

چک لیست‌های پروسیجرهای عملی پرستاری

دانشکده علوم پزشکی سیرجان

صفحه	عناوین
۲.....	چک لیستهای پروسیجرهای بالینی مراقبتهای پرستاری بزرگسالان.....
۲.....	پیشگیری از انتقال عفونت.....
۳.....	حرکت دادن و تامین آسایش بیمار.....
۳.....	کنترل علائم حیاتی.....
۳.....	تجویز داروها.....
۳.....	تزریقات.....
۴.....	مراقبت از سیستم تنفسی.....
۴.....	مراقبت از سیستم ادراری.....
۴.....	مراقبت از سیستم گوارشی.....

چک لیست‌های پروسیجرهای بالینی مراقبتهای پرستاری بزرگسالان

پیشگیری از انتقال عفونت	
۱.	شستن دستها
۲.	اسکراب کردن
۳.	پوشیدن و خارج کردن ماسک صورت
۴.	پوشیدن و خارج کردن دستکش استریل
۵.	پوشیدن و خارج کردن دستکش های یکبار مصرف
۶.	پوشیدن و خارج کردن گان
۷.	پوشیدن گان و دستکش استریل در نقش فرد اسکراب
۸.	پوشاندن گان و دستکش
۹.	پوشاندن دستکش و گان به فرد دیگر
۱۰.	پوشاندن دستکش به روش بسته
۱۱.	پوشاندن دستکش به روش باز
۱۲.	باز کردن وسایل استریل (در نقش فرد سیار)
۱۳.	باز کردن پک و وسایل استریل
۱۴.	ایجاد و برقراری یک محیط استریل
۱۵.	درآوردن دستکش و گان عمل
۱۶.	نحوه آماده سازی وسایل جراحی جهت ارسال به CSR

حرکت دادن و تامین آسایش بیمار	
۱۷.	درست کردن تخت بدون بیمار
۱۸.	آویزان کردن پاهای بیمار به منظور خروج از بستر
۱۹.	کمک در ایستادن بیمار به منظور خروج از بستر
۲۰.	کمک به مددجو در راه رفتن (با یک و یا دو پرستار)
۲۱.	بکارگیری سرمای خشک (کیسه یخ)
۲۲.	بکارگیری گرمای خشک (کیسه آب گرم)
۲۳.	مراقبت از پشت
۲۴.	مراقبت از پا و ناخن

کنترل علائم حیاتی	
۲۵.	بررسی درجه حرارت
۲۶.	اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه دهان
۲۷.	اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه معقد
۲۸.	اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه زیر بغل
۲۹.	کنترل نبض اپیکال - رادیال
۳۰.	کنترل نبض اپیکال
۳۱.	کنترل نبض رادیال
۳۲.	اندازه گیری فشار خون

تجویز داروها	
۳۳.	دادن داروی دستور داده شده
۳۴.	داروهای خوراکی
۳۵.	داروهای رکتال
۳۶.	گذارن شیاف مقعدی
۳۷.	کمک در دادن دارو از طریق لوله تراشه

تزریقات	
۳۸.	آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول و ویال
۳۹.	آماده کردن دارو از ویال و آمپول
۴۰.	تزریق عضلانی ۱
۴۱.	تزریق عضلانی ۲

تزریق عضلانی به روش Z	۴۲.
تزریق داخل جلدی	۴۳.
تزریق زیر جلدی ۱	۴۴.
تزریق زیر جلدی ۲	۴۵.
تزریق زیر جلدی هیپارین	۴۶.
تزریق وریدی	۴۷.
شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه‌ای یا آنژیوکت	۴۸.
درمان داخل وریدآماده وسایل تزریق مایعات داخل وریدی	۴۹.
تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم یا آنژیوکت	۵۰.
استفاده از وسیله کنترل حجم (میکروست)	۵۱.
خونگیری وریدی	۵۲.
سرم درمانی	۵۳.
ترانسفوزیون فرآورده های خون	۵۴.
مخلوط کردن انسولین با استفاده از سرنگ انسولین	۵۵.

مراقبت از سیستم تنفسی	
اکسیژن تراپی	۵۶.
رساندن اکسیژن با ماسک ساده صورت به بیمار	۵۷.
آموزش تنفس دیافراگماتیک	۵۸.
آموزش سرفه مؤثر	۵۹.

مراقبت از سیستم ادراری	
برگه مشاهده نحوه رعایت اصول صحیح سوندگذاری	۶۰.
گرفتن نمونه از سوند ادراری	۶۱.
خارج کردن سوند دایمی	۶۲.
کنترل جذب و دفع مایعات	۶۳.
دادن لوله و لگن به بیمار	۶۴.

مراقبت از سیستم گوارشی	
کار گذاشتن لوله بینی - معده‌ای	۶۵.
تغذیه از طریق لوله بینی - معده ای	۶۶.

۶۷.	درآوردن لوله بینی - معده ای
۶۸.	شست و شوی معده از طریق لوله بینی - معده ای
۶۹.	انجام انمای تمیز کننده

چک لیست مراقبت از کولوستومی	
چک لیست پانسمان	
	چک لیست تعویض پانسمان استریل خشک Applying a Dry Sterile Dressing

چک لیست های پروسیجرهای مربوط به معاینه بالینی (مربوط به ترم ۲)	
۷۰.	نحوه رعایت اصول کلی معاینه فیزیکی
۷۱.	طرز کار با افتالموسکوپ
۷۲.	معاینه سیستم حسی حرکتی، طرز کار با چکش رفلکسی
۷۳.	مهارت در معاینه گوش
۷۴.	مهارت در معاینه ریه
۷۵.	مهارت در معاینه قلب
۷۶.	مهارت در معاینه چشم
۷۷.	مهارت در معاینه سر و گردن
۷۸.	مهارت در معاینه شکم
۷۹.	مهارت در معاینه بینی و سینوس ها
۸۰.	معاینه پوست و ضمایم آن
۸۱.	ارزیابی نورولوژیک
۸۲.	مهارت در معاینه نبض ها

۱. شستن دستها

وسایل مورد نیاز: مایع صابون، ماده ضدعفونی کننده (آنتی سپتیک) - ماده مالش دهنده دست - آب گرم جاری - دستمال کاغذی - برس جهت تمیز کردن ناخن و انگشتان - برس پلاستیکی جهت تمیز کردن دست

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					
دانشجو ۵	دانشجو ۴	دانشجو ۳	دانشجو ۲	دانشجو ۱	
					۱. ناخن ها کوتاهتر از ۰/۵ سانتی متر بود.
					۲. ابتدا دستها را از آرنج خیس کرده، سپس با مایع صابون به خوبی مالش داد (استفاده از صابون جامد باعث ایجاد آلودگی متقابل می شود).
					۳. دستها را طوری نگه داشت که آب قسمت آلوده به قسمت تمیز جریان پیدا کرد.
					۴. حدود ۱۰ ثانیه دستهای خود را با محلول مالش دهنده مالش داد.
					۵. به علت این که میکروارگانیسمها در زیر ناخن و اطراف انگشتها متمرکز هستند، به این نواحی توجه خاص نمود.
					۶. از پاشیده شدن آب روی خود یا کف زمین اجتناب کرد زیرا رشد میکرو ارگانیسمها روی سطح مرطوب سریعتر است.
					۷. از لمس و تماس با سینک دستشویی اجتناب کرد، زیرا به شدت آلوده است.
					۸. پس از شستن کامل دستها آنها را به خوبی با دستمال کاغذی خشک کرد.
					۹. در صورتی که شیر دستشویی مجهز به کنترل بازویی یا پایی نمی باشد جهت بستن شیر آب از دستمال کاغذی خشک استفاده کرد که باعث انتقال دوباره آلودگی نشود.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۲. اسکراب کردن

وسایل مورد نیاز: وجود اتاق اسکراب - سینک‌های اسکراب با شیرهای پدالی یا چشم الکترونیکی - محلول ضدعفونی‌کننده مثل (بتادین زرد) یا صابون‌های آنتی‌سپتیک یکبار مصرف (پک‌شده) - برس استریل یکبار مصرف (پک‌شده)

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. قبل از شروع کار کلیه وسایل اضافی (ناخن مصنوعی، حلقه، انگشتر، ساعت، دستبند) را خارج کرد.
					۲. ناخن‌ها کوتاه و بدون گوشه می‌باشند، در غیر این صورت ناخن‌ها را کوتاه نمود و با سوهان صاف کرد.
					۳. قبل از شروع دست شستن، کلاه خود را مرتب کرده و از پوشیده بودن کامل موها و گوش‌ها مطمئن بود (کلاه بایستی به طور کامل موهای سر و گوش‌ها را بپوشاند).
					۴. ماسک خود را طوری که کاملاً دهان و بینی را بپوشاند و زیاد شل و سفت نباشد، بست. (ماسک زیاد شل و زیاد سفت می‌تواند میکروارگانیسم‌های مجرای تنفس را با هر بار نفس به محیط عمل برساند).
					۵. اگر عینک دارد، شیشه‌های آن را کاملاً تمیز کرده و پوشش محافظ چشم یا شیلد صورت (هر کدام که در دسترس و مطابق سیاست بیمارستان باشد) را پوشید.
					۶. دمای آب را به میزان دلخواه رساند.
					۷. توجه کرد در تمام مراحل حین و بعد اسکراب انگشتان و مچ بایستی بالاتر از بازوها نگه داشته شوند.
					مرحله اسکراب
					۸. روش اسکراب براساس روش زمانی یا روش ضربه با برس باشد.
					اسکراب ۵ دقیقه:
					الف) روش زمانی:
					۹. دست‌ها را تا آرنج با آب مرطوب کرد.
					۱۰. به میزان ۲ تا ۳ ml (در حدود ۶ قطره) از ماده آنتی‌سپتیک روی دست ریخت.
					۱۱. دست‌ها و ساعد را تا حدود ۵ cm بالای آرنج چندین بار شست. با گرفتن دست‌ها در جهت بالا و بردن آنها به زیر شیر آب، آنها را آبکشی کرد. بازوها را به نحوی خم کرد که آب از نوک انگشتان به سمت آرنج رفته و از آنجا به پایین بچکد.
					۱۲. یک برس یا اسفنج استریل را از بسته‌بندی خود باز کرده و ماده ضدعفونی‌کننده را روی آن ریخت سپس هر انگشت را از سمت ناخن به قاعده انگشت شست. مدت شستن هر دست نیم دقیقه می‌باشد.
					۱۳. برس را در یک دست گرفته و هر دو دست را زیر آب روان برد زیر ناخن‌ها را با ناخن پاک‌کن فلزی یا ناخن پاک‌کن‌های یکبار مصرف (در صورت دسترسی) تمیز کرد و پس از تمیز کردن آن را کناری گذاشت.
					۱۴. مجدداً هر انگشت را از ناخن تا دست با برس شست. برای هر دست نیم دقیقه وقت صرف کرد.
					۱۵. دست‌ها را آبکشی کرده و برس را کنار گذاشت.
					۱۶. مجدداً با ماده ضدعفونی‌کننده به مدت ۳ دقیقه هر دست را از انگشتان تا آرنج‌ها شست انگشتها را برای تمیز کردن مابین آنها فرو برده و شست.

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱۷. دستها و آرنجها را مطابق قبل، آبکشی کرد.
					روش ضربه زدن با برس به شرح زیر است:
					۱۸. دستها و ساعدها را مرطوب کرد
					۱۹. دستها و ساعدها را تا ۵cm بالای آرنج با ماده ضدعفونی شست.
					۲۰. درحالی که دستها را بالا گرفته و زیر آب می برد زیر ناخنها را با ناخن زیر آب روان برد زیر ناخنها را با ناخن پاک کن فلزی یا پلاستیکی تمیز کرد(ناخن پاک کن را سپس کنار گذاشت).
					۲۱. در همان حال دستها را کاملاً زیر شیر آب، آبکشی کرد. طوری که دستها بالاتر از آرنج باشد و آب از نوک انگشتان به سمت آرنج رفته و به پایین بچکد.
					۲۲. یک برس یا اسفنج استریل را از بسته بندی خارج کرده پس از آغشته کردن به ماده ضدعفونی کننده شروع به اسکراب کرد.
					۲۳. ناخن ها را در هر دست با ۲۰ ضربه، تمام سطوح یک انگشت با ۲۰ ضربه، کف دست را با ۲۰ ضربه و هر یک سوم ساعد تا ۵cm بالای آرنج را با ۲۰ ضربه برس زد.
					۲۴. مرحله فوق را برای دست دیگر هم اجرا کرد.
					۲۵. دستها و ساعد ها را کاملاً آبکشی کرد.
					محل ارزیابی
				مرکز آموزشی درمانی	
				بخش	
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۳. پوشیدن و خارج کردن ماسک صورت

وسایل مورد نیاز: ماسک تمیز

نام دانشجو: ترم:					آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
دانشجو ۵	دانشجو ۴	دانشجو ۳	دانشجو ۲	دانشجو ۱	
					۱. ماسک صورت را به روش‌های زیر پوشید:
					الف) لبه بالای ماسک را مشخص کرد.
					ب) ماسک را از بند لبه بالا به دست گرفت.
					ج) لبه بالای ماسک را روی پل‌بینی قرارداده و بندها را در پشت سرگه زد. در صورت استفاده از عینک، لبه بالای ماسک در زیر عینک قرار گرفت.
					د) لبه پایینی ماسک را زیر چانه قرار داده و بندهای پایینی را در قسمت بالای پشت گردن گره زد (ماسک کاملاً دهان و بینی را پوشاند).
					ه) در هنگام استفاده از ماسک از صحبت کردن غیرضروری و در صورت امکان از عطسه یا سرفه کردن اجتناب کرد.
					و) از یک ماسک تنها یکبار استفاده کرد و مدت زمان استفاده از آن طبق زمان توصیه شده توسط کارخانه‌سازنده می‌باشد در صورت خیس شدن ماسک آن را تعویض کرد.
					ز) هرگز ماسک صورت را دور گردن آویزان نکرد.
					۲. ماسک را به روش زیر خارج ساخت:
					الف) در صورت استفاده از دستکش آنها را خارج کرد یا دستهای خود را شست.
					ب) ابتدا بندهای قسمت پایینی ماسک را باز کرد
					ج) سپس بندهای قسمت بالای ماسک را باز کرده و با گرفتن بندها آن را از روی صورت برداشت.
					د) ماسک یکبار مصرف را در سطل زباله انداخت. ماسک پارچه‌ای را در محل مربوط به ماسک‌های استفاده شده قرار داد.
					ه) دستها را شست
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۴. پوشیدن و خارج کردن دستکش استریل

وسایل مورد نیاز: بسته حاوی یک جفت دستکش استریل در اندازه مناسب

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					
دانشجو ۱	دانشجو ۲ و ۳	دانشجو ۴	دانشجو ۵		
				۱. ابتدا دست‌ها را شسته و خشک کرد.	
				۲. پوشش دستکش را باز کرد.	
				۳. هنگام پوشیدن دستکش استریل فقط قسمت داخلی دستکش با دست‌ها تماس پیدا کرد.	
				۴. با دست چپ، دستکش مربوط به دست راست را از قسمت داخلی آن گرفته، دست راست را داخل دستکش کرد.	
				۵. با دست راست، دستکش چپ را از قسمت تای خارجی آن گرفته، دست چپ را داخل آن کرد.	
				نحوه خارج ساختن دستکش آلوده	
				۶. ابتدا توسط دست چپ، دستکش سمت راست را از ناحیه زیر مچ گرفته، دستکش را از دست خارج کرد.	
				۷. دستکش آلوده را در کف دست چپ نگه داشت.	
				۸. توسط دست راست، سمت داخلی دستکش دست چپ را گرفته، آن را به طرف بیرون برگرداند و از دست خارج کرد، به طوری که دستکش آلوده دست چپ نیز درون آن قرار گیرد.	
				۹. در صورت آلوده شدن دستکش‌ها، آنها را در یک پاکت یا کیسه پلاستیکی گذاشته و پس از بستن در پاکت، مجدداً درون پاکت یا کیسه پلاستیکی دیگری قرار داد.	
				محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی
					بخش
				تاریخ ارزیابی	
				نام و امضای ارزیابی کننده	
				بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۵. پوشیدن و خارج کردن دستکش‌های یکبار مصرف

وسایل مورد نیاز: یک جفت دستکش یکبار مصرف در اندازه مناسب

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					
دانشجو ۱	دانشجو ۲	دانشجو ۳	دانشجو ۴	دانشجو ۵	
۱. در صورت لزوم ماسک و گان را پوشید.					
۲. در صورتی که گان پوشیده است دستکش‌ها را روی مچ گان بالا کشید، در صورت عدم استفاده از گان، دستکش‌ها مچ دست را می‌پوشانند.					
۳. برای خارج کردن دستکش‌ها به روش زیر عمل کرد:					
الف) اولین دستکش را با گرفتن سطح دستکش در کف دست آلوده، درست زیر مچ خارج کرد. دقت نمود دستکش آلوده با پوست تماس پیدا نکند.					
ب) دستکش اول را بطور کامل وارونه کرده از دست خارج و در دست دیگر نگه داشت.					
ج) دو انگشت از دست بدون دستکش را داخل مچ دستکش دوم کرده و آن را بطور وارونه خارج کرد. در این حالت دستکش اول داخل دستکش دوم باقی می‌ماند.					
محل ارزیابی					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
تاریخ ارزیابی					
نام و امضای ارزیابی کننده بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.					

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۶. پوشیدن و خارج کردن گان

وسایل مورد نیاز: گان تمیز

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					دانشجو ۱
دانشجو ۵ و	دانشجو ۴	دانشجو ۳	دانشجو ۲	دانشجو ۱	
					۱. در صورت لزوم از ماسک استفاده کرد.
					۲. گان تمیز را در مقابل خود طوری باز کرد که سطح داخلی آن با قسمت‌های آلوده تماس پیدا نکند.
					۳. دستها و بازوهای خود را به درون آستین‌های گان وارد کرد.
					۴. بندهای پشت گردن گان را بست.
					۵. لبه‌های پشت گان را تا جای ممکن روی هم آورده، بندهای ناحیه کمر یا کمر بند را بست.
					۶. در صورت لزوم دستکش پوشید.
					۷. وظایف محوله را انجام داد
					۸. برای خارج کردن گان به روش زیر اقدام کرد:
					الف) در صورت پوشیدن دستکش آنها را خارج کرده و در کیسه زباله قرار داد.
					ب) بند پشت کمر گان را باز کرد.
					ج) دستها را با آب و صابون شست.
					ه) گان را درآورده طوری جمع کرد که دست وی فقط با قسمت داخلی آن تماس پیدا کند، سپس آن را در کیسه مخصوص لباس‌های کثیف انداخت.
					و) در صورت استفاده از ماسک آن را باز کرد و در محل مربوط به ماسک‌های استفاده شده قرارداد.
					ز) در صورت استفاده از عینک محافظ آن را برداشت و در محل مخصوص جهت تمیز شدن و استفاده مجدد قرار داد.
					ح) قبل از ترک اتاق بیمار، دستهای خود را شست.
					ن) هرگز ماسک صورت را دور گردن آویزان نکرد.
					ط) در صورت تماس دست با ماسک آلوده، حتماً دستها را شست.
					۹. ماسک را به روش زیر خارج کرد:
					الف) در صورت استفاده از دستکش آنها را خارج کرد یا دستهای خود را شست.
					ب) ابتدا بندهای قسمت پایینی ماسک را باز کرد.
					ج) سپس بندهای قسمت بالای ماسک را باز کرده و با گرفتن بندها آن را از روی صورت برداشت.
					د) ماسک یکبار مصرف را در سطل زباله انداخت. ماسک پارچه‌ای را در محل مربوط به ماسک‌های استفاده شده قرار داد.
					ه) دستها را شست.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده
					بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۷. پوشیدن گان و دستکش استریل در نقش فرد اسکراب

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزیابی / دانشجو
					۱. با یک دست، سطح داخلی جلوی گان را گرفت. گان را به طور مستقیم بلند کرد و از میدان استریل دور کرد. به پوشش پک گان دست نزد.
					۲. از میدان استریل فاصله گرفت، گان را تا سطح شانه خود بلند کرد و اجازه داد که تای آن رها شده و باز شود. سطح داخلی گان را به سمت بدن خود گرفت. هرگز سطح بیرونی گان را با دست برهنه لمس نکرد.
					۳. دستها را داخل کاف بازوی گان (حلقه آستین) قرار داد و همزمان دستها را به درون آستینها هدایت کرد و تا دستها از کاف میچ گان خارج شود.
					۴. مرحله ۱-۳ را تکرار کرد.
					۵. دستکش را به صورت باز (در نقش فرد سیار) به صورت زیر پوشید.
					الف) دستها را از کاف گان خارج کرد. سطح داخلی کاف دستکش را با انگشت شست و اشاره گرفت.
					ب) کاف را لمس نکرد. انگشتان دست دستکش دار را داخل کاف دستکش دوم لغزاند و آن را به سمت دست خود هدایت کرد.
					ج) انتهای دستکش را باز کرد تا کاف گان را پوشاند.
					د) اصل دستکش به دستکش، پوست به پوست را رعایت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۱۲. باز کردن وسایل استریل (در نقش فرد سیار)

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. کلیه بسته‌ها را از لحاظ سالم بودن، تاریخ انقضاء، علائم دال بر آلودگی (رطوبت و غیره) و برچسب مصرف آن چک کرد و در صورت داشتن هرگونه مشکلی، آن را تعویض نمود.
					۲. در صورت لزوم پوشش دوم بیرونی را باز کرد و پوشش اول بیرونی را در دست نگه داشت یا روی یک سطح غیراستریل قرار داد.
					۳. نوار چسب آن را برداشت، در صورتیکه آن را در دست گرفت، لبه اولی آن را از خود دور کرد و در صورتیکه آن را روی میز قرار داد. ابتدا طرف دور از خود، سپس راست و چپ و در آخر قسمت نزدیک به خود را باز کرد. از دست زدن به ناحیه استریل داخلی خودداری کرد.
					۴. پس از باز کردن هر چهار لبه دست خود را در سطح خارجی نگه داشت و چهار لبه را با دو دست خود زیر بسته جمع کرد به طوریکه بتوان به راحتی آن را در ست انداخت.
					۵. شاخص استریل داخل بسته را چک کرد (در صورت امکان)
					۶. بسته را به داخل فیلد استریل انداخت یا طوری آن را نگه داشت که فرد اسکراب آن را بردارد.
					۷. همواره دست خود را پایین‌تر از سطح استریل و دور از آن نگه داشت.
					۸. همواره فاصله مناسب از وسایل استریل داشت.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۱۳. باز کردن پک و وسایل استریل

وسایل مورد نیاز: برحسب مورد متفاوت است

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:				
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. پک‌ها را از نظر مشخصات ثبت شده روی آن کنترل کرد. این مشخصات شامل:									
۲. تاریخ استریل، تاریخ انقضاء، نوع پک، نام یا کد شخص استریل کننده می‌باشد.									
۳. سلامت بسته‌بندی را از نظر خشک بودن، عدم فرسودگی و سوراخ شدگی و نحوه صحیح بسته‌بندی کنترل کرد.									
۴. قبل از گذاشتن بسته روی میز، محل را از نظر تمیزی و خشکی کنترل کرد.									
۵. لایه اول را دور از خود باز کرد (توسط پرستار سیار باز شود).									
۶. نوار چسب اتو کلاو را به طور کامل از بسته جدا کرد.									
۷. وسایل پک را با شناسنامه داخل پک کنترل کرد.									
۸. لایه‌های باز شده را طوری در دست نگه داشت که با سطوح غیر استریل برخورد نکند.									
۹. در تمام مراحل، جهت جلوگیری از تماس با سطوح داخلی پک روش آسپتیک را رعایت کرد.									
۱۰. وجود هر گونه نقص در پک را بلافاصله به مسوول اتاق عمل اطلاع داد.									
محل ارزیابی					مرکز آموزشی درمانی				
					بخش				
تاریخ ارزیابی									
نام و امضای ارزیابی کننده									
بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.									

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۱۴. ایجاد و برقراری یک محیط استریل

وسایل مورد نیاز: بسته حاوی شان استریل - وسایل استریل برحسب نیاز [شامل: الف) بسته گاز استریل ب) بسته حاوی کاسه استریل - ج) محلول ضد عفونی کننده د) فورسپس]

نام دانشجو:						ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱		
					۱. از استریل بودن بسته اطمینان حاصل کرد:	
					الف) دقت کرد که بسته تمیز و خشک باشد، در صورت مرطوب بودن، بسته آلوده است و نباید استفاده شود.	
					ب) تاریخ انقضای بسته استریل را کنترل کرد و بسته را از نظر این که قبلاً باز نشده مورد بررسی قرار داد.	
					ج) به تغییر رنگ برچسب بسته استریل که نشان دهنده استریل بودن آن است توجه کرد.	
					۲. بسته استریل را باز کرد	
					۳. برای باز کردن یک بسته استریل روی یک سطح صاف به روش زیر عمل کرد:	
					الف) بسته استریل را طوری در مقابل خود قرار داد که اولاً در مرکز سینی قرار گرفته ثانیاً اولین پوشش آن به دور از وی باز شود.	
					ب) برای باز کردن اولین پوشش دست خود را از روی بسته استریل عبور نداد. با دو انگشت شست و سیاه لایه رویی را گرفته آن را به دور از خود باز کرد. دقت کرد دست با قسمت داخل پوشش تماس پیدا نکند.	
					ج) لایه های کناری را به پهلوها با رعایت موارد مطرح شده باز کرد. دقت کرد لایه ای که رو قرار دارد اول باز شود. از دست راست برای باز کردن لایه راست و از دست چپ برای باز کردن لایه چپ استفاده کرد.	
					د) لایه چهارم را با دقت به طرف خود باز کرد. دقت کرد این لایه با لباس یا هر شیء غیر استریل دیگر تماس پیدا نکند.	
					۴. جهت باز کردن یک بسته استریل در دست خود به روش زیر عمل کرد:	
					الف) بسته را در یک دست طوری گرفت که لایه رویی دور از وی قرار گیرد.	
					ب) با استفاده از دست دیگر بسته را به روش قبلی باز کرد در حالی که گوشه لایه های بسته استریل کاملاً دور از وسیله استریل قرار گیرد. دقت کرد دست وی با محتویات بسته تماس حاصل نکند.	
					۵. جهت باز کردن بسته های استریل تجارتي به روش زیر عمل کرد:	
					الف) این بسته ها معمولاً برای باز کردن دارای راهنمای لازم از طرف شرکت سازنده می باشد.	
					ب) چنانچه در یکی از گوشه های بسته، محل مخصوصی برای باز کردن وجود دارد، بسته را در یک دست خود گرفته، با دست دیگر پوشش روی بسته را از محل مشخص شده گرفته و باز کرد.	
					ج) چنانچه یک طرف بسته دارای محل مشخصی برای باز کردن است، حفظ استریل بودن آن نیاز به همکاری هر دو دست دارد. لبه های محل مشخص را در دو دست گرفته، بسته را باز کرد.	
					۶. پوشانیدن بسته استریل باز شده برای انتقال به کنار تخت بیمار:	
					الف) در صورت ضرورت، برعکس روش باز کردن بسته استریل روی یک سطح صاف عمل کرد، بدین ترتیب که ابتدا لایه نزدیک به خود، سپس طرفین و در انتها لایه دورتر از خود را روی	

نام دانشجو: ترم:					آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	
					سطح استریل قرار داد، دقت نمود که همواره دست وی با سطح بیرونی پوشش تماس داشته باشد.
					۷. ایجاد یک سطح استریل با استفاده از شان:
					الف) بسته حاوی شان را به روش آموخته شده قبلی باز کرد
					ب) با یک دست یکی از گوشه‌های شان را که روی آن تا شده، گرفت.
					ج) شان را از پوشش آن خارج کرد و آن را دور از بدن خود باز کرد.
					د) پوشش را کنار گذاشت.
					و) شان را طوری روی سطح تمیز و خشک پهن کرد که قسمت پایینی آن دور از وی قرار گیرد.
					۸. وسایل استریل را روی سطح استریل قرار داد.
					۹. جهت قراردادن وسایل بسته‌بندی شده به روش زیر عمل کرد:
					الف) هر بسته را به روش آموخته شده قبلی باز کرد.
					ب) با دست آزاد خود گوشه‌های پوشش بسته را جمع کرد و تا مجاورت مچ کنار کشید.
					ج) برای قرار دادن وسایلی نظیر کاسه، شان یا دیگر وسایل، آنها را از گوشه روی سطح استریل قرار داد بدون اینکه دست وی از روی سطح استریل عبور کند.
					د) پوشش بسته را کنار زد.
					محل ارزیابی
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

۱۵. در آوردن دستکش و گان عمل

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. بند گردنی گان را باز کرد (در صورتی که بند بسته شده باشد).
					۲. گان را از سمت شانه راست، با دست چپ گرفته و با پایین آوردن آستین آن را آزاد کرد.
					۳. ضمن تکان دادن و چرخاندن دست و بازو گان را پایین آورده و در ضمن آن را از سمت خارج به داخل و وسط تا کرد.
					۴. پس از آزاد کردن بازو و ساعد، با دست دستکش دار، سمت چپ گان را هم به همین ترتیب آزاد کرد.
					۵. ضمن خروج بازو و ساعد از گان، سمت چپ را هم به طرف وسط تا نموده و آن را در کیسه خروج وسایل پارچه ای کثیف انداخت.
					۶. پس از خروج گان، دستکش ها را به روش های دستکش به دستکش برای دست چپ و پوست به پوست برای دست راست خارج کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۱۶. نحوه آماده سازی وسایل جراحی جهت ارسال به CSR

وسایل مورد نیاز: ست مربوطه - سینک شست و شوی بزرگ - برس یا پارچه - محلول ضدعفونی استاندارد - وسایل محافظت فردی (گان آپرون، شیلد، دستکش) - تست اندیکاتور - چسب اتوکلاو - چسب اتوکلاو - شان استاندارد.

