



فرم نظارت بر ثبت مستندات و عملکرد پرستاران

بخش ، در ماه سال 1398

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی و درمانی تهران
مرکز آموزشی، درمانی بهارلو

فرم 1 نظارتی

ردیف	شاخص	بلی	خیر	غیر قابل ارزیابی	توضیحات
۱	گزارش بدو ورود بیمار وساعت و طریقه ورود بیمار به بخش کامل ثبت شده است				
۲	وضعیت تغذیه ، جذب ، دفع ، استراحت بیمار ثبت شده است.				
۳	نوع و ساعت کلیه اقدامات(درمانی ، مراقبتی ، تشخیصی) ثبت شده است.				
۴	کلیه آموزش های داده شده به بیمار و همراه وی طبق نیاز وی ارائه و ثبت می گردد.				
۵	گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا نوشته شده است.				
۶	نتایج ارزیابی اولیه در گزارش پرستاری نوشته شده است.				
۷	درین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود ندارد				
۸	گزارش خوانا است				
۹	علائم حیاتی بیمار شامل تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و درجه حرارت در هر شیفت ثبت می شود.				
۱۰	سطح مراقبتی بیمار در هر شیفت ثبت می شود.				
۱۱	ارزیابی خطر زخم بستر در هر شیفت انجام و ثبت می شود.				
۱۲	ارزیابی خطر سقوط از تخت در هر شیفت انجام و ثبت می شود.				
۱۳	غربالگری و بررسی درد در هر شیفت انجام و ثبت می شود.				
۱۴	گزارشات پروسیجرها شامل چگونگی پروسیجر، زمان و نام انجام دهنده پروسیجر و چگونگی انجام پروسیجر و واکنش و تحمل بیمار به پروسیجر می باشد.				
۱۵	ثبت تاثیر اقدامات درمانی و... در وضعیت عمومی بیمار				
۱۶	نتایج ارزیابی مجدد پس از تحویل بیمار از اتاق عمل ثبت می شود.				
۱۷	در ثبت داروهای پرخطر و مهم طبق خط مشی اجرا و دارای امضای دو پرستار می باشد.				
۱۸	هرگونه تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت می شود.				
۱۹	اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند ، گزارش و ثبت گردد.(آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره و ...)				
۲۰	ساعت اطلاع به پزشک و هنگام ویزیت جهت ویزیت و مشاوره ثبت شده است.				
۲۱	درمورد داروهای مخدر و PRN بطو کامل و مشخص دلیل استفاده و پاسخ بیمار به دارو ثبت شده است.				
۲۲	در صورت تزریق خون یا فرآورده های خونی ، زمان و تاریخ شروع ترانسفوزیون ، مقادیر ، علائم				

ارزیابی گزارش پرستاری و ارزیابی اولیه و ارزیابی مجدد



فرم نظارت بر ثبت مستندات و عملکرد پرستاران

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی و درمانی تهران
مرکز آموزشی، درمانی بهارلو

بخش ، در ماه سال 1398

				حیاتی قبل - حین و پس از ترانسفوزیون ثبت می شود.
۲۳				به ایمنی بیمار در تخت (ساید ریل و) ...دستبند شناسایی توجه شده و مستندات صحیح می باشند
۲۴				میزان قند خون بیمار و میزان دریافت دارو و یا انسولین برای بیماران با پروتکل انسولین و یا دستور خاص مراقبتی، ثبت می شود.
۲۵				میزان Intake & Output بیمار در هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت می شود.
۲۶				در هر شیفت ،علائم حیاتی بیمار در گزارش پرستاری ثبت می شود.
۲۷				برگه جذب و دفع بیمار ،صحیح ثبت شده است.
۲۸				برگه نمودار علائم حیاتی در پرونده بیمار تکمیل شده است .
۲۹				در برگه نمودار علائم حیاتی بیمار در پرونده بیمار ،جذب و دفع بیمار تکمیل شده است
۳۰				مراقبت های قبل و بعد از عمل طبق استانداردها انجام و ثبت شده است.
۳۱				تشخیص های پرستاری براساس NANDA و منطبق با شرایط بیمار و صحیح ثبت شده است.
۳۲				اقدامات پرستاری انجام شده منطبق بر اقدامات برنامه ریزی شده بطور صحیح و طبق گایدلاین ها می باشد.
۳۳				ارزشیابی برنامه مراقبتی بعد از انجام اقدامات پرستاری ثبت شده است.
۳۴				پرستار در انتها گزارش را مهر و امضاء نموده است
۳۵				فرم ارزیابی اولیه دقیق و کامل در محدوده زمانی تعیین شده پر شده است
۳۶				در بیماران بستری طولانی مدت پس از ۳۰ روز بستری مجدد فرم ارزیابی اولیه پر می شود.
۳۷				ارزیابی مذهبی و فرهنگی بررسی و ثبت شده است.
۳۸				غربالگری تغذیه و نتیجه غربالگری تغذیه ثبت شده است.
۳۹				قد و وزن بیمار دقیق ثبت شده است(سوال از بیمار)
۴۰				احتمال خطر زخم بستر بررسی و ثبت شده است
۴۱				احتمال خطر سقوط از تخت بررسی و ثبت شده است
۴۲				ارزیابی درد و خدمات تسکینی برسی و ثبت شده است.
۴۳				آیا تشخیص پرستاری مناسب با ارزیابی انجام شده طبق استاندارد ها ثبت شده است
۴۴				دستورات دارویی بیمار طبق فرایند دارودهی به نحو صحیح انجام و ثبت گردیده است.
۴۵				کنترل علائم حیاتی طبق دفعات انجام شده، ثبت گردیده است.
۴۶				علائم حیاتی در برگه چارت نمودار علائم حیاتی در پرونده ساعت ۶ و ۱۸ ثبت شده است
۴۷				برگه جذب و دفع دقیق و کامل پر شده است



فرم نظارت بر ثبت مستندات و عملکرد پرستاران

بخش ، در ماه سال 1398

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی و درمانی تهران
مرکز آموزشی، درمانی بهارلو

۴۸	ظرف مدرج برای جذب و دفع در اختیار بیمار قرارداد و آموزش لازم داده شده است			
۴۹	میزان جذب و دفع ۲۴ ساعته در برگه چارت نمودار علایم حیاتی در پرونده ثبت می شود.			
۵۰	مشخصات بیمار بطور کامل در سربرگ دو کاردکس (دارویی و مراقبتی) نوشته شده است.			
۵۱	کلیه موارد (کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی پرستاری یا پزشکی و ...) با ذکر دقیق تاریخ و ساعت انجام یا شروع و خاتمه به صورت دقیق و خوانا و بدون قلم خوردگی ثبت می شود.			
۵۲	ساعت رفت و برگشت بیمار به OR یا مرکز دیگر جهت اقدامات پاراکلینیک ثبت می شود.			
۵۳	ثبت موارد دارویی با ذکر ساعت شروع، دوز و نحوه تجویز دارو می باشد.			
۵۴	تعویض، تغییر دوز و یا قطع دارو با کشیدن خط قرمز روی آن و ثبت تاریخ روی آن مشخص شده است.			
۵۵	تا زمان ترخیص بیمار کلیه کاردکس ها در پرونده بایگانی گردد.			
۵۶	ریسک سقوط و زخم بستر بالای کاردکس ثبت شده است			
۵۷	تکرار غربالگری تغذیه و یا نیز به ارزیابی تخصصی تغذیه با ذکر تاریخ ثبت شده است			
۵۸	دستورات پزشکی با خودکار آبی و مشکی (مخالف با رنگ دستورات پزشکی) چک شده است.			
۵۹	در پایان دستورات پزشکی چک شده ، تعداد موارد چک شده ، خط خوردگی اشتباه ، یا عدم وجود خط خوردگی با حروف ثبت شده است.			
۶۰	تاریخ و ساعت ، نام و امضاء پرستار کنترل کننده دستورات پزشکی ثبت شده است.			
۶۱	دستورات پزشکی خواسته شده توسط پرستار پیگیری و انجام شده است.			
۶۲	در صورت لزوم نتایج اجرای دستورات پزشکی بر روی وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت شده است.			
۶۳	در موارد اورژانسی و شرایط خاص دستورات تلفنی پزشک انجام و در گزارش پرستاری و کاردکس ثبت می گردد.			
۶۴	عنوان دستور تلفنی در ابتدای دستورات ثبت شده است.			
۶۵	دستورات تلفنی طبق خط مشی ، در برگه دستورات پزشک ثبت شده است.			
۶۶	دستورات تلفنی پزشک در اسرع وقت توسط پزشک مربوطه مهر و امضاء می شود.			

ارزیابی کاردکس نویسی

ارزیابی چک دستورات پزشک

تاریخ ارزیابی:

نام بخش:

سرپرستار ارزیاب:

شماره پرونده:



فرم نظارت بر ثبت مستندات و عملکرد پرستاران

بخش ، در ماه سال 1398

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی و درمانی تهران
مرکز آموزشی، درمانی بهارلو

فرم 2 نظارتی

ردیف	شاخص	بلی	خیر	توضیحات
۱	گزارش بدو ورود بیمار وساعت و طریقه ورود بیمار به بخش کامل ثبت شده است			
۲	وضعیت تغذیه ، جذب ، دفع ، استراحت بیمار ثبت شده است.			
۳	نوع و ساعت کلیه اقدامات (درمانی ، مراقبتی ، تشخیصی) ثبت شده است.			
۴	کلیه آموزش های داده شده به بیمار و همراه وی طبق نیاز وی ارائه و ثبت می گردد.			
۵	گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا نوشته شده است.			
۶	نتایج ارزیابی اولیه در گزارش پرستاری نوشته شده است.			
۷	دربین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود ندارد			
۸	گزارش خوانا است			
۹	علائم حیاتی بیمار شامل تعداد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و درجه حرارت در هر شیفت ثبت می شود.			
۱۰	سطح مراقبتی بیمار در هر شیفت ثبت می شود.			
۱۱	ارزیابی خطر زخم بستر در هر شیفت انجام و ثبت می شود.			
۱۲	ارزیابی خطر سقوط از تخت در هر شیفت انجام و ثبت می شود.			
۱۳	غربالگری و بررسی درد در هر شیفت انجام و ثبت می شود.			
۱۴	گزارشات پروسیجرها شامل چگونگی پروسیجر، زمان و نام انجام دهنده پروسیجر و چگونگی انجام پروسیجر و واکنش و تحمل بیمار به پروسیجر می باشد.			
۱۵	ثبت تاثیر اقدامات درمانی و... در وضعیت عمومی بیمار			
۱۶	نتایج ارزیابی مجدد پس از تحویل بیمار از اتاق عمل ثبت می شود.			
۱۷	در ثبت داروهای پرخطر و مهم طبق خط مشی اجرا و دارای امضای دو پرستار می باشد.			
۱۸	هر گونه تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت می شود.			
۱۹	اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند ، گزارش و ثبت گردد. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره و ...)			
۲۰	ساعت اطلاع به پزشك و هنگام ویزیت جهت ویزیت و مشاوره ثبت شده است.			
۲۱	درمورد داروهای مخدر و PRN بطو کامل و مشخص دلیل استفاده و پاسخ بیمار به دارو ثبت شده			

ارزیابی گزارش پرستاری و ارزیابی اولیه و ارزیابی مجدد



فرم نظارت بر ثبت مستندات و عملکرد پرستاران

بخش ، در ماه سال 1398

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی و درمانی تهران
مرکز آموزشی، درمانی بهارلو

			است.	
۲۲			در صورت تزریق خون یا فرآورده های خونی ، زمان و تاریخ شروع ترانسفوزیون ، مقادیر ، علائم حیاتی قبل - حین و پس از ترانسفوزیون ثبت می شود.	
۲۳			به ایمنی بیمار در تخت (ساید ریل و) ...دستبند شناسایی توجه شده ومستندات صحیح می باشند	
۲۴			میزان قند خون بیمار و میزان دریافت دارو و یا انسولین برای بیماران با پروتکل انسولین و یا دستور خاص مراقبتی، ثبت می شود.	
۲۵			میزان Intake & Output بیمار در هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت می شود.	
۲۶			در هر شیفت ،علائم حیاتی بیمار در گزارش پرستاری ثبت می شود.	
۲۷			برگه جذب و دفع بیمار ،صحیح ثبت شده است.	
۲۸			برگه نمودار علائم حیاتی در پرونده بیمار تکمیل شده است .	
۲۹			در برگه نمودار علائم حیاتی بیمار در پرونده بیمار ،جذب و دفع بیمار تکمیل شده است	
۳۰			مراقبت های قبل و بعد از عمل طبق استانداردها انجام و ثبت شده است.	
۳۱			تشخیص های پرستاری براساس NANDA و منطبق با شرایط بیمار و صحیح ثبت شده است.	
۳۲			اقدامات پرستاری انجام شده منطبق بر اقدامات برنامه ریزی شده بطور صحیح و طبق گایدلاین ها می باشد.	
۳۳			ارزشیابی برنامه مراقبتی بعد از انجام اقدامات پرستاری ثبت شده است.	
۳۴			پرستار در انتها گزارش را مهر و امضاء نموده است	
۳۵			فرم ارزیابی اولیه دقیق و کامل در محدوده زمانی تعیین شده پر شده است	
۳۶			در بیماران بستری طولانی مدت پس از ۳۰ روز بستری مجدد فرم ارزیابی اولیه پر می شود.	
۳۷			ارزیابی مذهبی و فرهنگی بررسی و ثبت شده است.	
۳۸			غربالگری تغذیه و نتیجه غربالگری تغذیه ثبت شده است.	
۳۹			قد و وزن بیمار دقیق ثبت شده است(سوال از بیمار)	
۴۰			احتمال خطر زخم بستر بررسی و ثبت شده است	
۴۱			احتمال خطر سقوط از تخت بررسی و ثبت شده است	
۴۲			ارزیابی درد و خدمات تسکینی بررسی و ثبت شده است.	
۴۳			آیا تشخیص پرستاری مناسب با ارزیابی انجام شده طبق استاندارد ها ثبت شده است	
۴۴			دستورات دارویی بیمار طبق فرایند دارودهی به نحو صحیح انجام و ثبت گردیده است.	
۴۵			کنترل علائم حیاتی طبق دفعات انجام شده، ثبت گردیده است.	
۴۶			علائم حیاتی در برگه چارت نمودار علائم حیاتی در پرونده ساعت ۶ و ۱۸ ثبت شده است	



فرم نظارت بر ثبت مستندات و عملکرد پرستاران

بخش ، در ماه سال 1398

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی و درمانی تهران
مرکز آموزشی، درمانی بهارلو

	۴۷	برگه جذب و دفع دقیق و کامل پر شده است			
	۴۸	ظرف مدرج برای جذب و دفع در اختیار بیمار قرارداد و آموزش لازم داده شده است			
	۴۹	میزان جذب و دفع ۲۴ ساعته در برگه چارت نمودار علایم حیاتی در پرونده ثبت می شود.			
	۵۰	مشخصات بیمار بطور کامل در سربرگ دو کاردکس (دارویی و مراقبتی) نوشته شده است.			
ارزیابی کاردکس نویسی	۵۱	کلیه موارد (کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی پرستاری یا پزشکی و ...) با ذکر دقیق تاریخ و ساعت انجام یا شروع و خاتمه به صورت دقیق و خوانا و بدون قلم خوردگی ثبت می شود.			
	۵۲	ساعت رفت و برگشت بیمار به OR یا مرکز دیگر جهت اقدامات پاراکلینیک ثبت می شود.			
	۵۳	ثبت موارد دارویی با ذکر ساعت شروع، دوز و نحوه تجویز دارو می باشد.			
	۵۴	تعویض، تغییر دوز و یا قطع دارو با کشیدن خط قرمز روی آن و ثبت تاریخ روی آن مشخص شده است.			
	۵۵	تا زمان ترخیص بیمار کلیه کاردکس ها در پرونده بایگانی گردد.			
	۵۶	ریسک سقوط و زخم بستر بالای کاردکس ثبت شده است			
	۵۷	تکرار غربالگری تغذیه و یا نیز به ارزیابی تخصصی تغذیه با ذکر تاریخ ثبت شده است			
ارزیابی چک دستورات پزشکی	۵۸	دستورات پزشک با خودکار آبی و مشکی (مخالف با رنگ دستورات پزشک) چک شده است.			
	۵۹	در پایان دستورات پزشکی چک شده ، تعداد موارد چک شده ، خط خوردگی اشتباه ، یا عدم وجود خط خوردگی با حروف ثبت شده است.			
	۶۰	تاریخ و ساعت ، نام و امضاء پرستار کنترل کننده دستورات پزشک ثبت شده است.			
	۶۱	دستورات پزشکی خواسته شده توسط پرستار پیگیری و انجام شده است.			
	۶۲	در صورت لزوم نتایج اجرای دستورات پزشکی بر روی وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت شده است.			
	۶۳	در موارد اورژانسی و شرایط خاص دستورات تلفنی پزشک انجام و در گزارش پرستاری و کاردکس ثبت می گردد.			
	۶۴	عنوان دستور تلفنی در ابتدای دستورات ثبت شده است.			
	۶۵	دستورات تلفنی طبق خط مشی ، در برگه دستورات پزشک ثبت شده است.			
	۶۶	دستورات تلفنی پزشک در اسرع وقت توسط پزشک مربوطه مهر و امضاء می شود.			

تاریخ ارزیابی:

نام بخش:

سرپرستار ارزیاب:

شماره پرونده: