



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

اداره پرستاری

تاریخ پایش :

نام بخش :

نام بیمارستان :

« چک لیست کارت دارویی »

ردیف	عنوان	قابل قبول	ناقص	غیر قابل قبول	مستندات
۱	فرم کارت دارویی تنظیم شده اداره پرستاری دانشکده در بخش وجود دارد				کارت دو بیمار
۲	مشخصات سر برگ فرم کارت دارویی بطور کامل تکمیل شده است (نام و نام خانوادگی - شماره پرونده - تشخیص - نام پدر - وزن - سن - شماره تخت)				کارت دو بیمار
۳	ثبت داروها با خودکار آبی انجام شده است				کارت دو بیمار
۴	ساعت شروع دارو ثبت شده است				کارت دو بیمار
۵	تاریخ شروع دارو ثبت شده است				کارت دو بیمار
۶	نوع و نام دارو خوانا نوشته شده است				کارت دو بیمار
۷	مقدار دارو ثبت شده است				کارت دو بیمار
۸	راه مصرف دارو دقیق ثبت شده است				کارت دو بیمار
۹	ساعات مصرف دارو ثبت شده است				کارت دو بیمار
۱۰	نام پزشک تجویز کننده قید شده است				کارت دو بیمار
۱۱	نام پرستار ثبت کننده قید شده است				کارت دو بیمار
۱۲	توجهات پرستاری مربوط به دارو ثبت شده است				کارت دو بیمار
۱۳	ساعت پایان دارو قید شده است				کارت دو بیمار
۱۴	تاریخ پایان دارو قید شده است				کارت دو بیمار
۱۵	کلمه PRN با خودکار قرمز نوشته شده است				کارت دو بیمار
۱۶	کلمه Stat با خودکار قرمز نوشته شده است				کارت دو بیمار
۱۷	ساعت انجام تزریق یا مصرف داروی Stat با قرمز ثبت شده است				کارت دو بیمار
۱۸	در صورت تغییر دوز یا ساعت دارو، خط قرمزی بر داروی ثبت شده قدیمی کشیده شده و تاریخ تغییر آن با خودکار قرمز ثبت شده است.				کارت دو بیمار
۱۹	در صورت قطع دارو، خط قرمزی روی دارو کشیده شده و کلمه DC و تاریخ بر روی آن نوشته شده است				کارت دو بیمار
۲۰	داروهای تزریقی و غیر تزریقی در صفحات مجزا ثبت شده است				کارت دو بیمار
۲۱	کارت دارویی در هر شیفت از روی پرونده بیمار کنترل میشود				کارت دو بیمار
۲۲	موارد ثبت شده با دستور پزشک در پرونده مغایرت ندارد				کارت دو بیمار
۲۳	برای جلوگیری از خطای مقدار دارو، اطلاعات بین دو خط نوشته میشود				کارت دو بیمار
۲۴	در صورتی که یک دارو با دو مقدار تجویز میشود بطور جداگانه در ساعت مقرر نوشته میشود. مثلا انسولین هر ۱۲ ساعت با مقدارهای ۲۰ و ۱۵ واحد Amp Insulin NPH ۱۰ واحد ساعت ۶ صبح Amp Insulin NPH ۲۰ واحد ساعت ۱۸ عصر				کارت دو بیمار

امضاء و نام و نام خانوادگی مسنول واحد یا مسنول شیفت:

امضاء و نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده :