و تکنیک استفاده از لارنگوسکوپ را می داند.								
۳	لامپ لارنگوسکوپ روشن می شود و نور کافی دارد.								
۴	پرستار نحوه تعویض باتری و لامپ را میدانند.								
۵	باتری و لامپ یدک لارنگوسکوپ موجود می باشد و پرستار از محل نگهداری آنها اطلاع دارد.								
۶	انواع تیغه لارنگوسکوپ و موارد کاربرد آن را می شناسد.								

											7	تیغه های لارنگوسکوپ پاکسازی و ضد عفونی شده است و کارکنان از نحوه اسکراب لارنگوسکوپ اطلاع دارند.
											8	از محل نگهداری لارنگوسکوپ اطلاع دارد.

ردیف	موارد ارزیابی درمان وریدی و سرم تراپی	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	توضیحات
۱	بهداشت دست را قبل از آماده کردن دارو و سرم بعد از اتمام کار رعایت می کند.										
۲	سرمها دارای برچسب (شامل: نوع سرم، تاریخ، ساعت (شروع و اتمام)، نام پرستار و بیمار، تعداد قطرات، دوز دقیق داروهای اضافه شده) بوده و با دستور پزشک همخوانی و جریان دارد. (در صورتیکه داخل سرم داروی پر خطر باشد)										
۳	قطرات سرم و میکروست طبق برچسب تنظیم شده است (زمان تجویر و حجم دریافتی با کاردکس مطابقت دارد)										
۴	محل Iv Line از نظر علائم نشت و فلبیت کنترل شده است.										
۵	دستورالعمل حداکثر زمان استفاده از اتصالات وریدی (آنژیوکت، ست سرم، میکروست و...) رعایت شده است.										
۶	تاریخ انقضاء سرمها، وجود کریستال و یا تغییر رنگ آنها کنترل شده است.										
۷	چسبهای آنژیوکت تمیز بوده و خون آلود نیست.										
۸	بیمار/همراه بیمار از لزوم عدم دستکاری سرم آگاه است و قبل از جابجا نمودن بیمار در خصوص بستن راه وریدی به پرستار اطلاع می دهد.										

ردیف	موارد ارزیابی گزارش پرستاری و ثبت اطلاعات در پرونده	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	توضیحات
۱	مشخصات بیمار روی اوراق پرونده ثبت شده است								
۲	اوراق پرونده به ترتیب و طبق استاندارد تنظیم شده است (بعد شروع اولین روز اداری)								
۳	تاریخ و ساعت و نحوه پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری بیمار ثبت شده است.								
۴	شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش ثبت شده است.								
۵	تشخیص بیمار در اولین گزارش ثبت شده است.								
۶	وضعیت ارزیابی بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.								
۷	وضعیت سلامت جسمی بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.								
۸	وضعیت سلامت روحی در اولین گزارش ثبت شده است.								
۹	توضیحات و آموزشهای لازم جهت بیمار آن در بدو ورود ارائه گردیده و ثبت شده است.								
۱۰	نکات مربوط به ثبت اشتباه رعایت شده است.								نوشتن خط نازک بر روی نوشته و نوشتن عبارت اصلاح شد روی و یا جلوی آن
۱۱									ثبت تعداد موارد اصلاح در پایین گزارش
۱۲									
۱۳									امضا و مهر در کنار کلمه اشتباه عدم استفاده از غلط گیر در گزارش
۱۴									ساعت و نوع و حجم و داروی اضافه شده سرم دریافتی
۱۵									نوع و محل وصل آنژیوکت در متن گزارش
۱۶									نام کامل دارو(اختصار نباشد) دوز مصرف- راه مصرف - زمان مصرف
۱۷									ثابت IV تراپی و اقدامات دارویی علت عدم تجویز دارو و ساعت گزارش به پزشک در صورت تجویز داروی پرخطر دوامضایی شده است. ثبت ایجاد واکنش به دارو و گزارش مداخلات انجام شده
۱۸	گزارشات پرستاری خوانا، جامع، پویا و بدون فاصله خالی بین آنها ثبت شده است								
۱۹	زمان انجام تمام اقدامات تهاجمی و غیر تهاجمی بصورت دقیق با ذکر علت و زمان انجام و فرد انجام دهنده ثبت شده است								
۲۰	به انجام گرافی ها ، SCAN ، MRI و آزمایشات ، زمان دریافت جواب و پیگیری آنها اشاره شده است								
۲۱	در صورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی یا جواب آزمایشات ، اقدامات انجام شده و اطلاع به پزشک با ذکر ساعت در پرونده ثبت شده است								
۲۲	در گزارش پرستاری به ایمنی و حفاظت بیمار اشاره شده است								
۲۳	به فرایند آموزش بیمار در گزارشات پرستاری اشاره شده است								
۲۴	ساعت درخواست و انجام مشاوره ، پزشک انجام دهنده مشاوره و نوع مشاوره از نظر اورژانس یا الکتیو بودن و زمان اطلاع به پزشک و نام پزشک ثبت شده است								
۲۵	بعد از انجام پرستار بیمار زمان اطلاع به پزشک ، توسط پرستار در برگه مشاوره ثبت و مهر و امضا شده است								
۲۶	دستور CBR بیماران دقیقاً رعایت شده است								
۲۷	حوادث مانند سقوط از تخت - اشتباهات دارویی و و تهدید از طرف بیمار و اقدامات انجام شده ثبت شده است								
۲۸	نتایج ارزیابی پرستار از بیمار ، مشکلات بیمار ، مداخلات پرستاری و اثر بخشی مداخلات								

									انجام شده مرتب در گزارش ثبت شده است
									۲۹ گزارشات با خط ممتد بسته شده بصورتی که امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد
									۳۰ پایان گزارش دارای مهر وامضای پرستاروتاریخ و ساعت میباشد

ردیف	موارد ارزیابی دارو درمانی	۰	۱	۲	۳	۴	۵	نقدها	توضیحات
۱	کارت با کاردکس دارویی مطابقت داده شده است.								
۲	در مورد داروی تجویز شده اطلاعات دارد و در صورت نداشتن اطلاعات قبل از دادن دارو به کتب دارویی مراجعه می کند (کتب در دسترس باشد)								
۳	در صورت برخورد با هرگونه مغایرت در دستور دارویی پرستار مسئول، پزشک را مطلع می سازد.								
۴	سینی و تالی داروی تمیز و آماده را در اتاق دارو (حاوی پنبه، محلول ضدعفونی محل تزریق و دست، سفتی باکس، ...) می برد.								
۵	دارو بر روی کارت دارویی داخل سینی یا تالی، طوری قرار داده شده است که نام بیمار خوانده می شود								
۶	داروی مورد نظر را با کنترل برچسب دارویی از نظر نام، تاریخ انقضاء، روش مصرف و دوز (قبل، حین و بعد) چک می کند (در صورت موجود نبودن دارو هماهنگی با داروخانه و دفتر پرستاری جهت تهیه دارو صورت گیرد)								
۷	سینی و تالی داروی تمیز و آماده را بر بالین بیمار (حاوی پنبه، محلول ضدعفونی محل تزریق و دست، سفتی باکس، ...) می برد. (در صورت عدم امکان استفاده از تالی، از سینی تمیز و آماده استفاده می شود)								
۸	بهداشت دست را قبل از آماده کردن دارو و بعد از اتمام کار رعایت می کند.								
۹	داروی مورد نظر را با کنترل برچسب دارویی از نظر نام، روش مصرف و دوز چک می کند. شفافیت دارو و تغییر رنگ نیز باید کنترل گردد)								
۱۰	هنگام حضور بر بالین مددجو بیمار را بر اساس دستورالعمل صحیح شناسایی می کند								
۱۱	دستورالعمل داروهای پرخطر رعایت می گردد.								
۱۲	کنترل محل IV LINE از نظر سلامت صورت می گیرد								
۱۳	ارزیابی بیمار (مانند کنترل فشار و نبض) را قبل از دادن داروی خاص انجام و نتیجه را ثبت می نماید								
۱۴	قبل از آماده کردن و تزریق دارو محل آن (پوکه دارو، سرم، پوست، قسمت پلاستیکی میکروست و ست سرم) پرپ می شود								
۱۵	رعایت زمان انفوزیون و تزریق دارو مطابق با استاندارد دارویی و دستور پزشک صورت گیرد								
۱۶	برای داروهایی که نیاز به ظرف مدرج و یا کاپ دارویی دارد از ظروف مناسب استفاده می کند								
۱۷	داروی آماده شده توسط خود فرد داده می شود (پرستار تا زمان مصرف داروهای خوراکی بیمار را ترک نمی کند)								
۱۸	در صورت تجویز چند دارو، داروها را به صورت جداگانه به بیمار می دهد و از مخلوط شدن دارو ها اجتناب می کند								
۱۹	هدف از دادن دارو و عوارض مورد انتظار را برای بیمار شرح می دهد								
۲۰	در صورت امتناع بیمار از دریافت دارو مورد به پزشک اطلاع ع در پرونده ثبت می گردد.								
۲۱	بعد از دادن دارو در پرونده بیمار از روی کارت دارویی نام، نوع، مقدار، طریقه تجویز دارو را با ذکر تاریخ و ساعت ثبت می کند								
۲۲	وسایل را به محل خود بر میگرداند و احتیاطات لازم را به عمل می آورد								
۲۲	ویال های باز یا حل شده، دارای برچسب دوز، ساعت و تاریخ می باشد								
۲۳	داروهای مخدر و ویال kcl در بخش به صورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به صورت ایمن مصرف می شوند.								

ردیف	ارزیابی آموزش به بیمار	۰	۱	۲	۳	۴	۵	نوسا	توضیحات
۱	بیمار/مراقب اصلی /مددجو، پزشک معالج و پرستار خود را می شناسد								
۲	بیمار/مراقب اصلی /مددجو، بیماری، علت آن، عوارض و علائم هشدار بیماری خود را می شناسد								
۳	بیمار/مراقب اصلی /مددجو، نحوه صحیح (میزان، زمان، عوارض، تداخلات دارویی و روش) و مراقبتهای مورد نیاز در مورد مصرف داروهای خود را میداند.								
۴	بیمار /مراقب اصلی /مددجو، اطلاعات لازم در مورد میزان فعالیتهای روزانه زندگی (مجاز و غیر مجاز) و نحوه استراحت در منزل را می داند.								
۵	بیمار /مراقب اصلی /مددجو، رژیم غذایی مختص بیماری خود را می داند								
۶	بیمار /مراقب اصلی /مددجو، نحوه مراقبت از خود در منزل و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان خود را میداند								
۷	بیمار /مراقب اصلی /مددجو مرجع پاسخگویی به سوالات خود در مورد بیماری و نهادهای حمایتی [سازمانهای بیمه، انجمن ها (دیابت، هموفیلی، بیماران کلیوی و ...)، مددکار اجتماعی داخل بیمارستان، بهزیستی، کمیته امداد و ...] موجود در جامعه را حین و پس از ترخیص میداند								
۸	بیمار /مراقب اصلی /مددجو زمان و مکان پیگیریها و مراجعات بعدی خود را می داند								
۹	بیمار /مراقب اصلی /مددجو از برنامه های آموزشی که توسط پرستار ارائه شده، رضایت دارد								
۱۰	پرستار از روشهای کمک آموزشی مناسب (پمفلت، بروشور، فیلم و ...) برای آموزش به بیمار استفاده کرده است.								

ردیف	چک لیست کنترل ترالی اورژانس	۰	۱	۲	۳	۴	۵	نوسا	توضیحات
۱	محل قرار گیری ترالی اورژانس مناسب و در دسترس می باشد.								
۲	چرخ های ترالی اورژانس روان بوده و کشورهای ترالی به راحتی باز و بسته می شوند.								
۳	چیدمان ترالی اورژانس بر اساس ویرایش هفتم می باشد و راهنمای ویرایش هفتم در کنار ترالی اورژانس ضمیمه می باشد								
۴	تاریخ انقضاء اقلام دارویی/ لوازم مصرفی به صورت ماهیانه کنترل و در دفتر مخصوص ثبت می شود.								
۵	راهنمای طبقات طبق چیدمان نصب شده است								
	پرستل در مورد چیدمان ترالی اورژانس و محل قرار گیری دارو و لوازم اطلاع دارند								
۶	داروها، لوازم و تجهیزات بخش/ ترالی اورژانس در اول شیفت تحویل گرفته شده‌اند								
۷	لارنگوسکوپ، آمبوپگ و کیسول اکسیژن ابتدای شیفت چک شده است								
۸	پرستل از نحوه چک نمودن و کار با آمبوپگ اطلاع و مهارت دارند								
۹	داروهای پرخطر و مشابه در بخش/ ترالی اورژانس لیبل گذاری شده است								
۱۰	پرستل داروهای پر خطر و مشابه ترالی اورژانس را می شناسند								
۱۱	پرستل در مورد نحوه ی عملکرد داروهای پرخطر اطلاع دارند								
۱۲	پرستل از موارد استفاده داروهای ترالی اورژانس اطلاع دارند								
۱۳	پرستل در مورد عوارض داروهای ترالی اورژانس اطلاع دارند								
۱۴	پرستل در مورد تداخلات دارویی و احتیاطات لازم اطلاع دارند								
۱۵	پرستل در مورد مراقبتهای پرستاری مرتبط با داروها اطلاع دارند								
۱۶	در ترالی اورژانس کمبود دارو و لوازم وجود ندارد								

ردیف	موارد ارزیابی تحویل شیفت	۰	۱	۲	۳	۴	۵	نق	توضیحات
۱	پرسنل به موقع در شیفت حضور می یابند								
۲	تمامی پرسنل هر دو شیفت اعم از پرستار و خدمات در تحویل حضور دارند (مسئولین شیفتها هر دو در تحویل حاضر باشند)								
۳	پرسنل از یونیفرم و کفش مصوب استفاده می کنند								
۴	تمامی پرسنل از اتیکت شناسایی استفاده می نمایند								
۵	بیمار مطابق استاندارد شناسایی گردد								
۶	پرسنل خود را بصورت شفاهی به مددجو و همراه معرفی می نمایند و نام خود را در تابلوی بالا سر نوشته می شود								
۷	تحویل بر بالین بیمار با کاردکس انجام می شود (بجز موارد محرمانه)								
۸	تحویل وضعیت بیمار صورت گیرد (Situation)								
۹	توضیحات مربوط به شرح اقدامات در طول شیفت قبل ارائه می گردد (Background)								
۱۰	ارزیابی بیمار بر اساس علائم حیاتی و معیار های درد و زخم بستر و سقوط از تخت صورت می گیرد (Assessment)								
۱۱	پیگیری و توصیه های لازم ارائه می شود (Recommendation)								
۱۲	نکات مهم توسط مسئول شیفت در فرم تحویل شیفت یادداشت می شود								
۱۳	یونیت اطراف بیمار کاملاً تمیز و مرتب است و اسکراب صحیح تحویل گرفته می شود								
۱۴	نکات ایمنی بیمار رعایت شده است								
۱۵	گزارشات پرستاری شیفت های قبلی توسط سرپرستار در صبح کاری کنترل می شود								

ردیف	ارزیابی اولیه بیمار	۰	۱	۲	۳	۴	۵	نق	توضیحات
۱	آیا سربرگ فرم ارزیابی اولیه به طور کامل پر شده است؟								
۲	آیا قسمت مربوط به اطلاعات پایه شامل ساعت ورود، نحوه مراجعه، علائم حیاتی بدو ورود و... کنترل و تکمیل شده است؟								
۳	آیا وضعیت هوشیاری و ارتباطی بیمار بررسی و ثبت شده است؟								
۴	آیا حساسیت و واکنش غذایی، دارویی بیمار بررسی و ثبت شده است؟								
۵	آیا تاریخچه سلامتی شامل علت مراجعه، سابقه بیماری، بستری شدن در بیمارستان، جراحی، ترانسفوزیون خون و... بررسی و ثبت شده است؟								

									آیا ارزیابی دارویی شامل نام دارو، دوز مصرف، مدت زمان مصرف دارو، علت مصرف، نحوه مصرف، نیاز به آموزش بررسی و ثبت شده است؟	۶
									آیا محدودیت ها و تواناییهای بیمار طبق فرم بررسی و ثبت شده است؟	۷
									آیا سیستم های بدن ارزیابی و نتایج ثبت شده اند؟	۸
									آیا پرستار مهارت و اطلاعات کافی در مورد نحوه ارزیابی سیستم ها دارد؟ (لطفاً حداقل یکی از سیستمها انتخاب و سوال شود)	۹
									آیا ارزیابی درد (کودکان، بزرگسالان) انجام شده است؟	۱۰
									آیا ارزیابی مددکاری شامل پوشش بیمه، سیستم حمایتی انجام شده است؟	۱۱
									آیا ارزیابی زخم بستر بر اساس معیار متناسب با سن بیمار بررسی شده و امتیاز ثبت شده است؟	۱۲
									آیا ارزیابی خطر سقوط از تخت بررسی شده و امتیاز ثبت شده است؟	۱۳
									آیا فرم ارزیابی بیمار پس از تکمیل توسط خود بیمار/ همراه بیمار تأیید و توسط پرستار ارزیابی کننده مهر و امضاء شده است؟	۱۴
									آیا ارزیابی اولیه پرستار از بیمار در بدو پذیرش و حداکثر تا پایان شیفت انجام می شود؟	۱۵
									آیا ارزیابی های انجام شده توسط پرستار در اولین گزارش پرستاری نوشته می شود؟	۱۶
									آیا تشخیص های پرستاری بیمار در کاردکس ثبت و گزارشات پرستاری بر اساس فرآیند نوشته شده است؟	۱۷



چک لیست اندازه‌گیری میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی (۲)

CH₁₃-PPUR(2)

شغل / رشته تحصیلی: سال ماه سابقه کار (پرسنل):
 میزان تحصیلات: سن: جنس: دارای کودک زیر ۵ سال: بله خیر
 در صورت دانشجو بودن: سال اول سال دوم سال سوم سال چهارم
 شیفت کاری: صبح عصر شب تعداد بیمار: تعداد تخت خالی: نام بخش:

عنوان اقدامات درمانی و احتیاطات مبتنی بر نوع بیماری	عملکرد شماره	عملکرد شماره	عملکرد شماره
۱. CV Line، PICC گذاری، کت دان، تعبیه کاتتر ناف و شریانی (A,B,D,E)	<input type="checkbox"/> دستکش (A)	<input type="checkbox"/> دستکش (A)	<input type="checkbox"/> دستکش (A)
۲. خونگیری وریدی و گرفتن IV Line (A)	<input type="checkbox"/> ماسک معمولی (B)	<input type="checkbox"/> ماسک معمولی (B)	<input type="checkbox"/> ماسک معمولی (B)
۳. خونگیری شریانی و گرفتن ABG (A,B,D)	<input type="checkbox"/> ماسک N95 (C)	<input type="checkbox"/> ماسک N95 (C)	<input type="checkbox"/> ماسک N95 (C)
۴. پونکسیون مغز استخوان (A,B,D,E)	<input type="checkbox"/> عینک (D)	<input type="checkbox"/> عینک (D)	<input type="checkbox"/> عینک (D)
۵. ساکشن ترشحات (A,B, or C)	<input type="checkbox"/> گان (E)	<input type="checkbox"/> گان (E)	<input type="checkbox"/> گان (E)
۶. تعویض خون (A,B,D,E)	<input type="checkbox"/> پیش بند ضد آب (F)	<input type="checkbox"/> پیش بند ضد آب (F)	<input type="checkbox"/> پیش بند ضد آب (F)
۷. گرفتن زایمان (A,B,D,E,F,G)	<input type="checkbox"/> چکمه (G)	<input type="checkbox"/> چکمه (G)	<input type="checkbox"/> چکمه (G)
۸. معاینه واژینال بیمار فاقد خونریزی و غیر حامله (A)	<input type="checkbox"/> رعایت	<input type="checkbox"/> رعایت	<input type="checkbox"/> رعایت
۹. اعمال جراحی (A,B,D,E,F,G)	<input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> عدم رعایت
۱۰. جابجایی ترشحات بیمار (خالی کردن کیسه ادرار، ساکشن و ...) (A,B,D)			
۱۱. جمع آوری و حمل زباله (A,B,D)			
۱۲. اسکراب یونیت بیمار (A)			
۱۳. شستشوی ابزار و وسایل آلوده به خون و ترشحات (A,B,D,F)			
۱۴. گندزدایی خون و ترشحات از روی سطح (A,B,D,F)			
۱۵. سونداز ممانه (A,B,D)			
۱۶. احتیاط هوایی (C)			
۱۷. احتیاط قطره‌ای (B)			
۱۸. احتیاط تماسی (A,E)			
۱۹. سایر:			

*چک لیست اندازه‌گیری میزان رعایت تکنیک آسپتیک

عنوان اقدامات درمانی	عملکرد شماره	عملکرد شماره	عملکرد شماره	عملکرد شماره
۱. تعبیه انواع کاتترها (CV line، فولی، NGT، ...)	<input type="checkbox"/> رعایت	<input type="checkbox"/> رعایت	<input type="checkbox"/> رعایت	<input type="checkbox"/> رعایت
۲. ساکشن لوله تراشه، شستشوی چشم	<input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> عدم رعایت	<input type="checkbox"/> عدم رعایت
۳. رگ‌گیری و خونگیری				
۴. انواع پانسمان، کشیدن بخیه و خارج کردن کاترها				
۵. اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل (بخیه و ...)				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری (بازدید ایمنی) در بخش‌های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

CH₁₄-NCA(PSE)

تعداد تخت موجود / تعداد بیمار:

نام بخش:

تعداد پرسنل موجود در شیفت:

چک لیست ایمنی									
نوع توضیحات	توجه به داروهای پرخطر / مشابه / یخچالی / آنتی دوتها						ردیف		
	غ	۱	۲	۳	۴	۵			
							وجود فارماکوپه داروهای بخش	۱	
							آگاهی پرسنل از ابلاغ داروهای هشدار بالا، پرخطر و مشابه	۲	
							رعایت اصول اجرایی داروهای پرخطر و الکترولیت های باغلظت بالا (نظارت مستقل دو پرستار بر تمامی مراحل چک و اجرا)	۳	
							رعایت اصول نگهداری داروهای پرخطر در بخش (عدم نگهداری داروهای با غلظت بالا/نگه داری ویال کلرور پتاسیم در جعبه جداگانه)	۴	
							رعایت اصول برچسب گذاری داروهای پرخطر الکترولیت های با غلظت بالادر استوک و ترالی اورژانس (برچسب قرمز)	۵	
							رعایت اصول برچسب گذاری داروهای مشابه از نظر نگارش، شکل و تلفظ شبیه به هم در استوک و ترالی اورژانس (برچسب زرد رنگ)	۶	
							وجود راهنمای نحوه مصرف و رقیق کردن داروهای پرخطر و با غلظت بالا (محاسبات دارویی)	۷	
							آگاهی پرسنل از نحوه رقیق کردن داروهای پرخطر و با غلظت بالا	۸	
							آگاهی پرسنل از نحوه کاربرد دستگاه پمپ سرم و پمپ سرنگ	۹	
							وجود لیست تداخلات دارویی در بخش	۱۰	
							آگاهی پرسنل در خصوص تداخلات دارویی	۱۱	
							وجود لیست آنتی دوتهای دارویی در بخش	۱۲	
							وجود آنتی دوتهای داروهای پرخطر در بخش	۱۳	
							آگاهی پرسنل از آنتی دوتهای دارویی و روش دستیابی اورژانسی به آنتی دوتها	۱۴	
							وجود لیست داروهای یخچالی در بخش	۱۵	
							آگاهی پرسنل از نحوه نگهداری داروهای یخچالی در بخش	۱۶	
							رعایت اصول نگهداری داروهای یخچالی در یخچال	۱۷	
							آگاهی پرسنل از اصول هفت رایت داروهای	۱۸	
							رعایت اصول هفت رایت داروهای	۱۹	
							آگاهی پرسنل از اصول تلفیق دارویی در بیماران	۲۰	
							رعایت اصول تلفیق دارویی در بیماران	۲۱	

رتبه	شناسایی صحیح بیمار							توضیحات
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	غوا	
۱								وجود دستبند شناسایی بیمار (خوانا، واضح و بدون خدشه)، در طول بستری (از زمان پذیرش تا ترخیص)/ زمان تحویل بیمار
۲								آگاهی پرسنل از مشخصات قید شده در دستبند شناسایی (نام و نام خانوادگی - تاریخ تولد به روز و ماه و سال)
۲								رعایت اصول شناسایی بیماران پرخطر/ دارای آلرژی/ حساسیت دارویی/ غذایی با استفاده از کد بندی رنگی
۳								رعایت اصول شناسایی نوزادان (با استفاده از دو دستبند شناسایی)
۴								شناسایی بیمار با استفاده از دستبند شناسایی قبل از انجام هر پروسیجر/ انتقال بیمار/ هنگام دارو دهی/ تحویل بیمار
۵								بستن مجدد دستبند شناسایی پس از انجام پروسیجر که نیاز به باز کردن دستبند باشد
۶								حصول اطمینان سرپرستار هر روز صبح، مسئول شیفت/ پرستار مسئول بیمار هنگام تحویل شیفت نسبت به وجود دستبند شناسایی بیمار و صحت اطلاعات مندرج در آن
۷								حصول اطمینان سوپروایزر کشیک در هر شیفت نسبت به وجود دستبند شناسایی بیمار و صحت اطلاعات مندرج در آن
۸								ثبت آموزش ضرورت وجود دستبند شناسایی و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار هنگام ادمیت، در برگه آموزش به بیمار و گزارشات پرستاری
۹								عدم شناسایی بیمار با استفاده از شماره اتاق و تخت بیمار
۱۰								رعایت دستورالعمل شناسایی بیمار در موارد تشابه اسمی
۱۱								رعایت دستورالعمل شناسایی نوزادان چند قلوبی
۱۲								رعایت اصول شناسایی بیمار توسط پرسنل آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی و تعدیه در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات تشخیصی- درمانی- مراقبتی با استفاده از دستبند شناسایی
۱۳								رعایت اصول شناسایی بیمار توسط پزشکان و دستیاران هنگام راند بالینی و معاینه بیمار با استفاده از دستبند شناسایی
۱۴								رعایت اصول نوشتن تابلوی بالای تخت بیمار (حاوی مشخصات: نام پزشک معالج و نام پرستار و شماره تخت)
۱۵								رعایت اصول شناسایی بیمار در بیماران بیهوش/ نوزادان (تطابق مشخصات دستبند با مشخصات پرونده بیمار)
رتبه	تحویل و ترخیص بیمار							توضیحات
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	غوا	
۱								رعایت معرفی پرستار مسئول بیمار به بیمار/ همراه بیمار در شروع هر شیفت کاری و نحوه دسترسی به پرستار
۲								رعایت اصول تحویل بیمار مبتنی بر SBAR (با حضور کلیه کادر به صورت بالینی)
۳								بررسی تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله‌ها از لحاظ فیکس بودن/ اطمینان از کارکرد صحیح / پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی توسط پرستار مسئول بیمار هنگام تحویل بالینی
۴								بررسی out put ادراری/ یورین بگ بیمار/ جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته توسط پرستار مسئول بیمار هنگام تحویل بالینی بیمار

۵									ثبت آموزش عدم دستکاری اتصالات به بیمار/ همراه در گزارشات پرستاری
۶									رعایت اصول ترخیص بیمار بر اساس SMART
۷									ارتباط با بیمار بعد از ترخیص در صورت داشتن تست های معوقه و عدم مراجعه به موقع بیمار جهت دریافت جواب تست
ردیف	۰	۱	۲	۳	۴	۵	توضیحات	اعمال جراحی	
۱									مشخص نمودن و ثبت محل عمل به صورت واضح و صحیح در دستورات پزشک
۲									علامت گذاری محل عمل در صورت امکان و کنترل صحت محل عمل قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل توسط پرستار مسئول بیمار
۳									کنترل صحت محل عمل علامت گذاری شده با پرونده بیمار(شرح حال بیمار/گزارشات پرستار) و بیان خود بیمار
۴									تأیید محل عمل، روش عمل و شناسایی صحیح بیمار در بدو ورود به اتاق عمل توسط تکنسین بیهوشی/ رزیدنت بیهوشی/ اتند بیهوشی
۵									ارائه توضیحات لازم در خصوص نوع عمل جراحی و مراقبتهای لازم قبل و بعد از عمل به بیمار/ همراه وی در بخش بستری
۶									ارائه توضیحات لازم در خصوص نوع عمل جراحی و مراقبتهای لازم قبل و بعد از عمل به بیمار/ همراه وی در اتاق عمل
۷									مراقبت از گرافی / نوار قلبی/ نمونه های پاتولوژی/ لوازم شخصی بیمار در اتاق عمل
۸									رعایت اصول جراحی ایمن
ردیف	۰	۱	۲	۳	۴	۵	توضیحات	مدیریت پیشگیرانه از خطر (HFMEA) / گزارش خطا و وقایع ناخواسته / تحلیل ریشه ای پرونده / رویدادنگاری	
۱									آگاهی پرسنل از کلیات مدیریت پیش گیرانه از خطر(HFMEA) /گزارش خطا و وقایع ناخواسته/ تحلیل ریشه ای پرونده/ رویدادنگاری
۲									آگاهی پرسنل از نحوه و روش های گزارش خطا و وقایع ناخواسته (گزارش تلفنی / فرم خطا/دفتر خطا/Me box)
۳									آگاهی پرسنل از رویدادنگاری آخرین خطا/ وقایع ناخواسته
									آگاهی پرسنل از صورت جلسه و مصوبات تحلیل ریشه ای پرونده
ردیف	۰	۱	۲	۳	۴	۵	توضیحات	تزریق ایمن خون و فراورده های خونی/ تهیه نمونه آزمایش	
۱									آگاهی پرسنل از دستورالعمل های تزریق ایمن خون و فراورده های خونی
۲									رعایت دستورالعمل های تزریق ایمن خون و فراورده های خونی
۳									آگاهی پرسنل از علائم عوارض ناشی از انتقال خون و روش مواجهه صحیح
۴									رعایت اصول برچسب گذاری نمونه ها (بعد از گرفتن نمونه از بیمار و قبل از ترک بالین بیمار)
۵									آگاهی پرسنل از دستورالعمل های مقادیر بحرانی آزمایشگاهی و کاربرد تلفن RED Call
۶									رعایت الزامات ثبت دفاتر مقادیر بحرانی

توضیحات	رضایت آگاهانه					نمره		
	غوا	۵	۴	۳	۲		۱	۰
							آگاهی پرسنل از دستورالعمل های اخذ رضایت آگاهانه	۱
							رعایت دستورالعمل های اخذ رضایت آگاهانه	۲
							آیا پرستاران می دانند چه پروسیجرهایی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند؟ (لیست اقدامات نیازمند اخذ رضایت آگاهانه)	۳
							آگاهی پرسنل از نحوه دسترسی به فرم های رضایت آگاهانه	۴
توضیحات	اقدامات پیشگیرانه از زخم بستر					نمره		
	غوا	۵	۴	۳	۲		۱	۰
							آگاهی پرسنل از معیارهای ارزیابی بیماران مستعد زخم بستر	۱
							رعایت اقدامات پیشگیرانه از ایجاد زخم بستر	۲
							ثبت صحیح ارزیابی بیماران مستعد زخم بستر در گزارشات پرستاری	۳
توضیحات	اقدامات پیشگیرانه از سقوط بیمار					نمره		
	غوا	۵	۴	۳	۲		۱	۰
							آگاهی پرسنل از جدول ارزیابی ریسک سقوط از تخت در بیماران	۱
							رعایت اقدامات پیشگیرانه از سقوط	۲
							کنترل دوره ای تخت های بیماران از نظر ایمنی	۳
							ثبت صحیح ارزیابی بیماران مستعد سقوط از تخت در گزارشات پرستاری	۴
توضیحات	ایمنی تجهیزات					نمره		
	غوا	۵	۴	۳	۲		۱	۰
							آیا تجهیزات ضروری در این بخش موجود یا دسترسی به آنها تعریف شده است؟ (وجود لیست تجهیزات ضروری اصلی و جایگزین برای هر بخش)	۱
							آیا دستورالعمل استفاده از دستگاه ها و تجهیزات در دسترس پرسنل می باشد؟	۲
							آیا کلیه پرستاران بخش از کار با دستگاه های بخش نظیر الکتروشک، ونتیلاتور، ... اطلاع کامل دارند؟	۳
							آیا پرسنل بخش در هنگام تحویل شیفت، ترالی اورژانس، دستگاه ها و تجهیزات (الکتروشوک، ونتیلاتور، کپسول اکسیژن، ساکشن و...) را کنترل می کنند؟	۴
							آیا پرسنل از وجود امکانات اطفاء حریق در بخش آگاهی داشته و در مورد نحوه استفاده از آنها آموزش دیده اند؟	۵
توضیحات	انتقال ایمن بیمار از اتاق عمل / انتقال بیمار					نمره		
	غوا	۵	۴	۳	۲		۱	۰
							آگاهی پرسنل از الزامات انتقال ایمن بیمار	۱

								وجود دستور انتقال بیمار از اتاق عمل با دستور متخصص بیهوشی	۲
								تحويل بیمار توسط کادر ذیصلاح بالینی اتاق عمل به پرستار بخش با رعایت اصول مربوطه	۳
								همراه داشتن مانیتورینگ در حین تحويل بیمار (پالس اکسی متری پرتابل)	۴
								استفاده از اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار	۵
								رعایت پوشش مناسب و حریم خصوصی بیمار حین انتقال	۶
								استفاده از وسایل انتقال ایمن (مانند مجهز بودن برانکاردر به ریل محافظ، کمر بند ویلچر و	۷



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₁₅- NCSA

چک لیست نظارت و ارزیابی مهارت‌های ارتباطی پرسنل پرستاری

نام و نام خانوادگی: سن: سنوات: رده شغلی: کارشناس پرستاری کد ملی:

وضعیت استخدامی: نام بخش: تاریخ ورود به بخش: تاریخ ارزیابی:

توضیحات	طیف مهارت			عنوان	نمره
	۰	۱	۲		
				گشاده رویی و رفتار احترام آمیز با بیمار و همراه	۱
				حضور به موقع در محل کار و رعایت قوانین ورود و خروج	۲
				یونیزم مناسب، پاکیزه داشتن اتیکت در معرض دید	۳
				ارتباط موثر و احترام آمیز با بیماران، همراهان همراه بارو حیه انتقاد پذیری	۴
				ارتباط موثر و احترام آمیز با همکاران همراه بارو حیه انتقاد پذیری	۵
				معرفی خود به بیمار و توضیح وظیفه خود را در قبال وی	۶
				خطاب نمودن بیمار به نام در هنگام انجام پروسیجر و توضیح نحوه انجام پروسیجر	۷
				اجازه بیان عقاید و احساسات حین انجام پروسیجرهای دردناک به بیمار	۸
				آگاهی به طرح تکریم ارباب رجوع و محتویات منشور حقوق بیمار	۹
				حفظ اسرار بیمار در پاسخ گویی به بیمار و همراهان	۱۰
				ارتباط مناسب در جهت کاهش اضطراب دربدو پذیرش بیمار	۱۱
				سرکشی به بیمار جهت رفع نیازهای بیمار	۱۲
				رعایت موازین شرعی و اخلاقی	۱۳
				تعامل درون بخشی و برون بخشی	۱۴
				همکاری با مسئول بخش و دفتر پرستاری در راستای نیاز بیمارستان	۱۵
				رعایت سلسله مراتب اداری	۱۶
				مهارت در آشناسازی بیمار با محیط	۱۷
				مهارت در برخورد محبت آمیز با کودکان و مادران	۱۸
				مهارت در بررسی و تامین نیازهای عبادی و اعتقادی مراجعین	۱۹
				ارتباط موثر با بیمار و همراهان دارای بیمار در حال احتضار	۲۰
جمع کل امتیاز مکتسبه:				جمع امتیازات	۲۱

امتیاز ۰ تا ۱۳ ضعیف (عدم صلاحیت) امتیاز ۱۴ تا ۲۷ متوسط (نیاز به اقدام اصلاحی) امتیاز ۲۸ تا ۴۰ خوب (برنامه ریزی جهت ارتقاء نقاط ضعف)

مهر و امضاء خود فرد: مهر و امضاء مسئول بخش: مهر و امضاء کارشناس خبره بخش:

مهر و امضاء سوپروایزر آموزشی: مهر و امضاء مدیر خدمات پرستاری:

چک لیست استفاده از آمبوپگ

غ.ق.ا.	۲	۱	۰	چک لیست استفاده از آمبوپگ
				قبل از لمس آمبوپگ برای چک/ استفاده، دستها را ضدعفونی می کند.
				آمو بگ از نظر ظاهری سالم و تمیز است
				اجزای آمبوپگ را می شناسد
				نحوه چک(میزان اکسیژن مورد نیاز برای چک و جود کانولا در دسترس) و تکنیک استفاده از آن را می داند(CE)
				پرستار از سالم بودن کیسه ی ذخیره هوا اطمینان دارد
				پرستار از نحوه ی جداسازی اجزا و اتصال مجدد آمبوپگ آگاهی دارد
				اندیکاسیون باز و بسته بودن ولو آمبوپگ را می داند
				کارکنان از نحوه ی اسکراب آمبوپگ اطلاع دارند
				دفتر مناسب جهت ثبت تعداد استفاده ی آمبوپگ در دسترس بوده و پرسنل از ثبت دقیق آن اطلاع دارند
				پرسنل از محل نگهداری آمبوپگ اطلاع دارند



چک لیست ارزیابی عملکرد پرستار در کار با تهویه مکانیکی

ردیف	موضوع	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱	پرستار با قسمتهای اصلی دستگاه آشنایی کامل دارد؟						
۲	پرستار با نحوه روشن و خاموش کردن ونتیلاتور و تست کردن دستگاه آشنا می باشد .						
۳	پرستار با دکمه های مختلف دستگاه و کاربرد هر یک از آنها در عمل آشنایی دارد؟						
۴	پرستار با نحوه اتصال دستگاه به اکسیژن مرکزی هوای فشرده در صورت وجود آشنایی دارد؟						
۵	پرستار با نحوه اتصال لوله ونتیلاتور به دستگاه و همودیافایر و فیلتر آنتی باکتریال آشنایی دارد .						
۶	پرستار تنظیمات اولیه شامل : TV , RR , PIP,PEEP ,FIO2 را با توجه به شرایط بالینی بیمار و نظر پزشک به درستی انجام میدهد؟						
۷	پرستار با نحوه کالیبراسیون سنسور اکسیژن و فلو و در صورت لزوم تعویض سنسور جریان در برخی دستگاهها آشنایی دارد؟						
۸	پرستار با الارمهای شایع دستگاه و نحوه مرتفع کردن آن در زمان استفاده آشنا است ؟						
۹	پرستار با نحوه تنظیم محدوده آلامها در دستگاه آشنایی دارد؟						
۱۰	پرستار با نحوه تمیز کردن و ضدعفونی نمودن قسمتهای ضروری دستگاه با توجه به دستورالعمل شرکت سازنده آشنا است ؟						

امتیاز ۰ تا ۹ ضعیف (عدم صلاحیت) امتیاز ۱۰ تا ۱۵ متوسط (نیاز به اقدام اصلاحی) امتیاز ۱۶ تا ۲۰ خوب (برنامه ریزی جهت ارتقاء نقاط ضعف)

مهر و امضاء مسئول بخش :



آزمایشگاه					فضا / اتاق
سهولت دسترسی	کفایت کاربری	کل متراژ	متراژ (متر مربع)	تعداد	
					پذیرش
					اتاق نمونه گیری
					بانک خون
					سالن انجام آزمایشات
					اتاق میکروبیولوژی
					سالن انتظار
					سرویس بهداشتی

مسئول واحد فنی:

کارشناس فنی:



چک لیست بررسی وضعیت فضاهای تشخیصی (رادیولوژی)

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دفتر بهبود کیفیت

CH₁₇-ADSS(Im.)

تصویربرداری					فضا / اتاق
سهولت دسترسی	کفایت کاربری	کل متراژ	متراژ (متر مربع)	تعداد	
					پذیرش سونوگرافی
					پذیرش رادیوگرافی و سی تی اسکن
					اتاق سونوگرافی
					اتاق گرافی
					اتاق ماموگرافی
					اتاق سی تی اسکن
					اتاق کنترل سی تی اسکن
					سالن انتظار

مسئول واحد فنی:

کارشناس فنی:



چک لیست بازدید خودروهای دولتی

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

Ch₁₈-GVC

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

نوع خودرو : تاریخ - ساعت: شماره انتظامی : کیلومتر :

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
۱	روغن خودرو سر موعد تعویض شده است ؟			
۲	آیا باک بنزین حداقل بیش از نصف ظرفیت پر می باشد ؟			
۳	باد چرخ ها کافی می باشد ؟			
۴	نور چراغها کافی می باشد ؟			
۵	ترمزهای خودرو به خوبی کار می کنند ؟			
۶	آب رادیاتور کافی می باشد ؟			
۷	آیا از کارکرد صحیح باتری ماشین اطمینان دارید؟			
۸	کپسول آتش خاموش کن پر و آماده بکار می باشد ؟			
۹	دفتر خودرو بطور مرتب نوشته می شود ؟			
۱۰	موتور صدای غیر معمول دارد ؟			
۱۱	وسایل یدکی مربوط به خودرو بصورت کامل موجود می باشد؟ (آچار، تسمه، زنجیر چرخ و ...)			
۱۲	مدارک بیمه ای ماشین موجود می باشد ؟			
۱۳	حکم ماموریت خودرو موجود می باشد ؟			
۱۴	حکم ماموریت راننده موجود می باشد ؟			
۱۵	وضعیت ظاهری خودرو	تمیز	متوسط	کثیف
۱۶	وضعیت ظاهری موتور خودرو	تمیز	متوسط	کثیف
۱۷	نظافت داخل خودرو	تمیز	متوسط	کثیف
۱۸	وضعیت هواکش	تمیز	متوسط	کثیف
نظریه کلی بازدید کننده :				

نام نام خانوادگی و امضای مسئول اداره نقلیه :

نام نام خانوادگی و امضای راننده :



چک لیست رعایت نکات لازم از طرف رانندگان استیجاری
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

نوع خودرو : تاریخ - ساعت: شماره انتظامی : کیلومتر :

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
۱	حضور به موقع در محل کار			
۲	پر بودن باک خودرو اعم از (گاز - بنزین)			
۳	نصب بودن تابلو بر روی سقف خودروی در اختیار			
۴	کنترل خودرو از نظر فنی در حد مطلوب (لاستیک ها - بخاری- کولر- برف پاک کن)			
۵	کنترل خودرو از نظر وضعیت ظاهری (موتور - بدنه - نظافت داخل خودرو)			
۶	رعایت شئون اسلامی و اداری محیط کار			
۷	استفاده از لباس فرم مخصوص سازمان			
۸	عدم مداخله در امور دیگران			
۹	رعایت کامل مقررات راهنمایی و رانندگی			
۱۰	برخورد مناسب با سرنشینان خودرو			
۱۱	ممانعت از سوار نمودن افراد متفرقه بدون هماهنگی با اداره نقلیه			
۱۲	کنترل وسایل و لوازم و متعلقات و کلیه قسمت های خودرو قبل و بعد از حرکت			
۱۳	مدارک بیمه ای ماشین			
۱۴	مدارک بیمه ای راننده			
نظریه کلی بازدید کننده :				

نام نام خانوادگی و امضای مسئول اداره نقلیه :

نام نام خانوادگی و امضای راننده :



ردیف	سوال	بله	خیر	ناحدودی
۱	آیا مارکر و مشخصات بیمار کاملاً صحیح و خوانا روی تصویر درج شده است؟			
۲	آیا پوزیشنینگ صحیح صورت گرفته است؟			
۳	آیا شرایط اکسپوژر اعمال شده مطلوب است؟			
۴	آیا تصویر تهیه شده حاوی آرتیفکت می باشد؟			
۵	آیا فاصله فیلم تا کانون مناسب انتخاب شده است؟			
۶	آیا مرکز اشعه دقیق تنظیم شده است؟			
۷	آیا شیلدینگ مناسب و دقیق به کار رفته است؟			
۸	آیا کنترل کیفی دستگاهها انجام شده است؟			
۹	آیا تصویربرداری انجام شده با برگه درخواست مطابقت کامل دارد؟			
۱۰	آیا کیفیت تصویر در سیستم پکس مورد تایید است؟			

مسئول واحد:

نام و امضاء کارشناس تصویربرداری:

1. Medical Imaging Quality Assessment



ردیف	سوال	بله	خیر	ناحدودی
۱	آیا اطلاعات صحیح جهت آمادگی تصویربرداریهای با تزریق به بیمار ارائه می‌گردد؟			
۲	آیا در پذیرش بیماران کووید پروتکل های بهداشتی رعایت می‌گردد؟			
۳	آیا تریاژ بیماران در واحد تصویربرداری بصورت صحیح انجام می‌گیرد؟			
۴	آیا انجام تصاویر با تزریق با حضور پزشک متخصص انجام می‌گیرد؟			
۵	آیا تزریق ماده حاجب توسط کارشناس پرستاری انجام می‌شود؟			
۶	آیا شیلدینگ مناسب برای بیماران انجام می‌شود؟			
۷	آیا حفاظت و شیلدینگ همراهان بیمار انجام می‌شود؟			
۸	آیا تجهیزات CPR و ترالی اورژانس در بخش تصویربرداری موجود است؟			
۹	آیا کپسول اکسیژن در واحد تصویربرداری موجود است؟			
۱۰	آیا به زبان گویا و مناسب اطلاعات جهت پوزیشن دهی به بیمار داده می‌شود؟			

نام و امضاء کارشناس تصویربرداری:

Evaluation of Radiology Department Services



ردیف	سوال	بله	خیر	ناحدودی
۱	آیا بیمار و همراه وی از برخورد مسئول پذیرش رضایت دارند؟			
۲	آیا بیمار از مدت زمان انتظار (نوبت دهی) برای انجام تصویربرداری رضایت دارد؟			
۳	آیا بیمار از اطلاعات ارائه شده در مورد نحوه انجام فرآیند تصویربرداری رضایت دارد؟			
۴	آیا بیمار از سیستم تهویه تصویربرداری رضایت دارد؟			
۵	آیا سیستم گرمایش و سرمایش در بخش مورد رضایت بیمار می باشد؟			
۶	آیا در واحد تصویربرداری رختکن مناسب وجود دارد؟			
۷	آیا نظافت واحد تصویربرداری در حد مطلوب است؟			
۸	آیا بیمار و همراه وی از برخورد پرسنل تصویربرداری رضایت دارند؟			
۹	آیا بیمار از نحوه ارائه جواب و تصاویر تصویربرداری رضایت دارد؟			
۱۰	آیا بیمار از استانداردهای موجود در خصوص دسترسی به واحد رضایت دارد؟ (وجود رمپ و قرار گیری در طبقه همکف)			
۱۱	آیا بیمار از نحوه ارائه خدمات در واحد رضایت دارد؟ (قسمت ارائه کننده خدمت سی تی اسکن ، رادیولوژی ، سونوگرافی ذکر گردد)			

نام و امضاء کارشناس تصویربرداری:

1. Assessment of Patient Satisfaction at Radiological Department



توضیحات	تاریخ	۵	۴	۳	۲	۱	۰	ثبت دستورات پزشک	ردیف
								مشخصات سربرگ دستورات پزشک به صورت تاپی ثبت شده است.	۱
								دستورات پزشک خوانا می باشد و با خودکار آبی یا مشکی ثبت شده است.	۲
								دستورات دارویی به صورت لاتین ثبت شده است.	۳
								دستورات پزشک فاقد قلم خوردگی می باشد. (اگر قلم خوردگی وجود دارد طبق دستورالعمل اقدام به تصحیح شده است)	۴
								مهر و امضاء دستورات پزشک ثبت شده است.	۵
								تاریخ و ساعت دستورات پزشک ثبت شده است.	۶
								تعداد دستورات پزشک توسط پرستار چک و قید شده است.	۷
								تاریخ و ساعت چک دستورات پزشک ثبت شده است.	۸
								مهر و امضاء پرستار چک کننده ثبت شده است.	۹
								ساعت و تاریخ دستورات پزشک با چک پرستار مطابقت دارد.	۱۰
								دستورات پزشک با کاردکس مطابقت دارد.	۱۱
								اجرا دستورات توسط پرستار با دستورات پزشک مطابقت دارد.	۱۲
								مهر مخصوص چک دستورات در انتهای دستورات ثبت و آیتم‌های موجود پر شده است.	۱۳
								موارد مربوط به قلم خوردگی و Error و خودکار دو رنگ توسط پرستار ثبت شده است.	۱۴
								انتها و ابتدای هر بند دستورات پزشک بسته شده است و فاصله بین دو دستور فاصله وجود دارد و در صورت فاصله توسط پرستار خط کشیده شده است.	۱۵
								دستورات پزشک با خودکار قرمز رنگ چک شده است.	۱۶
								داروهای پرخطر با حروف بزرگ نوشته شده اند.	۱۷
								چک دستورات داروهای پرخطر طبق دستورالعمل مهر و امضاء پرستار شاهد دارد.	۱۸



ردیف	موارد ارزیابی کاردکس	۰	۱	۲	۳	۴	۵	توضیحات
۱	مشخصات بیمار و تاریخ پذیرش و تاریخ جراحی بصورت کامل در کاردکس ثبت شده است							
۲	موارد ثبت شده در کاردکس خواناست و کاردکس تمیز و مرتب می باشد .							
۳	دستورات پزشکی (دارو/ پروسیجر/ مونیتورینگ، پالس اکسی متری و ...) بصورت صحیح وارد کاردکس شده است.							
۴	مشخصات دارو (نام، روش مصرف، دوز، ساعت و تاریخ شروع و اتمام) طبق دستور پزشک ثبت شده است.							
۵	سوابق حساسیت دارویی، غذایی، بیماری های خاص و . . با خودکار قرمز ثبت شده است.							
۶	اطلاعات لازم جهت پیگیری گرافی‌ها، آزمایشات و پروسیجرها برای شیفت بعد ثبت شده است.							
۷	کلیه اقدامات تشخیصی (پاراکلینیک) با ذکر تاریخ و ساعت انجام، در کاردکس ثبت شده است.							
۸	نوع رژیم غذایی، استراحت و پوزیشن بیمار و نحوه کنترل علائم حیاتی و . . . مشخص شده است							
۹	تاریخ انجام پروسیجر (سونداژ، اینتوباسیون، چست تیوب و ...) ثبت شده است.							
۱۰	نام پرستار ثبت کننده دستور پزشک در کاردکس نوشته شده است.							
۱۱	نام پرستار چک کننده کارت دارویی و شیفت ثبت شده است.							
۱۲	داروهای خوراکی و تزریقی جداگانه در قسمت صحیح ثبت شده است.							
۱۳	روش اکسیژن تراپی (از طریق ماسک، هد باکس و ...) تاریخ، ساعت شروع و میزان اکسیژن دریافتی ثبت شده است							
۱۴	مشخصات داروهای DC شده به همراه تاریخ شروع و DC شدن در پائین کاردکس ثبت شده است.(مخصوصا آنتی بیوتیکها و ایمنوگلوبولینها.							
۱۶	Set Up ونتیلاتور و یا NCPAP در کاردکس ثبت شده است .							
۱۷	حداقل دو مورد از تشخیص های پرستاری بروز شده ی بیمار در کاردکس ثبت شده باشد .							
۱۸	تدابیر پرستاری بر اساس کتاب ناندا نوشته شده باشد و پرستار بتواند به این کتاب مراجعه نماید .							



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₂₃-MANSHW

چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخش‌های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

تعداد پرسنل موجود در شیفت: **نام بخش:** **تعداد تخت موجود / تعداد بیمار:** **تاریخ و شیفت بازدید:**

ردیف	موارد ارزیابی اکسیژن تراپی (*چک لیست در بخش در بیماری که در حال دریافت اکسیژن می باشد تکمیل گردد و شفاها پرسش نشود)	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	توضیحات
۱	کپسول اکسیژن به همراه مانومتر سالم (به تعداد استاندارد) موجود است									
۲	اتصالاتی مانند کانول، انواع ماسک، آسمپار به اندازه کافی و مخصوص هر بیمار موجود می باشد.									
۳	فلومترهای اکسیژن به میزان استاندارد دارای آب هستند و در مواقع عدم استفاده به صورت خشک نگهداری می شوند.									
۴	فلومتر میزان اکسیژن دریافتی برای بیمار را دقیق نشان می دهد.									
۵	میزان و روش اکسیژن رسانی مطابق دستور پزشک می باشد.									
۶	دستهای خود را می شوید.									
۷	وضعیت بیمار را بررسی میکند.									
۸	با بیمار ارتباط برقرار میکند و مراحل پروسیجر را به وی توضیح می دهد.									
۹	اتاق بیمار را از نظر امنیت در زمان اکسیژن رسانی بررسی میکند:									
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ در صورت لزوم دوشاخه وسایل برقی را از پریز خارج میکند ✓ تابلوی کشیدن سیگار ممنوع را در اتاق بیمار نصب میکند ✓ در مورد کودکان و بیمارانی که از چادر اکسیژن استفاده می کنند وسایل مولد جرقه را از اتاق خارج میکند. ✓ تابلوی "در حال اکسیژن گرفتن" را بالای تخت بیمار و در پشت در اتاق وی نصب می کند. 									
۱۰	ماسک/کانولای بینی متناسب با سایز بیمار روی صورت/ بینی بیمار فیکس است.									
۱۱	وضعیت بیمار را حین اکسیژن تراپی بررسی می کند (تعداد و نوع تنفس).									
	مشاهدات و یافته های خود را ثبت میکند:									
۱۲	الف تاریخ و ساعت شروع اکسیژن تراپی ب نوع وسیله ای که جهت اکسیژن رسانی استفاده کرده است. ج میزان جریان اکسیژن، علایم حیاتی بیمار، رنگ پوست، مشکلات تنفسی، صداهای تنفسی بیمار و اثربخشی آن د) تاریخ و ساعت پایان اکسیژن تراپی و تغییرات گازهای خون شریانی در پاسخ به اکسیژن تراپی									



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₂₃-MANSHW

چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخش‌های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

تعداد پرسنل موجود در شیفت: نام بخش: تعداد تخت موجود / تعداد بیمار: تاریخ و شیفت بازدید:

ردیف	موارد ارزیابی آموزشی پرسنل	توزیحات				
		۰	۱	۲	۳	۴
۱	برنامه های آموزشی (دوره های مصوب/ غیر مصوب) متناسب با شرایط بخش و نیروها وجود دارد					
۲	دستورالعمل پروسیجرهای عمومی و خاص در بخش وجود دارد (آگاهی به محل فایل کتابچه دستورالعمل و خط مشی ۱۴۰۲)					
۳	بُرد آموزشی متناسب با نیاز بخش با رعایت تاریخ، منبع، فرد نویسنده نوشته شده است.					
۴	پرسنل از کیس های شایع و کاربری تجهیزات و داروهای بخش اطلاع دارند					
۵	برنامه راند بالینی متناسب با برنامه دفتر پرستاری برگزار و تمام موارد لازم ثبت می شود					
۶	آموزش ها (کنفرانس درون بخشی ماهیانه، راندهای آموزشی برحسب نیاز) برگزار و مستند گردیده است					
۷	میزان آگاهی پرسنل از آموزش های ارائه شده ارزیابی می گردد					
۸	پرسنل از سیستم اطلاع رسانی در خصوص اعتباربخشی و محل فایل های الکترونیکی اطلاع دارد.					
۹	دفاتر موجود در بخش به صورت منظم تکمیل شده است.					

ردیف	چک لیست استفاده از دی سی شوک	توضیحات				
		۰	۱	۲	۳	۴
۱	محل قرار گیری دی سی شوک مناسب و در دسترس است					
۲	وسایل و تجهیزات دارای شناسنامه و بر چسب سبز کالیبراسیون می باشد .					
۳	دستگاه دی سی شوک در اول هر شیفت توسط پرستار مربوطه چک می شود .					
۴	پرسنل در مورد چک دی سی شوک اطلاع دارند (پدل و دستگاه) و بعد چک سیم رابط را به دستگاه وصل می نمایند					
۵	در مورد محل قرار گیری پدلهای و نحوه مانیتورینگ با دستگاه دی سی شوک (دکمه مانیتورینگ، تعیین لید، پرینت) را میداند.					
۶	شارژ باتری دستگاه دی سی شوک مطابق استاندارد تجهیزات صورت میگیرد .					
۷	در مورد نوع دستگاه دی سی شوک در بخش (بای فازیک و منو فازیک) اطلاع داشته و تفاوت آن را می داند .					
۸	احتیاطات لازم جهت شوک دادن را می داند .					
۹	دکمه تعیین انرژی . شارژ . و شوک را روی دستگاه و پدال نشان می دهد .					
۱۰	محل دکمه سینکرونایز و دلیل استفاده از آن را می شناسد .					
۱۱	پدلهای اطفال را می شناسد و می تواند آماده نماید .					
۱۲	با نحوه تعویض نوار دی سی شوک و پرینت آشنا است					
۱۳	دکمه قطع صدا و نحوه تنظیم آلارم ها را می داند .					
۱۴	نحوه مانیتورینگ با دستگاه دی سی شوک (دکمه مانیتورینگ . تعیین لید. پرینت .) اطلاع داشته و تفاوت آنها را می داند .					



چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخش‌های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

تعداد پرسنل موجود در شیفت: نام بخش: تعداد تخت موجود / تعداد بیمار: تاریخ و شیفت بازدید:

ردیف	چک لیست استفاده از لارنگوسکوپ							توضیحات
	۵	۴	۳	۲	۱	۰		
۱								قبل از لمس تیغه‌ها برای چک/ استفاده، دستها را ضدعفونی می‌کند.
۲								نحوه چک (اتصال و جداسازی) و تکنیک استفاده از لارنگوسکوپ را می‌داند.
۳								لامپ لارنگوسکوپ روشن می‌شود و نور کافی دارد.
۴								پرستار نحوه تعویض باتری و لامپ را میداند.
۵								باتری و لامپ یدک لارنگوسکوپ موجود می‌باشد و پرستار از محل نگهداری آنها اطلاع دارد.
۶								انواع تیغه لارنگوسکوپ و موارد کاربرد آن را می‌شناسد.
۷								تیغه‌های لارنگوسکوپ پاکسازی و ضدعفونی شده است و کارکنان از نحوه اسکراب لارنگوسکوپ اطلاع دارند.
۸								از محل نگهداری لارنگوسکوپ اطلاع دارد.

ردیف	موارد ارزیابی درمان وریدی و سرم تراپی							توضیحات
	۵	۴	۳	۲	۱	۰		
۱								بهداشت دست را قبل از آماده کردن دارو و سرم بعد از اتمام کار رعایت می‌کند.
۲								سرم‌ها دارای برچسب (شامل: نوع سرم، تاریخ، ساعت (شروع و اتمام)، نام پرستار و بیمار، تعداد قطرات، دوز دقیق داروهای اضافه شده) بوده و با دستور پزشک همخوانی دارد. (در صورتیکه داخل سرم داروی پر خطر باشد)
۳								قطرات سرم و میکروست طبق برچسب تنظیم شده است (زمان تجویر و حجم دریافتی با کاردکس مطابقت دارد)
۴								محل Iv Line از نظر علائم نشت و فلبیت کنترل شده است.
۵								دستورالعمل حداکثر زمان استفاده از اتصالات وریدی (آنژیوکت، ست سرم، میکروست و...) رعایت شده است.
۶								تاریخ انقضاء سرم‌ها، وجود کریستال و یا تغییر رنگ آنها کنترل شده است.
۷								چسب‌های آنژیوکت تمیز بوده و خون آلود نیست.
۸								بیمار/همراه بیمار از لزوم عدم دستکاری سرم آگاه است و قبل از جابجا نمودن بیمار در خصوص بستن راه وریدی به پرستار اطلاع می‌دهد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخش های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

CH₂₃-MANSHW

تعداد پرسنل موجود در شیفت: نام بخش: تعداد تخت موجود / تعداد بیمار: تاریخ و شیفت بازدید:

توضیحات	موارد ارزیابی گزارشی پرستاری و ثبت اطلاعات در پرونده						ردیف
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	
							۱
							مشخصات بیمار روی اوراق پرونده ثبت شده است
							۲
							اوراق پرونده به ترتیب و طبق استاندارد تنظیم شده است (بعد شروع اولین روز اداری)
							۳
							تاریخ و ساعت و نحوه پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری بیمار ثبت شده است.
							۴
							شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش ثبت شده است.
							۵
							تشخیص بیمار در اولین گزارش ثبت شده است.
							۶
							وضعیت ارزیابی بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.
							۷
							وضعیت سلامت جسمی بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است.
							۸
							وضعیت سلامت روحی در اولین گزارش ثبت شده است.
							۹
							توضیحات و آموزشهای لازم جهت بیمار آن در بدو ورود ارائه گردیده و ثبت شده است.
							نکات مربوط به ثبت اشتباه رعایت شده است.
							نوشتن خط نازک بر روی نوشته و نوشتن عبارت اصلاح شد روی و یا جلوی آن
							ثبت تعداد موارد اصلاح در پایین گزارش
							امضا و مهر در کنار کلمه اشتباه
							عدم استفاده از غلط گیر در گزارش
							ساعت و نوع و حجم و داروی اضافه شده سرم دریافتی
							نوع و محل وصل آنژیوکت در متن گزارش
							نام کامل دارو (اختصار نباشد) دوز مصرف - راه مصرف - زمان مصرف
							ثابت IV تراپی و اقدامات دارویی
							علت عدم تجویز دارو و ساعت گزارش به پزشک
							در صورت تجویز داروی پرخطر دوامضایی شده است.
							ثبت ایجاد واکنش به دارو و گزارش مداخلات انجام شده
							گزارشات پرستاری خوانا، جامع، پویا و بدون فاصله خالی بین آنها ثبت شده است
							زمان انجام تمام اقدامات تهاجمی و غیر تهاجمی بصورت دقیق با ذکر علت و زمان انجام و فرد انجام دهنده ثبت شده است
							به انجام گرافی ها ، SCAN ، MRI و آزمایشات ، زمان دریافت جواب و پیگیری آنها اشاره شده است
							در صورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی یا جواب آزمایشات ، اقدامات انجام شده و اطلاع به

										پزشک با ذکر ساعت در پرونده ثبت شده است
										۲۴ در گزارش پرستاری به ایمنی و حفاظت بیمار اشاره شده است
										۲۵ به فرایند آموزش بیمار در گزارشات پرستاری اشاره شده است
										۲۶ ساعت درخواست و انجام مشاوره ، پزشک انجام دهنده مشاوره و نوع مشاوره از نظر اورژانس یا الکتیو بودن و زمان اطلاع به پزشک و نام پزشک ثبت شده است
										۲۷ بعد از انجام پرستار بیمار زمان اطلاع به پزشک ، توسط پرستار در برگه مشاوره ثبت و مهر و امضا شده است
										۲۸ دستور CBR بیماران دقیقاً رعایت شده است
										۲۹ حوادث مانند سقوط از تخت – اشتباهات دارویی و و تهدید از طرف بیمار و اقدامات انجام شده ثبت شده است
										۳۰ نتایج ارزیابی پرستار از بیمار ، مشکلات بیمار ، مداخلات پرستاری و اثر بخشی مداخلات انجام شده مرتب در گزارش ثبت شده است
										۳۱ گزارشات با خط ممتد بسته شده بصورتی که امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد
										۳۲ پایان گزارش دارای مهر و امضای پرستار تاریخ و ساعت میباشد

ردیف	موارد ارزیابی دارو درمانی							توضیحات
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۰-۵	
۱								در مورد داروی تجویز شده اطلاعات دارد و در صورت نداشتن اطلاعات قبل از دادن دارو به کتب دارویی مراجعه می کند (کتب در دسترس باشد)
۲								در صورت برخورد با هرگونه مغایرت در دستور دارویی پرستار مسئول، پزشک را مطلع می سازد.
۳								سینی و تریالی داروی تمیز و آماده را در اتاق دارو (حاوی پنبه، محلول ضد عفونی محل تزریق و دست، سفتی باکس، ...) می برد.
۴								دارو بر روی کاردکس داخل سینی یا تریالی، طوری قرار داده شده است که نام بیمار خوانده می شود
۵								داروی مورد نظر را با کنترل برچسب دارویی از نظر نام، تاریخ انقضاء، روش مصرف و دوز (قبل، حین و بعد) چک می کند (در صورت موجود نبودن دارو هماهنگی با داروخانه و دفتر پرستاری جهت تهیه دارو صورت گیرد)
۶								سینی و تریالی داروی تمیز و آماده را بر بالین بیمار (حاوی پنبه، محلول ضد عفونی محل تزریق و دست، سفتی باکس، ...) می برد. (در صورت عدم امکان استفاده از تریالی، از سینی تمیز و آماده استفاده می شود
۷								بهداشت دست را قبل از آماده کردن دارو و بعد از اتمام کار رعایت می کند.
۸								داروی مورد نظر را با کنترل برچسب دارویی از نظر نام، روش مصرف و دوز چک می کند. (شفافیت دارو و تغییر رنگ نیز باید کنترل گردد)
۹								هنگام حضور بر بالین مددجو بیمار را بر اساس دستورالعمل صحیح شناسایی می کند
۱۰								دستورالعمل داروهای پرخطر رعایت می گردد .
۱۱								کنترل محل IV LINE از نظر سلامت صورت می گیرد
۱۲								ارزیابی بیمار (مانند کنترل فشار و نبض) را قبل از دادن داروی خاص انجام و نتیجه را ثبت می نماید
۱۳								قبل از آماده کردن و تزریق دارو محل آن (پوکه دارو، سرم، پوست، قسمت پلاستیکی میکروست و ست سرم) پرپ می شود
۱۴								رعایت زمان انفوزیون و تزریق دارو مطابق با استاندارد دارویی و دستور پزشک صورت گیرد
۱۵								برای داروهایی که نیاز به ظرف مدرج و یا کاپ دارویی دارد از ظروف مناسب استفاده می کند
۱۶								داروی آماده شده توسط خود فرد داده می شود (پرستار تا زمان مصرف داروهای خوراکی بیمار را ترک نمی کند)

۱۷	در صورت تجویز چند دارو، داروها را به صورت جداگانه به بیمار می‌دهد و از مخلوط شدن دارو ها اجتناب می‌کند
۱۸	هدف از دادن دارو و عوارض مورد انتظار را برای بیمار شرح می‌دهد
۱۹	در صورت امتناع بیمار از دریافت دارو مورد به پزشک اطلاع و در پرونده ثبت می‌گردد .
۲۰	بعد از دادن دارو در پرونده بیمار از روی کارت دارویی نام، نوع، مقدار، طریقه تجویز دارو را با ذکر تاریخ و ساعت ثبت می‌کند
۲۱	وسایل را به محل خود بر میگرداند و احتیاطات لازم را به عمل می‌آورد
۲۲	ویال‌های باز یا حل شده، دارای برچسب دوز، ساعت و تاریخ می‌باشد
۲۳	داروهای مخدر و ویال kcl در بخش به صورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به صورت ایمن مصرف می‌شوند.

ردیف	ارزیابی آموزش به بیمار							توضیحات
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۰-۵	
۱								بیمار/ مراقب اصلی / مددجو، پزشک معالج و پرستار خود را می‌شناسد
۲								بیمار /مراقب اصلی /مددجو، بیماری، علت آن، عوارض و علائم هشدار بیماری خود را می‌شناسد
۳								بیمار/مراقب اصلی /مددجو، نحوه صحیح (میزان، زمان، عوارض، تداخلات دارویی و روش) و مراقبتهای مورد نیاز در مورد مصرف داروهای خود را میداند.
۴								بیمار /مراقب اصلی /مددجو، اطلاعات لازم در مورد میزان فعالیتهای روزانه زندگی (مجاز و غیر مجاز) و نحوه استراحت در منزل را می‌داند.
۵								بیمار /مراقب اصلی /مددجو، رژیم غذایی مختص بیماری خود/ اهمیت شیر مادر می‌داند
۶								بیمار /مراقب اصلی /مددجو، نحوه مراقبت از خود در منزل و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان خود (خودمراقبتی) را میداند
۷								بیمار در مورد اهمیت دستبند شناسایی / بالا بودن نرده های کنار تخت اطلاع دارد
۸								بیمار در مورد عدم دستکاری اتصالات و اجرای آموزش های داده شده توسط پرستار در خصوص نگهداری از اتصالات را می‌داند
۹								بیمار /مراقب اصلی /مددجو زمان و مکان پیگیریها و مراجعات بعدی خود را می‌داند
۱۰								بیمار /مراقب اصلی /مددجو از برنامه های آموزشی که توسط پرستار ارائه شده، رضایت دارد
۱۱								پرستار از روشهای کمک آموزشی مناسب (پمفلت، بروشور، فیلم و ...) برای آموزش به بیمار استفاده کرده است.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخش‌های بیمارستان شهید مطهری ارومیه

CH₂₃-MANSHW

تعداد پرسنل موجود در شیفت: نام بخش: تعداد تخت موجود / تعداد بیمار: تاریخ و شیفت بازدید:

ردیف	چک لیست کنترل ترالی اورژانس	بازرسی						توضیحات
		۰	۱	۲	۳	۴	۵	
۱	محل قرار گیری ترالی اورژانس مناسب و در دسترس می باشد.							
۲	چرخ های ترالی اورژانس روان بوده و کشوهای ترالی به راحتی باز و بسته می شوند.							
۳	چیدمان ترالی اورژانس بر اساس ویرایش هشتم می باشد و راهنمای ویرایش هشتم در کنار ترالی اورژانس ضمیمه می باشد							
۴	تاریخ انقضاء اقلام دارویی/ لوازم مصرفی به صورت ماهیانه کنترل و در دفتر مخصوص ثبت می شود.							
۵	راهنمای طبقات طبق چیدمان نصب شده است							
	پرسنل در مورد چیدمان ترالی اورژانس و محل قرار گیری دارو و لوازم اطلاع دارند							
۶	داروها، لوازم و تجهیزات بخش/ ترالی اورژانس در اول شیفت تحویل گرفته شده اند							
۷	لارنگوسکوپ، آمبویگ و کپسول اکسیژن ابتدای شیفت چک شده است							
۸	پرسنل از نحوه چک نمودن و کار با آمبویگ اطلاع و مهارت دارند							
۹	داروهای پرخطر و مشابه در بخش/ ترالی اورژانس لیبل گذاری شده است							
۱۰	پرسنل داروهای پر خطر و مشابه ترالی اورژانس را می شناسند							
۱۱	پرسنل در مورد نحوه ی عملکرد داروهای پرخطر اطلاع دارند							
۱۲	پرسنل از موارد استفاده داروهای ترالی اورژانس اطلاع دارند							
۱۳	پرسنل در مورد عوارض داروهای ترالی اورژانس اطلاع دارند							
۱۴	پرسنل در مورد تداخلات دارویی و احتیاطات لازم اطلاع دارند							
۱۵	پرسنل در مورد مراقبتهای پرستاری مرتبط با داروها اطلاع دارند							
۱۶	در ترالی اورژانس کمبود دارو و لوازم وجود ندارد							

ردیف	موارد ارزیابی تحویل شیفت	بازرسی						توضیحات
		۰	۱	۲	۳	۴	۵	
۱	پرسنل به موقع در شیفت حضور می یابند							
۲	تمامی پرسنل هر دو شیفت اعم از پرستار و خدمات در تحویل حضور دارند (مسئولین شیفتها هر دو در تحویل حاضر باشند)							
۳	پرسنل از یونیفرم و کفش مصوب استفاده می کنند							
۴	تمامی پرسنل از اتیکت شناسایی استفاده می نمایند							
۵	بیمار مطابق استاندارد شناسایی گردد							
۶	پرسنل خود را بصورت شفاهی به مددجو و همراه معرفی می نمایند و نام خود را در تابلوی بالا سر نوشته می شود							
۷	تحویل بر بالین بیمار با کاردکس انجام می شود (بجز موارد محرمانه)							

۸	تحويل وضعیت بیمار صورت گیرد (Situation)
۹	توضیحات مربوط به شرح اقدامات در طول شیفت قبل ارائه می گردد (Background)
۱۰	ارزیابی بیمار بر اساس علائم حیاتی و معیار های درد و زخم بستر و سقوط از تخت صورت می گیرد (Assessment)
۱۱	پیگیری و توصیه های لازم ارائه می شود (Recommendation)
۱۲	نکات مهم توسط مسئول شیفت در فرم تحويل شیفت یادداشت می شود
۱۳	یونیت اطراف بیمار کاملاً تمیز و مرتب است و اسکراب صحیح تحويل گرفته می شود
۱۴	نکات ایمنی بیمار رعایت شده است
۱۵	گزارشات پرستاری شیفت های قبلی توسط سرپرستار در صبح کاری کنترل می شود

توضیحات	ارزیابی اولیه بیمار						رتبه
	۵	۴	۳	۲	۱	۰	
آیا سربرگ فرم ارزیابی اولیه به طور کامل پر شده است؟							۱
آیا قسمت مربوط به اطلاعات پایه شامل ساعت ورود، نحوه مراجعه، علایم حیاتی بدو ورود و ... کنترل و تکمیل شده است؟							۲
آیا وضعیت هوشیاری و ارتباطی بیمار بررسی و ثبت شده است؟							۳
آیا حساسیت و واکنش غذایی، دارویی بیمار بررسی و ثبت شده است؟							۴
آیا تاریخچه سلامتی شامل علت مراجعه، سابقه بیماری، بستری شدن در بیمارستان، جراحی، ترانسفوزیون خون و ... بررسی و ثبت شده است؟							۵
آیا ارزیابی دارویی شامل نام دارو، دوز مصرف، مدت زمان مصرف دارو، علت مصرف، نحوه مصرف، نیاز به آموزش بررسی و ثبت شده است؟							۶
آیا محدودیت ها و تواناییهای بیمار طبق فرم بررسی و ثبت شده است؟							۷
آیا سیستم های بدن ارزیابی و نتایج ثبت شده اند؟							۸
آیا پرستار مهارت و اطلاعات کافی در مورد نحوه ارزیابی سیستم ها دارد؟ (لطفاً حداقل یکی از سیستم ها انتخاب و سوال شود)							۹
آیا ارزیابی درد (کودکان، بزرگسالان) انجام شده است؟							۱۰
آیا ارزیابی مددکاری شامل پوشش بیمه، سیستم حمایتی انجام شده است؟							۱۱
آیا ارزیابی زخم بستر بر اساس معیار متناسب با سن بیمار بررسی شده و امتیاز ثبت شده است؟							۱۲
آیا ارزیابی خطر سقوط از تخت بررسی شده و امتیاز ثبت شده است؟							۱۳
آیا فرم ارزیابی بیمار پس از تکمیل توسط خود بیمار/ همراه بیمار تأیید و توسط پرستار ارزیابی کننده مهر و امضاء شده است؟							۱۴
آیا ارزیابی اولیه پرستار از بیمار در بدو پذیرش و حداکثر تا پایان شیفت انجام می شود؟							۱۵
آیا ارزیابی های انجام شده توسط پرستار در اولین گزارش پرستاری نوشته می شود؟							۱۶
آیا تشخیص های پرستاری بیمار در کاردکس ثبت و گزارشات پرستاری بر اساس فرآیند نوشته شده است؟							۱۷



ردیف	موارد ارزیابی (ساکشن)							توضیحات
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	
۱								قبل از ساکشن دستور پزشک مبنی بر ساکشن اورو فارنکس چک می شود
۲								قبل از ساکشن علائم حیاتی وجواب ABG بیمار چک می شود
۳								در صورت هوشیار بودن باید به بیمار آموزش مراحل انجام پروسیجر ارائه شود .
۴								قبل از ساکشن بهداشت دست را رعایت می کند .
۵								قبل از ساکشن بیمار در پوزیشن نیمه نشسته یا در صورت تحمل نشسته قرار می گیرد .
۶								هیپراکسیژناسیون بیماران با اکسیژن ۱۰۰ درصد ۳۰ ثانیه قبل و بعد از انجام ساکشن انجام می شود .
۷								از میزان فشار مناسب جهت ساکشن درنوزاد و شیر خوار و کودکان ۶۰ تا ۸۰ میلی متر جیوه و در بزرگسالان ۸۰-۱۲۰ میلیمتر جیوه خبر دارد
۸								انتهای کانکشن لوله ساکشن را با انگشت مسدود می کند و فشار ساکشن را چک می کند .
۹								پروپ پالس اکسی متر را تا پایان انجام ساکشن ، به بیمار وصل می کند .
۱۰								در شروع ساکشن کاتتر ساکشن رادر حالت خاموش به داخل بینی یا دهان بیمار فرو می برد
۱۱								زمان انجام ساکشن در بیماران را رعایت می کند (نباید بیش از ۱۰-۱۵ ثانیه در بزرگسال و اطفال و در نوزادان ۵ ثانیه باشد)
۱۲								در پایان سر ساکشن را در حالت روشن و چرخشی از دهان خارج می کند .
۱۳								در پایان ساکشن دستهای خود را بشوید .
۱۴								پس از انجام ساکشن تاریخ ، زمان ، علت وقوع تکنیک استفاده شده و مقدار ، رنگ ، غلظت ، محتویات ترشحات و وضعیت تنفسی بیمار قبل و بعد از انجام تکنیک و مشکلات بیمار و اقدامات پرستاری انجام شده حین تکنیک و میزان تحمل بیمار نسبت به تکنیک در گزارش پرستاری ثبت می کند و به پزشک اطلاع می دهد .
۱۵								اندازه کاتتر سراسکشن (حداقل نصف قطر داخلی لوله تراشه و یا لوله تراکیاستومی) را می داند
۱۶								عوارض ساکشن (کاهش کمپلیانس ریه ، آتلکتازی ، هیپوکسی و هیپوکسمی ، ترومای بافتی به تراشه ولایه مخاطی برونش ، انقباض واسپاسم برونش، افزایش کلونی میکروبی در راه هوایی تحتانی ، تغییر در جریان مغز ، افزایش و کاهش فشار خون ، دیس ریتمی قلبی، تحریک عصب واگ و برادیکاردی ، استفراغ...) را می داند
۱۷								عوارض استفاده از نرمال سالین در لوله تراشه در حین ساکشن را می داند(سرفه های فزاینده، کاهش O ₂ SA برونکواسپاسم، انتقال کلونیهایی باکتریایی موجود در لوله تراشه به راههای هوایی تحتانی، درد اضطراب و دیس پنه)
۱۸								تاریخچه بیمار از نظر وجود انحراف سپتوم بینی، پولیپ بینی، شکستگی بینی، جراحت ها، خونریزی از بینی و ترشحات بررسی کنید و بینی باز را انتخاب کنید.

آتلکتازی : روی هم خوابیدن آئولوها می باشد

هیپوکسمی : کاهش میزان اکسیژن خون می باشد

کمپلیانس ریه : میزان خاصیت الاستیکی ریه ها و قابلیت ارتجاع ریوی را کمپلیانس ریه می نامند



تاریخ:		مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه			چک لیست ارزیابی سرپرستار			
		نام واحد مربوطه:			نام و نام خانوادگی سرپرستار:			
ردیف	عنوان	۰	۱	۲	توضیحات			
۱	بررسی وضعیت موجود در واحد تحت نظارت به منظور تعیین مشکلات مرتبط با ارائه خدمات و کیفیت مراقبت از بیمار							
۲	تعیین خط مشی های واحد مربوطه در راستای اهداف کلی سازمان							
۳	تنظیم برنامه کارکنان تحت نظارت در شیفت های مختلف بر اساس برنامه ارتقاء بهره وری							
۴	تعیین وظایف کارکنان تحت نظارت و تقسیم کار بر اساس سطح بندی بیماران							
۵	برنامه ریزی جهت آگاه سازی و آموزش کارکنان جدیدالورود بر اساس سیاست های بیمارستان							
۶	برنامه ریزی جهت آموزش به مددجویان / بیماران، خانواده و مراقبت از خود							
۷	پیش بینی نیازهای واحد مربوطه از نظر امکانات، تجهیزات موجود و لوازم مصرفی و پیگیری جهت تامین آن							
۸	تشکیل جلسات گروهی و جلب مشارکت کارکنان در جهت حل مشکلات واحد مربوطه							
۹	حضور فعال در جلسات و کمیته های بیمارستانی							
۱۰	مشارکت و همکاری در برنامه های آموزش ضمن خدمت، باز آموزی و...							
۱۱	برگزاری راندهای داخلی جهت افزایش سطح دانش و مهارت حرفه ای پرستاران							
۱۲	ارزشیابی مستمر خدمات ارائه شده توسط کادر تحت سرپرستی از طریق: بررسی رضایت مندی مددجویان، بیماران، همکاران با ابزار مناسب (مشاهده، چک لیست و...)							
۱۳	نظارت بر نحوه ارزیابی اولیه و گزارش نویسی توسط پرسنل و انجام مداخلات اصلاحی							
۱۴	ارزیابی مهارت های عمومی، اختصاصی و ارتباطی کارکنان و انجام مداخلات اصلاحی							
۱۵	تلاش در جهت استقرار استانداردهای اعتبار بخشی و همکاری با دفتر پرستاری، بهبود کیفیت							
۱۶	هماهنگی ایجاد شرایط کاری مناسب و حسن تفاهم ما بین افراد وارائه پیشنهادات سازنده							
۱۷	رعایت نظم و انضباط اداری و شئون اسلامی و گشاده رویی و رفتار احترام آمیز با ارباب رجوع							
۱۸	برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی در بخش							
۱۹	بازدید از بخش در ساعات غیر اداری و روزهای تعطیل							
۲۰	گزارش خطاهای پزشکی و عوارض دارویی							
سقف امتیاز: ۳۰		امتیاز مکتسبه:			مهر و			
امضاء مدیریت دفتر پرستاری								
۱۳ تا ۲۰ ضعیف		۱۴ تا ۲۷ متوسط			۲۸ تا ۴۰ خوب			



تاریخ:	مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه چک لیست ارزیابی سوپروایزر			
نام و نام خانوادگی سوپروایزر:				
نام واحد مربوطه:				
ردیف	عنوان	۰	۱	۲
۱	همکاری با ذیربط واحدهای های مشی خط و اهداف تدوین و تنظیم در پرستاری مدیر با همکاری مسئولین سایر			
۲	عملکرد و خدمت ارائه دهندگان و گیرندگان موجود وضعیت از و کیفی گزارشات کمی تنظیم و تهیه ذیربط واحدهای			
۳	ربط ذی واحدهای در مطلوب خدمات ارائه جهت مرکز مختلف واحدهای بین هماهنگی ایجاد			
۴	مختلف های شیفت و واحدها در نیازها و ها توانایی براساس پرستاری کارکنان توزیع در مشارکت			
۵	سطح آگاهی و مهارتهای خود ارتقای منظور به آموزشی های برنامه در مشارکت			
۶	از استفاده با استانداردها بر مبتنی مامایی و پرستاری خدمات ارائه نحوه بر مستمر و کنترل نظارت مناسب ابزار			
۷	ارائه و ثبت خدمات، ارائه حسن از اطمینان حصول منظور به مرتبط واحدهای از مستمر بازدید مافوق به گزارش			
۸	گزارش و شده فوت ترخیصی، شده، پذیرفته حال، بد بیماران آمار مترقبه، غیر وقایع حوادث، ثبت مافوق به			
۹	از اهداف به دستیابی جهت مدون، های مشی خط و ها برنامه ارزشیابی در مشارکت و همکاری شده تعیین پیش			
۱۰	همکاری در تهیه مستندات و تلاش در جهت استقرار استانداردهای اعتبار بخشی			
۱۱	نظارت بر مدیریت تخت در بیمارستان			
۱۲	آگاهی از برآورد کمی و کیفی محاسبه نیروی انسانی			
۱۳	همکاری در آموزش استانداردهای اعتبار بخشی			

۱۴	همکاری در تهیه برنامه عملیاتی و بودجه بندی دفتر پرستاری
۱۵	انطباق عملکرد با خط مشی ها و روش های اجرایی ابلاغ شده
۱۶	نظارت بر نحوه ی تقسیم کاردربخشهای بستری بر اساس تقسیم بندی سطوح مراقبتی
۱۷	نظارت بر نحوه ی گزارش نویسی پرستاری
۱۸	نظارت بر نحوه ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار
۱۹	افراد ما بین تفاهم حسن و مناسب شرایط کاری ایجاد هماهنگی
۲۰	رعایت نظم وانضباط اداری وشئونات اسلامی وگشاده رویی و رفتار احترام آمیز با ارباب رجوع
سقف امتیاز: ۴۰	
امتیاز مکتسبه: مهر و امضاء مدیریت دفتر پرستاری	
۰ تا ۱۳ ضعیف	۱۴ تا ۲۷ متوسط
۲۸ تا ۴۰ خوب	



چک لیست اعزام ایمن بیمار

پزشک معالج :

بخش :

شماره پرونده :

نام و نام خانوادگی بیمار :

شیفت :

ردیف	چک لیست	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا بیمار در حال اعزام توسط پزشک انتقال دهنده ارزیابی و معاینه شده است؟			
۲	آیا بیمار قبل از اعزام اقدامات درمانی لازم را دریافت نموده است ؟			
۳	آیا بیمار اعزام شونده قبل از اعزام stable شده است؟			
۴	آیا مراقبت راه های هوایی لازم برای بیمار اعزام شونده صورت گرفته است؟			
۵	آیا مطالعات تشخیصی در صورت لزوم برای بیمار اعزام شونده صورت گرفته است ؟			
۶	آیا بی حرکت نگه داشتن شکستگی ها برای بیمار اعزام شونده صورت گرفته است ؟			
۷	آیا پزشک توضیحات لازم را به همراه بیمار در مورد علل اعزام و خطرات احتمالی اعزام و جابجایی بیمار را به ایشان و یا ولی قانونی وی ارائه داده است و رضایت اخذ نموده؟			
۸	آیا پرستار اعزام توضیحات لازم را به همراه بیمار در مورد علل اعزام و خطرات احتمالی اعزام و جابجایی بیمار را به ایشان و یا ولی وی ارائه داده است ؟			
۹	آیا دستورات اعزام مکتوب شده است؟			
۱۰	آیا ارسال گزارشات بیمار مانند xRay و ... و سایر اطلاعات آزمایشگاهی بیمار قبل از اعزام به پزشک مقصد اطلاع رسانی شده است؟			
۱۱	آیا نیازهای بالقوه بیمار اعزام شونده در طی اعزام از نظر همراهان مورد نیاز و تجهیزات و کادر ماهر تشخیص داده شده است و در برگه دستورات ثبت شده است ؟			
۱۲	آیا نیازهای بیمار اعزام شونده در طی اعزام از نظر تجهیزات همراه تشخیص داده شده است و در برگه دستورات ثبت شده است ؟			
۱۳	آیا پزشک مبدا با پزشک بیمارستان مقصد هماهنگی های کافی بعمل آورده است؟			
۱۴	آیا دفتر پرستاری بیمارستان مبدا هماهنگی های کافی با دفتر پرستاری بیمارستان مقصد بعمل آورده است ؟			
۱۵	آیا اتصالات بیمار از نظر ایمنی و صحت بررسی شده است؟			
۱۶	آیا مستندات ضروری بیمار توسط سوپروایزر کشیک کنترل و تایید شده است ؟			
۱۷	آیا حین تحویل بیمار به تیم اعزام سوپروایزر کشیک حضور داشته است ؟			
۱۸	آیا اعزام بیمار در سامانه MCMC ثبت شده است ؟			

نام و امضاء

نام و امضاء پرستار اعزام :

شیفت :

تاریخ :

سوپروایزر :



نام بخش:

شیفت:

تاریخ:

توضیحات	ت.ق.ا			عنوان	ردیف
	۰	۱	۲		
				آیا پرستار/پزشک تشخیص بیماران پرخطر و شناسایی نیازمند مراقبت ویژه را به درستی انجام داده است؟	۱
				آیا پرستاربخش دستور انتقال بیمار به بخش ویژه را چک میکند؟	۲
				آیا هماهنگی لازم جهت انتقال بیمار به بخش ویژه توسط بخش مبداء انجام شده است؟	۳
				آیا نکات ایمنی هنگام انتقال بیمار از بخش مبداء به بخش ویژه (از قبیل بسته بودن کمر بند برانکارد یا ویلچر، اتصالات بیمار، همراه داشتن دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز و مدارک مربوط به بیمار) رعایت گردیده است؟	۴
				آیا حریم خصوصی بیمار در حین انتقال رعایت گردیده است؟	۵
				آیا پرستار بخش در صورت عدم وجود تخت خالی در بخش ویژه به پزشک اطلاع میدهد؟	۶
				آیا الویت پذیرش را پزشک مقیم بخش ویژه بررسی و در صورت لزوم بیمار با نیاز کمتر به بخش مبداء منتقل و تخت ویژه را به بیمار بدحال اختصاص میدهد؟	۷
				آیا پرستار بخش در صورت جراحی الکتیو ۲۴ ساعت قبل از عمل و روز عمل مجدداً جهت رزرو تخت ویژه هماهنگی لازم را با بخش ویژه انجام میدهد؟	۸
				آیا وضعیت هوشیاری و عمومی بیمار (خونریزی محل عمل، علائم حیاتی) و کنترل پرونده بیمار از نظر وجود دستور انتقال به بخش ویژه توسط پرستار مسئول بیمار در بخش مبداء کنترل میشود؟	۹
				آیا آموزش به بیمار و همراه بیمار هنگام پذیرش در بخش ویژه انجام شده است؟	۱۰
				در صورت عدم وجود تخت خالی در بخش ویژه، آیا بیمار بدحال در بخش عمومی تحت مراقبت با امکانات بخش ویژه (مراقبتهای فیزیولوژیک/مانیتورینگ مداوم) قرار گرفته است؟	۱۱



نام بخش:

شیفت:

تاریخ:

ردیف	عنوان	۰	۱	۲	توضیحات
۱	آیا دستور انتقال به سایر بخشها و یا اعزام بیمار به سایر مراکز توسط پزشک بخش ویژه در پرونده ثبت شده است؟				
۲	آیا دستور انتقال توسط پرستار مسئول شیفت/مسئول بیمار کنترل و چک شده است؟				
۳	آیا انتقال بیمار به بخش مقصد(بخش عمومی) توسط پرستار مسئول بیمار/مسئول شیفت اطلاع داده شده است؟				
۴	در صورت ترخیص با رضایت شخصی ایا پزشک معالج از ترخیص بیمار مطلع میباشد؟				
۵	در صورت ترخیص با رضایت شخصیا یا فرم رضایت شخصی به درستی توسط پرستار مسئول شیفت/مسئول بیمار و پزشک معالج/دستیار تکمیل شده است؟				
۶	در صورت ترخیص با رضایت شخصیا یا فرم رضایت شخصی توسط بیمار/همراه بیمار مهر و امضا شده است؟				
۷	در صورت ترخیص با رضایت شخصیا یا فرم رضایت شخصی توسط مددکار/سوپروایزر کشیک در سامانه ترخیص ثبت شده است؟				
۸	آیا پزشک معالج/دستیار ترخیص با رضایت شخصی بیمار رادر برگه سیر بیماری و خلاصه پرونده ثبت کرده است؟				
۹	در صورت عدم موافقت پزشک معالج با ترخیص بیمار با رضایت شخصی ، آیا کارشناس حقوقی بیمارستان مطلع گردیده و صورت جلسه نوشته شده است؟				
۱۰	آیا در گزارش پرستاری آخرین وضعیت بیمار هنگام ترخیص /انتقال /اعزام و شرح اقدامات پرستاری به درستی ثبت شده است؟				
۱۱	آیا محتوای آموزشهای ارائه شده در برگه آموزش به بیمار ثبت و آموزش داده شده است؟				
۱۲	آیا پرونده الکترونیک بیمار ترخیصی توسط سایر واحدهای مرتبط (اتاق عمل و واحدهای پاراکلینیک) در سیستم HIS تکمیل شده است؟				
۱۳	آیا مجوز ترخیص از واحد حسابداری دریافت شده است؟				
۱۴	آیا برگه خلاصه پرونده و برگه آموزش به بیمار پس از گرفتن اثر انگشت ، به بیمار/همراه بیمار تحویل داده شده است؟				
۱۵	آیا بیمار با رعایت کلیه مستندات و پرونده بیمار و رعایت اصول ایمنی به پرستار بخش مقصد تحویل گردیده است؟				
	جمع امتیازات				جمع کل امتیازات



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل مراقبت‌های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم‌های فشار

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ا
۱	آیا پوست با یک ماده‌ی پاک کننده ملایم مثل صابون بچه شستشو داده، تا از خشک شدن بیش از حد آن پیشگیری شود؟ (علاوه از بررسی بالین بیمار و سوال از همراه در کاردکس برنامه هفتگی حمام* و در گزارش پرستاری انجام آن بررسی شود و استفاده از روغن برای مرطوب نگه داشتن پوست و استفاده از فوم های آنتی باکتریال ویژه حمام نیز بررسی شود).				
۲	آیا از بروز دهیدراتاسیون پیشگیری می شود؟ توجه شود که فرد مایعات کافی (نوشیدن و گاوآژ) و در صورت سرم درمانی سرم به میزان کافی دریافت می کند.				
۳	آیا نقاط تحت فشار روزی یک بار ماساژ داده شده و به هنگام ماساژ از مالش بیش از حد بر روی پوست خودداری می شود؟ "ماساژ دادن شدید پوست منجر به آسیب پوست و بافت زیر آن به ویژه بر روی برجستگی های استخوانی خواهد شد". (از همراه سوال شود)				
۴	آیا ملافه ها تمیز، خشک و بدون چین و چروک می باشند؟				
۵	آیا حداقل هر ۳ ساعت یکبار وضعیت بیمار تغییر داده می شود؟ (پوزیشن بیمار با چارت ساعتی موجود در بخش همسو باشد)				
۶	آیا از کشیدن بیمار روی تخت جلوگیری به عمل می آید؟ (وجود زخم های سایشی روی بدن بیمار بررسی شود)				
۷	آیا جهت بیماران در معرض خطر از تشک مواج و یا پدهای سیلیکونی استفاده می شود؟				
۸	آیا در ارزیابی اولیه بیمار بررسی از لحاظ زخم بستر انجام شده است و پرستار از وضعیت سلامت و یا اختلال در تمامیت پوست بیمار آگاه است و علاوه بر اطلاع رسانی (به پزشک، واحد ایمنی، کارشناس زخم) اقدامات لازم برای مراقبت از زخم را انجام داده و در گزارش پرستاری ثبت نموده است.				



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست کنترل مهارت ارائه آموزش به بیمار (مصاحبه با بیمار)

CH₃₀-CSPEP₁

موارد ارزیابی							سطح بررسی	
تاریخ ارزیابی	تاریخ ارزیابی	تاریخ ارزیابی	تاریخ ارزیابی	تاریخ ارزیابی	تاریخ ارزیابی	تاریخ ارزیابی		
							۱ بیمار پرستار خود را می شناسد.	آموزش های بدو ورود
							۲ بیمار پزشک معالج خود را می شناسد.	
							۳ بیمار با فضای فیزیکی بخش (نماز خانه، دستشویی و...) آشنا می باشد.	
							۴ بیمار با نحوه استفاده از نرده کنار تخت، بالا بر تخت ، زنگ اخبار، کلید برق و... آگاهی دارد	
							۵ بیمار از مقررات بیمارستان، بخش، بیمه ها و منشور حقوق بیمار آگاهی دارد	
							۶ بیمار درخصوص اهمیت بالا بودن نرده کنار و نحوه استفاده از آن جهت حفاظت بیمار آموزش دیده است.	
							۷ بیمار از اهمیت داشتن دستبند شناسایی (بسته بودن ، خیس نکردن، عدم دورانداختن و ...) در دست بیمار آگاهی دارد.	
							۸ بیمار اطلاعات مختصری درباره بیماری خود(علائم، علل و عوامل خطر) دارد.	آموزش های حین بستری
							۹ بیمار روش های درمان بیماری و یا درمان های جایگزین خود را می داند.	
							۱ بیمار مراقبت های قبل از عمل/پروسیجر را می داند.	
							۱ بیمار مراقبت های پس از عمل/ پروسیجر را می داند.	
							۱ بیمار مراقبت های قبل و بعد از اقدامات پاراکلینیکی/ تشخیصی را می داند.	
							۲ بیمار نام دارو ، علل مصرف و عوارض داروها را می داند.	
							۳ بیمار نام دارو ، علل مصرف و عوارض داروها را می داند.	
							۱ بیمار طبقه سرفه های موثر و طرز استفاده صحیح از اسپرومتری و علت استفاده آن را بیان میکند.	آموزش های حین ترخیص
							۴ بیمار داروهای خود، زمان مصرف، نحوه مصرف و مراقبت های آنها را می داند.	
							۵ بیمار رژیم غذایی خود (مجاز و غیر مجاز) را در منزل می داند.	آموزش های حین ترخیص
							۶ علائم هشدار دهنده در رابط با بیماری خود را می داند.	
							۱ بیمار تاریخ مراجعه مجدد به پزشک را می داند.	
							۱ بیمار مراقبت های لازم در منزل (زخم ، عمل جراحی ، عضو آسیب دیده و)..... را می داند.	
							۲ بیمار حمام و رعایت بهداشت فردی را می داند.	
							۰ بیمار حمام و رعایت بهداشت فردی را می داند.	
							۲ بیمار روش صحیح استفاده از تجهیزات (آسم بار ، NGT ، اکسیژن و) را زمان ترخیص می داند.	
							۱ بیمار زمان استراحت در منزل و شروع مجدد فعالیت را می داند.	
							۲ بیمار زمان استراحت در منزل و شروع مجدد فعالیت را می داند.	

								۲	
							بیمار از نحوه پیگیری نتایج آزمایشات معوقه خود را می داند.	۲	
								۳	
							بیمار نحوه خروج از تخت را می داند.	۲	امنی و بهداشت
								۴	
							بیمار نحوه مراقبت از اتصالات را میداند.	۲	
							بیمار نحوه شستشوی دست را میداند.	۲	
							بیمار راه های پیشگیری از سقوط را می داند.	۲	
								۷	
							بیمار/خانواده از آموزش های ارائه شده رضایت دارد.	۲	رضایتمندی
							بیمار/ خانواده از مناسب بودن رسانه های آموزشی ارائه شده رضایت دارد.	۲	
							بروشور آموزش های ترخیص به بیمار/خانواده ارائه شده و از محتویات آموزشی آن اطلاع کافی دارد.	۳	
								۰	
							امتیاز ۲۰ تا ۴۰ ضعیف (عدم صلاحیت) امتیاز ۴۰ تا ۶۰ متوسط (نیاز به اقدام اصلاحی) امتیاز ۶۰ تا ۱۰۰ خوب (برنامه ریزی جهت ارتقاء نقاط ضعف)	جمع امتیازات	

تاریخ ارزیابی:

تاریخ ورود به بخش:

نام بخش:

سنوات:

نام - نام خانوادگی:

مهر و امضاء مدیر خدمات پرستاری:

مهر و امضاء سوپروایزر آموزشی:

مهر و امضاء کارشناس خبره بخش:

مهر و امضاء مسئول بخش:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست کنترل مهارت ارائه آموزش به بیمار بخش نوزادان و NICU (مصاحبه با بیمار)

موارد ارزیابی		سطح بررسی
ارزیابی تاریخ	ارزیابی تاریخ	ارزیابی تاریخ
		آموزش های بدو ورود
		۱ مادر نوزاد پرستار خود را می شناسد.
		۲ مادر نوزاد پزشک معالج خود را می شناسد.
		۳ مادر نوزاد با فضای فیزیکی بخش (نماز خانه، دستشویی و) آشنا می باشد.
		۴ مادر نوزاد با نحوه استفاده از انکوباتور (باز و بسته درب)، وارمر نوزاد، زنگ اخبار و... آگاهی دارد
		۵ مادر نوزاد از مقررات بیمارستان، بخش، بیمه ها و منشور حقوق بیمار آگاهی دارد
		۶ مادر نوزاد در خصوص اهمیت بسته بودن درب های انکوباتور و نحوه استفاده از آن جهت حفاظت بیمار آموزش دیده است.
		۷ مادر نوزاد از اهمیت داشتن دستبند شناسایی (بسته بودن، خیس نکردن، عدم دورانداختن و) ...در دست بیمار آگاهی دارد.
		آموزش های حین بستری
		۸ مادر نوزاد اطلاعات مختصری درباره بیماری خود(علائم، علل و عوامل خطر) دارد.
		۹ مادر نوزاد روش های درمان بیماری و یا درمان های جایگزین خود را می داند.
		۱۰ مادر نوزاد مراقبت های قبل از عمل/پروسیجر را می داند.
		۱۱ مادر نوزاد مراقبت های پس از عمل/ پروسیجر را می داند.
		۱۲ مادر نوزاد مراقبت های قبل و بعد از اقدامات پاراکلینیکی/ تشخیصی را می داند.
		۱۳ مادر نوزاد نام دارو، علل مصرف و عوارض داروها را می داند.
		۱۴ مادر نوزاد از مراقبت های هم آغوشی در نوزادان نارس و علت استفاده آن را بیان میکند.
		آموزش های حین ترخیص
		۱۵ مادر نوزاد داروهای خود، زمان مصرف، نحوه مصرف و مراقبت های آنها را می داند.
		۱۶ مادر نوزاد نحوه صحیح شیر دادن و اهمیت تغذیه با شیر مادر در منزل می داند.
		۱۷ مادر نوزاد علائم هشدار دهنده در رابط با بیماری خود را می داند.
		۱۸ مادر نوزاد تاریخ مراجعه مجدد به پزشک را می داند.
		۱۹ مادر نوزاد مراقبت های لازم در منزل (زخم، عمل جراحی، عضو آسیب دیده و)..... را می داند.
		۲۰ مادر نوزاد از نحوه حمام و رعایت بهداشت فردی را می داند.
		۲۱ مادر نوزاد نحوه استفاده صحیح از تجهیزات (دستگاه فتو تراپی، اکسیژن و) را زمان ترخیص می داند.
		۲۲ مادر نوزاد طریقه استفاده از قطره های ویتامین ها را می داند
		۲۳ مادر نوزاد از نحوه پیگیری نتایج آزمایشات معوقه خود را می داند.

									۳	
									۲	مادر نوزاد نحوه خروج از انکوباتور و وارمر را می داند.
									۴	
									۲	مادر نوزاد نحوه مراقبت از اتصالات رامیداند.
									۵	
									۲	مادر نوزاد نحوه شستشوی دست را میداند.
									۶	
									۲	مادر نوزاد راه های پیشگیری از سقوط را می داند.
									۷	
									۲	مادر نوزاد ر/خانواده از آموزش های ارائه شده رضایت دارد.
									۸	
									۲	مادر نوزاد / خانواده از مناسب بودن رسانه های آموزشی ارائه شده رضایت دارد.
									۹	
									۳	بروشور آموزش های ترخیص به مادر نوزاد / خانواده ارائه شده و از محتویات آموزشی آن اطلاع کافی دارد.
									۰	
									<p>جمع امتیازات</p> <p>امتیاز ۲۰ تا ۳۰ ضعیف (عدم صلاحیت)</p> <p>امتیاز ۳۰ تا ۴۰ متوسط (نیاز به اقدام اصلاحی)</p> <p>امتیاز ۴۰ تا ۶۰ خوب (برنامه ریزی جهت ارتقاء نقاط ضعف)</p>	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

چک لیست ترخیص ایمن بیمار (مصاحبه یا مددجو/همراه)

توضیحات	آگاهی کامل	آگاهی نسبی	عدم آگاهی	موارد ارزیابی	ردیف
				موارد ذیل بر اساس تشخیص بیماری و پس از اطلاع از مشکلات مددجو مورد ارزیابی قرار گیرند.	
				۱. مددجو/همراه از علائم هشدار دهنده در رابطه با بیماری خود آگاهی دارد.	S
				۲. مددجو/همراه از اقدامات اولیه در زمان بروز علائم هشدار و مراجعه مجدد به اورژانس آگاهی دارد.	
				۳. مددجو/همراه از داروهای خود (زمان، میزان و نحوه مصرف، عوارض) و مراقبت های آن آگاهی دارد.	M
				۴. مددجو/همراه از روش صحیح استفاده از تجهیزات (آسم یار، اکسیژن و...) در منزل آگاهی دارد.	
				۵. مددجو/همراه از مراقبت های لازم در منزل (مراقبت از زخم، نحوه و زمان تعویض پانسمان، مراقبت از عضو آسیب دیده، تغییر پوزیشن و قیئوتراپی در منزل...) آگاهی دارد.	A
				۶. مددجو/همراه از زمان و مکان مراجعه مجدد به پزشک/درمانگاه آگاهی دارد.	
				۷. از نحوه نوبت گیری در کلینیک، درمانگاه و مطب پزشک معالج سوال شود.	R
				۸. مددجو/همراه از نحوه پیگیری نتایج آزمایش اگرافی/سی تی اسکن /سونوگرافی معوقه آگاهی دارد.	
				۹. مددجو/همراه از اقدامات توان بخشی (قیئوتراپی، گفتار درمانی و...) بعد از ترخیص آگاهی دارد.	R
				۱۰. مستندات ارائه شده حین ترخیص ثبت و تحویل مددجو شده است.	
				۱۱. مددجو/همراه پس از ترخیص در صورت نیاز به مشاوره از نحوه ارتباط با بیمارستان و فرد پاسخگو اطلاع دارند (از نحوه دسترسی به شماره تماس سوال شود)	T
					جمع امتیازات

تشخیص بیماری:

تاریخ ترخیص:

تاریخ بستری:

نام بیمار:



معاونت پرستاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چک لیست ارزیابی اثربخشی آموزش پرستار به مددجو

نام دانشگاه علوم پزشکی نام بیمارستان نام بخش تاریخ تکمیل

نام و نام خانوادگی بیمار علت بستری شماره تماس بیمار/ مددجو

ردیف	عناصر قابل ارزیابی	ضعیف	متوسط	خوب	ملاحظات
۱	بیمار/مراقب اصلی /مددجو پزشک معالج و پرستار خود را می شناسد				
۲	بیمار/ مراقب اصلی /مددجو ، بیماری ، علت آن، عوارض و علائم هشدار بیماری خود را می شناسد				
۳	بیمار/مراقب اصلی /مددجو ، نحوه صحیح (میزان،زمان، عوارض، تداخلات دارویی و روش) و مراقبتهای مورد نیاز در مورد مصرف داروهای خود را میداند				
۴	بیمار/ مراقب اصلی /مددجو ، اطلاعات لازم در مورد میزان فعالیتهاى روزانه زندگی(مجاز و غیر مجاز) و نحوه استراحت در منزل را می داند				
۵	بیمار/ مراقب اصلی /مددجو ، رژیم غذایی مختص بیماری خود را می داند				
۶	بیمار/ مراقب اصلی /مددجو نحوه مراقبت از خود در منزل و پیامدهای احتمالی ناشی از درمان خود را میداند				
۷	بیمار/ مراقب اصلی /مددجو مرجع پاسخگویی به سوالات خود در مورد بیماری خود و نهادهای حمایتی موجود در جامعه را پس از ترخیص میداند				
۸	بیمار/ مراقب اصلی /مددجو زمان و مکان پیگیریها و مراجعات بعدی خود را می داند				
۹	بیمار/ مراقب اصلی /مددجو از برنامه های آموزشی که توسط پرستار ارائه شده، رعایت دارد				
۱۰	پرستار از روشهای کمک آموزشی مناسب (پمفلت، بروشور، فیلم و...) برای آموزش به بیمار استفاده کرده است				
جمع کل امتیاز					

❖ محاسبه امتیازات: ضعیف = ۰ ، متوسط = ۱ ، خوب = ۲



چک لیست شستشو و بانسمان زخم عفونت محل عمل جراحی

شیفت:

تاریخ:

نام بخش:

هدف: کمک به بهبود عفونت محل عمل

وسایل مورد نیاز: ماسک و دستکش استریل و یکبار مصرف - گان - پگ بانسمان استریل - محلول ضد عفونی کننده - نرمال سالین استریل جهت شست و شو - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار، پزشک

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل بانسمان را آماده می کند.			
۲	روش کار را برای بیمار توضیح داده و محیط خلوت برای وی فراهم می آورد.			
۳	داروی ضد درد تجویز شده را ۲۰ دقیقه قبل از شروع کار به بیمار می دهد یا این که از شروع کار، آغاز می کند.			
۴	در و پنجره را قبل از تعویض بانسمان می بندد.			
۵	بهداشت دست ها را انجام می دهد (هند راب و یا شستشو)			
۶	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۷	ماسک می زند.			
۸	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۹	بانسمان قبلی را از روی پوست بیمار (با آرامی و دقت) برمی دارد.			
۱۰	دستکش یک بار مصرف را خارج می کند.			
۱۱	اسکراپ جراحی انجام می دهد.			
۱۲	گان می پوشد.			
۱۳	ست بانسمان را به روش استریل باز می کند.			
۱۴	دستکش استریل می پوشد.			
۱۵	زخم را با پنبه/ گاز استریل و نرمال سالین تمیز می کند.			
۱۶	زخم را از خارج به مرکز تمیز می کند.			
۱۷	پس از خشک نمودن زخم را با گاز استریل می پوشاند.			
۱۸	بهداشت دست ها را انجام می دهد.			

امضاء ارزیابی کننده:



چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (استفاده صحیح از مهار شیمیایی)

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ا	توضیحات
۱	آیا پرستار مسئول بیمار در حین ارزیابی اولیه وضعیت بیمار را از نظر آژیتاسیون و آسیب به خود و دیگران بر اساس معیار ریچموند ، احتمال سقوط از تخت بر اساس جدول موجود در فرم ارزیابی اولیه را بررسی و ثبت می نماید؟					
۲	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت آژیتاسیون بیمار، احتمال سقوط از تخت و آسیب به خود و دیگران را به پزشک کشیک/دستیار اطلاع می دهد؟					
۳	آیا پزشک کشیک/دستیار از نظر آژیتاسیون و احتمال آسیب به خود یا سقوط از تخت بیمار را ویزیت می نماید؟					
۴	آیا پزشک کشیک/دستیار، در صورت تأیید وضعیت بیمار دستور مهار شیمیایی را با در نظر گرفتن شرایط بیمار (جسمی و سن)، نوع بیماری، داروهای در حال مصرف و بهمدت بسیار محدود در برگه دستورات پزشک ثبت می نماید؟					
۵	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار دستور پزشک مبنی بر استفاده از مهار شیمیایی را چک می نماید؟					
۶	آیا پرستار مسئول بیمار، از آماده بودن ترالی اورژانس و وسایل نجات دهنده حیات بر بالین بیمار اطمینان حاصل می نماید؟					
۷	آیا پرستار مسئول بیمار داروی تجویز شده برای مهار بیمار را طبق دستور پزشک با رعایت اصول هشتگانه دارودهی (بیمار صحیح، داروی صحیح، راه مصرف صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح، ثبت صحیح، تجویز صحیح، پاسخ مناسب به دارو) آماده و تزریق می نماید؟					
۸	آیا پرستار مسئول بیمار، بیمار را از نظر عوارض احتمالی دارویی ارزیابی می نماید؟					
۹	آیا پرستار مسئول بیمار، زمان شروع، کنترل مرتب بیمار از نظر اثربخشی دارو و عوارض احتمالی دارویی را در گزارش پرستاری بیمار ثبت می نماید؟					
۱۰	آیا پرستار مسئول بیمار، در صورت موفقیت آمیز نبودن مهار شیمیایی و یا بروز عوارض دارویی (جهت کاهش/افزایش دوز دارو یا قطع دارو)، مورد را به پزشک اطلاع می دهد و در پرونده بیمار ثبت می نماید؟					

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۲۰



چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (استفاده صحیح از مهار فیزیکی)

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ا	توضیحات
۱	آیا پرستار مسئول بیمار در حین ارزیابی اولیه وضعیت بیمار را از نظر آژیتاسیون آسیب به خود و دیگران بر اساس معیار ریچموند، احتمال سقوط از تخت بر اساس جدول موجود در فرم ارزیابی اولیه بررسی و ثبت می‌نماید؟					
۲	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت آژیتاسیون بیمار، احتمال سقوط از تخت و آسیب به خود و دیگران را به پزشک کشیک/دستیار اطلاع می‌دهد؟					
۳	آیا پزشک کشیک/دستیار از نظر آژیتاسیون و احتمال آسیب به خود یا سقوط از تخت بیمار را ویزیت می‌نماید؟					
۴	آیا پزشک کشیک/دستیار، در صورت تأیید وضعیت بیمار دستور مهار فیزیکی و به مدت بسیار محدود در برگه دستورات پزشک ثبت میکند؟					
۵	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت و پرستار مسئول بیمار دستور پزشک مبنی بر استفاده از مهار فیزیکی را چک می‌نماید؟					
۶	آیا پرستار مسئول بیمار با همکاری کمک بهیار، بیمار را با استفاده از دستبند، پابند، سینه بند و کمربند پارچه‌ای، طبق دستور پزشک مهار می‌نماید؟					
۷	آیا پرستار مسئول بیمار، بیمار را به صورت مداوم از نظر آسیب‌های احتمالی وارده به اندام‌های تحت مهار کننده‌های فیزیکی پایش می‌نماید؟					
۸	آیا پرستار مسئول بیمار، علاوه بر ذکر نوع وسایل استفاده شده برای مهار فیزیکی، زمان شروع، مشاهده منظم محل تحت فشار ناشی از وسایل مهار کننده (از نظر احتمال زخم و آسیب) و نیز زمان حذف یا در صورت نیاز تمدید مهار فیزیکی (طبق دستور کتبی پزشک معالج/دستیار) را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید؟					
۹	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت موفقیت آمیز نبودن مهار فیزیکی، مورد را به پزشک اطلاع می‌دهد؟					

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفاً نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۱۸



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل

(اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز)

CH₃₇-EPP(EPCCMD)

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ا	توضیحات
۱	آیا کادر خدمات با نظارت پرستار مسئول دیالیز محیط اطراف بیمار با محلول ضدعفونی مورد تایید بیمارستان کاملاً ضد عفونی میکند؟					
۲	آیا پرستار مسئول دیالیز تمامی در و پنجره‌های اتاق دیالیز را قبل از شروع دیالیز صفاقی می بندد؟					
۳	آیا پرستار مسئول دیالیز بیمار را توزین (در صورت داشتن ادم/دستور پزشک) و در پرونده ثبت می نماید؟					
۴	آیا پرستار مسئول دیالیز علائم اختلالات همودینامیک مانندافت شدیدفشارخون را کنترل و ثبت می نماید؟					
۵	آیا پرستار مسئول دیالیز یک بار دیگر نوع محلول مورد استفاده را با پرونده بیمار تطبیق میدهد؟					
۶	آیا پرستار مسئول دیالیز دمای محلول را از نظر مناسب بودن (هم دمای اتاق) جهت شروع دیالیز کنترل می نماید؟					
۷	آیا پرستار مسئول دیالیز دست‌ها را طبق اصول صحیح بهداشت دست تمیز می نماید؟					
۸	آیا پرستار مسئول دیالیز از کارکرد کاتتر دیالیز صفاقی اطمینان حاصل می نماید؟					
۹	آیا پرستار مسئول دیالیز در صورت داشتن دستور تزریق آنتی بیوتیک در داخل محلول دیالیز، با رعایت نکات استریل تزریق مذکور را انجام میدهد؟					
۱۰	آیا پرستار مسئول دیالیز قبل از انجام توزین محلول دیالیز باید از صحت و دقت کارکرد ترازو (نیروسنج قلاب‌دار) اطمینان حاصل می نماید؟					
۱۱	آیا پرستار مسئول دیالیز دیالیز را با رعایت شرایط استریل شروع مینماید؟					
۱۲	آیا پرستار مسئول دیالیز مایع خروجی را از نظر رنگ و کدورت کنترل می نماید؟					
۱۳	آیا پرستار مسئول دیالیز در صورت کدورت مایع خروجی/داشتن دستور اخذ نمونه کشت از مایع شکمی، با رعایت نکات استریل نمونه‌گیری مینماید؟					
۱۴	آیا پرستار مسئول دیالیز از خروج کامل محلول تزریق شده اطمینان حاصل مینماید؟					
۱۵	آیا پرستار مسئول دیالیز در صورت عدم خروج کامل مایع شکمی، با دادن پوزیشن مناسب نسبت به تخلیه مایع داخل شکم اقدام مینماید؟					
۱۶	آیا پرستار مسئول دیالیز در هنگام اتمام دیالیز صفاقی بایستی مقداری از محلول دیالیز (میزان محلول طبق دستور پزشک معالج تعیین می‌شود) در فضای شکم باقی میگذارد؟					
۱۷	آیا پرستار مسئول دیالیز در حین انجام دیالیز بیمار را از نظر بروز هیپوترمی، کرامپ شکمی کنترل مینماید؟					
۱۸	آیا پرستار مسئول دیالیز پس از اتمام دیالیز باید درپوش کاتتر دیالیز صفاقی با مینی‌کپ به روش کاملاً استریل می بندد؟					
۱۹	آیا پرستار مسئول دیالیز باید پس از استعمال پماد موپیروسین در محل خروجی کاتتر، پانسمان استریل انجام میدهد؟					
۲۰	آیا پرستار مسئول دیالیز باید کاتتر دیا لیز را با استفاده از باند یا کاور بر روی شکم بیمار فیکس مینماید؟					

الیز در
زش می

ل، چگونگی تهیه سرم، تهیه دفترچه بیماری‌های خاص به
؟

تاریخ و شیفت:

نام بخش:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

لطفا نمره چک لیست

نمره کل: ۴۲

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

در پایان ثبت گردد.



چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ا	توضیحات
۱	آیا پرستار/تکنسین بیهوشی مسئول از باز بودن راه هوایی بیمار اطمینان حاصل مینماید؟					
۲	آیا پرستار/تکنسین بیهوشی مسئول در صورت نیاز ترشحات راه هوایی بیمار را ساکشن مینماید؟					
۳	آیا پرستار/تکنسین بیهوشی مسئول مانتورینگ مداوم قلبی ریوی و پالس اکسی متری (کنترل علائم حیاتی) را انجام دهد. و در برهه ریکاوری ثبت می نماید؟					
۴	آیا پرستار/تکنسین بیهوشی مسئول سطح هوشیاری بیمار را کنترل مینماید؟					
۵	آیا پرستار/تکنسین بیهوشی مسئول پوزیشن بیمار را (برای پیشگیری از آسپیراسیون) تغییر میدهد؟					
۶	آیا پرستار/تکنسین بیهوشی مسئول خط وریدی بیمار و وضعیت هیدراتاسیون بیمار را کنترل مینماید؟					
۷	آیا پرستار/تکنسین بیهوشی مسئول خونریزی محل عمل را کنترل مینماید؟					
۸	آیا پرستار/تکنسین بیهوشی مسئول اتصالات بیمار را چک مینماید؟					
۹	آیا پرستار مسئول بیمار سطح هوشیاری بیمار را کنترل مینماید؟					
۱۰	آیا پرستار مسئول بیمار علائم حیاتی بیمار را در یک ساعت اول هر یک ربع یک بار و طی چهار ساعت بعدی هر یک ساعت کنترل مینماید؟					
۱۱	آیا پرستار مسئول بیمار اتصالات بیمار (خط وریدی، سوندها، درن‌ها) را از نظر کارکرد کنترل مینماید؟					
۱۲	آیا پرستار مسئول بیمار محل عمل جراحی بیمار را از نظر خونریزی کنترل مینماید؟					
۱۳	آیا پرستار مسئول بیمار دستورات دارویی بعد از عمل را اجراء مینماید؟					
۱۴	آیا پرستار مسئول بیمار بیمار را از نظر درد کنترل و مدیریت مینماید؟					
۱۵	آیا پرستار مسئول بیمار وضعیت عمومی بیمار (علائم حیاتی، وجود تهوع و استفراغ، درد، خونریزی محل عمل، رژیم غذایی، پوزیشن، مداخلات پرستاری و ارزیابی مداخلات) را پس از عمل در گزارش پرستاری ثبت مینماید؟					
۱۶	آیا پرستار مسئول بیمار باید از نظر کارکرد، شکم بیمار را کنترل مینماید؟					

سئول بی
میدهد
سئول بی
تشویق
سئول بی

جهت انجام سرفه و تنفس عمیق(فیزیوتراپی سینه) به

در اولین فرصت ممکن (طبق دستور پزشک) بیمار را به
ماید؟

تمام موارد فوق را در گزارش پرستاری ثبت مینمایید؟

تاریخ و شیفت:

نام بخش:

نام فرد چک کننده:

نمره چک لیست:

کل: ۸



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₃₉- EPP(EPCCM E)

چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل

اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آندوسکوپی

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ا	توضیحات
۱	آیا پرستار ارزیابی کننده بیمار در صورتی که بیمار به بیماری‌هایی مثل هیپاتیت یا ایدز مبتلا باشد، به اطلاع پزشک و کارکنان دخیل در انجام پروسیجر میرساند؟ (جهت پیشگیری از انتقال احتمال آلودگی)					
۲	آیا پزشک انجام دهنده پروسیجر از تمام داروهای مصرفی بیمار به ویژه داروهای ضد انعقاد اطلاع کافی دارد (برای قطع به موقع دارو در صورت نیاز)؟					
۳	آیا پزشک معالج/پرستار مسئول بیمار/پرستار مسئول شیفت ابتلاء بیمار به اختلالات خونریزی دهنده راه اطلاع پزشک آندوسکوپی میرساند (به منظور آمادگی برای مقابله با خطرات احتمالی)؟					
۴	آیا بیمار شب قبل از آندوسکوپی، شام رژیم مایعات دریافت می نماید؟					
۵	آیا بیمار بعد از ساعت ۱۲ شب بطور کامل ناشتا می بماند؟					
۶	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت دستور پزشک برای بیمار مایعات وریدی شروع می نماید؟					
۷	آیا پرستار مسئول بیمار/پرستار مسئول شیفت تمامی مدارک درمانی بیمار را از نظر آماده بودن کنترل می نماید؟					
۸	آیا پرسنل درمانی (پرستار مسئول بیمار /پرستار اعزام /خدمات) بیمار را به بخش آندوسکوپی /اتاق عمل منتقل می نمایند؟					
۹	آیا پزشک/پرستار مسئول اتاق عمل از کارکرد صحیح دستگاه آندوسکوپ اطمینان حاصل می نمایند؟					
۱۰	آیا پرستار/مسئول بخش/مسئول شیفت، واحد آندوسکوپی/اتاق عمل از آماده بودن ترالی احیاء/اکسیژن/ساکشن/پالس اکسی متر بر بالای سر بیمار اطمینان حاصل می نماید؟					
۱۱	آیا پرستار مسئول بیمار از کارکرد صحیح خط وریدی بیمار اطمینان حاصل می نماید؟					
۱۲	آیا پزشک به منظور حفظ ایمنی بیمار معمولاً از داروهای آرام بخش استفاده میکند؟					
۱۳	آیا پرستار مسئول بیمار در حین انجام پروسیجر بیمار را از نظر آسپیراسیون/اختلال همودینامیک/خونریزی کنترل می نماید؟					
۱۴	آیا پرستار مسئول بیمار/بیمار را در پوزیشن مناسب جهت انجام پروسیجر و پیشگیری از آسپیراسیون قرار می دهد؟					
۱۵	آیا پرستار مسئول بیمار نمونه‌های پاتولوژی اخذ شده از بیمار را در ظروف نمونه-گیری حاوی برچسب مشخصات بیمار قرار می دهد؟					
۱۶	آیا پرستار مسئول بیمار، بیمار را از نظر سطح هوشیاری، علائم حیاتی، خونریزی، درد بیش از حد، تهوع و استفراغ یا تب شدید کنترل می نماید؟					
۱۷	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت بروز اختلال در سطح هوشیاری، خونریزی، درد بیش از حد، تهوع و استفراغ یا تب شدید مورد را به پزشک معالج اطلاع می دهد؟					
۱۸	آیا پرستار مسئول بیمار، بیمار را تا زمان هوشیاری کامل و برگشت رفلکس بلع NPOنگه می دارد؟					
۱۹	آیا پرستار مسئول بیمار پس از اطمینان از هوشیاری کامل بیمار، طبق دستور پزشک معالج برای بیمار رژیم غذایی مایعات را شروع می نماید؟					

				آیا پرستار مسئول بیمار پس از PO نمودن بیمار، وی را از نظر استفراغ کنترل می نماید؟	۲۰
				آیا مسئول بخش / مسئول شیفت/مسئول بیمار نمونه های پاتولوژی را به واحد آزمایشگاه ارسال می نماید؟	۲۱
				آیا پرستار مسئول بیمار برگه پاتولوژی را جهت پیگیری جواب پاتولوژی به بیمار / همراه تحویل می نماید؟	۲۲
				آیا پرستار مسئول بیمار آموزشهای لازم را به بیمار مبنی بر مراجعه به پزشک در صورت بروز این عوارض (تب، وجود مدفوع سیاه رنگ، استفراغ، اتساع شدید شکمی، درد شدید) ارائه می نماید؟	۲۳

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۴۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₄₀- EPP(EPCCMC)

**چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل
اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از کولونوسکوپی**

ردیف	عنوان	غ			توضیحات
		۲	۱	۰	
۱	آیا پرستار مسئول بیمار آمادگی‌های روده‌ای را (طبق دستور کتبی پزشک/دستورالعمل بیمارستان محل ارجاع) به بیمار ارائه می‌نماید؟				
۲	آیا پزشک انجام دهنده پروسیجر از تمام داروهای مصرفی بیمار به ویژه داروهای ضد انعقاد اطلاع کافی دارد (برای قطع به موقع دارو در صورت نیاز)؟				
۳	آیا پرستار مسئول بیمار ۲۴ ساعت قبل از انجام پروسیجر رژیم مایعات صاف شده و شفاف را برای بیمار شروع می‌نماید؟				
۴	آیا پرستار مسئول بیمار بیمار را از ساعت ۲۴ شب NPO می‌نماید؟				
۵	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت دستور پزشک برای بیمار مایعات وریدی شروع می‌نماید؟				
۶	آیا پرستار مسئول بیمار به بیمار آموزش دهد که روز قبل از انجام پروسیجر حتماً استحمام نموده و موهای ناحیه مقعد را شیو می‌نماید؟				
۷	آیا پرستار مسئول بیمار تمامی مدارک درمانی بیمار از نظر آماده بودن کنترل می‌نماید؟				
۸	آیا پرسنل درمانی (پرستار مسئول بیمار / پرستار اعزام / خدمات) بیمار را به بخش کولونوسکوپی / اتاق عمل منتقل می‌نمایند؟				
۹	آیا پزشک/پرستار مسئول اتاق عمل از کارکرد صحیح دستگاه کولونوسکوپ اطمینان حاصل می‌نمایند؟				
۱۰	آیا پرستار مسئول بخش آندوسکوپی/اتاق عمل از آماده بودن ترالی احیاء/اکسیژن/ساکشن/پالس اکسی متر بر بالای سر بیمار اطمینان حاصل می‌نماید؟				
۱۱	آیا پرستار مسئول بیمار از کارکرد صحیح خط وریدی اطمینان حاصل می‌نماید؟				
۱۲	آیا پرستار به بیمار آموزش می‌دهد که در حین انجام پروسیجر به علت ورود هوا توسط دستگاه به داخل روده‌ها کمی درد و احساس ناراحتی به وجود می‌آید که تمام این علائم پس از تخلیه از بین خواهد رفت؟				
۱۳	آیا پرستار مسئول بیمار را در پوزیشن مناسب (دراز کشیدن بر روی پهلو چپ و جمع کردن زانو به داخل شکم) جهت انجام پروسیجر قرار می‌دهد؟				
۱۴	آیا پرستار مسئول بیمار در حین انجام پروسیجر بیمار را از نظر اختلال همودینامیک/خونریزی کنترل می‌نماید؟				
۱۵	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت اخذ نمونه از بیمار، نمونه‌های پاتولوژی اخذ شده از بیمار را در ظروف نمونه‌گیری حاوی برچسب مشخصات بیمار قرار می‌دهد؟				
۱۶	آیا پرستار به بیمار آموزش دهد که بعد از اتمام کار می‌تواند از دستشویی داخل بخش کولونوسکوپی برای تخلیه گاز روده‌ها استفاده می‌نماید؟				
۱۷	آیا پرستار مسئول بیمار بیمار را از نظر سطح هوشیاری، علائم حیاتی، خونریزی، درد بیش از حد، تهوع و استفراغ یا تب شدید کنترل می‌نماید؟				
۱۸	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت بروز اختلال در سطح هوشیاری، خونریزی، درد بیش از حد، تهوع و استفراغ یا تب شدید مورد را به پزشک معالج اطلاع می‌دهد؟				

				آیا بیمار تا زمان هوشیاری کامل طبق دستور پزشک معالج NPO می بماند؟	۱۹
				آیا پرستار مسئول بیمار پس از اطمینان از هوشیاری کامل بیمار، طبق دستور پزشک معالج برای بیمار رژیم غذایی مایعات را شروع می نماید؟	۲۰
				آیا پرستار مسئول بیمار پس از PO نمودن بیمار، وی را از نظر استفراغ کنترل می نماید؟	۲۱
				آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت/مسئول بیمار در صورت داشتن نمونه ،نمونه های پاتولوژی را به واحد آزمایشگاه ارسال می نماید؟	۲۲
				آیا پرستار مسئول بیمار برگه پاتولوژی را جهت پیگیری جواب پاتولوژی به بیمار تحویل می نماید؟	۲۳
				آیا پرستار مسئول بیمار آموزش های لازم را جهت مصرف مایعات فراوان به منظور پیشگیری از دهیدراتاسیون ناشی از مصرف داروی مسهل ارائه می نماید؟	۲۴
				آیا پرستار مسئول بیمار آموزش های لازم را به بیمار مبنی بر مراجعه به پزشک در صورت بروز عوارض (تب، وجود مدفوع سیاه رنگ، استفراغ، اتساع شدید شکمی، درد شدید) ارائه می نماید؟	۲۵

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۵۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل

CH₄₁- EPP(EPCCMCR)

اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و بایش مستمر حین، پس از شیمی درمانی و پرتو درمانی

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ۱	توضیحات
۱	آیا پرستار مسئول بیمار برای بیمار، آموزش‌های لازم را در خصوص عوارض ناشی از شیمی‌درمانی (ریزش مو، حالت تهوع و استفراغ شدید، آفت دهان و خونریزی از لثه، بثورات جلدی، دیاپیر راش) به بیمار/والدین ارائه می‌نماید؟					
۲	آیا کمک بهیبار بخش موهای سر بیمار را در صورت بلند بودن کوتاه یا شیو می‌نماید؟					
۳	آیا پرستار مسئول بیمار عدم استفاده از مواد غذایی (حداقل ۲ ساعت قبل و بعد از شیمی‌درمانی) را برای پیشگیری از حالت تهوع و استفراغ به بیمار/همراه آموزش می‌دهد؟					
۴	آیا پرستار مسئول بیمار از صحت کارکرد خط وریدی بیمار اطمینان حاصل می‌نماید؟					
۵	آیا پرستار مسئول بیمار از داروی ضد استفراغ استفاده می‌نماید؟					
۶	آیا پرستار مسئول بیمار از ثابت بودن وضعیت بیمار (عدم وجود تب، اسهال، استفراغ و سرماخوردگی) اطمینان حاصل می‌نماید؟					
۷	آیا پرستار مسئول بیمار از آماده بودن نتایج اقدامات پاراکلینیکی درخواستی بیمار (آزمایش CBC، سی تی اسکن، گرافی، سونوگرافی) اطمینان حاصل می‌نماید؟					
۸	آیا پرستار مسئول بیمار هنگام انجام شیمی‌درمانی نکات استریل را جهت پیشگیری از عفونت رعایت می‌نماید و برگه اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک را کنترل می‌نماید؟					
۹	آیا بیمار برای پیشگیری از جابجایی خط وریدی/سرسوزن IT و احتمال نشت دارو، از تحرک غیرضروری اجتناب می‌نماید؟					
۱۰	آیا پرستار مسئول بیمار، بیمار و خانواده وی را از عوارض احتمالی داروی تزریقی آگاه می‌نماید؟					
۱۱	آیا پرستار مسئول بیمار، بیمار را در طول شیمی‌درمانی از نظر بروز عوارض (خونریزی، تب، استفراغ) کنترل می‌نماید؟					
۱۲	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت بروز عوارض، دارو را قطع و به پزشک معالج اطلاع می‌دهد؟					

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۲۴



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₄₂-EPP(APRPTDH)

چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل
اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیمار/همراه بعد از ترخیص از بیمارستان

ردیف	عنوان	غ ق				توضیحات
		۱	۰	۱	۲	
۱	آیا پرستار مسئول بیمار تست‌های معوقه پاراکلینیک نیازمندی‌گیری را در برگ آموزش حین ترخیص به بیمار، ثبت و زمان ترخیص به وی ارائه مینماید؟					
۲	آیا پرستار مسئول بیمار/منشی بخش در حین ترخیص، توضیحات لازم را در مورد نتایج تست‌ها و آزمایشات معوقه (زمان دقیق آماده شدن و نحوه پیگیری) را به صورت واضح و شفاف به بیمار/همراه وی توضیح میدهد؟					
۳	آیا پرستار مسئول بیمار / مسئول بخش / منشی بخش لیستی از تست‌های معوقه مربوط به بیماران ترخیص شده را جهت پیگیری در دفتر مربوطه ثبت مینماید؟					
۴	آیا پرستار مسئول بیمار / مسئول بخش / منشی در صورت ارسال نمونه های پاتولوژی و آندوسکوپی و یا کولونوسکوپی، برگه دریافت جواب آموزش را تحویل بیمار / همراه بیمار مینماید؟					
۵	آیا در صورتی که بیمار/همراه قانونی وی در موعد مقرر جهت دریافت نتایج پاتولوژی به آزمایشگاه مراجعه نماید، مسئول آزمایشگاه بایستی پس از اخذ اثر انگشت، جواب آماده شده را تحویل وی دهد در غیر اینصورت کپی جواب آزمایشات به بخش جهت اطلاع رسانی به همراه ارسال میشود؟					
۶	آیا منشی رادیولوژی در صورت آماده شدن جواب گرافیه‌ها به بخش اطلاع رسانی نموده و تحویل منشی نماید و توسط منشی بخش به بیمار یا همراه وی جهت دریافت جواب اطلاع رسانی میگردد؟					
۷	آیا مسئول آزمایشگاه پس از تحویل نتایج، در سیستم HIS زمان تحویل را جهت مشاهده و اطلاع بخش‌ها ثبت مینماید؟					
۸	آیا افراد مجاز در بخش (مسئول بخش، منشی، پرستار مسئول) ضوابط قانونی و اصل محرمانه بودن نتایج تست‌های معوقه پاراکلینیک را رعایت مینمایند؟					
۹	آیا منشی بخش با نظارت مسئول بخش آماده بودن نتایج را به صورت تلفنی (حداکثر دو بار) به بیمار ترخیص شده/همراه وی اطلاع میدهد؟					

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفاً نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۱۸



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₄₃-EPP(STPCD)

**چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل
آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخشهای بالینی**

تاریخ و شیفت: نام بخش: نام فرد چک کننده: نمره چک لیست:

ردیف	عنوان	نام فرد چک کننده:				توضیحات
		غ ق	۰	۱	۲	
۱	آیا پزشک/پرستار/مامامسئول بیمار از لحظه ورود به بخش آموزش‌های بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص را به بیمار ارائه مینماید؟					
۲	آیا پزشک/پرستار/ماما پس از اطمینان از آمادگی بیمار آموزش‌های لازم را به صورت چهره به چهره، استفاده از فیلم (نوزادان، مامایی)، پمفلت جهت خودمراقبتی به بیمار ارائه می‌نماید؟					
۳	آیا پزشک/مسئول بخش/پرستار مسئول بیمار/سوپروایزر آموزش به بیمار اثربخشی آموزش‌های ارائه شده را در طول مدت بستری و در زمان ترخیص بیمار از طریق مشاهده/پرسش و پاسخ ارزیابی میکند؟					
۴	آیا پرستار/ماما مسئول بیمار نوع آموزش‌های خود مراقبتی داده شده را در گزارش پرستاری ثبت می‌نماید؟					
۵	آیا پزشک/پرستار/ماما کلیه آموزش‌های لازم جهت مراقبت در منزل را هنگام ترخیص به بیمار (مکتوب و چهره به چهره) ارائه مینماید؟					
۶	آیا سوپروایزر آموزش به بیمار اثربخشی آموزش‌های ارائه شده را به صورت فصلی از طریق پرسش و پاسخ و تکمیل چک لیست ارزیابی بررسی کند و نتایج را به معاونت امور درمان ارسال مینماید؟					

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۱۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل
پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی

ردیف	تاریخ و شیفت:	نام بخش:	نام فرد چک کننده:	نمره چک لیست:	توضیحات
		عنوان	۲	۱	غ ق
			۰	۱	۱
۱		آیا پرستار مسئول بیمار، بیماران در معرض خطر ترومبو آمبولی وریدی، آمبولی ریوی را شناسایی می نماید؟			
۲		آیا پزشک/ دستیار درمان پروفیلاکسی ضد انعقادی در بیماران CBR را شروع می کند؟			
۳		آیا پرستار مسئول بیمار برای ایجاد فشار خارجی روی قوزک و ران پای بیمار جهت بهبود بازگشت جریان خون وریدی از پاها از جوراب (لاستیکی یا باند کشی) استفاده می کند؟			
۴		آیا پرستار مسئول بیمار هر ۸-۴ ساعت یکبار باندهای کشی بیمار را جهت دادن استراحت به عضو باز و بسته می کند؟			
۵		آیا پرستار مسئول بیمار در صورت نداشتن دستور CBR، بیمار را توسط کمک بهیار مجرب از تخت خارج می نماید؟			
۶		آیا پرستار مسئول بیمار/ بیمار را به بالا بردن ساق پا بالاتر از قلب (active/passive) جهت افزایش جریان خون و پیشگیری از استاز وریدی (پوزیشن ترند لنبرگ) تشویق می کند (یک عدد بالش نرم در زیر پای بیمار گذاشته شود)؟			
۷		آیا پرستار مسئول بیمار PT-PTT بیمار را طبق دستور پزشک کنترل می کند؟			
۸		آیا پرستار مسئول به بیمار در مورد علائم هشدار دهنده (تنگی تنفس ناگهانی، تاکی کاری، تاکی پنه، درد قفسه سینه، اضطراب، سرفه تولید کننده خلط خونی یا حاوی رگه های خون، تعریق شدید و افزایش ضربان قلب) آموزش می دهد؟			
۹		آیا پرستار مسئول بیمار در صورت مشاهده علائم آمبولی وریدی، آمبولی ریوی، مورد را به پزشک معالج اطلاع می دهد؟			
۱۰		آیا پرستاران بخش کلیه ی بیماران را به صورت روزانه از نظر ریسک فاکتورهای بروز ترومبوآمبولی وریدی ^۱ شامل: وضعیت بالینی، نیاز به کاتترهای ورید مرکزی، وضعیت حال حاضر بیمار از نظر پروفیلاکسی VTE، وجود ریسک خونریزی و پاسخ به درمان، مورد بررسی قرار می دهند؟			
۱۱		آیا پرستار مسئول بیمار از بیمار می خواهد تا حد امکان میزان تحرک خود را به بیشترین رسانیده و از بی حرکتی طولانی بیمار در تخت جلوگیری می نماید؟			
۱۲		آیا پرستار مسئول بیمار از کارکرد مناسب وسایل پیشگیری از VTE مثل جوراب ها و پمپ ها اطمینان حاصل می نماید؟			
۱۳		آیا پرستار مسئول بیمار تمامی موارد انجام شده را در پرونده وی ثبت می نماید؟			

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۲۶



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₄₅-EPP(SPP)

¹venous thromboembolism "VTE"

**چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل
جدا سازی بیماران روانپزشکی**

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ غ ۱	توضیحات
۱	آیا پرستار ارزیابی کننده اولیه بیمار/ دستیار کشیک در موقع اخذ شرح حال، بیماران با مشکل روحی و روانی را شناسایی می کند؟					
۲	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت /پرستار مسئول بیمار/ دستیار کشیک جهت تأیید مشکل روانی وضعیت بیمار را به رزیدنت ارشد اعلام می کند؟					
۳	آیا رزیدنت ارشد وضعیت بیمار را از نظر روحی روانی بررسی می کند؟					
۴	آیا رزیدنت ارشد در صورت تأیید مشکل روانی، وضعیت بیمار را به پزشک معالج اطلاع می دهد؟					
۵	آیا پزشک معالج براساس شرایط بیمار بر بالین وی حضور یافته و یا دستورات لازم را از طریق تلفنی به رزیدنت ارشد اعلام می کند؟					
۶	آیا پزشک معالج در صورت تأیید نتایج ارزیابی اولیه، دستور جداسازی بیماران روانی، استفاده از ابزارهای مهار فیزیکی/شیمیایی و مشاوره روانپزشکی (اورژانس - غیر اورژانس طبق شرایط بیمار) را صادر می نماید؟					
۷	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت /پرستار مسئول بیمار برای جداسازی بیمار با مشکل روانی (احتمال آسیب به خود و دیگران بر اساس معیار ریچموند ^۲)، وضعیت را به دفتر پرستاری اعلام می نماید؟					
۸	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت /پرستار مسئول بیمار در خصوص شناسایی بیمار و پیشگیری از بروز رفتارهای تنش زای احتمالی در بخش موضوع را به واحد نگهبانی اعلام می نماید؟					
۹	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت /پرستار مسئول بیمار برای ایجاد محیط امن جهت بستری شدن بیمار اتاق ایزوله تخصیص داده و یا در صورت نبود اتاق ایزوله وی را به مکانی که در معرض دید پرسنل و به دور از منابع خطرناک در محیط اطراف (وسایل خطرناک در اطراف بیمار، راه پله، پنجره و ...) باشد، انتقال می دهد؟					
۱۰	آیا پرستار مسئول بیمار بایستی حداقل هر ۱۵ دقیقه یکبار بیمار را کنترل نماید؟					
۱۱	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت داشتن دستور پزشک مبنی بر مهار فیزیکی و یا شیمیایی، بایستی از وسایل لازم (باند و پنبه، داروهای دستور داده شده) به این منظور استفاده نماید؟					
۱۲	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت /پرستار مسئول بیمار به منظور همراهی بیمار در بیمارستان جهت انجام امورات شخصی فرد، آگاهی از اعضای خانواده وی که اطلاعات لازم در خصوص مراقبت از بیمار یاد شده را دارد، به بخش فراهوانمی کند؟					
۱۳	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت /پرستار مسئول بیمار کلیه پرسنل را در خصوص دور کردن بیمار از منابع محرک و استرس زا (صدا، نور و ...) آگاه می نماید؟					
۱۴	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت /پرستار مسئول بیمار مشاوره روانپزشکی درخواست شده برای بیمار را از نظر انجام پیگیری می نماید؟					
۱۵	آیا مسئول بخش/مسئول شیفت /پرستار مسئول بیمار کلیه پرسنل را در خصوص رعایت محرمانگی پرونده و اطلاعات بیمار آگاه می نماید؟					
۱۶	آیا پرستار مسئول بیمار تمامی موارد انجام شده جهت حفظ ایمنی بیمار را در پرونده وی ثبت می نماید؟					

²Richmond

تاریخ و شیفت:

نام بخش:

نام فرد چک کننده:

نمره چک لیست:

نمره کل: ۳۲

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₄₆-EPP-SPHSB

**چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل
جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی**

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ	توضیحات
۱	آیا پرستار ارزیابی کننده اولیه بیمار/ رزیدنت در موقع اخذ شرح حال، بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی را شناسایی می نماید؟					
۲	آیا رزیدنت ارشد پس از تأیید پزشک معالج، مشاوره پزشک قانونی و روانپزشکی (جهت حفظ سلامتی جسمی و روحی بیمار و جلوگیری از آسیب به خود و دیگران) را درخواست می کند؟					
۳	آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار وجود بیمار با رفتار پرخطر اجتماعی را به دفتر پرستاری اطلاع می دهد؟					
۴	آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار وجود بیمار با رفتار پرخطر اجتماعی را به مددکاری اعلام می نماید؟					
۵	آیا مددکار اجتماعی بیمارستان جهت تکمیل فرم مربوطه بربالین بیمار حاضر می - شود؟					
۶	آیا مددکار، پس از تأیید ریاست بیمارستان مورد را به اورژانس اجتماعی معرفی می کند؟					
۷	آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار به همراه پرسنل کمکیدر صورت تأیید و دستور پزشک معالج و مددکار، به منظور حفظ سلامت روحی - روانی سایر بیماران، تا حد امکان بیمار پرخطر را جداسازی می کنند؟					
۸	آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار کلیه پرسنل را در خصوص دور کردن بیمار از منابع محرک و استرسزا (صدا، نور و ...) و ایجاد محیط امن آگاه می نماید؟					
۹	آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت به منظور همراهی بیمار در بیمارستان جهت انجام امورات شخصی فرد آگاهی از اعضای خانواده وی را فراخوان می کند؟					
۱۰	آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار در خصوص شناسایی بیمار و پیشگیری از بروز رفتارهای تنش زای احتمالی در بخش موضوع را به واحد نگهبانی اعلام می نماید؟					
۱۱	آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار مشاوره روانپزشکی درخواست شده برای بیمار را پیگیری می نماید؟					
۱۲	آیا پرستار مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار کلیه پرسنل را در خصوص رعایت محرمانگی پرونده بیمار آگاه می نماید؟					
۱۳	آیا پرستار مسئول بیمار تمامی موارد انجام شده را در پرونده وی ثبت می نماید؟					

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفاً نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۲۶



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₄₇-EPP(IIP)

چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل - جدا سازی بیماران عفونی

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ۱	توضیحات
۱	آیا دستیار کشیک در اولین ارزیابی ، لزوم ایزوله کردن بیمار براساس احتیاطات استاندارد و راه انتقال بیماری (نوع ایزوله و نوع بیماری) مشخص می کند؟					
۲	آیا پرسنل بخش نکات ایزولاسیون را براساس نوع انتقال عامل بیماریزا (احتیاطهای هوایی، قطره‌ای، تماسی منطبق بر روش‌های اجرایی واحد کنترل عفونت‌های بیمارستانی) رعایت می‌نمایند؟					
۳	آیا مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار در صورت نبود اتاق ایزوله جهت مدیریت بهینه موضوع را به دفتر پرستاری اعلام می‌نمایند؟					
۴	آیا سوپروایزر کشیک با هماهنگی پزشک مسئول بیمار، در صورت مقدور بودن در اولین فرصت برای بیمار اتاق ایزوله در یکی از بخش‌ها با تخصص مشابه (در صورت امکان)/مجاور با هماهنگی رئیس بخش مقصد آماده می‌نماید؟					
۵	آیا کادر خدمات با نظارت مسئول بخش/ مسئول شیفت / مسئول بیمار پس از بستری و جداسازی بیمار در بخش تابلوی هشدار دهنده (ایزوله) بر روی درب اتاق نصب می‌کند؟					
۶	آیا کمک بهیار/خدمات بخش وسایل حفاظت فردی را در ورودی اتاق برای استفاده پرسنل قرار می‌دهد؟					
۷	آیا مسئول بخش / مسئول شیفت / مسئول بیمار محدودیت ملاقات را به همراهان و پرسنل بخش یادآوری می‌نمایند؟					
۸	آیا پرسنل بخش حین مراقبت از بیمار از وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک و ...) با توجه به نوع ایزولاسیون و راه انتقال بیماری استفاده می‌کند؟					
۹	آیا پرسنل بخش شستشو و ضد عفونی دست‌ها قبل از ورود و بعد خروج از اتاق و نیز بعد از مراقبت مستقیم از بیمار انجام می‌دهند؟					
۱۰	آیا پرستار مسئول بیمار در مورد رعایت نکات بهداشتی، عدم خروج از اتاق، عدم تماس با بقیه بیماران و استفاده از وسایل حفاظت فردی به همراه وی آموزش می‌دهد؟					
۱۱	آیا پرسنل بخش در صورت ضرورت جابجایی بیمار بایستی از وسایل حفاظت فردی استفاده و شرایط ایزوله را رعایت نمایند؟					
۱۲	آیا پرسنل خدماتی نکات حفاظتی لازم را در خصوص دفع پسماندها رعایت می‌نمایند؟					
۱۳	آیا مسئول بخش / مسئول شیفت / مسئول بیمار در خصوص عدم ورود اشیای غیرضروری از جمله گل، اسباب بازی و ... به اتاق بیمار به پرسنل و همراهان هشدار می‌دهد؟					
۱۴	آیا پرسنل خدمات پس از ترخیص بیمار کلیه وسایل اتاق را تمیز و ضدعفونی کرده و با گذاشتن چراغ اشعه فضای اتاق را نیز ضدعفونی می‌نمایند؟					
۱۵	آیا پرستار مسئول بیمار تمامی موارد انجام شده جهت کنترل عفونت را در پرونده وی ثبت می‌نمایند؟					

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۳۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

**چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل
حفظ امنیت و ایمنی نوزاد براساس بسته ی خدمتی نوزاد سال**

ردیف	عنوان	غ				توضیحات
		۲	۱	۰	۱	
۱	آیا مامای مسئول مادر باردار بلافاصله بعد از تولد نوزاد، سه برگه مشخصات نوزاد را تکمیل کرده و اثر هر دو پای نوزاد و اثر انگشت مادر را در هر سه برگ می گیرد؟					
۲	آیا عامل زایمان (پزشک/ماما) بلافاصله بعد از تولد نوزاد ، جنسیت نوزادرا به مادر اطلاع داده و نوزادرا به مادر نشان می دهد؟					
۳	آیا مامای مسئول مادر باردار برای نوزاد پسر، دو مچ بند آبی و برای نوزاد دختر دو مچ بند صورتی رنگ بسته و مشخصات ذیل (نام و نام خانوادگی مادر و نام پدر مادر، جنسیت نوزاد، شماره پرونده مادر، نوع زایمان و تاریخ زایمان) در برچسب مچ بند ثبت نمودهو یکی رادر مچ دست و دیگری را در پای نوزاد می بندد؟					
۴	آیا کارشناس مراقب نوزاد بخش زایمان در صورت وجود تخت خالی در بخش مامایی، نوزاد را بعد از دو ساعت، به همراه مادر به Post partum منتقل می کند؟					
۵	آیا کارشناس مراقب نوزاد بخش مامایی نوزاد را در نرسری با کنترل برگه مشخصات نوزاد ومچ بند نوزاد ، دفتر ثبت مشخصات، وضعیت ظاهری و جنسیت نوزاد، از کارشناس نوزاد بخش زایمان تحویل می گیرد؟					
۶	آیا کارشناس مراقب نوزاد در راستای اجرای بسته ی خدمتی نوزاد سالم، نوزاد را بعد از دریافت مراقبت های اولیه به مادر تحویل می دهد؟					
۷	آیا کارشناس مراقب نوزاد تمامی اقدامات انجام داده شده برای نوزاد را در پرونده وی ثبت می نماید؟					
۸	آیا کارشناس مراقب نوزاد آموزش های لازم در مورد حفظ امنیت نوزاد را به مادر می دهد.؟					
۹	آیا کارشناس مراقب نوزاد به مادر تأکید می نماید که در مواقع لزوم جدایی مادر از نوزاد (حمام کردن مادر، انتقال مادر به واحدهای پاراکلینیک) نوزاد را فقط به کارکنان بخش تحویل دهد؟					
۱۰	آیا مامای مسئول نوزاد/عامل زایمان قبل از تماس با نوزاد بهداشت دست را رعایت می نماید؟					
۱۱	آیا مامای مسئول نوزاد دمای اتاق زایمان را قبل از انجام زایمان کنترل می نماید؟					
۱۲	آیا مامای مسئول نوزاد به منظور جلوگیری از ایجاد کوران هوا، پنجره های اتاق را بسته نگه می دارد؟					
۱۳	آیا مامای مسئول نوزاد پس از قرار دادن نوزاد بر روی سینه مادر، وی را با حوله گرم، کلاه و پتو می پوشاند؟					
۱۴	آیا مامای مسئول نوزاد برای پیشگیری از کمبود ویتامین K طبق دستور پزشک برای تمامی نوزادان تازه متولد شده، آمپول ویتامین K (فیتونادیون) با دوز 1mg به صورت عضلانی و در سطح قدامی-جنبی ران تزریق می نماید؟					
۱۵	آیا مامای مسئول نوزاد، پس از اولین شیردهی نوزاد را در داخل کات در کنار مادر					

						قرار می‌دهد؟
						آیا مامای مسئول نوزاد، هنگام انتقال نوزاد به بخش پس از زایمان، نوزاد را همراه با مادر و در داخل کات مخصوص حمل نوزاد منتقل می‌نماید؟

۱۶

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۳۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل

دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ۱	توضیحات
۱	آیا مسئول بخش / مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار در صورت بروز مشکل تهدید کننده حیات برای بیمار، بلافاصله با پزشک معالج تماس می گیرد؟					
۲	آیا مسئول بخش / مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار در حضور پرستار شاهد بطور واضح نام بیمار، شماره اتاق، تشخیص پزشکی و مشکل پیش آمده را به پزشک معالج اعلام می نماید؟					
۳	آیا پرستار گیرنده دستور در زمان اخذ دستورات تلفنی از پزشک معالج بایستی سیستم صوتی تلفن را روی آیفون قرار دهد؟					
۴	آیا پرستار شاهد در صورت پخش صدا از طریق آیفون صدای پزشک را بشنود و در غیر اینصورت به دستورات تکرار شده توسط پرستار گیرنده دستور بدقت گوش میدهد؟					
۵	آیا پرستار گیرنده دستورات تلفنی بلافاصله در هنگام اخذ دستورات بایستی در برگه دستورات پزشک با ذکر دستورات داده شده، نحوه اجرای دستور، نام پزشک دستور دهنده و همچنین تاریخ و ساعت اخذ، در برگ دستور ات پزشک ثبت و امضاء نموده و به امضاء پرستار شاهد برساند؟					
۶	آیا پرستار مسئول بیمار دستورات داده شده را بلافاصله اجرا می نماید؟					
۷	آیا پزشک در اولین مراجعه به بخش بایستی دستور تلفنی خود را مهر و امضاء کند؟					
۸	آیا پرستار مسئول بیمار در گزارش پرستاری و کاردکس مراقبتی بیمار حتماً ساعت و تاریخ دستور تلفنی، نام پزشک دستور دهنده، نام شخص تماس گیرنده، زمان و نحوه اجرای دستور و واکنش بیمار را ثبت نماید؟					
۹	آیا پرستار گیرنده دستور تلفنی، در صورتی که در هر یک از دستورات پزشکی شک نماید، تا کسب اطمینان از صحت آن بایستی اجرای دستور را به تعویق انداخته و سوپروایزر کشیک را جهت تماس مجدد با پزشک و اطمینان از صحت دستور داده شده، در جریان امر قرار دهد؟					
۱۰	آیا پرستار گیرنده دستور و پرستار شاهد در پایان اجرای دستور تلفنی، بایستی گزارش پرستاری را مهر و امضاء نماید؟					

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفاً نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۲۰



مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ قا	توضیحات
۱	آیا پرستار مسئول بیمار جهت شستشوی زخم‌هایی که عفونی نیستند از محلول نرمال سالین استفاده می نماید؟					
۲	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت استفاده از گاز جهت تمیز کردن زخم دقت شود که حداقل آسیب به زخم وارد گردد؟					
۳	آیا استفاده از لامپ‌های حرارتی موضعی ^۳ به دلیل افزایش نیازهای متابولیک زخم و خشک کردن بافت، ممنوع می‌باشد؟					
۴	آیا پرستار مسئول بیمار بلافاصله پس از بروز یا مشاهده زخم فشاری به پزشک معالج اطلاع می‌دهد؟					
۵	آیا پرستار مسئول بیمار مراقبت‌های پرستاری انجام شده شامل بررسی زخم، مداخلات و ارزیابی ثانویه از زخم در گز ارش پرستاری بطور کامل ثبت می کند؟					
۶	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت لزوم طبق دستور پزشک میتواند از پانسمان‌های نگهدارنده رطوبت (پانسمان‌های نوین) استفاده نماید؟					

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۱۲



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل

CH₅₁- EPP(TTPRSOH)

نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ ق ۱	توضیحات
۱	آیا مسئول بخش /مسئول شیفت/مسئول بیمار با اطلاع از لیست اقدامات پاراکلینیکی خارج از مرکز، پس از تکمیل فرم چهار برگ مخصوص شامل اطلاعات بیمار و نوع خدمت درخواستی همراه با دستور پزشک (و شرح حال در موارد لازم) و تأیید واحد درآمد، فرم مذکور را به واحد آزمایشگاه/رادیولوژی / دفتر پرستاری جهت اخذ نوبت ارسال می نماید؟					
۲	آیا مسئول آزمایشگاه/رادیولوژی /سوپروایزر کشیک دفتر پرستاری با توجه به نوع خدمت درخواستی و ارائه گزارش مختصری از وضعیت بیمار (بر اساس مندرجات موجود در فرم چهار برگ)، با مرکز مقصد جهت اخذ نوبت تماس حاصل می نماید؟					
۳	آیا مسئول آزمایشگاه/رادیولوژی / سوپروایزر کشیک دفتر پرستاری تاریخ و ساعت نوبت اخذ شده را در پشت فرم چهار برگ ثبت و به بخش مربوطه جهت اطلاع و انتقال به موقع بیمار جهت دریافت خدمت، ارسال می نماید؟					
۴	آیا مسئول بخش /مسئول شیفت/مسئول بیمار از ثبت خدمت در پرونده الکترونیکی بیمار اطمینان حاصل می نماید (در این مرکز خدمات رادیولوژی توسط مسئول رادیولوژی و سایر خدمات توسط مسئول بخش /مسئول شیفت/مسئول بیمار در پرونده الکترونیکی بیمار ثبت می شود)؟					
۵	آیا مسئول بخش /مسئول شیفت/مسئول بیمار آمادگی بیمار و بخش را جهت انتقال موقت بیمار جهت انجام خدمات پاراکلینیکی درخواستی به واحدهای خارج از بیمارستان، به سوپروایزر کشیک اطلاع می دهد؟					
۶	آیا سوپروایزر کشیک هماهنگی لازم را با واحد نقلیه (جهت آماده شدن آمبولانس) و پرستار اعزام (داخل و یا خارج از بخش) انجام می دهد؟					
۷	آیا پرستار مسئول بیمار علت انتقال موقت بیمار به خارج از بیمارستان جهت اخذ خدمت را به بیمار/ همراه وی توضیح می دهد؟					
۸	آیا پرستار مسئول بیمار علایم حیاتی بیمار را قبل از انتقال چک و وضعیت بیمار تثبیت می نماید؟					
۹	آیا پرستار اعزام با استفاده از تجهیزات لازم بیمار را با رعایت اصول ایمنی از بخش به آمبولانس مجهز جهت اخذ خدمات خارج از مرکز همراهی می نماید؟					
۱۰	آیا مسئول بخش / شیفت در صورت نیاز به حضور اینترن/ دستیار در حین انتقال، مورد را به اطلاع ایشان می رساند؟					
۱۱	آیا پرستار مسئول بیمار، مدارک لازم (پرونده، فرم ۴ نسخه‌ای، دستور پزشک، کپی شرح حال بیمار، گرافی‌های موجود) جهت انتقال موقت بیمار به خارج از بیمارستان به منظور اخذ خدمات لازم را به پرستار اعزام تحویل می دهد؟					
۱۲	آیا پرستار اعزام و بیمار(بر(تا حد امکان همگن) با برانکارد یا ویلچر پس از بستن					

				کمر بند با آمبولانس بیمار را به خارج از بیمارستان انتقال می دهند؟
۱۳				آیا پرستار اعزام وضعیت بیمار را از ابتدای انتقال تا اتمام انجام خدمت پاراکلینیکی کنترل می نماید؟
۱۴				آیا پرستار اعزام پس از اتمام انجام خدمت پاراکلینیکی، هماهنگی لازم را با سوپروایزر کشیک بیمارستان مبداء جهت فرستادن آمبولانس به منظور بازگردان بیمار انجام می دهد؟
۱۵				آیا پرستار اعزام پس از اتمام انجام خدمت پاراکلینیکی مورد نظر بیمار را با رعایت موارد ایمنی به بیمارستان مبداء و بخش مبداء منتقل می نماید؟

نمره چک لیست:

نام فرد چک کننده:

نام بخش:

تاریخ و شیفت:

لطفا نمره چک لیست در پایان ثبت گردد.

نمره کل: ۳۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل
نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران

CH₅₂-EPP(IIDMP)

ردیف	عنوان	۲	۱	۰	غ قا	توضیحات
۱	آیا پرستار مسئول بیمار دلیل جابجایی درون بخشی را به بیمار توضیح می دهد (ورود بیمار جدید، ایزوله کردن بیمار طبق دستور پزشک، پیشگیری از انتقال عفونت، درخواست بیمار)؟					
۲	آیا پرستار مسئول بیمار با همراهی کادر کمکی بعد از اطمینان از آماده شدن تخت مورد نظر، با رعایت ایمنی اتصالات موجود بیمار، اقدام به انتقال وی می نماید؟					
۳	آیا پرستار مسئول بیمار با توجه به شرایط بیمار (وابسته به اکسیژن، توانایی راه رفتن) بیمار را با استفاده از تخت/برانکارد/ ویلچر و یا آغوش مادر بیمار به تخت مورد نظر منتقل می نماید؟					
۴	آیا پرستار مسئول بیمار در هنگام انتقال تمامی مدارک مربوط به بیمار (پرونده، چارت بالایی سر، گرافی‌ها) را به تخت جدید منتقل می نماید؟					
۵	آیا پرستار مسئول بیمار /مسئول شیفت پس از قرار گرفتن بیمار در تخت مورد نظر باید مشخصات وی در سیستم HIS، کاردکس، کارت دارویی، چارت بالایی سر و تابلوی بالایی سر بیمار در تخت جدید ثبت می نماید؟					
۶	آیا پزشک دستور انتقال بیمار به بخش دیگر را در پرونده ثبت می نماید؟					
۷	آیا مسئول شیفت دستور پزشک در مورد انتقال بیمار به بخش دیگر توسط چک می نماید؟					
۸	آیا مسئول شیفت هماهنگی تلفنی بین بخشی را با بخش مربوطه جهت انتقال بیمار انجام می دهد؟					
۹	آیا مسئول بخش / شیفت در صورت نبود تخت خالی در بخش مورد نظر، مراتب را به دفتر پرستاری اطلاع می دهد؟					
۱۰	آیا سوپروایزر کشیک پس از اطلاع جهت جابجایی بیمار بر حسب شرایط، نسبت به انتقال بیمار به بخش مقصد هماهنگی های لازم را انجام می دهد؟					
۱۱	آیا پرستار مسئول بیمار علت جابجایی به بخش دیگر را برای بیمار و همراه وی توضیح می دهد؟					
۱۲	آیا پرستار مسئول بیمار در صورت نیاز، علایم حیاتی بیمار قبل از انتقال را چک و وضعیت بیمار را ثابت نماید. و در حین انتقال مرتب کنترل می کند؟					
۱۳	آیا پرستار مسئول شیفت بخش مبداء وضعیت عمومی بیمار را به مسئول شیفت بخش مقصد اطلاع می دهد؟					
۱۴	آیا پرستار مسئول بیمار تجهیزات لازم جهت انتقال ایمن (برانکارد و ویلچر دارای کمربند، کپسول اکسیژن، آمیوبگ، پالس اکسی متر، داروهای لازم مثل آدرنالین/ دیازپام در بیماران تشنجی و ...) را آماده می نماید؟					
۱۵	آیا پرستار مسئول شیفت در صورت نیاز به حضور اینترن/ دستیار در حین انتقال اطلاع رسانی می نماید؟					
۱۶	آیا پرستار مسئول بیمار وضعیت بیمار را از ابتدای شیفت تا لحظه انتقال به بخش دیگر در گزارش پرستاری ثبت می نماید؟					
۱۷	آیا پرستار آگاه به وضعیت بیمار و بیمار بر همگن (نیروی کمک بهیار، خدمات) بیمار را حتی الامکان با استفاده از برانکارد/ ویلچر پس از بستن کمربند به بخش مربوطه انتقال					

					وضعیت بیمار و بیماربر (نیروی کمک بهیار، خدمات) در حین مار را حفظ می نمایند؟
تاریخ و شیفت:					نقصد بیمار و مدارک بالینی همراه وی (پرونده بستری، گرافی‌ها، مدارک بیمه‌ای، اشیای گران قیمت و اموال بیمار، رستار بخش مبداء تحویل و ثبت می نماید؟
نام بخش:					بیمار را با رعایت اصول ایمنی به تخت مورد نظر انتقال می
نام فرد چک کننده:					بخش مبداء در هنگام تحویل بیمار خلاصه‌ای از شرح حال ی را به پرستار بخش مقصد ارائه می نماید؟
نمره چک لیست:					وضعیت هنگام تحویل بیمار را چک و در گزارش پرستاری ثبت
					بخش مقصد، آموزش‌های اختصاصی (بدو ورود) را به بیمار ارائه ت می نماید؟
					بیمار، حقوق گیرندگان خدمت توسط پرسنل بخش‌های مبداء و

بگن آگا
خصوصی
فت بخا
ت دارو
را
مش مق
بیل
قابل پی
ش مق
بیمار
پرستاری
حل انتقا
می شو

کل: ۸



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست انبارش ایمن

CH₅₃-SF

ردیف	موضوع	بله	خیر	توضیحات
۱	آیا انبار در محل مناسبی واقع شده است؟			
۲	آیا تهویه در انبار به خوبی صورت می گیرد؟			
۳	آیا محوطه انبار از پوشال، خاشاک و خرده چوب و کاغذ و سایر مواد پاک می باشد؟			
۴	آیا راهرو های طولی انبار تا انتها خط کشی شده اند؟			

۵	آیا کلیه کارکنان انبارها ، آموزش های لازم در خصوص حفاظت و ایمنی و طرز کار با وسایل ایمنی و آتش نشانی را فرا گرفته اند ؟		
۶	آیا در انبار جعبه کمک های اولیه نصب شده است ؟		
۷	آیا در انبار روشنایی مناسبی پیش بینی شده است ؟		
۸	آیا علائم هشدار دهنده در استعمال دخانیات مطلقاً ممنوع به تعداد کافی در معرض دید وجود دارد ؟		
۹	آیا فاصله مناسب بین سقف انبار و مرتفع ترین کالای چیده شده رعایت شده است ؟		
۱۰	آیا کالا به صورت توده های جدا از یکدیگر چیده شده ند در موقع آتش سوزی قابل مهار کردن باشد ؟		
۱۱	آیا حداکثر سطح اشغال شده هر قسمت کالا و فاصله آن با قسمت دیگر با توجه به عرض انبار رعایت شده است ؟		
۱۲	آیا اجناس که به فرم کارتن یا مکعب می باشند به فرم آجری چیده شده اند ؟		
۱۴	آیا چیدن آهن آلات در انبار به گونه ای است که به هیچ وجه خطر غلطیدن و افتادن قطعات در بین نباشد ؟		
۱۵	آیا کف انبار تمیز و خشک است ؟		
۱۶	آیا چیدمان انبار مناسب بود؟		
۱۷	آیا دیواره های داخلی صاف و صیقل و عاری از ترک و لبه میباشد ؟		
۱۸	آیا علاوه بر درب اصلی دربهای اضطراری نیز در نظر گرفته شده است ؟		
۱۹	آیا درب ها مجهز به قفل ایمنی بوده تا از ورود افراد غیر مسئول ممانعت گردد ؟		
۲۰	آیا دما و رطوبت در انبار کنترل می گردد ؟		
۲۱	آیا از خوردن ، آشامیدن ، استعمال دخانیات در حین کار در انبار خود داری می شود ؟		
۲۲	آیا فرم مشخصات محموله به محموله چسبانده می شود ؟		
۲۳	آیا به محض ورود و خروج محموله مشخصات کامل محموله توسط انباردار ثبت می گردد ؟		
۲۴	آیا در انبار کردن مواد از پالت استفاده می شود ؟		
۲۵	آیا راه های عبور به وضوح علامتگذاری و قابل دسترسی هستند ؟		
۲۶	آیا کالاهای انبار شده در فاصله ایمنی از وسایل برقی قرار دارند ؟		
۲۷	آیا کلیه فیوزها و سایر ادوات و وسایل الکترونیکی در این گونه انبارها از نوع ضد شعله انتخاب شده است ؟		
۲۸	آیا تعداد خاموش کننده های دستی در انبار کافی است ؟		
۲۹	آیا نوع خاموش کننده های دستی مناسب است ؟		
۳۰	آیا محل قرارگیری کپسول های اطفاء حریق مناسب می باشد؟		
۳۱	آیا در انبار از فایر باکس استفاده شده است ؟		

			آیا دستگاهها اعلام و اطفاء حریق خودکار در انبار نصب شده است؟	۳۲
			آیا قفسه های انبار ملزومات به درستی مهار گردیده است؟	۳۳

توضیحات :

جواب بله : رعایت اصول انبارداری در چارچوب آئین نامه

جواب خیر : عدم رعایت اصول

مسئول انبار :

تکمیل کننده: اعضای تیم بازدید کننده ایمنی

تاریخ بازرسی :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست بازدید از داروخانه

CH₅₄-VPH

مسئول رسیدگی کننده	ملاحظات	نتایج			سوال	ردیف
		نیاز به اصلاح دارد	خ	ب		
					آیا بخش دارویی و داروخانه مرکز در کنار انبار دارویی قرار گرفته است؟	۱

				تامین، منابع، امکانات و کارکنان مرتبط برای انبارش ایمن دارو	۲
				برچسب گذاری داروهای پرخطر، مشابه و یخچالی در انبار، داروخانه و بخش	۳
				وجود یخچال مجهز به درب شیشه ای و قفل دار و داروهای یخچالی با برچسب مشخص در یخچال مناسب واجد دماسنج و رطوبت سنج	۴
				کنترل دمای یخچالهای دارویی در انبار دارویی، داروخانه و بخش و مجهز به سیستم هشدار دهنده در صورت انحراف از دمای مجاز	۵
				اتصال تمامی یخچالهای دارویی به برق اضطراری بیمارستان	۶
				نصب فهرست داروهای موجود در یخچال با ممل دقیق و دمای مورد نیاز بر درب یخچال	۷
				در دسترس بودن فهرست داروهای یخچالی در بخشها یا در سامانه اطلاعات بیمارستان	۸
				عدم انباشتگی داروها که موجب اختلال در دمای یخچالی مناسب در همه طبقات	۹
				رعایت شرایط داروهای با نگهداری در تاریکی	۱۰
				محفوظ بودن داروهای مخدر در انبار داروخانه و بخش در یک قفسه قفل دار با دسترسی کارکنان مسئول و معین	۱۱
				نگهداری داروهای پرخطر و سایتوتوکسیک در مکان مجزا و با علائم هشدار در انبار دارویی، داروخانه و بخش	۱۲
				نگهداری داروهای با هشدار بالا در مکان مجزا و با علائم هشدار با دسترسی محدود در انبار دارویی و داروخانه	۱۳
				لحاظ شباهتهای دارویی در نحوه چینش داروها در انبار/محل نگهداری با علائم هشدار	۱۴
				شرایط انبارش دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، بر اساس الزامات کارخانه سازنده	۱۵
				مدیریت تاریخ انقضا دارو و ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی و مدیریت مصرف آنها در انبار با روشی مدون و منظم	۱۶

				مدیریت تاریخ انقضا دارو و ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی و مدیریت مصرف آنها در انبار با روشی مدون و منظم	۱۷
				آیا دستگاه خنک کننده و یخچال مورد استفاده دارای اتصال زمین (مجهز به سیستم ارت) می باشد؟	۱۸
				آیا کنترل و بازدید دوره ای از تجهیزات خنک کننده انجام می گردد؟	۱۹
				آیا مکان نگهداری دارو از معرض رطوبت و آب دور می باشد؟	۲۰
				آیا Cold Box جهت نگهداری موقت داروها در نظر گرفته شده است؟	۲۱
				آیا Cold Box به تعداد کافی در دسترس می باشد؟	۲۲
				آیا تخمین برآورد داروها جهت موقعیت بحرانی در نظر گرفته شده است؟	۲۳
				آیا محل نگهداری این داروها شناسایی و به پرسنل دارویی و یا دیگر پرسنل آموزش داده شده است؟	۲۴
				آیا شرایط نگهداری از داروها در مواقع بحرانی آموزش داده شده است؟	۲۵
				آیا کنترل تاریخ و نحوه نگهداری داروها در وضعیت بحرانی برنامه ریزی شده است؟	۲۶
				در صورت مثبت بودن پاسخ سوال فوق آیا جهت انجام این کار چک لیست خاصی در نظر گرفته شده است؟	۲۷
				آیا داروهای مخدر و کمیاب در محل مطمئن و ایمن نگهداری می شوند؟	۲۸
				آیا فرم مخصوص استفاده از داروهای مخدر در کنار این داروها وجود دارد؟	۲۹
				آیا قفسه و پیشخوانهای دارویی به طور کامل محکم در جای خود فیکس شده اند؟	۳۰
				آیا مصالح و اشیای موجود در ساختمان دارویی و داروخانه	۳۱

					تحمل و مقاومت در برابر حریق به مدت ۲ ساعت را دارند؟	
					آیا جداسازی داروهای قابل اشتعال از دیگر داروها انجام شده است؟	۳۲
					آیا مواد قابل اشتعال در انبار دارویی و داروخانه به نحو مناسبی قرار گرفته و در قفسه ها محکم و ثابت شده اند؟	۳۳
					آیا در محل نگهداری مواد قابل اشتعال از لامپ ها و سیستم برق رسانی بدون جرقه و مقاوم در برابر حریق استفاده شده است؟	۳۴
					آیا وسایل اطفاء حریق مناسب و قابل دسترسی آسان طبق استاندارد در داروخانه وجود دارد؟	۳۵
					آیا سیستم اعلام حریق مناسب نصب می باشد؟	۳۶
					آیا آموزش لازم به کارکنان دارویی جهت استفاده از وسایل اطفاء حریق داده شده است؟	۳۷
					آیا داروها و شیشه های شکستنی در کلاف هایی نگهداری می شوند که خطر شکستن و ترکیدن آنها کاهش یافته باشد؟	۳۸
					آیا داروهایی که بدون بسته بندی (مانند بعضی از انواع قرص ها) در پاکت و یا جعبه ها قرار گرفته اند در قفسه مخصوص بوده و دارای برچسب شناسایی می باشند؟	۳۹
					آیا قفسه نگهداری داروها به شکلی طراحی شده است که از سقوط دارو جلوگیری شود؟	۴۰
					آیا پلان یا نقشه نگهداری داروها در انبار دارویی و داروخانه در محل داروخانه و نیز در محل نگهداری اسناد و اطلاعات مرکز بحران وجود دارد؟	۴۱
					آیا وسایل گرمایش و سرمایش موجود به نحو مناسب قرار گرفته اند؟	۴۲
					آیا چیدمان وسایل ، تجهیزات و قفسه ها مانع از خروج اضطراری افراد می گردد؟	۴۳
					آیا داروخانه دارای راه خروج اضطراری می باشد؟	۴۴

					آیا مشخصات افراد شاغل در داروخانه و انبار دارویی به همراه شیفت آنان موجود می باشد؟	۴۵
					آیا جهت تهیه داروخانه و انبار دارویی از هواکش استفاده شده است؟	۴۶
سایر ملاحظات:						
تکمیل کننده: اعضای تیم ارزیابی کننده ایمنی مسئول واحد:						
تاریخ بازدید:						



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
 چک لیست بازرسی وضعیت ایمنی داروخانه بیمارستان شهید مطهری

CH₅₅-ISCHPH

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا بخش دارویی و داروخانه مرکز در کنار انبار دارویی قرار گرفته است؟			
۲	آیا دستگاه خنک کننده و یخچال مورد استفاده دارای اتصال زمین (مجهز به سیستم ارت) می باشد؟			
۳	آیا کنترل و بازدید دوره ای از تجهیزات خنک کننده انجام می گردد؟			
۴	آیا مکان نگهداری دارو از معرض رطوبت و آب دور می باشد؟			
۵	آیا Cold Box جهت نگهداری موقت داروها در نظر گرفته شده است؟			
۶	آیا این Cold Box به تعداد کافی در دسترس می باشد؟			
۷	آیا تخمین برآورد داروها جهت موقعیت بحرانی در نظر گرفته شده است؟			
۸	آیا محل نگهداری این داروها شناسایی و به پرسنل دارویی و یا دیگر پرسنل آموزش داده شده است؟			
۹	آیا شرایط نگهداری از داروها در مواقع بحرانی آموزش داده شده است؟			
۱۰	آیا کنترل تاریخ و نحوه نگهداری داروها در وضعیت بحرانی برنامه ریزی شده است؟			
۱۱	در صورت مثبت بودن پاسخ سوال فوق آیا جهت انجام این کار چک لیست خاصی در نظر گرفته شده است؟			
۱۲	آیا این چک لیست ها در اسناد کمیته بحران ثبت می گردند؟			
۱۳	آیا داروهای مخدر و کمیاب در محل مطمئن و ایمن نگهداری می شوند؟			
۱۴	آیا فرم مخصوص استفاده از داروهای مخدر در کنار این داروها وجود دارد؟			
۱۵	آیا قفسه و پیشخوانهای دارویی به طور کامل محکم در جای خود فیکس شده اند؟			
۱۶	آیا مصالح و اشیای موجود در ساختمان دارویی و داروخانه تحمل و مقاومت در برابر حریق به مدت ۲ ساعت را دارند؟			
۱۷	آیا جداسازی داروهای قابل اشتعال از دیگر داروها انجام شده است؟			
۱۸	آیا مواد قابل اشتعال در انبار دارویی و داروخانه به نحو مناسبی قرار گرفته و در قفسه ها محکم و ثابت شده اند؟			
۱۹	آیا در محل نگهداری مواد قابل اشتعال از لامپ ها و سیستم برق رسانی بدون جرقه و مقاوم در برابر حریق استفاده شده است؟			
۲۰	آیا وسایل اطفاء حریق مناسب و قابل دسترسی آسان طبق استاندارد در داروخانه وجود دارد؟			
۲۱	آیا سیستم اعلام حریق مناسب نصب می باشد؟			
۲۲	آیا آموزش لازم به کارکنان دارویی جهت استفاده از وسایل اطفاء حریق داده شده است؟			
۲۳	آیا داروها و شیشه های شکستنی در کلاف هایی نگهداری می شوند که خطر شکستن و ترکیدن آنها کاهش یافته باشد؟			
۲۴	آیا داروهایی که بدون بسته بندی (مانند بعضی از انواع قرص ها) در پاکت و یا جعبه ها قرار گرفته اند در قفسه مخصوص بوده و دارای برچسب شناسایی می باشند؟			

۲۵	آیا قفسه نگهداری داروها به شکلی طراحی شده است که از سقوط دارو جلوگیری شود؟		
۲۶	آیا پلان یا نقشه نگهداری داروها در انبار دارویی و داروخانه در محل داروخانه و نیز در محل نگهداری اسناد و اطلاعات مرکز بحران وجود دارد؟		
۲۷	آیا وسایل گرمایش و سرمایش موجود به نحو مناسب قرار گرفته اند؟		
۲۸	آیا چیدمان وسایل ، تجهیزات و قفسه ها مانع از خروج اضطراری افراد می گردد؟		
۲۹	آیا داروخانه دارای راه خروج اضطراری می باشد؟		
۳۰	آیا راه خروج اضطراری موجود مستقیماً به فضای آزاد منتهی می گردد؟		
۳۱	آیا مشخصات افراد شاغل در داروخانه و انبار دارویی به همراه شیفت آنان موجود می باشد؟		
۳۲	آیا جهت تهویه داروخانه و انبار دارویی از هواکش استفاده شده است؟		
۳۳	در صورت مثبت بودن پاسخ آیا هواکش ها در محل مناسب نصب گردیده اند؟		
۳۴	آیا جهت تهویه داروخانه و انبار دارویی از فن های موضعی استفاده می گردد؟		
۳۵	در صورت مثبت بودن پاسخ ، آیا این فن ها به طور مناسب نصب گردیده اند؟		
۳۶	آیا سیم کشی های برق ایمن می باشد؟		

اعضای بازدید: تیم بازدید مدیریتی ایمنی

تکمیل کننده فرم: مسئول بهداشت حرفه ای

مسول واحد مربوطه :

تاریخ بازرسی:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

CH₅₆-VK

چک لیست بازدید از آشپزخانه

توضیحات	نتیجه			شرح فعالیت	ردیف
	نیاز به اصلاح دارد	خیر	بله		
				بررسی اختصاصی بخش	
				آیا فاصله آشپزخانه از محل‌های آلوده کننده رعایت شده است ؟	۱
				آیا فضای آشپزخانه متناسب با حجم کار می‌باشد؟	۲
				آیا سقف آشپزخانه به رنگ روشن و بدون ترک خوردگی است ؟	۳
				آیا دیوارهای آشپزخانه تا سقف کاشی می‌باشند ؟	۴
				آیا کف آشپزخانه بدون ترک قابل شستشو از جنس موزائیک یا سنگ غیر لغزنده با شیب مناسب به سمت کف‌شو می‌باشد ؟	۵
				آیا آشپزخانه دارای تهویه مناسب و هود کافی برای اجاقها و سیستم گرمایشی و سرمایشی متناسب با فصل می‌باشد ؟	۶
				آیا یخچال و فریزر متناسب با حجم کار و منطبق با شرایط و ضوابط بهداشتی می‌باشد ؟	۷
				دمای محیط آشپزخانه متناسب با فصل ، تنظیم می‌گردد ؟	۸
				آیا محل شستشو و نگهداری ظروف مجزا و مستقل از محل پخت می‌باشد ؟	۹
				آیا ظرفشویی سه مرحله‌ای (جمع‌آوری، شستشو و آب کشی) دارای شیرآب گرم و سرد مشترک می‌باشد؟	۱۰
				آیا ظروف سالم بدون لب پریدگی از جنس شیشه، چینی یا استیل می‌باشند ؟	۱۱
				آیا ابزار و وسائل پوست‌کن، مخلوط‌کن و خردکن بدون درز و شکاف بوده و به آسانی قابل جدا کردن و شستشو می‌باشند ؟	۱۲
				آیا نظافت وسایل فوق به صورت کامل انجام می‌شود؟	۱۳
				آیا پیشخوانها، جا ظرفی، کمدها، قفسه‌ها، قابل شستشو بوده و کف آنها حداقل ۰.۲cm از سطح زمین فاصله دارد؟	۱۴
				آیا تدابیر لازم جهت مقابله با حشرات و جوندگان اتخاذ گردیده است؟ ۱۴۴	۱۵

				و قابل شستشو و دارای روکش ضد زنگ می باشد؟
				بخت ویزبا آب و شوینده ها و محلولهای ضد عفونی ، شستشو
				در و پنجره ها و شیشه ها مرتبا نظافت می گردد؟
				به توری زنگ نزن و دربند و فتر می باشد؟
				به رنگ آبی می سوزد؟
				ردهای بهداشتی می باشد؟
				بهداشتی فاضلاب به طور کامل انجام می شود؟
				رای شرایط بهداشتی بوده بطوریکه نظافت کاملا رعایت شده > بهداشتی می باشد؟
				آشپزخانه مجزا از سایر کارکنان انجام می شود؟
				؛ توزیع مواد غذایی دارای کارت بهداشتی معتبر می باشند؟
				رعایت می نمایند؟
				اقل وسائل (چسب، گازاستریل، قیچی، پنس، پماد ده، تنسوپلاست) در محل مناسبی نصب شده است؟
				پوستر و شعار در معرض دید افراد قرار می گیرد؟
				میگاز در محیط کار توجه دارند؟
				و اطفاء حریق مجهز می باشد؟
				پزخانه رعایت شده است؟
				عل نصب شده است؟
				مول ها انجام می شود؟
				نانه سالم بدون شکستگی، زنگ زدگی و دارای جنس مورد د؟
				محل آماده سازی صورت می پذیرد؟
				بر سالم سازی میوه و سبزیجات و گندزایی آن نظارت

				اصول بهداشتی و حفظ زنجیره سرد-۵ درجه سلسیوس- و یوس- رعایت می شود؟
				غذیه با همکاری متصدی غذا در مراحل آماده سازی
				غذیه با همکاری متصدی غذا بر بسته بندی غذای بیماران
				غذیه با همکاری متصدی غذا بر توزیع و سرو غذا صورت می
				مرکزی، حداقل در خصوص غذاهای رژیمی، برچسب م بیمار نوع رژیم، استفاده می شود؟
				و بهداشت محیط از دستورالعمل نحوه حفظ زنجیره سرد و در مراحل توزیع و سرو غذا "با حداقلهای مورد انتظار آگاهی

نام بازدید کننده

CH57- MECNDH



چک لیست پایش و ارزیابی بخش تغذیه بالینی بیمارستان ها

دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی

نام مرکز مورد بازدید: نام بازدید کنندگان : تاریخ بازدید:

اطلاعات اولیه:

ردیف	عنوان	تعداد	ردیف	عنوان	تعداد
۱	تعداد تخت مصوب	۱۵	۱	تعداد بخش های بستری کووید-۱۹	
۲	تعداد تخت فعال	۱۶	۲	تعداد بیماران کووید-۱۹ بستری در بخش ویژه	
۳	ضریب اشغال تخت	۱۷	۳	تعداد بیماران کووید-۱۹ بستری در بخش های بستری	
۴	متوسط اقامت بیمار	۱۸	۴	تعداد کل کارشناسان و مشاوران تغذیه واحد تغذیه بالینی	
۵	متوسط تعداد پذیرش بستری در ماه	۱۹	۵	متوسط تعداد مشاوره های تغذیه انجام شده بستری در ماه	
۶	تعداد تخت های ویژه ICU	۲۰	۶	متوسط تعداد فرم های ارزیابی تخصصی تکمیل شده برای بیماران بستری	
۷	تعداد تخت های ICU اطفال	۲۱	۷	وجود پزشک متخصص MDphd یا دکتر Phd تغذیه	
۸	تعداد تخت های CCU	۲۲	۸	وجود کلینیک تغذیه فعال	

۹	تعداد تخت های NICU اطفال	۲۳	تعداد روزهای فعالیت در کلینیک در هفته
۱۰	تعداد تخت های پیوند اعضا	۲۴	متوسط تعداد مشاوره های تغذیه سرپایی در کلینیک
۱۱	تعداد تخت های دیالیز	۲۵	متصدی امور غذایی دارد.
۱۲	تعداد تخت های کلیه	۲۶	انباردار مواد غذایی مستقل یا مشترک با انبار مرکزی دارد.
۱۳	تعداد تخت های سوختگی	۲۷	متوسط تعداد بیمار گاوژی در ماه
۱۴	تعداد کل پرسنل با پزشکان (حدودی)	۲۸	متوسط تعداد مشاوره های تغذیه بیماران بستری کووید-۱۹ در ماه

عناوین پست ها و اسامی افراد متصدی پست براساس احکام اداری با ذکر مدارک تحصیلی :

- (۱) (۵)
- (۲) (۶)
- (۳) (۷)
- (۴) (۸)

وجود واحد مدیریت خدمات غذایی مستقل از مشاوره تغذیه و رژیم درمانی: بلی خیر

وجود پیمانکار مواد غذایی: بلی خیر نام مرکز/کترینگ طرف قرارداد پیمانکاری:

تعداد کلی کارکنان خدمات غذایی: تعداد مهماندار/آبدارچی/متصدی توزیع غذا:

منو چه زمانی و توسط چه کسی از بیماران گرفته می شود؟ در ۱ نوبت در ۲ نوبت در ۳ نوبت

لیست بیماران بستری از بخش ها چگونه می آید: دستی HIS

متوسط تعداد پرس غذا (بیمار، همراه، کارکنان): متوسط تعداد پرس غذای شام: تعداد کل پخت غذای:

تعداد پرسنل غذاخور در وعده نهار: در وعده شام: تعداد همراه:

تعداد بیماران بستری طبق لیست ارسالی از بخش ها: مجموع تعداد رژیم ها: درصد رژیم:

نحوه توزیع میان وعده: نوبت در روز گروه هدف: نوع میان وعده در VIP

دفعات توزیع تخم مرغ در صبحانه:

سیستم توزیع غذا: محل تامین اقلام صبحانه: محل بسته بندی اقلام صبحانه:

سیستم حمل غذا از آشپزخانه به بخش ها: ترالی گرمخانه دار ترالی معمولی آسانسور مستقل آسانسور مشترک سایر:

نوع ظروف سرو غذا: بیماران: کارکنان: همراهان: عفونی، ایزوله، اورژانس، ICU:

نحوه سرو آب: بطری یک نفره: بطری یک و نیم لیتری: پارچ: آب سرد کن: توضیحات:

فضای مستقل آماده به کار گاوژ دارند: بلی خیر با ذکر نام محل استقرار:

نوع گاوژ مصرفی: تجاری/صنعتی دست ساز یا Home made هردو ندارند

وضعیت دریافت هزینه برای گاوژ: رایگان روی هتلینگ بیمار دریافت هزینه جداگانه از بیمار

نحوه (فرآیند) درخواست و تامین فرمولا:

پرسنل غذای بیمارستان استفاده می کنند: بلی خیر اگر بلی چه گروه هایی: رایگان پولی مبلغ:

آیا کمیته ی تغذیه تشکیل می شود؟ بلی خیر هر چند وقت یکبار؟ اعضای ثابت کمیته مطابق دستورالعمل: بلی خیر

تعداد جلسات تاکنون: تاریخ جلسات تاکنون:

نوع تجهیزات آشپزخانه: سنتی نیمه سنتی - صنعتی صنعتی (چلوپز، خورش پز، کباب پز، سایر با ذکر ابزار: موقعیت قرارگیری آشپزخانه / محل توزیع غذا:
آشپزخانه ندارند

تعداد سرد خانه ها به تفکیک بالای صفر: میوه و سبزیجات تره باری مستقل عدد لبنیات مستقل عدد میوه و سبزیجات و لبنیات مشترک عدد سردخانه دیفراست دارد ندارد مشترک سردخانه کثیف دارد: ندارد

زیر صفر: گوشت ها، مرغ، ماهی و مواد پروتئینی مستقل عدد سبزیجات مستقل عدد گوشت ها و مواد پروتئینی و سبزیجات مشترک عدد

فریزر صندوقی: فریزر صنعتی ایستاده: یخچال صنعتی ایستاده:
سلف سرویس کارکنان: دارد غیرفعال بخاطر کرونا ندارد

فرم ثبت دمای یخچال: فرم ثبت کنترل دمای غذای بیماران:
مسیر جریان کار در آشپزخانه: رعایت می شود نمی شود آسانسور اختصاصی: دارد ندارد
در صورت نیاز به بهسازی آشپزخانه: کف سقف دیوارها پنجره ها توری ها راه آب سیستم فاضلاب
در صورت نیاز به بهسازی سردخانه بالای صفر: کف سقف دیوارها تعویض قفسه ها
در صورت نیاز به بهسازی سردخانه زیر صفر کف سقف دیوارها تعویض قفسه ها
پالت در سردخانه ها مناسب: بلی خیر و به تعداد کافی موجود است: بلی خیر
در صورت نیاز به بهسازی انبار ها: کف سقف دیوارها تعویض قفسه ها
قفسه های انبار سالم و کافی قفسه های انبار سالم و ناکافی نیاز به تعویض و ناکافی
پالت در انبار ها مناسب: بلی خیر و به تعداد کافی موجود است: بلی خیر

رضایتمندی بیماران: کارکنان: همراهان:

برچسب گذاری غذای بیماران: رعایت می شود چگونه: نمی شود

تعداد و نام بخش های بیمارستانی:

- (۱)
- (۲)
- (۳)
- (۴)
- (۵)
- (۶)
- (۷)
- (۸)
- (۹)
- (۱۰)

آیا فرم های ارزیابی اولیه تغذیه ادغام در پرستاری است؟ بلی خیر آیا صحیح پر می شود؟ بلی خیر
آیا فرم های ارزیابی تخصصی پر می شود؟ بلی خیر فرآیند آن چگونه است؟
آیا فرم های پیگیری پر می شود؟ بلی خیر آیا پزشک برگه های مشاوره را مهر و امضا نموده؟ بلی خیر

محور	ردیف	عناوین فعالیت	حد اکثر امتیاز	امتیاز کسب شده	شواهد
تغذیه و رژیم درمانی	۱	تعداد کارشناس تغذیه	۵		مشاهده احکام و مستندات
	۲	ارزیابی اولیه تغذیه	۵		مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)
	۳	فرم مشاوره تغذیه و ارزیابی تخصصی پرونده بیماران ICU	۵		مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده) (در صورت تعدد ICU حداقل ۲ بخش)
	۴	ارزیابی تخصصی در ۵ مورد اولویت دار (PICU, NICU, CCU, سوختگی، دیالیز، پیوند و سرطان)	۵		(مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده) در صورت تعدد بخش ها حداقل ۴ بخش)
	۵	کارشناس تغذیه در سایر موارد ۱۸ گانه	۵		مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)
	۶	ارزیابی وضعیت تغذیه مادران باردار (حداقل در موارد دیابت، اکلامپسی و پره اکلامپسی)	۵		مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)
	۷	ارزیابی تخصصی تغذیه اطفال	۵		مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)
	۸	تکمیل بموقع برگ مشاوره و فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای	۵		مشاهده پرونده بیماران (حداقل ۵ پرونده)
	۹	تایید فرم مشاوره و فرم ارزیابی تخصصی توسط پزشک	۵		مشاهده پرونده بیماران
	۱۰	کلینیک سرپایی تغذیه در درمانگاه فعال می باشد.	۵		مشاهده برنامه در درمانگاه
	۱۱	توزیع غذا برای بیمار منطبق با رژیم تنظیم شده	۵		مشاهده رژیم تنظیم شده بیمار و انطباق آن با غذای توزیع شده.
خدمات غذایی	۱۲	شاخص های تغذیه ای و غذای بیماران و درخواست مشاوره ها در HIS	۵		مشاهده مستندات در HIS
	۱۳	حداقل ۲ انتخاب در برنامه غذایی	۵		مشاهده غذاها و برنامه غذایی
	۱۴	حداقل دو نوبت میان وعده برای گروههای آسیب پذیر	۵		مشاهده و مصاحبه با بیمار و پرستاران
	۱۵	چک لیست نظارت بر فرآیندهای غذایی و میان وعده ها	۵		بررسی چک لیست تکمیل شده
	۱۶	اصول تهیه گاوژ	۵		بررسی مستندات و مصاحبه با افراد ذیربط
	۱۷	رضایت سنجی فصلی بیماران از مشاوره و خدمات غذایی	۵		مشاهده مستندات و اقدامات اصلاحی
	۱۸	فضاهای جدا از هم با ساختار جانمایی در آشپزخانه	۵		مشاهده
	۱۹	ظروف سرو غذای بیماران	۵		مشاهده ظروف
	۲۰	کلاس های آموزشی برای کادر درمان	۵		بررسی مستندات و مصاحبه با پرسنل
			جمع امتیازات	۱۰۰	
		امتیاز از ۱۰۰ (درصد کسب شده)			

چک لیست ارزیابی عملکرد ICU

ردیف	عنوان فعالیت	سقف امتیاز	امتیاز مکتسبه	معیار ارزیابی
۱	آیا دوره آموزشی حمایت های تغذیه ای در ICU توسط حداقل یکی از	۵		مستندات

			کارشناسان تغذیه گذرانده شده است؟
۲	۵	مستندات	آیا کارشناس تغذیه مستقل و مستقر در بخش مراقبت های ویژه وجود دارد؟
۳	۵	بررسی و کنترل موردی (۵ پرونده)	آیا ویزیت روزانه بخش توسط کارشناس تغذیه انجام می پذیرد؟
۴	۵	مستندات	آیا درخواست مشاوره تغذیه توسط پرستار به اطلاع پزشک رسانده می شود و پزشک مشاوره تغذیه را درخواست می کند؟
۵	۵	مستندات	آیا اولین ویزیت و ارزیابی حداکثر طی ۲۴ الی ۴۸ ساعت بعد از بستری برای بیماران تعیین تکلیف شده توسط کارشناس تغذیه انجام می پذیرد؟
۶	۵	مستندات - ۵ تا ۱۰ پرونده	آیا فرم ارزیابی تخصصی تغذیه به طور کامل و صحیح توسط کارشناس تغذیه تکمیل می گردد؟
۷	۵	مستندات - ۵ تا ۱۰ پرونده	آیا فرم ارزیابی تخصصی تغذیه تکمیل شده، توسط پزشک مهر و امضا می شود؟
۸	۵	مستندات	آیا فرم ارزیابی تخصصی برای کلیه بیماران بستری در بخش ICU تکمیل می گردد؟
۹	۵	مستندات و مصاحبه	آیا همکاری و تعامل بین پزشک، پرستار و کارشناس تغذیه در بخش مربوطه رضایت بخش است؟
۱۰	۵	بررسی و کنترل موردی (۵ پرونده)	آیا رژیم غذایی متناسب با شرایط بیمار برای او تنظیم می گردد؟
۱۱	۵		آیا کلاس های آموزشی مرتبط با تغذیه (ترجیحا نحوه آماده سازی گاوژ و موارد مرتبط) در بخش مراقبت های ویژه برای پرسنل برگزار گردیده است؟
۱۲	۵	مستندات	آیا ترجیحا از فرمولای تجاری در برنامه غذایی بیمار استفاده می گردد؟
۱۳	۵	حداقل ۵۰ درصد فرمولا	فرمولای تجاری چند درصد غذای بیمار نیازمند گاوژ را تشکیل می دهد؟
۱۴	۵	مستندات	آیا کد مربوطه به مشاوره تغذیه در HIS بیمارستان ثبت می گردد؟
۱۵	۵	مستندات	آیا محاسبه TPN توسط کارشناس تغذیه برای بیماران واجد شرایط (با درخواست پزشک) انجام می پذیرد؟
۱۶	۵	مشاهده	آیا محاسبه گاوژ به صورت مکتوب در اتاق یا محل تهیه گاوژ (اتاق ICU یا آشپزخانه) نصب گردیده است؟
۱۷	۵	مشاهده	آیا برچسب مشخصات بیمار روی ظرف مخصوص گاوژ برای هر بیمار زده می شود؟
۱۸	۵	مشاهده	آیا فضای مجزا و تجهیزات لازم برای تهیه محلول گاوژ وجود دارد؟
۱۹	۵	مستندات	آیا جدول پایش گاوژ توسط کارشناس تغذیه تکمیل می گردد؟
۲۰	۵	مستندات - ۵ تا ۱۰ پرونده	آیا پیگیری بیمار به همراه تکمیل فرم پیگیری هر ۳-۵ روز یکبار توسط کارشناس تغذیه انجام می گیرد؟
	۱۰۰	درصد:	جمع کل:

نقاط قوت و ضعف:

.....
.....
.....

.....



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
 نمونه چک لیست پیشنهادی بایش و نظارت بر عملکرد پیمانکار / کترینگ مرکزی

CH₅₈- MSPCCC

ردیف	موضوعات	انطباق	عدم انطباق	امتیاز (۰-۵)	توضیحات براساس مشاهدات
۱	درجه سردخانه (زیر صفر /بالای صفر) / * وجود مکانیسم های تمام خودکار برای رفتن به داخل سردخانه ها				
۲	تفکیک سردخانه ها براساس کاربرد تعریف شده (درجه حرارت سردخانه های بالای صفر ۴ درجه سانتی گراد، سرد خانه های زیر صفر ۱۸- درجه سانتی گراد)				
۳	اختصاص دادن هر طبقه از سرد خانه به یک نوع ماده غذایی				
۴	چیدمان مناسب مواد غذایی در سرد خانه ها				
۵	عدم وجود مازاد غذاهای قبلی در سرد خانه ها و سردخانه زیر صفر				
۶	بسته بندی مناسب و با کیفیت مواد غذایی (اعم از صنعتی و آشپزخانه ای)				
۷	درب دار بودن ظروف نگهداری / * نگهداری ادویه ها در ظروف فلزی ، شیشه ای تمیز و خشک و در بسته				
۸	انقضای مناسب مواد غذایی و توجه به کمیت ماده غذایی بسته بندی شده				
۹	وجود مواد غیر خوراکی در انبار مواد غذایی / * نگهداری مواد خشک در انبار خشک و خنک (بهترین دما برای انبارهای خشک ۱۳-۲۱ درجه سانتی گراد است.)				
۱۰	نحوه نگهداری نان (بررسی کیفیت نام از نظر تازگی و نداشتن کپک)				
۱۱	استفاده از روغن مخصوص جهت طبخ (روغن سرخ کردنی و...) (اسید چرب ترانس روغن مصرفی کمتر از ۲ یا ۵٪ باشد.)				
۱۲	عدم استفاده از روغن سرخ کردنی و... برای چندین بار				
۱۳	عدم استفاده از رنگ ها				
۱۴	رعایت نکات بهداشتی جهت چشیدن غذا				
۱۵	عدم وجود چربی و ذرات چربی بروی درب های دیگ و...				
۱۶	پخت صحیح سبزیجات (رعایت نکات تغذیه ای)				
۱۷	ممهور بودن گوشت ها به مهر دامپزشکی (مدت زمان نگهداری گوشت در دمای ۱۸- درجه سانتی گراد حداکثر یکسال است.) و حک شدن پروانه بهداشتی بروی بسته های مرغ				
۱۸	بررسی وضعیت گوشت ها، مرغ ها، ماهی ها، مایه جوجه کباب ، مایه کوبیده از نظر خواص ارگانولپتیک (گوشت مورد نیاز در آشپزخانه چرخ				

				، گوشت های چرخ شده آماده خودداری شود.)
				سبزیجات و رعایت موارد تغذیه ای سبزیجات (نگهداری میوه ها و سبزیجات به صورت شسته نشده در یخچال و سدخانه (.ن
				آغاز دیفراسست مواد منجمد ۲۴ ساعت قبل از مصرف) ۱ درجه سانتی گراد به مدت ۲۴ تا ۷۲ ساعت قابا انجام است.
				با و میز های کاری
				بی برنج و حبوبات (در خیساندن برنج از نمک بلورین (تصفیه شده) بدون ید یا ید دار استفاده میشود.
				ن ها ، مرغ ها ، ماهای ها قبل از طبخ با آب سرد
				ی صحیح سبزیجات(در صورت استفاده از گند زدای این مواد دارای پروانه ساخت یا واردات بوده و گند زدایی مطابق بازنده انجام می گردد.)
				ام از پخته ***چربی های قابل رویت مرغ و گوشت جدا شده و دور ریخته شود.
				سته از نشسته
				اد غذایی (گوشتی ، سبزیجات ، حبوبات ، برنج و...)
				بت توزین مواد غذایی خام و پخته (جهت رعایت آنالیز غذایی)
				بداگانه برای شستشوی گوشت ، مرغ و ماهی
				ماهی در دمای ۱۸- درجه سانتی گراد ، حداکثر ۶ ماه است.)
				بسته بندی یا شانه پلاستیکی قابل شستشو در یخچال یا سد خانه بالای صفر با رطوبت ۸۵٪
				زمان استفاده مستقیم یا اضافه کردن به غذا ، برای نگهداری شسته نشوند.
				شرایط مطلوب (حداکثر چهار تا پنج هفته)
				سمومیت های غذایی تخم مرغ به طور کامل پخته شود.
				انبارها و سرد خانه ها ، بالاتر از سطح زمین و بروی پالت
				واد غذایی در یخچال
				برارت یخچال و سرد خانه دوبار در روز

				کان در آشپزخانه
				، کردن مواد غذایی فله ای (مثل ادویه جات و یا سبزیجات خشک)
				ی های سنتتیک
				و تصفیه شده با درجه خلوص ۹۹٫۲٪** عدم استفاده از سنگ نمک در آشپزخانه
				رب دار برای ادویه جات
				کن سیب زمینی / وجود دستگاه خلال کن
				خ کباب
				ن به تعداد کافی
				ن کردن برنج و دیگر دانه ها
				، خیس کردن مواد اولیه
				واع گوشت با ابعاد مناسب
				ی
				یا سه جداره استیل ضد زنگ
				استیل ضد زنگ مخصوص سرخ کردن
				، با حرارت غیر مستقیم
				مخانه دار جهت گرم نگه داشتن غذا در کانتین
				ا برای گذاشتن ظرف شسته شده
				ب دار پدالی با پایه چرخدار
				انه با رطوبت سنج
				شپزخانه بوسیله ترمومتر
				ا اطفاء حریق و اطمینان از سالم بودن آن ها
				ع جهت شستشوی دست ها(نصب بودن دستور العمل نحوه صحیح شستشوی دست ها)
				ن های اولیه
				ن مستهلک در اسرع وقت (به دلیل تاثیر گذاری بر کیفیت مواد غذایی)
				سب و بهداشتی (شامل: کلاه - روپوش - شلوار - کفش - پیشبند - دستمال عرق گیر - دستکش یکبار مصرف - ماسک- ساق دست

				مد قابل قبول ناظر خریدار پس از پایان هر مرحله از کار آشپزی
				طه بیرون و داخل آشپزخانه
				ل آشپزخانه وسلف سرویس ها
				لور صحیح
				بهداشتی هنگام انجماد زدایی مواد غذایی
				؛ زنجیره گرم و سرد در حمل و نقل مواد غذایی
				جهت ورود به سردخانه ها و سرویس های بهداشتی
				، های اولیه به همراه محتویات داخل آن و کپسول آتش نشانی توسط پیمانکار
				حترامی نیروهای کترینگ با ناظرین تغذیه
				ریخ گذشته
				ی زعفران و محصولات فله ای
				صرفی (روغن سوخته)
				ته شده و باقیمانده، جهت وعده یا روزهای بعد
				صورت لزوم ضدعفونی ظروف موجود در آشپزخانه بعد از هر بار استفاده
				ن پخته شده، نگهداری یا اخفاء گوشت پیاز زده شده، مرغ و گوشت چرخ شده به خصوص با سس، سوپ مانده و...
				هشدار دهنده به پرسنل در محیط آشپزخانه
				ر طبخ غذا و عدم استفاده از روغن مخصوص سرخ کردنی برای سرخ کردن صحیح غذا یا عدم تعویض به موقع آن به صلاحدید
				ملاقه و وارد کردن مجدد آن به ظرف غذا
				سردخانه ها و انبار
				صوصاً مواد پروتئینی در کف آشپزخانه و یا روی زمین حتی در هنگام شستشو و آماده سازی
				پوست گیری صیفی جات قبل از شستشو و نظافت و ضدعفونی
				ماری، زخم باز یا باندپیچی شده در دست

				سردخانه‌ها (با تشخیص اداره تغذیه دانشگاه)
				غیر مجاز به غذا مانند جوهر لیمو، جوش شیرین و ...
				م و پخته در کنار هم و عدم رعایت چیدمان مناسب، نگهداری مواد غذایی پخته شده بیش از ۲ ساعت در فضای آزاد
				پس از بی‌خس شدن و قبل از انجماد گوشت، عدم رعایت اصول و موازین بهداشتی هنگام انجماد زدایی مواد غذایی
				جمع کل امتیاز :



ردیف	موارد مورد ارزیابی	
	بله	خیر
۱		تجهیزات ویژه (دیفبریلاتور، داروهای اورژانسی، گیت لوله گذاری مشکل و اکسیژن قابل حمل) در دسترس هستند؟
۲		منبع اصلی AC در دسترس است و ماشین بیهوشی با منبع AC کار می کند و فعال است؟
۳		فشار در سیلندر اکسیژن کمکی که به سرعت قابل دسترس است، کافی است و یک وسیله ونتیلاسیون دستی مانند آمبویگ در دسترس و آماده به کار است؟
۴		هیچ نشستی در لوله های تامین کننده گاز بین فلومترها و خروجی مشترک گاز وجود ندارد؟
۵		کالیبره کردن یا تایید کالیبراسیون مانیتور اکسیژن و کنترل زنگ هشدار اکسیژن پایین، همچنین کالیبره کردن با تایید کالیبراسیون کاپنومتر صورت پذیرفته است؟
۶		استریل و ضدعفونی طبق توصیه شرکت سازنده انجام می شود؟
۷		سیستم میپسون کنترل شده و سالم است؟
۸		ساکشن برای پاک سازی راه های هوایی بیمار در دسترس و آماده به کار است؟
۹		مخزن هوشیر استنشاقی به اندازه کافی پر شده و اطمینان حاصل شده که ورودی های پر کننده کاملاً بسته هستند؟
۱۰		ماده جاذب دی اکسید کربن موجود و دارای عملکرد مناسب است؟
۱۱		فشار سیستم تنفسی مناسب است و نشستی ندارد؟
۱۲		مانیتورها و هشدار دهنده ها آماده به کار هستند و محدوده اعلام هشدار برای دستگاه ها به دستی مشخص شده است و صدای هشدار دهنده های صوتی به اندازه کافی بلند است؟
۱۳		گاز در طی گردش تنفسی در هر دو مرحله دم و بازدم، به درستی جریان دارد؟
۱۴		تجهیزات و لوازم معمول (راه هوایی، لارنگوسکوپ آماده به کار واجد پشتیبان، لوله تراشه های مناسب، AIRWAY، اروفارنکس مناسب، STYLET، فورسپس مگیل، لوازم جایگزین جهت مدیریت راه هوایی، (تخت اتاق عمل از نظر عملکرد صحیح) در دسترس و سالم و آماده به کار هستند و همه چیز برای شروع بیهوشی آماده است؟
۱۵		سیستم پاکسازی گاز های بیهوشی، درست کار می کند.
۱۶		ونتیلاتور و تجهیزات مربوطه به درستی کار می کند.



عناوین			ردیف
خیر	بلی	وظایف آموزشی	
		لیست اولویت های آموزشی جهت فراگیران بخش اعلام گردیده است.	۱
		ارائه کنفرانس در بخش انجام می گیرد.	۲
		راند آموزشی دستبازی و کارورزی در ساعت معین انجام می گیرد.	۳
		راند آموزشی اکسترنی در ساعت معین انجام می گیرد.	۴
		برنامه کنفرانس مشترک با سایر گروه ها برگزار می گردد.	۵
		ژورنال کلاب بصورت ماهیانه انجام می گیرد.	۶
		تقویم آموزشی بر اساس اولویت بندی های انجام شده تدوین شده است.	۷
		حداقل یک روز در هفته (به ویژه صبح ها) دستیار سال آخر عهده دار آموزش بالینی دانشجویان می باشد.	۸
		برنامه های آموزشی دارای طرح درس هستند (نحوه تکمیل و نوشتن طرح درس).	۹
		اعضا هیأت علمی بخش به طور مرتب در مورنینگ و کلاس های تئوری حضور فعال دارند.	۱۰
		برنامه های آموزشی، پژوهشی و اجرائی هریک از اعضای بخش تدوین گردیده است.	۱۱
		با دانشکده پرستاری و مامایی در راستای اجرائی برنامه های آموزشی همکاری لازم را دارند.	۱۲
		Text review در بخش انجام می گیرد.	۱۳
		برنامه CPC جهت فراگیران برگزار گردیده است.	۱۴
		اساتید حداقل ۳ روز در هفته برنامه آموزشی بالینی مخصوص دانشجویان (بدون دستیاران تخصصی و فوق تخصصی) دارند.	۱۵
		برنامه آموزش استدلال بالینی تدوین گردیده و انجام می یابد.	۱۶
		آموزش مدارک نوشتاری برای کارآموزان جدید الورود انجام می گیرد.	۱۷
		برنامه ریزی آموزشی دستیاران جدید الورود به صورت منظم انجام می گردد و ارتقاء آگاهی و عملکرد در دستیاران جدید الورود مشهود است (مصاحبه با دستیاران جدید الورود).	۱۸
		اشتراک گذاری تجارب فراگیران مورد توجه قرار گرفته است.	۱۹
		نتایج ارزیابی های داخلی در برنامه ریزی های آموزشی و ارتقا آگاهی و عملکرد فراگیران مشهود است.	۲۰
خیر	بلی	وظایف پژوهشی	ردیف
		الویت های پژوهشی در بخش تدوین شده است.	۱
		کمیته پژوهش با حضور رئیس بخش، استاد راهنما، استاد داور، کارشناس پژوهش و سایر اعضا برگزار می گردد.	۲
		هدایت امور پژوهشی و نظارت بر حسن انجام آنرا عهده دار گردد.	۳
		حداقل یک طرح تحقیقاتی در هر شش ماه تایید و در دست اقدام قرار می گیرد.	۴

		امور پژوهشی را با همکاری سایر اساتید طراحی نموده و در قالب طرح های پژوهشی به معاون پژوهشی ارائه می گردد	۵
		در انجام طرح های پژوهشی (ارائه طرح و پروپوزال پژوهشی یا ارائه مقاله) مشارکت دارند.	۶

1. Checklist of the duties of heads of clinical departments



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست توانمندی مهارت های عمومی کارکنان مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری

(به غیر از حوزه پرستاری)

CH₆₁-ECSA

نام خانوادگی:		سن:		سنوات:		عنوان شغلی:	
وضعیت استخدامی:		نام بخش/واحد:		تاریخ:			
ردیف	نوع مهارت	عبارت					
		ارزیابی اولیه			ارزیابی ثانویه		
		۰	۱	۲	۰	۱	۲
۱	مهارت های عمومی	قوانین و مقررات اداری ، حضور به موقع و فعال در ساعات مقرر و سلسله مراتب اداری را رعایت می نماید.					
۲		آراستگی ظاهری و یونیفرم توسط کارمند رعایت می شود.					
۳		با خوشرویی و احترام با ارباب رجوع برخورد می کند.					
۴		همکاری لازم و کافی را با مسئول واحد و واحدهای دیگر در راستای نیاز بیمارستان دارد.					
توضیح:		۱۰۰٪-۷۵٪ خوب		۷۵٪-۵۰٪ متوسط		کمتر از ۵۰٪ ضعیف	
۵	مهارت های ارتباطی	اسرار اداری و ارباب رجوع را حفظ می کند.					
۶		تعامل سازنده با ارباب رجوع داشته و به سوالات و درخواستهای آن ها پاسخ می دهد.					
۷		توانایی جلب اعتماد ارباب رجوع را دارد.					
۸		ارباب رجوع را از چگونگی رسیدگی به شکایات در موارد خاص مطلع می کند.					
۹		مهارت های شنیداری را دارا است (به چهره مخاطب نگاه می کند و سر خود را به عنوان تایید تکان می دهد در لبخند زدن مهارت دارد).					
۱۰		مهارت های گفتاری را دارا می باشد.					
۱۱		موقع عصبانیت مهارت کنترل خشم را دارا می باشد.					
۱۲		مهارت حل مساله در مواقع بروز مشکلات را دارد.					
۱۳		توانایی برقراری تعامل مطلوب با همکاران را دارد.					
۱۴		توانایی مدیریت و کنترل استرس را دارد.					
		جمع کل					
توضیح:		۱۰۰٪-۷۵٪ خوب		۷۵٪-۵۰٪ متوسط		کمتر از ۵۰٪ ضعیف	

* امتیاز کمتر از ۷۵٪ نیازمند اقدام اصلاحی و برگزاری دوره های آموزشی می باشد.

امضاء ارزیابی شونده:

امضاء مسئول:



نتایج ارزیابی مهارت های عمومی، ارتباطی و تخصصی کارکنان مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری
(به غیر از حوزه پرستاری)

نتیجه ارزیابی:

اقدام اصلاحی:

آقای/ خانم در مورخه در خصوص مهارت های عمومی، ارتباطی و تخصصی مورد ارزیابی قرار گرفت و صلاحیت ایشان جهت بکارگیری در بخش مورد تایید است.

رئیس امور اداری

مسئول واحد مربوطه



چک لیست مهارت های تخصصی واحد منابع انسانی مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری (به غیر از حوزه پرستاری)							
نام خانوادگی:			سن:		سنوات:		
وضعیت استخدامی:			نام بخش/واحد:		تاریخ:		
عنوان شغلی:							
ردیف	عبارت	ارزیابی اولیه			ارزیابی ثانویه		
		۰	۱	۲	۰	۱	۲
۱	فرم های پر شده استخدامی به منظور حصول اطمینان از صحت آن ها رسیدگی می نماید.						
۲	اقدامات مربوط به انجام طبقه و رتبه کارکنان، احتساب سنوات بخش خصوصی و دولتی، احتساب مدرک تحصیلی و اخذ تاییدیه آن ها از دانشگاه را به موقع انجام می دهد.						
۳	صدور به موقع احکام کارگزینی مربوط به انتقال، ترفیع، افزایش حقوق، غیبت و سایر را با اطلاع مقامات مافوق انجام می دهد.						
۴	اقدامات مربوط به نیروهای جدیدالورود و نیروهای مشمول تبدیل وضعیت ایثارگری از جمله تشکیل پرونده، ثبت در سامانه، تعریف اثر انگشت و صدور احکام شروع بکار را انجام می دهد.						
۵	اقدامات مربوط به بازنشستگی کارکنان را انجام داده و یه ماه قبل از بازنشستگی مدارک مربوطه را به دانشگاه ارسال می نماید.						
۶	قوانین و مقررات اداری و استخدامی را مطالعه نموده و تسلط کافی بر آن ها را دارد.						
۷	گزارشات لازم و مربوط به پرسنل را تهیه و بر حسب نیاز سازمان و دستور مقامات مافوق ارائه می نماید.						
۸	در جلسات و کمیسیون های مقرر شده شرکت می نماید.						
جمع کل							
توضیح: ۱۰۰٪-۷۵٪ خوب ۷۵٪-۵۰٪ متوسط کمتر از ۵۰٪ ضعیف							

* برای امتیاز کمتر از ۷۵٪ نیازمند اقدام اصلاحی و برگزاری دوره های آموزشی می باشد.

امضاء ارزیابی شونده:

امضاء مسئول:



چک لیست مهارت های تخصصی رادیولوژی مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری
(به غیر از حوزه پرستاری)

نام و نام خانوادگی: سن: سنوآت: عنوان شغلی:

وضعیت استخدامی: نام بخش/واحد: تاریخ:

ردیف	عبارت	ارزیابی اولیه			ارزیابی ثانویه		
		۰	۱	۲	۰	۱	۲
۱	کنترل سیستم های نگهداشت و مراقبت از آن ها با در نظر گرفتن کالیبراسیون دستگاه ها را انجام می دهد.						
۲	آشنایی کامل کار با تجهیزات و دستگاه های رادیولوژی و سی تی اسکن را دارد.						
۳	اصول حفاظتی و مراقبت جسمی و روانی از بیماران در زمان تصویربرداری را رعایت می نماید.						
۴	راهنمایی ها و آمادگی های لازم قبل از تصویربرداری را به بیمار ارائه می نماید.						
۵	تصویربرداری در بالاترین کیفیت زیر نظر متخصصین را انجام می دهد.						
۶	آماده نمودن بیمار برای عکس برداری از عضو را انجام می دهد.						
۷	پذیرش بیماران و نوبت دهی به آنان را با رعایت آرامش بیماران انجام می دهد.						
۸	بیماران را توأم با عطف، مهربانی به منظور حفظ امور بهداشتی، شخصی و ارائه توصیه های لازم پزشکی آموزش می دهد.						
۹	کنترل کیفی عملکرد دستگاه های رادیولوژی از لحاظ مکانیکی و همچنین از لحاظ پایداری اشعه در فواصل زمانی معین						
۱۰	مانیتورینگ بخش رادیولوژی به لحاظ حفاظت پرتوی با هماهنگی واحد مربوطه را انجام می دهد.						
۱۱	دستگاه را با توجه به مدت تشعشع لازم و سایر عوامل فنی جهت رادیوگرافی تنظیم می نماید.						
۱۲	در دوره های کارآموزی، مهارتی، آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندی های شغلی به طور فعال شرکت می نماید.						
جمع کل							
توضیح: ۱۰۰٪-۷۵٪ خوب ۷۵٪-۵۰٪ متوسط ۵۰٪- کمتر از ۵۰٪ ضعیف							

* برای امتیاز کمتر از ۷۵٪ نیازمند اقدام اصلاحی و برگزاری دوره های آموزشی می باشد.

امضاء مسئول:

امضاء ارزیابی شونده:



چک لیست مهارت های تخصصی واحد حراست مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری
(به غیر از حوزه پرستاری)

نام و نام خانوادگی:							سن:			سنوات:			عنوان شغلی:		
وضعیت استخدامی:							نام بخش/واحد:			تاریخ:					
ردیف	عبارت						ارزیابی اولیه			ارزیابی ثانویه					
	۰	۱	۲	۰	۱	۲	۰	۱	۲						
۱	همکاری و هماهنگی در تجهیز، نصب و بهره برداری از وسایل فنی، ارتباطی و حفاظتی را دارد.														
۲	برنامه ریزی و انجام اقدامات لازم به منظور رصد مستمر وضعیت امنیتی و حفاظتی را انجام می دهد.														
۳	نظارت و سرکشی کلیه بخش ها و مراقبت از اموال و دارایی ها انجام می شود.														
۴	حفظ و حراست از ساختمان ها و انبیه طبق دستورات صادره انجام می گیرد.														
۵	گزارش فوری اتفاقات و حوادث ناگهانی از جمله آتش سوزی، سرقت، خرابی به ماموران انتظامی و مسئولان امر و انجام اقدامات نهایی انجام می گیرد.														
۶	اتخاذ تمهیدات به منظور جلوگیری از بروز آتش سوزی سوزی، خرابی، سرقت و سایر حوادث غیر مترقبه در ساختمان و اموال و کالا و تجهیزات تحت کنترل انجام می گیرد.														
۷	سرپرستی، کنترل و راهنمایی نگهبانان تحت کنترل را انجام می دهد.														
۸	ارتباط موثر با واحدهای سازمانی مربوطه و سایر نهادهای امنیتی و انتظامی را انجام می دهد.														
۹	ارائه گزارش از وقایع و واحدهای نابهنجار به مقامات مافوق را ارائه می دهد.														
۱۰	به کارگیری مناسب ترین شیوه های حفاظت الکترونیکی را انجام می دهد.														
جمع کل															
توضیح: ۱۰۰٪-۷۵٪ خوب ۷۵٪-۵۰٪ متوسط کمتر از ۵۰٪ ضعیف															

* برای امتیاز کمتر از ۷۵٪ نیازمند اقدام اصلاحی و برگزاری دوره های آموزشی می باشد.

امضاء مسئول:

امضاء ارزیابی شونده:



چک لیست توانمندی مهارت های تخصصی واحد تغذیه مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری
(به غیر از حوزه پرستاری)

نام و نام خانوادگی: سن: سنوآت: عنوان شغلی:

وضعیت استخدامی: نام بخش/واحد: تاریخ:

ردیف	عبارت	ارزیابی اولیه			ارزیابی ثانویه		
		۰	۱	۲	۰	۱	۲
۱	بین تیم درمان با واحد تغذیه بالینی جهت استقرار ضوابط مربوط به مشاوره تغذیه بیماران تعامل ایجاد می کند.						
۲	نظرات مشورتی و انجام مشاوره در امور تغذیه و رژیم درمانی برای بیماران ارائه می نماید.						
۳	تهیه برنامه های غذایی هفتگی و ماهانه و فصلی برای بیماران و کارکنان بیمارستان انجام می دهد.						
۴	بر تهیه، نگهداری، ثبت و توزیع و مصرف غذا با توجه به اصول بهداشتی و رژیم های غذایی با در نظر گرفتن شرایط تغذیه ای نظارت انجام می دهد.						
۵	اجرا و نظارت مستمر بر تهیه و استفاده صحیح از فرمول های تجاری بیماران را دارد.						
۵	در زمینه پیشگیری . کنترل سوء تغذیه کودکان همکاری و مشارکت می نماید.						
۶	ارزیابی، تحلیل و گزارش صرفه اقتصادی هزینه های خدمات غذایی را انجام می دهد.						
۷	ارزیابی های تخصصی تغذیه ای بیماران بستری در بخش های ویژه بصورت روزانه را انجام می دهد.						
جمع کل							
توضیح: ۱۰۰-٪۷۵ خوب ۷۵-٪۵۰ متوسط ۵۰-٪ کمتر از ۵۰٪ ضعیف							

* برای امتیاز کمتر از ۷۵٪ نیازمند اقدام اصلاحی و برگزاری دوره های آموزشی می باشد.

امضاء ارزیابی شونده:

امضاء مسئول:



چک لیست توانمندی مهارت های تخصصی آزمایشگاه مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری
(به غیر از حوزه پرستاری)

نام و نام خانوادگی: سن: سنوآت: عنوان شغلی:

وضعیت استخدامی: نام بخش / واحد: تاریخ:

ردیف	عبارت	ارزیابی اولیه			ارزیابی ثانویه		
		۰	۱	۲	۰	۱	۲
۱	قوانین و مقررات، ضوابط، آیین نامه ها، دستورلعمل ها و استانداردهای ابلاغی را رعایت می نماید.						
۲	کلیه مراحل آزمایش را از اول تا آخر به نحو احسن انجام می دهد.						
۳	در رسیدگی به تخلفات و شکایات در حوزه خدمات آزمایشگاهی مشارکت می نماید.						
۴	الزامات مرتبط با انتقال امن و ایمن نمونه ها را رعایت می نماید.						
۵	خطاها و موارد عدم انطباق و برنامه ریزی جهت اقدامات اصلاحی شناسایی و اقدام می نماید.						
۶	چرخه کاری را رعایت نموده، آزمایشات اورژانس را در زمان تعیین شده جوابدهی می نماید.						
۷	نتایج آزمایشات بحرانی را طبق دستورالعمل در اولین زمان ممکن اطلاع می دهد.						
۸	تمام کارهای مربوط به شیفت را به طور کامل انجام و به پرسنل شیفت بعدی تحویل می دهد.						
جمع کل							
توضیح: ۱۰۰٪-۷۵٪ خوب ۷۵٪-۵۰٪ متوسط ۵۰٪- کمتر از ۵۰٪ ضعیف							

* برای امتیاز کمتر از ۷۵٪ نیازمند اقدام اصلاحی و برگزاری دوره های آموزشی می باشد.

امضاء ارزیابی شونده:

امضاء مسئول:



چک لیست مهارت های تخصصی واحد مالی مرکز آموزشی و درمانی شهید مطهری
(به غیر از حوزه پرستاری)

نام و نام خانوادگی: سن: سنوات: عنوان شغلی:

وضعیت استخدامی: نام بخش/واحد: تاریخ:

ردیف	عبارت	ارزیابی اولیه			ارزیابی ثانویه		
		۰	۱	۲	۰	۱	۲
۱	در جهت تحقق خط مشی و اهداف تعیین شده با تکیه بر قوانین و مقررات مالی و اسناد بالا دستی انجام تلاش می نماید						
۲	نظارت بر ثبت حساب ها و نگهداری دفاتر قانونی و اسناد بر اساس آیین نامه تحریر دفاتر به منظور اطمینان از ثبت دقیق و به موقع رویدادهای مالی را انجام میدهد.						
۳	به پیش پرداخت ها و علی الحساب ها و اسناد و مدارک مربوط از نظر رعایت و اجرای قوانین و مقررات مالی رسیدگی می نماید.						
۴	رسیدگی به تنخواه گردان و اسناد هزینه های مربوط به آن را انجام می دهد.						
۵	امور مربوط به تشخیص و تعیین سرفصل حساب، تهیه تراز عملیات، تهیه و تنظیم حساب ماهانه در موعد مقرر را انجام و امضاء می نماید.						
۶	تهیه و تنظیم پیش نویس دستورات و فرم های محاسباتی، گزارش های لازم و بودجه تفصیلی را انجام می دهد.						
۷	پرداخت حقوق و مزایای کارکنان، اضافه کاری، کارانه و سایر هزینه های مرکز را انجام می دهد.						
۸	جمع آوری و نگهداری کلیه اسناد و مدارک مالی اعم از آیین نامه ها، قراردادها و دستورالعمل های مربوط به شاغلین و بازنشستگان را انجام می دهد.						
۹	قوانین بودجه و سایر قوانین و مقررات مالی و اظهارنظر در مورد نحوه اجرای آن را مطالعه و تسلط کافی بر آن را دارد.						
۱۰	در جلسات و کمیسیون های مقرر شده شرکت می نماید.						
جمع کل							
توضیح: ۱۰۰٪-۷۵٪ خوب ۷۵٪-۵۰٪ متوسط ۵۰٪- کمتر از ۵۰٪ ضعیف							

* برای امتیاز کمتر از ۷۵٪ نیازمند اقدام اصلاحی و برگزاری دوره های آموزشی می باشد.

امضاء مسئول:

امضاء ارزیابی شونده:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست روزانه کنترل آشپزخانه

شماره: _____ شیفت: _____ برنامه غذایی: _____ میان وعده: _____ تاریخ: _____

توضیحات/ اقدامات اصلاحی	ضعیف	متوسط	خوب	چک لیست کنترلی	توضیحات/ اقدامات اصلاحی	ضعیف	متوسط	خوب	چک لیست کنترلی
				17 نظافت یخچال ها و سردخانه					1 کیفیت مواد غذایی اولیه
				18 جداسازی مواد خام و پخته در یخچال ها و سردخانه					2 کیفیت پرس غذاهای تهیه شده (مزه غذا)
				19 کنترل مداوم دمای یخچال ها و سردخانه					3 کمیت پرس غذای تهیه شده
				20 توزیع به موقع آب جوش برای بخش های بستری					4 کیفیت و کمیت و برجسب گذاری وعده های غذای رژیمی
				21 وجود پرسنل شاغل با تجربه یا توجه به حجم کار در آشپزخانه					5 دما و زمان سرو غذا
				22 استفاده از لباس کار مناسب (دستکش یکبارمصرف و کلاه، روپوش، ماسک، شاقه دست و کفش مناسب)					6 تهیه سالاد و سبزیجات بیماران دیابتی
				23 رعایت موازین بهداشت فردی توسط پرسنل آشپزخانه					7 طبع و تهیه غذا براساس آمار بیماران و پرسنل و عدم اتمام غذا زودتر از موعد
				24 جلوگیری از ورود افراد متفرقه به محیط آشپزخانه					8 رعایت برنامه غذایی روزانه
				25 وجود سطل های زباله مناسب و درب دار به تعداد کافی					9 آماده سازی گارنیز مطبوع دستور کارشناس تغذیه و برجسب گذاری آن
				26 عدم استعمال دخانیات					10 رعایت برنامه غذایی میان وعده بیماران بستری در بخش
				27 تامین تجهیزات و وسایل مورد نیاز و تعمیر به موقع دستگاههای خراب و از کار افتاده					11 رعایت طریقه صحیح پخت غذایی توسط دستورات کارشناس تغذیه
				28 وجود مواد شوینده و ضدعفونی کننده و پاک کننده مورد تایید					12 عدم استفاده از غذای مانده و روغن جامد
				29 نظافت و تست و شوی تجهیزات و لوازم و فضای داخلی و سطوح آشپزخانه					13 تستشوی مواد اولیه غذا پیش از پخت
				30 حضور بیمارانکار یا نماینده بیمارانکار در بیمارستان					14 استفاده از ظروف یکبارمصرف تایید شده
									15 جداسازی تخته های گوشت و سبزیجات
									16 بسته بندی پرس غذا با رعایت اصول بهداشتی و تغذیه



ردیف	گویه	عالی (۵)	خیلی خوب (۴)	خوب (۳)	متوسط (۲)	ضعیف (۱)	امضا و نام فرد تایید کننده
۱	تأمین کارکنان رزرو جهت جایگزینی کارکنانی که در مرخصی استحقاقی یا استعلاجی هستند (بند ۲-۱۵)						
۲	ارائه لیست تمام پرداختی ها از بابت حقوق به کارکنان شرکت بطور دقیق و کامل (بند ۱۲ - ب - تبصره ۴)						
۳	پرداخت بیمه ماهیانه در پایان ماه و ارائه ی تصویر لیست پرداختی تأیید شده سازمان تأمین اجتماعی همراه لیست ماه قبل کارکنان (بند ۴-۱۵)						
۴	نظارت بر نحوه کار و وضع ظاهری عوامل و تامین کلیه خدمات رفاهی کارکنان (بند ۵-۱۵)						
۵	بکارگیری نیروی انسانی واجد شرایط، و تامین امکانات و تجهیزات به میزان کافی جهت انجام خدمات موضوع قرارداد و معرفی کتبی اسامی کارگران و نیروهای جایگزین و مسؤولیت کاری هر فرد قبل از شروع قرارداد به کارفرما (بند ۶-۱۵)						
۶	کسب تایید کارفرما نسبت به خدمات موضوع قرارداد را طبق برنامه زمان بندی هر ماه (بند ۷-۱۵)						
۷	تعهد پیمانکار نسبت به کلیه تعهدات پرسنلی مربوط به قانون کار (۸-۱۵)						
۸	عدم واگذاری موضوع قرارداد را به هیچ عنوان و تحت هیچ شرایط به اشخاص دیگر کلاً یا جزئاً (بند ۱۱-۱۵)						
۹	اعلام کتبی هرگونه تغییر در وضعیت شرکت طرف قرارداد (تغییر محل قانونی شخص - شماره تلفن - مهر و امضاء مجاز و ظرف مدت ۵ روز (۱۲-۱۵)						
۱۰	عدم پیشنهاد یا ارائه ی رشوه به کارفرما (بر اساس آئین نامه پیشگیری و مبارزه با رشوه در دستگاههای اجرایی) (بند ۱۳-۱۵)						
۱۱	ارائه ی آموزش های تخصصی و حرفه ای لازم به کارکنان خود با توجه به نوع خدمت (جهت واگذاری کار) (بند ۱۴-۱۵)						
۱۲	ارائه ی ضمانت حسن رفتار و اخلاق کارکنان و کیفیت انجام کارآنان (بند ۱۵-۱۵)						
۱۳	تعهد نسبت به رعایت حفظ اسرار و نکات ایمنی نظام های جاری دستگاه (بند ۱۶-۱۵)						
۱۵	تفہیم کلیه عوامل بکارگرفته شده نسبت به عدم رابطه استخدامی با کارفرما (بند ۱۸-۱۵)						
۱۵	بکارگیری مستخدمین با سلامت جسمی و روانی کامل و بدون سوء سابقه و دارای کارت معافیت دائم ویا کارت پایان خدمت نظام و ضمناً رعایت کلیه مقررات حفاظتی قانون کار (بند ۱۹-۱۵)						
۱۶	حفاظت از امکاناتی که بطور امانی از طرف کارفرما در اختیار شرکت قرار گرفته و ارایه ی آن در پایان ه ماه بطور صحیح و سالم (بند ۲۰-۱۵)						
۱۷	پرداخت بر اساس طرح هم آهنگ طبقه بندی مشاغل وزارت کار حقوق و دستمزد و سایر مزایا (بصورت منظم مطابق قانون کار در هر ماه) (بند ۲۲-۱۶)						

						تکریم ارباب رجوع و رعایت کامل انضباط و ای خارج از شرح وظایف خود (بند ۲۳-۱۵)
						بسیار از اماکن موضوع قرارداد به خارج و ه کارفرما (بند ۲۴-۱۵)
						به تغییر عوامل پیمانکار در محل موضوع
						بیت اخلاقی، اجتماعی، سیاسی، کاری و ... ینش دانشگاه و سایر ارگانهای ذیصلاح مردود
						طبق برنامه معین شده توسط کارفرما جهت زمان فراخوان کارفرما (بند ۲۸-۱۵)
						به شرایط احراز صلاحیت پیمانکاری، کار، عهده پیمانکار (۱۵-۳۱)
						قانونی جدید در خصوص نحوه ادامه قرارداد اکر دولتی یا هرگونه تعدیل، کاهش یا فسخ و
						ت به رعایت مقررات حفاظتی و ایمنی و داری و مقررات مربوط به جلوگیری از بروز ان و پوشش بیمه حوادث کارکنان و جبران عدم رعایت مفاد فوق به کارفرما و اشخاص
						صورت ماهانه جهت ارائه به سازمان تأمین مالی واحد مربوطه همزمان در سایت فوق http://karkonan.behd بارگذاری (بند
						ور حکم کارگری بر اساس قانون کار به (۱۵-۱)

ضعیف: ۳۰-۵۴ متوسط:

۷۸-۵۴ خوب: ۱۰۲-۷۸

خیلی خوب: ۱۲۶-۱۰۲

عالی: ۱۵۰-۱۲۶

شرکت خدماتی

با

توجه به مجموع امتیازات کسب شده

عملکرد شما از تاریخ شروع قرارداد

..... تا پایان آن

.....

.....

ارزیابی گردید.

مجموع امتیازات کسب شده

.....

دکتر.....

ریاست مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

چک لیست نظارت بر عملکرد رانندگان استیجاری

تاریخ:

CH₇₀-ONPRD

نوع خودرو:

ردیف	عنوان	بلی	خیر	توضیحات
۱	معرفی نماینده جهت کنترل امورات			
۲	ارائه پرداختی لیست بیمه همراه تایید توسط ناظر			
۳	ارائه لیست پرداختی حقوق تایید توسط ناظر			
۴	معرفی راننده جایگزین برای مواقع اضطراری			

			دارا بودن سابقه ۵ سال مجوز اخذ گواهینامه و سن ۲۳	۵
			حضور به موقع در محل کار (همراه داشتن کلیه مدارک خودرو بیمه معاینه...)	۶
			پر بودن باک خودرو اعم از (گاز - بنزین)	۷
			نصب بودن تابلو بر سقف خودرو در اختیار	۸
			کنترل خودرو از نظر فنی در حد مطلوب (لاستیک ها-بخاری-کولر-برف پاک کن)	۹
			کنترل خودرو از نظر وضعیت ظاهری (موتور-بدنه-نظافت داخل خودرو)	۱۰
			رعایت شئونات اسلامی و اداری محیط کار	۱۱
			عدم مداخله در امور دیگران	۱۲
			رعایت کامل مقررات راهنمایی رانندگی	۱۳
			برخورد مناسب با سرنشینان خودرو	۱۴
			ممانعت از سوار نمودن افراد متفرقه بدون هماهنگی با اداره نقلیه	۱۵
			کنترل وسایل و لوازم و متعلقات و کلیه قسمت های خودرو قبل و بعد حرکت	۱۶
			نظریه کلی بازدید کننده:	

مسئول اداره نقلیه:

نام نام خانوادگی راننده:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست نظارت بر عملکرد پیمانکار پسماند های عفونی، غیر عفونی و شیمیایی و دارویی

CH₇₁-MPWC

ردیف	تعهدات - شرح موارد	بله	خیر
۱	پیمانکار مکلف به راه اندازی و بهره برداری کلیه تجهیزات مربوط به دستگاه بی خطر سازی می باشد.		
۲	انجام بازرسی فنی و آزمایش هیدرواستاتیک از دیگ های بخار و ظروف تحت فشار بصورت سالیانه انجام می گیرد.		
۳	کنترل کیفی و کالیبراسیون دستگاه های بی خطر سازی توسط شرکت های معتبر مورد تایید انجام می گیرد.		
۴	نظافت روزانه جایگاه زباله بعهدہ پیمانکار بوده و انجام می گیرد.		
	کلیه کارکنان بایستی مقررات ایمنی، بهداشتی و انضباط اداری را رعایت کرده و پیمانکار متعهد می باشد.		
۵	پیمانکار متعهد است زباله های بیمارستانی را پس از بی خطر سازی به صورت دست نخورده و بدون هیچ گونه تغییر در آن به محل دفن شهرداری تحویل دهد.		
۶	نحوه جمع آوری زباله باید به گونه ای باشد که پس از برداشت اثری از آن به جا نماند.		
۷	ویژگی های خودرو حمل پسماند بابد دارای ویژگی هایی از جمله کاملا سرپوشیده، نفوذناپذیر و نشست ناپذیر و در قسمت عقب نماد بین المللی نوع پسماند باشد.		
۸	جابه جایی و حمل و نقل پماند های تفکیک شده پزشکی ویژه با پسماند عادی ممنوع می باشد.		
۹	عقد قرارداد با آزمایشگاه معتمد محیط زیست و اراده نتایج ماهیانه جهت صدور اظهارنامه بی خطر سازی از سوی پیمانکار الزامی می باشد.		
۱۰	دستگاه بی خطر سازی بایستی مجهز به تجهیزات ثبت کامپیوتری یا گرافیک باشد.		
۱۱	تهیه ویال و همچنین ویال گذاری دستگاه بی خطر سازی بر عهده پیمانکار بوده و نتایج به کارشناس ناظر مرکز ارئه می گردد.		
۱۲	جمع آوری و انتقال پسماند های شیمیایی و دارویی بصورت ماهیانه و براساس توزین در همان ماه و با درخواستی کتبی پیمانکار و تایید کارشناس ناظر قرارداد صورت می گیرد		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست نظارت بر عملکرد پیمانکار رختشویخانه

CH₇₂-MPLC

ردیف	تعهدات - شرح موارد	بله	خیر
۱	پیمانکار متعهد می گردد آموزش های تخصصی و حرفه ای را به کارکنان انجام دهد.		
۲	پیمانکار متعهد به شستن، خشک کردن و اطو کردن البسه تحویلی از بخش ها و در اسرع وقت تحویل بموقع آن ها به بخش می باشد.		
۳	پیمانکار مکلف به رعایت مقررات ایمنی و آئین نامه های فنی کار می باشد.		
۴	تهیه کلیه ادوات رختشویخانه اعم از حداقل دو دستگاه عفونی شوئی، حداقل دو دستگاه آبگیر و حداقل یک دستگاه اتوی پرسی می باشد.		
۵	تامین کلیه مواد شوینده و سفید کننده و سایر مواد مصرفی بر عهده پیمانکار می باشد.		
۶	کلیه کسورات قانونی اعم از بیمه و مالیات و غیره بر عهده پیمانکار می باشد.		
۷	پیمانکار به هیچ عنوان حق واگذاری مورد قرارداد را به اشخاص حقیق و حقوقی دیگری را نخواهد داشت.		
۸	شستشوی جداگانه البسه سفید با البسه رنگی و اتاق عمل		
۹	جلوگیری از تداخل البسه تمیز با البسه کثیف و عفونی با غیر عفونی		
۱۰	تهیه امکانات مربوط به بهداشت دست و سیفتی باکس جهت استفاده کارکنان بر عهده پیمانکار می باشد.		
۱۱	ثبت آمار ورود و خروج لنز به تفکیک هر بخش انجام گردد.		
۱۲	تاسیسات و تجهیزات از نظر بهداشتی مناسب باشد		
۱۳	نگهداری فضا و مکان محل رختشویخانه و رعایت موارد ایمنی از نظر آب، برق و گاز بر عهده پیمانکار می باشد.		



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
چک لیست رضایتمندی واحد فنی از پیمانکار

CH₇₃-STUC

ردیف	عنوان سوال	۱	۲	۳	۴	۵
------	------------	---	---	---	---	---

					تحويل لیست برنامه ماهیانه پرسنل در موعد مقرر	۱
					ارائه گواهی های مربوطه طبق قرارداد	۲
					میزان رضایت از تخصص افراد	۳
					تکمیل و تحويل چک لیست ها توسط پرسنل تأسیسات به دفتر فنی	۴
					استفاده پیمانکار از افراد آموزش دیده و دارای مدرک فنی	۶
					اتخاذ تدابیر لازم قبل از شروع فصل سرما و گرما	۶
					آیا پیمانکار اقدامی در جهت آموزش پرسنل انجام داده است	۷
					استفاده پرسنل پیمانکار از تجهیزات ایمنی و حفاظت فردی استاندارد	۸
					برخورد پرسنل پیمانکار با کادر بیمارستان و بیماران	۹
					نظافت محیط کارگاه	۱۰
					مدیریت و تلاش لازم از جانب پیمانکار در راستای رعایت صرفه جویی	۱۱
					عمل به تعهدات موجود در قرارداد از جانب پیمانکار	۱۲
					تعمیر و اصلاح دستگاه یا تجهیزات اضطراری در همان روز	۱۳
					استفاده از ابزار آلات کارگاهی مناسب و استاندارد	۱۴
					بازدید دوره ای و تسلط افراد شاغل در بیمارستان به محیط	۱۵
					میزان رضایت کلی از همکاری با بیمارستان	۱۶

چک لیست نظارتی مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه

چک لیست نظارتی مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات دانشگاه

نام مرکز/ واحد/ بیمارستان :

تاریخ مراجعه :

نام مسئول / مدیریت :

ردیف	شرح نظارت	ملاحظات
۱	<p>وضعیت سرور:</p> <p>الف - نوع سرور :</p> <p>ب- سرور Backup Online</p> <p>ج- Update آنتی ویروس</p> <p>د - Update سیستم عامل</p> <p>ه- مشخصات : پرند :</p> <p>Server IP :</p> <p>انجام می شود <input type="checkbox"/> انجام نمی شود <input type="checkbox"/></p> <p>انجام می شود <input type="checkbox"/> انجام نمی شود <input type="checkbox"/></p> <p>انجام می شود <input type="checkbox"/> انجام نمی شود <input type="checkbox"/></p> <p>CPU: RAM: Hard:</p>	
۲	<p>Backup گیری اطلاعات :</p> <p>الف - بر روی سرور</p> <p>ب- بر روی کیس اختصاصی</p> <p>ج - بر روی هارد اکسترنال</p> <p>د-</p> <p>انجام می شود <input type="checkbox"/> انجام نمی شود <input type="checkbox"/></p> <p>انجام می شود <input type="checkbox"/> انجام نمی شود <input type="checkbox"/></p> <p>انجام می شود <input type="checkbox"/> انجام نمی شود <input type="checkbox"/></p>	
۳	<p>وضعیت اتاق سرور :</p> <p>الف- سیستم خنک کننده</p> <p>ب- تابلو برق</p> <p>ج- UPS</p> <p>د - قدرتی اتاق سرور</p> <p>حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p> <p>حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p> <p>حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p> <p>حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p>	
۴	<p>وضعیت شبکه :</p> <p>الف - آرایش رک اصلی</p> <p>ب- آرایش رکهای جانبی</p> <p>ج- سندات شبکه (نقشه و شماره گذاری نود)</p> <p>د - تجهیزات شبکه</p> <p>حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p> <p>حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p> <p>حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p> <p>حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p>	
۵	<p>وضعیت تجهیزات رایانه ای :</p> <p>الف - تعداد مناسب با نیاز :</p> <p>ب- کمبود تجهیزات :</p> <p>کمبود <input type="checkbox"/> اضافه <input type="checkbox"/></p> <p>وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>نیاز به بررسی <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/></p>	
۶	<p>وضعیت انوماسیون اداری :</p> <p>الف - کارتابل جهت کلیه پرسنل:</p> <p>ب - دسترسی به انوماسیون جهت کلیه واحدها :</p> <p>ج- آموزش انوماسیون :</p> <p>ه- فرآیندهای مورد استفاده :</p> <p>مأموریت <input type="checkbox"/> تامین اجبار <input type="checkbox"/> درخواست از انبار <input type="checkbox"/> مراجعه روزانه <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> گزارش باردید <input type="checkbox"/></p> <p>وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>حضور نیاز است <input type="checkbox"/> انجام شده است <input type="checkbox"/></p>	
۷	<p>وضعیت نرم افزار HIS :</p>	

	<p>الف- سرور پشتیبان HIS موجود است . ب- شبکه PACS / HIS مجزای باشد . ج- آموزش HIS :</p> <p>وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> مورد نیاز است <input type="checkbox"/> انجام شده است <input type="checkbox"/></p>
8	<p>وضعیت بستر ارتباطی و داخلی مرکز/ واحد : الف - بستر مرکز/ واحد با ستاد : فیبر <input type="checkbox"/> ADSL <input type="checkbox"/> در دست اقدام <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ب- بستر اینترنت : وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/> در دست اقدام <input type="checkbox"/> نیاز به ارتقاء <input type="checkbox"/> ج- بستر اینترنت : وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/> در دست اقدام <input type="checkbox"/> نیاز به ارتقاء <input type="checkbox"/> د- Accounting اینترنت وجود دارد <input type="checkbox"/> وجود ندارد <input type="checkbox"/> ه- IP Router : و- پهنای باند اینترنت / اینترنت : Mbps / Mbps</p>
9	<p>موجودی سخت افزارها (در آبان) : الف- قابل استفاده : جدید <input type="checkbox"/> و دست دوم <input type="checkbox"/> و از کار افتاده(قدیمی) <input type="checkbox"/> ب- چاپگر : <input type="checkbox"/> تعداد ج- اسکنر : <input type="checkbox"/> تعداد د - رایانه : <input type="checkbox"/> تعداد</p> <p>دست دوم <input type="checkbox"/> و از کار افتاده(قدیمی) <input type="checkbox"/> UPS <input type="checkbox"/> تعداد مانیتر <input type="checkbox"/> تعداد AllInOne <input type="checkbox"/> تعداد</p>
10	<p>وضعیت UPS : الف- توان UPS : ب- تعداد باتری : ج- وضعیت : دلیل غیر فعال بودن : ولتاژ : آمپر ساعت :</p> <p>فعال <input type="checkbox"/> غیر فعال <input type="checkbox"/> در دست رفع مشکل <input type="checkbox"/> خرابی باتری <input type="checkbox"/> خرابی UPS <input type="checkbox"/> مشکلات مالی <input type="checkbox"/></p>
11	<p>وضعیت شبکه : الف- تعداد شبکه موجود : نام شبکه : نام شبکه : نام شبکه :</p>
12	<p>وضعیت سخت افزار و نرم افزار ترند : الف- تعداد ساعت تایمکس : ب- مدل و تعداد جبهه ای : ج- مدل و تعداد انگشتی : د- باتری دستگاهها : ه- مانوریت و مرخصی ساعتی :</p> <p>IP ساعت : / IP ساعت : / فعال <input type="checkbox"/> غیر فعال <input type="checkbox"/> در دست رفع مشکل <input type="checkbox"/></p>
13	<p>وضعیت آنتی ویروس : الف- نام آنتی ویروس : ب- نسخه آنتی ویروس :</p> <p>قابل Update <input type="checkbox"/> خیر قابل Update <input type="checkbox"/> Update اینترنتی <input type="checkbox"/> Update اینترنتی <input type="checkbox"/></p>
14	<p>وضعیت نرم افزارهای کاربردی مورد نیاز : حالی <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/></p>

چک لیست تحویل و استقرار خدمت در بیمارستان



چکلیست تحویل و استقرار خدمت در بیمارستان

نام بیمارستان:	دانشگاه علوم پزشکی:
HIS مورد استفاده:	تاریخ و زمان بررسی:

ردیف	بله	خیر	فصلیت	توضیحات
۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رئیس بیمارستان اطلاع کافی در خصوص سرویس استحقاقی سنجی دارد	
۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مدیر بیمارستان اطلاع کافی در خصوص سرویس استحقاقی سنجی دارد	
۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	با مدیر IT بیمارستان هماهنگی های لازم صورت گرفته است	
۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نرم افزار HIS قابلیت دریافت سرویس را دارد	
۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نرم افزار HIS به سرویس متصل شده است	
۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کارشناس پذیرش آموزش دیده اند	
۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مسئولین پذیرش برای استفاده از سرویس token دریافت کرده اند	
۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تست سرویس استلام بیمه شدگی در سامانه HIS انجام شده است	
۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تست همپوشانی بیمه در سامانه HIS انجام شده است	
۱۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تست سرویس دریافت HID در سامانه HIS انجام شده است	
۱۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شناسه جایگزین در HIS تولید می شود	
۱۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بارکد HID در برگه هایی که توسط سامانه HIS تولید می شوند، در گوشه سمت چپ بالای برگه ها درج می شود	
۱۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کارشناس پذیرش می تواند وضعیت HID را استلام نماید	
۱۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کارشناس پذیرش می تواند کد HID را باطل نماید	
۱۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کارشناسان ترخیص آموزش دیده است	
۱۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کارشناس ترخیص می تواند کد HID را استلام نماید	
۱۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پس از تولید کد HID برای بیمار پیامک ارسال می شود	
۱۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ناظر بیمارستانی به اینترنت دسترسی دارد	
۱۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ناظر بیمارستانی آموزش دیده است	
۲۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ناظر دارای ابزار الکترونیکی (موبایل یا تبلت) برای نصب برنامه است	
۲۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نرم افزار ناظر بیمارستانی بر روی گوشی نصب شده است	
۲۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نام کاربری و گذرواژه اپلیکیشن به ناظر بیمارستانی تحویل داده شد	
۲۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	درستی عملکرد اپلیکیشن ناظر چک شده است	
۲۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اقدامات لازم برای اصلاح پیشخوان پذیرش بیمارستان انجام شده است	
۲۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سازوکار لازم برای اطلاع رسانی به مراجعه کنندگان و کارکنان پیش بینی شده است	



چکلیست تحویل و استقرار خدمت در بیمارستان

نام و نام خانوادگی رئیس بیمارستان	اطلاعات تماس	امضا
نام و نام خانوادگی مسئول آمار و اطلاعات معاونت درمان دانشگاه	اطلاعات تماس	امضا
نام و نام خانوادگی مسئول فناوری اطلاعات دانشگاه	اطلاعات تماس	امضا
نام و نام خانوادگی مدیر فناوری اطلاعات بیمارستان	اطلاعات تماس	امضا
نام و نام خانوادگی ناظر بیمارستان	اطلاعات تماس	امضا

پرسشنامه‌ها



پرسشنامه پایش فرهنگ ایمنی بیمار
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

Qu.1-PCSC

تعاریف اولیه:

- یک "حادثه" به هر نوع اشتباه، خطا یا پیشامد، واقعه یا انحراف گفته می‌شود. بدون در نظر گرفتن این که آیا منجر به آسیب برای بیمار شده باشد یا خیر.
- "ایمنی بیمار" به اجتناب و جلوگیری از آسیب به بیمار یا حوادث ناشی از فرآیندهای ارائه مراقبت گفته می‌شود.

پست شغلی بهداشتی درمانی اداری مالی فناوری اطلاعات آموزشی فرهنگی خدمات امور اجتماعی فنی مهندسی هیئت علمی

جنسیت: زن مرد وضعیت تأهل: مجرد متأهل سن: سال

میزان تحصیلات: معمولاً چند ساعت در ماه کار می‌کنید؟ ساعت

سابقه کار شما در این بیمارستان: ... مدت اشتغال شما در واحد فعلی: سال مدت اشتغال شما در تخصص یا حرفه فعلی: سال

پست سازمانی شما در بیمارستان: آیا در پست سازمانی‌تان معمولاً به صورت مستقیم با بیماران در تماس هستید؟ بله خیر

محل کار اصلی شما در بیمارستان واحد/ بخش:

لطفاً توافق و یا عدم توافق خود را با جملات زیر در مورد واحدها نشان دهید.

درک همه جانبه از ایمنی

مخالف	هیچکدام	موافق	موارد بررسی
			۱ کارکنان در این واحد از یکدیگر حمایت می‌کنند.
			۲ با توجه به حجم کار موجود، تعداد کارکنان برای انجام کار کافی است.
			۳ زمانی که حجم کار زیاد می‌شود همگی به صورت یک تیم تلاش می‌کنیم کار را به اتمام برسانیم.
			۴ در این واحد کارکنان با احترام با یکدیگر رفتار می‌کنند.
			۵ زیاد بودن ساعت کاری کارکنان بر کیفیت ارائه مراقبت مناسب به بیماران تأثیر می‌گذارد.
			۶ ما تمام تلاش خود را برای ارتقای ایمنی بیمار انجام می‌دهیم.
			۷ زیاد بودن تعداد کارکنان موقتی (نیروهای اضافه‌کار، از سایر مراکز یا واحدها) تأثیر نامطلوبی بر روی ارائه مراقبت به بیماران می‌گذارد.
			۸ کارکنان تصور می‌کنند وقتی خطایی مرتکب شوند از آن بر علیه ایشان استفاده می‌گردد.
			۹ در این واحد با تجربه به دست آمده از خطاهای صورت گرفته، تغییرات مثبتی ایجاد می‌شود.
			۱۰ در این واحد فقط شانس است که خطای جدی و قابل ملاحظه‌ای اتفاق نمی‌افتد.
			۱۱ ما در این بخش با مشکلات ایمنی مواجه هستیم.
			۱۲ در این بخش همواره در انجام کارها اولویت با ایمنی بیمار است.
			۱۳ پس از اجرای اقدامات اصلاحی جهت ارتقای ایمنی بیمار، موارد خطا کاهش یافته است.
			۱۴ ما همیشه مجبوریم حجم زیادی از کار را با سرعت زیاد انجام دهیم.
			۱۵ سیستم‌ها، فرآیندها و روش‌های اجرایی ما برای پیشگیری از وقوع خطاها خوب و کارآمد است.
			۱۶ ما در "حالت بحرانی" کار می‌کنیم و سعی می‌کنیم کار بیشتری را با سرعت بالا و در زمان کمتر انجام دهیم.
مخالف	هیچکدام	موافق	مسئول واحد/ بخش شما
			۱۷ مسئول واحد/بخش من هنگامی که بداند فردی اقدامی را مطابق با روش‌های ایمنی بیمار انجام داده است از او قدردانی می‌کند.

