

| ردیف | مراحل انجام کار                                                                                                                                                                                               | بلی | خیر |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ۱.   | جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده می کند.                                                                                                                                                   |     |     |
| ۲.   | جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکارآبی یا مشکی استفاده می کند.                                                                                                                                                |     |     |
| ۳.   | گزارش را خوانا و مرتب می نویسد.                                                                                                                                                                               |     |     |
| ۴.   | مشخصات بیمار بایستی در بالای اوراق گزارش به طور کامل درج شود.                                                                                                                                                 |     |     |
| ۵.   | جهت ثبت تاریخ وساعت گزارش نویسی از اعداد 1 الی 24 استفاده می کند.                                                                                                                                             |     |     |
| ۶.   | وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم لینی و آزمایشگاهی ثبت می کند.                                                                                                                                 |     |     |
| ۷.   | تعداد و ریتم ضربان قلب و تنفس بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت می کند.                                                                                                                               |     |     |
| ۸.   | در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و ...) جهت مراقبت از بیمار، توضیحات لازم یادداشت شده، وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را ثبت می کند.        |     |     |
| ۹.   | بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت می کند.                                                                                                                   |     |     |
| ۱۰.  | تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آن ها و ذکر واکنش های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت می کند.                                                                                            |     |     |
| ۱۱.  | از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آن ها اجتناب می کند.                                                                                                                                                      |     |     |
| ۱۲.  | پس از مشاهده هر گونه مورد غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی می کند.                                                                                              |     |     |
| ۱۳.  | انحصاراً در گزارش، مراقبت هایی را خود ارائه داده است یا برای اجرای آن ها نظارت داشته است ثبت می کند.                                                                                                          |     |     |
| ۱۴.  | اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پی گیری شوند گزارش می کند (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و ...).                                                                    |     |     |
| ۱۵.  | در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها و موارد مشاهده شده، علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع می دهد.                  |     |     |
| ۱۶.  | در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می کند نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد علاوه بر چارت در برگه های گرافیکی استاندارد، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستاری قید می کند. |     |     |
| ۱۷.  | هر گونه علائم و نشانه ای را در صورت بروز به پزشک اطلاع دهد و ثبت می کند.                                                                                                                                      |     |     |
| ۱۸.  | هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و ...) ثبت می کند.                                                                                                        |     |     |
| ۱۹.  | دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت می کند.                                                                                                                                                            |     |     |
| ۲۰.  | در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی، دستور تلفنی را به امضاء پرستار دیگری می رساند.                                                                                                                               |     |     |
| ۲۱.  | دستور تلفنی را ظرف مدت 24 ساعت به امضاء پزشک مربوطه می رساند.                                                                                                                                                 |     |     |
| ۲۲.  | زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده و اطلاعات گرفته شده را ثبت می کند.                                                                                       |     |     |
| ۲۳.  | از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آن ها اجتناب می کند.                                                                                                                          |     |     |

|     |                                                                                                                   |  |  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| ۲۴. | در قسمت بالا یا جلوی مورد کلمه اشتباه یا Error می نویسد و گزارش صحیح را بعد از کلمه اشتباه یا Error ادامه می دهد. |  |  |
| ۲۵. | تاریخ، ساعت و سمت پس از ثبت مورد فوق را در گزارش می نویسد.                                                        |  |  |
| ۲۶. | اگر مواردی بعداً به گزارش اضافه شود آن را قید می کند.                                                             |  |  |
| ۲۷. | برای تکمیل گزارش پرستاری هر چه راجع به بیمار شنیده است را نمی نویسد.                                              |  |  |
| ۲۸. | در صورتی که متوجه شود گزارشی که نوشته ، اشتباه است آن را معدوم نمی کند.                                           |  |  |
| ۲۹. | برای تکمیل گزارش، مواردی را به یادداشت های دیگران اضافه نمی کند.                                                  |  |  |
| ۳۰. | در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی نمی گذارد.                                                           |  |  |
| ۳۱. | در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات رایج جهانی را به کار می برد.                               |  |  |
| ۳۲. | آموزش های ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر می کند.                                                      |  |  |
| ۳۳. | در صورتی که بیمار، وی یا مسوولین بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی کند، دقیقاً گزارش می کند.                     |  |  |
| ۳۴. | انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی را به طور کامل می بندد.                                                     |  |  |
| ۳۵. | نام و سمت خود را به طور خوانا ثبت می کند.                                                                         |  |  |
|     | امتیاز                                                                                                            |  |  |