|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Arm daneshچک لیست پایش و ارزیابی عملکرد پرستاران “شاخص سرم درمانی“****untitled.JPGواحد/محل خدمت: بیمارستان: تاریخ ارزیابی** : |
| **شناسنامه شاخص** | **الف ) علت منطقی جمع آوری داده ها**  :دقت در انفوزیون سرم بیماران باعث کاهش خطاهای پزشکی ،افزایش اثربخشی اقدامات درمانی و افزایش اعتماد بیماران میگردد |
| **ب)موضوع شاخص**: مدیریت🗌 امور مالی🗌 خدمات پزشکی🗌 خدمات پرستاری🗌 خدمات عمومی و پشتیبانی🗌 خدمات پاراکلینیک🗌 |
| **ج)ابعاد کیفی شاخص:** اثربخشی🗌 کارایی 🗌 رضایتمندی🗌 ایمنی□ عدالت ودسترسی عادلانه□ تعهد□ |
| **د)فرمول شاخص:** (تعداد کل موارد رعایت شده در 5 مورد ارزیابی/55)\*100 | **و)نتیجه بررسی شاخص در 5 مورد ارزیابی:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  **شماره پرونده بیمار** **استاندارد** | ***ارزیابی 1*** | ***ارزیابی2*** | ***ارزیابی3*** | ***ارزیابی4*** | ***ارزیابی5*** |
|  |  |  |  |  |
| **1****1** | کلیه سرم ها دارای شناسنامه سرم ،شامل تاریخ ،ساعت وصل ،نام پرستار ،نام بیمار ،تعداد قطرات ،دوز دقیق دارو های اضافه شده است |  |  |  |  |  |
| **2** | نمونه سرم وصل شده به بیمار با دستور پزشک مطابقت دارد |  |  |  |  |  |
| **3** | تعداد قطرات تنظیم شده با دستور همخوانی دارد وجریان سرم ادامه دارد . |  |  |  |  |  |
| **4** | علائم نشت وفلبیت در محل تزریق مشهود نیست. |  |  |  |  |  |
| **5** | زمان مجاز میکروست وآنژیوکت (72 ساعت )وست سرم (24 ساعت )رعایت شده است. |  |  |  |  |  |
| **6** | نوع سرم دریافتی ،داروهای اضافه شده ، واکنش های احتمالی و... در گزارش پرستاری ثبت شده است . |  |  |  |  |  |
| **7** | سرم های مخصوص انفوزیون دارو ،دارای تاریخ شروع هست وهر 24 ساعت تعویض میگردد. |  |  |  |  |  |
| **8** | برچسب سرم ها با خود سرم (نوع ومقدار ) مطابقت دارد . |  |  |  |  |  |
| **9** | سرم از نظر حجم دریافتی بادستور پزشک مطابقت دارد. |  |  |  |  |  |
| **10** | تاریخ انقضاء سرم ها ،وجود کریستال ویا تغییر رنگ کنترل شده است. |  |  |  |  |  |
| **11** | برای سرم ها ی خاص از ست فیلتر دار استفاده میشود |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |
| نام و امضاء حاضرین در شیفت: |
|  |
|  ***نام و امضاء ارزیاب:***  |