



چک لیست ثبت و گزارش نویسی

نام بخش :

تاریخ چک :

اقدامات اصلاحی	۰	۱	۲	موارد چک لیست
				۱. در ابتدای گزارش پرستاری تاریخ و ساعت بطور کامل نوشته می شود. (سال-ماه-روز)
				۲. در پایان گزارش پرستاری نام و سمت گزارشگر قید و امضاء و مهر می گردد.
				۳. از گذاشتن جای خالی در گزارش پرستاری خودداری می گردد.
				۴. از اختصارات قابل قبول و استاندارد استفاده می شود.
				۵. گزارش پرستاری خوش خط و خوانا بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی ثبت می شود
				۶. در صورت اشتباه در ثبت، پرستار یک خط نازک بر روی آن کشیده و در بالای آن کلمه (اصلاح شد) می شود و از هیچ نوع وسیله پاک کننده استفاده نمی شود.
				۷. گزارش پرستاری در هر شیفت ثبت می شود و توالی آن رعایت می گردد.
				۸. علائم بیماری (درد، تهوع، استفراغ، خستگی) بطور کامل ثبت می شود.
				۹. در صورت غیرطبیعی بودن علائم حیاتی اقدامات و عکس العمل مدجو در مورد انجام مراقبت پرستاری ثبت می گردد.
				۱۰. داروهای داده شده بطور کامل ثبت می گردد.
				۱۱. عوارضی که بدنبال مصرف داروها ایجاد می شود ثبت و گزارش می گردد.
				۱۲. وضعیت خواب و استراحت-تغذیه و دفع مددجو بطور کامل ثبت می گردد.
				۱۳. مواردیکه نیاز به پیگیری و انجام اقدامات بعمل آمده دارد ثبت می شود.
				۱۴. جواب آزمایشات غیر طبیعی و اقدامات بعمل آمده ثبت می شود.
				۱۵. وقایع و حوادث اتفاقی بطور کامل ثبت می شود.
				۱۶. گزارش پرستاری بطور صحیح و مختصر و مرتبط، جامع و جاری و سازماندهی شده محرمانه، و با رعایت رازداری نوشته می شود.
				۱۷. گزارش خوانا و مرتب می باشد و حتماً با خودکار آبی یا مشکی نوشته می شود.
				۱۸. در صورتیکه بیمار از وسایل مکانیکی (اعم از TPM یا مانیتور یا ونتیلاتور) استفاده می کند. حتماً قید می شود.
				۱۹. از تحریف گزارش دیگران (اضافه نمودن یا حذف مواردی از گزارش سایرین) اجتناب شده است
				۲۰. تاریخ، ساعت و طریقه ورود بیمار به بخش (بوسیله برانکاردر ویلچر یا خود بیمار)، شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی در گزارش اولیه ثبت می گردد.

امضاء مسئول بخش:

امضاء ارزیابی کننده: