

اقدامات اصلاحی	۰	۱	۲	موارد چک لیست
				۱- درابتدای گزارش پرستاری تاریخ و ساعت بطور کامل نوشته می شود. (سال - ماه - روز)
				۲- در پایان گزارش پرستاری، نام و سمت گزارشگر قید و امضا 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 (تصحیح شد) قید می 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 غیر طبیعی بودن علائم حیاتی اقدامات و عکس العمل مددجو 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 می شود 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 دارد، ثبت می شود. (آزمایشها، عکسبرداریها، مشاوره و ...)
				۱۴- جواب آزمایشات غیر طبیعی و اقدامات بعمل آمده ثبت می گردد.
				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 خودبیمار) شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی در گزارش اولیه ثبت می گردد.