۱۸	مسئول واحد/بخش من به پیشنهادهای کارکنان برای بهبود ایمنی بیمار به دقت توجه می‌کند.						
۱۹	مسئول واحد/بخش من هنگامی که فشار کاری سازمان زیاد باشد از ما می‌خواهد که کار را سریع انجام دهیم حتی اگر میانبر زده و قسمتی از کار را انجام ندهیم.						
۲۰	به نظر می‌رسد مسئول واحد/بخش من به ایمنی بیمار بعد از وقوع حوادث بیشتر توجه می‌کند.						
۲۱	مسئول واحد/بخش من جهت پیشگیری از بروز مجدد خطاها اقدامات مداخله‌ای و اصلاحی انجام می‌دهد.						
۲۲	مسئول واحد/بخش من از ارسال گزارش خطا به مسئولین مافوق واهمه دارد.						
بیمارستان شما							
	مخالف	هیچکدام	موافق				
۲۳	مدیریت بیمارستان فضایی در بیمارستان بوجود آورده که ایمنی بیمار را ترویج می‌دهد.						
۲۴	واحدهای بیمارستانی هماهنگی خوبی با یکدیگر دارند.						
۲۵	در هنگام انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر، بعضی از کارها مورد غفلت قرار می‌گیرند.						
۲۶	اطلاعات مهم مرتبط با مراقبت بیمار اغلب هنگام تغییر شیفت از دست می‌روند.						
۲۷	کار کردن با سایر واحدهای بیمارستان اغلب برایمان ناخوشایند است.						
۲۸	اقدامات مدیریت بیمارستان حاکی از آن است که ایمنی بیمار از اولویت بالایی برخوردار است.						
۲۹	در آموزش‌های برگزار شده به سرفصل‌های ایمنی بیمار توجه می‌شود.						
ارتباطات (چند وقت یکبار موارد زیر در محل کار/ واحد شما رخ می‌دهد؟)							
	هیچگاه	به ندرت	گاهی	اکثر اوقات	همیشه		
۳۰	اقدامات اصلاحی انجام شده جهت کاهش حوادث ناخواسته، برای پیشگیری از وقوع مجدد اطلاع‌رسانی می‌شود.						
۳۱	کارکنان در صورت مشاهده مواردی که ممکن است بر مراقبت از بیمار تأثیر منفی داشته باشد، آزادانه نظرات خود را بیان می‌کنند.						
۳۲	ما از خطاهایی که در این واحد اتفاق می‌افتد مطلع می‌شویم.						
۳۳	در این واحد کارکنان از سؤال کردن در مورد اقدامی که نادرست به نظر می‌رسد، هراس دارند.						
۳۴	هنگامی که اشتباهی رخ می‌دهد شناسایی و تصحیح می‌شود.						
۳۵	روند گزارش خطا و حادثه مشخص و شفاف شده است و اطلاع‌رسانی و آموزش داده شده است.						
۳۶	مسئولین برنامه ایمنی بیمار به بخش‌ها معرفی و در قبال مسائل پاسخگو هستند.						
۳۷	در این واحد کارکنان به گزارش موارد خطا و اشتباهات تشویق می‌شوند.						
تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته (در واحد محل کارتان در صورتی که اشتباهات ذیل اتفاق بیافتد چند وقت یکبار گزارش می‌شوند؟)							
	هیچگاه	به ندرت	گاهی	اکثر اوقات	همیشه		
۳۸	هر زمانی که اشتباهی رخ می‌دهد ولی پیش از آنکه بیمار را تحت تأثیر قرار دهد کشف و تصحیح می‌شود.						
۳۹	هنگامی که اشتباهی رخ می‌دهد اما آن اشتباه نتواند به بیمار صدمه بزند.						
۴۰	هنگامی که اشتباهی رخ می‌دهد که می‌تواند منجر به آسیب زدن به بیمار شود، ولی در نهایت هیچ اتفاقی برای بیمار نمی‌افتد.						
تعداد حوادث گزارش شده توسط شما							
	بیش از ۲۰	۱۱-۲۰	۶-۱۰	۳-۵	۱-۲	صفر	
۴۱	تعداد گزارشات ارائه شده توسط شما به مسئول ذیربط، طی ۱۲ ماه گذشته						
نمره ایمنی							
	ضعیف	قابل قبول	خوب	بسیار خوب	عالی		
۴۲	ایمنی بیمارستان خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟						
۴۳	لطفاً هر پیشنهاد/انتقادی، در رابطه با ایمنی بیمار، خطا و یا گزارش‌دهی در بیمارستان دارید، بنویسید.						



بسمه تعالی

چک لیست سنجش میزان رضایت بیماران از مراقبت های پرستاری

این چک لیست می بایست به صورت ماهیانه در بخش های بستری جمع آوری شود.

چک لیست بایستی برای حداقل ۱۰ درصد بیماران بستری و ترخیص شده در هر ماه تکمیل شود.

ردیف	عنوان	نوع پاسخ				
		خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	پرستاران رفتار محترمانه ای با من داشته اند.					
۲	در هر شیفت پرستار مراقب من، خود را معرفی می کرد.					
۳	پرستاران در ابتدای بستری راهنمایی لازم در خصوص معرفی بخش، دستبند شناسایی، زنگ احضار و ... را انجام دادند.					
۴	پرستاران در طول بستری در خصوص بیماری و داروهای مورد استفاده آموزش های لازم را به من دادند.					
۵	پرستاران بخش در موارد مورد نیاز به موقع بر بالینم حضور می یافتند.					
۶	پرستاران حریم خصوصی من را در زمان انجام خدمات بالینی رعایت می کردند.					
۷	پرستاران پیگیر اقدامات تشخیصی مانند: سونوگرافی، آزمایشات، عکس، سی تی اسکن و ... من بوده اند.					
۸	پرستاران قبل از انجام هر اقدام و کارهای مراقبتی، اطلاعات و توضیحات لازم را به من می دادند.					
۹	برای برطرف نمودن درد ناشی از بیماریم، اقدامات لازم را انجام می دادند.					
۱۰	رضایت کلی شما از مراقبت های پرستاری چه میزان است.					
جمع کل نمره مکتسبه						



رضایت سنجی از بیماران بستری
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

Qu.3-PSS

<input type="checkbox"/> بیمار		لطفاً مشخص کنید که خود به عنوان بیمار بستری بوده‌اید یا به عنوان همراه در حال تکمیل این فرم هستید.							
<input type="checkbox"/> همراه بیمار									
<input type="checkbox"/> زن				<input type="checkbox"/> مرد				جنس بیمار	
<input type="checkbox"/> بخش اورژانس				<input type="checkbox"/> درمانگاه				<input type="checkbox"/> مطب	
لطفاً نحوه بستری خود را مشخص کنید.									
سن بیمار _____									
<input type="checkbox"/> نوع بیمه		<input type="checkbox"/> خدمات درمانی		<input type="checkbox"/> تأمین اجتماعی		<input type="checkbox"/> نیروهای مسلح		<input type="checkbox"/> کمیته امداد	
<input type="checkbox"/> سایر		<input type="checkbox"/> آزاد							
<input type="checkbox"/> چه مدت در بیمارستان بستری بودید؟				<input type="checkbox"/> کمتر از ۲۴ ساعت			<input type="checkbox"/> بیشتر از ۲۴ ساعت		
لطفاً نام پزشک اصلی خود را ثبت کنید.						خانم/ آقای دکتر _____			
رفتار و سرعت پذیرش									
* ** *** **** *****									
۱		نحوه برخورد پرسنل پذیرش (احترام، توجه، پاسخگویی) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۲		سرعت تشکیل پرونده و پذیرش را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
مراقبت‌ها و پرستاری									
* ** *** **** *****									
۳		نحوه برخورد پرسنل پرستاری (احترام، توجه، پاسخ به سؤالات و ...) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۴		در طول مدت بستری، خدمات و مراقبت‌های پرستاری در موقع نیاز، به موقع ارائه شده است؟							
۵		رعایت حریم خصوصی بیمار (مانند کشیدن پرده، تزریقات، پوشیده نگه داشتن هنگام نقل و انتقال به اتاق عمل و ...) توسط پرستاران را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۶		نحوه برخورد و خدمات جانبی مورد نیاز توسط کمک بهیار (مانند ارائه لگن، تخلیه کیسه ادرار، استحمام، کمک در راه رفتن و ...) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۷		آموزش‌های ارائه شده توسط پرسنل پرستاری در زمان بستری و ترخیص را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
ارائه خدمت توسط پزشکان									
* ** *** **** *****									
۸		نحوه برخورد پزشکان (احترام، توجه، پاسخگویی) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۹		نحوه خدمات درمانی ارائه شده توسط پزشک (مانند انجام معاینه، ویزیت روزانه و ...) را چطور ارزیابی می‌کنید؟							
۱۰		توضیحات کافی در خصوص بیماری، انواع روش‌های درمانی و روند درمان جهت اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک ارائه شده است؟							
خدمات رفاهی									
۱۱					امکانات و تسهیلات اتاق بستری (مانند وضعیت تغذیه، دمای غذا، نحوه توزیع و سرو غذا، وضعیت تهویه و دمای محیط، نظافت فضا و سرویس‌های بهداشتی، نظافت ملحفه و البسه و امکانات رفاهی) را چطور ارزیابی می‌کنید؟				
* ** *** **** *****									
۱۲					نحوه برخورد پرسنل انتظامات را چطور ارزیابی می‌کنید؟				
* ** *** **** *****									
۱۳					چقدر احتمال دارد خدمات بیمارستان ... را به دوستان و آشنایان خود، در صورت نیاز آن‌ها، پیشنهاد دهید؟				
* ** *** **** *****									



رضایت سنجی از همراهان بیماران بستری
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

Qu.4-ICSS

نام و نام خانوادگی				
در صورت تمایل شماره موبایل خود را بنویسید.				
بیمار شما در کدام بخش بستری بوده است؟				
جنس بیمار		زن <input type="checkbox"/>	مرد <input type="checkbox"/>	
لطفاً نحوه بستری خود را مشخص کنید.		بخش اورژانس <input type="checkbox"/>	درمانگاه <input type="checkbox"/>	مطب <input type="checkbox"/>
نوع بیمه	خدمات درمانی <input type="checkbox"/>	تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/>	نیروهای مسلح <input type="checkbox"/>	کمیته امداد <input type="checkbox"/>
	آزاد <input type="checkbox"/>	سایر <input type="checkbox"/>		
بیمار شما چند روز بستری بوده است؟ روز				
لطفاً نام پزشک اصلی بیمار خود را بنویسید.		خانم/آقای دکتر.....		
*	**	***	****	*****
خدمات پذیرش				
۱	میزان رضایت شما از روند تشکیل پرونده و انتقال بیمار خود به بخش چقدر است؟			
۲	میزان رضایت شما از مدت زمان انتظار جهت خالی شدن تخت بستری چقدر است؟			
*	**	***	****	*****
خدمات پرستاری، مراقبتی و بخش بستری				
۳	میزان رضایت شما از رفتار کادر درمان (پرستار و کمک بهیار) مانند پاسخگویی، توجه و احترام به همراه بیمار چقدر است؟			
۴	میزان رضایت شما از رفتار کادر خدماتی مانند پاسخگویی، توجه و احترام به همراه بیمار چقدر است؟			
۵	پزشک، اطلاعات کافی در مورد بیماری و روند درمان در اختیار من قرار داده است؟			
۶	میزان رضایت شما از نحوه مراقبت پرسنل پرستاری چقدر است؟			
۷	آیا در طول مدت بستری و در جریان روند درمان، وظایفی در خصوص مراقبت از بیمارستان به شما محول گردیده است؟			
*	**	***	****	*****
خدمات رفاهی				
۸	میزان رضایت شما از خدمات مربوط به محل استراحت همراهان چقدر است؟			
۹	میزان رضایت شما از تمیزی ملحفه، محیط و وجود وسایل سرگرمی مانند تلویزیون چقدر است؟			
۱۰	میزان رضایت شما از شرایط و امکانات بیمارستان مانند بوفه یا وضعیت غذا چقدر است؟			
۱۱	خوشحال می‌شویم اگر در خصوص امکانات رفاهی بیمارستان برای همراه بیمار، پیشنهادی دارید بنویسید.			
پیشنهادات:				
*	**	***	****	*****
خدمات پشتیبانی				
۱۲	میزان رضایت شما از رفتار پرسنل صندوق چقدر است؟			
۱۳	چقدر از راهنمایی پرسنل اطلاعات و انتظامات جهت دسترسی به قسمتهای مختلف بیمارستان راضی هستید؟			
*	**	***	****	*****
خدمات ترخیص				
۱۴	میزان رضایت شما از روند ترخیص در بخش (آماده شدن پرونده) چقدر است؟			
۱۵	تا چه میزان از روند ترخیص در واحد ترخیص (به‌صورت آسان و در حداقل زمان) راضی هستید؟			



رضایت سنجی از کارکنان
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

Qu.5-SSS

رسته شغلی	بهداشتی درمانی	اداری مالی	فناوری اطلاعات	آموزشی فرهنگی	خدمات	امور اجتماعی	فنی مهندسی	هیئت علمی
سابقه کار در این بیمارستان:		محل کار شما: واحد/ بخش		متوسط اضافه کاری در ماه:				
میزان تحصیلات		کمتر از دیپلم		دیپلم		کارشناسی		کارشناسی ارشد
*		**		***		****		*****
شغل								
۱	چقدر از شغل فعلی خود احساس رضایت می کنید؟							
۲	چقدر مسئولیت های شما در راستای شرح وظایف تان هستند؟							
۳	چقدر از نحوه تنظیم برنامه کاری خود رضایت دارید؟							
۴	چقدر از حجم کاری خود در شیفت های انجام شده رضایت دارید؟							
۵	در یک هفته کاری معمولی چقدر استرس دارید؟							
۶	چقدر می توانید بین کار و مسئولیت های خانوادگی تعادل برقرار کنید؟							
تعاملات کاری								
۷	چقدر از مسئول مافوق خود رضایت دارید؟							
۸	چقدر از رئیس/ مدیر بیمارستان خود رضایت دارید؟							
۹	چقدر از همکاران خود در بخش/ واحد کاری رضایت دارید؟							
۱۰	در محیط کارتان، تا چه اندازه اطلاعات و دانش شما به اشتراک گذاشته می شود؟							
۱۱	در محیط کارتان، تا چه اندازه به نظرات شما در رابطه با وظایف محوله اهمیت داده می شود؟							
۱۲	به چه میزان از همکاران خود بازخوردهای مفیدی در ارتباط با نتایج کارتان دریافت می کنید؟							
فرصت هایی برای رشد و توسعه								
۱۳	مدیر/ مسئول واحد شما در رابطه با رشد حرفه ای (کاهش ساعت کاری، نحوه دریافت تشویق، شرایط احراز کارمند/ پرستار نمونه) اطلاع رسانی کرده است؟							
۱۴	چقدر از دریافت مستمر آموزش های مصوب/ غیرمصوب جهت ارتقای عملکردتان رضایت دارید؟							
۱۵	چقدر به شما فرصت داده می شود تا از اشتباهات خود درس بگیرید؟							
۱۶	چقدر از نحوه ارتقاء شغلی خود (تخصیص رتبه، طبقه و ...) اطلاع دارید؟							
۱۷	چقدر احساس امنیت شغلی می کنید؟							
فضای فیزیکی								
۱۸	چقدر از محیط فیزیکی کار خود رضایت دارید؟							
۱۹	چقدر ایمنی محیط کاری شما (ارگونومی، نور و صدای محیط و ...) تأمین شده است؟							
۲۰	به چه میزان از در دسترس بودن لوازم مورد نیاز شغل خود رضایت دارید؟							
مأموریت و اهداف								
۲۱	چقدر با اهداف بلند مدت بیمارستان آشنا هستید؟							
۲۲	ارزش های شخصی شما چقدر با ارزش های بیمارستان همراستا است؟							
مزایا و جبران خدمات								
۲۳	میزان حقوق و مزایای شما (کارانه، اضافه کاری و ...) چقدر با شغل تان متناسب است؟							
احترام از طرف مسئولین/ همکاران								
۲۴	چقدر در بیمارستان به شما احترام گذاشته می شود؟							
۲۵	چقدر در بیمارستان به همکاران شما احترام گذاشته می شود؟							
۲۶	به طور کلی چقدر از شغل خود رضایت دارید؟							

					۲۷	به نظر شما، رضایت کارکنان برای مدیران ارشد و مسئولین بخش / واحد چقدر اولویت دارد؟
					۲۸	چقدر مدیران ارشد و مسئولین بخش / واحد خود را تحسین می کنید؟
				در چند کلمه بنویسید:	۲۹	کدام جنبه از خصوصیات مسئول خود را تحسین می کنید؟
					۳۰	رضایت شما از عملکرد کدامیک از واحدهای مختلف بیمارستان بیشتر است؟ توضیح دهید.
						رضایت شما از عملکرد کدامیک از واحدهای مختلف بیمارستان کمتر است؟ توضیح دهید.
						خدمات رفاهی
					۳۱	رضایت شما از عملکرد واحد تغذیه به چه میزان است؟
					۳۲	رضایت شما از عملکرد واحد خدمات رفاهی (امکانات و پشتیبانی، فعالیت های فرهنگی - اجتماعی - زیارتی، ورزشی، هماهنگی جهت استفاده از مهمانسرا و زائرسرا، سرویس ایاب و ذهاب، مهد کودک، بوفه، اعطای وام، خدمات بیمه تکمیلی، ...) به چه میزان است؟
						لطفاً در صورت نیاز به توضیح در مورد فوق (خدمات رفاهی) در این قسمت نوشته شود.
					۳۳	کدام جنبه از رضایت شغلی برای شما بیشتر اهمیت دارد؟ (می توانید بیش از یک گزینه انتخاب کنید)
فضای فیزیکی	فرصت هایی برای رشد و توسعه	تعاملات کاری	شغل			
خدمات رفاهی	احترام از طرف مسئولین / همکاران	مزایا و جبران خدمات	مأموریت و اهداف			
					۳۴	آیا اشتغال در این مرکز را به سایرین توصیه می - لطفاً دلیل خود را در چند جمله توضیح دهید:
					۳۵	در پایان اگر پیشنهاد/ انتقاد یا نظر خاصی دارید، لطفاً بنویسید.



سنجش رضایتمندی از دانشجویان و دستیاران تخصصی

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

Qu.6-SASS

فراگیر گرامی، باسلام

پرسشنامه ذیل به منظور سنجش نظرات شما از خدمات ارائه شده در این مرکز تهیه گردیده است. پاسخ دقیق و درست شما ما را در جهت افزایش رضایتمندی و بهبود و ارتقاء امکانات آموزشی و رفاهی شما عزیزان یاری خواهد نمود. (لازم به ذکر است کلیه اطلاعات بصورت کاملاً محرمانه در دفتر آموزش حفظ خواهد شد و نتایج بصورت کلی ارائه خواهد گردید).

بخش		مقطع آموزشی				جنس	سن
تاریخ تکمیل پرسشنامه		مدت دوره ای که در حال آموزش در بیمارستان بوده اید:					
برخوردی ندارم	کاملاً ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملاً راضی	کتابخانه	ردیف
						به روز بودن منابع موجود	۱
						در دسترس بودن منابع (کتابخانه دیجیتال، اینترنت و ...) متناسب با نیازهای شما	۲
						نحوه برخورد پرسنل کتابخانه و سایت در ارائه خدمات	۳
						سرعت ارائه خدمات پرسنل کتابخانه	۴
						فضا و محل نگهداری کتاب های کتابخانه (مخزن)	۵
						فضای سالن مطالعه کتابخانه	۶
برخوردی ندارم	کاملاً ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملاً راضی	امور پژوهشی	
						در دسترس بودن خدمات و امکانات پژوهشی	۷
						امکانات رفاهی	۸
						شرایط و امکانات پابویون	۹
						وضعیت تغذیه	۱۰
						وضعیت پارکینگ بیمارستان	۱۱
						میزان کمک هزینه	۱۲
برخوردی ندارم	کاملاً ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملاً راضی	تجهیزات و فضای آموزشی	
						تجهیزات و امکانات تشخیصی - درمانی	۱۳
						تجهیزات و امکانات سمعی و بصری	۱۴
						کلاسها و فضای آموزشهای تئوری	۱۵
برخوردی ندارم	کاملاً ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملاً راضی	گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، گراند راند و راند	
						مدیریت و نحوه اداره جلسات	۱۶
						میزان حضور و مشارکت اساتید	۱۷
						فضای آرام و توأم با احترام در جلسات	۱۸
						محتوی جلسات با تأکید بر رویکرد به بیمار (ونه بیماری)	۱۹
						میزان تأثیر جلسات فوق در ارتقاء دانش و یادگیری	۲۰
						توانمندی و تسلط علمی اساتید در برگزاری جلسات	۲۱
						نحوه انتخاب مقالات ژورنال ها و انطباق آن بر نیازهای علمی شما	۲۲
						روش نقد مقالات	۲۳
						تعداد راندهای هفتگی	۲۴
						تعداد بیماران مطرح شده در راندها	۲۵
						تنوع بیماران مطرح شده	۲۶

برخوردی ندارم	کاملا ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملا راضی	درمانگاه
						۲۷ حضور به موقع اساتید در درمانگاه
						۲۸ میزان حضور اساتید در درمانگاه
						۲۹ میزان ارتقاء مهارت‌های بالینی شما در درمانگاه
						۳۰ فضا و امکانات آموزشی درمانگاه
						۳۱ نحوه برخورد پرسنل درمانگاه (سرپرست، منشی، ...)
برخوردی ندارم	کاملا ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملا راضی	بخش بستری
						۳۲ میزان حضور و مشارکت اساتید در بخش بستری
						۳۳ میزان ارتقاء مهارت‌های بالینی شما در بخش بستری
						۳۴ میزان تنوع بیماران بستری شده
						۳۵ میزان آموزش ارائه شده توسط اساتید بخش
						۳۶ فضای آرام و توأم با احترام در بخش
						۳۷ برخورد پرسنل بخش (پرستار، بهیار، منشی)
برخوردی ندارم	کاملا ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملا راضی	اتاق عمل
						۳۸ میزان حضور و مشارکت اساتید در اتاق عمل کافی اساتید
						۳۹ میزان ارتقاء مهارت‌های بالینی شما در اتاق عمل
						۴۰ میزان تنوع اعمال جراحی
						۴۱ فضای آرام و توأم با احترام در اتاق عمل
						۴۲ مهارت اساتید در کار عملی اتاق عمل
						۴۳ برخورد پرسنل اتاق عمل (منشی، پرستار، بهیار و ...)
برخوردی ندارم	کاملا ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملا راضی	امور اداری معاونت آموزشی
						۴۴ نحوه برخورد پرسنل
						۴۵ سرعت انجام امور مربوط به شما
						۴۶ نحوه و سرعت پاسخگویی و رسیدگی به شکایات و انتقادات شما
						۴۷ میزان مهارت پرسنل در امور مربوطه
برخوردی ندارم	کاملا ناراضی	ناراضی	نظری ندارم	راضی	کاملا راضی	پرسنل پرستاری
						۴۸ همکاری با شما در درمان بیمار
						۴۹ برخورد و رفتار کادر پرستاری با شما
						۵۰ آیا گذراندن این دوره را در بخش فوق به دوستان خود توصیه می‌نمائید؟
						۵۱ فعالیت آموزشی برتر بخش خود را نام ببرید.
						۵۲ لطفاً انتقادات و پیشنهادات خود را مرقوم فرمائید.



ارزیابی عملکرد مسئولین واحدها/ بخش‌ها در خصوص وظایف محوله

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

Qu.7-HUFA

ردیف	موضوع سنجش	بلی	تا حدودی	خیر	نحوه پایش
۱	آیا کارکنان بخش نسبت به مفاد برنامه استراتژیک و سیاست‌های اصلی بیمارستان توجیه و تفهیم هستند؟				مصاحبه
۲	آیا مشکلات واحد در راستای استقرار استانداردهای مرتبط به واحد با توجه به نیازهای مراجعین به صورت ساختارمند شناسایی و به تیم رهبری و مدیریت منعکس گردیده است؟				مستندات
۳	آیا مسئول بخش/ واحد برای رفع مشکلات واحد خود بر پایه برنامه استراتژیک و سیاست‌های اصلی، برنامه عملیاتی تدوین و به تأیید تیم اجرایی رسانیده است؟				مستندات
۴	آیا به اجرا گذاشتن برنامه‌های عملیاتی بخش و پایش پیش‌رفت آنها توسط مسئول واحد مطلوب است؟				مستندات
۵	آیا مسئول بخش از میزان رضایت‌مندی و نیازهای مراجعین به بیمارستان و بخش خود آگاهی دارد؟				مستندات
۶	آیا مسئول بخش از میزان رضایت‌مندی کارکنان خود آگاهی دارد؟				مستندات
۷	آیا مسئول بخش تحلیل درستی از نقاط ضعف و قوت بخش و عوامل تأثیر گذار بر رضایت‌مندی مراجعین و کارکنان خود دارد؟				مستندات
۸	آیا میزان مشارکت کارکنان در مدیریت و اداره بخش از نظر کارکنان رضایت بخش است؟				مصاحبه
۹	آیا فرایندهای اصلی بخش شناسایی و برای آنها شناسنامه تدوین گردیده است؟				مستندات
۱۰	آیا عملکرد فرایندهای اصلی بخش بر پایه شاخص‌های از پیش تعیین شده اندازه‌گیری و در هماهنگی با دفتر بهبود و تأیید تیم اجرایی برنامه بهبود کیفی برای اعمال مداخله تدوین و در حال اجرا می باشد.				مستندات
۱۱	آیا مخاطرات مرتبط با واحد مطابق اعتباربخشی و در هماهنگی با دفتر بهبود کیفیت استخراج و به تأیید تیم رهبری و مدیریت رسیده است؟				مستندات
۱۲	آیا برای کاهش مخاطرات و رفع آنها برنامه اجرایی تأیید شده در تیم رهبری و مدیریت تدوین و در حال اجرا می باشد؟				مستندات
۱۳	آیا مسئول بخش برای توجیه کارکنان جدید الورد برنامه داشته و آن را اجرا می نماید؟				مستندات/ مصاحبه
۱۴	آیا برنامه آموزش ضمن خدمت کارکنان بخش به قدر کفایت تدوین و اجرا می گردد؟				مستندات
۱۵	آیا مسئول بخش در خصوص نحوه ارتباط (تعامل) این بخش با واحدهای مرتبط تدابیر لازم را اتخاذ و آنها را اجرا می نماید؟				مستندات
۱۶	آیا این بخش مشکلات تخصصی و فرصت‌های بهبود مرتبط با حوزه کاری خود را به کمیته‌های تخصصی متناظر جهت تصمیم‌گیری لازم منعکس می نماید؟				مستندات
۱۷	آیا پرسنل بخش با مسئولیت‌های واحد و با برنامه بیمارستان برای مواجهه با بحران‌های احتمالی نظیر آتش سوزی و زلزله و... آشنایی و تسلط کافی دارند؟				مستندات/ مصاحبه
۱۸	آیا کارکنان بخش نسبت به استانداردها و سنج‌های واحد خود آگاهی کافی دارند؟				مصاحبه
۱۹	آیا مسئول و همکاران واحد از نتیجه آخرین ارزیابی‌های خارجی انجام شده مطلع می باشند؟				نظر دفتر بهبود
۲۰	آیا نحوه استقرار استانداردها (دستورالعمل، روش اجرایی و خط‌مشی‌ها) مطلوب است؟				نظر دفتر بهبود



تأمین کننده گرامی

با سلام؛

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه با هدف سنجش میزان رضایتمندی تأمین کنندگان از نحوه عملکرد خود، اقدام به طراحی پرسشنامه ذیل نموده است.

لذا خواهشمند است با تکمیل دقیق این پرسشنامه، مرکز را جهت ارتقاء بهره‌وری فعالیت‌های خود یاری رسانید.

تأمین کننده کالا تأمین کننده خدمات

با تشکر امور کالا/ امور قراردادها

ردیف	سؤال	نام آگاهی	بسیار خوب	خوب	متوسط	فقط	بسیار ضعیف	مشابه بیمارستان‌های با مقایسه		
								مشابه	بهتر	بدتر
۱	عملکرد بیمارستان در خصوص اطلاع رسانی در آگاهی دادن اهداف و برنامه های خود به تأمین کنندگان را چگونه ارزیابی می کنید؟									
۲	عملکرد بیمارستان در خصوص شفافیت در تعیین خدمات یا محصولات مورد نیاز و برآورد اولیه آنرا چگونه ارزیابی می کنید؟									
۳	عملکرد بیمارستان در خصوص میزان شفافیت فرآیند انتخاب تأمین کنندگان را چگونه ارزیابی می کنید؟									
۴	شیوه نظارت کارفرما (بیمارستان) بر خدمات و محصولات ارائه شده توسط تأمین کنندگان را چگونه ارزیابی می کنید؟									
۵	مکانیزم بازرسی فنی بیمارستان را در خصوص تایید یا عدم تایید محصولات و خدمات خود چگونه ارزیابی می کنید؟									
۶	انضباط کاری، نحوه برخورد و رفتار پرسنل و میزان پاسخگویی بیمارستان را چگونه ارزیابی می کنید؟									
۷	مراودات مالی خود را با بیمارستان چگونه ارزیابی می کنید؟									
۸	عملکرد بیمارستان در خصوص شفافیت اسناد، مدارک و پکیج های تنظیمی مناقصه را چگونه ارزیابی می کنید؟									
۹	در مجموع عملکرد بیمارستان را در خصوص رضایتمندی تأمین کنندگان چگونه ارزیابی می کنید؟									
۱۰	لطفا سه مورد از نقاط ضعف و قوت بیمارستان را در ارتباط با تأمین کنندگان قید نمایید.									
۱۱	لطفا موضوعات پر اهمیت از نظر خود را که در این فرم به آن اشاره نشده است مرقوم فرمایید.									

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:



ضمن عرض سلام و احترام به آگاهی می‌رساند؛ این پرسش‌نامه با هدف ایجاد رابطه دوسویه و ایجاد تعامل و هم‌افزایی بیشتر، در جهت نظرسنجی بیمانکاران از عملکرد مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری طراحی گردیده است. امید است با تکمیل پرسشنامه و ارائه نقطه نظرات، پیشنهادات و انتقادات سازنده خود ما را در دستیابی به اهداف مورد نظر بیش از پیش یاری فرمایید. پیشاپیش از اختصاص وقت گران‌بهایتان برای تکمیل این پرسش‌نامه قدردانی می‌نماییم.

ردیف	عنوان سؤال	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	نظری ندارم
۱	آگاهی‌رسانی ارزش‌های سازمانی و جهت‌گیری‌های کلان توسط مسئول قراردادهای بیمارستان											
۲	آگاهی‌رسانی مسئولیت‌های اجتماعی بیمانکار و پیامدهای زیست محیطی و ایمنی بهداشت فعالیت‌های ایشان											
۳	میزان رضایت از نظام پیشنهادات و سایر نظام‌های تعامل فعالانه در خلق ایده‌ها و نوآوری‌ها											
۴	مناسب بودن رفتار (اعتماد، احترام، پاسخگویی و ...) و همکاری نمایندگان بیمارستان											
۵	میزان رضایت از نحوه دریافت مطالبات											
۶	میزان رضایت از نحوه اجرای آزادسازی تضامین طبق مفاد قرارداد											
۷	میزان رضایت از رعایت عدالت و ایجاد فرصت‌های برابر در زمان برگزاری مناقصات و استعلامها											
۸	حضور مؤثر در جلسات بررسی فنی و شفاف‌سازی موارد مرتبط با پروژه											
۹	تسلط ناظر فنی بیمارستان در ارزیابی از لحاظ اجرای اصول صحیح پروژه											
۱۰	تلاش برای رعایت عدالت و ایجاد فرصت‌های برابر در زمان برگزاری مناقصه/ مزایده/ استعلام											
۱۱	پیشنهاد همکاری با بیمارستان به سایر سازمانها											
۱۲	میزان رضایت کلی از همکاری با بیمارستان											
خواهشمند است نظرات و پیشنهادات تکمیلی خود را در خصوص سؤالات فوق بفرمایید:												

نام و نام خانوادگی تکمیل‌کننده فرم:



بیمارستان

این فرم جهت بررسی میزان رضایتمندی شما از خدمات تغذیه بیمارستان تهیه شده است. خواهشمند است نظرات خود را بطور دقیق ذکر نموده و ما را در ارائه بهتر خدمات یاری نمائید.

بخش بستری:	مدت بستری در بیمارستان: روز	تاریخ:
فرد پاسخ دهنده:	بیمار: <input type="radio"/> همراه بیمار: <input type="radio"/>	
میزان تحصیلات:	بی سواد <input type="radio"/> زیر دیپلم: <input type="radio"/> فوق دیپلم و بالاتر: <input type="radio"/>	

- در ارتباط با کمیت و کیفیت غذا هر یک از موارد زیر را چگونه ارزیابی می کنید؟
 - (۱) کیفیت غذاهای ارائه شده در وعده صبحانه ضعیف متوسط خوب
 - (۲) کیفیت غذاهای ارائه شده در وعده ناهار ضعیف متوسط خوب
 - (۳) کیفیت غذاهای ارائه شده در وعده شام ضعیف متوسط خوب
 - (۴) نوع و کیفیت میان وعده های ارائه شده ضعیف متوسط خوب
 - (۵) تنوع برنامه غذایی بیمارستان ضعیف متوسط خوب
 - (۶) طعم و مزه غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۷) شکل ظاهری و بافت غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۸) کفایت و حجم غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۹) مخلفات همراه غذا (ماست، سالاد، سوپ و ...) ضعیف متوسط خوب
 - (۱۰) کیفیت نان ضعیف متوسط خوب
- در ارتباط با توزیع غذا هر یک از موارد زیر را چگونه ارزیابی می کنید؟
 - (۱۱) نحوه برخورد پرسنل توزیع غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۱۲) وضعیت آراستگی ظاهری و لباس پرسنل توزیع غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۱۳) بهداشت فردی پرسنل توزیع غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۱۴) نوع و بهداشت ظروف توزیع غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۱۵) نحوه آرایش و سرو غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۱۶) دمای غذا در هنگام توزیع ضعیف متوسط خوب
 - (۱۷) زمان توزیع غذا ضعیف متوسط خوب
 - (۱۸) زمان جمع آوری ظروف و باقیمانده غذا ضعیف متوسط خوب



پرسشنامه سنجش رضایت بیمار از خدمات بستری
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

Qu.11 - PSMQ

پاسخگوی گرامی سلام؛

این پرسشنامه به منظور کسب رهنمود در جهت بهبود کیفیت ارایه خدمات بیمارستانی پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت طراحی شده است و لذا پاسخ شما به این سوالات اهمیت زیادی دارد. از توجه و وقتی که برای این منظور صرف می‌فرمائید، سپاسگزاری بعمل می‌آورد.

ردیف	موارد بررسی	بله	تاحدودی	خیر
۱	فرایند پذیرش در بیمارستان (زمان انتظار جهت بستری و دریافت اطلاعات در مورد بیمارستان) مناسب بود.			
۲	نظافت عمومی محیط بیمارستان مناسب بود.			
۳	وضعیت نور، تهویه و سیستم گرمایش - سرمایش بخش بستری مناسب بود.			
۴	سر و صدای بخش بستری و محیط اطراف مناسب بود.			
۵	تسهیلات و امکانات موجود برای همراهان و ملاقات کنندگان مناسب بود.			
۶	کمیت (مقدار) و کیفیت (گرمی، طعم و مزه) غذای بیمارستان مناسب بود.			
۷	رفتار پزشک/ پزشکانتان محترمانه و مؤدبانه بود.			
۸	اطلاعات ارایه شده در مورد بیماری، روش تشخیصی و درمانی از سوی پزشک/ پزشکان مناسب بود.			
۹	پرستاران با مهربانی، دلسوزی و احترام از من مراقبت می‌نمودند.			
۱۰	پرستاران در مورد اقداماتی که انجام می‌دادند، اطلاعات لازم را ارایه می‌دادند (خونگیری، اندازه‌گیری دمای بدن، دادن دارو و ..)			
۱۱	رفتار کارکنان بیمارستان (خدمات، اداری و سایر) در کل محترمانه و مؤدبانه بود.			
۱۲	حریم شخصی من در طول دوره بستری از طرف تمام پرسنل رعایت گردید.			
۱۳	هزینه‌های بستری در بیمارستان مناسب بود.			
۱۴	آیا بسته بهداشتی به بیمار شما تحویل داده شده است.			
۱۵	آیا اولین بار است که به این بیمارستان مراجعه کرده‌اید؟			
۱۶	آیا این بیمارستان را به دیگران توصیه می‌کنید؟			
۱۷	آیا بیمه هستید؟ نوع بیمه:			
۱۸	اگر در زمان مراجعه بیمه نداشتید آیا در مورد دریافت بیمه به شما راهنمایی لازم شده است؟			
۱۹	آیا در خصوص شماره تلفن‌های رسیدگی به شکایات به شما اطلاع رسانی شده است؟			

فراهمی دارو و ملزومات و امکانات پاراکلینیکی

۱. آیا پرسنل بیمارستان، همراهانتان را جهت خرید دارو به بیرون بیمارستان ارجاع می‌دادند؟

(آیا پزشک/پزشکانتان، پرستاران و سایر پرسنل بیمارستان، همراهانتان را در طول مدت اقامت شما در بخش اورژانس بیمارستان برای خرید دارو

(ژل کامفیلد، غیر از داروهای زمان ترخیص) به خارج از بیمارستان می‌فرستادند؟)

۱- هرگز ۲- گاهی اوقات ۳- معمولاً (بیشتر اوقات) ۴- همیشه ۵- اورژانس بستری نبودم

روز چندم بستری

نام داروها

هزینه داروها (مبلغ به تومان ذکر شود)

۲. آیا پرسنل بیمارستان، همراهانتان را جهت خرید ملزومات پزشکی به بیرون بیمارستان ارجاع می‌دادند؟ (آیا پزشک/پزشکانتان، پرستاران و سایر

پرسنل بیمارستان، همراهانتان را برای خرید تجهیزات پزشکی (مانند جوراب واریس، شکم بند، پروتز، کاتتر و...) به خارج از بیمارستان

می‌فرستادند؟)

۱- هرگز ۲- گاهی اوقات ۳- معمولاً (بیشتر اوقات) ۴- همیشه

روز چندم بستری

نام تجهیزات پزشکی

هزینه ملزومات و تجهیزات (مبلغ به تومان ذکر شود)

۳. آیا پزشک، پرستار یا مسئولین آزمایشگاه از شما یا همراهتان خواستند که در زمان بستری شما در بیمارستان شخصا نمونه آزمایش را به

آزمایشگاه دیگری خارج از بیمارستان ببرید؟

۱- بله ۲- خیر ۳- موردی ندارد

در صورت پاسخ بله، میزان هزینه را ذکر کنید (مبلغ به تومان ذکر شود)

۴. آیا پزشک، پرستار یا مسئولین رادیولوژی در زمان بستری شما در بیمارستان از شما خواستند شخصا و بدون استفاده از آمبولانس بیمارستان و با

هزینه شخصی برای گرفتن هرنوع عکس رادیولوژی، سی تی اسکن، سونوگرافی و موارد مشابه به خارج از بیمارستان بروید؟

۱- بله ۲- خیر ۳- موردی ندارد

در صورت پاسخ بله، میزان هزینه را ذکر کنید (مبلغ به تومان ذکر شود)

مشخصات بیمار:

۱. جنسیت بیمار: مرد زن نمی دانم
۲. نام و نام خانوادگی مصاحبه شونده:.....
۳. نام و نام خانوادگی بیمار:.....
۴. سن بیمار:
۵. تحصیلات بیمار:
- بی سواد کمتر از دیپلم دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس دکتری حوزوی
- شامل نمی شود (برای بیماران با سن پایین تر از ۷ سال).
۶. وضعیت اشتغال بیمار:
- کارمند بخش دولتی کارمند بخش خصوصی شغل آزاد سرباز خانه دار بیکار دانشجو یا دانش آموز
- بازنشسته نظامی سایر:.....
- شامل نمی شود (برای بیماران با سن پایین تر از ۷ سال).
۷. وضعیت تأهل بیمار:
- مجرد متاهل مطلقه بیوه
۸. نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار:
۹. هزینه ماهیانه خانوار شما چقدر است؟ هزار تومان
۱۰. نام استان:
۱۱. نام شهر:
۱۲. نام روستا:
۱۳. نام بیمارستان:
۱۴. تاریخ بستری:
۱۵. تاریخ ترخیص:
۱۶. بخش بستری:
۱۷. طول مدت بستری (به روز ذکر شود):
۱۸. منطقه محل سکونت (ویژه پاسخگویان تهرانی):

۱۹. شماره تماس پاسخگو:

۰									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

مشخصات پرسشگر:

نام پرسشگر: کد پرسشگر: تاریخ مصاحبه: مدت زمان مصاحبه: کدبازبین:

فرمها



فرم ثبت شکایت / انتقاد / پیشنهاد بیماران و همراهان
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F₁-P/ICPV

- آدرس: (برای مراجعه حضوری در ساعات اداری) ارومیه - خیابان کاشانی، بیمارستان شهید مطهری، بلوک ۲، واحد رسیدگی به شکایات
- شماره تماس: ۰۴۴۳۱۹۷۷۴۵۶ مسئول واحد: آقای جواد لیشی
- آدرس وب سایت بیمارستان: <https://motahari.umsu.ac.ir>
- در ساعات غیراداری مراجعه به دفتر پرستاری جهت تکمیل فرم

در صورتی که قبلاً درخواست شما در سیستم ثبت شده است جهت پیگیری درخواست خود اینجا کلیک نمایید.

مشخصات شاکی / پیشنهاد دهنده	
شاکی / پیشنهاد دهنده:	<input type="checkbox"/> بیمار <input type="checkbox"/> همراه
جنسیت:	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
نام و نام خانوادگی شاکی / پیشنهاد دهنده:	
شماره موبایل / خط ثابت خود را بنویسید.	
مشخصات بیمار	
جنسیت:	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
نام و نام خانوادگی بیمار:	
کد ملی:	نام پدر:
آدرس:	
مشخصات فردی که از او شکایت دارید	
مورد شکایت	<input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/> کادر درمانی <input type="checkbox"/> پرسنل اداری <input type="checkbox"/> رئیس/مسئول واحد <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> نگهبان <input type="checkbox"/> پیمانکار <input type="checkbox"/> سایر
واحد	
بخش	
نام و نام خانوادگی متشاکی:	
موضوع شکایت	
بارگذاری مستندات مرتبط	



فرم ثبت شکایت / انتقاد ذینفعان به غیر از بیمار و همراه
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت

F₂-SPV

- آدرس: (برای مراجعه حضوری یا ارسال شکایات/ انتقادات)
- ارومیه - خیابان کاشانی، بیمارستان شهید مطهری، بلوک ۲، واحد رسیدگی به شکایات
- شماره تماس در ساعات اداری:
- شماره تماس: ۰۴۴۳۱۹۷۷۴۵۶
- مسئول واحد: آقای جواد لیثی
- شماره فاکس: ۰۴۴۳۲۲۵۰۷۳۰
- آدرس وب سایت بیمارستان: <https://motahari.umsu.ac.ir>
- در صورتی که قبلاً درخواست شما در سیستم ثبت شده است جهت پیگیری درخواست خود اینجا کلیک نمایید.

مشخصات شاکی	
جنسیت: زن <input type="checkbox"/>	مرد <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی شاکی: (در صورت تمایل به دریافت بازخورد)	
شماره موبایل / خط ثابت خود را بنویسید. (در صورت تمایل به دریافت بازخورد)	
مشخصات فردی که از او شکایت دارید	
مورد شکایت	پزشک <input type="checkbox"/> کادر درمانی <input type="checkbox"/> پرسنل اداری <input type="checkbox"/> رئیس/مسئول واحد <input type="checkbox"/>
	نگهبان <input type="checkbox"/> پیمانکار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
واحد	بخش
نام و نام خانوادگی متشاکی:	
موضوع شکایت	
بارگذاری مستندات مرتبط	



فرم تشویق و تنبیه پرسنلی
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F₃- PEP

نام و نام خانوادگی: واحد: شغل مورد تصدی: تاریخ:

ردیف	مورد	امتیاز صفر	امتیاز یک	امتیاز دو
۱	رعایت زمان ورود و خروج و استفاده از دستگاه تایمکس			
۲	رعایت شئون اسلامی			
۳	ارتقای مهارت های شغلی و تخصصی			
۴	همکاری در اجرای استاندارد های اعتبار بخشی			
۵	شرکت در دوره های آموزشی مصوب یا غیر مصوب در داخل یا خارج از مرکز			
۶	رعایت تکریم ارباب رجوع و همکار			
۷	آموزش مطالب حوزه کاری به همکاران			
۸	ارائه پیشنهادات سازنده با مستندات			
۹	همکاری با مسئولان و افراد مافوق			
۱۰	همکاری با سایر واحدها در مواقع مورد نیاز			
۱۱	جمع			

جمع کل امتیاز: ۲۰ امتیاز بیشتر از ۱۵: درخواست تشویق کتبی امتیاز کمتر از ۱۰: درخواست تذکر کتبی

مدیر مرکز:

رئیس امور اداری:

امضاء مسئول واحد:



فرم حضور و غیاب
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F4- AL

فرم حضور و غیاب کارگاه / جلسه

عنوان کارگاه / جلسه :

تاریخ :

مکان کارگاه / جلسه :

ردیف	نام و نام خانوادگی اعضاء	سمت	ساعت حضور	امضاء
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				

نام و امضای مدرس / مدرسین:

۱.

۲.

۳.

۴.



فرم صورتجلسه کمیته
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F_{5/1}- MM

رئیس کمیته:	عنوان کمیته	تاریخ تشکیل کمیته:
دبیر علمی کمیته:		ساعت شروع: ساعت خاتمه:
دبیر اجرایی کمیته:	شماره کمیته:	مکان برگزاری کمیته:

۱. دستور کار جلسه:

۱. گزارش مختصری از نتایج پیگیری مصوبات قبلی (اقدامات انجام شده و مصوبات اجرایی نشده)
- ۲.

۲. چکیده موضوعات مطرح شده در جلسه فعلی:

۱.



فرم صورتجلسه
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F5/3- MM

رئیس کمیته:	عنوان کمیته	تاریخ تشکیل کمیته:
دبیر علمی کمیته:		ساعت شروع: ساعت خاتمه:
دبیر اجرایی کمیته:	شماره کمیته:	مکان برگزاری کمیته:

۶. اعضای جلسه (ذکر اسامی حاضرین و غائبین با سمت الزامی است.)

نکته: امضای اعضای جلسه به منزله تأیید مصوبات کمیته می باشد، لذا باید اسکن این لیست ضمیمه و سپس ارسال شود.

ردیف	نام و نام خانوادگی اعضا	سمت	ساعت حضور	غایب	امضاء
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					



فرم صورتجلسه

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F5/4- MM

۵- نتیجه بررسی مصوبات جلسه قبلی کمیته و اقدامات انجام شده: (پایش ماهیانه مصوبات)

نتیجه پیگیری مصوبات کمیته قبلی به تاریخ:						و شماره کمیته:			(به مصوبات قبلی کمیته مراجعه و از مسئولین اجرا پیگیری گردد).		
ردیف	مصوبه	مسئول اجرا	مهلت مقرر	درصد پیشرفت	اقدامات انجام شده / علت عدم تحقق مصوبه						
نتیجه پیگیری کلیه مصوبات کمیته‌های قبلی که در مهلت مقرر اجرایی نشده بودند.						(به پیگیری مصوبات کمیته قبلی مراجعه شود).					
ردیف	مصوبه	مسئول اجرا	مهلت مقرر	درصد پیشرفت	اقدامات انجام شده / علت عدم تحقق مصوبه						
مصوبات کمیته های قبلی که نیاز به بررسی در سایر کمیته ها و یا تیم رهبری و مدیریت، برای تصمیم گیری می باشند.											
ردیف	مصوبه	کمیته مربوطه جهت ارجاع									



فرم صورتجلسه
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F5/5- MM

فرم پایش فصلی درصد حضور اعضا در کمیته.....		
درصد حضور در کمیته در سه ماهه سال	نام و نام خانوادگی اعضا	ردیف
		۱
		۲
		۳
		۴
		۵
		۶
		۷
		۸
		۹
		۱۰
		۱۱
		۱۲
		۱۳
		۱۴
		۱۵
	میانگین درصد حضور اعضا	



پایش کمیته های بیمارستانی

عنوان کمیته:

تاریخ پایش: ارزیابی کمیته از تاریخ: تا تاریخ:

تعداد جلسات برگزار شده با تاخیر:	تعداد جلسات برگزار شده مطابق برنامه کمیته:	تعداد جلسات پیش بینی شده
درصد:	درصد:	درصد:

تعداد کل مصوبات کمیته:	تعداد مصوبات اجرا شده:	تعداد مصوبات اجرا نشده:	تعداد مصوبات در دست اقدام:
درصد:	درصد:	درصد:	درصد:

بررسی دستور کار جلسات

آیا اولویت بندی مشکلات بیمارستان در تعیین دستور کار کمیته در نظر گرفته شده است؟
بله خیر

درصد همسویی با اهداف و ماموریت های کمیته: درصد همسویی با نتایج شاخص های بیمارستانی: درصد همسویی با نتایج رضایت سنجی ذینفعان:

بررسی مصوبات کمیته

آیا راه حل هایی همسو و مشخص با دستور کار کمیته مصوب شده است؟
بله خیر

آیا مصوبات کمیته مبتنی بر اطلاعات پردازش شده است؟
بله خیر

بررسی وضعیت حضور اعضا در کمیته

حضور رئیس / مدیرعامل		حضور اعضای ثابت در کمیته		مشارکت پزشکان		حضور مسئول ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و بهبود کیفیت	
دارد	ندارد	درصد حضور اعضا	درصد غائبین	دارند	ندارند	دارند	ندارند
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

شاخص های ارزیابی کمیته

(۱) درصد برگزاری جلسات مطابق با برنامه زمانبندی شده

(۲) درصد مصوبات اجرا شده، اجرا نشده و در دست اقدام به تفکیک

(۳) درصد حضور اعضا در کمیته

(۴) شاخص هایی که در متن آئین نامه کمیته های بیمارستانی قید گردیده است.

نام و امضای دبیر کمیته:



فرم صورتجلسه (۱)
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F7/1- MM

رئیس جلسه:	عنوان جلسه	تاریخ تشکیل جلسه:
دبیر علمی جلسه:		ساعت شروع: ساعت خاتمه:
دبیر اجرایی جلسه:	شماره جلسه:	مکان برگزاری جلسه:

۱. دستور کار جلسه:

۳. گزارش مختصری از نتایج پیگیری مصوبات قبلی (اقدامات انجام شده و مصوبات اجرایی نشده)
۴.

۲. چکیده موضوعات مطرح شده در جلسه فعلی:

۱.

سایر موارد مطرح شده:

1. Meeting Minutes



فرم صورتجلسه (۳)
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F7/3- MM

رئیس جلسه:	عنوان جلسه	تاریخ تشکیل جلسه :
دبیر علمی جلسه :		ساعت شروع: ساعت خاتمه:
دبیر اجرایی جلسه :	شماره جلسه :	مکان برگزاری جلسه :

۶. اعضای جلسه (ذکر اسامی حاضرین و غائبین با سمت الزامی است).

نکته: امضای اعضای جلسه به منزله تأیید مصوبات می باشد، لذا باید اسکن این لیست ضمیمه و سپس ارسال شود.

ردیف	نام و نام خانوادگی اعضاء	سمت	ساعت حضور	غایب	امضاء
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					



فرم صورتجلسه (۴)
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F_{7/4}- MM

۵- نتیجه بررسی مصوبات جلسه قبلی :

نتیجه پیگیری مصوبات جلسه قبلی به تاریخ: و شماره جلسه: (به مصوبات قبلی جلسه مراجعه و از مسئولین اجرا پیگیری گردد).					
ردیف	مصوبه	مسئول اجرا	مهلت مقرر	درصد پیشرفت	اقدامات انجام شده / علت عدم تحقق مصوبه
نتیجه پیگیری کلیه مصوبات جلسه های قبلی که در مهلت مقرر اجرایی نشده بودند. (به پیگیری مصوبات جلسه قبلی مراجعه شود).					
ردیف	مصوبه	مسئول اجرا	مهلت مقرر	درصد پیشرفت	اقدامات انجام شده / علت عدم تحقق مصوبه
مصوبات جلسه های قبلی که نیاز به بررسی در سایر کمیته ها و یا تیم رهبری و مدیریت، برای تصمیم گیری می باشند.					
ردیف	مصوبه	کمیته مربوطه جهت ارجاع			



فرم صورتجلسه (۵)
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F7/5- MM

فرم پایش فصلی درصد حضور اعضا در جلسه		
ردیف	نام و نام خانوادگی اعضا	درصد حضور در جلسه در سه ماهه سال
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		
۱۱		
۱۲		
۱۳		
۱۴		
۱۵		
میانگین درصد حضور اعضا		



فرم صورتجلسه (۶)
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F7/6- MM

شاخص های بخش.....				
ردیف	عنوان شاخص	تعداد/درصد	استاندارد	بهبودی
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				



فرم شناسایی و اولویت‌بندی فرایندهای جاری واحد/ بخش

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F₈- PIP

امتیازدهی جهت اولویت‌بندی (امتیاز از ۱۰-۱)

شماره اولویت	جمع امتیاز	میزان هزینه ارتقاء فرآیند	اضطرار زمان برای ارتقاء فرآیند	میزان عملی بودن ارتقاء فرآیند	میزان تاثیر ارتقاء بر رضایتمندی کارکنان	میزان تاثیر ارتقاء بر رضایتمندی بیماران	میزان اهمیت فرآیند	نام فرآیند

شناسایی نقاط قوت و ضعف بیمارستان
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه



دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

به کلیه واحدهای تابعه بیمارستان

با سلام و احترام خدمت همه شما سروران گرامی به استحضار می‌رساند که با استعانت از الطاف حضرت حق و با تکیه بر تجارب گذشته و همچنین در راستای تحقق اهداف و سیاستهای کاری مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری به تبعیت از سیاستهای وزارت متبوع در نظر داریم که برنامه کاری بیمارستان برای پنج سال پیشرو را بر پایه نظرات و پیشنهادات شما اعضا محترم تیم مدیریت اجرایی بیمارستان تدوین نماییم امیدواریم که این برنامه سمت و سوی حرکت همه ما در آینده پیش رو را ترسیم نموده و با حداقل هزینه بیشترین بهره را برای بیمارستان در پی داشته باشد.

برای این منظور لازم است که در اولین گام با نگاهی به برنامه موجود و فعالیتهای انجام شده در طول سال ماضی، تجزیه و تحلیل دقیق تری را از وضعیت موجود بیمارستان به انجام برسانیم. پر واضح است که استخوانبندی و چهارچوب هر برنامه ایی لاجرم باید از برآیند نظرات و پیشنهادات منابع انسانی سازمان بویژه کارشناسان و مدیران آن سرچشمه بگیرد چرا که به استناد آرا و اندیشه صاحب نظران این عرصه؛ تنها در این صورت می‌توان به برداشتن موانع موجود در مسیر پیش رو و تحقق آرمانهای سازمان و مطابقت دادن آن با آرمانهای اعضاء چشمامید داشت. به همین خاطر انتظار دارد که همکاران محترم با اختصاص حداکثر نیم ساعت از وقت گرانبهای خود و ارائه پاسخ صادقانه و دقیق خود به پرسشهای زیر در راستای تدوین این برنامه یا بهتر بگوییم ترسیم نقشه راه آینده، ما را یاری فرموده و در ضمن به مسؤلیت خود نیز در این زمینه عمل نمایند، مزید امتنان خواهد بود که همکاران نکته و نظرات خود را در قالب فرم پیوست مرقوم فرموده و ماحصل آن را به دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی بیمارستان منعکس فرمایند.

۱. بنظر شما نقاط ضعف بیمارستان ما کدامها هستند؟ منظور از نقاط ضعف مجموعه کاستیها و مشکلاتی است که منشأ آنها داخل بیمارستان بوده و مانع تحقق اهداف ما میگرددند.
۲. نقاط قوت بیمارستان را در چه چیزهایی مشاهده میکنید؟ منظور از نقاط قوت مجموعه ایی از منابع و توانمندیهای داخلی است که در صورت شناسایی درست و استفاده صحیح از آنها، می‌توانند بیمارستان را در مسیر رسیدن به اهداف یاری نمایند.
۳. لطفاً تحلیلی از فرصتهای بیمارستان ارائه نموده و آنها را برشمارید. منظور از فرصتها مجموعه ایی از عوامل و امکانات بالقوه خارج از سازمان است که در صورت بهره‌گیری از آنها توانمندی بیمارستان در جهت نیل به اهداف افزایش خواهد یافت.
۴. همچنین تحلیلی از تهدیدهای پیش روی بیمارستان ارائه نموده و آنها را برشمارید. منظور از تهدیدها مجموعه ایی از عوامل مؤثر و مداخله‌گر خارج از سازمان است که مانع از اجرای برنامه‌ها و تحقق اهداف بیمارستان می‌گردند.
۵. اگر کسی بخواهد برای بیمارستان شما در انتهای پنج سال آینده گزارشی بنویسد دوست دارید و یا بهتر بگوییم آرزو دارید که بیمارستان و بخش شما را چگونه به تصویر بکشد؟
۶. فرض کنید شما در طول پنج سال آینده مسؤل اجرایی این بیمارستان هستید. در این صورت برای تعالی این بیمارستان می‌خواهید چه کاری انجام دهید؟

مجدداً تأکید می‌نماید که استخوانبندی این برنامه را برآیند نظرات و پیشنهادات صادقانه شما عزیزان شکل خواهد داد و در ضمن چنانکه هر یک از پرسنل بیمارستان نیز بخواهد به صورت فردی و یا در هم‌فکری با مسئولین واحد خود در این نظر خواهی مشارکت نماید؛ دفتر بهبود کیفیت از آنها استقبال نموده و پیشاپیش مراتب تشکر و قدردانی خود را نسبت به همه این همکاران اعلام می‌نماید.



	نقاط ضعف بیمارستان
	نقاط قوت بیمارستان
	فرصتها
	تهدیدات
	سوال ۵ (دورنما)
	سوال ۶ (استراتژی)



فرم مواجهه شغلی

(فرو رفتن اجسام تیز و برنده آلوده - پاشیده شدن ترشحات به داخل مخاطات - تماس پوست ناسالم)

F₁₀- OE

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

اطلاعات زیر توسط پرسنل مورد مواجهه تکمیل شده و فرم تحویل سوپروایزر کنترل عفونت یا دفتر پرستاری گردد.

مشخصات فرد مورد مواجهه			
نام و نام خانوادگی:	سمت:	سن:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
شماره تلفن:		سابقه کار:	
بخش:	تاریخ مواجهه:	نوع مواجهه: آسیب پوستی <input type="checkbox"/> تماس پوست ناسالم <input type="checkbox"/>	
تاریخ گزارش:	ساعت مواجهه:	پاشیدن خون یا ترشحات به داخل چشم و دهان <input type="checkbox"/>	
	شیفت مواجهه:		
علت مواجهه: حین برقراری IV line <input type="checkbox"/> حین تزریق عضلانی <input type="checkbox"/> حین خون گیری <input type="checkbox"/> حین عمل جراحی <input type="checkbox"/> حین کار با بیستوری <input type="checkbox"/> حین جا به جایی زباله <input type="checkbox"/> حین گرفتن زایمان/ معاینه واژینال <input type="checkbox"/> از طریق Safety Box <input type="checkbox"/> سایر موارد:			
حجم ترشحات: زیاد <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>		سابقه ایمنی فرد مورد مواجهه:	
وضعیت جسمی: بارداری <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/>		تیترا آنتی بادی HBS Ab :	
		وضعیت واکسیناسیون هپاتیت B: کامل <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/> در حال انجام <input type="checkbox"/>	
مشخصات بیمار (منبع)			
نام و نام خانوادگی:	وضعیت آلودگی بیمار مشخص نیست <input type="checkbox"/>		
شماره پرونده:		در صورت مشخص بودن وضعیت آلودگی: <input type="checkbox"/> HIV + <input type="checkbox"/> HBS + <input type="checkbox"/> HCV +	
منبع نامشخص <input type="checkbox"/>			
آدرس و شماره تلفن منبع مواجهه:			
اقدامات انجام شده: شستشوی موضع با آب و صابون یا نرمال سالین <input type="checkbox"/> شستشوی چشم با آب یا نرمال سالین <input type="checkbox"/> شستشوی داخل دهان با آب یا نرمال سالین <input type="checkbox"/>			
علل مواجهه: دور از دسترس بودن سفتی باکس جهت انداختن اجسام تیز <input type="checkbox"/> زیاد بودن حجم کاری <input type="checkbox"/> صدمه از طرف سایر همکاران <input type="checkbox"/> پر بودن سفتی باکس و آسیب هنگام انداختن اجسام تیز در آن <input type="checkbox"/> نپوشیدن دو جفت دستکش/دستکش دولایه <input type="checkbox"/> عدم استفاده از ماسک و عینک محافظ <input type="checkbox"/> سرپوش گذاری مجدد سرسوزن (recap) <input type="checkbox"/> بیقراری بیمار <input type="checkbox"/> کم دقتی <input type="checkbox"/> دفع نامناسب اجسام نوک تیز و برنده (انداختن سرسوزن داخل سطل زباله و یا دهانه سفتی باکس) <input type="checkbox"/> انتقال اجسام نوک تیز با ظروف نامناسب جهت انداختن در Safety Box <input type="checkbox"/> جا ماندن اجسام نوک تیز در روی تخت بیمار یا ترالی کار <input type="checkbox"/> عدم استفاده از کفش رو بسته/چکمه <input type="checkbox"/> سایر موارد:			

مهر و امضای فرد مورد مواجهه (پرسنل):

اطلاعات زیر توسط سوپروایزر کنترل عفونت تکمیل می شود:

<p>اقدامات انجام شده توسط واحد کنترل عفونت:</p> <p><input type="checkbox"/> شروع درمان پروفیلاکسی <input type="checkbox"/> ارجاع به متخصص عفونی</p> <p><input type="checkbox"/> تزریق واکسن هیپاتیت <input type="checkbox"/> HBIG</p> <p><input type="checkbox"/> تزریق واکسن دوگانه <input type="checkbox"/> ارجاع جهت تکمیل دوره واکسیناسیون</p> <p>سایر:</p>	<p>نتایج آزمایشات فرد مورد مواجهه:</p> <p>HBS Ab</p> <p>HBS Ag</p> <p>HCV Ab.....</p> <p>HIV Ab</p>	<p>نتایج آزمایشات منبع (بیمار):</p> <p>HIV Ab</p> <p>HBS Ag</p> <p>HCV Ab.....</p>
--	---	--



اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

فرم مشاهدات

استان:	مرکز / بیمارستان :	شروع و خاتمه مشاهده (به دقیقه و ساعت):
شهر:	بخش:	مدت زمان مشاهده (به دقیقه):
دانشگاه علوم پزشکی:		شماره جلسه: ^۴
		سمت مشاهده گر:

گروه کادر حرفه ای		گروه کادر حرفه ای		گروه کادر حرفه ای		گروه کادر حرفه ای		
کد		کد		کد:		کد		
تعداد		تعداد		تعداد:		تعداد		
عمل HH	اندیکاسیون	عمل HH	اندیکاسیون	عمل HH	اندیکاسیون	عمل HH ^۶	اندیکاسیون	
<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> ^۷ HR <input type="checkbox"/> ^۸ HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.surr.	۱
<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.surr.	۲
<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.sur	<input type="checkbox"/> HR <input type="checkbox"/> HW <input type="radio"/> missed <input checked="" type="radio"/> gIOves	<input type="checkbox"/> bef-pat. <input type="checkbox"/> bef-asept. <input type="checkbox"/> aft-b.f. <input type="checkbox"/> aft-pat. <input type="checkbox"/> aft.p.surr.	۳
عمل HH	اندیکاسیون	عمل HH	اندیکاسیون	عمل HH	اندیکاسیون	عمل HH	اندیکاسیون	

⁴ Session N° (attributed at the moment of data entry for analysis.)

⁵ Opportunity

⁶ HH action

⁷ handrubbing

⁸ handwashing

تعریف واژه ها:

Opp (Ortunity) موقعیت (Opp/O) حداقل با یک اندیکاسیون تعریف می شود

Indication اندیکاسیون : دلیل و انگیزه بهداشت دست

- قبل از تماس با بیمار
- قبل از پروسیجر آسپتیک
- بعد از مواجهه با خون و مایعات بدن بیمار
- بعد از تماس با بیمار
- بعد از تماس با محیط مجاور بیمار

❖ توصیه های کلی:

۱. در صورت مشاهده باز و مستقیم رعایت بهداشت دست، مشاهده گر بایستی خود را به کادر حرفه ای و بیمار معرفی و هدف از بررسی را توضیح دهد.
۲. کادر درمانی به یکی از چهار گروه حرفه ای ذیل وابسته بوده و عملکرد آنان در طی ارائه خدمات سلامت مشاهده خواهد شد.

۱: پرستار

۱: پرستار ۲: ماما ۳: دانشجوی پرستاری

۲: کادر کمکی، کادر خدماتی و نظیف کار

۳: پزشک

۱: پزشک داخلی ۲: جراح ۳: متخصص بیهوشی، متخصص طب اورژانس ۴: متخصص اطفال ۵: متخصص زنان ۶: مشاور ۷: دانشجوی پزشکی

۴- سایر کادر پزشکی و پیراپزشکی

۱. تراپیست (فیزیو تراپیست، کار درمان، شنوایی سنج، گفتار درمان) ۲: تکنسین (رادیولوژی، اتاق عمل، آزمایشگاه و کاردیولوژی) ۳: سایر (دندانپزشک، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، ...)

۴: دانشجو

۳. توصیه می شود ثبت موارد با مداد انجام شود تا در صورت نیاز تصحیح شود.
۴. عناوین بالای فرم قبل از مشاهده تکمیل می شود. (به جز زمان پایان و زمان دوره مشاهده)
۵. کل زمان یک دوره مشاهده ۲۰ دقیقه +/- ۱۰ دقیقه به طول می انجامد.
۶. در صورتی که تکرر موقعیت های ایجاد شده برای بهداشت دست اجازه دهد، یک مشاهده گر می تواند حداکثر سه نفر از کادر را همزمان مشاهده نماید.
۷. هر ستون به امتیاز رعایت بهداشت دست توسط یک گروه خاص حرفه ای تعلق دارد. بنابراین در یک ستون ممکن است نحوه عملکرد تعدادی از کادر همسان یک گروه ثبت شود.
۸. هر موقعیت به یک ردیف در یک ستون اشاره دارد.
۹. در صورتی که پرسنل از دستکش استفاده نمایند و از رعایت بهداشت دست امتناع نمایند، پوشیدن دستکش علامت می خورد.



فرم مشاهدات: محاسبه ابتدایی میزان رعایت بهداشت دست

F₁₂- ICHh

Session N ^o	بخش:			دوره:			مرکز:			Total per session					
	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای	گروه کادر حرفه ای			
	Opp (n)	HW (n)	HR (n)	Opp (n)	HW (n)	HR (n)	Opp (n)	HW (n)	HR (n)	Opp (n)	HW (n)	HR (n)	Opp (n)	HW (n)	HR (n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Total															
Calculation	Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =		
Compliance	Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =			Opp (n) =		

$$\text{Compliance (\%)} = \frac{\text{Actions}}{\text{OppOrtunities}} \times 100$$

$$\text{میزان رعایت (\%)} = \frac{\text{تعداد اقدام به بهداشت دست} \times 100}{\text{تعداد موقعیت ها}}$$

❖ نحوه محاسبه:

۱. موقعیت های گزارش شده را در هر گروه از کادر حرفه ای جمع بنویسید و در فرم ابتدایی محاسبه میزان رعایت بهداشت دست وارد کنید.
۲. جمع تعداد HW و HR مثبت را در فرم ابتدایی محاسبه میزان رعایت بهداشت دست وارد کنید.
۳. تمامی موارد را از جلسات مشاهده متعدد با هم جمع بنویسید
۴. در هر گروه حرفه ای می توانید با استفاده از فرمول فوق الذکر میزان رعایت بهداشت دست را محاسبه کنید.



فرم شماره ۲: جدول مخرج های آماری جهت محاسبه شاخص های عفونت

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F₁₃- TSDCII

بیمارستان: بخش: سال: ماه:

ردیف	تاریخ	کل بیماران	بستری جدید	فونی	تعداد جراحی	کاتتر ادراری	کاتتر شریانی	کاتتر نافی	کاتتر ورید محیطی	کاتتر ورید مرکزی		ونتیلاتور
										دائمی	موقت	
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												
۹												
۱۰												
۱۱												
۱۲												
۱۳												
۱۴												
۱۵												



گزارش زخم بستر
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F₁₄- RPI

ردیف	نام خانوادگی	سن	جنس	تشخیص اولیه	تاریخ بستری	تاریخ عمل	تاریخ ایجاد زخم	تاریخ گزارش	شماره پرونده	ریسک فاکتور ^۹	امتیاز برادن ^{۱۰} / کلا مورگان ^{۱۱}	Stage زخم ^{۱۲}
۱												
۲												
۳												
۴												
۵												
۶												
۷												
۸												

۱. درج در صورت وجود ریسک فاکتورهای مرتبط با ایجاد زخم بستر از جمله بی اختیاری ادرار/مدفوع، پارزی یا پلژی اندامها، دیابت، چاقی، لاغری مفرط و ... ذکر شود
۲. امتیاز معیار برادن: ۱- بی خطر: ۱۹-۲۳ ۲- خطر متوسط: ۱۵-۱۸ ۳- پرخطر: ۱۳-۱۴ ۴- خیلی پرخطر: ۱۰-۱۲
۳. درجه بندی معیار کلا مورگان (GLAMORGAN): در معرض خطر: ۱۵ - ۱۰ ریسک بالا: ۲۰ - ۱۵ ریسک بسیار بالا: امتیاز ۲۰ و بیشتر
۴. Stage I، Stage II، Stage III، Stage IV



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه

F15/1-SSDC

مرکز بهداشت شهرستان

خانه بهداشت پایگاه بهداشتی مرکز بهداشتی درمانی بیمارستان مطب خصوصی

(فرم شماره ۳ مراقبت ۱ تور) فرم نمونه برداری موارد اسهال مشکوک به التور و فرم گزارش آزمایشگاه

آزمایشگاه			آدرس و تلفن	محل سکونت		واحد تهیه کننده نمونه		تماس با		وارد از	ملیت	تاریخ		شغل	گروه سنی		سن	جنس	نام پدر	نام و نام خانوادگی	ردیف	
نتیجه آزمایش	تاریخ			کیفیت نمونه	روستا	شهر	خارج بیمارستان	بیمارستان	اتباع خارجی *			بیمار وبایی	نمونه برداری		بروز علامت	بالای دو سال						زیر دو سال
	انجام آزمایش	تحويل به آزمایشگاه	نا مطلوب							مطلوب												

* نام کشور اتباع نوشته شود. نام و نام خانوادگی نمونه بردار

نام و امضاء مسئول آزمایشگاه

نام و امضاء مسئول واحد



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

F15/2-SSDC

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجانغربی

مراقبت التور (فرم شماره ۵)

گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور مرکز آموزشی درمانی ارومیه ماه سال

تعداد موارد ناک انسانی	تعداد فوت شدگان در		موارد مثبت				تماس		وارده از				ملیت		محل سکونت		گروه سنی		جنس		تعداد نمونه های آزمایش شده در			تعداد کل
	موارد منفی	موارد مثبت	تماس با اتباع خارجی	تماس با بیمار وبائی	بستری	سرباپایی	اتباع خارجی	بیمار وبائی	سایر	افغانستان	پاکستان	موارد داخلی	خارجی	ایرانی	روستا	شهر	دو سال و بالاتر	زیر دو سال	زن	مرد	نوع	موارد اسهال بیمارستانی	موارد اسهال خارج بیمارستانی	موارد اسهال گزارش شده

نام گزارش کننده :

تاریخ گزارش :



شناسنامه فرایندها و شاخصهای ارزیابی عملکرد فرایند

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

بخش / واحد

توضیحات	تعریف اجزاء فرآیند	اجزاء فرایند
عنوان کامل فرایند درج شود		عنوان فرایند
نقطه آغازین فلوجارت فرایند		نقطه آغاز فرایند
نقطه پایانی در فلوجارت فرایند		نقطه پایان فرایند
منظور نتیجه نهایی فرایند و در پاسخ به این سؤال که: این فرایند برای چه منظوری ایجاد شده است		خروجی/نتیجه فرایند
ممکن است یک یا چند واحد در عملکرد این فرایند دارای نقش باشند و لذا باید این واحدها مشخص گردند		واحدهای ذینقش/صاحب فرایند
باید مشخص گردد که فرایند اصلی، پشتیبانی و یا مدیریتی می باشد		نوع فرایند
هدف این است مشخص نماییم که ارزیابی عملکرد این فرایند بر پایه چه معیارها/شاخصهایی (اعم از شاخصهای ساختاری، فرایندی یا پیامدی) انجام خواهد گرفت.	شاخص ساختاری (دروندادی): شاخصهای فرآیندی: شاخصهای پیامدی (بروندادی):	شاخص ها/سنجش های ارزیابی فرایند



فرم بازدید مدیریتی ایمنی بیمار
مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری
دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

F₁₇- PSWR


مسئول پیگیری مصوبات: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار					شیفت:	بخش / واحد:	تاریخ:
وضعیت اجرایی مصوبه	منابع لازم	مهلت زمان اجرا	مسئول اجرا	مصوبات	راهکارهای پیشنهادی	مشکلات مطرح شده	ردیف
							۱
							۲
							۳
							۴
							۵
							۶
							۷
							۸
							۹
							۱۰
							اسامی
							امضاء

1. Patient Safety

تاریخ ابلاغ :	عنوان دستورالعمل	کد دستورالعمل I-...-...-no.
تاریخ بازنگری :		
شماره ویرایش :		
امکانات مورد نیاز :		
کارکنان مرتبط :		
تعاریف :		
هدف :		
<p>۱- فاعل باید فعل دستوری.</p> <p>نمونه : کارشناس ایمنی پس از تحلیل ریشه‌ای خطا، باید شرایط تهدید کننده ایمنی را شناسایی نماید.</p>		
مسئولیت ها و اختیارات:		
فرد پاسخگو :		
ناظر:		
نحوه نظارت:		
منابع :		
.۱		
.۲		
تهیه کننده	تأیید کننده	ابلاغ کننده
		ریاست بیمارستان شهید مطهری

تاریخ ابلاغ :	عنوان خط مشی	کد خط مشی و روش PP-....-no.
تاریخ بازنگری :		
شماره ویرایش :		
امکانات مورد نیاز :		
کارکنان مرتبط :		
تعاریف : RCA تحلیل ریشه ای خطا Root Cause Analysis		
بیانیه خط مشی:		
هدف :		
روش اجرایی :		
۱- مفعول توسط فاعل فعل حال استمراری.		
نمونه : RCA خطاها توسط کارشناس ایمنی صورت می پذیرد .		
مسئولیت ها و اختیارات:		
فرد پاسخگو :		
ناظر:		
نحوه نظارت:		
منابع :		
تهیه کننده	تأیید کننده	ابلاغ کننده
		ریاست بیمارستان شهید مطهری

تاریخ ابلاغ :	عنوان خط مشی و روش‌های اجرایی	کد روش اجرایی P-....-....-no.
تاریخ بازنگری :		
شماره ویرایش :		
امکانات مورد نیاز :		
کارکنان مرتبط :		
تعاریف :		
هدف:		
<p>۱- مفعول توسط فاعل فعل حال استمراری.</p> <p>نمونه : کلیه بخش‌های بیمارستان در تمام ساعات شبانه روز طبق برنامه تنظیمی مشغول ارائه خدمات به بیماران سرپایی و بستری می‌باشند.</p>		
<p>مسئولیت‌ها و اختیارات:</p> <p>فرد پاسخگو :</p> <p>ناظر:</p> <p>نحوه نظارت:</p> <p>منابع :</p>		
ابلاغ کننده	تأیید کننده	تهیه کننده
ریاست بیمارستان شهید مطهری		

کد : AP-	<p style="text-align: center;">هوالمافی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه برنامه بهبود / عملیاتی واحد / بخش سال</p>																			
	عنوان برنامه :																			
												هدف کلان								
												هدف اختصاصی								
												استراتژی								
												شاخص هدف								
جدول پیشرفت زمانی												ردیف								
۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱		بودجه	نتیجه مورد انتظار	تاریخ پایان	تاریخ شروع	مجری	شرح فعالیت ها		
																		۱		
																		۲		
																		۳		
																		۴		
																		۵		
تایید کننده نهایی : ریاست بیمارستان												تایید کنندگان				تهیه کنندگان				تایید و تهیه و

عنوان برنامه :

دوره پایش : ماهیانه		مسئول پایش :		روش پایش : مشاهده / مصاحبه / بررسی مستندات								
درصد تحقق فعالیت ها (ستون شرح فعالیت)												
ماه	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
تاریخ پایش												
درصد تحقق												
سه ماهه												

نتیجه ارزیابی شاخص				میزان هدف	میزان جاری	شاخص برنامه
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم			
رضایتمندی		دسترسی عادلانه به خدمات		کارایی	اثربخشی	ابعاد کیفی شاخص



فرم پیشنهادات و نظرات همکاران

F₂₂-PSP

الف: مشخصات پیشنهاد دهنده:

نام و نام خانوادگی: آخرین مدرک تحصیلی و رشته تحصیلی:

واحد یا بخش محل خدمت: عنوان پست سازمانی:

تلفن تماس: تعداد پیشنهادات قبلی:

شرح مشکل: در حال حاضر چه مشکلی وجود دارد که شما برای رفع آن پیشنهادتان را مطرح کرده اید، لطفاً در چند سطر اشکالات وضع موجود را بیان فرمائید.

پیشنهاد شما چیست؟ مشخصاً بیان فرمائید این پیشنهاد چگونه شرایط موجود را بهبود می بخشد یا منافی را متوجه جامعه کاری مورد نظر شما می سازد. محاسن روش مطلوب پیشنهادی چیست و ساز و کار اجرایی آن کدام است؟

مزایای پیشنهاد:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> صرفه جویی مال (میزان آن را تخمین بزنید) | <input type="checkbox"/> بهبود فرآیند |
| <input type="checkbox"/> کاهش در زمان اجرای یک فرآیند | <input type="checkbox"/> بهبود مسائل اخلاقی و معنوی |
| <input type="checkbox"/> کوتاه کردن گردش کار یک فرآیند | <input type="checkbox"/> بهبود روابط اداری |
| <input type="checkbox"/> کاهش در قیمت تمام شده یک فعالیت | <input type="checkbox"/> بهبود خدمات به ارباب رجوع |
| <input type="checkbox"/> ارتقاء ایمنی و سلامت کارکنان | <input type="checkbox"/> افزایش درآمد |
| <input type="checkbox"/> اصلاح شرح شغل کارکنان: | <input type="checkbox"/> سایر با شرح : |

برآورد بار مالی ناشی از اجرای پیشنهاد شما چقدر است (لطفاً تخمین بزنید): ریال

دایره شمول برخورداری از اجرای این پیشنهاد:

واحدی از سازمان: کل سازمان: فراسازمانی:

امضاء و تاریخ:

شیو نامه انتخاب و معرفی کارمند نمونه

با هدف افزایش رضایتمندی بیماران و همکاران

رضایتمندی بیماران برآیند مجموعه پیچیده ای از عوامل گوناگون است و برای دستیابی به آن لازم است ابعاد متعددی از خدمات از جمله مراقبتهای پرستاری، پزشکی، پشتیبانی و اداری به طریقی با یکدیگر هماهنگ شده و با رعایت کامل حقوق بیمار در تمام ابعاد، شرایط مناسبی را برای ایجاد و ارتقای آن فراهم سازد.

مهمترین عامل رضایتمندی بیماران، کارکنان راضی از شغل و سازمان خود هستند که خدمات و مراقبتهای سلامتی را ارائه می کنند.

از اینرو توجه به رضایتمندی کارکنان به عنوان تأمین کنندگان اصلی رضایتمندی بیماران اهمیت دارد. به منظور دستیابی به رضایتمندی هر دو گروه بیماران و کارکنان، تیم مدیریت اجرایی بیمارستان آزادی در سال ۱۳۹۵ دستورالعمل انتخاب، معرفی و تشویق کارمندان نمونه را با محوریت توجه به رضایتمندی و حقوق بیمار تصویب کرد.

دستورالعمل انتخاب، معرفی و تشویق کارمند نمونه

دستورالعمل شامل اجزای زیر است:

۱- ملاک و معیار انتخاب کارمند نمونه

۲- فرآیند اجرایی

۳- تشویق و امتیازات ویژه

ملاک و معیار انتخاب کارمند نمونه

۱- انضباط اداری

۲- تعهدات اخلاقی - اجتماعی

۳- انجام وظایف حرفه ای و تخصصی

انضباط اداری شامل:

- حضور به موقع در محل کار (استعلام از کارگزینی)

- آراستگی ظاهری و حفظ شئون اسلامی در محیط کار

- رعایت سلسله مراتب اداری (نظر مسئول مستقیم)

تعهدات اخلاقی - اجتماعی شامل:

- دارا بودن حسن شهرت به لحاظ اخلاقی، اجتماعی و حرفه ای

- دارا بودن وجدان کاری و ایمان به کار

- پذیرش انتقادات و پیشنهادات دیگران

انجام وظایف حرفه ای و تخصصی شامل:

- دارا بودن مهارت های حرفه ای با رعایت استانداردها و شرح وظایف
- رعایت ضوابط و مقررات اداری (ویژه کارکنان اداری) و رعایت ضوابط و مقررات درمانی (ویژه کارکنان درمانی)
- احترام به حقوق همکاران و مراجعه کنندگان
- تلاش در جهت ارتقای سطح علمی و آگاهی خود و همکاران
- ارتباطات مناسب درون سازمانی
- ابتکار، خلاقیت و نوآوری در انجام وظایف محوله
- فعالیت در جهت آموزش به بیمار و همراهان (ویژه کارکنان درمانی)
- جلب رضایت مراجعین
- نداشتن شکایت از مراجعه کنندگان و همکاران (مسئول رسیدگی به شکایات)

فرآیند اجرایی

- ۱- نظرخواهی از مسئولین واحدها در خصوص معرفی یک نفر به عنوان کارمند نمونه در پایان هر ماه
- ۲- جمع آوری اسامی کارمند نمونه از مسئولین واحدها با تکمیل فرم امتیازدهی براساس ملاک های انتخاب
- ۳- استعلام از واحد فناوری اطلاعات در خصوص زمان ورود و خروج کارمندان معرفی شده توسط مسئولین واحدها
- ۴- استعلام از واحد رسیدگی به شکایت در خصوص کارمندان معرفی شده
- ۵- تهیه لیست کارمندان معرفی شده از واحدها و امتیاز کسب شده
- ۶- بررسی کارمندان معرفی شده در کمیته بهبود کیفیت و انتخاب چهار نفر از کارمندان به عنوان نمونه با رای اعضای کمیته
- ۷- اعلام اسامی کارمندان نمونه به واحد کارگزینی
- ۸- صدور تقدیرنامه کتبی با امضاء رئیس بیمارستان برای کارمندان نمونه
- ۱۰- بایگانی رونوشت تقدیرنامه در پرونده پرسنلی کارمندان نمونه

تشویق و امتیاز ویژه

- ۱- صدور تقدیرنامه کتبی با امضاء رئیس بیمارستان برای کارمندان نمونه
- ۲- اعلام اسامی کارمندان نمونه به مسئول امور مالی جهت تخصیص امتیاز بیشتر کارانه



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی آذربایجان غربی

F₂₃-SOE

فرم انتخاب کارمند نمونه

فرم انتخاب کارمند نمونه

نام و نام خانوادگی:

نام واحد:

ملاحظات	امتیاز مکتسبه	حد اکثر امتیاز	مصادیق	میارها و شاخص های انتخاب	
		۱۵	حضور به موقع در محل کار	رعایت نظم و انضباط اداری	
		۱۰	آراستگی ظاهری و حفظ شئونات اسلامی در محیط کار		
		۵	رعایت سلسله مراتب اداری		
		۵	دارا بودن حسن شهرت به لحاظ اخلاقی، اجتماعی و حرفه ای	تعهدات اخلاقی - اجتماعی	
		۸	دارا بودن وجدان کاری و ایمان به کار		
		۷	پذیرش انتقادات و پیشنهادات دیگران		
		۸	رعایت ضوابط و مقررات اداری (ویژه کارکنان اداری) و رعایت ضوابط و مقررات درمانی (ویژه کارکنان درمانی)	دارا بودن مهارت های حرفه ای با رعایت استانداردها و شرح وظایف	
		۵	احترام به حقوق همکاران و بیماران		
		۱۰	تلاش در جهت ارتقای سطح علمی و آگاهی خود و همکاران		
		۴	ارتباطات مناسب درون سازمانی		
		۴	ابتکار، خلاقیت و نوآوری در انجام وظایف محوله		
		۹	فعالیت در جهت آموزش به بیمار و همراهان (ویژه کارکنان درمانی) و وقت شناسی و استفاده موثر از زمان (ویژه کارکنان اداری)		
		۵	جلب رضایت مراجعین		
		۵	نداشتن شکایت از بیماران و همکاران (مسئول رسیدگی به شکایات)		
		۱۰۰			جمع امتیاز

رئیس محترم امور اداری:

با توجه به بررسی های بعمل آمده، نامبرده بعنوان نامزد کارمند نمونه این واحد بحضورتان معرفی می گردند.

نام و نام خانوادگی مسئول:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی آذربایجان غربی

F₂₄- IPENP/C

فرم شناسایی و الویت بندی نیازهای آموزشی بیماران/همراهان

بر اساس بیماری های شایع و با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت های پرستاری مورد نیاز

نام و نام خانوادگی:		شماره پرونده:		بخش:		تشخیص:	
<p>مددجو و همراه گرامی با توجه به این که باز یابی هر چه سریع تر سلامتی و آگاهی لازم در مورد نحوه برخورد با بیماری و چگونگی ایجاد شرایط مناسب میسر خواهد شد. لذا خواهشمند است با تکمیل فرم زیر ما را یاری نمایید.</p>							
<p>لطفا نظرات خود را بر حسب نیاز داشتن یا نداشتن به آموزش علامت گذاری کنید. مثلا اگر در خصوص "نیاز آموزشی" هیچ اطلاعی ندارید قسمت "نیاز به آموزش دارم" تیک زده شود و در صورتی که نیاز به آموزش ندارید قسمت "نیاز به آموزش ندارم" را علامت گذاری کنید. در صورتی که نیاز به آموزش دارید پنج مورد از مواردی را که بیشتر نیاز دارید در ستون الویت بندی نیازهای آموزشی به ترتیب الویت تیک بزنید. فرم توسط مددجو و یا به کمک همراه بیمار تکمیل گردد. در صورت ابهام در تکمیل فرم، از پرستار مربوطه مجدد سوال گردد.</p>							
الویت بندی نیازهای آموزشی		نیاز آموزشی		لیست نیاز های آموزشی			
		ندارم	دارم				
				آشنایی با بیماری (تعریف، علائم و عوارض بیماری)			
				آشنایی با مصرف داروها و عوارض آنها			
				آشنایی با مراقبت های لازم در خصوص بیماری			
				آشنایی با انجام فعالیت های روزانه مجاز و نحوه استراحت			
				آشنایی با رژیم غذایی خاص بیماری خود			
				رعایت روش های تسکین درد			
				مراجعات و پیگیری های بعدی			
				نحوه مراقبت از خود در منزل و پیامدهای احتمالی			
امضای پرستار مربوطه:				امضای همراه بیمار:			
				تاریخ:			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

فرم فالوآپ کارشناس آموزش به بیمار پس از ترخیص بخش

F₂₅- FPEEDW

مواره ارزیابی		شماره پرونده	تعداد ۱	تعداد ۲	تعداد ۳	تعداد ۴	تعداد ۵	تعداد ۶	تعداد ۷	تعداد ۸	تعداد ۹	تعداد ۱۰	تعداد ۱۱	تعداد ۱۲	تعداد ۱۳	تعداد ۱۴
۱	آیا پس از ترخیص، در رابطه با وضعیت سلامت خود مشکلی یا نگرانی داشته اید؟															
۲	آیا در مورد داروهای مصرفی در منزل اطلاعات کافی دارید؟															
۳	آیا رژیم غذایی توصیه شده توسط پزشک و پرستار را رعایت می کنید؟ (محدودیت رژیم غذایی باید ها و نباید های را می دانید)															
۴	آیا در مورد مشکلات یا علائمی که ممکن است برای شما پس از ترخیص پیش بیاید، توضیح داده شده است؟															
۵	آیا می دانید چه زمانی و کجا باید به پزشک خود مراجعه کنید؟															
۶	آیا می دانید در صورت بروز مشکل در فرآیند بهبودی به کجا مراجعه کنید؟															
۷	آیا از پرورش آموزش های ترخیص به بیمار/خانواده ارائه شده و از محتویات آموزشی آن اطلاع کافی دارد															
۸	آیا پس از ترخیص باید جواب آزمایش یا گرافی، انجام (در مورد توزیادان تست تیرویید، تست شنوایی منجمی) خود را دریافت یا پیگیری می نمودید و تاریخ و محل دریافت آن را می دانید؟															
۹	آیا پس از ترخیص مشکلی در مورد ارجاع یا مراجعه مجدد داشته اید؟															
۱۰	آیا در مورد مراقبت از توزیاد اطلاعات کافی دارید؟															
۱۱	در صورت داشتن سوخت ادراری در طول مدت بستری آیا پس از ترخیص علائم تب، تکرر ادرار، آموزش ادرار فوریت ادرار و ... داشته اید؟															
۱۲	در صورت عمل جراحی، در رابطه با یقینان مشکلی دارید؟															
۱	در صورت انجام عمل جراحی در طول مدت بستری، آیا پس از ترخیص ترشح چرکی، دردتنگی، تورم موضعی، قرمزی یا گرمی در محل برش جراحی داشته اید؟															
۱۳	آیا در طول مدت پس از ترخیص علائمی مانند تب لرز و کم شدن تپه های میزان ادرار داشته اید؟															
امتیاز موارد ارزیابی																
جمع بندی امتیازات																

امتیازات:

خوب: ۲ / متوسط: ۱ / ضعیف: ۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
فرم اخذ برائت و رضایت آگاهانه برای اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی/بیهوشی

F26- OICDTSAP

شماره پرونده:	بخش:	کد ملی:
نام و نام خانوادگی بیمار:		پزشک معالج:
نام پدر:	تخت:	تاریخ پذیرش:
تاریخ تولد:	اتاق:	سطح تحصیلات بیمار/ولی قانونی:

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل گردد

اینجانب دکتر پزشک معالج بیمار فوق الذکر درخصوص اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری..... انجام می شود، توضیحات کافی و آگاهی لازم را در مورد اهم مزایا ، عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به آقای / خانم گیرنده خدمت □ ولی /نماینده قانونی گیرنده خدمت □ ارائه داده ام که شامل :

مزایای استفاده از روش تشخیصی /درمانی / جراحی توصیه شده:

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی /درمانی / جراحی توصیه شده:

روش یا روشهای جایگزین تشخیصی /درمانی / جراحی با ذکر مزایا و عوارض احتمالی:

عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی /درمانی / جراحی توصیه شده:

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :

مهر و امضاء پزشک معالج:

این قسمت توسط پزشک بیهوشی تکمیل گردد

اینجانب دکتر متخصص بیهوشی بیمار فوق الذکر درخصوص اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی که به منظور تشخیص و یا درمان بیماری انجام می شود، توضیحات کافی و آگاهی لازم را در مورد اهم مزایا ، عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به آقای / خانم گیرنده خدمت □ ولی /نماینده قانونی □ ارائه داده ام که شامل :

مزایای استفاده از روش تشخیصی /درمانی / جراحی توصیه شده:

اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی /درمانی / جراحی توصیه شده:

روش یا روشهای جایگزین تشخیصی /درمانی / جراحی با ذکر مزایا و عوارض احتمالی:

عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی /درمانی / جراحی توصیه شده:

تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :

مهر و امضاء پزشک بیهوشی:

این قسمت توسط بیمار /ولی یا نماینده قانونی بیمار تکمیل گردد

اینجانب بیمار □ ولی / نماینده قانونی بیمار □ دارای کد ملی / شماره شناسنامه تاریخ تولد / / به طور کامل این فرم را مطالعه نموده و توضیحات ارائه شده از مزایا ، عوارض و یا عواقب احتمالی ، روش جایگزین و عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی مطلع شدم (شنیدم و تفهیم شدم) و در حضور سرکار خانم دکتر / جناب آقای دکتر با آزادی، علم و درک کامل رضایت خود را جهت اقدام مذکور اعلام میدارم و کادر تشخیصی و درمانی اعم از حقیقی- حقوقی را از مسئولیت و ضمانت ناشی از بروز عوارض احتمالی توضیح داده شده که ممکن است پدید آید بری الذمه نموده و هیچ ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت.

امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار: تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه:

در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی / درمانی / جراحی پیشنهادی ذیل تکمیل شود

بدینوسیله با ارائه توضیحات لازم توسط کادر معالج از ضرورت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی فوق به میزان کافی آگاه شدم. لیکن مراتب انصراف و عدم رضایت خود را از انجام آن اعلام می دارم و کادر تشخیصی- درمانی (اعم از حقیقی-حقوقی) را از هرگونه پیگیری کیفری- حقوقی مبری نموده و مسئولیت عدم دریافت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی فوق و عواقب و عوارض ناشی از آنرا بر عهده می گیرم

؛ اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی بیمار: ؛ مهر پزشک معالج:

؛ ساعت: ؛ ساعت:

این قسمت توسط شاهدان* تکمیل گردد

شاهد اول: نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه / کد ملی نسبت با بیمار.....

امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت

شاهد دوم: نام و نام خانوادگی نام پدر شماره شناسنامه / کد ملی نسبت با بیمار.....

امضاء و اثر انگشت / تاریخ و ساعت

* توضیح اینکه امضاء شاهد از بیمار یا ولی قانونی بی سواد و در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی / درمانی / جراحی اخذ می گردد.

نکته : بیمار / نماینده قانونی محترم اخذ رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی / درمانی / جراحی فقط باید توسط پزشک معالج انجام گردد ، به موجب حصول اطمینان از مفاد این رضایت نامه آگاهانه مجاز به پرسش از پزشک معالج خود می باشید و بعد از درک و آگاهی کامل اقدام به امضاء نمایید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

F₂₇- DRRA

فرم گزارش روزانه موارد بستری مجدد

شرح حال مختصر:

بخش بستری	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده	سن	سبب/علت اولیه بستری فعلی	تاریخ بستری فعلی	فاصله بین دو بستری	علت بستری مجدد	تاریخ ترخیص قبلی	سبب/علت نهایی هنگام ترخیص قبلی	بخش قبلی	سرویس بستری قبلی	تعداد روزهای بستری قبلی

تایید پزشک معالج در خصوص شامل بودن آیتم های بستری مجدد:

علت عدم تایید بستری مجدد توسط پزشک معالج:

مهر و امضاء پزشک معالج (یا رزیدنت ارشد):

مهر و امضاء سرپرستار:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

F₂₈- SSISLFR

فرم مخصوص اطلاعات تکمیلی گزارشهای جدی تهدیدکننده حیات یا منجر به مرگ بیمار

تاریخ گزارش معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی

ردیف	اطلاعات تکمیلی گزارشهای عوارض دارویی	پاسخ
مشخصات بیمار:		
نام:	نام خانوادگی:	سن:
	جنسیت:	شماره ثبت سامانه گزارش:
۱	ارسال تصاویر بسته بندیشامل جعبه، آمپول، ویال، بلیستر داروی مصرف شده در بیمار به نحوی که مشخصات کامل دارو شامل شکل و قدرت دارویی، نام شرکت سازنده، شماره سری ساخت و تاریخ انقضاء در تصاویرارسالی مشخص باشد.	محل قرارگیری تصاویر
۲	ارسال تصاویر فاکتور خرید دارو توسط داروخانه محل تهیه داروی مذکور	محل قرارگیری تصاویر
۳	مشخصات کامل داروی مصرفی بیمار شامل شکل و قدرت دارویی، نام شرکت سازنده، شماره سری ساخت و تاریخ انقضاء	
۴	آیا شرایط نگهداری و آماده سازی و مصرف دارو مطابق توصیه شرکت سازنده دربروشور رعایت شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:
۵	تعداد کل مصرفی داروی مشکوک به ایجاد عارضه (دارای مشخصات داروی مصرفی بیمار) در سایر بیماران در آن مرکز درمانی چند عدد بوده است؟	
۶	نظر پزشکان معالج در خصوص علت وقوع عارضه و ارتباط علیتی آن با مصرف دارو(ها) ی مشکوک به عارضه در بیمار چه بوده است؟	
۷	نظر پزشک معالج در خصوص وضعیت بالینی بیمار، قبل از مصرف دارو(ها) ی مشکوک به عارضه چیست؟	
۸	درصورت مرگ بیمار، نظر پزشکان معالج در خصوص علت مرگ بیمار چیست؟	
۹	ارسال مشروح کامل صورتجلسه کمیته بررسی وضعیت بیمار/مرگ و میر بیمار: شامل وضعیت بالینی بیمار، اقدامات درمانی انجام شده به منظور درمان عارضه دارویی و نظر پزشکان معالج در خصوص علت وضعیت بالینی / مرگ بیمار	
۱۰	در صورت وقوع مرگ، ارسال گزارش پزشکی قانونی در خصوص علت مرگ بیمار.	



فرم گزارش خطا

همکار محترم: مهمترین گام در مدیریت خطاهای پزشکی گزارش به موقع و جامع خطا جهت انجام اقدامات پیشگیرانه در بروز مجدد خطا می باشد. در مواردی به دلیل ترس از سرزنش و تنبیه خطاهای پزشکی گزارش نمی شود. قطعاً هدف از گزارش خطا، شناسایی عوامل انسانی و تنبیه آن ها نمی باشد. لذا خواهشمند است در صورت بروز هرگونه خطا فرم ذیل تکمیل و به واحد ایمنی تحویل داده شود.

این قسمت توسط گزارش دهنده تکمیل گردد.						
بخش وقوع خطا:				تاریخ وقوع خطا:/...../.....		
بخش گزارش کننده:				شیفت و ساعت:		
نوع خطا:	<input type="checkbox"/> دارویی	<input type="checkbox"/> مراقبتی	<input type="checkbox"/> تشخیصی	<input type="checkbox"/> تجهیزات	<input type="checkbox"/> عفونت بیمارستانی	<input type="checkbox"/> فرآورده خونی و آزمایش
	<input type="checkbox"/> CPR	<input type="checkbox"/> جراحی	<input type="checkbox"/> تجهیزات	<input type="checkbox"/> پاراکلینیک	<input type="checkbox"/> افتادن از تخت	<input type="checkbox"/> سایر موارد
مسئول خطا:	<input type="checkbox"/> پرستار	<input type="checkbox"/> بهیار	<input type="checkbox"/> پزشک	<input type="checkbox"/> رزیدنت	<input type="checkbox"/> همراه بیمار	<input type="checkbox"/> کاردان / کارشناس آزمایشگاه
	<input type="checkbox"/> ماما	<input type="checkbox"/> خدمات	<input type="checkbox"/> منشی	<input type="checkbox"/> اینترن	<input type="checkbox"/> مسئول داروخانه	<input type="checkbox"/> کاردان / کارشناس اتاق عمل
	<input type="checkbox"/> کاردان / کارشناس هوشبری		<input type="checkbox"/> کاردان / کارشناس رادیولوژی			
شدت خطا:	<input type="checkbox"/> مرگ	<input type="checkbox"/> بستری طولانی مدت		<input type="checkbox"/> اتلاف وقت	<input type="checkbox"/> تحمیل هزینه	<input type="checkbox"/> عوارض پایدار
	<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> تاخیر در روند تشخیص و درمان		<input type="checkbox"/> بدون عوارض	<input type="checkbox"/> عوارض موقت	
دفعات تکرار خطا در بخش مذکور به چه تعداد می باشد؟ <input type="checkbox"/> اولین بار <input type="checkbox"/> تکرار به دفعات						
لطفاً شرح واقعه را واضح و به اختصار قید نمایید:						
راه حل های جلوگیری از وقوع مجدد (با ذکر الویت): (۱) (۲) (۳) (۴) (۵)						

با تشکر از شما

لطفاً موارد ۲۹ گانه وقایع ناخواسته درمانی (never events: مواردی که هرگز نباید در مراکز درمانی اتفاق بیفتند) پشت برگه را مطالعه نمایید و ضمن اطلاع از آنها، در صورتیکه خطای فوق جزء این موارد می باشد، گزینه مربوطه را مشخص فرمایید.

F₃₀- IRULEPT



فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

اطلاعات دموگرافیک

نام دانشگاه علوم پزشکی: آغ_ ارومیه شهر: ارومیه نام و نوع موسسه تشخیصی درمانی: شهید مطهری
در صورتی که موسسه بیمارستان باشد موارد ذیل تکمیل گردد:
نوع بیمارستان: آموزشی درمانی تک تخصصی عمومی دولتی خصوصی خیریه نیروی مسلح تامین اجتماعی
نام و نام خانوادگی: جنسیت: سن:
تاریخ مراجعه به مرکز درمانی: تاریخ وقوع: ساعت وقوع:

• کد و شرح موارد ۲۹ گانه :

۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار میگیرد...)
۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن
۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)
۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی
۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (در بیماران بستری که نیازمند مراقبت امن و سطح بالای تحت نظر می باشند مانند دمانس ، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی می باشد)
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،...
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
۱۵. مرگ مادر ناشی از سزارین و یا زایمان طبیعی
۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی...)
۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ...)

- کد ۲۴. سقوط بیمار تنها در مواردی که سقوط بیمار منجر به فوت بیمار و یا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری گردد. (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله ، ...)
- کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
- کد ۲۷. ربودن بیمار
- کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
- کد ۲۹. کلیه موارد مرگ نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

شرح مختصر اقدامات انجام شده :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

فرم شماره ۱: فرم بیماریابی عفونت های مرتبط با مراقبت های بهداشتی

بسمه تعالی



فرم شماره ۱ : فرم بیماریابی عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی

شماره پرونده*: نام بیمار: سن بیمار*:
 بخش*: کد ملی: وزن (اطفال)*:
 تاریخ بستری*: جنس*: مرد زن نامعلوم بیماری اولیه:
 تاریخ بروز عفونت*: کد عفونت*: (عفونت مربوط به بیمارستان دیگری است)
 ترخیص فوت/ تاریخ*: نتیجه عفونت: بهبود عارضه فوت
 در صورت فوت، علت فوت: عفونت غیرعفونت نامشخص

آیا عفونت مرتبط با ابزار (device-associated) است؟ بله خیر. در صورت جواب مثبت، جدول زیر را تکمیل نمایید:

ابزار (Device)	تاریخ تعبیه ابزار	محل تعبیه*
<input type="checkbox"/> کاتتر ادراری		
<input type="checkbox"/> کاتتر شریانی		
<input type="checkbox"/> کاتتر نافی		
<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی محیطی		
<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی مرکزی دائمی (پورت، ...)		
<input type="checkbox"/> کاتتر وریدی مرکزی موقت (CV-line، ...)		
<input type="checkbox"/> ونتیلاتور یا لوله تراشه یا تراکئوستومی		
<input type="checkbox"/> سایر:		

* بعنوان مثال برای کاتتر وریدی مرکزی، محل تعبیه می تواند ساب کلاوین، زگولار، قمرال، و سایر باشد.

آیا کشت مثبت که عامل عفونت فوق را مشخص کرده باشد وجود دارد؟ بله خیر.

میکروب: نمونه: تاریخ نمونه گیری:

آنتی بیوگرام: حساس:

تیمه مقاوم:

مقاوم:

در صورتیکه برخی آنتی بیوتیکها را بر اساس MIC/Dilution MIC/E-test چک نموده اید، در اینجا مشخص نمایید:

آنتی بیوتیک: حساس تیمه مقاوم مقاوم

آنتی بیوتیک: حساس تیمه مقاوم مقاوم

آنتی بیوتیک: حساس تیمه مقاوم مقاوم

همکار تکمیل کننده فرم: پرستار کنترل عفونت: پزشک کنترل عفونت:

تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء: تاریخ و امضاء:

یافته های مثبت به نفع عفونت (علائم، نشانه ها، پاراکلینیک، ...)

بیماری یا پروسیجر با ارزش تشخیصی:

□ BMT آلودگی طی سال قبل □ بیماری GI-GVHD □ اسهال حجیم در هفته گذشته □ بیماری مزمن (□ ریوی یا قلبی) □ تزریق خون طی ۲ ماه اخیر □ زایمان طی ۷ روز قبل □ نقص ایمنی □ خروج سوند طی ۸ ساعت قبل

علائم حیاتی:

دمای بدن: ضربان قلب: فشار خون: تنفس:

در صورتیکه بیمار جازز هر یک از موارد زیر است **محل** آن را تعیین نمایید:

□ علائم موضعی عفونت (درد/تندرنس/قرمزی/گرمی) در محل:
□ آسسه (شواهد قطعی عفونت) در □ معاینه آناتومیک، □ حین اقدام تهاجمی و یا در □ هیستوپاتولوژی، محل
□ شواهد رادیولوژیک عفونت در علامت ویژه رادیولوژیک:
□ ترشح (چرکی) از محل درن (در صورت ترشح چرکی):

در صورتی که عفونت در **محل عمل جراحی** است، موارد زیر را مشخص کنید:

- محل عفونت عمل: □ محل برش اولیه، یا □ محل برش ثانویه
- نوع عمل: تاریخ عمل:
- عمق عفونت: □ فقط پوست و زیرجلد، □ در حد فاسیا و عضله، یا □ ارگان یا فضای خاص،
محل عمل را مشخص کنید:
- زمان عمل: □ طی ۲۰ روز گذشته، □ طی ۹۰ روز گذشته
□ باز شدن خودبخودی برش جراحی □ باز کردن برش جراحی توسط جراح

نورولوژی: □ CSF مثبت (بیوشیمی یا سلول)، □ افت سطح هوشیاری، □ پاراپارزی، □ پاراپلژی، □ تحریک پذیری، □ رادیکولیت، □ سردرد، □ سرگیجه، □ علائم عصب کرانیال، □ علائم مننژ/سفتی گردن، □ علائم نورولوژیک موضعی، □ فالج صورت، □ کمردرد، □ لرز chills.

تنفسی: □ افزایش ترشحات، خلط، نیاز به ساکشن، □ امپیم، □ بدتر شدن تبادل گازی (افزایش FIO₂ یا PEEP)، □ بی ثباتی استرنوم، □ ترشح پشت حلق، □ خلط یا ترشحات تنفسی چرکی، □ تغییر حالت خلط، □ تنگی نفس، □ درد پلوریتیک، □ درد قفسه سینه، □ رال/ روناک / صداهای برونکیال، □ سرفه، □ تازال فلیرینگ یا رتراکسیون، □ ویزینگ، □ هموپتزی.

قلب و عروق: □ آنورمالی هدایتی قلب، □ پالس پارادکس، □ سوفل (جدید/تغییر)، □ علائم آمبولی از قلب،

□ علائم پوستی اندوکاردیت، □ نارسایی احتقانی قلب، □ نوار قلب مثبت به نفع میوکاردیت یا بریکاردیت.

گوارش: □ آسپیره صفراوی، □ استفراغ، □ اسهال حاد (رد علل غیرعفونی)، □ بی اشتها، □ تست کبد مختل، □ تهوع، □ درد شکم، □ دیستانسیون شکم، □ مدفوع خونی.

ادراری-تناسلی: □ الیگوری، □ پیوری، □ نیترات⁺ □ تکرر ادرار، □ سوزش ادرار، □ فوریت ادرار، □ لکوسیت استراز،

مفاصل: □ افیوژن مفصلی، □ آنالیز مایع مفصلی مؤید عفونت، □ کاهش محدوده حرکت، □ **مفصل مصنوعی:**

□ سینوس تراکت، □ مایع مفصل مصنوعی (لکوسیتوز)، □ مایع مفصل مصنوعی (>۹۰% PMN).

چشم: □ تاری دید، □ چشم درد، □ هایپویون،

گوش و حلق و بینی: □ انسداد بینی، □ بیج روی مخاط دهان، □ پلاک روی مخاط دهان، □ ترانس ایلومیناسیون

مثبت، □ خشونت صدا، □ رتراکسیون پرده گوش، □ زخم دهان، □ کاهش حرکت پرده، □ مایع پشت پرده گوش،

پوست: □ بولوس (ناول)، □ پوسچول، □ تغییر در زخم سوختگی، □ وزیکول، □ برفان (زردی)،

یافته های خونی: □ لکوپنی > ۵۰۰۰، □ لکوسیتوز < ۱۲۰۰۰، □ لکوسیتوز < ۱۵۰۰۰، □ لکوسیتوز با شیفت به چپ

(باندومی)، □ نوتروپنی < ۵۰۰ ANC، □ هایپرگلیسمی (قند خون بالا)، □ CRP بالا (> ۱۰۰)، □ ESR بالا (> ۳۰).

کشف ارگانیزم: □ کشت مثبت، □ اسمیر یا میکروسکوپی، □ آنتی ژن، □ آنتی بادی، □ ژنوم PCR، □ توکسین

□ تشخیص پزشکی و یا □ اقدام به درمان عفونت، عفونت را مشخص کنید:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
فرم آمار نمونه برداری از موارد مشکوک التور (گزارش هفتگی)

نام واحد:

تاریخ گزارش: از تاریخ لغایت

موارد اسهال سرپایی		موارد اسهال بستری		تعداد موارد نمونه برداری شده	تعداد کل موارد اسهالی	واحد	ردیف
تعداد نمونه	تعداد موارد	تعداد نمونه	تعداد موارد				
						مرکز بهداشت	۱
						بیمارستان	۲
						جمع کل شهرستان	

نام و نام خانوادگی تایید کننده:

نام و نام خانوادگی گزارش کننده:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

فرم درخواست کپسول / قرص اسلتامیویر از واحد کنترل عفونت / دفتر پرستاری

برگ درخواست کپسول / قرص اسلتامیویر از واحد کنترل عفونت / دفتر پرستاری

نام بیمار : سن: شماره پرونده: بیماری زمینه ای : تعداد:

تاریخ درخواست دارو : بخش بستری: نام امضاء پرستار



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

فرم صدور درخواست فراخوان یا بازخوانی (Recall)



پدستان شهید مطهری

فرم صدور درخواست فراخوان یا بازخوانی (Recall)

مسئول محترم اتاق عمل / سرپرستار محترم بخش:

احتراما با توجه به بررسی نتایج آزمون های صورت گرفته، خواهشمند است دستور فرمائید کلیه ست ها، بسته های استریل شده دارای مشخصات لیبل زیر در اسرع وقت به واحد CSR بازگردانده شود در غیر اینصورت مسئولیت عوارض و عفونت ناشی از استفاده از ابزار فوق متوجه واحد CSR نخواهد بود.

کد کاربر

تاریخ استریل

شماره دستگاه

چرخه بارگذاری

سوپروایزر کنترل عفونت:

مسئول CSR :

تاریخ بازخوانی:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

F₃₅- RWEPCC

فرم بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به COVID-19

شماره سریال فرم:

فرم بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به COVID-19

نام و نام خانوادگی:	سن:	کدملی:
نام کارخانه/کارگاه/سازمان:	عنوان شغلی:	
شرح حال و معاینه فیزیکی/ پاراکلینیک:		
مهر و امضای پزشک تاریخ:		

صحت طبق نسخه جدا و دیگری شود.



شماره سریال فرم:

فرم بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به COVID-19

نام و نام خانوادگی:	سن:	کدملی:
نام کارخانه/کارگاه/سازمان:	عنوان شغلی:	
نظریه پزشک:		
<input type="checkbox"/> از نظر قابلیت سرایت بیماری کووید-19 منع حضور در محل کار ندارد.		
<input type="checkbox"/> عدم امکان حضور در محل کار و بررسی مجدد روز بعد		
<input type="checkbox"/> ارجاع به متخصص طب کار / پزشک عمومی دارای مجوز (در صورت عدم دسترسی به متخصص طب کار) به علت درگیری ارگان های هدف (تنفسی، کلیه، قلب، کبد) جهت ارزیابی تناسب شغلی		
مهر و امضای پزشک تاریخ:		
نظریه تناسب شغلی متخصص طب کار/ پزشک عمومی دارای مجوز در صورت وجود آسیب ارگان هدف:		
<input type="checkbox"/> بلامانع		
<input type="checkbox"/> مشروط به:		
<input type="checkbox"/> عدم صلاحیت		
مهر و امضای پزشک متخصص طب کار/ پزشک دارای مجوز معاینات سلامت شغلی تاریخ:		

این گواهی صرفاً جهت ارائه به محل کار فرد مبتلا به COVID-19 بوده و فاقد هرگونه ارزش دیگری می باشد.



فرم تزریق منطقی و نکومايسين

فرم تجویز منطقی و نکومايسين (Vancomycin stewardship form)

طبق این دستورالعمل ادامه تجویز و نکومايسين بیش از ۷۲ ساعت صرفاً بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تایید متخصص بیماریهای عفونی/فوق تخصص عفونی اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه میشود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک مذکور پر شده و با متخصص محترم عفونی/فوق تخصص عفونی اطفال مشورت انجام گردد.

بخش درخواست کننده: تاریخ تجویز: تاریخ تکمیل فرم:

اطلاعات بیمار		
نام	نام خانوادگی	شماره پرونده
جنس	بزرگاری O	شیردهی O

علائم حیاتی در زمان تجویز			
PR:	RR:	BP:	T:

نتایج میکروبیولوژی (کشت، اسمیر)		
نوع میکروارگانیسم:	محل کشت:	تاریخ:
آنتی بیوگرام:		

کانون احتمالی عفونت							
<input type="checkbox"/> باکتری	<input type="checkbox"/> قلب	<input type="checkbox"/> مری	<input type="checkbox"/> سینه	<input type="checkbox"/> دستگاه تنفس	<input type="checkbox"/> مویز	<input type="checkbox"/> دستگاه گوارش	<input type="checkbox"/> سایر (توضیح دهید)

دوز مصرفی:
نوع درمان: (به روز)

- این فرم صرفاً برای دریافت و نکومايسين برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تحویل گردد.
- حداکثر دوره درمان با و نکومايسين نهاده ۴-۶ هفته میباشد.
- تحویل این دارو از داروخانه یا نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین مذکور با نظارت داروساز داخل در بیمارستان قابل انجام است.
- در ارزیابی نتایج فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم باید به متخصصین بیماریهای عفونی دارو قبل تحویل میباشد.

مهر و امضا پزشک معالج:

مهر و امضا متخصصین بیماریهای عفونی/فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضا داروساز بالینی/ داروساز



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

F₃₈- RAU

فرم مصرف منطقی آنتی بیوتیک

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری

Unit No: شماره پرونده:		نام خانوادگی: Family Name:	
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Date of birth: تاریخ تولد:
	Room: اتاق:		Father Name: نام پدر:
Date of admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:	Date of birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
نام بخش درخواست کننده:		تاریخ تجویز:	تاریخ تکمیل فرم:

تاریخ میکروبیولوژی (کشت):	
تاریخ ارسال نمونه:	نمونه:
آنتی بیوگرام:	
حساس:	
مقاوم:	
حالت قطع:	
حالت تغییر:	
حالت ادامه:	

نام آنتی بیوتیک	دوز و راه تجویز	تاریخ شروع	وره درمان پیشنهادی یا تاریخ قطع

- لیست آنتی بیوتیک های مسئول استازولنسیه این بیمار: مرویترو- وانکومایسین/ نیکومایسین کلکسین- استریپتید- کیسولفون- وریکونازول- پوساکونازول- آنفومیسین(ناکسی کولات/مصولی)/ اسیکلوویر - تکسیکلین
- تعریف آنتی بیوتیک های رزرو: آنتی بیوتیک های خط آخر که فقط برای عفونت های خطور منقووم به چند دارو (MDR) تجویز می شود.
- تجویز آنتی بیوتیک در طی 5 روز اول توسط پزشک معالج صورت می گیرد و پس از 5 روز اول با مشاوره پزشک متخصص عفونی و بیماری های گرمسری (بزرگسال) کودکان) نسبت به ادامه/تغییر و یا قطع تجویز تصمیم گیری شود.
- دائمی تغییر یا قطع یا ادامه دارو پس از 5 روز اول توسط متخصص عفونی و پزشک معالج نوشته شود. در صورت نبود متخصص عفونی و بیماری های گرمسری (بزرگسال) کودکان) همین تکیفه بر مجده رییس بیمارستان می باشد.
- پس از شروع یا ادامه آنتی بیوتیک جهت عمده تجویز و نظارت دوز آنتی بیوتیک بر اساس محاسبات فارماکوکینتیک و پارامترهای فارماکودینامیک، مشاوره با متخصص داروسازی بالینی (در صورت شافل بودن یا در دسترس بودن در بیمارستان)، بر اساس نظر پزشک معالج انجام شود.
- این فرم صرفاً برای 5 روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تایید گردد.
- تحويل این آنتی بیوتیک ها از داروخانه یا حضور مستقیم داروساز بالینی و یا داروساز شافل در بیمارستان می باشد.
- پزشک معالج و پزشک مشاوره دهنده مسؤلیت تکمیل فرم را بر مجده دارند.

مهر و امضا پزشک معالج: مهر و امضا فوق تخصص عفونی مشاوره دهند: مهر و امضای داروساز بالینی/داروساز در زمان تحويل دارو:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

F₃₉- OE

فرم مواجهه شغلی

دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی
مرکز آموزشی عالی شهید مطهری



فرم مواجهه شغلی (فرو رفتن اجسام تیز و برنده آلوده - پاشیده شدن ترشحات به داخل مخاطات - تماس پوست نا سالم)

اطلاعات زیر توسط پرسنل مورد مواجهه تکمیل شده و فرم تحویل سوپروایزر کنترل عفونت یا دفتر پرستاری گردد.

مشخصات فرد مورد مواجهه			
نام و نام خانوادگی:	سنت:	سن:	جنس: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
شماره تلفن:	تاریخ مواجهه:	نوع مواجهه: <input type="checkbox"/> آسیب پوستی <input type="checkbox"/> تماس پوست نا سالم	سابقه کار:
بخش:	ساعت مواجهه:	پاشیدن خون یا ترشحات به داخل چشم و دهان <input type="checkbox"/>	
تاریخ گزارش:	شیفت مواجهه:		
علت مواجهه: <input type="checkbox"/> حین برقراری IV line <input type="checkbox"/> حین تریق عملاتی <input type="checkbox"/> حین خون گیری <input type="checkbox"/> حین عمل جراحی <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> حین کار با بیستوری <input type="checkbox"/> حین جا به جایی زباله <input type="checkbox"/> حین گرفتن زایمان/ممانه وازیتال <input type="checkbox"/> از طریق Safety Box <input type="checkbox"/>			
سایر موارد:			
حجم ترشحات: زیاد <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> کم <input type="checkbox"/>	سابقه ایمنی فرد مورد مواجهه:		
وضعیت جسمی: بارداری <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/>	تیتراژ آنتی بادی HBS Ab:		
	وضعیت واکسیناسیون حیاتیات B: <input type="checkbox"/> ناقص <input type="checkbox"/> در حال انجام <input type="checkbox"/>		
مشخصات بیمار (منبع)			
نام و نام خانوادگی:	وضعیت آلودگی بیمار مشخص نیست <input type="checkbox"/>		
شماره پرونده:	در صورت مشخص بودن وضعیت آلودگی: <input type="checkbox"/> HCV + <input type="checkbox"/> HBS + <input type="checkbox"/> HIV +		
منبع نامشخص <input type="checkbox"/>			
آدرس و شماره تلفن منبع مواجهه:			
اقدامات انجام شده: <input type="checkbox"/> شستشوی موفطح با آب و مایون یا نرمال سالین <input type="checkbox"/> شستشوی چشم با آب یا نرمال سالین <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> شستشوی داخل دهان با آب یا نرمال سالین <input type="checkbox"/>			
علل مواجهه: دور از دسترس بودن سفتی باکس جهت انداختن اجسام تیز <input type="checkbox"/> زیاد بودن حجم کاری <input type="checkbox"/> مدغمه از طرف سایر همکاران <input type="checkbox"/>			
یر بودن سفتی باکس و آسیب هنگام انداختن اجسام تیز در آن <input type="checkbox"/> نبودن دو جفت دستکش استکس دولایه <input type="checkbox"/>			
عدم استفاده از ماسک و عینک محافظ <input type="checkbox"/> سرویس گذاری مجدد سرسوزن (recap) <input type="checkbox"/> بیقراری بیمار <input type="checkbox"/> کم دقتی <input type="checkbox"/>			
دفع نامناسب اجسام نوک تیز و برنده (انداختن سرسوزن داخل سطل زباله و یا دهانه سفتی باکس) <input type="checkbox"/> انتقال اجسام نوک تیز با ظروف نامناسب <input type="checkbox"/>			
جهت انداختن در Safety Box <input type="checkbox"/> جا ماندن اجسام نوک تیز در روی تخت بیمار یا تالی کار <input type="checkbox"/> عدم استفاده از کفش رو بسته ایچکمه <input type="checkbox"/>			
سایر موارد:			

مهر و امضای فرد مورد مواجهه (پرستار):

اطلاعات زیر توسط سوپروایزر کنترل عفونت تکمیل می شود:		
نتایج آزمایشات منبع (بیمار):	نتایج آزمایشات فرد مورد مواجهه:	اقدامات انجام شده توسط واحد کنترل عفونت:
..... HIV Ab HBS Ab	ارجاع به متخصص عفونی <input type="checkbox"/> شروع درمان پروقیلاکسی <input type="checkbox"/>
..... HBS Ag HBS Ag	تریق HBIG <input type="checkbox"/> تریق واکسن حیاتیات <input type="checkbox"/>
..... HCV Ab HCV Ab	تریق واکسن دوگانه <input type="checkbox"/> ارجاع جهت تکمیل دوره واکسیناسیون <input type="checkbox"/>
 HIV Ab	سایر:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

F40- RNHIVRDT

فرم شماره ۱- تست تشخیصی سریع HIV



دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی.....

تاریخ ماه سال

نام محل بیمارستان/مطب/مرکز گذری

مرکز بهداشت شهرستان.....

پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV

کد محل: (این کد توسط مرکز بهداشت تعیین می شود)

فرم شماره ۱ تست سریع - فرم ثبت و گزارش دهی مواردی که توصیه به انجام تست تشخیصی

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید. (متعاقباً از این قسمت در نسخه دوم برای مطابقت موارد ارجاع شده استفاده خواهد شد.)	توضیحات (آرین و شماره تلفن)	نام فرد انجام دهنده تست	مشخصات ارجاع موارد مثبت به مراکز مشاوره		نتیجه تست			علت توصیه به انجام آزمایش		سن تخمینی	جنس	سن	کد تست تشخیصی سریع فرد			تاریخ (روز)	ردیف
			شماره برگه ارجاع	نام مرکز مشاوره	نتیجه	راه	آزمایش	وجود علامت/عوامل خطر (با ذکر کد*)	وجود علائم HIV/بیشرفته				یارداری هر صورت یارداری	۱	۲		

*کد عوامل خطر ۱- مصرف تزریقی مواد ۲- ارتباط جنسی نامطمئن با غیر همجنس ۳- ارتباط جنسی با همجنس (مرد با مرد) ۴- دریافت خون و فرآورده های خونی ۵- متولد از مادر مبتلا ۶- همسر فردی که دارای یکی از عوامل خطر می باشد ۷- همسر فرد مبتلا به HIV ۸- مواجهه شغلی یا غیر شغلی ۹- سایر با ذکر مورد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
فرم پایش آنتی بیوتیک پروفیلاکسی

F₄₂- MPA

شماره.....

تاریخ.....

پوست.....

ردیف	نام بیمار	نام و دوز آنتی بیوتیک	ساعت تزریق دارو	ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل	ساعت شروع عمل	فاصله زمانی تزریق دارو و شروع عمل	بخش	رعایت / عدم رعایت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیکی موارد اسهال خونی

F₄₃- ESDC

فرم خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیکی موارد اسهال خونی در مرکز آموزشی درمانی ماه

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	ملیت	شغل	محل سکونت		تاریخ ابتلا	تشخیص بالینی	بررسی های آزمایشگاهی مدفوع					نتیجه بیماری		وضعیت بالینی	
						شهر	روستا			کشت		s/e	سلولهای خونی		یبهودی	قوت (تاریخ)	سریالی	یستری
										مدفوع	مواد غذایی		گلیبول سفید	گلیبول قرمز				
۱																		
۲																		
۳																		
۴																		
۵																		
۶																		
۷																		
۸																		
۹																		
۱۰																		

تاریخ تکمیل فرم:

نام و امضای تنظیم کننده :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
فرم گزارش زخم بستر

F₄₄- BSR

ردیف	نام	نام خانوادگی	سن	جنس	تشخیص اولیه	تاریخ بستری	تاریخ عمل	تاریخ ایجاد زخم	تاریخ گزارش	شماره پرونده	ریسک فاکتور ^۱	امتیاز برادن ^۲ / مورگان ^۳	Stage زخم ^۴



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی
فرم شماره ۵- مراقبت التور

F45- MRESC

مراقبت التور (فرم شماره ۵) گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور مرکز آموزشی درمانی ارومیه ماه

تعداد موارد تاک انسانی	تعداد فوت شدگان در		موارد مثبت					تماس		ورده از			ملیت		محل سکونت		گروه سنی		جنس		تعداد نمونه های آزمایش شده در			تعداد کل
	موارد متنی	موارد مثبت	تماس یا ابتاع خارجی	تحقیق یا بیمار یابی	بستری	سریانی	ابتاع خارجی	بیمار یابی	سایر	افغانستان	پاکستان	موارد داخلی	خارجی	ایرانی	روستا	شهر	۲ سال و بالاتر	زیر دو سال	زن	مرد	جمع	موارد اسپالی بیعارستانی	موارد اسپالی خارج بیعارستانی	موارد اسپال گزارش شده

نام گزارش کننده :

تاریخ گزارش :



جمهوری اسلامی ایران

مرکز آموزشی درمانی شهید
مطهری ارومیه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان آذربایجان غربی

مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات
بهداشتی و درمانی استان آغ

عنوان فرم : انتخاب پرستار خبیره	کد فرم : F47-CCN	کد ویرایش :	صفحه :	تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۳/۸/۱	توزیع نسخ :
---	----------------------------	-------------	--------	-------------------------	-----------------------------	-------------

نام و نام خانوادگی: نام بخش :

ردیف	محورها	سقف امتیاز	امتیاز کسب شده *
۱	تجربه کاری	۵	سابقه خدمت *
		۴	تحصیلات **
۲	انضباط اداری	۳	وقت شناسی
		۳	حفظ شئونات اسلامی و رعایت کامل یونیفرم حرفه ای
		۳	آگاهی از سلسله مراتب اداری و رعایت آن (تکریم جایگاهها)
۳	تعهدات حرفه ای ، اخلاقی ، اجتماعی	۴	دارا بودن حسن شهرت از نظر اخلاقی - اجتماعی و حرفه ای (رعایت اخلاق اسلامی حرفه ای)
		۴	علاقه مندی به حرفه ، توسعه کار حرفه ای و دارا بودن وجدان کار و ایمان به کار
		۵	مسئولیت پذیری و انتقاد پذیری
		۵	ایجاد تعامل مناسب با همکاران و بیماران
۴	وظایف حرفه ای و تخصصی	۵	دارا بودن دانش مهارت و توانمندی بالینی و حرفه ای با رعایت استانداردها و شرح وظایف مصوب
		۵	رعایت ضوابط و مقررات حرفه ای و تلاش در جهت تعالی بخشیدن به حرفه
		۵	اطلاع از منشور حقوق بیمار و احترام به حقوق همکار و بیمار
		۵	ارتقاء علمی خود و همکاران (تسهیم دانش حرفه ای) از طریق به اشتراک گذاری دانش و مهارت
		۵	توانایی انجام کار تیمی ، مشارکت و همکاری در حل مشکلات بخش
		۵	ارتباط مناسب درون و برون سازمانی
		۵	آموزش به بیمار و خانواده در زمینه پیشگیری ، مراقبت و درمان
		۵	رضایت مندی بیماران و خانواده از نحوه ارائه خدمات مطلوب
		۵	رضایت مندی بیماران و خانواده از نحوه برقراری ارتباط مناسب
		۵	حضور داوطلبانه در مواقع اضطراری ، آماده باش و حوادث غیر مترقبه
۵	انجام فعالیت های فوق برنامه (آموزشی ، پژوهشی ، فرهنگی و ...)	۵	ابتکار ، خلاقیت و نوآوری در حرفه و ارائه ایده های جدید و راهکارهای سازنده در بهبود خدمات بالینی (کارآفرین یا مخترع با ارائه مستندات)
		۵	فعالیت برجسته آموزشی و پژوهشی (تالیف ، ترجمه ، تحقیق ، ارائه مقاله ، کنفرانس ، سخنرانی و پوستر در زمینه پرستاری)
		۴	انجام فعالیت برجسته فرهنگی ، اجتماعی ، ورزشی ، هنری ، مذهبی و ...
		۱۰۰	جمع امتیاز ***

*سابقه + تا ۵ = ۱ امتیاز ، ۵ تا ۱۰ = ۲ امتیاز ، ۱۰ تا ۱۵ = ۳ امتیاز ، ۱۵ تا ۲۰ = ۴ امتیاز ، ۲۰ به بالا ۵ امتیاز می باشد.

** تحصیلات : کاردانی ۱ امتیاز ، کارشناسی ۲ امتیاز ، کارشناسی ارشد مرتبط ۳ امتیاز ، دانشجوی دکترا و دکترای مرتبط ۴ امتیاز

*** جمع امتیاز کسب شده کمتر از ۹۰ نباشد.

امضاء سرپرستار

امضاء مدیر خدمات پرستاری



فرم انتخاب کارشناس شایسته در حوزه اداری، مالی، پشتیبانی و پاراکلینیک

بخش:

سن:

نام و نام خانوادگی:

امتیاز کسب شده*	سقف امتیاز	محورها	ردیف
	۵	سابقه خدمت*	۱ تجربه کاری
	۵	تحصیلات**	
	۵	وقت شناسی	۲ انضباط اداری
	۵	حفظ شئون اسلامی	
	۵	آگاهی از سلسله مراتب اداری و رعایت آن (تکریم جایگاهها)	
	۵	دارا بودن حسن شهرت از نظر اخلاقی- اجتماعی و حرفه ای (رعایت اخلاق اسلامی حرفه ای)	۳ تعهدات حرفه ای، اخلاقی، اجتماعی
	۵	علاقه مندی به حرفه، توسعه کار حرفه ای و دارا بودن وجدان کار و ایمان به کار	
	۵	مسئولیت پذیری و انتقادپذیری	
	۵	ایجاد تعامل مناسب با همکاران و بیماران	
	۱۰	دارا بودن دانش مهارت و توانمندی و حرفه ای با رعایت استانداردها و شرح وظایف مصوب	۴ وظایف حرفه ای و تخصصی
	۱۰	رعایت ضوابط و مقررات حرفه ای و تلاش در جهت تعالی بخشیدن به حرفه	
	۵	تکریم ارباب رجوع و احترام به حقوق همکار	
	۵	ارتقاء علمی خود و همکاران (تسهیم دانش حرفه ای) از طریق به اشتراک گذاری دانش و مهارت	
	۵	توانایی انجام کار تیمی، مشارکت و همکاری در حل مشکلات بخش	
	۵	ارتباط مناسب درون و برون سازمانی	
	۵	آموزش به همکار در زمینه تخصصی حوزه کاری	
	۵	رضایت مندی مسئولان و همکاران از نحوه ارائه خدمات مطلوب	
	۵	رضایت مندی مسئولین و همکاران از نحوه برقراری ارتباط مناسب	
	۱۰۰	جمع امتیاز**	

*سابقه ۰ = ۵ تا ۱ امتیاز، ۵ = ۱۰ تا ۲ امتیاز، ۱۰ تا ۱۵ = ۳ امتیاز، ۱۵ تا ۲۰ = ۴ امتیاز، ۲۰ به بالا ۵ امتیاز می باشد.

**تحصیلات: کاردانی ۲ امتیاز، کارشناسی ۳ امتیاز، کارشناس ارشد مرتبط ۴ امتیاز، دانشجوی دکترا و دکترای مرتبط ۵ امتیاز

***جمع امتیاز کسب شده کمتر از ۹۰ نباشد.



فرم انتخاب کارشناس شایسته در حوزه درمان

بخش:

سن:

نام و نام خانوادگی:

ردیف	محورها	سقف امتیاز	امتیاز کسب شده*
۱	تجربه کاری	۵	
		۵	
۲	وقت شناسی	۵	
	حفظ شئون اسلامی و رعایت کامل یونیفرم حرفه ای	۵	
	آگاهی از سلسله مراتب اداری و رعایت آن (تکریم جایگاهها)	۵	
۳	تعهدات حرفه ای، اخلاقی، اجتماعی	۵	
	دارا بودن حسن شهرت از نظر اخلاقی- اجتماعی و حرفه ای (رعایت اخلاق اسلامی حرفه ای)	۵	
	علاقه مندی به حرفه، توسعه کار حرفه ای و دارا بودن وجدان کار و ایمان به کار	۵	
	مسئولیت پذیری و انتقادپذیری	۵	
۴	ایجاد تعامل مناسب با همکاران و بیماران	۵	
	دارا بودن دانش مهارت و توانمندی بالینی و حرفه ای با رعایت استانداردها و شرح وظایف مصوب	۱۰	
	رعایت ضوابط و مقررات حرفه ای و تلاش در جهت تعالی بخشیدن به حرفه	۱۰	
	اطلاع از منشور حقوق بیمار و احترام به حقوق همکار و بیمار	۵	
	ارتقاء علمی خود و همکاران (تسهیم دانش حرفه ای) از طریق به اشتراک گذاری دانش و مهارت	۵	
	توانایی انجام کار تیمی، مشارکت و همکاری در حل مشکلات بخش	۵	
	ارتباط مناسب درون و برون سازمانی	۵	
	آموزش به بیمار و خانواده در زمینه پیشگیری، مراقبت و درمان	۵	
	رضایت مندی بیماران و خانواده از نحوه ارائه خدمات مطلوب	۵	
	رضایت مندی بیماران و خانواده از نحوه برقراری ارتباط مناسب	۵	
جمع امتیاز**		۱۰۰	

*سابقه ۰ تا ۵ = ۱ امتیاز، ۵ تا ۱۰ = ۲ امتیاز، ۱۰ تا ۱۵ = ۳ امتیاز، ۱۵ تا ۲۰ = ۴ امتیاز، ۲۰ به بالا ۵ امتیاز می باشد.

**تحصیلات: کاردانی ۲ امتیاز، کارشناسی ۳ امتیاز، کارشناس ارشد مرتبط ۴ امتیاز، دانشجوی دکترا و دکترای مرتبط ۵ امتیاز

***جمع امتیاز کسب شده کمتر از ۹۰ نباشد.

فرم گزارش ADR



بسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان غذا و دارو

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته دارو ها (ADR)

<p>۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:</p>	<p>۱- مشخصات بیمار: نام و نام خانوادگی: سن: وزن: جنس: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/> باردار محل سکونت: تلفن:</p>
---	--

<p>۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:</p>	<p>۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / / ۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟</p>
--	---

۶- سابقه بیمار: (آلرژی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماری های فعلی و اعتیاد ...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ بلی خیر دارو قطع نشده است
۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟ بلی خیر دارو مجدداً مصرف نگردید

۹- سرانجام عارضه دارویی: بهبودی عدم بهبودی نقص عضو مرگ سایر موارد:
۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ بلی خیر

۱۱- یافته های دارویی پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

توضیحات:

* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده مؤثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)

اختصارات استفاده شده برای کدگذاری به همراه عبارت کامل

اختصار	عبارت کامل	عبارت به فارسی	ردیف
CH	Checklist	چک لیست	-
PRC	Patient Rights Charter	منشور حقوق بیمار	۱
EHC	Environmental Health Checklist	وضعیت بهداشت محیط	۲
NCA(MA)	Nursing Care Assessment (Nursing Manager)	ارزیابی مراقبتهای پرستاری (مدیر خدمات پرستاری)	۳
HNFA	Head Nurse	ارزیابی عملکرد سرپرستار	۴
SFA	Supervisor Function Assessment	ارزیابی عملکرد سوپروایزر	۵
IPCA	Infection Prevention Control Assessment	ارزیابی پیشگیری و کنترل عفونت	۶
PPEUR(1)	Personal Protective Equipment Using Rate (1)	میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی (۱)	۷
NGSA	Nurses General Skills Assessment	ارزیابی مهارتهای عمومی پرستار	۸
NCAI&ED	Nursing Care Assessment Inpatient & Emergency Department	ارزیابی مراقبتهای پرستاری بخش های بستری و اورژانس	۹
NCA(OR)	Nursing Care Assessment (Operating Room)	ارزیابی مراقبتهای پرستاری (اتاق عمل)	۱۰
NCA(NR)	Nursing Care Assessment (Nursing Report)	ارزیابی مراقبتهای پرستاری (گزارش پرستاری)	۱۱
CE)(NCA	Nursing Care Assessment (Cardex & Equipment)	ارزیابی خدمات پرستاری (کاردکس و تجهیزات)	۱۲
PPEUR(2)	Personal Protective Equipment Using Rate (2)	میزان استفاده از وسایل حفاظت فردی (۲)	۱۳
NCA/PSE	Nursing Care Assessment/ Patient Safety Expert	بازدید ایمنی	۱۴
NCSA	Nursing Communication skills Assessment	ارزیابی مهارتهای ارتباطی پرستار	۱۵
ADSS(Lab.)	Assessment of Diagnostic Spaces Status (Laboratory)	بررسی وضعیت فضاهای تشخیصی (آزمایشگاه)	۱۶
ADSS(Im.)	Assessment of Diagnostic Spaces Status (Imaging Center)	بررسی وضعیت فضاهای تشخیصی (رادیولوژی)	۱۷
GVC	Government Vehicles Control	بازدید خودروهای دولتی	۱۸
ONPRD	Observance of the Necessary Points by Rented Drivers	رعایت نکات لازم از طرف رانندگان استیجاری	۱۹
MIQA	Medical Imaging Quality Assessment	بررسی کیفیت تصاویر پزشکی	۲۰
ERDS	Evaluation of Radiology Department Services	بررسی کیفیت خدمات واحد رادیولوژی	۲۱
APSRD	Assessment of Patient Satisfaction at Radiological Department	بررسی رضایتمندی بیمار از واحد	۲۲

		رادیولوژی	
MANSHW	Monitoring and Assessment of Nursing Services in Hospital Wards	نظارت و ارزیابی خدمات پرستاری در بخش ها	۲۳
HNE	Head Nurse Evaluation	ارزیابی سرپرستار	۲۴
SE	Supervisor Evaluation	ارزیابی سوپروایزر	۲۵
SDP	Safe Dispatch of the Patient	اعزام ایمن بیمار	۲۶
MAI (ICU)	Monitoring of Admission Indications in the Intensive Care Unit	پایش اندیکاسیونهای پذیرش در بخش ویژه	۲۷
MDI (ICU)	Monitoring of Discharge Indications in the Intensive Care Unit	پایش اندیکاسیونهای ترخیص در بخش ویژه	۲۸
EPP(SCPPAPS)	Eensuring the Performance of Personnel (Skin Care and Protecting Patients Against Pressure Sores)	حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخمهای فشار)	۲۹
CSPEP	Controlling the Skill of Providing Education to the Patient	کنترل مهارت ارائه آموزش به بیمار	۳۰
CSPEPNNW	Controlling the Skill of Providing Education to the Patients of the Neonatal and NICU Wards	کنترل مهارت ارائه آموزش به بیمار بخش نوزادان و NICU	۳۱
SPD(ICC)	Safe Patient Discharge(Interview with Client/Companion)	ترخیص ایمن بیمار (مصاحبه با مددجو/ همراه)	۳۲
ENTC	Effectiveness of Nurse Training to Clients	اثربخشی آموزش پرستار به مددجو	۳۳
WDWSSI	Washing and Dressing the Wound of Surgical Site Infection	شستشو و پانسمان زخم عفونت محل عمل جراحی	۳۴
EPP(CUCR)	Eensuring the Performance of Personnel(Correct Use of Chemical Restraint)	حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (استفاده صحیح از مهار شیمیایی)	۳۵
EPP(CUPR)	Eensuring the Performance of Personnel (Correct Use of Physical Restraint)	حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (استفاده صحیح از مهار فیزیکی)	۳۶
EPP(EPCCMD)	Eensuring the Performance of Personnel(Ensuring Preparation before and Continuous Care and Monitoring during and after Dialysis)	حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز)	۳۷
EPP(EPCCMPS)	Eensuring the Performance of Personnel(Ensuring Preparation before and Continuous Care and Monitoring of the Patient after Surgery)	حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی)	۳۸
EPP(EPCCME)	Eensuring the Performance of Personnel(Ensuring Preparation before and Continuous Care and Monitoring during and after Endoscopy)	حصول اطمینان از عملکرد پرسنل (اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آندوسکوپی)	۳۹

EPP(EPCCMC)	Ensuring the Performance of Personnel(Ensuring Preparation before and Continuous Care and Monitoring during and after Colonoscopy)	حصول اطمینان از عملکرد پرسنل اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از کولونوسکوپی	۴۰
EPP(EPCCMCR)	Ensuring the Performance of Personnel(Ensuring Preparation before and Continuous Care and Monitoring during and after Chemotherapy and Radiotherapy)	حصول اطمینان از عملکرد پرسنل اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین، پس از شیمی درمانی و پرتو درمانی	۴۱
EPP(APRPTDH)	Ensuring the Performance of Personnel(Announcing the Pending Results of Paraclinical Tests to the patient/companion after Dischsрге from the Hospital)	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیمار/همراه بعد از ترخیص از بیمارستان	۴۲
EPP(STPCD)	Ensuring the Performance of Personnel Self-care Training for Patients in Clinical Departments	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخش‌های بالینی	۴۳
EPP(P-VTE-PE)	Ensuring the Performance of Personnel Prevention of Venous Thrombo Embolism and Pulmonary Embolism	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی	۴۴
EPP(SPP)	Ensuring the Performance of Personnel Sepration of Psychiatric Patients	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل جدا سازی بیماران روانپزشکی	۴۵
EPP-SPHSB	Ensuring the Performance of Personnel Sepration of Patients with High-risk Social Behavior	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی	۴۶
EPP(IIP)	Ensuring the Performance of Personnel Isolation of Infectious Patients	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل جدا سازی بیماران عفونی	۴۷
EPP(MSSBSY)	Ensuring the Performance of Personnel Maintining the Safty and Security of the Baby based on the Service package for the baby of the Year	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل حفظ امنیت و ایمنی نوزاد براساس بسته ی خدمتی نوزاد سال	۴۸
EPP(CTONC)	Ensuring the Performance of Personnel Care and Treatment Orders in Necessary Cases	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	۴۹
EPP(SCPPPU)	Ensuring the Performance of Personnel Skin Care and Portecting Patients against Pressure Ulcers	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری	۵۰
EPP(TTPRSOH)	Ensuring the Performance of Personnel the method of Temporary Transfer of Patints to Receive Services Outside the Hospital	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل	۵۱

		نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان	
EPP(IIDMP)	Ensuring the Performance of Personnel Intra- and Inter- Departmental Movement of Patients	چک لیست حصول اطمینان از عملکرد پرسنل نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران	۵۲
SF	Safe Storage	چک لیست انبارش ایمن	۵۳
VPH	Visiting the PHarmacy	چک لیست بازدید از داروخانه	۵۴
ISCHPH	Inspection of the Safety Condition of the Hospital PHarmacy	چک لیست بازرسی وضعیت ایمنی داروخانه بیمارستان شهید مطهری	۵۵
VK	Visiting the Kitchen	چک لیست بازدید از آشپزخانه	۵۶
MECNDH	Monitoring and Evaluation of the Clinical Nutrition Department of Hospitals	پایش و ارزیابی بخش تغذیه بالینی بیمارستان ها	۵۷
MSPCCC	Monitoring and Supervision of the Performance of the Contractor/Central Catering	نمونه چک لیست پیشنهادی پایش و نظارت بر عملکرد پیمانکار/کنترینگ مرکزی	۵۸
COME	Controlling the Opration of Medical Equipment	چک لیست کنترل عملکرد تجهیزات بیهوشی	۵۹
DHCD	the Duties of Heads of Clinical Departments	چک لیست شرح وظایف روسای بخش های بالینی	۶۰
CH₆₁-ECSA	Employee Communicatin and Specific skills Assessment	چک لیست مهارت های عمومی کارکنان	۶۱
CH_{61.1}-ECSA	Employee Communicatin and Specific skills Assessment	نتایج ارزیابی مهارت های عمومی، ارتباطی و تخصصی کارکنان	۶۱،۱
SSHR	Specialized Skills of the Human Resources unit	مهارت های تخصصی واحد منابع انسانی	۶۲
SSR	Specialized Skills of the Radiology	مهارت های تخصصی رادیولوژی	۶۳
SSSu	Specialized Skills of the Security unit	مهارت های تخصصی واحد حراست	۶۴
SSNu	Specialized Skills of the Nutrition unit	مهارت های تخصصی واحد تغذیه	۶۵
SSLab	Specialized Skills of Laboratory	مهارت های تخصصی آزمایشگاه	۶۶
SSFu	Specialized Skills of the Security unit	مهارت های تخصصی واحد مالی	۶۷
DKC	Daily Kitchen Control	کنترل روزانه آشپزخانه	۶۸
SSSCP	Satisfaction Survey of Service Company Performance	رضایت سنجی عملکرد شرکت خدماتی	۶۹
ONPRD	Observing the Necessary Points by Rental Drivers	رعایت نکات لازم از طرف	۷۰

		رانندگان استیجاری	
MPWC	Monitoring the Performance of the Waste Contractor	نظارت بر عملکرد پیمانکار پسماند های عفونی، غیر عفونی و شیمیایی و دارویی	۷۱
MPLC	Monitoring the Performance of the Laundry Contractor	نظارت بر عملکرد پیمانکار رختشویخانه	۷۲
STUC	Satisfaction of the Technical Unit from the Contractor	رضایتمندی واحد فنی از پیمانکار	۷۳
Qu.	Questionnaire		
PSCS	Patient Safety Culture Survey	پایش فرهنگ ایمنی بیمار	۱
PSNCS	Patient Satisfaction from Nursing Care Survey	سنجش میزان رضایت بیماران از مراقبت های پرستاری	۲
PSS	Patient Satisfaction Survey	رضایت سنجی از بیماران بستری	۳
ICSS	Informal Caregiver Satisfaction Survey	رضایت سنجی از همراهان بیماران بستری	۴
SSS	Staff Satisfaction Survey	رضایت سنجی از کارکنان	۵
SASS	Students/ Assistants Satisfaction Survey	نظرسنجی از دانشجویان و دستیاران تخصصی	۶
HUFA	Head of UNIT Function	ارزیابی عملکرد مسئولین واحدها/ بخش ها در خصوص وظایف محوله	۷
PSM	Providers Satisfaction Measuring	سنجش رضایتمندی تأمین کنندگان	۸
CSM	Contractors Satisfaction Measuring	سنجش رضایتمندی پیمانکاران	۹
MSHPNDS	Measuring the Satisfaction of Hospitalized Patient with Nutrition Department Services	سنجش رضایتمندی بیماران بستری از خدمات واحد تغذیه بالینی	۱۰
PSMQ	Questionnaire-Patient Satisfaction Measuring Questionnaire	پرسشنامه سنجش رضایت بیمار از خدمات بستری	۱۱
F	Form	فرم	
P/ ICPV	Patient/ Informal Caregiver Point of View	ثبت شکایت/ انتقاد/ پیشنهاد بیماران و همراهان	۱
SPV	Stakeholders Point of View	ثبت شکایت/ انتقاد ذینفعان (به غیر از بیمار و همراه)	۲
PEP	Personnel Encourage and Punishment	تشویق و تنبیه کارکنان	۳
AL	Attendance List	لیست حضور و غیاب	۴
MM	Meeting Minutes	صور تجلسه	۵

HCSM	Hospital Committees Seasonal Monitoring	پایش فصلی کمیته های بیمارستانی	۶
AHCM	The Approvals of the Hospital Committee Monitoring	پایش مصوبات کمیته های بیمارستانی	۷
PIP	Process Identification and Prioritization	فرم شناسایی و اولویت بندی فرایندهای جاری واحد/بخش	۸
HSWI	Hospital Strengths and Weaknesses Identifying	شناسایی نقاط قوت و ضعف بیمارستان	۹
OE	Occupational Exposure	مواجهه شغلی	۱۰
MHhCR	Measuring Hand hygiene Compliance Rates	اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست	۱۱
ICHh	Initial Calculation of Hand hygiene	محاسبه ابتدایی میزان رعایت بهداشت دست	۱۲
TSDCH	Table of Statistical Denominators for Calculating Infection Indices	جدول مخرج های آماری جهت محاسبه شاخص های عفونت	۱۳
RPI	Reporting a Pressure Injury	گزارش زخم بستر	۱۴
SSDC	Sampling of Suspected Diarrhea Cases	فرم نمونه برداری موارد اسهال مشکوک به التور و فرم گزارش آزمایشگاه	۱۵
IIPPE	Identification and Indicators of Process Performance Evaluation	شناسنامه فرایندها و شاخصهای ارزیابی عملکرد فرایند	۱۶
PSWr.	Patient Safety Walk rounds	بازید مدیریتی ایمنی بیمار	۱۷
I	Instructions	دستورالعمل	۱۸
PP	Policy & Procedures	خط مشی و روش	۱۹
P	Procedures	روش اجرایی	۲۰
HIW	Hospital Instructions Writing	نگارش دستورالعمل های بیمارستان	۲۱
WPPW	Hospital Policies and Procedures Writing	نگارش خط مشی و روش های اجرایی بیمارستان	۲۲
HPW	Hospital Procedures Writing	نگارش روش های اجرایی بیمارستان	۲۳
AP	Action Plan	برنامه عملیاتی	۲۴
PSP	Personel Suggestion & Point of View	پیشنهادات و نظرات کارکنان	۲۵
SOE	Selection of Outstanding Employee	انتخاب کارمند نمونه	۲۶
IPENP/C	Identifying and Prioritizing the Educational Needs of Patients/Companions	شناسایی و الویت بندی نیازهای آموزشی بیماران/همراهان	۲۷
FPEEDW	Follow-up of Patient Education Expert after Discharge from the Ward	فالوآپ کارشناس آموزش به بیمار پس از ترخیص بخش	۲۸

OICDTSAP	Obtaining Informed Consent for Diagnostic/Therapeutic/Surgical/anesthesia/Procedures	اخذ برائت و رضایت آگاهانه برای اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی/بی‌هوشی	۳۹
DRRA	Daily Report of Re-Admissions	گزارش روزانه موارد بستری مجدد	۳۰
SSISLFR	Special form for Supplementary Information for Serious Life-threatening or Fatal Reports	مخصوص اطلاعات تکمیلی گزارش‌های جدی تهدیدکننده حیات یا منجر به مرگ بیمار	۳۱
ER	Error Report	گزارش خطا	۳۲
IRULEPT	Immediate Reporting of Unwanted Life-threatening Events in Patient Treatment	گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدیدکننده حیات در درمان بیماران	۳۳
EHCRI	Epidemiology of Health Care Related Infections	بیماری‌های عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی	۳۴
SSSEC	Sampling Statistics of Suspected Eltor Cases	آمار نمونه برداری از موارد مشکوک التور (گزارش هفتگی)	۳۵
RSICN	Request Seltamivir capsules/tablets from the Infection Control unit/Nursing office	فرم درخواست کپسول/قرص اسلتامیویر از واحد کنترل عفونت/دفتر پرستاری	۳۶
IRR	Issuance of Recall Request	صدور درخواست فراخوان یا بازخوانی (Recall)	۳۷
RWEPC	Returning to Work for Employees with the Possibility of Contracting Covid-19	بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به کووید-۱۹	۳۸
RVP	Rational Vancomycin Prescription	تجویز منطقی ونکومايسين	۳۹
RISPSDS	Record Information of Sampled Patients with Severe Disease Syndrome	ثبت اطلاعات بیماران نمونه گیری شده دچار سندرم بیماری شدید	۴۰
RAU	Rational Antibiotics Use	مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک	۴۱
OE	Occupational Exposure	مواجهه شغلی	۴۲
RNHIVRDT	Reporting the Number of HIV Rapid Diagnostic Tests	پروژه ارزیابی تست تشخیصی سریع HIV	۴۳
MIA	Monitoring of Important Antibiotics	پایش آنتی‌بیوتیک‌های مهم	۴۴
MPA	Monitoring of Prophylaxis Antibiotics	پایش آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی	۴۵
ESDC	Epidemiological Summary of Dysentery Cases	خلاصه اطلاعات اپیدمیولوژیکی اسهال خونی	۴۶
BSR	Bed Sore Report	گزارش زخم بستر	۴۷
MRESC	Monthly Report of Eltor Sampling Cases	گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور	۴۸
SDCICI	Statistical Denominators to Calculate Infection Control Index	جدول مخرج‌های آماری جهت محاسبه شاخص کنترل عفونت	۴۹

CCN	Choosing a Certifie Nurse	انتخاب پرستار خبره	۵۰
QES ₁	Qualified Expert Selection	فرم انتخاب کارشناس شایسته در حوزه اداری ، مالی، پشتیبانی و پاراکلینیک	۵۱
QES ₂	Qualified Expert Selection	فرم انتخاب کارشناس شایسته در حوزه درمان	۵۲