**بسمه تعالي**

**چك ليست ارزيابي بخش دياليز**

**استان : شهرستان : نام مركز درماني :**

**تاريخ بازديد: رئيس بخش : سرپرستار بخش :**

**تعداد تخت دياليز : تعداد دستگاه دیالیز فعال: تعداد دستگاه دیالیز رزرو:**

**تعداد بيمار: تعداد دياليز ماهانه**: (متوسط یکسال)

**نسبت بيمار به دستگاه** (هر روز چند بیمار به یک دستگاه وصل می شود):

**وجود دفتر لیست انتظار**:(دارد یا ندارد)

**تعداد پرسنل بخش به تفكيك :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| پرستار | | بهيار | منشي | | نيروهاي خدماتي | ساير نيروها | جمع |
| دوره دیالیز دیده | دوره دیالیز ندیده |  | مشترک با بخش های دیگر |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**تعداد دستگاه ها به تفكيك :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | فرزنیوس B | فرزنیوس S classic | نیپرو | بی براون | گمبرو | JMS | متفرقه(ذکرنام دستگاه) | توضیحات(استاتی و..) |
| تعداد |  |  |  |  |  |  |  |  |
| متوسط عمر ماشين دياليز |  |  |  |  |  |  |  |  |
| كمتر از 10 هزار ساعت |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 تا 20 هزار ساعت |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 تا 30 هزار ساعت |  |  |  |  |  |  |  |  |
| بیشتر از 30 هزار ساعت |  |  |  |  |  |  |  |  |
| نام کامل RO |  | | هم برند هم مدل هردو ذکر گردد | | سال نصبRO : | |  |  |

**نام و امضاء كارشناس بازديد كننده نام و امضاء سرپرستار بخش**

**بسمه تعالي**

**استان : شهرستان : نام مركز درماني :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **فضاي فيزيكي بخش** | **تاريخ پايش** |  | | **توضیحات** |
| **بله** | **خیر** |  |
| **1** | بخش با ساير بخش ها ارتباط دارد |  |  |  |  |
| **2** | وضعيت مناسب ايستگاه پرستاري |  |  |  | اشراف به كليه تخت ها ، وجود رايانه ، فضاي مناسب جهت گزارش نويسي |
| **3** | رعايت مساحت استاندارد زيربنا براي هر تخت |  |  |  | 12 متر مربع براي هر تخت |
| **4** | وجود اتاق مخصوص معاينه پزشك |  |  |  |  |
| **5** | وجود اتاق مخصوص پرستاران |  |  |  | اتاق استراحت، فضاي تغذيه، حمام و دستشويي |
| **6** | وجود تهويه مطبوع |  |  |  |  |
| **7** | وجود سيستم نور مناسب و مستقل براي هر تخت |  |  |  | مهتابی بالای سرتخت ، |
| **8** | نصب نام بخش بر سردر ورودي بخش |  |  |  |  |
| **9** | وجود محل نگهداري البسه و ملحفه تميز به صورت مجزا |  |  |  |  |
| **10** | وجود محل نگهداري لوازم و كثيف |  |  |  | زباله زرد و سیاه جداگانه باشد+ اتاق جداگانه |
| **11** | و جود انبار با چيدمان مناسب و راهنماي طبقات |  |  |  |  |
| **12** | وجود اتاق تريتمنت يا انبار روزانه |  |  |  | وجود ست جراحي CVC و پانسمان + محلول هاي شوينده + مواد مصرفي در بخش |
| **13** | وجود محل مناسب جهت شستشو تي) تی شو ) |  |  |  |  |
| **14** | وجود سرويس بهداشتي جهت بيماران |  |  |  | وجود توالت فرنگی و ایرانی |
| **15** | سرويس بهداشتي مخصوص كاركنان |  |  |  |  |
| **16** | وجود پيج و اطلاع رساني مناسب و مداوم در استیشن پرستاری |  |  |  |  |
| **17** | وجود منشور حقوق بيمار در بخش |  |  |  |  |
| **18** | وجود توري سالم براي پنجره ها |  |  |  |  |
| **19** | وجود دسترسي به خط تلفن مستقل |  |  |  |  |
| **20** | وجود يخچال براي ساير مصارف غیر داروئی |  |  |  |  |
| **21** | وجو د رختكن براي بيماران |  |  |  |  |
| **22** | وجود اتاق غذاخوري بيماران |  |  |  |  |
| **23** | اتاق انتظار همراهان |  |  |  | ممکن است سالن غذا خوری و اتاق انتظار ادغام باشند |
| **24** | وجود اتاق ايزوله مناسب براي بيماران HBS Ag+ (در صورتیکه بیمار مذکور را دارند) |  |  |  | تجهیزات و وسایل جداگانه دستگاه فشارخون وسایل تزریقات درجه سنج |
| **25** | وجود تلویزیون در بخش (سمعی وبصری) |  |  |  |  |

**بسمه تعالي**

**استان : شهرستان : نام مركز درماني :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **تجهيزات پزشكي** | **تاريخ پايش** |  | | **توضیحات** |
| **بله** | **خیر** |  |
| **1** | وجود دفيريلاتور سالم و دفتر ثبت استريپ روانه ( امكانات ، استفاده) |  |  |  | یک پرستار روشن و خاموش و چک کند+ مستندات دفتر ثبت | |
| **2** | وجود ترالي احياء (CPR) مجهز به كليه لوازم و داروهاي موردنياز ( مطابق با چك ليست ) |  |  |  | لیست طبقات ترالی احياء مکتوب کنار ترالی باشد | |
| **3** | وجود تخت هاي استاندارد دياليز |  |  |  | به راحتی بالای سر بیمار و پای تخت قابل تغییر باشد. (اتوماتیک یا دستی) | |
| **4** | وجود تسهيلات ثابت و سيار مورد نياز هر تخت ( دستگاه) فشارسنج ، گوشي ، پايه سرم، درجه حرارت) |  |  |  |  | |
| **5** | وجود برانكارد روان ، داراي بد سايد و محفظه اكسیژن دار |  |  |  |  | |
| **6** | وجود ويلچر سالم |  |  |  |  | |
| **7** | وجود دستگاه ECG سالم |  |  |  |  | |
| **8** | وجود پالس اكسي متر سالم |  |  |  |  | |
| **9** | وجود قفسه داروئي ذخيره مجهز به ليست داروهاي مورد نياز با برچسب |  |  |  |  | |
| **10** | وجود يخچال دارو با ترمومتر و چارت دما |  |  |  | چارت بررسی روزانه داشته باشد | |
| **11** | وجود سيسستم ساكشن مركزي ( خروجي براي هر تخت ) |  |  |  | یک پرستار روشن و خاموش و چک کند. | |
| **12** | وجود دستگاه ساكشن پرتابل ( امكانات ، استفاده) |  |  |  | یک پرستار روشن و خاموش و چک کند. | |
| **13** | وجود سيستم اكسيژن مركزي ( 1 خروجي براي هر تخت) |  |  |  | یک پرستار روشن و خاموش و چک کند. تمامی مانومتر اکسیژن داشته باشند | |
| **14** | وجود اكسيژن پرتابل ( 2 عدد براي هر بخش ) |  |  |  | تمامی مانومتر اکسیژن داشته باشند | |
| **15** | وجود سيستم اطفاء حريق |  |  |  |  | |
| **16** | آيا RO مديكال موجود است ؟ |  |  |  |  | |
| **17** | آيا سيستم منبع آب براي مواقع قطع آب موجود است؟ |  |  |  |  | |
| **18** | وجود شیر برای گرفتن نمونه از آب RO |  |  |  |  | |
| **19** | بررسی آزمایشات آب قبل و بعد از RO هر ماه |  |  |  | بررسی مستندات | |
| **20** | آيا سيستم زنگ اخبار جهت بيماران در توالت و دستشویی بیماران وجود دارد ؟ |  |  |  |  | |
| **21** | بازبینی، سرویس و تعمیر دستگاه سخت گیر و RO |  |  |  | بررسی مستندات | |
| **22** | بررسی وضعیت نظافت محل سخت گیر و RO |  |  |  |  | |
| **23** | وجود ترازوي سالم در بخش |  |  |  |  | |
| **24** | وجود گلوكومتر |  |  |  |  | |
| **25** | آيا كليه تجهيزات داراي شناسنامه هستند ؟ ( شامل اطلاعات سال نصب ، مدل ، نام نمايندگي ، كشور توليد كننده ، جداول ثبت بازديدهاي دوره اي ، نقص فني ، قطعات تعويضي ، قيمت قطعات و دستمزد) |  |  |  | هر دستگاه پرونده جداگانه داشته باشند. | |
| **26** | آيا كليه تجهيزات بصورت دوره اي كاليبره مي شوند ؟ |  |  |  | چک زمان كاليبره شدن از پرونده دستگاه ها | |
| **27** | آيا به تعداد كافي گان، دستكش، عينك ، ماسك و ساير وسايل حفاظتي پرسنل موجود است ؟‌ |  |  |  | تعداد عینک حداقل به تعداد پرسنل حاضر در بخش | |
| **28** | آيا مايع Hand rap در بخش وجود دارد ؟ |  |  |  |  | |
| **29** | انجام دياليز بيكربنات توسط ماشينهاي دياليز |  |  |  | اگر همه بیکربنات نیست چندتااز کل ذکر شود | |
| **30** | آيا Safety Box در بخش وجود دارد ؟ |  |  |  | فقط پر شود و تعویض گردد. | |
| **31** | آيا سطل هاي زباله درب دار مجزا ( عفوني و غير عفوني ) وجود دارد ؟ |  |  |  |  | |
| **32** | آيا قرارداد سرويس و نگهداري منعقد شده است ؟ |  |  |  | بررسی پرونده دستگاه ها و تاریخ بازدید ماشین های دیالیز | |

**تذكر** : كليه مدارك مربوط به انجام كاليبراسيون تجهيزات و بازديدهاي فني دوره اي مي بايست در مستندات بخش موجود باشد .

**بسمه تعالي**

**استان : شهرستان : نام مركز درماني :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نيروي انساني و ارزيابي عملكرد پرسنلي** | **تاريخ پايش** |  | | | **توضیحات** |
| **بله** | **خیر** |  | |
| **1** | رعايت اصول اخلاق پرستاري و طرح انطباق تا حد ممكن |  |  |  |  | |
| **2** | آيا برنامه اي براي توجيه بيمار جديد وجود دارد؟ |  |  |  | وجود فرم و برنامه توجیه قوانین و..به بیمار | |
| **3** | آيا برنامه براي توجيه پرسنل جديد وجود دارد؟ |  |  |  | وجود برنامه توجیهی | |
| **4** | آيا پرسنل يونيفورم استاندارد و اتيكت مشخصات دارند |  |  |  |  | |
| **5** | رفتار حسنه و پاسخگويي به بيماران |  |  |  | ( از 3 بيمار سؤال شود) هر سوال درمانی و پرستاری دارید پرستار مسئول جوابگو است؟ | |
| **6** | حضور سرپرستار واجد شرايط |  |  |  |  | |
| **7** | تعداد پرسنل به اندازه كافي ( نسبت پرستار به بيمار حد اکثر يك به سه ) |  |  |  | براساس برنامه ماهیانه پرسنل چک شود | |
| **8** | حضور مستمر كادر خدماتي در هر شيفت دياليز |  |  |  |  | |
| **9** | وجود نيروي آنكال يا مستقر در ساعات غير فعال بخش |  |  |  | وجود برنامه آنکال پرسنل | |
| **10** | ترتيب و چيدمان اوراق پرونده ( فرم هاي مورد نياز ، پربودن مشخصات در سربرگ ها.... ) |  |  |  | پرونده دایم به ترتیب: دستور پزشک-آزمایش – دارو- ارزیابی کفایت-پذیرش پرستاری – شرح حال- برگه آموزش به بیمار الکتروکاردیوگرام - | |
| **11** | رعايت اصول گزارش نويسي و تكميل دياليز شيت ( زمان پذيرش ، كنترل وزن بيمار ، وضعيت عمومي بيمار، كنترل علائم حياتي، مشاهدات، بيماريهاي زمينه اي ، دفعات دياليز ، نوع HBS Ag و HCV Ab ، ثبت زمان شروع و اتمام دياليز ، ميزان هپارين و ...... ) |  |  |  | بررسی پرونده بیمار و دفتر پذیرش اولیه بیمار- مستندات پذیرش بیمار | |
| **12** | آگاهي كامل پرسنل از پروتكل هاي دياليز ( ادم ريه ، هيپركالمي ، اسيدوز متابوليك ، پريكارديال افيوژن ، اورمي و دياليز خشك و ..... ) |  |  |  | وجود مستندات آموزشی مرتبط پرسیدن از 2 پرستار حاضر در خصوص حداقل دو مبحث مذکور - سرپرستار حتماً سوال گردد- | |
| **13** | آگاهي پرستاران از شيوه هاي دستيابي عروق و نحوه مراقبت از آنها ( فيستول، گرافت ، كاتتروريد مركزي موقت و دائم ) |  |  |  | وجود مستندات آموزشی مرتبط– دیدن دستیابی عروق 2بیمار - محل سوزن بیمار –محل خروج و پانسمان کاتتر ها | |
| **14** | آگاهي پرستار از واكنش هاي حين دياليز ( سردرد ، افت فشار، و يا افزايش فشار و ..... ) |  |  |  | وجود مستندات آموزشی مرتبط– دیدن ست ماشین درحال کار هماهنگی دما،جریان مایع ماشین دور پمپ با وضعیت بالین بیمار | |
| **15** | رعايت مدت زمان دياليز ( در حالت استاندار 4 ساعت باشد) |  |  |  | از طریق تعدا بیماران در روز و تعداد شیفت و ساعت اتمام فعالیت بخش بررسی گردد | |
| **16** | وجود آموزش مستمر پرسنل بصورت كلاسهاي درون بخشي ( برنامه ريزي كلاسها و جزوات آموزشي) |  |  |  | مستندات | |
| **17** | آموزش بيماران و همراهان وي ( پمفلت آموزشي ، آموزش چهره به چهره و ساير موارد آموزشي در خصوص نحوه نگهداري فيستول ، گرافت ، تغذيه و محدوديت هاي آن ، مصرف دارو ، بهداشت فردي و .... ) |  |  |  | وجود مستندات آموزشی مرتبط –پرسیدن حداقل دو مبحث آموزش دیده از 2بیمار | |
| **18** | آيا تقسيم كار و حوزه مسئوليت صورت مي پذيرد ؟ |  |  |  | مکتوب باشد | |
| **19** | آيا پرسنل برعليه هپاتيت B مطابق پروتكل واكسينه شده اند ؟ |  |  |  | وجود پروند بهداشتی بیماران و پرسنل | |
| **20** | آيا مميزي باليني انجام مي شود؟ |  |  |  |  | |
| **21** | آيا ريسك فاكتورهاي دياليز شناسايي، طبقه بندي و اولويت بندي شده است ؟ |  |  |  |  | |
| **22** | آيا پروتكل هاي درماني در دسترس هستند ؟( تهيه و نصب ) |  |  |  |  | |
| **23** | آيا بيماران در هر شیفت توسط پزشك ويزيت مي شوند |  |  |  | حداقل بعد از آزمایشات ماهیانه و موارد بروز مسئله حین دیالیز -تاریخ ویزیت ها چک شود | |
| **24** | آيا نيازسنجي آموزشي توسط سر پرستار انجام شده است؟ |  |  |  |  | |

**بسمه تعالي**

**استان : شهرستان : نام مركز درماني :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **فرآيند دياليز** | **تاريخ پايش** |  | |  | |
| **بله** | **خیر** |  | |
| **1** | كنترل آزمايشات لازم قبل و بعد از دياليز انجام مي شود ؟ اگر آزمایش بیمار خارج از محدوده قابل قبول است دستور پزشک اجرای اقدام اصلاحی |  |  |  | چک انجام آزمایشات در پروند بیمار– مناسب بودن حداقل مواردp,k,ca,Hb  - انجام اقدامات اصلاحی | | |
| **2** | آيا وضعيت عمومي و باليني بيمار در گزارش پرستاري قيد مي گردد؟ |  |  |  | چک پروند بیمار+ دیالیز شیت | | |
| **3** | آيا رعايت اصول ايمني بيمار صورت می گیرد ؟ |  |  |  | Bedساید درصورت لزوم– غیر لغزندگی زمین و... | | |
| **4** | آيا دستورات پزشك ثبت و كنترل مي شود؟ |  |  |  | چک برگه سیر بیماری و دستورات پزشک - تاریخ ویزیت و اجرای دستور | | |
| **5** | آيا تاريخ انقضاء محلول هاي دياليز ، سرم ها و داروها و ست ها كنترل مي شود؟ |  |  |  |  | | |
| **6** | آيا اعزام و انتقال بيمار به ساير مراكز درماني و يا بخش هاي مختلف بصورت مناسب انجام مي شود ؟ |  |  |  | درکلینیک ها آمبولانس و بیمارستان معین داشته باشند | | |
| **7** | در صورت حضور بیمار زمان تعویض آيا تحويل شيفت به همكاران با توضيحات لازم انجام مي شود؟ |  |  |  | وجود راهنمای نکات کلیدی در خصوص تحویل بیمار به پرستار دیگر | | |
| **8** | آيا صافي مناسب انتخاب مي شود ؟ |  |  |  | وجود انواع صافی در بخش – دیدن KT/V کل بیماران اقدامات اصلاحی توسط پزشک و سر پرستار | | |
| **9** | آيا پرايم و شستشوي دستگاه به روش صحيح انجام مي شود؟ |  |  |  | وجود مستندات آموزشی مرتبط– دیدن set up ماشین | | |
| **10** | آيا 5% ظرفيت بخش جهت شرايط اورژانس بصورت Stand By وجود دارد ؟ |  |  |  | ذکر تعداد تخت های اورژانس مشخص می شود دارد یا نه | | |
| **11** | آيا كليدهاي كنترل دستگاه دياليز و سطوحي كه احتمال آلودگي با خون دارند مرتب ضد عفوني مي شوند؟ |  |  |  | زمان بازدید انتهای دیالیز باشد | | |
| **12** | آيا كفايت دياليز ( KT/V) بيماران بصورت ماهانه اندازه گيري مي شود؟ |  |  |  | دیدن فرم کلی KT/V بیماران | | |
| **13** | تعداد KT/V ماهانه کل بیماران (ماه گذشته) |  | زیر 7/0 | 0.8-1 | 1- 1.2 | بالاتراز 2/1 | |
|  |  |  |  | |
| **14** | تعداد Hb ماهانه کل بیماران (ماه گذشته) |  | زیر 7 | 8-10 | 11-12 | بالاتر از 12 | |
|  |  |  |  | |
| **15** | تعداد p ماهانه کل بیماران (ماه گذشته) |  | زیر 5 | 5-8 | 8به بالا |  | |
|  |  |  |  |
| **16** | آيا نظافت عمومي و بهداشت محيط بخش رعايت مي شود ؟ |  |  |  |  | | |
| **17** | آيا تفكيك زباله هاي عفوني از غير عفوني انجام مي شود؟ |  |  |  |  | | |
| **18** | آيا تخت و تشك بيماران بعد از هر بار دياليز با محلول گند زدا تميز مي گردد؟ |  |  |  | وجود دستورالعمل | | |
| **19** | آيا شستشوي دستها از هر بيمار به بيمار ديگر انجام مي شود؟ |  |  |  | وجود دستورالعمل کنترل عفونت - در حین بازدید فعالیت پرسنل توجه شود- | | |

**بسمه تعالي**

**استان : شهرستان : نام مركز درماني :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **مستندات** | **تاريخ پايش** |  | |  | |
| **بله** | **خیر** | |  |
| **1** | وجود مستندات كشت هاي دوره اي ( بر اساس دستور العمل ) |  |  |  | | بررسی مستندات |
| **2** | وجود برنامه پرسنل و پزشكان مقيم و آنكال |  |  |  | | بررسی برنامه ماهیانه پرسنل و پزشکان |
| **3** | وجود بوردهاي آموزشي در بخش /تقسيم كار/ اسامي بيماران |  |  |  | |  |
| **4** | وجود دفاتر پذيرش / گزارش پرستاري / ترانسفورزيون/ وسايل مصرفي و شناسنامه تجهيزت |  |  |  | |  |
| **5** | وجود مستندات CPR |  |  |  | |  |
| **6** | وجود مستندات ارزشيابي مستمر روزانه – ماهانه و سالانه پرسنل |  |  |  | |  |
| **7** | وجود دستورالعمل هاي مربوطه از وزارت بهداشت و درمان |  |  |  | |  |
| **8** | وجود دستورالعمل انجام آزمايشات ماهانه، 3 ماهه ، 6 ماهه |  |  |  | |  |
| **9** | وجود مستندات حوادث ( خطاهاي پزشكي ، مرگ و مير و عفونت) |  |  |  | |  |
| **10** | وجود مستندات تكميل فرم هاي رضايتمندي بيماران |  |  |  | |  |
| **11** | وجود مستندات آموزش مداوم پرسنل |  |  |  | |  |
| **12** | وجود مستندات آموزش بيمار و همراهان |  |  |  | |  |
| **13** | وجود مستندات فرآيند رسيدگي به شكايات |  |  |  | |  |