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:				
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو				
					۱. پس از خاتمه جراحی و خروج بیمار از اتاق، کلیه لوازم را مجدداً کنترل و شمارش کرد.				
					۲. ستها و لوازم جراحی را از خون و ترشحات پاک کرد.				
					۳. سوزن‌ها و بیستوری‌ها را که حین عمل داخل گالی پات گذاشته است برداشت و با کمک پنس در جعبه ایمنی (Safety box) انداخت هرگز این وسایل را با دست نگرفت.				
					۴. کلیه ست‌ها را با شناسنامه آن تطبیق داده و تحویل مسئول اتاق شستشو داد.				
					در صورتی که وسایل داخل اتاق عمل شسته و پاک می‌شود:				
					۵. وسایل را ابتدا در محلول ضدعفونی‌کننده استاندارد به مدتی که توسط کارخانه سازنده اعلام می‌شود قرار داد.				
					۶. سپس وسایل هر ست را به طور جداگانه با استفاده از آب سرد ابتدا شسته و از بقایای خون و ترشحات پاک کرد.				
					۷. پنس‌های دنداندار و وسایل دارای حفره و خمیدگی و دندان را با برس غیر سیمی کاملاً پاک کرد.				
					۸. داخل لوله‌ها و ماندن‌ها را با استفاده از سرنک و آب سرد کاملاً تخلیه کرد.				
					۹. پس از آب کشی وسایل را در محلول ضدعفونی‌کننده استاندارد به مدت دستور داده شده توسط کارخانه سازنده قرار داد.				
					۱۰. پس از خروج از محلول، مجدداً وسایل را آب‌کشی کرده و پس از خشک کردن آنها پاک کرد.				
					۱۱. روی پاک را با چسب اوتو کلاو بست و نوع ست، نام یا کد پاک کننده، تاریخ استریل و تاریخ انقضای استریل را ثبت کرد.				
					محل ارزیابی		مرکز آموزشی درمانی		
							بخش		
					تاریخ ارزیابی				
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.				

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۱۷. درست کردن تخت بدون بیمار Unocoped Bed

وسایل مورد نیاز: ملافه تمیزی آماده کرد که از درازا چهار تا شده باشد (دو بار از درازا تا خورده باشد)، اگر ملافه اشتباه تا شده آن را درست کرد. قسمت درز دوخته شده بایست رو قرار داد تا پس از پهن کردن، سمت صاف در زیر مددجو قرار گیرد تا پوست تحریک نشود

نام دانشجو: _____						ترم: _____
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵	
۱. دستها را شسته و دستکش پوشید و وسایل را کنار تخت مددجو برد. اگر مددجو تخت را اشغال کرده برایش مراحل و هدف کار را توضیح داد.						
۲. در صورت لزوم به خروج وی از تخت و نشستن وی روی صندلی کمک کرد.						
۳. برای ایجاد محیط وسیع جهت انجام کار، کلیه وسایل و مبلمان را از کنار تخت دور کرد.						
۴. سر تخت را برای دسترسی راحت به تشک و راحتی در فیکس کردن ملافه‌ها پایین آورده و سپس خود تخت را در حد لازم جهت انجام کار راحت بالا برد.						
۵. زمانی که ملافه را جمع کرد، مراقب بود که از لوازم شخصی مددجو داخل ملافه و روی تشک نیفتاده باشد.						
۶. روکش بالش را درآورده و داخل کیسه رختشویخانه ریخت یا با آویزان کردن سر آن به دسته‌صندلی به عنوان کیسه رختشویخانه از آن استفاده کرد. بالش را هم در کناری قرار داد.						
۷. کناره‌های تشک را به آرامی بالا آورده و با حرکت در اطراف تخت لبه‌های ملافه را شل کرد. اگر خواست ملافه روان‌داز را دوباره استفاده کند، بالای آن را روی پایین تا کرده و پس از چهار تا کردن آن را روی صندلی قرار داد و در مورد شیت هم همین کار را انجام داده، آنها را آرام تا کرده و در کیسه رختشویخانه یا روی صندلی قرار داد.						
۸. جهت جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها، از تکان دادن، ریختن روی زمین یا چسباندن آن به لباس خود خودداری کرد.						
۹. ملافه‌های کثیف زیر را جمع کرده و در کیسه بین (رختشویخانه) انداخت.						
۱۰. اگر تشک پایین آمده، سر آن را گرفته و در جای خود به بالا کشید (جا به جا کردن تشک پس از کشیدن ملافه‌های تمیز آنها را جابجا و شل می‌کند).						
۱۱. ملافه زیر را در وسط تشک قرار داده، قسمت بالا و پایین آن را از نزدیکترین سمت خود باز کرد. برای این که ملافه صاف قرار گیرد اول انتهای ملافه را به انتهای تشک ثابت کرد و سپس قسمت بالا را بالای تخت به آرامی زیر تشک برد.						
۱۲. برای صاف کردن لبه‌ها ابتدا سر ملافه را تو گذاشته و سپس قسمت اضافی را در زاویه راست پایین آورد و زیر تشک برد.						
۱۳. بعد از درست کردن بالا و پایین یک طرف در صورت نیاز دروشیت را در فاصله حدود ۳۸cm از بالای تخت پهن کرد طوری که در وسط تخت قرار گیرد. سپس لبه‌های دروشیت را زیر تشک ثابت کرد.						
۱۴. همین مراحل را برای سمت دیگر انجام داد.						
۱۵. برای پهن کردن ملافه روان‌داز نیز آن را در وسط تخت قرار داده و سمت درز آن را در مقابل دید خود قرار داد.						
۱۶. قسمتی از بالای ملافه را اضافه نگه داشته و رو تختی را پهن کرد و قسمت بالای ملافه را روی رو تختی برگرداند.						
۱۷. پایین تخت ملافه را به نحو مناسب به زیر تشک برده و فیکس کرد.						

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۱۸. آویزان کردن پاهای بیمار به منظور خروج از بستر Dangling

وسایل مورد نیاز: زیردست - زیرپایی - دمپایی یا کفش راحت - میز کنار تخت

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. دستور پزشک را مبنی بر خروج از بستر بیمار بررسی کرد.
					۲. دست‌های خود را شست
					۳. وسایل مورد نیاز را آماده کرد.
					۴. علت و مراحل خروج از بستر را به بیمار توضیح داد.
					۵. از بیمار پرسید که درد یا احساس ضعف دارد.
					۶. در صورت داشتن درد یا ضعف، یک مسکن به بیمار تزریق کرد.
					۷. ۳۰-۶۱ دقیقه جهت اثر بخشی دارو صبر کرد.
					۸. علایم حیاتی بیمار را کنترل کرد تا متوجه افت فشارخون، سرگیجه و یا ضعف بیمار شد.
					۹. در صورتی که بیمار احساس درد در ناحیه برش جراحی می‌کند به او آموزش داد که دست خود را روی پانسمان محل برش قرار دهد.
					۱۰. وسایل اطراف بیمار را جهت جلوگیری از سقوط جمع کرده و بیرون برد.
					۱۱. چرخ‌های تخت را قفل کرد.
					۱۲. تخت بیمار را به حالت افقی در آورد.
					۱۳. بیمار را به پهلو قرار داد.
					۱۴. صورت بیمار را به طرف خود برگرداند.
					۱۵. کفش‌های بیمار را به کنار تخت آورد.
					۱۶. شانه‌های او را گرفت.
					۱۷. پاهایش را آنقدر از هم باز کرد که یک قاعده پهن جهت حمایت بسازد.
					۱۸. از بیمار خواست که وزنش را از طریق پاهای خم شده‌اش به تخت وارد کند
					۱۹. سر تخت را ۴۵ درجه بالا آورد. (جهت سهولت بلند شدن بیمار).
					۲۰. در صورتی که بیمار نمی‌تواند از این روش استفاده کند از متد زیر استفاده کرد:
					الف) همزمان به وی جهت نشستن روی تخت کمک کرد.
					ب) جهت پیشگیری از وارد آمدن فشار به پشت و هل دادن بیمار، او را با تمام بدن خود بالا آورد (نه فقط با بازوهایش).
					۲۱. در صورت لزوم از همکاری کمک خواست.
					۲۲. تا زمانی که بیمار در کنار تخت بود، صورتش به سمت وی بود و مراقب سقوط او از تخت بود.
					۲۳. به علایم و نشانه‌های هیپوتانسیون ارتوستاتیک توجه کرد (مانند غش، سرگیجه، سیاهی رفتن چشم و ...)
					۲۴. در صورت وجود هر یک از علائم فوق، ضربان نبض و فشار خون بیمار را کنترل کرد.
					۲۵. در صورتی که ضربان نبض بیش از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به قبل از شروع تکنیک افزایش داشت، اجازه داد که بیمار استراحت کند.
					۲۶. پس از اینکه بیمار استراحت کرد، تکنیک را از بند ۱۳ تکرار کرد.
					۲۷. پاهای بیمار را از تخت آویزان کرد.

نام دانشجو: ترم:					آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	
					۲۸. دمپایی یا کفش راحتی به پاهای بیمار پوشاند.
					۲۹. جهت حمایت بیمار و پیشگیری از سقوط وی، میز کنار تخت را جلوی وی قرار داد.
					۳۰. یک عدد بالش روی میز و زیر دستان بیمار گذاشت.
					۳۱. بیمار را ارزیابی کرد و وضعیت وی را ثبت کرد:
					الف) نوع و تاریخ و زمان خروج از بستر
					ب) در صورت کمک گرفتن نام همکار خود
					ج) طول زمان تکنیک و مشکلات احتمالی و مراقبت‌های پرستاری انجام شده.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۱۹. کمک در ایستادن بیمار به منظور خروج از بستر

وسایل مورد نیاز: دمپایی یا کفش راحتی - کمر بند مخصوص راه رفتن (در صورت نیاز)

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					مراحل انجام کار
					۱. دستور پزشک را مبنی بر خروج از بستر بررسی کرد.
					۲. دست‌های خود را شست
					۳. دمپایی بیمار را در کنار تخت وی آماده کرد.
					۴. با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام تکنیک را به وی توضیح داد.
					۵. به بیمار گفت که این کار جهت راحتی و آسایش وی بوده و جهت جلوگیری از عوارض مربوط به بی حرکتی است.
					۶. علائم حیاتی بیمار را کنترل کرد.
					۷. پاهای بیمار را به روش صحیح از تخت آویزان کرد.
					۸. پس از این که پاهای او را آویزان نمود و مطمئن شد که مشکل خاصی ندارد و می‌تواند وزن بدنش را تحمل کند، اقدام به ایستادن بیمار کرد.
					۹. به وی کمک کرد که دمپایی یا کفش راحتی بپوشد.
					۱۰. اگر تصمیم دارد که از کمر بند مخصوص راه انداختن برای بیمار استفاده کند آن را آماده کرد.
					۱۱. مراقب بود که دمپایی و لوله‌های درن‌ها یا هر چیز دیگری دور پاهای بیمار نپیچد.
					۱۲. در صورتی که بیمار هوشیار و دارای قدرت کافی باشد، پاهای او را مستقیم و صاف روی کف زمین قرار داد.
					۱۳. اجازه داد که بیمار به تنهایی بایستد.
					۱۴. هنگامی که بیمار ایستاد، یک دست خود را زیر بغل او قرار داد.
					۱۵. دست دیگر خود را دور کمر وی حلقه کرد (جهت جلوگیری از سقوط بیمار).
					۱۶. کمک کرد که کاملاً صاف بایستد.
					۱۷. بیمار را تشویق کرد که (جهت حفظ تعادل) به اطراف نگاه کند نه به زمین.
					۱۸. در صورتی که بیمار دچار مشکل شد و نیاز داشت، وی را به سمت خود برگردانیده و زانوهایش را دو طرف بیمار گذاشت.
					۱۹. زانوهای خود را خم کرد.
					۲۰. بازوهای خود را دور کمر بیمار حلقه کرد.
					۲۱. باروهای بیمار را گرفته و او را به سمت تخت کشید.
					۲۲. زانوهای بیمار را با یک پوزیشن مناسب کشید (این تکنیک از وارد شدن صدمه به کمر جلوگیری می‌کند).
					۲۳. بیمار را روی تخت خواباند تا استراحت کند.
					۲۴. علائم حیاتی بیمار را کنترل کرد.

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۲۵. در صورتی که بیمار آمادگی داشت، مجدداً تکنیک را تکرار و کمک کرد تا بیمار بایستد.
					۲۶. کلیه مشاهدات، یافته ها و مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده را ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

۲۰. کمک به مددجو در راه رفتن (با یک و یا دو پرستار)

وسایل مورد نیاز: دمپایی یا کفش راحتی - کمر بند مخصوص راه رفتن

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					
ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. دستور پزشک را مبنی بر خروج از بستر بررسی کرد.
					۲. دست‌های خود را شست
					۳. وسایل مورد نیاز را آماده کرد.
					۴. با بیمار ارتباط برقرار کرده و هدف، لزوم تحرک و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح داد.
					۵. علائم حیاتی مددجو را کنترل کرد.
					۶. تخت را در پایین‌ترین وضعیت قرار داد.
					۷. کمک کرد تا مددجو در یک طرف تخت بنشیند.
					۸. پروسیجر مربوط به آویزان کردن پاها و نشستن مددجو در تخت را انجام داد.
					۹. مددجو را از نظر وجود سرگیجه و حالت ضعف بررسی کرد.
					۱۰. تا زمانی که احساس امنیت و راحتی کند اجازه داد که بیمار در همین وضعیت بماند.
					۱۱. لباس بلند و کفش به مددجو پوشاند.
					در روش ۱ پرستار:
					۱۲. کمربند راه رفتن را اطراف کمر مددجو بست (استفاده از آن اختیاری می‌باشد).
					۱۳. کمک کرد تا مددجو در وضعیت ایستاده قرار گیرد.
					۱۴. تعادل وی را بررسی کرد.
					در روش ۲ پرستار:
					۱۵. به مددجو کمک کرد تا در وضعیت ایستاده قرار گیرد. در حالی که در طرف وی یک پرستار قرار دارد.
					۱۶. یک پرسنل کمربند راه رفتن را برای حمایت از مددجو بست (استفاده از کمربند اختیاری است).
					۱۷. پرستار دیگر وسایل را آماده و حمل کرد.
					۱۸. آهسته و همراه با مددجو راه رفت.
					۱۹. قدرت و تعادل مددجو را بررسی کرد.
					۲۰. در صورت عدم تعادل او را به تخت منتقل کرد.
					۲۱. در صورتی که تصمیم دارد بیمار را روی صندلی بنشاند، او را پشت به صندلی قرار داد.
					۲۲. مطمئن شد که صندلی محکم و ثابت باشد.
					۲۳. خود را روبروی صندلی و بیمار قرار داد.
					۲۴. پس از کمی بهبود وضعیت بیمار، دوباره اقدام به انجام پروسیجر کرد.

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۲۵. پاهای بیمار را صاف روی کف زمین قرار داد.
					۲۶. اجاره داد مددجو دستهایش را دور شانه یا کمر وی حلقه کند.
					۲۷. پشت مددجو قرار گرفت.
					۲۸. وی را از طریق کمر بند یا گرفتن کمر مورد حمایت قرار داد.
					۲۹. همراه بیمار راه رفت.
					۳۰. پس از چند قدم راه رفتن قدرت و تعادل وی را بررسی کرد.
					۳۱. در صورتی که مددجو به تنهایی قادر به راه رفتن باشد، در کنار او ایستاد و آهسته پشت سر او قرار گرفت.
					۳۲. به مددجو گفت که به جای نگاه گردن به پاهایش به جلو نگاه کند.
					۳۳. اگر یک سمت بدن مددجو ضعف دارد، به سمت مبتلا ایستاد و یک بازویش را دور کمر وی حلقه کرد.
					۳۴. با بیمار ارتباط برقرار کرد و به صورت کلامی و عملی به وی نشان داد که چگونه راه برود.
					۳۵. در صورتیکه مددجو احساس ضعف و سرگیجه دارد او را روی صندلی نشاند و سپس به تخت منتقل کرد.
					۳۶. در صورتیکه مددجو در حال افتادن است، یک پایش را جلوی پای دیگر و دور از هم قرار داد.
					۳۷. در حالی که سر را حمایت می کرد، وی را روی زمین قرار داد.
					۳۸. بیمار را با روش صحیح به تخت منتقل کرد.
					۳۹. کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کرد (مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده).
					محل ارزیابی
				مرکز آموزشی درمانی	
				بخش	
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

۲۱. بکارگیری سرمای خشک (کیسه یخ)

وسایل مورد نیاز: ظرف محتوی تکه‌های یخ خردشده - رویه کیسه‌یخ - رویه مخصوص کیسه‌یخ - حوله یا باند - پارچه‌ای

جهت خشک کردن کیسه‌یخ - سنجاق قفلی یا نوار چسب - کیسه‌یخ

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:						ترم:				
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. دستور پزشک را به دقت کنترل کرد.										
۲. کیسه یخ را مطابق با دستورات زیر در اتاق پانسمان (تریتمنت) آماده کرد.										
الف) ۱/۲ تا ۱/۳ کیسه را پر از خرده‌های یخ کرد. دقت نمود که اطراف خرده‌های یخ تیز نباشد. در صورت لزوم آنها را در کاسه آبی ریخته و فوراً خارج کرد تا تیزی یخ‌ها از بین برود.										
ب) کیسه را روی سطح صافی قرار داده، با دست روی آن فشار آورد تا هوای داخل خارج شود، سپس در کیسه را بست.										
ج) کیسه یخ را از نظر نشت آب امتحان کرد. برای این منظور آن را وارونه کرد.										
د) کیسه را خشک کرده، سپس در پوشش مخصوص قرار داد.										
۳. کیسه یخ را به اتاق بیمار برد و در صورت لزوم روند کار را برای بیمار شرح داد.										
۴. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد.										
۵. عضو مورد درمان را از زیر پوشش‌ها خارج کرد.										
۶. محل مورد نظر را بررسی کرد.										
۷. کیسه را در محل دستور داده شده قرار داد.										
۸. کیسه را با استفاده از باند یا حوله، سنجاق قفلی یا نوار چسب ثابت کرد.										
۹. به منظور پیشگیری از احساس لرز، بیمار را با پتو پوشاند.										
۱۰. کیسه یخ را معمولاً در یک نوبت بیش از ۳۰ دقیقه در محل قرار داد.										
۱۱. بیمار را در فواصل هر ۱۰-۵ دقیقه از نظر علائم ناراحتی، واکنش‌های پوستی شامل رنگ پریدگی و لکه‌های رنگی پوست کنترل کرد.										
۱۲. در زمان مقرر کیسه یخ را برداشت.										
۱۳. وسایل را به محل مربوطه برگردانید و توجه لازم را از آنها بعمل آورد.										
۱۴. مشاهدات و اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، روش و محل مورد معالجه در پرونده بیمار ثبت کرد.										
۱۵. دستور پزشک را به دقت کنترل کرد.										
محل ارزیابی						مرکز آموزشی درمانی				
						بخش				
تاریخ ارزیابی										
نام و امضای ارزیابی کننده										
بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.										

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۲۲. بکار گیری گرمای خشک (کیسه آب گرم)

وسایل مورد نیاز: کیسه آب گرم - رویه مخصوص کیسه آب گرم - ظرف محتوای آب گرم - دماسنج آب - پارچه‌ای جهت خشک کردن کیسه آب گرم

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:				
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. دستور پزشک را به دقت کنترل کرد.									
۲. محل مورد معالجه را از نظر عدم وجود زخم، قرمزی، خراشیدگی و ... مورد مشاهده قرار داد.									
۳. کیسه آب گرم را مطابق دستورات زیر در اتاق پانسمان (تریتمنت) آماده کرد.									
الف) قبل از پرکردن کیسه آب گرم از نظر محکم بودن و نشت آب کنترل کرد.									
ب) با دماسنج مخصوص آب، درجه حرارت آب را اندازه گرفت.									
ج) در صورتی که دماسنج مخصوص آب وجود ندارد، درجه حرارت کیسه را پس از پر کردن، با قرار دادن روی قسمت داخلی مچ دست امتحان کرد. (کیسه آب گرم باید نسبتاً داغ باشد ولی بدن را نسوزاند).									
د) کیسه آب گرم را تا دو سوم حجم از آب گرم پر کرد. در موقع ریختن آب کیسه را روی سطح صافی قرار داد.									
ه) برای خارج کردن هوای درون کیسه با یک دست دهانه کیسه را روی سطح صافی، مخالف بدن قرار داده به آهستگی پایین آورد و با دست دیگر به آرامی روی بدنه کیسه فشار وارد کرد بطوری که آب به طرف دهانه کیسه بیاید و هوای آن خارج شود. بعد در کیسه را بست.									
و) کیسه را وارونه کرد تا مطمئن شد که در آن خوب بسته شده است. کیسه را خوب خشک کرد و در پوشش آن قرارداد.									
۴. کیسه را به اتاق بیمار برده، در صورت لزوم او را از اقدام مورد نظر مطلع کرد.									
۵. پوشش های محل مورد معالجه را کنار زده و کیسه را در محل دستور داده شده قرارداد (دقت کرد که دهانه کیسه آب گرم حدالمقدور دور از بدن بیمار باشد).									
۶. در صورت لزوم با استفاده از بالش، کیسه آب گرم را در محل ثابت نگه داشت.									
۷. در فواصل ۱۰-۵ دقیقه، جهت بررسی شکایات بیمار (درد، سوزش، واکنش پوستی) به او سر زد.									
۸. در صورت وجود درد، تورم و قرمزی بیش از حد، کیسه آب گرم را برداشته و موارد را گزارش کرد.									
۹. کیسه آب گرم را پس از ۴۵-۳۰ دقیقه از محل برداشت.									
۱۰. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده و توجه لازم را از آنها بعمل آورد.									
۱۱. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، زمان، روش و محل مورد معالجه در پرونده بیمار یادداشت کرد.									
محل ارزیابی					مرکز آموزشی درمانی				
					بخش				
تاریخ ارزیابی									
نام و امضای ارزیابی کننده									
بهبتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.									

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۲۳. مراقبت از پشت Back Rub

وسایل مورد نیاز: لگن - صابون - پتوی حمام - حوله حمام - لیف - لوسیون نرم کننده دارای لانولین - دستکش (در صورت زخم باز یا بی اختیاری ادراری) - پودر تالک (اختیاری)
 راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. وسایل را بالای تخت بیمار برد.
					۲. روش کار را برای بیمار توضیح داد و محیط خلوتی برای وی فراهم آورد.
					۳. از بیمار خواست که اگر فشار خیلی زیاد یا خیلی کم وارد آورد به وی تذکر دهد.
					۴. تخت را در وضعیت دلخواه تنظیم کرده و سرتخت را اگر بالا قرار دارد، پایین آورد.
					۵. دستها را شسته و در صورت لزوم دستکش پوشید.
					۶. بیمار را با توجه به شرایط جسمانی روی شکم یا پهلو قرار داد.
					۷. بیمار را در راستای لبه تخت جهت پیشگیری از فشار به پشت خودش در نزدیکترین وضعیت به سمت خود قرار داد.
					۸. لباس یا گان بیمار را کنار زده و پشت، شانهها و باسن را نمایان ساخت سپس پتوی حمام را جهت جلوگیری از لرزیدن یا نمایان شدن اضافی اعضا روی وی انداخت.
					۹. یک حوله کنار یا زیر بیمار انداخت تا از خیس شدن ملافهها جلوگیری شود.
					۱۰. لیف را به دست پوشید، آن را طوری پیچاند که از چکیدن آب از انتهای آن و سرد شدن سریع جلوگیری شود سپس مقداری صابون به آن مالید.
					۱۱. با حرکات نرم و بلند، پشت بیمار را شست ابتدا از گردن و شانهها شروع کرده و به سمت باسن حرکت کرد.
					۱۲. محل را خوب آبکشی و خشک کرد چرا که رطوبت بین دو باسن اگر گرفته نشود می تواند باعث لیج افتادن پوست و تشکیل زخم شود.
					۱۳. در حین انجام کار به دقت پوست را بخصوص در نواحی استخوانی شانه، کتف و دنبالچه از جهت زخم و قرمزی بررسی کرد.
					۱۴. لوسیون گرم را از ظرف بیرون آورده، کمی در گودی کف دست ریخته و جهت پخش شدن دستها را بهم مالید سپس با حرکات نرم و طولانی لوسیون را به پشت بیمار مالید لوسیون از شکنندگی پوست جلوگیری کرده و ماساژ را آسان کرد.
					۱۵. پشت بیمار را از قاعده ستون فقرات به سمت بالا و شانهها ماساژ داد.
					۱۶. ماساژ را برای ایجاد تاثیر آرام سازی، آرام و برای تاثیر تحریکی سریع انجام داد.
					۱۷. سه نوع ضربه استفاده کرد: حرکات ماساژ مستقیم به بالا و پایین، چرخشی دورانی و حرکات دورانی درحالی که مچ به چپ و راست حرکت می کند (مانند گرفتن آب مرکبات).
					۱۸. هر زمان که نیاز بود از لوسیون استفاده کرد و جهت قطع نشده ماساژ یک دست را روی پشت بیمار ثابت نگه داشت.
					۱۹. عضله تراپزیوس (دوزنقه ای) را فشار داده، رها کرده، به بالا کشید تا بیمار احساس آرامش کند.
					۲۰. ماساژ را با حرکات نرم و کشیده خاتمه داده، لوسیون اضافی را با حوله پاک کرد.
					۲۱. لباس مددجو را به او پوشاند و ملافهها را صاف یا در صورت لزوم تعویض کرد.
					۲۲. تخت را به وضعیت اصلی برگردانده، بیمار را در وضعیت راحت قرار داد.

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۲۳. لگن را تمیز و خالی کرد.
					۲۴. وسایل یکبار مصرف را دور ریخته و مابقی وسایل را به جای خود برگرداند.
					۲۵. مراقبت از پشت را در فلوجارت ثبت کرد.
					۲۶. هر نوع قرمزی، گسیختگی یا هر نوع تغییر در پوست را یادداشت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۲۵. کنترل درجه حرارت، نبض، تنفس

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. دستها را به روش آسپتیک شسته یا با الکل مالش داد و واحد بیمار را از نظر وسایل و امکانات کنترل کرد.					
۲. وسایل مورد نیاز را آماده کرد شامل: ظرف محتوای پنبه تمیز - ظرف محتوای پنبه مصرف شده - یک گیره مناسب - محلول ضد عفونی کننده - ساعت ثانیه شمار - ماده نرم کننده - آب و صابون یا ساوین ۲/۵٪ - مداد سه رنگ - کاغذ و پرونده جهت ثبت - پنبه الکل.					
تعیین درجه حرارت دهان					
۳. بیمار را مشخص کرده و کار را برای بیمار صحیح انجام داد.					
۴. نحوه کار را برای بیمار توضیح داد.					
۵. از اینکه بیمار آب سرد یا گرم ننوشیده یا حمام نگرفته، سیگار نکشیده، آدامس نجویده اطمینان حاصل کرد و در غیر اینصورت ۳۰-۱۵ دقیقه صبر کرد.					
۶. از کفایت نور اتاق اطمینان حاصل کرده و بیمار را در وضعیت راحتی قرار داد.					
۷. ترمومتر تمیز را از ظرف محلول ضد عفونی کننده برداشته ابتدا آن را با آب شست و با پنبه گلوله شده از مخزن به طرف انگشتان بصورت چرخشی تمیز کرد.					
۸. پشت به نور ایستاده ترمومتر را به صورت افقی نزدیک و همسطح چشم قرار داده و به آهستگی آن را بین انگشتان چرخاند تا خط جیوه بطور واضح مشخص شود					
۹. دقت کرد که جیوه روی درجه ۳۵ باشد در غیر این صورت ترمومتر را با شست و انگشت سیاهه محکم گرفته و با حرکت شدید مچ دست آن را طوری تکان داد که جیوه به حداقل علامت ترمومتر برسد.					
۱۰. مخزن ترمومتر را در طرف چپ یا راست زیر زبان بیمار گذاشت و از بیمار خواست که لبها را بسته نگه دارد.					
۱۱. ترمومتر را به مدت ۵ دقیقه زیر زبان قرار داد.					
۱۲. پس از مدت ۵ دقیقه ترمومتر را از زیر زبان بیمار برداشته و با استفاده از پنبه گلوله شده آن را از قسمت انتها به طرف حباب جیوه ای بصورت چرخشی پاک کرد و پنبه مصرف شده را در ظرف پنبه های کثیف انداخت.					
۱۳. دماسنج را در نزدیکترین دهم (عشر) خواند.					
۱۴. ترمومتر را در محلول آب و صابون یا ساوین ۲/۵٪ بمدت ۱۵-۱۰ دقیقه قرار داد.					
۱۵. درجه حرارت را یادداشت کرده، دستها را شست و وسایل را تمیز کرد.					
۱۶. ظرف مخصوص ترمومترهای کثیف و محلول ساوین را شسته و خشک کرد و ترمومترهای ضد عفونی شده را از محلول خارج کرده و آبکشی و خشک کرد و سپس آنها را در ظرفهای محتوی ترمومترهای تمیز قرار داد.					
امضای ارزیابی کننده					

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					تعیین درجه حرارت به روش زیر بغل
					۱. بیمار را مشخص کرده و کار را برای بیمار صحیح انجام داد.
					۲. نحوه کار را برای بیمار توضیح داد.
					۳. از کفایت نور اتاق اطمینان حاصل کرده و بیمار را در وضعیت راحتی قرار داد
					۴. ترمومتر تمیز را از ظرف محلول ضد عفونی کننده برداشته و با پنبه گلوله شده از پایین به بالا بصورت چرخشی تمیز کرد.
					۵. زیر بغل را خشک کرد.
					۶. مخزن حرارت سنج را در وسط زیر بغل گذاشت.
					۷. بازوی بیمار را پایین آورده و آن را به بدن وی نزدیک کرده و سپس ساعد را بر روی سینه قرار داد.
					۸. حرارت سنج را به مدت ۱۰ دقیقه زیر بغل گذاشت.
					۹. حرارت سنج را از زیر بغل بیمار بیرون آورده و با دستمال کاغذی یا پنبه عرق روی آن را به روش قبل تمیز کرد.
					۱۰. پس از خواندن حرارت سنج آن را تکان داد.
					۱۱. حرارت سنج را پس از استفاده مطابق با مقررات موسسه تمیز و مواظبت کرد.
					شمارش نبض و تنفس
					شمارش نبض
					۱. توضیح به بیمار، آماده کردن بیمار، بیمار را طوری خواباند که بازوی بیمار در امتداد بدن و مچ دست بحالت راست و کف دست رو به پایین قرارگیرد. در حالت نشسته بازو را طوری قرار داد که مچ دست بحالت راست و کف دست رو به پایین قرار گیرد و ساعد دارای زاویه ۹۰ درجه با بدن باشد.
					۲. نوک انگشتان اول و دوم و سوم را در طول سرخ‌رگ زند زیرین بطور صحیح قرار داد و استخوان مچ دست را به آهستگی فشار داد، شست را روی پشت و مچ دست قرار داده و فشار را باندازه‌ای وارد آورد که ضربان سرخ‌رگ بیمار بطور وضوح احساس شود.
					۳. از ساعت ثانیه شمار استفاده کرده و ضرباتی را که بر روی سرخ‌رگ بیمار حس می‌کرد به مدت ۱ دقیقه شمرده و یادداشت کرد.
					شمارش تنفس
					۱. هنگامیکه هنوز نوک انگشتان پس از شمارش نبض بود حرکات تنفسی بیمار را مشاهده کرد و یا در هر دم و بازدم به بالا و پایین رفتن قفسه سینه توجه کرد.
					۲. با ساعت ثانیه شمار به مدت زمان یک دقیقه سنجش دفعات تنفس را انجام داد و ثبت نمود.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

۲۶. اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه دهان

وسایل مورد نیاز: دماسنج - دستمال کاغذی - دستکش - برگه علائم حیاتی و خودکار

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:	
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	
					۱. دستها را شست.	
					۲. وسایل مورد نیاز را آماده کرد.	
					۳. روش کار را به بیمار توضیح داد.	
					۴. در صورت نیاز به پوزیشن خاص به بیمار، این کار را انجام داد.	
					۵. از این که بیمار از ۲۰ الی ۳۰ دقیقه پیش مایعات سرد یا گرم نخورده و سیگار نکشیده مطمئن شد.	
					۶. دستکش پوشید.	
					۷. دماسنج را از طرف محفظه جیوه به طرف بالا تمیز کرد.	
					۸. از بیمار خواست که دهان خود را باز کند.	
					۹. دماسنج را به آرامی تکان داد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد.	
					۱۰. دماسنج را زیر زبان به طرف مرکز قرار داد (این مکان به علت داشتن تماس با عروق سطحی دقت اندازه گیری دما را فراهم می کند).	
					۱۱. از بیمار خواست دهان خود را بدون گاز گرفتن درجه ببندد.	
					۱۲. از بیمار خواست به مدت ۲-۳ دقیقه صبر کند.	
					۱۳. بعد از برداشتن دماسنج ترشحات احتمالی روی آن را از طرف بالا به طرف محفظه جیوه پاک کرده و سپس مقدار آن را خواند.	
					۱۴. دماسنج را تمیز کرده و در جای خود گذاشته، بیمار را در وضعیت راحت قرار داد.	
					۱۵. دستکش ها را درآورده و دستها را شست.	
					۱۶. میزان درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی با ذکر زمان و نحوه اندازه گیری ثبت کرد.	
					محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی
						بخش
					تاریخ ارزیابی	
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۲۷. اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه معقد

وسایل مورد نیاز: ساعت مچی دارای ثانیه شمار- دفتر مخصوص ثبت علائم حیاتی بیمار

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:				
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو				
					۱. دست‌های خود را شست.				
					۲. محیط امن و خلوتی برای بیمار فراهم کرد.				
					۳. بالا تنه و پاهای بیمار را پوشاند.				
					۴. بیمار را در وضعیت مورد نیاز (یک پهلو بطوری که پای فوقانی حالت خمیده داشته باشد) قرار داد.				
					۵. دستکش پوشید.				
					۶. دماسنج را از طرف محفظه جیوه به بالا تمیز کرد.				
					۷. دماسنج را به آرامی تکان داد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد.				
					۸. انتهای دماسنج را با ژل لوبریکانت آغشته کرد (۱/۳ سانتی متر در کودکان و ۳/۸ سانتی متر در بزرگسالان).				
					۹. با دست آزاد دو طرف باسن را کنار کشید طوری که معقد مشخص شود.				
					۱۰. از بیمار خواست که نفس عمیق بکشد و بدن خود را شل کند.				
					۱۱. به آرامی دماسنج را به داخل معقد وارد کرد (۱/۳ سانتی متر در کودکان و ۳/۸ سانتی متر در بزرگسالان).				
					۱۲. در صورت احساس مقاومت هنگام وارد نمودن دماسنج سریعاً آن را خارج کرد.				
					۱۳. پس از قرار دادن دماسنج در معقد ۲-۳ دقیقه آن را در محل مذکور نگه داشت.				
					۱۴. به آرامی آن را از معقد خارج کرد و آلودگی های آن را از طرف بالا به طرف محفظه جیوه تمیز کرد (معقد بیمار را نیز پاک کرد).				
					۱۵. دماسنج را جلوی چشم نگه داشت و مقدار آن را خواند.				
					۱۶. ژل های باقیمانده اطراف آن را تمیز کرد.				
					۱۷. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد.				
					۱۸. دماسنج را با آب و صابون شست و آبکشی کرد.				
					۱۹. سپس دماسنج را در خشک کرده و در جای خود قرارداد.				
					۲۰. دستکش ها را در آورده و در کیسه زباله انداخت.				
					۲۱. لباس بیمار را مرتب کرد و او را در وضع راحت قرار داد.				
					۲۲. دستها را شست.				
					۲۳. میزان درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی ثبت کرد.				
					محل ارزیابی		مرکز آموزشی درمانی		
							بخش		
					تاریخ ارزیابی				
					نام و امضای ارزیابی کننده بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.				

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۲۸. اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه زیر بغل

وسایل مورد نیاز: دماسنج جیوه ای - دستمال کاغذی - خودکار - برگه علائم حیاتی

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:	
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	
					۱. دست‌های خود را شست	
					۲. محیط امن و خلوتی برای بیمار فراهم کرد.	
					۳. بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده قرار داد.	
					۴. لباس یا گان بیمار را تا شانه و بازو خارج کرد و ناحیه زیر بغل را نمایان ساخت.	
					۵. دستکش پوشید.	
					۶. دماسنج را شسته و خشک کرده و آن را از طرف محفظه جیوه به بالا تمیز کرد.	
					۷. دماسنج را به آرامی تکان داد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد	
					۸. دماسنج را در وسط زیر بغل بیمار قرار داد و بازوی او را روی دماسنج خواباند (از بیمار خواست که دست خود را روی قفسه سینه قرار داده و با آن دست، شانه سمت مقابل را بگیرد).	
					۹. دماسنج را به مدت ۱۰ دقیقه در محل نگه داشت.	
					۱۰. بعد از برداشتن دماسنج ترشحات احتمالی روی آن را از طرف بالا به طرف محفظه جیوه پاک کرده و سپس مقدار آن را خواند.	
					۱۱. دماسنج را تمیز کرده و در جای خود گذاشته، بیمار را در وضعیت راحت قرار داد.	
					۱۲. دستکش‌ها را درآورده و دست‌ها را شست.	
					۱۳. میزان درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی با ذکر زمان و نحوه اندازه‌گیری ثبت کرد.	
					محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی
						بخش
					تاریخ ارزیابی	
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۲۹. کنترل نبض اپیکال - رادیال

وسایل مورد نیاز: ساعت مچی دارای ثانیه شمار- گوشی - پنبه الک

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:						ترم:				
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. دستهای خود را شست.										
۲. با مددجو ارتباط برقرار کرد و در مورد هدف انجام کار توضیح داد.										
۳. به مددجو آموزش داد که از فعالیت، بی خوابی و مصرف مواد محرک بپرهیزد.										
۴. وسایل مورد نیاز را آماده کرده و به اتاق مددجو برد.										
۵. به مددجو کمک کرد تا در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد.										
۶. پوشش مناسب را برای مددجو فراهم کرد.										
۷. نبض اپیکال و رادیال را پیدا کرد.										
۸. دیافراگم یا بل گوشی را در دست خود گرم کرد.										
۹. محل ورود گوشی به گوش را با پنبه الک ضد عفونی کرد.										
۱۰. دانشجو گوشی را در گوش خود قرار داد.										
۱۱. با وارد کردن ضربه‌ای به دیافراگم انعکاس صدا را در گوشی خود حس کرد.										
۱۲. زمان شروع شمارش را تعیین کرد.										
۱۳. دانشجو نبض رادیال را در مدت ۶۰ ثانیه شمرد.										
۱۴. دانشجویی دیگری همزمان تعداد نبض اپیکال را در مدت ۶۰ ثانیه شمرد.										
۱۵. در صورتی که دانشجوی دیگری وجود نداشت گوشی را در دست ساعت‌دار خود گرفت.										
۱۶. ضربانات نبض رادیال را با دست دیگر لمس کرد تا جدایی بین نبض اپیکال و رادیال را حس کرد.										
۱۷. گوشی را برداشت.										
۱۸. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد.										
۱۹. وسایل را به محل مخصوص خود برگرداند.										
۲۰. دستها را شست.										
۲۱. اطلاعات و یافته‌های خود را ثبت کرد.										
الف) تعداد، ریتم و نبض										
ب) زمان کنترل نبض (تاریخ، ساعت و شیف) و مکان نبض محیطی										
ج) تعداد نبض‌های اپیکال - رادیال										
محل ارزیابی						مرکز آموزشی درمانی				
						بخش				
تاریخ ارزیابی										
نام و امضای ارزیابی کننده										
بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.										

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۳۰. کنترل نبض اپیکال

وسایل مورد نیاز: ساعت مچی دارای ثانیه شمار - دفتر مخصوص ثبت علائم حیاتی بیمار - استتوسکوپ - پنبه آغشته به الکل - ملافه در صورت نیاز

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:	
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱		
					۱. دست خود را شست.	
					۲. با مددجو ارتباط برقرار کرد و منظور خود را از اندازه گیری نبض وی توضیح داد.	
					۳. وسایل مورد نیاز را آماده و به اتاق مددجو برد.	
					۴. اطمینان حاصل کرد که بیمار شب قبل را راحت خوابیده است زیرا وضعیت نامناسب خواب ضربانات قلب را تحت تاثیر قرار می دهد.	
					۵. به مددجو آموزش داد که آرام باشد و از استرس های روحی بپرهیزد و همچنین از مصرف مواد محرکی چون کافئین و چای زیاد بپرهیزد زیرا این مواد ضربانات قلب را افزایش می دهد.	
					۶. راحتی و آسایش مددجو را فراهم کرد در صورت نیاز روی بیمار را با ملافه پوشاند.	
					۷. مددجو را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار داد.	
					۸. بازوی مددجو را در کنار بدن وی قرار داد به طوری که کف دست او به طرف پایین باشد.	
					۹. انگشت سبابه، وسطی و انگشت حلقه را روی شریان رادیال قسمت داخلی مچ دست بیمار قرار داد طوری که هر ۳ انگشت روی یک خط قرار گیرند.	
					۱۰. ساعت خود را در معرض دید قرار داد.	
					۱۱. پس از پیدا کردن نبض، تعداد ضربانات را در ۶۰ ثانیه شمرد و یا در ۳۰ ثانیه شمرد و در عدد ۲ ضرب کرد (در افراد دارای مشکلات قلبی و آریتمی ها به طور کامل در ۶۰ ثانیه شمرد).	
					۱۲. ضمن شمردن تعداد، ریتم نبض و حجم آن را با توجه به الگو و قدرت ضربانات تشخیص داد.	
					۱۳. در صورتی که متوجه یک موج غیر طبیعی شد، شمارش را تکرار کرد.	
					۱۴. محل و الگوی موج غیر طبیعی را پیدا کرد.	
					۱۵. اطلاعات و یافته ها را ثبت کرد:	
					الف) تعداد نبض، ریتم نبض و حجم نبض را در زمان معین	
					ب) زمان کنترل نبض را (تاریخ، ساعت و شیفت)	
					ج) الگوی نبض را از نظر پر یا قوی بودن و یا نبض ضعیف و نخی بودن	
					د) در صورت مشاهده موج غیر طبیعی، الگوی آن	
					ه) یافته های غیر طبیعی در مددجو از قبیل پوست سرد و رنگ پریده و یا تعریق	
					محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی
						بخش
					تاریخ ارزیابی	
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۳۱. کنترل نبض رادیال

وسایل مورد نیاز: ساعت مچی دارای ثانیه شمار- دفتر مخصوص ثبت علائم حیاتی بیمار

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:				
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو				
					۱. دست‌های خود را شست.				
					۲. با مددجو ارتباط برقرار کرده و منظور خود را از اندازه‌گیری نبض وی توضیح داد.				
					۳. اطمینان حاصل کرد که بیمار شب قبل را راحت خوابیده است زیرا وضعیت نامناسب خواب ضربانات قلب را تحت تاثیر قرار می‌دهد.				
					۴. به مددجو آموزش داد که آرام باشد و از استرس‌های روحی بپرهیزد و همچنین از مصرف مواد محرکی چون کافئین و چای زیاد بپرهیزد زیرا این مواد ضربانات قلب را افزایش می‌دهد.				
					۵. راحتی و آسایش مددجو را فراهم کرد.				
					۶. مددجو را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار داد.				
					۷. بازوی مددجو را در کنار بدن وی قرارداد به طوری که کف دست او به طرف پایین باشد.				
					۸. انگشت سبابه، وسطی و انگشت حلقه را روی شریان رادیال قسمت داخلی مچ دست بیمار قرارداد طوری که هر ۳ انگشت روی یک خط قرار گیرند.				
					۹. ساعت خود را در معرض دید قرار داد.				
					۱۰. پس از پیدا کردن نبض، تعداد ضربانات را در ۶۰ ثانیه شمرد و یا در ۳۰ ثانیه شمرد و در عدد ۲۰ ضرب کرد (در افراد دارای مشکلات قلبی و آریتمی‌ها به طور کامل در ۶۰ ثانیه شمرد).				
					۱۱. ضمن شمردن تعداد، ریتم نبض و حجم آن را با توجه به الگو و قدرت ضربانات تشخیص داد.				
					۱۲. در صورتی که متوجه یک موج غیر طبیعی شد، شمارش را تکرار کرد.				
					۱۳. محل و الگوی موج غیر طبیعی را پیدا کرد.				
					۱۴. اطلاعات و یافته‌ها را ثبت کرد:				
					الف) تعداد نبض، ریتم نبض و حجم نبض را در زمان معین				
					ب) زمان کنترل نبض را (تاریخ، ساعت و شیفت)				
					ج) الگوی نبض را از نظر پر یا قوی بودن و یا نبض ضعیف و نخی بودن				
					د) در صورت مشاهده موج غیر طبیعی، الگوی آن				
					هـ) یافته‌های غیر طبیعی در مددجو از قبیل پوست سرد و رنگ پریده و یا تعریق				
					محل ارزیابی		مرکز آموزشی درمانی		
					بخش				
					تاریخ ارزیابی				
					نام و امضای ارزیابی کننده				
					بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.				

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۳۲. اندازه‌گیری فشار خون

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. آماده کردن محیط فیزیکی قبل از اندازه‌گیری فشار خون
					۱. محیطی بدون سر و صدا را فراهم نمود.
					۲. خلوت بیمار را فراهم نمود.
					۳. محیطی با حرارت مناسب فراهم نمود.
					۲. آماده کردن وسایل قبل از اندازه‌گیری فشار خون
					۱. از پنبه الک برای تمیز کردن قسمتی از گوشی که در گوش قرار می‌گیرد استفاده کرد.
					۲. از پنبه الک برای تمیز کردن دیافراگم یا بل گوشی استفاده کرد.
					۳. در صورت امکان بازوبند مناسب با اندازه بازوی بیمار انتخاب کرد.
					۴. مانومتر دستگاه فشار سنج جیوه‌ای را در وضعیت عمودی قرار داد.
					۵. با سطح جیوه یا سوزن عقربه دستگاه فشار سنج که روی صفر قرار داشت اندازه‌گیری را انجام داد.
					۶. گوشی را جهت انتقال صدا بررسی کرد.
					۷. دستگاه فشارسنج را از جهت سالم بودن و نشست هوا از کیسه پلاستیکی پمپ، لوله‌ها، پیچ‌ها و اتصال دهنده‌ها بررسی کرد.
					۳. آماده کردن بیمار قبل از اندازه‌گیری فشار خون
					۱. روش کار را به بیمار توضیح داد.
					۲. اگر بیمار در وضعیت آشفته‌گی عاطفی، درد یا فعالیت قرار داشت، گرفتن فشار خون را به تأخیر انداخت.
					۳. بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد (پشت بیمار تکیه‌گاه داشته و پاهای بیمار آویزان نباشد).
					۴. برای ساعد بیمار تکیه‌گاه فراهم کرد.
					۵. خم آرنج را هم سطح قلب قرار داد.
					۶. کف دست بیمار را رو به بالا قرار داد.
					۷. آستین لباس بیمار را شل یا خارج کرد.
					۸. جهت اندازه‌گیری فشارخون بازوی صحیح را انتخاب کرد (بستن بازوبند به بازویی که مجاور ماستکتومی قرار گرفته باعث ادم بیشتر بازو می‌شود و نیز اندازه‌گیری فشارخون در بازویی که فیستول شریانی — وریدی یا شنت همودیالیز دارد به علت مخاطره انداختن خون عروقی صحیح نمی‌باشد).
					۹. اگر بیمار در حال خوردن، آشامیدن یا کشیدن سیگار بود گرفتن فشار خون را به تأخیر انداخت.
					امضای ارزیابی کننده

نام دانشجو: ترم					آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	۴. انجام اصول حین اندازه‌گیری فشار خون
					۱. مرکز قسمت قابل باد شدن بازوبند (لاستیکی) را بالای شریان بازویی بیمار قرار داد.
					۲. لبه پائینی بازوبند را ۵/۵ تا ۵/۲ cm از قسمت قدامی خم آرنج فاصله داد.
					۳. بازوبند را صاف و یکنواخت دور بازو قرار داد و انتهای آن را محکم بست.
					۴. لوله‌های بازوبند را بدون پیچ خوردگی در اطراف بازوبند قرارداد.
					۵. نبض رادیال یا بازویی را با نوک انگشتان لمس کرد.
					۶. دریچه پمپ هوا را کاملاً بست.
					۷. بازوبند را سریع به بالاتر از نقطه ناپدید شدن نبض پمپ کرد (روش لمسی).
					۸. هوا را از بازوبند خارج و ۱۵ ثانیه صبر کرد.
					۹. گوشی پزشکی را به طور صحیح در کانال گوش قرار داد.
					۱۰. بل یا دیافراگم گوشی را با فشار کم بالای شریان بازویی جایی که نبض حس می‌شود قرار داد.
					۱۱. بل یا دیافراگم گوشی با بازوبند تماس ندارد.
					۱۲. بازوبند را سریع ۳۰ mmhg به بالاتر از نقطه ناپدید شدن نبض پمپ زد (روش سمعی).
					۱۳. آهسته با سرعت ۲ تا ۳ mmhg در ثانیه تا تعیین فشار سیستولیک بازوبند را از هوا خارج کرد.
					۱۴. به محل تغییر صدا (کاهش صدا) یا قطع صدا توجه نموده و آنها را به عنوان فشار خون دیاستولیک تلقی نمود (کاهش صدا در کودکان، قطع صدا در بزرگسالان).
					۱۵. در صورتیکه فاصله دو صدا (کاهش صدا و قطع صدا) بیش از ۱۰ mmhg بود هر دو را ثبت نمود (مثال ۱۵۰/۸۰/۶۸).
					۱۶. بعد از تعیین فشار دیاستولیک بازوبند را از هوا خالی کرد.
					۱۷. در حال خالی شدن هوای بازوبند جهت اندازه‌گیری مجدد، بازوبند را باد نکرد بلکه تا خارج شدن کامل هوا صبر نمود.
					۱۸. در صورت هر گونه تکرار، اندازه‌گیری را مجدداً ۳۰ تا ۶۰ ثانیه انجام داد.
					۱۹. در بار اول، اندازه‌گیری فشار خون را از دو دست انجام داد.
					۲۰. برای اندازه‌گیری فشار خون، بازویی که فشار خون بالایی را نشان داده انتخاب کرد.
					۲۱. در هنگام خواندن میزان فشار خون چشم را هم سطح درجه مانومتر قرار داد.
					۲۲. بیشتر از ۹۱ cm از درجه مانومتر فاصله ندارد.
					امضای ارزیابی کننده
نام دانشجو: ترم					

مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۵. ثبت میزان فشار خون بعد از اندازه‌گیری
					۱. فشار سیستولیک و دیاستولیک را ثبت کرد.
					۲. نوع وضعیت بیمار (نشسته، ایستاده و خوابیده) را در هنگام اندازه‌گیری ثبت کرد.
					۳. بازوی مورد استفاده بیمار را ثبت کرد.
					۴. در صورت بالا بودن میزان فشار خون از ۱۴۰/۹۰ mmhg اندازه‌گیری را تکرار و هر دو مورد را ثبت کرد.
					۶. اندازه‌گیری فشار خون سیستولی در بازو به روش لمس
					۱. پس از اجرای ۴ مرحله قبل نبض زند زیرین (در مچ دست) یا نبض بازویی (در خم آرنج) به وسیله نوک سه انگشت لمس کرد.
					۲. پس از بستن پیچ دستگاه، دمیدن هوا به داخل بازو بند به وسیله حباب پلاستیکی را تا قطع ضربان نبض تا ۳۰-۲۰ میلی متر جیوه بالاتر ادامه داد.
					۳. پیچ دستگاه را به ملایمت جهت خروج آرام هوا باز نموده و به عقربه فشار سنج یا ارتفاع جیوه تا احساس باز گشت نبض دقت نموده و فشار خون سیستولی را از روی عقربه فشارسنج یا ارتفاع جیوه خواند.
					۴. فشار خون را با در نظر گرفتن سن بیمار و حد طبیعی آن و فاکتورهای موثر در فشار خون ارزیابی کرد.
					۵. در صورت شک به کنترل و ثبت، بعد از یک یا دو دقیقه مجدداً فشار خون را کنترل کرد.
					۶. در طول این روش از تکنیک تمیز استفاده نمود، بیمار را در حالت راحتی قرار داد، اگر بیمار هرگونه تغییر غیرطبیعی داشت مجدداً نبض وی را کنترل کرد یا اگر نامنظم بود به پزشک گزارش داد و در برگه مراقبت‌های پرستاری یادداشت کرد.
					۷. نتایج را به دقت طبق روتین بیمارستان یا دستور پزشک ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۳۳- کنترل داروی دستور داده شده

وسایل مورد نیاز: سینی یا تراسی دارو — کارت مخصوص دارو — داروی دستور داده شده — ظرف دارو (یکبار مصرف جهت قرص و کپسول و ظرف مدرج جهت داروهای مایع) — قاشق مخصوص دارو — هاون در صورت لزوم — نی آشامیدنی در صورت لزوم — دستمال کاغذی یا گاز مرطوب — رسیور جهت قراردادن ظرف دارویی مصرف شده — پارچ آب برای دارو دادن در صورت لزوم — چوب زبان راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	
					۱. سینی و تراسی دارو را تمیز و آماده کرد.
					۲. کارت دارو را با کاردکس از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق، نام دارو، نوع دارو، مقدار دارو، ساعت دارو، طریقه دارو و توجهات لازم در مورد دادن دارو چک کرد.
					۳. در صورت برخورد با هرگونه مغایرت در دستور دارویی پرستار مسئول یا پزشک را مطلع کرد.
					۴. سینی و تراسی آماده شده را در جای مناسبی نزدیک قفسه دارو قرار داد.
					۵. دست‌های خود را به خوبی شست.
					۶. داروی مورد نظر، را براساس کارت دارویی از قفسه دارویی پیدا کرد.
					۷. داروی مورد نظر نام دارو و تاریخ مصرف را چک کرد.
					۸. پس از برداشتن دارو مجدداً برچسب دارو را چک کرده و در قفسه دارویی قرار داد.
					۹. کلیه داروهای مربوط به یک بیمار را بدون تماس با دست در ظرف مخصوص همان بیمار قرار داد.
					۱۰. چنانچه بیمار قادر به فرودادن مایعات نیست دارو را به صورت پودر درآورده و بصورت محلول به او خوراند.
					۱۱. چنانچه دارو به صورت مایع باشد در صورت لزوم آن را به خوبی تکان داد.
					۱۲. شیشه محلول دارویی را طوری در دست گرفت که برچسب آن در کف دست قرار گیرد.
					۱۳. برای داروهایی که نیاز به ظرف مدرج دارند سطح دارویی را هم سطح با چشم قرار داد.
					۱۴. سرشیشه را با یک گاز مرطوب پاک کرده و درب آن را بست.
					۱۵. در صورتی که دارو به صورت پودر است به وسیله قاشق بیشتر از گنجایش آن ریخته و سطح آن را با چوب زبان صاف کرد.
					۱۶. درب ظرف محتوی پودر دارویی را بست.
					۱۷. برچسب روی شیشه دارو (قرص) را برای بار سوم کنترل و در قفسه دارو قرار داد.
					۱۸. دارو را طوری روی کارت دارویی قرار داد که نام بیمار خوانده شود.
					۱۹. درب قفسه دارو را قفل کرده و کلید را به پرستار مسئول تحویل داد.
					۲۰. سینی یا تراسی دارو را به همراه وسایل مورد نیاز بر بالین بیمار برد.
					۲۱. کارت دارویی را با کارت شناسایی بیمار کنترل کرده و سپس نام بیمار را از وی پرسید.
					۲۲. پس از شناسایی دقیق بیمار، هدف از مصرف دارو و اثرات مورد انتظار آن را برای وی شرح داد.
					۲۳. شرایط بیمار از نظر حساسیت دارویی و پروتکل موجود در کارت را کنترل و اجرا کرد. علائمی مانند نبض، فشارخون، تنفس، و وزن را کنترل کرده و طبق دستور عمل کرد و
					۲۴. در موارد خاص پزشک را مطلع ساخت (داروهای مدر، پایین آورنده فشارخون، ضد انعقاد، دیژیتال و ...).
					۲۵. در صورت امکان وی را در وضعیت نشسته یا به پهلو خوابیده قرار داد.
					۲۶. یک لیوان آب یا نوشیدنی مورد نظر را در اختیار بیمار قرار داد.
					۲۷. داروهای مایع به جز ترکیبات آنتی اسید و شربت‌های سینه را برای جذب بهتر با ۱۵۰ سی سی آب رقیق کرد.

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۲۸. در صورتی که چند دارو برای بیمار تجویز شده است هر کدام را به طور جداگانه به وی داد.					
۲۹. به هشدار بیمار در مورد تفاوت دارویی توجه کرد.					
۳۰. تا خوردن دارو نزد بیمار ماند و برخوردن دارو و سپس نوشیدن آب توسط بیمار نظارت کرد					
۳۱. بیمار را از نظر علائم و عوارض کوتاه مدت کنترل کرد.					
۳۲. ظرف دارویی مصرف شده را در محل مناسب قرار داد.					
۳۳. وسایل را به محل مربوطه برگرداند، توجه لازم را از آنها بعمل آورد.					
۳۴. دستها را شست .					
۳۵. در پرونده بیمار از روی کارت دارویی، نام، مقدار و طریقه تجویز دارو را با ذکر تاریخ و ساعت ثبت کرد.					
۳۶. موارد خاص از قبیل خودداری کردن بیمار از خوردن دارو به هر دلیلی یا شکایت بیمار را گزارش و در پرونده بیمار ثبت کرد.					
۳۷. کارتهای دارویی را در جای خود قرار داد.					
۳۸. پس از پایان دارودادن ارزشیابی لازم را از نظر حساسیت و سایر عوارض داروها انجام داد.					
۳۹. زمان و تاریخ، نام دارو، میزان دارو، شکل استفاده و عوارض موجو را ثبت کرد.					
محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی				
	بخش				
تاریخ ارزیابی					
نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.					

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۳۴. داروهای خوراکی

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. کارت دارویی را با دستور پزشک چک کرد.
					۲. بیمار را از نظر آلرژی کنترل کرد.
					۳. نیاز بیمار به داروی PRN را بررسی کرد.
					۴. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing).
					۵. وسایل مورد نیاز را جمع آوری کرد (سینی یا تریالی دارو - کارت دارو - ظرف دارو - ظرف مدرج - قاشق چای خوری و غذاخوری و آبسلانگ در صورت لزوم، دستمال کاغذی یا گاز مرطوب - داروی دستور داده شده - پارچ آب - لیوان - رسیور).
					۶. کارت دارویی را خواند.
					۷. تاریخ مصرف دارو را چک کرد.
					۸. قرص یا کپسول را به تعداد مورد نیاز در درپوش شیشه‌ای ریخته و سپس به ظرف دارویی منتقل کرد.
					۹. شیشه داروهای مایع را طوری در دست گرفت که برچسب در کف دست قرار گرفت هنگام ریختن دارو را مقابل چشمان نگه داشت و از طرف پایین میزان دارو را بخواند و سپس شیشه را با دستمال خشک کرد.
					۱۰. دارو و کارت مربوط به آن را روی تریالی قرار داد.
					۱۱. بیمار را مشخص کرد.
					۱۲. نحوه کار را برای بیمار توضیح داد.
					۱۳. بیمار را در پوزیشن مناسب قرار داد.
					۱۴. دارو را طبق ۵ قانون به بیمار داد.
					۱۵. به بیمار یک لیوان آب داده و او را از نظر مصرف دارو مشاهده کرد.
					۱۶. تریالی و وسایل را به سر جایش برگرداند.
					۱۷. دستها را شست.
					۱۸. از نظر عوارض ۳۰ دقیقه بعد بیمار را چک کرد.
					۱۹. هر داروی تجویز شده را در برگ مخصوص ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۳۵. داروهای رکتالی

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. کارت دارویی را با دستور پزشک چک کرد.
					۲. اطلاعات در مورد داروها را مرور کرد.
					۳. نیاز بیمار به داروی PRN را بررسی کرد.
					۴. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing).
					۵. وسایل مورد نیاز را جمع آوری کرد سینی یا ترالی دارو - کارت دارو - ظرف دارو - گاز مرطوب - داروی دستور داده شده - رسیور - دستکش یکبار مصرف - ژل نرم کننده یا یک لیوان آب
					۶. شیاف را با توجه به کارت دارویی در اتاق کار، از یخچال (شیافهای رکتال در یخچال نگهداری می شوند) برداشت.
					۷. تاریخ مصرف شیاف را چک کرد .
					۸. مقدار شیاف را صحیح برداشت.
					۹. شیاف و را روی ترالی قرار داد.
					۱۰. کارت را همراه با شیاف قرار داد.
					۱۱. بیمار را مشخص کرد تا کار را برای بیمار صحیح انجام داد.
					۱۲. نحوه کار را برای بیمار توضیح داد.
					۱۳. خلوت بیمار را فراهم آورد.
					۱۴. از بیمار خواست که به پهلوی چپ بخوابد و پای رویی را کاملاً خم کند.
					۱۵. ملافه رویی را کنار میزند به طوریکه باسن بیمار کاملاً نمایان شود
					۱۶. دستکش پوشید .
					۱۷. شیاف را از درون پوشش خارج کرده ، انتهای مخروطی و مدور آن را داخل ماده لغزنده یا آب گرم فرو کرد. (طبق دستور کارخانه سازنده)
					۱۸. انگشت سبابه دست راست خود را به ماده لغزنده آغشته کرد.
					۱۹. برای شل شدن بیشتر اسفنکتر مقعد از بیمار خواست از دهان نفس عمیق بکشد.
					۲۰. بادرست چپ خود اطراف مقعد را باز کرد و با دست دیگر شیاف را به آرامی در مقعد فرو کرد. با انگشت سبابه خود شیاف را در طول دیواره راست روده را به داخل وارد کرد . در بزرگسالان در حدود ۱۰ سانتی متر و در کودکان در حدود ۵ سانتی متر یا کمتر وارد کرده و سپس انگشت خود را خارج کرد.
					۲۱. برای جلوگیری از خارج شدن شیاف، برای چند لحظه دو طرف باسن (اطراف) مقعد را به هم نزدیک کرده و با دست داشت .
					۲۲. دستکش هایش را به صورت پشت و رو خارج کرد و در رسیور قرار داد .
					۲۳. لباس و تخت بیمار را مرتب کرد و بیمار را در پوزیشن راحتی قرار داد.
					۲۴. از بیمار خواست حداقل برای مدت ۵ دقیقه در وضعیت خوابیده به پشت یا پهلوی چپ باقی بماند. در صورت استعمال شیاف ملین زنگ در دسترس بیمار قرار داد تا کمک بگیرد.

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۲۵. تاثیر شیاف و اطلاعات مربوطه را در پرونده بیمار یادداشت کند
					۲۶. ترالی و وسایل را به سر جایش برگرداند.

۳۶. گذاردن شیاف مقعدی

وسایل مورد نیاز: کارت دارویی - شیاف دستور داده شده - رسیور- دستکش یکبار مصرف - ظرف آبگرم در صورت لزوم - مقدار کافی ماده لغزنده کننده محلول در آب، روی دستمال کاغذی - لگن
 راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

نام دانشجو:						ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵		
					۱. کارت دارو را با کاردکس مطابقت داد.	
					۲. شیاف دستور داده شده را از یخچال برداشت.	
					۳. شیاف و دیگر وسایل مورد نیاز را به اتاق برد.	
					۴. بیمار را به روش صحیح شناسایی کرد.	
					۵. بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع کرد و خلوت بیمار را فراهم آورد.	
					۶. دستها را شست.	
					۷. از بیمار خواست که به پهلوی چپ خوابیده پای رویی را کاملاً خم کند.	
					۸. ملافه‌های رویی بیمار را کنار زد بطوری که باسن بیمار نمایان شود.	
					۹. دستکش پوشید.	
					۱۰. شیاف را از درون پوشش آن خارج کرد.	
					۱۱. برای شل شدن و باز شدن هر چه بیشتر اسفنکتر مقعد از بیمار خواست که از راه دهان نفس عمیق بکشد.	
					۱۲. با دست چپ اطراف مقعد را باز کرده و با دست دیگر شیاف را به آرامی در مقعد وارد کرد.	
					۱۳. با انگشت سبابه خود شیاف را در طول دیواره راست روده به داخل وارد کرد، در بزرگسالان در حدود ۱۰ سانتی‌متر و در کودکان در حدود ۵ سانتی‌متر یا کمتر وارد کرد.	
					۱۴. انگشت خود را خارج کرد.	
					۱۵. برای جلوگیری از خروج شیاف برای چند لحظه دو طرف باسن (اطراف مقعد) را بهم نزدیک کرده و با دست نگه داشت.	
					۱۶. دستکش‌های خود را به صورت پشت و رو خارج کرد.	
					۱۷. لباس و تخت بیمار را مرتب کرد.	
					۱۸. از بیمار خواست حداقل به مدت ۵ دقیقه در وضعیت خوابیده به پشت یا پهلوی چپ باقی بماند.	
					۱۹. در صورت استعمال شیاف ملین، زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار داد تا برای رفتن به توالت یا گرفتن لگن کمک بگیرد.	
					۲۰. وسایل را به محل مربوطه برگرداند و توجه لازم را از آنها بعمل آورد.	
					۲۱. دستها را شست.	
					۲۲. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی شامل نوع شیاف، در صورت خارج شدن مدت زمانی که نگه داشته شده، اثرات و نتایج آن، در پرونده بیمار یادداشت کرد.	
					محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی
						بخش
					تاریخ ارزیابی	
					نام و امضای ارزیابی کننده	
					بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

نام و امضای مربی یا مربیان

۳۷. کمک در دادن دارو از طریق لوله تراشه

وسایل مورد نیاز: لوله داخل تراشه - دستکش - گوشی پزشکی - وسایل احیاء - داروی تجویز شده - سرنگ - آب مقطر
یا محلول نرمال سالین

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
آیتم تحت ارزیابی / دانشجو					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	
					۱. دستور پزشک را از نظر نوع دارو چک کرد.
					۲. در موقعیت اورژانسی دستور شفاهی پزشک را دریافت کرد.
					۳. دستهای خود را شست.
					۴. موقعیت لوله تراشه را با استفاده آمبویگ و گوشی پزشکی بررسی کرد.
					۵. میزان دارو را محاسبه کرد.
					۶. دارو را داخل سرنگ کشید
					۷. دارو را با ۱۰ml نرمال سالین رقیق کرد.
					۸. دستکش پوشید.
					۹. بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار داده و سر را کمی بالاتر قرار داد.
					۱۰. به بیمار ۳ تا ۵ بار به کمک آمبویگ تنفس داد.
					۱۱. سوزن را از سرنگ جدا کرد.
					۱۲. سر سرنگ را داخل مدخل لوله تراشه قرار داد.
					۱۳. دارو را به داخل لوله تراشه تزریق کرد
					۱۴. پس از تزریق دارو، با آمبویگ چند تنفس سریع به بیمار داد.
					۱۵. سرنگ را به روش صحیح معدوم کرد.
					۱۶. دستکش‌ها را خارج کرد.
					۱۷. دستها را شست.
					۱۸. زمان و تاریخ تجویز دارو، داروی استفاده شده و پاسخ بیمار را ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده
					بهبتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۳۸. آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول و ویال

وسایل مورد نیاز: کارت دارویی — ویال یا آمپول حاوی داروی استریل — سینی تزریق شامل: سوزن و سرنگ استریل (متناسب با حجم دارو، نحوه تزریق، و وضعیت بیمار) — ظرف محتوی پنبه الککل ۷۰٪ یا ماده ضدعفونی کننده دیگر — اره در صورت لزوم — آب مقطر یا سرم فیزیولوژی استریل در صورتی که دارو بصورت پودر است - ظرف تزریق و رسیور

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. کارت دارو را با کاردکس تطبیق داد.					
۲. کلیه وسایل را آماده کرد.					
۳. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه مخدر برداشت.					
۴. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارویی مقایسه کرد.					
۵. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کرد.					
۶. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کرد بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را:					
الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی					
ب) قبل از کشیدن دارو					
ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کرد.					
۷. دست‌های خود را به روش جراحی شست.					
۸. سرنگ و سرسوزن را به طریق استریل آماده کرد.					
۹. از ثابت بودن سرسوزن به گردن سرنگ مطمئن شد، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار داد.					
۱۰. دارو را به روش زیر در سرنگ کشید:					
الف) در صورت استفاده از ویال حاوی داروی مایع					
- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرارداده به آرامی چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نداد.					
- حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برداشت.					
- لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی کننده (الکل ۷۰٪) تمیز کرد بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه الککل تمیز کرد.					
- پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سرسوزن را برداشت، در این حال دقت کرد که آن را به طور مستقیم خارج کند تا بتوان از آلوده شدن سوزن جلوگیری کرد، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ کشید.					
- با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کرد، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود.					
- در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کرد.					
- ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم گرفت. در حالی که سر سوزن داخل دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ کشید.					
- سوزن را از داخل ویال خارج کرد و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داد.					
امضای ارزیابی کننده					
- سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرارداد					

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					- ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرارداد.
					- تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد.
					ب) در صورت استفاده از ویال حاوی پودر:
					- دستور کارخانه سازنده را به دقت خواند.
					- با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کرد.
					- آب مقطر یا سرم قیلولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کرد.
					- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی چرخاند.
					- حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشید.
					- تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد.
					۱۱. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام خود را به صورت برچسب نوشت.
					۱۲. ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل کرد.
					ج) در صورت استفاده از آمپول دارو را به طریق ذیل در سرنگ کشید:
					- آمپول را برداشته به صورت دورانی چرخاند بطوریکه تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرارگیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل کرد.
					- در صورتیکه در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک کرد. سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش داد.
					- پوشش روی سوزن را به طریق مناسب برداشت.
					- سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ کشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج هست با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را در سرنگ کشید.
					- پوشش روی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود.
					- سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار داد.
					- آمپول مصرف شده را به دور انداخت.
					- ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام داد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

۳۹. آماده کردن دارو از ویال و آمپول

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. داروی مورد استفاده در بخش را بشناسد.
					۲. تعیین محل، اندازه و جثه بیمار، میزان بافت عضلانی در دسترس، مجاورت اعصاب و عروق خونی، وضعیت پوست محل تزریق، ماهیت دارو را تعیین کرد.
					۳. لیست داروئی از روی دستور پزشک و سرپرستار را کنترل کرد.
					۴. اطلاعات مربوط به داروها را مرور کرد.
					۵. بررسی اندازه و وضع ساختمان عمومی بدن بیمار را بررسی کرد.
					۶. بررسی احتیاج داشتن به یک نفر کمکی.
					۷. سرنگ و سرسوزن مناسب برای استفاده آماده کرد.
					۸. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing)
					۹. لوازم مورد نیاز را جمع آوری کرد: سرنگ ونیدل مناسب رسیور، پنبه الکلی، دارو، کارت دارویی، گاز.
					۱۰. نام دارویی که قرار است داده شود را بر طبق دستور مرور کرد.
					۱۱. برچسب دارو را چک کرده و آن را از قفسه دارو برداشت.
					۱۲. دوز مناسب از دارو را کشید (داخل سرنگ) .
					۱۳. ۵ قانون صحیح را رعایت کرد، (داروی صحیح، بیمار صحیح، روش صحیح، زمان صحیح، مقدار صحیح) .
					۱۴. سه بارچک را کنترل کرد.
					۱. هنگامیکه از قفسه دارویی دارو برداشت.
					۲. قبل از کشیدن دارو داخل سرنگ.
					۳. قبل از دور انداختن یا برگرداندن بقیه دارو به داخل قفسه.
					۱۵. روش کشیدن دارو از ویال:
					۱. سر ویال را ضدعفونی کرده و اجازه داد که خشک شود.
					۲. پنبه و الکلی استفاده شده را دور انداخت.
					۳. سرنگ و نیدل را آماده کرد و پوشش نیدل را خارج کرد.
					۴. حجم مناسب از هوا را داخل سرنگ کشید.
					۵. از طریق قسمت پلاستیکی نیدل را وارد ویال کرد.
					۶. هوا را وارد ویال کرد.
					۷. با دست غیر مسلط ویال را وارونه کرده و حجم داروی مناسب را کشید.
					۸. هواگیری را انجام داد و دوباره حجم داروی مناسب را کشید.
					۹. نیدل (سرسوزن) را از ویال خارج کرد.
					۱۰. پوشش نیدل را قرار داد.
					امضای ارزیابی کننده

نام دانشجو:					ترم:				
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱۶. روش کشیدن دارو از آمپول:									
۱. تمام حجم دارو را به قسمت پایین آمپول فرستاد (به روش چرخشی)									
۲. گردن آمپول را با پنبه الکلی تمیز کرد.									
۳. سرنگ و آمپول را آماده کرد.									
۴. سر آمپول را به روش صحیح شکست.									
۵. پوشش نیدل را برداشت.									
۶. آمپول را در دست غیر مسلط گرفته و نیدل را وارد آمپول کرد									
۷. دارو را به داخل سرنگ کشید									
۸. نیدل را از آمپول خارج کرد									
۹. نیدل را به صورت مستقیم گرفت و هواگیری را انجام داد.									
۱۰. مطمئن شد که حجم لازم از دارو را کشیده است.									
۱۱. پوشش نیدل را قرار داد.									
۱۲. مجدداً برحسب آمپول و ویال را چک کرده و حجم دارو را دوباره محاسبه کرد.									
۱۳. سرنگ و نیدل و پنبه الکلی را روی تریالی قرار داد.									
۱۴. کارت دارویی را کنار دارو قرار داد.									
محل ارزیابی					مرکز آموزشی درمانی				
					بخش				
تاریخ ارزیابی									
نام و امضای ارزیابی کننده									
بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.									

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

۴۰. تزریق عضلانی (۱)

وسایل مورد نیاز: کارت دارویی — ویال یا آمپول دارو — سرنگ ۳ تا ۵ میلی لیتری — شماره و طول سوزن بسته به نوع عضله، نوع محلول تزریقی، محل تزریق، میزان بافت چربی که عضله مورد نظر را پوشانیده و سن بیمار متفاوت است (در مواردی که بافت چربی زیادی روی عضله را پوشانیده از سوزن های بلندتر (۵/۷cm) و در بیماران لاغر از سوزن های کوتاهتر استفاده می شود) — پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده - سوزن - دستکش طبق مقررات موسسه

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. کارت دارو را با کاردکس تطبیق داد.
					۲. کلیه وسایل را آماده کرد.
					۳. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه مخدر برداشت.
					۴. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارویی مقایسه کرد.
					۵. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کرد.
					۶. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کرد بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را:
					الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی
					ب) قبل از کشیدن دارو
					ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کرد.
					۷. از صحت داروی دستور داده شده اطمینان حاصل کرد.
					۸. دست های خود را به روش جراحی شست.
					۹. سرنگ و سرسوزن را به طریق استریل آماده کرد.
					۱۰. از ثابت بودن سرسوزن به گردن سرنگ مطمئن شد، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار داد.
					۱۱. دارو را به روش زیر در سرنگ کشید:
					الف) در صورت استفاده از ویال حاوی داروی مایع
					- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرارداده به آرامی چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نداد.
					- حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برداشت.
					- لاستیک درب ویال را با ماده ضد عفونی کننده (الکل ۷۰٪) تمیز کرد بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه الکل تمیز کرد.
					- پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سرسوزن را برداشت، در این حال دقت کرد که آن را به طور مستقیم خارج کند تا بتوان از آلوده شدن سوزن جلوگیری کرد، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ کشید.

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
- با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کرد، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود.					
- در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کرد.					
- ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم گرفت. در حالی که سر سوزن داخل دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ کشید.					
- سوزن را از داخل ویال خارج کرد و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داد.					
- سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرارداد					
- ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرارداد.					
- تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد.					
ب) در صورت استفاده از ویال حاوی پودر:					
- دستورکارخانه سازنده را به دقت خواند.					
- با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کرد.					
- آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کرد.					
- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی چرخاند.					
- حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشید.					
- تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد.					
- چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام خود را به صورت برجسب نوشت.					
- ویال دارای برجسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل کرد.					
ج) در صورت استفاده از آمپول:					
- آمپول را برداشته به صورت دورانی چرخاند بطوریکه تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل کرد.					
- در صورتی که در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک کرد. سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش داد.					

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
- پوشش روی سوزن را به طریق مناسب برداشت.					
- سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ کشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج هست با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را در سرنگ کشید.					
- پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود.					
- سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار داد.					
- آمپول مصرف شده را به دور انداخت.					
- ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام داد.					
۱۸. چنانچه دارو موجب تحریک بافت زیر جلدی می شود قبل از تزریق سوزن را عوض کرد					
۱۹. کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق مقایسه کرده، از بیمار نام او را سؤال کرد.					
۲۰. خلوت بیمار را فراهم آورد، او را از اقدام مورد نظر مطلع کرد.					
۲۱. دست های خود را شست.					
۲۲. بسته به حجم محلول تزریقی و جثه و سن بیمار، محل تزریق را انتخاب کرده و بیمار را در وضعیت مناسب قرارداد.					
۲۳. محلی را برای تزریق انتخاب کرد که عاری از هر گونه ضایعه، حساسیت نسبت به لمس، سفتی، تورم، یا التهاب موضعی بوده و به طور مکرر مورد استفاده قرار نگرفته باشد.					
۲۴. در صورت نیاز به تزریق مکرر، محل تزریق را به طور چرخشی انتخاب کرد.					
۲۵. محل انتخاب شده را برهنه کرد.					
۲۶. در صورت لزوم دستکش پوشید.					
۲۷. محل انتخابی را طبق مقررات موسسه با ماده ضدعفونی کننده، به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج و به وسعت پنج سانتی متر پاک کرد.					
۲۸. پنبه الکلی را برای استفاده بعدی بین انگشت سوم و چهارم دست غیر فعال (معمولاً دست چپ) قرار داد.					
۲۹. درحالی که منتظر خشک شدن ماده ضدعفونی کننده بر پوست است، پوشش روی سوزن را برداشت، برای این منظور به طریقی اقدام کرد که سوزن آلوده نشود.					

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۳۰. سرنگ را طوری در دست گرفت که هوار داخل آن به طرف نوک سرنگ متمایل باشد در این حال تنها ۰/۲ ml هوا در سرنگ باقی گذاشته و بقیه هوای اضافی را خارج کرد (این عمل خصوصاً جهت داروهایی که موجب تحریک پوست و بافت‌های زیر جلدی می‌شوند مفید خواهد بود).
					۳۱. سرنگ را در دست راست بین شست و انگشتان دیگر گرفت.
					۳۲. با استفاده از دست دیگر پوست را کشیده یا جمع کرد. انتخاب این روش بسته به محل تزریق و وضعیت بیمار (قطر بافت زیر جلدی) می‌تواند متفاوت باشد.
					۳۳. قبل از وارد کردن سوزن، بیمار را از نظر ایجاد حس سوزش ناشی از وارد کردن سوزن مطلع ساخت.
					۳۴. بایک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را با زاویه ۹۰ درجه وارد عضله کرد.
					۳۵. با دست چپ خود بدنه سرنگ را گرفته، فشار دست خود را به دسته پیستون منتقل کرد
					۳۶. با دست راست خود پیستون را به آهستگی به طرف خارج کشیده، اگر خون وارد سرنگ شد، آن را خارج کرد، سرنگ و سوزن را دور انداخته و محلول تزریق دیگری را آماده کرد، در غیر اینصورت تمام محلول را به آرامی تزریق کرد
					۳۷. پنبه الک را به آرامی در محل تزریق فشار داده، در صورت ادامه خونریزی محل را با گاز استریل خشک فشار داد تا خونریزی قطع شود.
					۳۸. پس از اتمام تزریق، بدون برگردانیدن سرپوش روی سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار داد.
					۳۹. وسایل را به محل مربوطه برگردانید، توجه لازم را از آنها بعمل آورد، سوزن استفاده شده را در جعبه ایمنی (سیفتی باکس) انداخت.
					۴۰. در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کرد و دستها را شست.
					۴۱. اطلاعات خود را در مورد نوع داروی تزریقی، مقدار، روش تجویز و هر گونه بررسی انجام شده، با ذکر تاریخ، ساعت و نام پرستار در پرونده بیمار یادداشت کرد.
					۴۲. تاثیر داروی تزریقی را در زمان مورد انتظار ارزشیابی کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی

۴۱. تزریق عضلانی (IM) (۲)

نام دانشجو:					ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	۱	۲	۳	۴	مورد ۵
۱. دستور پزشک را چک کرد.					
۲. کارت را با کاردکس مطابقت داد.					
۳. دستها را به روش آسپتیک شستشو داد.					
۴. لوازم مورد نیاز را آماده کرد.					
۵. کارت دارویی را کنار دارو قرار داد.					
۶. بیمار را مشخص کرد.					
۷. برای بیمار توضیح داده و وضعیت مناسب به بیمار داد.					
۸. برای بیمار محیط خصوصی آماده کرد.					
۹. محل مناسب برای تزریق را آماده کرد.					
۱۰. با استفاده از حرکت چرخشی موضع را با پنبه الککل ضدعفونی کرد.					
۱۱. اجازه داد الککل روی پوست خشک شود.					
۱۲. پنبه الککل را بین انگشتان دست غیر مسلط گرفت.					
۱۳. پوشش نیدل را خارج کرد.					
۱۴. با توجه به جثه بیمار عضله محل تزریق را جمع یا باز کرد.					
۱۵. آمپول را با زاویه ۹۰ و سریع وارد بافت کرد.					
۱۶. با دست غیر مسلط انتهای پایینی سرنگ را گرفته و با دست مسلط، پیستون سرنگ را گرفته و سپس عمل آسپیره کردن را انجام داد.					
۱۷. در صورتیکه خون ظاهر شد نیدل و سرنگ را خارج کرد.					
۱۸. در غیر این صورت به آهستگی دارو را تزریق کرد (۱۰ ثانیه برای هر میلی-لیتر دارو).					
۱۹. بافت را محکم گرفته و نیدل را به آرامی و مستقیم خارج کرد.					
۲۰. بیمار را در پوزیشن راحت قرارداد.					
۲۱. سر نیدل را درون ظرف مخصوص سشیف انداخت و یا recap یک دستی انجام داد.					
۲۲. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد.					
۲۳. ارزیابی:					
۱. ۵. قانون صحیح (داروی صحیح، بیمار، روش، زمان، مقدار صحیح) را ارزیابی کرد.					
۲. پس از ۳۰ دقیقه دارو را از نظر عوارض جانبی و اثرات دارویی ارزیابی کرد.					
۲۴. نام دارو - دوز دارو - محل تزریق - زمان تزریق ثبت کرد - امضاء					

۴۲. تزریق عضلانی به روش Z

وسایل مورد نیاز: کارت دارویی – ویال یا آمپول دارو – سرنگ ۵ – ۳ میلی لیتری – شماره و طول سرسوزن بسته به نوع عضله – محلول تزریقی – پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده – دستکش.

مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. کارت دارو را با کاردکس تطبیق داد.
					۲. کلیه وسایل را آماده کرد.
					۳. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه مخدر برداشت.
					۴. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارویی مقایسه کرد.
					۵. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کرد.
					۶. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کرد بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را:
					الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی
					ب) قبل از کشیدن دارو
					ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کرد.
					۷. دستهای خود را به روش جراحی شست.
					۸. سرنگ و سرسوزن را به طریق استریل آماده کرد.
					۹. از ثابت بودن سرسوزن به گردن سرنگ مطمئن شد، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار داد.
					۱۰. دارو را به روش زیر در سرنگ کشید:
					الف) در صورت استفاده از ویال حاوی داروی مایع
					- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرارداده به آرامی چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نداد.
					- حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برداشت.
					- لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی کننده (الکل ۷۰٪) تمیز کرد بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه الکل تمیز کرد.
					- پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سرسوزن را برداشت، در این حال دقت کرد که آن را به طور مستقیم خارج کرد تا بتوان از آلوده شدن سوزن جلوگیری کرد، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ کشید.
					- با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کرد، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود.
					- در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کرد.
					- ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم گرفت. در حالی که سر سوزن داخل دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ کشید.
					- سوزن را از داخل ویال خارج کرد و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داد.
					- سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرارداد
					- ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرارداد.
					- تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد.
					ب) در صورت استفاده از ویال حاوی پودر:
					- دستور کارخانه سازنده را به دقت خواند.
					- با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کرد.
					- آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کرد.
					- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی چرخاند.

آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	
					- حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشید.
					۱۱. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی‌لیتر و نام خود را به صورت برجسب نوشت.
					الف) ویال دارای برجسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل کرد در صورت استفاده از آمپول دارو را به طریق ذیل در سرنگ کشید:
					- آمپول را برداشته به صورت دورانی چرخاند بطوریکه تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن و پایین پوکه منتقل کرد.
					- در صورتیکه در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک کرد. سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش داد.
					- پوشش روی سوزن را به طریق مناسب برداشت.
					- سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ کشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج هست با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را در سرنگ کشید.
					- پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود.
					- سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار داد.
					- آمپول مصرف شده را به دور انداخت.
					- ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام داد.
					۱۲. بیمار را در وضعیت به پهلو یا خوابیده به شکم قرار داد و محل مورد نظر را با پنبه حاوی محلول ضد عفونی کننده تمیز کرد.
					۱۳. در صورت لزوم دستکش پوشید.
					۱۴. با دست غیر غالب خود پوست محل تزریق را در حدود ۳/۵ - ۲/۵ cm به یک طرف کشید
					۱۵. سوزن را طبق دستور با زاویه ۹۰ درجه وارد کرد، طبق روش آموخته شده دارو را تزریق کرد.
					۱۶. پس از تزریق به مدت ۱۰ ثانیه سوزن را خارج کرد، سپس اجازه داد پوست به حالت اولیه خود برگردد (این عمل راه خروج دارو از عضله به بافت زیر جلدی و پوست را مسدود می‌کند).
					۱۷. از انجام ماساژ محل تزریق در این روش اجتناب کرد.
					۱۸. دستها را شست.
					۱۹. اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت کرد.
					محل ارزیابی
				مرکز آموزشی درمانی	
				بخش	

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۴۳. تزریق داخل جلدی (ID)

وسایل مورد نیاز: کارت دارویی - ویال یا آمپول حاوی داروی استریل - سرنگ ۱ میلی لیتری که به صورت قسمتی مدرج شده است - سوزن به طول ۱-۰/۶ سانتی متر به شماره های ۲۵، ۲۶ یا ۲۷ — پنبه آغشته به الکل یا محلول ضد عفونی کننده بی رنگ — دستکش طبق مقررات موسسه - اپی نفرین - داروی گشاد کننده برنش و آنتی هیستامین

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. کارت دارویی را با کاردکس مطابقت داد.					
۲. کلیه وسایل را آماده کرد.					
۳. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه داروهای مخدر برداشت.					
۴. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارو مقایسه کرد.					
۵. برای بیمار توضیح داد که تزریق دارو برجستگی کوچکی شبیه یک تاول ایجاد می کند.					
۶. بسته به محل تزریق (قسمت داخلی و تحتانی ساعد، قسمت بالای سینه یا زیر کتف در قسمت پشت)، بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد.					
۷. محل دقیق تزریق را در سطح داخلی ساعد چهار انگشت پایین تر از فضای کوبیتال در نظر گرفت					
۸. به محل انتخابی که باید عاری از حساسیت در لمس، التهاب، تورم و ضایعه باشد توجه کرد.					
۹. در صورت لزوم دستکش پوشید.					
۱۰. محل تزریق را با پنبه آغشته به الکل یا محلول ضد عفونی کننده بیرنگ از مرکز به طرف بیرون به صورت دایره ای تمیز کرد و اجازه داد پوست بیمار خشک شود.					
۱۱. پنبه الکل را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر غالب خود برای استفاده بعدی قرار داد.					
۱۲. درحالی که منتظر خشک شدن پوست از ماده ضد عفونی کننده است پوشش روی سرسوزن را برداشته و برای این منظور به طریقی اقدام کرد که سوزن آلوده نشود.					
۱۳. هوای داخل سرنگ را خارج کرد.					
۱۴. سرنگ را با دست غالب بین شست و انگشتان در حالیکه کف دست به طرف بالا باشد.					
۱۵. با دست غیر غالب خود پوست اطراف محل تزریق را کشید تا سطح محکمی برای ورود سوزن بوجود آید.					
۱۶. سوزن را با زاویه ۱۵-۱۰ درجه با پوست در حالیکه سطح مورب پوست به طرف بالا قرار دارد از لایه فوقانی پوست عبور داده و وارد جلد کرد از آسپیره کردن سرنگ خود داری کرد.					
۱۷. دارو را به دقت و به آرامی تزریق کرد به طوری که برجستگی کوچکی روی پوست ظاهر شد.					
۱۸. درحالی که خلاف جهت ورود سوزن، روی پوست کشش ایجاد شد به سرعت سوزن را خارج کرد، در صورت لزوم محل تزریق را به آرامی با محلول ضد عفونی کننده پاک کرد.					
۱۹. در مواردی که این نوع تزریق جهت تست های حساسیتی و نظایر آن انجام می شود محل تزریق را به شعاع ۱cm به صورت یک دایره مشخص نموده و تاریخ و ساعت انجام تست را دقیقاً در کنار محل تزریق یادداشت کرد.					
۲۰. پس از اتمام تزریق بدون گذاشتن سرپوش سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار داد.					
۲۱. وسایل را به محل برگردانیده و توجه لازم بعمل آورد سوزن استفاده شده را در سفتی باکس انداخت.					
۲۲. در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کرد و دستها را شست.					
۲۳. اطلاعات خود را در رابطه با نکات بررسی، داروی تست شده، غلظت، روش ساعت و تاریخ ثبت کرد.					

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۲۴. واکنش بیمار به ماده تست شده را ارزیابی کرد.					
۲۵. وضعیت محل تزریق را طی مدت لازم (مثلاً ۲۰ دقیقه یا ۴۸-۲۴ ساعت) بسته به نوع تست ارزیابی کرد در این مورد قرمزی و سفتی محل تزریق را در بزرگ‌ترین وسعت آن برحسب میلی‌متر اندازه‌گیری کرد.					
محل و فرد ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی				

۴۴. تزریق زیر جلدی (۱) (SC)

وسایل مورد نیاز: کارت دارویی – ویال یا آمپول دارو – سرنگ ۲ میلی لیتری یا انسولین برحسب نیاز – سوزن شماره ۲۵ تا ۲۷ بطول ۱/۵ – ۱ سانتی متر – پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده (الکل ۷۰٪) / گاز استریل ۵×۵ سانتی متر – دستکش

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. کارت دارو را با کاردکس تطبیق داد.
					۲. کلیه وسایل را آماده کرد.
					۳. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه مخدر برداشت.
					۴. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارویی مقایسه کرد.
					۵. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کرد.
					۶. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کرد بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را:
					الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی
					ب) قبل از کشیدن دارو
					ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کرد.
					۷. دستهای خود را به روش جراحی شست.
					۸. سرنگ و سرسوزن را به طریق استریل آماده کرد.
					۹. از ثابت بودن سرسوزن به گردن سرنگ مطمئن شد، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار داد.
					۱۰. دارو را به روش زیر در سرنگ کشید:
					الف) در صورت استفاده از ویال حاوی مایع
					- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرارداده به آرامی چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نداد.
					- حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برداشت.
					- لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی کننده (الکل ۷۰٪) تمیز کرد بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه الکل تمیز کرد.
					- پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سرسوزن را برداشت، در این حال دقت کرد که آن را به طور مستقیم خارج کند تا از آلوده شدن سوزن جلوگیری کند، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ کشید.
					- با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کرد، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود.
					- در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کرد.
					- ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم گرفت. در حالی که سر سوزن داخل دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ کشید.
					- سوزن را از داخل ویال خارج کرد و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داد.
					- سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرارداد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
- ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرارداد.					
- تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد.					
ب) در صورت استفاده از ویال حاوی پودر:					
- دستورکارخانه سازنده را به دقت خواند.					
- با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کرد.					
- آب مقطر یا سرم قیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کرد.					
- در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی چرخاند.					
- حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشید.					
۱۱. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی‌لیتر و نام خود را به صورت برجسته نوشت.					
۱۲. ویال دارای برجسته را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل کرد.					
ج) در صورت استفاده از آمپول دارو را به طریق ذیل در سرنگ کشید:					
- آمپول را برداشته به صورت دورانی چرخاند بطوریکه تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوک قرار گیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن پایین پوک منتقل کرد.					
- در صورتیکه در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود نداشت با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک کرد. سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش داد. ۳					
- پوشش روی سوزن را به طریق مناسب برداشت.					
- سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ کشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج هست با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را در سرنگ کشید.					
- پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود.					
- سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار داد.					
- آمپول مصرف شده را به دور انداخت.					
- ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام داد.					
۱۳. کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق مقایسه کرده، از بیمار نام او را سؤال کرد.					
۱۴. بسته به محل تزریق، بیمار را در وضعیتی قرار داد که عضلات بازو، ران یا شکم شل باشد					
۱۵. محلی را برای تزریق انتخاب کرد که قبلاً زیاد مورد استفاده قرار نگرفته است، همچنین عاری از حساسیت نسبت به لمس، سفتی، تورم، جوشگاه، خارش، سوختگی یا التهاب موضعی باشد.					
۱۶. محل انتخاب شده را برهنه کرد.					
۱۷. در صورت لزوم دستکش پوشید.					

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱۸. محل انتخابی را طبق مقررات موسسه با ماده ضد عفونی کننده، به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج و به وسعت پنج سانتی متر پاک کرد.
					۱۹. پنبه الکلی را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر فعال (معمولاً دست چپ) برای استفاده بعدی قرار داد.
					۲۰. اجازه داد پوست بیمار خشک شود.
					۲۱. درحالی که منتظر خشک شدن ماده ضد عفونی کننده بر پوست است، پوشش روی سر سوزن را برداشت، برای این منظور به طریقی اقدام کرد که سوزن آلوده نشود.
					۲۲. هوای موجود در سرنگ را کاملاً خالی کرد تا قطره‌ای از دارو روی سطح مورب نوک سوزن دیده شود. چنانچه حباب‌های هوا به دیواره سرنگ چسبیده است با وارد کردن ضرباتی آنها را خارج کرد.
					۲۳. سرنگ را به طریق صحیح در دست غالب (معمولاً دست راست) بین شست و انگشتان دیگر گرفت
					۲۴. با استفاده از دست دیگر پوست اطراف محل تزریق را کشیده یا فشار داد.
					۲۵. بایک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را با زاویه ۹۰-۴۵ درجه وارد پوست کرد.
					۲۶. با دست چپ خود بدنه سرنگ را گرفته، فشار دست خود را به دسته پیستون منتقل کرد.
					۲۷. با دست راست خود پیستون را به آهستگی به طرف خارج کشیده، اگر خون وارد سرنگ شد، آن را خارج کرد، سرنگ و سوزن را دور انداخته و محلول تزریق دیگری را آماده کرد، در غیر اینصورت تمام محلول را به آرامی تزریق کرد.
					۲۸. پنبه الکلی را بین انگشتان ۳ و ۴ دست چپ خود گرفته، در اطراف محل تزریق قرار داده، سوزن را به سرعت، در امتداد مسیر تزریق، از داخل پوست خارج و پنبه الکلی را در محل خروج سوزن قرار داد.
					۲۹. پنبه الکلی را به آرامی در محل تزریق فشار داده، در صورت ادامه خونریزی محل را با گاز استریل خشک فشار داد تا خونریزی قطع شود (در تزریق زیر جلدی به ندرت خونریزی وجود دارد).
					۳۰. پس از اتمام تزریق، بدون برگردانیدن سرپوش روی سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار داد.
					۳۱. وسایل را به محل مربوطه برگردانید، توجه لازم را از آنها بعمل آورد، سوزن استفاده شده را در ظرف سیفتی باکس انداخت.
					۳۲. در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کرد و دستها را شست.
					۳۳. اطلاعات خود را در مورد نوع داروی تزریقی، مقدار، روش تجویز و هر گونه بررسی انجام شده، با ذکر تاریخ، ساعت و نام پرستار در پرونده بیمار یادداشت کرد.
					۳۴. تاثیر داروی تزریقی را در زمان مورد انتظار ارزشیابی کرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۴۵. تزریق زیرجلدی (۲)

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. دستور پزشک را چک کرد.
					۲. کارت را با کارتکس مطابقت داد.
					۳. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing).
					۴. داروی آماده شده را در رسیور قرار داد.
					۵. کارت دارویی را کنار دارو قرار داد.
					۶. بیمار را مشخص نمود.
					۷. برای بیمار توضیح داده و وضعیت مناسب برای او ایجاد کرد.
					۸. محیط خلوت برای او ایجاد کرد.
					۹. محل مناسب برای تزریق را آماده و موضع را ضد عفونی و منتظر ماند که خشک شود
					۱۰. پنبه الک را در دست غیر مسلط قرار داد.
					۱۱. پوشش سرسوزن را خارج کرد.
					۱۲. قسمت‌های زیر جلدی را مشخص کرده در دست گرفت.
					۱۳. تزریق را با زاویه ۹۰-۴۵ انجام داد.
					۱۴. بافت زیر جلدی را آزاد کرد.
					۱۵. در موارد مقتضی آسپیره کرد.
					۱۶. دارو را به آهستگی تزریق کرد.
					۱۷. سرسوزن را سریع از زیر جلد خارج و محل تزریق را مورد بررسی قرار داد.
					۱۸. بیمار را در یک پوزیشن مناسب قرار داد.
					۱۹. سرنیدل را به درون ظرف مخصوص انداخت.
					۲۰. دستها را شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing).
					۲۱. در موقع تزریق انسولین به بیمار آموزشهای لازم را کرد.
					۲۲. ارزیابی:
					۱. ۵. قانون صحیح (داروی صحیح، بیمار صحیح، روش صحیح، زمان صحیح، مقدار صحیح) را ارزیابی کرد.
					۲. پس از ۳۰ دقیقه دارو را از نظر عوارض جانبی و اثرات دارویی ارزیابی کرد.
					۲۳. موارد زیر را در محل مناسب در پرونده بیمار ثبت کرد: نام دارو - دوز دارو - محل تزریق - زمان تزریق - امضاء پرستار.
					۲. پوشش سرسوزن را برداشت.
					۳. آمپول را در دست غیر مسلط گرفته و سرسوزن را وارد کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

-

۴۶. تزریق زیر جلدی هپارین ۳

وسایل مورد نیاز: سرنگ ۱cc - سرسوزن ۱cm - ویال یا آمپول هپارین - پنبه آغشته به ماده ضدعفونی کننده - دستکش یکبار مصرف (در صورت لزوم)

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. محلی را روی شکم، به دور از ناف واقع در قسمت فوقانی خارخاصره انتخاب کرد.
					۲. سوزنی را به طول ۱cm، با شماره ۲۵ یا ۲۶ انتخاب کرد.
					۳. هپارین را در سرنگ کشید، طبق روش آموخته شده با رعایت تکنیک استریل تزریق را انجام داد.
					۴. پس از تزریق محل را ماساژ نداد.
					۵. محل تزریقات بعدی را بصورت چرخشی انتخاب کرد.
					۶. زمان، تاریخ، محل تزریق و واکنش بیمار را ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۴۷. تزریق وریدی (IV)

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. داروی مورد استفاده در بخش را بشناسد
					۲. لیست داروئی را از روی دستور پزشک و سرپرستار کنترل کرد.
					۳. اطلاعات مربوط به داروها را مرور کرد.
					۴. بررسی احتیاج داشتن به یک نفر کمکی.
					۵. سرنگ و سرسوزن مناسب برای استفاده آماده کرد.
					۶. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing)
					۷. لوازم مورد نیاز را جمع آوری کرد: سرنگ و نیل مناسب ، رسیور، پنبه الکلی، دارو، کارت دارویی.
					۸. نام دارویی که قرار است داده شود را بر طبق دستور مرور کرد.
					۹. برچسب دارو را چک کرده و آن را از قفسه دارو برداشت.
					۱۰. دوز مناسب از دارو را کشید (داخل سرنگ) .
					۱۱. ۵ قانون صحیح را رعایت کرد، (داروی صحیح، بیمار صحیح، روش صحیح، زمان صحیح، مقدار صحیح) .
					۱۲. سه بارچک را کنترل کرد.
					۱. هنگامیکه از قفسه دارویی دارو برداشت.
					۲. قبل از کشیدن دارو داخل سرنگ.
					۳. قبل از دور انداختن یا برگرداندن بقیه دارو به داخل قفسه.
					۱۳. برای بیمار محیط خصوصی آماده کرد.
					۱۴. پوزیشن خود را به طور صحیح قرار داد.
					۱۵. در صورت نیاز از دستکش برای محافظت خود استفاده کرد.
					۱۶. محل IV را مشخص و تورنیکت را چند اینچ بالاتر از محل شروع بست و مانور آمادگی رگ و برجستگی آن را دانست و محل مناسب را برای تزریق آماده کرد.
					۱۷. با استفاده از حرکت چرخشی موضع را با پنبه الکلی ضدعفونی کرد.
					۱۸. اجازه داد الکلی روی پوست خشک شود.
					۱۹. پنبه الکلی را بین انگشتان دست غیر مسلط گرفت.
					۲۰. پوشش نیل Needle را خارج کرد.
					۲۱. تورنیکت را مجدداً بست. سر سوزن را با زاویه مناسب وارد رگ کرده با یک دست سرسوزن را ثابت و با دست دیگر تورنیکت را باز کرد.
					۲۲. به آرامی کمی آسپیره کرده و محلول را پس از اطمینان در داخل رگ به آرامی تزریق کرد.
					۲۳. بعد از اتمام محلول سر سوزن را خارج کرده و محل را با پنبه یا گاز استریل به مدت چند دقیقه فشار داد.
					۲۴. بیمار را در پوزیشن راحت قرار داد.
					۲۵. نیل Needle را درون ظرف safety box انداخت و یا recap یک دستی انجام داد.
					۲۶. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing)
					۲۷. موارد زیر را در محل مناسب در پرونده بیمار ثبت کرد: نام دارو - دوز دارو - محل تزریق - زمان تزریق - امضاء پرستار.

۴۸. شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه‌ای (اسکالپ وین) یا آنژوکت

وسایل مورد نیاز: تسمه‌های محدود کننده جهت بیماران با کاهش هوشیاری — اطفال و بیماران مبتلا به اختلالات روانی — ست تزریق وریدی — محلول استریل وریدی دستور داده شده — پایه سرم — نوار چسب معمولی یا ضد حساسیت و قیچی — دستکش یکبار مصرف وم تورنیکت — پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده — سوزن پروانه‌ای به طول ۲/۵ cm با شماره ۲۳-۲۱ برای اکثر تزریقات و شماره ۱۹ برای خون کامل یا آنژیوکت در اندازه مناسب (شماره ۲۲ برای تزریق محلول‌های شفاف و شماره ۲۰ برای محلول‌های حاوی دارو یا محلول چرب) — پمپ کنترل جریان محلول وریدی در صورت لزوم — گاز استریل یا پانسمان شفاف — آتل در صورت لزوم — حوله و رسیور

نام دانشجو:					ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. با توضیح برنامه مورد نظر بیمار برای شروع یک تزریق آماد کرد، ورود سوزن به پوست برای چند ثانیه باعث ناراحتی بیمار شده، لیکن در خلال جریان داشتن مایعات وریدی ناراحتی وجود نخواهد داشت در صورتی که طبق دستور پزشک، طول زمان تزریق وریدی مشخص شده، بیمار را در جریان امر قرار داد.					
۲. در صورت فوری نبودن درمان وریدی، برنامه‌های مراقبتی روزانه را قبل از آغاز تزریق وریدی جهت به حداقل رسیدن حرکت عضو انجام داد.					
۳. مطمئن شد بیمار لباسی به تن دارد (با آستین گشاد) که تزریق وریدی مانع از تعویض آن نمی‌شود.					
۴. دست‌ها را شست.					
۵. وسایل را آماده کرده، به اتاق بیمار برد و طبق روش آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی آن را مهیا کرد.					
۶. قطعات چسب را برای ثابت کردن سوزنی که داخل ورید خواهد شد، آماده کرد.					
۷. محل مناسب را برای تزریق انتخاب کرد.					
۸. در صورت امکان تزریق وریدی را در دست غیر غالب بیمار با استفاده از عروقی که مستقیم و بدون پیچ‌خوردگی هستند انجام داد.					
۹. هر وریدی را که انتخاب کرده است، از قسمتی از آن که دور از مرکز بدن قرار دارد استفاده کرد تا در صورت ایجاد اسکروز، نواحی از ورید که نزدیک مرکز بدن هستند قابل استفاده باقی بمانند					
۱۰. در صورت لزوم موهای قسمتی را که چسب روی آن قرار خواهد گرفت تراشید.					
۱۱. حوله را زیر محل تزریق پهن کرد.					
۱۲. برای متسع کردن ورید به روش زیر اقدام کرد:					
الف) دستی را که قرار است در آن تزریق وریدی انجام شود، پایین‌تر از سطح قلب قرار داد.					
ب) تورنیکت را ۲۰-۱۵ cm بالاتر از محل ورود سوزن محکم بست، تورنیکت باید به قدری قوی باشد که جریان خون وریدی را متوقف سازد ولی جریان خون شریانی دچار وقفه نشود.					
امضای ارزیابی کننده					
ج) چنانچه رگ به قدر کافی متسع نشده است به طریق زیر عمل کرد:					
- قسمتی از رگ را که در ناحیه پایین محل تزریق قرار دارد، در جهت جریان وریدی به طرف قلب ماساژ داد.					

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
- از بیمار خواست سریع مشتش خود را باز و بسته کند.					
- با انگشتان خود به آرامی بر ورید ضربه زد.					
۱۳. چنانچه با اجرای مرحله ۱۲ باز هم ورید متسع نشد تورنیکت را باز کرده و به مدت ۱۵ - ۱۰ دقیقه از گرمای موضعی در محل استفاده کرد تا عروق محیطی متسع شده و پر خون شوند، سپس مرحله ۱۲ را تکرار کرد.					
۱۴. دستکش‌ها را پوشید.					
۱۵. پوست محل تزریق را ابتدا با پنبه الکلی به طریق دورانی از مرکز تزریق به سمت خارج آن تمیز کرد. برای مدت ۱ دقیقه فرصت داد تا محلول ضد عفونی کاملاً خشک شده و اثر ضد میکروبی خود را اعمال کند.					
۱۶. با آن دست خود که سوزن را با آن نگرفته است، عضو را محکم نگه داشته و با انگشت شست، پوست روی ورید را در زیر ناحیه تزریق به طرف پایین کشید تا ورید بطور ثابت در جای خود قرار گرفته و ورود سوزن تسهیل گردد و بیمار درد کمتری احساس کند.					
۱۷. در صورت استفاده از سوزن پروانه‌ای به روش زیر استفاده کرد:					
الف) در حالی که قسمت اریب سوزن رو به بالا قرار دارد آن را با زاویه ۳۰ درجه با پوست در دست گرفته، پوست مجاور ورید را تقریباً ۱ cm در زیر محل در نظر گرفته شده است برای وارد شدن به ورید سوراخ کرد.					
ب) به محض وارد شدن سوزن به داخل پوست آن را پایین آورد به نحوی که به موازات پوست قرار بگیرد، سپس سوزن را از کنار ورید وارد کرد.					
ج) هنگامی که خون به داخل لوله متصل به سوزن جریان یافت سوزن را به اندازه ۲/۵ تا ۲ cm یا تا انتها وارد ورید کرد.					
د) تورنیکت را باز کرد. ست سرم را به انتهای سوند وارد کرده و جریان سرم را با سرعت زیاد به منظور جلوگیری از لخته شدن خون در سوزن برقرار ساخت.					
۱۸. در صورت استفاده از آنژیوکت به روش زیر عمل کرد:					
الف) در حالی که قسمت اریب آنژیوکت رو به بالا قرار دارد آن را با زاویه ۱۵ - ۳۰ cm در دست قرار گرفته در یک مرحله وارد پوست و ورید کرد					
ب) به محض آشکار شدن خون در آنژیوکت یا احساس کاهش مقاومت، آنژیوکت را پایین آورد تا به موازات پوست قرار گیرد، سپس آن را به اندازه ۱ - ۵/۵ cm به طرف جلو راند.					
ج) تورنیکت را باز کرد.					
د) پوشش محافظ انتهای ست سرم را از روی آن برداشته و برای وصل کردن به آنژیوکت آماده کرد، مراقب استرل بودن انتهای ست بود.					
ه) برجستگی انتهای آنژیوکت را با شست و انگشت سبابه نگه داشته و سوزن را با دست بیرون کشید.					
و) لوله آنژیوکت را تا برجستگی انتهای آن وارد ورید کرد. در صورت مواجه با مقاومت تا انتها وارد نکرد.					
۱۹. دستکش‌ها را خارج کرد.					
۲۰. سوزن پروانه‌ای یا آنژیوکت به روش زیر در محل ثابت کرد.					
الف) سوزن پروانه‌ای را با استفاده از روش ضربدری در محل ثابت کرد. در صورت لزوم برای حفظ سوزن در ورید قطعه گاز ۵×۵ cm در زیر سوزن قرار داد					

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					ب) لوله آنژیوکت را به روش U به روش زیر ثابت کرد:
					- قطعه اول چسب را در حالیکه سطح چسبنده آن به طرف بالا قرار دارد زیر برجستگی انتهایی لوله آنژیوکت قرار داد دو طرف چسبناک آن را به سمت پایین پوست در امتداد ورود سوزن ثابت کرد.
					- دومین قطعه چسب را در حالیکه سطح چسبنده آن به طرف پایین قرار دارد در عرض برجستگی انتهایی لوله آنژیوکت ثابت کرد.
					- سومین قطعه چسب را در حالیکه سطح چسبنده آن به طرف پایین قرار گرفته در عرض برجستگی انتهایی ست تزریق ثابت کرد.
					۲۱. طبق مقررات موسسه مقدار کمی پماد آنتی سبتیک را در محل سوراخ شدن پوست یا سوند قرار داده سپس آن را گاز یا پانسمان شفاف پوشاند.
					۲۲. آن قسمت از ست سرم را که به سوزن وصل است با چسب به صورت حلقه‌ای روی پانسمان متصل کرد تا سوزن در اثر حرکت بیمار به خارج کشیده نشود.
					۲۳. روی قطعه چسب موارد زیر را نوشت و روی پانسمان چسباند: تاریخ و ساعت وارد کردن سوزن یا سوند آنژیوکت، نوع و اندازه سوزن یا سوند، حرف اول نام و نام خانوادگی پرستار
					۲۴. در صورت لزوم از یک آتل که به دور آن پد و باند پیچیده شده است، برای ثابت کردن آرنج یا مچ دست استفاده کرد.
					۲۵. تعداد قطرات سرم را طبق دستور پزشک محاسبه و تنظیم کرد.
					۲۶. وسایل را به محل مربوطه برگردانید، توجه لازم را از آنها بعمل آورد.
					۲۷. دست‌ها را شست.
					۲۸. موارد لازم را به سرپرستار گزارش داد.
					محل ارزیابی
				مرکز آموزشی درمانی	
				بخش	
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

وسایل مورد نیاز: ست تزریق وریدی مناسب - محلول استریل وریدی دستور داده شده - پایه سرم - دارو و برحسب زمان بندی در صورت لزوم - برچسب برای ست سرم - پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. دستور پزشک را در مورد مایع درمانی وریدی کنترل کرده، از صحیح بودن نوع محلول جهت بیمار مطمئن شد.
					۲. وسایل را آماده کرده به اتاق بیمار برد.
					۳. دست‌های خود را شست.
					۴. ست تزریق را از داخل پوشش آن خارج کرده، پیچ خوردگی لوله‌ها را صاف کرد.
					۵. کلمپ روی ست را در طول لوله لغزاند، به نحوی که درست زیر محفظه قطره‌ریز قرار گرفته و قابل دسترسی باشد، سپس آن را بست.
					۶. به منظور تأمین استریل بودن دو انتهای ست تزریق، تا شروع تزریق وریدی، پوشش‌های دو انتهای ست را خارج نکرد.
					۷. برای متصل کردن ست سرم به ظرف حاوی محلول به طریق زیر عمل کرد: در صورت استفاده از محلول‌هایی که در بطری‌های شیشه‌ای با درب لاستیکی قرار دارند دیسک فلزی درب بطری را برداشته و قسمت لاستیکی را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده پاک کرد، سپس درپوش سر لوله ست را برداشته و نوک آن را با فشار وارد سوراخ درب لاستیکی کرد. روش استریل را رعایت کرد. در مورد کیسه‌های پلاستیکی، پوشش محافظتی محل ورود ست را برداشته و سر ست را وارد سرم کرد.
					۸. ظرف حاوی محلول را به پایه سرم آویزان کرد (ارتفاع ظرف حاوی محلول تا سطح تخت بیمار معمولاً یک متر می باشد).
					۹. چنانچه از محفظه قطره‌ریز قابل ارتجاع استفاده کرده است. آن را به آرامی فشارداد تا نیمی از آن پر از محلول شود. محفظه‌های غیر قابل ارتجاع معمولاً به طور خود به خود پر از محلول می شوند، این کار از ورود هوا به داخل ست سرم جلوگیری می کند.
					۱۰. برای پر کردن لوله‌ها از محلول، درپوش انتهای لوله را برداشته و سر آن را داخل رسیور گرفت (مراقب استریل بودن سر ست و پوشش آن بود)، کلمپ را باز کرده و اجازه داد محلول وارد لوله شده و از آن خارج شود، تا هنگامی که تمام حباب‌های هوا از بین برود، با انگشت خود روی لوله ضربه وارد کرد تا حباب‌ها زودتر خارج شوند.
					۱۱. کلمپ را دوباره بست.
					۱۲. در پوش سر لوله را با رعایت نکات استریل مجدداً روی آن قرار داد.
					۱۳. در صورت استفاده از پمپ کنترل الکترونیکی از راهنمای کارخانه سازنده جهت وارد کردن ست تزریق و برقراری جریان محلول وریدی استفاده کرد.
					۱۴. لوله را به پایه سرم وصل کرد.
					۱۵. در صورت اضافه کردن دارو به ظرف حاوی محلول، برچسبی را که شامل اطلاعات لازم می باشد (نام بیمار، شماره اتاق و تخت، تعداد قطرات، تاریخ و زمان شروع،

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					تاریخ و زمان قطع، نام دارو، مقدار دارو، نام پرستار) در سمت پایین ظرف حاوی محلول چسباند تا به سادگی قابل خواندن باشد.
					۱۶. تاریخ و زمان انفوزیون، محل ورود IV، نوع و اندازه کاتتر IV را ثبت کرد.
					- به تحمل بیمار نسبت به این جریان توجه کرد.
					- فعالیت‌های یادگیری بیمار و والدین را مشخص کرد.
					- با توجه به سیاست بیمارستان، شرایط محل IV را ثبت کرد.
					- در صورتی که در محل IV نشست رخ دهد، شرایط محل IV را در هر تغییر شیفت تا هنگام پایدار شدن شرایط ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۵۰. تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم یا آنژیوکت

وسایل مورد نیاز: کارت دارویی — داروی دستور داده شده — سرنگ استریل در اندازه مناسب (۱۰ تا ۵ ml) — دستکش در صورت لزوم — گلوله‌های پنبه آغشته شده به محلول ضدعفونی‌کننده — سوزن شماره ۲۵ – ۲۱ به طول ۲/۵ cm.

در صورت داشتن هپارین لاک وسایل زیر مورد نیاز است:

سرنگ ۵-۳ میلی‌لیتر جهت آماده کردن دارو – سرنگ استریل ۳ میلی‌لیتر حاوی سرم فیزیولوژی یا هپارین – سوزن استریل شماره ۲۱

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: _____ ترم: _____					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. دستور پزشک را از نظر نوع دارو، مقدار، روش تجویز و سرعت تزریق کنترل کرد.
					۲. دست‌ها را شست.
					۳. برحسب ضرورت دارو، هپارین یا سرم فیزیولوژی را آماده کرد.
					الف) دارو را طبق روش آماده کردن دارو از آمپول یا ویال در سرنگ کشید، روی سرنگ برچسب زد تا با هپارین اشتباه نشود.
					ب) در صورت لزوم محلول هپارین را برحسب مقررات موسسه در یک سرنگ جداگانه کشید، در بسیاری از موسسات از محلول ۱۰۰ واحد هپارین در ۱ میلی‌لیتر استفاده می‌شود و ۵/۰ یا ۱ میلی‌لیتر از آن تزریق می‌شود. این سرنگ را هم با برچسب مشخص کرد.
					ج) در صورت لزوم در سرنگ دیگر محلول سرم فیزیولوژی را کشید. این سرنگ را نیز با برچسب مشخص کرد.
					۴. دارو را تزریق کرد.
					در صورت استفاده از ست سرم برای تزریق دارو به داخل ورید به روش زیر اقدام کرد:
					۵. در صورت لزوم دستکش پوشید.
					۶. محل تزریق وریدی را از نظر نشت زیر جلدی بررسی کرد.
					۷. محل ورود سوزن روی ست سرم را ضدعفونی کرد.
					۸. جریان محلول وریدی را با بستن کلمپ ست یا تا کردن ست سرم قطع کرد.
					۹. درحالی‌که ست سرم (محل ورود سوزن) را محکم نگهداشته سوزن را به آن وارد کرد.
					۱۰. پیستون را کمی بیرون کشید تا خون داخل ست آشکار شود (نه در سرنگ).
					۱۱. دارو را با سرعت مناسب تزریق کرد، سپس سوزن را بیرون کشید. کلمپ ست را باز کرد و جریان محلول وریدی را با سرعت مناسب برقرار کرد در صورت تحریک ورید توسط دارو در حدود ۱ دقیقه جریان محلول وریدی را سریع کرد تا دارو رقیق شود و سپس قطرات را تنظیم کرد.
					۱۲. در صورت استفاده از آنژیوکت به داخل ورید به روش زیر اقدام کرد:
					۱۳. برحسب نوع آنژیوکت مصرفی محل ورود سوزن به آنژیوکت برای تزریق دارو را ضدعفونی کرده یا درپچه آن را باز کرد در صورت استفاده از ماده ضدعفونی‌کننده اجازه داد محل خشک شود.
					امضای ارزیابی کننده

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱۴. برحسب نوع آنژیوکت مصرفی سوزن متصل به سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را به محل ضدعفونی شده وارد کرده یا به طور مستقیم سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را به دریچه وصل کرد. سپس مقداری از خون را از طریق سوزن یا سرنگ آسپیره کرد تا خون در ابتدای سرنگ ظاهر شود.
					۱۵. در صورت لزوم ۲ - ۱/۵ ml از محلول سرم فیزیولوژی را تزریق کرد.
					۱۶. سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را از آنژیوکت جدا کرد.
					۱۷. برحسب آنژیوکت مصرفی سوزن متصل به سرنگ حاوی دارو را به محل تزریق دارو وارد کرده و یا بطور مستقیم سرنگ حاوی دارو را به آنژیوکت وصل کرد.
					۱۸. دارو را به آرامی و با سرعت مناسب تزریق کرد. در این حال بیمار را از نظر هرگونه واکنش نامطلوب بررسی کرد. پس از اتمام دارو سرنگ را از آنژیوکت جدا کرد.
					۱۹. از سرنگ دیگری که حاوی سرم فیزیولوژی است طبق مراحل برای شستشوی آنژیوکت استفاده کرد.
					۲۰. در صورت نیاز به استفاده از هیپارین، سرنگ حاوی هیپارین را به آنژیوکت وصل کرده و دارو را به آرامی تزریق کرد.
					۲۱. حداقل هر ۸ ساعت یکبار باز بودن آنژیوکت را به روش زیر کنترل کرد:
					- با استفاده از سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی خون را از آنژیوکت آسپیره کرد.
					- با ۲ - ۱/۵ ml سرم فیزیولوژی آنژیوکت را شست
					- در صورت لزوم هیپارین به داخل آنژیوکت تزریق کرد.
					۲۲. تعویض هیپارین لاک را هر ۷۲ - ۴۸ ساعت یکبار انجام داد.
					۲۳. در صورت استفاده از دستکش آن را خارج کرد وسایل را به محل مربوطه برگرداند، توجه لازم را از آنها بعمل آورد و دست‌ها را شست.
					۲۴. تاریخ و ساعت وارد کردن سوزن یا آنژیوکت، نوع و اندازه سوزن یا سوند و حرف اول نام و نام خانوادگی پرستار را ثبت کرد.
					۲۵. در صورت لزوم از یک آتل که به دور پد و باند پیچیده شده است، برای ثابت کردن آرنج یا مچ دست استفاده کرد.
					۲۶. تعداد قطرات سرم را طبق دستور پزشک محاسبه و تنظیم کرد.
					۲۷. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آنها بعمل آورد.
					۲۸. دست‌ها را شست.
					۲۹. موارد لازم را به سرپرستار گزارش کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۵۱. استفاده از وسیله کنترل حجم (میکروست)

وسایل مورد نیاز: میکروست - محلول وریدی - داوری وریدی - پایه سرم - ست تزریق وریدی - پنبه الکل - نوار چسب

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. دست‌ها را شست.					
۲. روش کار را برای بیمار توضیح داد.					
۳. باز بودن سوزن یا آنژیوکت را به روش آموخته شده بررسی کرد.					
۴. ست کنترل‌کننده حجم مایعات را به روش زیر به ظرف حاوی محلول وریدی وصل کرد:					
الف) کلمپ‌های بالا و پایین محفظه میکروست را بست.					
ب) دریچه هوای بالای محفظه میکروست را به ظرف حاوی محلول وریدی وارد کرد.					
ج) نوک تیز بالای محفظه میکروست را باز کرد.					
د) ظرف حاوی محلول وریدی را به پایه سرم وصل کرد.					
۵. محفظه میکروست را به روش زیر از محلول وریدی پر کرد:					
الف) چنانچه محفظه میکروست دارای فیلتر غشایی می‌باشد به روش زیر اقدام کرد:					

- کلمپ بالای محفظه میکروست (بین محفظه و ظرف حاوی محلول وریدی) را باز کرد و اجازه داد محفظه تا حجم معین مورد نظر مثلاً ۵۰ ml از محلول پر شود.					
- کلمپ پایین محفظه را باز کرد و با فشردن محفظه قطره‌ریز آن تا یک - دوم حجم از محلول پر کرد.					
- دقت کرد در حین فشردن محفظه قطره‌ریز، کلمپ ست سرم بسته باشد تا محفظه قطره‌ریز با ایجاد خلاء از محلول پر شود.					
- فشار انگشتان خود را از محفظه قطره‌ریز برداشت تا محفظه به حالت اولیه خود برگردد.					
- کلمپ ست سرم را باز کرد تا محلول داخل ست جریان یافته و هوای داخل لوله خارج شود سپس کلمپ ست سرم را بست.					
ب) چنانچه محفظه میکروست دارای دریچه شناور باشد به روش زیر اقدام کرد:					
- کلمپ بالای محفظه میکروست را باز کرد و اجازه داد محفظه تا حجم معین مورد نظر (مثلاً ۵۰ ml) از محلول پر شود.					
- کلمپ بالای محفظه میکروست را بست و به آرامی محفظه قطره‌ریز را فشار داد تا یک دوم حجم از محلول پر شود.					
- کلمپ ست سرم را باز کرد تا محلول داخل ست جریان یافته و هوای داخل لوله خارج شود کلمپ ست سرم را بست.					
۶. در صورت لزوم داوری مورد نظر را به محلول داخل محفظه میکروست اضافه کرد، دقت کرد که حجم کافی محلول وریدی برای رقیق کردن مناسب دارو وجود داشته باشد. برچسب دارویی را به محفظه میکروست متصل کرد.					
۷. جریان مایع وریدی را به روش زیر آغاز، تنظیم و کنترل کرد:					
الف) ست سرم را طبق روش آموخته شده به سوزن یا آنژیوکت داخل ورید بیمار وصل کرد.					

					ب) کلمپ ست سرم را باز کرده و قطرات را طبق تجویز پزشک تنظیم کرد (هر ۴ قطره میکروست معادل یک قطره ست معمولی است).
					ج) حداقل هر یک ساعت یکبار محفظه میکروست را کنترل کرده در صورت لزوم تا حجم مورد نظر از محلول وریدی پر کرد.
					۸. از آسایش و امنیت بیمار اطمینان حاصل کرد.
					- بیمار را در وضعیت راحت و مناسب قرارداد.
					- زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرارداد.
					۹. وسایل را به محل مربوطه برگرداند و توجه لازم را از آنها به عمل آورد.
					۱۰. دست‌ها را شست
					۱۱. اطلاعات زیر را در پرونده بیمار یادداشت کرد:
					الف) نوع و مقدار محلول داروی تجویز شده و زمان شروع و اتمام جریان محلول
					ب) حجم مایع دریافتی در برگه مخصوص جذب و دفع مایعات.
					بخش
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

تاریخ

نام و امضای مربی

۵۲. خونگیری وریدی

وسایل مورد نیاز: تورنیکه - دستکش - سرنگ - شیشه و لوله‌های جمع‌آوری خون - پنبه الکلی - برچسب - گاز کوچک ۵×۵ cm استریل - برگه درخواست آزمایش و جعبه وسایل خونگیری
 راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: _____						ترم: _____				
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. دستها را شست و دستکش پوشید.										
۲. بیمار را با صدا کردن نامش شناسایی کرد.										
۳. به بیمار توضیح داد که نمونه را برای چه منظوری می‌خواهد و چه کاری باید انجام دهد.										
۴. از بیمار سؤال کرد که آیا هنگام خون دادن دچار حالت غش یا حالت تهوع و ضعف می‌شود.										
۵. اگر بیمار در تخت دراز کشیده‌است از او خواست که در وضعیت به پشت خوابیده قرار گیرد.										
۶. در بیماری که نشسته است از وی خواست که دست خود را روی لبه صندلی یا میز بگذارد.										
۷. وریدهای بیمار را برای انتخاب محل خونگیری بررسی کرد.										
۸. تورنیکه را ۵ cm بالای محل مورد نظر بست.										
۹. برای راحتی دسترسی به عروق از بیمار خواست که چند بار مچ دست خود را باز و بسته کند.										
۱۰. محل خونگیری را با پنبه الکلی یا بتادین به شکل دایره‌ای ضد عفونی کرد.										
۱۱. اجازه داد تا محل ضد عفونی کاملاً خشک شود.										
۱۲. ورید را با فشار دادن شست خود زیر ناحیه خونگیری کشید تا پوست به طرف پایین ثابت شود.										
۱۳. سوزن را با زاویه ۳۰ درجه در حالیکه سمت شیب دار سوزن رو به بالاست وارد ورید کرد.										
۱۴. هنگامی که خون وارد سرنگ شد به آرامی خون را کشید تا میزان مورد نیاز خون بگیرد.										
۱۵. تورنیکه را باز کرد.										
۱۶. بعد از نمونه‌گیری، گاز کوچک را روی محل سوزن گذاشته و به آرامی سوزن را از ورید خارج کرد.										
۱۷. فشار ملایمی روی محل ورود سوزن به مدت ۲ الی ۳ دقیقه وارد کرد تا خون بند بیاید.										
۱۸. بعد از توقف خونریزی روی آن چسب زد.										
۱۹. اگر از سرنگ استفاده کرده نمونه را به شیشه مخصوص نمونه انتقال داد.										
۲۰. نمونه در محل نگهداری نمونه قرار داد.										
۲۱. در پایان، محل خونگیری را از نظر توقف خونریزی چک کرد.										
۲۲. اگر خونریزی متوقف نشده بود محل مورد نظر را مجدداً حدود ۵ دقیقه فشار داد.										
۲۳. وسایل را جمع کرد.										
۲۴. زمان، تاریخ، ناحیه خونگیری، نام تست، زمانی که خون به آزمایشگاه فرستاده شده، درجه حرارت بیمار و هر نوع عکس‌العمل بیمار به خونگیری را ثبت کرد.										
محل ارزیابی						مرکز آموزشی درمانی				
						بخش				
تاریخ ارزیابی										
نام و امضای ارزیابی کننده										
بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.										

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۵۳. سرم درمانی

وسایل مورد نیاز: پنبه الکلی - نوار لاستیکی یا تورنیکت - محلول ضدعفونی کننده - آماده کردن اسکالپ وین - چسب - وسایل پانسمان - آتل - ظرف یا پلاستیک برای وسایل کثیف - مشمع و روکش - پایه سرم و دستکش در صورت لزوم. راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. هدف از سرم درمانی و اندیکاسیونهای آن را بیان کرد
					۲. شستشوی دست را به روش آسپتیک یا به روش hand rubbing با محلول الکلی انجام داد.
					۳. محلول وریدی صحیح را با کنترل تاریخ انقضاء آماده کرد.
					۴. ست سرم و کلامپ را آماده کرد.
					۵. وسایل لازم را آماده کرد.
					۶. بیمار صحیح را مشخص نمود.
					۷. بیمار را از نظر روحی و روانی آماده کرد.
					۸. نور اتاق را تنظیم کرد.
					۹. بیمار را از نظر جسمی آماده کرد (پاراوان - لباس بیمار و گذاشتن مشمع و روکش زیر محل تزریق).
					۱۰. دستها را به روش صحیح hand rubbing شست و در صورت نیاز از دستکش برای محافظت خود استفاده کرد.
					۱۱. پوزیشن خود را به طور صحیح قرار داد که هنگام وصل سرم راحت بتوان کار کرد.
					۱۲. محل تزریق را مشخص و تورنیکت را چند اینچ بالاتر از محل شروع بست و مانور آمادگی رگ و برجستگی آن را دانست.
					۱۳. محل مشخص شده را از داخل به خارج بطور چرخشی تمیز کرد.
					۱۴. در صورت نیاز به لمس انگشتان خود را ضدعفونی کرد.
					۱۵. تورنیکت را مجدداً بست.
					۱۶. از سالم بودن سرسوزن یا وسیله ای که می خواهد به کار برد اطمینان حاصل کرد.
					۱۷. سر سوزن را با زاویه مناسب وارد رگ کرد.
					۱۸. با یک دست سرسوزن را ثابت و با دست دیگر تورنیکت را باز کرد.
					۱۹. ست سرم را وصل و جریان سرم را شروع کرد.
					۲۰. روی سرسوزن چسب و پانسمان روی محل تزریق قرار داد.
					امضای ارزیابی کننده

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۲۱. در صورت نیاز محل تزریق را با آتل ثابت کرد.
					۲۲. روی چسبها ساعت و تاریخ وصل سرم را ثبت کرد.
					۲۳. تاریخ استفاده ست سرم را روی ست وصل کرد.
					۲۴. ایتیکت مشخصات سرم، تاریخ، مقدار، تعداد قطرات، تاریخ شروع و پایان را نوشت و روی سرم زد.
					۲۵. بیمار صحیح - محل صحیح - زمان صحیح و جریان صحیح را رعایت کرد.
					۲۶. راحتی بیمار را در نظر گرفت.
					۲۷. زمان شروع و نوع محلول وریدی - هر دارویی که اضافه شده - بوسیله چه کسی انجام شده، را ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

۵۴. ترانسفوزیون فرآورده‌های خون

وسایل مورد نیاز: ست خون - فرآورده خونی - نرمال سالین - کاتتر وریدی (با سرسوزن شماره ۲۰ و بزرگتر - پایه سرم - چسب - دستکش - فرم رضایت‌نامه

نام دانشجو: _____					
ترم: _____					
آیتم	تحت ارزشیابی / دانشجو	۱	۲	۳	۴
۱.	دستور پزشک را به دقت کنترل کرد.				
۲.	با بیمار ارتباط برقرار کرد و دلایل انجام کار و مراحل آن را برای وی توضیح داد.				
۳.	هرگونه واکنش‌های قبلی نسبت به تزریق خون را از بیمار سؤال کرد.				
۴.	فرم رضایت‌نامه تزریق خون را توسط بیمار یا همراه وی به امضاء رساند.				
۵.	به بیمار توصیه کرد که لرز، سرگیجه، خارش و راش یا هرگونه علائم غیرطبیعی را گزارش دهد.				
۶.	برگه درخواست خون را با چسب کیسه خون از نظر نوع گروه خونی - RH - تاریخ انقضاء - شماره کیسه و نام بیمار کنترل کرد.				
۷.	کیسه خون را از نظر وجود لخته حباب یا هرگونه موارد غیرطبیعی در کیسه خون بررسی و در صورت اشکال به بانک خون برگرداند.				
۸.	در صورت نیاز به گرم کردن خون از گرمکن مخصوص استفاده کرده و از روشهایی چون فن کوئل و ... استفاده نکرد.				
۹.	در صورتی که چند واحد خون برای بیمار تجویز شده، بقیه کیسه‌ها را داخل یخچال نگهداری کرد (دما ۴ درجه سانتی‌گراد).				
۱۰.	دست‌های خود را شست، دستکش پوشید و کلیه وسایل لازم را به بالین بیمار برد.				
۱۱.	یک خط وریدی مناسب از بیمار (طبق استاندارد خط وریدی) گرفت.				
۱۲.	در صورت تزریق نرمال سالین همراه با خون بطور همزمان از یک ورید با رابط Y شکل استفاده کرد.				
۱۳.	ست خون را به کیسه خون وصل کرده به پایه سرم آویزان کرد ست خون را هواگیری کرد.				
۱۴.	قبل از شروع تزریق خون علائم حیاتی بیمار را کنترل و در فرم علایم حیاتی ثبت کرد.				
۱۵.	جریان خون را به آرامی شروع کرد (برای ۱۵ دقیقه اول بیشتر از ۲۵ تا ۵۰ ml نباشد، یعنی ۱۰ الی ۱۵ قطره در دقیقه).				
۱۶.	به مدت ۵ تا ۱۵ دقیقه اول تزریق کنار تخت بیمار ماند و به دقت وی را از نظر علائم حساسیت کنترل کرد.				
۱۷.	در صورت بروز برافروختگی، تنگی نفس، خارش، سرگیجه یا راش جریان خون را سریعاً قطع کرده و نرمال سالین تزریق کرد و پزشک را در جریان قرار داد.				
۱۸.	برای نیم ساعت اول هر ۱۵ دقیقه یکبار و بعد از آن هر نیم تا یک ساعت علائم بیمار را کنترل و ثبت کرد.				
۱۹.	در صورت عدم واکنش نسبت به خون، سرعت تزریق را به تدریج افزایش داد.				
۲۰.	بعد از اتمام تزریق خون، نرمال سالین را تزریق و علایم حیاتی را مجدداً کنترل و ثبت کرد.				
۲۱.	کیسه خون مصرف شده را جمع‌آوری و طبق مقررات بیمارستان به بانک خون برگرداند.				
۲۲.	نحوه اجرای تزریق خون، شماره کیسه خون، زمان شروع و اتمام، مقدار و نوع فرآورده خونی، واکنش‌های بیمار، میزان سرم تزریقی و مداخلات پزشکی و پرستاری حین تزریق خون را بصورت دقیق در گزارش پرونده بیمار ثبت کرد.				

۵۵. مخلوط کردن انسولین با استفاده از سرنگ انسولین

وسایل مورد نیاز: کارت دارویی - دو ویال حاوی انواع متفاوت انسولین - پنبه آغشته به ماده ضدعفونی کننده - سرنگ انسولین استریل و سوزن با شماره مناسب

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. از صحت نوع انسولین دستور داده شده، میزان و روش تزریق آن اطمینان حاصل کرد.
					۲. دستور دارویی را توسط پرستار دیگری دوباره کنترل کرد.
					۳. تاریخ مصرف ویال های انسولین کوتاه اثر و طول اثر یا متوسط اثر را کنترل کرد.
					۴. دقایقی قبل از مصرف، انسولین ها را بیرون از یخچال گذاشت.
					۵. ظاهر داروها را از نظر یخ زدگی کنترل کرد.
					۶. دست ها را شست.
					۷. با رعایت تکنیک استریل سرنگ انسولین و سوزن را آماده کرد.
					۸. قبل از استفاده از انسولین طولانی اثر یا متوسط اثر با غلط اندن در کف دست آن را مخلوط کرد.
					۹. ابتدا به مقدار دوز انسولین طولانی اثر یا متوسط اثر هوا به داخل ویال انسولین طولانی اثر یا متوسط اثر تزریق کرد و بدون کشیدن دارو سوزن را خارج کرد
					۱۰. سوزن را عوض کرده و به اندازه دوز داروی کوتاه اثر هوا به داخل ویال انسولین کوتاه اثر تزریق کرد.
					۱۱. بدون خارج کردن سوزن، دوز انسولین کوتاه اثر را کشید و سپس سوزن را خارج کرد.
					۱۲. سوزن را وارد ویال انسولین طولانی اثر کرده و دوز انسولین طولانی اثر یا متوسط اثر را کشید.
					۱۳. تزریق دارو را به روش صحیح در محل مناسب انجام داد.
					۱۴. زمان، تاریخ، محل تزریق، دوز تزریق و واکنش بیمار را ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۵۶. اکسیژن تراپی

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing).
					۲. دستور پزشک را چک کرد و در موارد اورژانسی خود اقدام کرد.
					۳. وضعیت تنفسی بیمار را در نظر گیرد (الگوی تنفس - رنگ پوست - راحتی - وضعیت ذهنی).
					۴. نوع وسیله اکسیژن رسانی و منبع اکسیژن را مشخص کرد.
					۵. نحوه کار را برای مددجو توضیح داد و به وضعیت روحی بیمار توجه کرد.
					۶. احتیاطات لازم را به بیمار و همراه بیمار گوشزد کرد.
					۷. محیط را از نظر ایمنی آماده کرد.
					۸. منبع اکسیژن را از نظر اکسیژن کافی و منبع رطوبت چک کرد.
					۹. نزد بیمار ماند تا از ایمن بودن و موثر بودن O2 مطمئن شود.
					۱۰. اتیکت (اکسیژن در حال استفاده است و سیگار کشیدن ممنوع است) را روی درب اتاق بیمار نصب کرد.
					۱۱. مراقبت از دهان و بینی را فراهم کرد.
					۱۲. به بیمار پوزیشن مناسب داد.
					۱۳. مجرای بینی را از نظر تمیزی بررسی کرد.
					۱۴. جریان اکسیژن را برقرار کرده و آن را امتحان کرد.
					۱۵. کانولا را روی صورت بیمار قرار داده و شاخه‌ها را وارد بینی کرده و پشت گوشها یا زیر چانه ثابت کرد.
					۱۶. پشت گوش‌ها را که در تماس با نوار می‌باشد با پد محافظت کرد.
					سوند
					۱۷. حد فرو رفتن سوند را از نوک بینی تا نرمه گوش اندازه گرفته و با چسب مشخص کرد.
					۱۸. سر سوند را با یک محلول نرم کننده محلول در آب نرم کرد.
					۱۹. سوند را به منبع اکسیژن وصل کرد.
					۲۰. جریان اکسیژن را (۲-۳ لیتر در دقیقه) طبق دستور پزشک برقرار کرد.
					۲۱. هر ۱۵-۱۰ دقیقه به بیمار سر زد.
					امضای ارزیابی کننده
					۲۲. هر ۸ ساعت محل سوند را تغییر داد.

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۲۳. محل سوند را در محل حلق بررسی کرد.
					۲۴. سوند را توسط چسب روی صورت بیمار فیکس کرد.
					۲۵. ماسک: ۱. ماسک را به منبع اکسیژن وصل کرد.
					۲. جریان اکسیژن را برقرار کرد.
					۳. ماسک را بدرستی روی صورت بیمار گذاشته و ثابت کرد.
					۴. هر دو ساعت ماسک را برداشته و محل ماسک را روی صورت خشک کرد.
					۵. هر ۱۵-۱۰ دقیقه به بیمار سرکشی کرد.
					۲۶. موارد زیر را ارزیابی کرد: الگوی تنفسی - رنگ پوست - سطح هوشیاری - راحتی و سطح اکسیژن در خون و بافتها به حد اشباع $\leq 90\%$ رسیده باشد.
					۲۷. میزان اکسیژن و روش اکسیژن درمانی و پاسخ به درمان را ثبت کرد.
					محل ارزیابی مرکز آموزشی درمانی بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۵۷. رساندن اکسیژن با ماسک ساده صورت به بیمار

وسایل مورد نیاز: منبع اکسیژن - فلومتر - مخزن آب مقطر - آب مقطر غیراستریل - وسیله رساندن اکسیژن (ماسک ساده صورت) - پدهای گازی

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:	
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱		
					۱. نحوه کار با وسایل اکسیژن رسانی را آموخت.	
					۲. خروجی اکسیژن را جهت اطمینان از وجود جریان مناسب بررسی کرد.	
					۳. دستور پزشک مبنی بر اکسیژن رسانی را بررسی کرد.	
					۴. دست‌های خود را شست.	
					۵. وضعیت بیمار را بررسی کرد (وضعیت اورژانس با وضعیتی که راه هوایی بیمار باز است فرق می‌کند).	
					۶. با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل کار را به وی توضیح داده و بیان کرد که چرا به اکسیژن نیاز دارد.	
					۷. اتاق بیمار را از نظر ایمنی در زمان اکسیژن رسانی بررسی کرد.	
					۸. در صورت لزوم دوشاخه وسایل برقی را از پریز خارج کرد.	
					۹. تابلوی «کشیدن سیگار ممنوع» را در اتاق بیمار نصب کرد.	
					۱۰. تابلوی «در حال اکسیژن گرفتن» را بالای تخت بیمار و روی درب اتاق وی نصب کرد.	
					۱۱. اندازه مناسب ماسک را انتخاب کرد.	
					۱۲. ماسک را بالای بینی، دهان و چانه بیمار قرار داد.	
					۱۳. باند قابل انعطاف را روی پل بینی بیمار محکم کرد.	
					۱۴. باند کشی را دور سر بیمار قرار داد.	
					۱۵. برای افراد مسن یا لاغر اندام، بالای گونه بیمار پدهای گازی در ماسک قرار داد.	
					۱۶. به مقدار مورد نیاز (معمولاً ۸-۶ لیتر در دقیقه) پیچ اکسیژن را باز کرد. (بسته به دستور پزشک و جواب ABG).	
					۱۷. واکنش بیمار را به اکسیژن تراپی بررسی کرد.	
					۱۸. به بیمار آموزش داد که جزء موارد غذا خوردن، تمیز کردن بینی یا خارج کردن خلط، ماسک را برندارد.	
					۱۹. در صورت نیاز و صلاحدید پزشک، ABG بیمار را کنترل کرد.	
					۲۰. علائم حیاتی بیمار را چک کرد.	
					۲۱. مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت کرد:	
					الف) تاریخ و شروع اکسیژن تراپی.	
					ب) نوع وسیله‌ای که با آن به بیمار اکسیژن می‌رساند.	
					ج) میزان اکسیژن، علائم حیاتی بیمار، رنگ پوست، واکنش‌ها و صداهای تنفسی	
					محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی
						بخش
					تاریخ ارزیابی	
					نام و امضای ارزیابی کننده	
					بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۵۸. آموزش تنفس دیافراگماتیک

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. با بیمار ارتباط برقرار کرد و هدف خود را از انجام پروسیجر به وی توضیح داد.
					۲. از بیمار خواست که یک دست خود را روی سینه و دست دیگر خود را روی شکم قرار دهد.
					۳. از وی خواست که دم را طوری انجام دهد که دست روی شکم به طرف جلو کشیده شود.
					۴. به بیمار گفت که تنفس لب غنچه‌ای را انجام داده و در حالی که با دست روی شکم به داخل فشار می‌دهد به آرامی بازدم کند.
					۵. از بیمار خواست که دست روی سینه را در همان حالت نگه دارد.
					۶. کلیه مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت کرد: الف) تاریخ و زمان و طول مدت آموزش ب) میزان تحمل بیمار نسبت به پروسیجر
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۵۹. آموزش سرفه موثر

وسایل مورد نیاز: رسیور یا ظرف مخصوص تخلیه ترشحات - دستمال کاغذی

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. با بیمار ارتباط برقرار کرد و هدف خود را از انجام پروسیجر به وی توضیح داد.
					۲. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد (در حالی که نشسته، پاهای خود را به طرف شکم کمی خم کند).
					۳. از بیمار خواست که نفس عمیق بکشد یا دم عمیق انجام دهد.
					۴. از بیمار خواست که نفس خود را به مدت ۲ ثانیه نگه دارد (با انجام این کار، بیمار برای مرحله بازدم آماده می شود).
					۵. از بیمار خواست که فقط ۲ بار سرفه کند (سرفه اول باعث شل شدن ترشحات و کنده شدن آنها و سرفه دوم باعث حرکت و خروج ترشحات می شود).
					۶. به بیمار گفت که به اندازه کافی مکث کند تا کنترل مجدد را بدست آورد.
					۷. از بیمار خواست که مجدداً از راه بینی سریع و کوتاه نفس بکشد.
					۸. چنانچه بیمار عمل جراحی داشته است، به او آموزش داد در حین سرفه محل برش جراحی را به کمک فشار دست نگه دارد یا با مالش یا پتوی تا شده حمایت کند.
					۹. بیمار را تشویق کرد که استراحت کند.
					۱۰. کلیه یافته ها و مشاهدات خود را ثبت کند: الف) زمان و تاریخ شروع آموزش به سرفه ب) میزان تحمل بیمار به پروسیجر ج) میزان تخلیه ترشحات
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۶۰. برگه مشاهده نحوه رعایت اصول صحیح سوند گذاری مثانه

وسایل لازم : دستکش استریل، محلول ضد عفونی کننده (معمولاً بتادین)، سوند مثانه با اندازه ۲۲-۱۶، سوند با جنس مناسب (لاتکس، نه پلاستیک قرمز)، کیسه ادرار، ست سوندگذاری (رسیور- سواپ پنبه ای - پنس)، ست سوندگذاری (رسیور- سواپ پنبه ای - پنس)، سرنگ و آب مقطر، نوار چسب، ملافه و شان‌های لازم (ملافه پلاستیکی - شان پرفوره

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. وسایل لازم جهت سوندگذاری را به بالین بیمار آورد					
۲. دستها را قبل از باز کردن وسایل تمیز نمود، بعد از در آوردن انگشتی و حلقه به مدت ۱۰ ثانیه دستها، مچ دستها و اطراف ناخن ها را با آب و صابون شسته و خشک نمود و یا hand rubbing (مالش دستها با الکل) را انجام داد.					
۳. در مورد روش کار و هدف از سوندگذاری توضیح کافی به بیمار داد.					
۴. نور کافی و مناسب در محیط کار ایجاد نمود.					
۵. خلوت بیمار را با بستن در یا کشیدن پاراوان فراهم نمود.					
۶. به بیمار کمک کرد تا در وضعیت مناسب (خوابیده به پشت با پاهای خم شده یا خوابیده به پهلو) قرار گیرد.					
۷. مشمع یا ملافه پلاستیکی را زیر مریض قرارداد.					
۸. در صورت نیاز ناحیه تناسلی و پرینه بیمار را با آب و صابون شسته و خشک نمود.					
۹. دستها را مجدداً تمیز نمود.					
۱۰. ست را بروش استریل روی میز باز کرد.					
۱۱. دستکش های استریل را بروش استریل پوشید.					
۱۲. یک ملافه استریل زیر باسن بیمار قرار داد.					
۱۳. وسایل را روی میز و یا در صورت آگاه بودن بیمار و دادن توضیح در مورد استریل ماندن وسایل به وی، بین پاهای بیمار و روی ملافه استریل قرار داد					
۱۴. میزان لازم آب مقطر جهت فیکس کردن سوند را آماده نمود.					
۱۵. در صورت متمکن بودن سوند، بالون آن را امتحان نمود.					
۱۶. محلول ضد عفونی کننده را در ظرف مخصوص روی گلوله پنبه و یا گاز (۲×۲) ریخت.					
۱۷. لبهای ولو را به منظور دیده شدن منفذ ادراری، با انگشتان دست دیگر باز نگه داشت					
امضای ارزیابی کننده					

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱۸. با استفاده از سواب پنبه که توسط پنس گرفته شده، لبهای دو طرف و بعد منفذ ادراری را از بالا به پایین تمیز نمود.
					۱۹. هر گلوله پنبه ای را بعد از یکبار استفاده دور انداخت.
					۲۰. در صورت گذاشتن سوند تخلیه انتهای سوند را در رسیور قرارداد.
					۲۱. نوک سوند را بدون آلودگی و تماس با اطراف حدود ۷/۵ - ۵ وارد مجرای ادراری نمود.
					۲۲. از هر گونه اعمال زور و فشار در هنگام وارد کردن سوند خودداری نمود.
					۲۳. در صورت مقاومت در برابر سوند از بیمار خواست نفس عمیق بکشد و سپس سوند رابه آرامی چرخانده و وارد نمود.
					۲۴. بعد از جریان یافتن ادرار، سوند را حدود ۲/۵ - ۱/۵ دیگر به داخل هدایت نمود.
					۲۵. در صورت اشتباه و خطا در وارد کردن سوند، سوند را تعویض نمود.
					۲۶. بالون سوند را طبق دستور کارخانه سازنده با آب مقطر استریل پر کرد.
					۲۷. بعد از پر کردن بالون، سوند را کمی بیرون کشید تا از تثبیت آن در مثانه اطمینان حاصل نماید.
					۲۸. در صورت احساس درد توسط بیمار، سوند را عوض کرد (در صورت گذاشتن سوند ماندنی کسبه ادرار را از قبل وصل نموده است).
					۲۹. سوند و لوله را توسط چسب در قسمت بالایی ران ثابت نمود.
					۳۰. برای جلوگیری از کشش سوند و مختل شدن حرکات پای بیمار، در مواقع ثابت کردن سوند و لوله، شلی کافی ایجاد نمود.
					۳۱. لوله های سوند را از نظر خمیدگی و فشار اضافی کنترل نمود.
					۳۲. کلیه وسایل اضافی را جمع نمود
					۳۳. بیمار را در وضعیت راحتی قرار داد
					۳۴. در صورت تهیه نمونه ادرار، آن را به آزمایشگاه فرستاده و یا در یخچال قرار داد.
					۳۵. کیسه ادرار را در سطحی پایین تر از مثانه به تخت بیمار وصل نمود (بدون تماس با زمین)
					۳۶. در صورت نیاز کیسه ادرار را در ظرف مخصوص بیمار خالی نمود
					۳۷. قبل و بعد از خالی کردن کیسه، دستها را شست
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۶۱. گرفتن نمونه از سوند ادراری

وسایل مورد نیاز: دستکش - پنبه الک - کلامپ - سرنگ ۱۰ ml - سوزن ۲۱ یا ۲۲ - ظرف نمونه‌گیری استریل - برچسب نام و مشخصات بیمار - برگه درخواست آزمایش.
 راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:				
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو				
					۱. حدود ۳۰ دقیقه قبل از نمونه‌گیری، سوند را کلمپ کرد.				
					۲. دستکش پوشید.				
					۳. اگر خود سوند محل مخصوص نمونه‌گیری دارد آن را با پنبه الک ضدعفونی کرد.				
					۴. سوزن را با زاویه ۹۰ درجه وارد قسمت مخصوص نمونه‌گیری کرد.				
					۵. ادرار را داخل سرنگ کشید.				
					۶. اگر سوند قسمت مخصوص نمونه‌گیری ندارد و پلاستیکی است، روی سوند درست بالای محل اتصال سوند به لوله جمع‌آوری را با پنبه الک ضدعفونی کرد.				
					۷. سوزن را با زاویه ۴۵ درجه وارد کرد.				
					۸. نمونه ادرار را با سرنگ کشید.				
					۹. نمونه را به یک ظرف استریل مخصوص نمونه‌گیری انتقال داد				
					۱۰. برچسب چسباند.				
					۱۱. اگر سوند پلاستیکی نیست و دریچه مخصوص نمونه‌گیری ندارد، سوند را از لوله جدا کرد.				
					۱۲. اجازه داد میزان لازم از نمونه به درون ظرف استریل ریخته شود.				
					۱۳. از دست زدن به قسمت مدخل سوند و داخل سوند خودداری کرد.				
					۱۴. از برخورد سوند با داخل ظرف نمونه‌گیری خودداری کرد.				
					۱۵. روی ظرف برچسب مشخصات بیمار را چسباند و سریع به آزمایشگاه فرستاد.				
					۱۶. زمان و تاریخ نمونه‌گیری و ارسال به آزمایشگاه، را ثبت کرد.				
					۱۷. نمونه را از نظر شفافیت، بو، رنگ و ویژگی‌های غیر عادی بررسی کرده و ثبت کرد.				
					۱۸. در صورت نیاز حجم جذب و دفع مایعات بیمار را نیز نوشت.				
					محل ارزیابی		مرکز آموزشی درمانی		
							بخش		
					تاریخ ارزیابی				
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.				

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۶۲. خارج کرده سوند ادراری دایمی (کاتتر فولی)

وسایل مورد نیاز: دستکش استریل - گاز استریل نوار چسب - سرنگ ۱۰CC - چسب ضد آب

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. دستها را شست.					
۲. تخت را تا ارتفاع مناسب بالا آورد.					
۳. تجهیزات را تا ارتفاع مناسب بالا آورد.					
۴. بیمار را در پوزیشن صحیح قرار داد.					
۵. پد ضد آب را زیر بیمار قرار داد.					
۶. در صورت نیاز، نمونه ادرار جهت کشت گرفت.					
۷. نوار چسب نگه دارنده سوند را برداشت.					
۸. مایع تزریق شده داخل بالن کاتتر را آسپیره کرد.					
۹. کاتتر را خارج کرد.					
۱۰. کیسه ادرار و تیوب را از تخت جدا کرد.					
۱۱. بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت قرار داد.					
۱۲. در صورت نیاز، مراقبت مورد نیاز را از قسمت پرنه بیمار به عمل آورد.					
۱۳. حجم ادرار داخل کیسه را اندازه گرفت.					
۱۴. لبه تخت را پایین آورد.					
۱۵. وسایل آلوده را در ظرف مخصوص زباله ریخت.					
۱۶. دستهای خود را شست.					
۱۷. یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت کرد.					
محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی				
	بخش				
تاریخ ارزیابی					
نام و امضای ارزیابی کننده					
بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.					

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۶۳. کنترل جذب و دفع مایعات I & O

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. به بیمار در مورد لزوم اندازه‌گیری مایعات دریافتی و دفعی توضیح داد.					
۲. ضرورت استفاده از لگن یا لوله ادرار را به وی یادآوری کرد.					
۳. نحوه اندازه‌گیری مایعات خوراکی را به بیمار آموزش داد.					
۴. با توافق بیمار برنامه‌ای منظم جهت دریافت مقدار معین مایعات تنظیم کرد.					
۵. به بیمار تأکید کرد، نیمی از کل حجم مایعات دریافتی را به شیفت صبح و نیمه دیگر را در شیفت‌های عصر و شب مصرف کند (عصر بیشتر از شب).					
۶. مایعات دریافتی را به روش زیر اندازه‌گیری کرد:					
الف) نوع مایعات دریافتی و زمان آن را در برگه جذب و دفع یادداشت کرد (آب، شیر، چای و ...)					
ب) کلیه مایعات وریدی شامل خون و سرم را نیز یادداشت کرد.					
۷. مایعات دفعی بیمار را نیز به روش زیر اندازه‌گیری کرد:					
الف) پس از هر بار دفع ادرار، آن را در ظرف مدرجی ریخته و پس از اندازه‌گیری یادداشت کرد					
ب) سایر مواد دفعی از قبیل استفراغ، مدفوع آبکی را نیز در برگه مخصوص یادداشت کرد.					
پ) در صورت بی اختیاری بیمار یا تعریق شدید، مقدار مایع دفع شده را به صورت تخمینی یادداشت کرد.					
۸. در پایان هر شیفت مقدار کل مایعات دریافتی و دفعی را محاسبه و یادداشت کرد.					
۹. برنامه مراقبت از بیمار را با کمک پرستاران دیگر طوری تنظیم کرد که از دریافت کافی مایعات و دفع مناسب اطمینان حاصل کرد.					
۱۰. یافته‌ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت کرد.					
محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی				
	بخش				
تاریخ ارزیابی					
نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.					

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۶۵. کار گذاشتن لوله بینی - معده‌ای (NGT)

وسایل مورد نیاز: لوله بینی، معده‌ای (معمولاً شماره‌های ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶ یا ۱۸ برای بالغین، ۱۰ الی ۱۴ برای کودکان و ۵ الی ۸ برای نوزان و شیر خواران) - ظرف برای استفرغ - تجهیزات ساکشن (سوند نلاتون - دستگاه ساکشن) چسب - لیوان آب - دستکش - ژل محلول در آب - سرنگ ۵۰ cc مخصوص گاواژ - محلول سرم فیزیولوژی - گوشی پزشکی.

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. با بیمار ارتباط برقرار کرد.
					۲. محیط امن و خلوت برای بیمار فراهم کرد.
					۳. وسایل را از قبل آماده کرده و در دسترس قرار داد.
					۴. قبل از انجام کار، دستور پزشک را کنترل کرد.
					۵. قبل از گذاشتن لوله چند دقیقه آن را در جای سرد گذاشت. چنانچه بیمار بیهوش است و نیاز به ساکشن حلق و دهان دارد قبل از گذاشتن NGT، آن را انجام داد.
					۶. دستها را قبل از انجام پروسیجر شست و دستکش پوشید.
					۷. به بیمار کمک کرد در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد (اگر کنترااندیکاسیون ندارد).
					۸. اگر راست دست بود در سمت راست بیمار قرار گرفت.
					۹. اندازه لوله را تا قسمتی که باید داخل شود علامت زد.
					۱۰. چند سانت اول لوله را با ژل محلول در آب چرب کرد.
					۱۱. لوله را از یک سوراخ بینی وارد کرد.
					۱۲. وقتی لوله به حلق بیمار رسید به بیمار گفت سرش را کمی به جلو خم کند و یک جرعه آب بنوشد.
					۱۳. آنقدر لوله را داخل کرد که به علامت زده برسد.
					۱۴. برای این که از قرارگیری لوله در محل صحیح مطلع شود، محتویات معده را آسپیراسیون کرد یا هوا داخل لوله تزریق کرد و با گوشی سمع کرد.
					۱۵. پس از اطمینان از قرار گرفتن لوله در معده، آن را به وسیله چسب ثابت کرد.
					۱۶. وسایل را جمع کرده و دستکش را خارج کرد.
					۱۷. مراحل انجام کار و حالات بیمار را در گزارش ثبت کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۶۶. تغذیه از طریق لوله غذایی (Gavage)

وسایل مورد نیاز: ماده غذایی میکس شده طبق دستور و رژیم خاص بیمار - ظرف مندرج - آب به میزان کافی (۸۰CC) - کلمپ - حوله یا پد ننگه دارنده - سرنگ ۶۰CC - گوشی - ست گاوآژ

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:	
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵		
					۱. با بیمار ارتباط برقرار کرد.	
					۲. محل امن و خلوت برای بیمار ایجاد کرد.	
					۳. دستها را شست.	
					۴. دستکش تمیز پوشید.	
					۵. وسایل مورد نیاز را از قبل آماده کرد.	
					۶. به بیمار کمک کرد تا در وضعیت نشسته و نیمه نشسته قرار گیرد.	
					۷. از محل صحیح لوله غذایی اطمینان حاصل کرد (با آسپیراسیون).	
					۸. ماده غذایی را از نظر دما کنترل کرد (درجه حرارت باید ولرم باشد).	
					۹. قبل از انجام گاوآژ ۳۰cc آب گاوآژ کرد.	
					۱۰. لوله را کلامپ کرده، سرنگ حاوی ماده غذایی را سر لوله قرار داد	
					۱۱. سرنگ را بالا گرفت تا با نیروی جاذبه، مواد غذایی وارد معده شود.	
					۱۲. اگر لوله غذایی ژژنوستومی و گاستروستومی است مواد را به آهستگی تزریق کرد.	
					۱۳. بعد از انجام گاوآژ مقدار ۵۰cc آب مجدداً گاوآژ کرد تا داخل لوله شسته شود.	
					۱۴. پوزیشن بیمار را حداقل به مدت ۳۰ دقیقه حفظ کرد.	
					۱۵. در صورت عدم تحمل بیمار گاوآژ را متوقف کرده و به پزشک اطلاع داد.	
					۱۶. وسایل را جمع‌آوری کرده و دستها را شست.	
					۱۷. میزان مایع گاوآژ شده، ساعت آن و موارد عدم تحمل بیمار را ثبت کرد.	
					۱۸. میزان مایعات گاوآژ شده را در فرم جذب و دفع ثبت کرد.	
					محل ارزیابی	
					مرکز آموزشی درمانی	
					بخش	
					تاریخ ارزیابی	
					نام و امضای ارزیابی کننده	
					بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۶۷. در آوردن لوله بینی - معده ای

وسایل مورد نیاز: دستگاه ساکشن - سوند نلاتون - دستکش

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. با بیمار ارتباط برقرار کرد و مراحل انجام کار را توضیح داد.
					۲. محل امن و خلوت برای بیمار ایجاد کرد.
					۳. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار داد دستها را شست و دستکش پوشید.
					۴. نوار چسب را به آرامی از اطراف بینی بیمار باز کرد.
					۵. لوله را کلمپ کرده و به بیمار گفت که نفس خود را نگه دارد.
					۶. وقتی بیمار بازدم انجام می دهد لوله بینی، معده ای را به آهستگی و با یک حرکت خارج کرد.
					۷. برای اطمینان، ساکشن دهان و ته حلق را انجام داد.
					۸. دهان شویه برای بیمار انجام داد.
					۹. مواد دفعی را به روش صحیح دفع کرد.
					۱۰. دستکشها را در آورد و دستها را شست.
					۱۱. بیمار را به مدت ۲-۳ ساعت تا برگشت رفلکس بلع، NPO نگه داشت.
					۱۲. مراحل انجام کار و حالات بیمار را به طور دقیق ثبت کرد و گزارش داد.
					محل ارزیابی
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۶۸. شست و شوی معده از طریق لوله بینی - معده‌ای (LAVAGE)

وسایل مورد نیاز: سرم فیزیولوژی - رابط - ست مخصوص لاواژ

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. لوله را کلمپ کرد و از دستگاه ساکشن یا تغذیه جدا کرد.
					۲. قبل از انجام رویه، کنترل کرد تا لوله در معده باشد.
					۳. سرنگ ۵۰cc را با سرم فیزیولوژی پر کرد، بعد کلمپ را باز کرده و به آهستگی تزریق کرد، اگر محلول به راحتی وارد نشد از نظر مسدود شدن و نحوه قرارگیری پزشک را مطلع کرد.
					۴. پیستون سرنگ را کشید تا مایع شست و شو برگردد.
					۵. موارد خارج شده را اندازه گیری کرد و خصوصیات مواد خارج شده را ثبت کرد.
					۶. اگر لوله کدر بود چند بار دیگر آن را شست.
					۷. دوباره لوله را کلامپ کرده سرنگ را بیرون کشید و لوله را به دستگاه ساکشن یا تغذیه وصل کرد و کلامپ را باز کرد.
					۸. بعد از در آوردن لوله بهداشت دهان بیمار را انجام داد.
					۹. مواردی را که باید ثبت کرد شامل: ساعت گذاشتن و خارج کردن لوله، نوع و اندازه لوله، مشکلاتی که در حین گذاشتن لوله پیش آمده و مواردی که محدودیت ایجاد کرده می‌باشد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۶۹. انجام انمای تمیز کننده (شستشویی)

وسایل مورد نیاز: ظرف انما همراه با کلامپ - لوله رکتال در اندازه‌های مناسب (بزرگسالان ۲۲ تا ۳۰، اطفال ۱۲ تا ۱۸) - ژل لوبریکانت - مشمع زیر بیمار - دستکش یکبار مصرف - رسیور - پایه سرم - لگن - محلول انما با حجم مورد نظر (معمولاً ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی لیتر از محلول گرم شده) - ملافه - ظرف مدفوع

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. روش کار را به بیمار توضیح داد.					
۲. دستور پزشک را بازبینی کرد.					
۳. وسایل مورد نظر را حاضر کرد.					
۴. محیط امن و خلوت را برای بیمار فراهم کرد.					
۵. دستها را شسته و دستکش پوشید.					
۶. بیمار را به پهلوی چپ خواباند، بطوری که زانوی راست او خمیده باشد.					
۷. مشمع را زیر بیمار پهن کرد.					
۸. بیمار را توسط ملافه پوشاند بطوری که فقط ناحیه رکتال باز باشد.					
۹. ظرف مدفوع را در دسترس بیمار قرار داده و در صورتی که اجازه حرکت دارد وی را به دستشویی هدایت کرد.					
۱۰. محلول گرم شده انما را حاضر کرد.					
۱۱. ظرف انما را از پایه سرم آویزان کرده، سوند رکتال را به لوله آن وصل کرد.					
۱۲. کلامپ را باز کرد تا محلول درون لوله و سوند جریان یابد و هوای داخل آن تخلیه شود.					
۱۳. مجدداً لوله را کلامپ کرد.					
۱۴. انتهای سوند رکتال را به میزان ۷/۵ تا ۱۰ سانتی متر به ژل لوبریکانت آغشته کرد.					
۱۵. به آرامی دو طرف باتکس را از هم جدا کرده، ناحیه آنوس را مشاهده کرد.					
۱۶. از بیمار خواست به آرامی از راه دهان نفس کشیده و خود را شل کند.					
۱۷. لوله رکتال را به نرمی وارد رکتوم کرد (در بزرگسالان ۷/۵ تا ۱۰ سانتی متر - در اطفال ۵-۷/۵ سانتی متر - در شیر خواران ۲/۵ تا ۳/۵ سانتی متر).					
۱۸. کاتتر را تا پایان کار با دست در محل نگه داشت تا از خارج شدن آن جلوگیری شود.					
۱۹. در حالی که ظرف انما هم سطح هیپ بیمار قرار داده شده، کلامپ را باز کرد تا مایع به آرامی جریان یابد.					
۲۰. به تدریج ظرف انما را از سطح هیپ بالا برده، برای انمای آهسته به میزان ۳۰ سانتی متر و برای انمای سریع به میزان ۴۵ سانتی متر و در نوزادان به میزان ۷/۵ سانتی متر، ظرف را بالاتر از هیپ قرار داد.					
۲۱. مدت زمان انما را با توجه به حجم محلول تنظیم کرد. (انمای یک لیتر به مدت ۱۰ دقیقه).					
محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی				
	بخش				
تاریخ ارزیابی					

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

چک لیست مراقبت از کولوستومی

دستورالعمل	قادر به انجام	قادر به انجام با کمک	قادر نبود
۱	کاردکس بیمار را به دقت کنترل کرد.		
۲	نیاز به تعویض کیسه را مشخص کرد. (کیسه را از نظر پر بودن و نشئت مواد مدفوعی بررسی کرد)		
۳	دستها را شست.		
۴	وسایل مورد نیاز را جمع آوری کرد.		
۵	با بیمار ارتباط برقرار کرد و نحوه انجام کار را توضیح داد.		
۶	حریم خلوت بیمار را فراهم کرد.		
۷	بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد. (در تخت در وضعیت نشسته یا خوابیده- در توالت در وضعیت نشسته یا ایستاده)		
۸	دستکش تمیز پوشید.		
۹	درحالی که پوست اطراف استوما را با دست نگهداشت با دست دیگر کیسه را به آرامی از پوست جدا کرد.		
۱۰	کیسه کولوستومی را داخل کیسه زباله پلاستیکی قرار داد.		
۱۱	پوست اطراف استوما را به طریق زیر تمیز و خشک کرد: الف- با دستمال کاغذی، مواد مدفوعی باقیمانده بر پوست را تمیز کرد. ب) با آب گرم و صابون ملایم با پنبه یا لیف پوست اطراف استوما را تمیز کرد. ج) با پنبه یا دستمال کاغذی به آرامی و بدون ماش پوست اطراف استوما را خشک کرد.		
۱۲	استوما را از نظر رنگ، اندازه، شکل و خونریزی مشاهده کرد.		
۱۳	پوست اطراف استوما را از نظر قرمزی، تحریک یا زخم مشاهده کرد.		
۱۴	یک عدد پد را روی دهانه استوما قرار داد (درصورت لزوم آن را تعویض کرد)		
۱۵	درصورت لزوم ماده محافظ را بر روی اطراف استوما مالید و اجازه داد تا خشک شود.		
۱۶	کیسه کولوستومی را به روش زیر در محل قرار داد: الف- اندازه سوراخ کیسه را با دهانه استوما متناسب کرد (دایره ای به اندازه ۰/۴-۰/۳ سانت وسیع تر از دهانه استوما بر روی آن رسم کرد و با قیچی برید) ب- پد روی آن را برداشت ج- پوشش روی چسبناک کیسه را جدا کرد. د- درصورت لزوم از ضدبوی مایع یا قرص در کیسه استفاده کرد. ه- قسمت چسبناک کیسه را درحالی که دهانه استوما از سوراخ مرکزی آن وارد شده به خوبی در اطراف استوما چسباند. ز- به آرامی قسمت چسبناک را بر روی پوست از دهانه به طرف خارج فشار داد تا چروک خوردگی ها رفع شود. ح- در موقع چسباندن دقت کرد هوای داخل کیسه با فشار بر روی آن خارج شود.		
۱۷	دستکش ها را خارج کرد.		
۱۸	بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد.		
۱۹	وسایل را به اتاق کار برگرداند و توجه لازم به عمل آورد.		
۲۰	دست ها را شست.		
۲۱	اطلاعات خود را در رابطه با وضعیت بیمار گزارش نمود و در پرونده ثبت کرد		

عملکرد مطلوب: ۱۸ مورد به بالا، توانایی: ۱۷-۱۳ مورد، آشنایی: ۱۲-۹ مورد

چک لیست تعویض پانسمان استریل خشک Applying a Dry Sterile Dressing

دستورالعمل	قادر به انجام	قادر به انجام با کمک	قادر نبود
۱.دستور پزشک را به دقت کنترل کرد.			
۲.دست های خود را شست.			

			۳. وسایل مورد نیاز را جمع آوری کرد.
			۴. روش کار و هدف آن را به بیمار توضیح داد.
			۵. حریم خلوت بیمار را فراهم کرد.
			۶. بیمار را با پتوی حمام پوشاند و او را در وضعیت راحتی قرار داد و محل زخم را از ملافه خارج کرد.
			۷. مشمع و رویه را در زیر ناحیه مورد نظر قرار داد.
			۸. کیسه پلاستیکی (جهت انسمان کثیف) در دسترس قرار داد.
			۹. ماسک پوشید.
			۱۰. دستکش یکبار مصرف پوشید. (برای برداشتن پانسمان آلوده)
			۱۱. نوار چسب پانسمان را با استفاده از پنبه استون از پوست جدا کرد.
			۱۲. پانسمان کثیف را بدون آلوده کردن سطح خارجی کیسه پلاستیکی در داخل آن قرار داد.
			۱۳. دستکش نایلونی را خارج و درون کیسه پلاستیکی انداخت.
			۱۴. ست پانسمان استریل را به روش صحیح باز کرد. محلول مورد نظر را در کاسه ریخت وسایل مورد نیاز را به ست اضافه کرد.
			۱۵. دستکش استریل پوشید.
			۱۶. لایه زیرین پانسمان را که بر روی زخم قرار دارد با استفاده از یک پنس استریل یا دستکش استریل برداشت و از فاصله ۱۵-۱۰ سانتی بداخل کیسه پلاستیکی انداخت.
			۱۷. زخم را از نظر نوع، مقدار و بوی ترشحات بررسی کرد.
			۱۸. زخم با برش جراحی را با پنس استریل یا دستکش استریل با گلوله های پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده از بالا به پایین یا از مرکز به خارج تمیز کرد.
			۱۹. از هر گلوله پنبه یا تکه گاز، فقط یکبار جهت تمیز کردن استفاده کرد.
			۲۰. در صورت وجود درن در زخم، آن را پس از تمیز کردن زخم بصورت چرخشی از مرکز به بطرف خارج تمیز کرد.
			۲۱. با استفاده از گاز خشک زخم را خشک کرد.
			۲۲. با استفاده از پنس استریل یا دستکش استریل زخم را با گاز استریل از مرکز زخم به خارج پوشاند.
			۲۳. دستکش را با روش صحیح خارج کرد.
			۲۴. پانسمان را با چسب مناسب یا باند در محل ثابت کرد.
			۲۵. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد.
			۲۶. وسایل را جمع آوری و دست ها را شست.
			۲۷. اطلاعات خود را در رابطه با ظاهر زخم، نوع و میزان ترشحات گزارش نمود و در پرونده ثبت کرد.

عملکرد مطلوب: ۲۴ مورد به بالا ، توانایی: ۲۱-۱۶ مورد ، در حد آشنایی ۱۵-۱۱ مورد

کشیدن بخیه .

وسایل مورد نیاز: دستکش استریل و یکبار مصرف - ست پانسمان استریل - قیچی بخیه استریل - نوار چسب - گاز و پد استریل - ماده ضد عفونی کننده

نام دانشجو:						ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵		
					۱. دستور پزشک را چک کرد.	
					۲. بیمار را از نظر آلرژی به چسب و محلول بتادین بررسی کرد.	
					۳. پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم کرد.	
					۴. نور محیط مناسب باشد به مناسب بودن نور محیط توجه کرد.	
					۵. بیمار را در وضعیت راحتی قرار داده مشمع و رویه را در زیر محل بخیه شده قرار داد.	
					۶. دستها را شست	
					۷. پانسمان را برداشت.	
					۸. زخم بیمار را از نظر عفونت و ترشحات (موارد غیرطبیعی) بررسی کرد.	
					۹. دستها را شست.	

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱۰. محیط استریل برای بیمار فراهم کرد.					
۱۱. پگ پانسمان را به روش استریل باز کرد.					
۱۲. پس از پوشیدن دستکش استریل، خط بخیه را با محلول ضدعفونی تمیز کرد.					
۱۳. محل را با نرمال سالین شست.					
۱۴. برای داشتن بخیه‌ها به‌طور یک در میان، بخیه‌های سوم، پنجم، هفتم و... را برداشت و در صورتی که لازم بود کلیه بخیه‌ها را همزمان برداشت.					
۱۵. در صورتی که بخیه‌ها از نوع منقطع ساده باشد، بخیه را در محل گره با پنس گرفت و نوک گرد قیچی را در زیر بخیه نزدیک به پوست در نقطه مقابل گره بخیه وارد کرد و سپس بخیه را برید.					
۱۶. مجدداً خط بخیه را با محلول ضدعفونی تمیز کرده و پانسمان کوچک و سبکی با استفاده از یک گاز استریل در محل قرار داد.					
۱۷. در صورتی که قسمت کوچکی از خط بخیه التیام نیافته است از چسب پروانه‌ای استریل یا تنسوپلاست به روش زیر استفاده کرد:					
الف) چسب را به یک بخیه چسباند.					
ب) لبه‌های زخم را به هم فشار داد.					
ج) سمت دیگر چسب را به طرف دیگر بخیه چسباند.					
۱۸. چنانچه قسمت بزرگی از خط بخیه التیام نیافته است، گاز استریل را روی آن قرار داد و فوراً به سرپرستار یا پزشک اطلاع داد.					
۱۹. دستکش‌ها را در آورد.					
۲۰. بیمار را در وضعیت راحتی قرار داد.					
۲۱. ساعت و تاریخ انجام کار، ظاهر بخیه‌ها و تحمل بیمار نسبت به انجام پروسیجر را ثبت کرد.					

چک لیست تحویل گرفتن بیمار در ابتدای شیفت (Change of shift assessment)

دستورالعمل	قادر به انجام	قادر به انجام با کمک	قادر نبود
۱. کاردکس بیمار را بررسی کرد، اطلاعات لازم را استخراج کرد.			
۲. دستها را شست.			
۳. مددجو را شناسایی کرده با وی ارتباط برقرار کرد.			
۴. کارتهای پایین تخت (کارت NPO، مشخصات بیمار و...) و برگه علائم حیاتی و کنترل جذب و دفع را بررسی نمود.			
۵. سطح هوشیاری بیمار را بررسی کرد.			
۶. واحد بیمار را بررسی کرد، وسایل و تجهیزات موجود را ارزیابی کرد.			
۷. ظاهر عمومی بیمار را بررسی کرد.			
۸. لوله‌های متصل به بیمار، ترشحات موجود در کیسه‌های تخلیه و پانسمان‌ها را بررسی کرد.			

			۹. سرم را از نظر نوع و میزان محلول، مشخصات برجسب سرم، داروی افزوده شده به سرم، تاریخ مصرف محلول، ست سرم و میکروست و وضعیت ورود آنژیوکت ارزیابی کرد.
			۱۰. در صورت نیاز نقاط تحت فشار بیمار را بررسی کرد.
			۱۱. تجهیزات متصل به بیمار (دستگاه اکسیژن، ساکشن، مانیتور قلبی، پالس اکسیمتری و ...) را بررسی کرد.
			۱۲. نقاط قابل ذکر را به مسئول بخش و مربی گزارش نمود

در حد آشنایی: ۶-۵، توانایی: ۹-۷، عملکرد مطلوب: ۱۰ به بالا

خیر	بلی	چک لیست گزارش نویسی
		- در هر برگ مشخصات بیمار را ثبت می کند. - علت عدم اجرای دستور پزشک را ذکر می کند - ثبت صحیح دارو (نام، دوز، راه تجویز، تاریخ و ساعت شروع، نام دهنده دارو) - استفاده از خودکار بجای مداد - در صورت وجود اشتباه، خط کشیدن روی آن به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد و بعد نوشتن مورد صحیح،

		- استفاده نکردن از لاک یا پاک کردن - عدم ثبت قبل از انجام کار - عدم اضافه کردن مواردی بدون آنکه تعیین شود بعداً اضافه شده است - عدم ثبت اطلاعات نادرست - عدم حذف نکات مهم - عدم ثبت تاریخ که مؤید زمان قبلی باشد - عدم دوباره نویسی یا تغییر - عدم خدشه دار کردن گزارشات قبلی - انتقاد نکردن از دیگران - اضافه نکردن به گزارش دیگران - نگذاشتن فضای خالی بین نوشته ها - ننوشتن به جای فرد دیگر - ننوشتن نکته فراموش شده درون پارانتز
--	--	--

چک لیست ترخیص بیمار Discharging Clients

دستورالعمل	قادر به انجام	انجام با کمک	قادر نبود
۱. دستور پزشک در مورد ترخیص را در پرونده بیمار به دقت خواند.			
۲. تغییرات انجام شده در دستورات پزشک یا نیاز به خرید وسایل یا داروی خاص را مشخص کرد.			
۳. کلیه آزمایشات تشخیصی، عکسبرداری و روشهای مراقبتي پرستاری را قبل از ترخیص اجرا کرد.			
۴. ساعت و تاریخ دقیق ترخیص را به بیمار و فامیل وی اطلاع داد.			
۵. به بیمار یا افراد خانواده در مورد مقدار و زمان مصرف داروها و انجام روش های مراقبتي آموزش داد.			
۶. راهنماهای کتبی (پمفیلت) را در ارتباط با نحوه مراقبت در منزل در اختیار بیمار قرار داد.			
۷. در صورت نیاز فرم ارجاع بیمار به مراکز خاص (کلینیک، درمانگاه، ...) را تکمیل کرد و در اختیار او قرار داد.			
۸. یک نسخه فرم خلاصه پرونده را به بیمار تحویل داد.			
۹. در صورت نیاز پانسمان بیمار را تعویض کرد.			

۱۰. داروهای مورد مصرف بیمار که باقی مانده را در اختیار وی قرار داد.			
۱۱. تاریخ مرخص شدن را به حسابداری اطلاع داد.			
۱۲. توسط منشی بخش به بخش های تغذیه، پذیرش، و اطلاعات در مورد ترخیص بیمار اطلاع داده شد.			
۱۳. به بیمار کمک کرد تا اقدامات بهداشتی لازم را انجام داده و لباس بپوشد.			
۱۴. به بیمار کمک کرد تا وسایل خود را جمع آوری کند.			
۱۵. در صورت لزوم انتقال بیمار با صندلی چرخدار یا برانکار را آماده نمود.			
۱۶. در پرونده بیمار زمان ترخیص نحوه انتقال به درب بیمارستان و یافته های حاصل از بررسی را ثبت کرد.			
۱۷. چنانچه بیمار قصد ترک بیمارستان بدون صلاحدید پزشک داشت ضمن اطلاع به پزشک معالج و امضا فرم مخصوص رضایت نامه توسط بیمار یا سرپرست وی اجازه خروج داد.			

در حد آشنایی: ۷-۱۰، توانایی: ۱۱-۱۳، عملکرد مطلوب: ۱۴ به بالا

۷۰. نحوه رعایت اصول کلی معاینه فیزیکی (از اینجا به بعد مربوط به ترم های ۲ و بالاتر)

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:						ترم:
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱		
					۱. قبل از شروع معاینه دستها را با آب و صابون شست و خشک کرد.	
					۲. وسایل لازم جهت معاینه فیزیکی را بر بالین بیمار آورد.	
					۳. خود را بعنوان دانشجوی مامایی به بیمار معرفی کرد.	
					۴. در مورد هدف از معاینه فیزیکی توضیح کافی به بیمار داد.	
					۵. نام خانوادگی بیمار را بکار برد.	
					۶. خلوت بیمار را با بستن در یا کشیدن پاراوان فراهم نمود.	
					۷. به بیمار کمک کرد تا در وضعیت مناسب قرار گیرد.	
					۸. در طول معاینه یک رفتار حرفه ای با بیمار داشت.	
					۹. در طول هر قسمت از معاینه بیمار را بطور مناسب پوشاند.	

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزیابی / دانشجو
					۱۰. توالی معاینه را رعایت کرد.
					۱۱. لمس ها و سمع ها را روی پوست برهنه انجام داد.
					۱۲. در طول معاینه با بیمار ارتباط مناسب داشت و به راحتی بیمار توجه کرد.
					محل ارزیابی مرکز آموزشی درمانی بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۷۱. مشاهده طرز کار با افتالموسکوپ

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. اجزای افتالموسکوپ و نحوه تنظیم آن را دانست.
					۲. شرایط روشنائی اتاق معاینه را رعایت کرد.
					۳. افتالموسکوپ را بطور صحیح گرفته و وضعیت خود را با بیمار رعایت کرد.
					۴. Red reflex را توانست پیدا کند.
					۵. دیسک اپتیک را پیدا کرده و با مشخصات دیسک اپتیک نرمال را مطابقت داد.
					۶. کاپ فیزیولوژیک را شناخت.
					۷. آرتویول ونول را بدرستی بررسی نمود.
					۸. ادم پایی و انواع رتینوپاتی را تشخیص داد.
					محل ارزیابی
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده
					بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۷۳. مهارت معاینه سیستم حسی حرکتی، طرز کار با چکش رفلکسی

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:	
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱		
					۱. Postural tremor و Intension tremor را تشخیص داد.	
					۲. Fasciulation را تشخیص داد.	
					۳. آتروفی و هیپرتروفی عضلانی را مشخص کرد.	
					۴. معاینه تونسیسته را بدرستی انجام داد.	
					۵. قدرت عضلانی را تعیین کرده و درجه بندی قدرت عضلانی را از ۰ تا ۵۰ بدرستی انجام داد.	
					۶. تفاوت اندک قدرت عضلانی اندامهای غالب و غیر غالب را دانست.	
					۷. پارزی را تشخیص داد.	
					۸. انواع پترنهای ضعف عضلانی را بدرستی تشخیص داد.	
					۹. ریشه های کمری شامل S ₁ , L ₅ , L ₄ , L ₃ , L ₂ , L ₁ را بدرستی انجام داد.	
					۱۰. دقت و صحت پاسخهای بیمار را تشخیص داده و اعتمادش را برای معاینه جلب کرد.	
					۱۱. معاینه حس های سطحی درد و لمس و حرارت را در اندامهای مختلف بدرستی امتحان کرد.	
					۱۲. معاینه حس عمقی در اندامها را بدرستی امتحان کرد.	
					۱۳. تست رومبرگ را به طور صحیح انجام داد.	
					۱۴. معاینه انواع حسهای کورتیکال را به درستی انجام داد.	
					۱۵. اختلال حس کورتیکال را از اختلال حسهای سطحی عمقی را تشخیص داد.	
					۱۶. اجزای قوس رفلکسی را بدرستی شناخت.	
					۱۷. نحوه گرفتن رفلکس با چکش رفلکسی را بدرستی انجام داد.	
					۱۸. رفلکسها را به طور دو طرفه و قرینه انجام داد.	
					۱۹. موارد و نحوه مانور Reinforcement را بدرستی انجام داد.	
					۲۰. زمان معاینه کلونوس و چگونگی معاینه را بدرستی انجام داد.	
					۲۱. رفلکس چانه ای (jaw jerk) را بدرستی انجام داد.	
					۲۲. رفلکس عضله دو سر را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد.	
					۲۳. رفلکس عضله براکیورادیالیس را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد.	
					۲۴. رفلکس عضله سه سر را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد.	
					۲۵. رفلکس عضله چهار سر را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد.	
					۲۶. رفلکس عضله آشیل را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد.	
					۲۷. رفلکس کف پا را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد.	
					۲۸. نحوه درجه بندی رفلکسها را از ۰ تا ۴ بدرستی انجام داده و جواب را بطور صحیح ثبت نمود.	
					محل ارزیابی	
				مرکز آموزشی درمانی		
				بخش		
					تاریخ ارزیابی	
					نام و امضای ارزیابی کننده	
					بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

تاریخ

نام و امضای مربی یا مربیان

۷۴. مهارت در معاینه گوش

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. هر یک از لاله‌های گوش و بافت‌های پیرامون آن را از نظر دفرمته، برآمدگی‌ها یا ضایعات پوست بررسی کرد.
					۲. در صورت وجود درد، ترشح یا التهاب گوش تست tug را انجام داد.
					۳. برای مشاهده مجرای گوش و پرده صماخ از اتوسکوپ استفاده کرد.
					۴. از یک اتوسکوپ با بزرگترین اسپکولومی که گوش قابلیت تطابق با آن را دارد، استفاده کرد.
					۵. سر بیمار را در وضعیتی قرار داد که جاگذاری اتوسکوپ در بهترین شرایط امکان پذیر باشد.
					۶. برای مستقیم کردن مجرای گوش، لاله گوش را محکم اما با ملایمت در دست گرفت و آن را به طرف بالا، پشت و اندکی به دور از سر کشید.
					۷. دسته اتوسکوپ را بین انگشتان شست و سایر انگشتان خود گرفت و دست خود را به صورت بیمار تکیه داد.
					۸. مجرای گوش را مشاهده کرد و هر گونه ترشح، جسم خارجی، قرمزی پوست یا تورم را مورد توجه قرار داد.
					۹. پرده صماخ را بررسی کرده و به رنگ و شکل ظاهری آن توجه کرد.
					۱۰. مخروط نور (cone of light) را شناسایی کرد.
					۱۱. دسته استخوان چکشی را شناسایی کرد و به موقعیت آن توجه کرد.
					۱۲. به هر گونه سوراخ شدگی احتمالی توجه کرد.
					۱۳. حدت (تیزی) شنوایی را بررسی کرد.
					۱۴. آزمون ویر (Weber test) را در بیماران مبتلا به کاهش شنوایی انجام داد.
					۱۵. برای مقایسه هدایت هوایی (Ac) و هدایت استخوان (Bc) از آزمون رینه (Rinne test) استفاده کرد
					محل ارزیابی
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۷۵. مهارت در معاینه ریه

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	معاینه قسمت خلفی ریه
					۱. برای معاینه قسمت خلفی قفسه سینه و ریه‌ها بیمار را در وضعیت نشسته قرار داد.
					۲. در وضعیت خط وسط در پشت بیمار قرار گرفت و به نکات زیر دقت کرد:
					- دفرمیتة یا غیرقرینگی
					- تورفتگی غیرطبیعی فضاهاى بین دنده‌ای در خلال دم
					- اختلال یا تاخیر یک طرفه حرکات تنفسی
					۳. برای شناسایی نواحی حساس قفسه سینه را مورد لمس قرار داد.
					۴. اختلالات مشاهده شده (توده‌ها، مجاری سینوسی) را لمس کرد.
					۵. دستهای خود را در سطح دنده‌های دهم قرار داده و با ایجاد چین پوستی بین انگشتان شست حداکثر اتساع قفسه سینه را بررسی کرد
					۶. فرمیتوس لمسی را بررسی کرد.
					- از قسمت گرد دست یا سطح اولنار دست استفاده کرد.
					- از هر دو دست برای مقایسه دو طرف استفاده کرد.
					- چهار ناحیه را بطور دقیق مورد بررسی قرار داد.
					- به افزایش یا کاهش آن توجه کرد.
					۷. قسمت خلفی سینه را دق کرد
					- از بیمار خواست بازوهایش را از عرض قفسه سینه عبور داده و دستهای خود را بر روی شانه طرف مقابل قرار دهد.
					- فضای بین دنده‌ای را دق کرد.
					- هر دو طرف قفسه سینه را بطور قرینه دق کرد.
					- ۱۴ ناحیه را دق کرد.
					- نتهای دقی غیرطبیعی را (رزنانس، هیپررزنانس، ماتیتة و تمپان) شناسایی کرد.
					۸. نزول دیافراگم (انحراف دیافراگم) را شناسایی کرد.
					۹. ریه‌ها را سمع نمود.
					- برای سمع ریه بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد.
					- برای سمع ریه از دیافراگم گوشی استفاده کرد.
					امضاء ارزیابی کننده
					- هر دو ناحیه را بطور قرینه سمع نمود.

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					- ۱۴ ناحیه در خلف را سمع نمود.
					۱۰. الگوهای صداهای تنفسی طبیعی را از نظر شدت، ارتفاع، مدت نسبی مراحل دمی و بازدمی شناسایی کرد.
					۱۱. ریه‌ها را از نظر هر گونه صداهای اضافی (کراکل، ویز و رونکای) مورد سمع قرار داد.
					۱۲. در صورت سمع صداهای تنفسی برونکروزیکلولر یا برونشیال در مناطق غیر عادی صداهای تکلمی (اگوفونی، برونکوفونی، پکتوریلوکی نجوایی) را بررسی نمود.
					معاینه قسمت قدامی قفسه سینه
					۱. بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار داد.
					۲. به شکل قفسه سینه و نحوه حرکت دیواره‌های آن توجه کرد و موارد ذیل را مورد توجه قرار داد:
					- دفرمیتة یا غیر قرینگی
					- تورفتگی غیر طبیعی فضاهاى بین دنده‌ای و فوق ترقوه‌ای
					- تاخیر یا اختلال موضعی در حرکات تنفسی
					۳. با لمس قسمت قدامی نواحی حساس را شناسایی کرد.
					۴. اختلال مشاهده شده را با لمس بررسی نمود.
					۵. با قرار دادن دست خود در طول هر یک از حاشیه‌های دنده‌ای و با ایجاد چین پوستی میزان حداکثر اتساع قفسه سینه را ارزیابی نمود.
					۶. فرمیتوس لمسی را در ۶ ناحیه بررسی کرد.
					۷. ۱۲ ناحیه را در قسمت قدامی و جانبی قفسه سینه دق کرد.
					۸. در زنان با دست چپ به آرامی پستان را جابجا کرده و در همان زمان با دست راست عمل دق را انجام داد.
					۹. ۱۲ ناحیه در قسمت قدامی و جانبی قفسه سینه را سمع نمود.
					محل ارزیابی
				مرکز آموزشی درمانی	
				بخش	
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

۷۶. مهارت در معاینه قلب

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:				
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو					مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. بمنظور انجام قسمت اعظم معاینه قلبی، بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت با بالا بردن سر بستر به میزان ۳۰ درجه قرار داد.									
۲. دانشجو در قسمت راست بیمار ایستاد.									
۳. با مشاهده دقیق پریکاردیوم، محل ایمپالس نوک قلب یا نقطه حداکثر ایمپالس (PMI) را مشخص کرد.									
۴. در صورت عدم شناسایی ایمپالس نوک قلب، بیمار را در وضعیت خوابیده به پهلو چپ قرار داد.									
۵. در صورت نیاقتن ایمپالس نوک قلب، از بیمار خواست بطور کامل نفس خود را به بیرون بدهد و به مدت چند ثانیه نفس خود را نگه دارد.									
۶. بعد از شناسایی ایمپالس نوک قلب، محل، قطر، ارتفاع و مدت طول کشیدن نوک قلب را بررسی کرد.									
۷. تغییرات و اختلالات ایمپالس‌های بطنی (هیپرکتیک، مداوم، منتشر) را شناسایی کرد.									
۸. با نرمه انگشتان خود، ناحیه بطن چپ و راست را از نظر هیو (Heave) و لیفت (Lift) و لرزش (Thrill) لمس کرد.									
۹. در بیمارانی که قطر قدامی - خلفی قفسه سینه افزایش یافته بود برای لمس بطن راست، دست خود را در ناحیه زیر گیزیفوئید یا ناحیه اپی گاستر قرار داد.									
۱۰. برای لمس S ₁ و S ₂ دست خود را در کانونهای قلبی قرار داد.									
۱۱. در اتاق آرام، با استفاده از دیافراگم گوشی خود و با فشردن محکم آن به قفسه سینه صداهای قلبی را گوش داد.									
۱۲. سمع را از قاعده شروع کرده و بتدریج گوشی خود را به سمت اپکس حرکت داد.									
۱۳. بیمار را در وضعیت خوابیده به پهلو چپ قرار داد، با استفاده از بل گوشی ناحیه مربوطه به ایمپالس نوک قلب (برای سمع S ₃ و S ₄ و سوفهای MS) را سمع کرد.									
۱۴. از بیمار خواست که به جلو خم شود و با استفاده از دیافراگم گوشی ناحیه LSB و نوک قلب (برای سمع سوفلهای آنورت) را سمع کرد.									
۱۵. در موقع سمع قلب، به شدت صداهای قلبی (کاهش یا افزایش S ₁ و S ₂) توجه کرد.									
۱۶. در موقع سمع قلب صداهای اضافی (کلیک، سوفل، sound ejection و opening snap) را مورد توجه قرار داد.									
۱۷. انفکاک فیزیولوژیک S ₂ را از انفکاک پاتولوژیک افتراق داد.									
۱۸. در صورت سمع سوفل قلبی، زمان، محل حداکثر شدت، شکل، شدت و کیفیت سوفل را مشخص کرد.									
محل ارزیابی					مرکز آموزشی درمانی				
					بخش				
تاریخ ارزیابی									

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۷۷. مهارت در معاینه چشم

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. برای آزمایش حدت بینایی مرکزی، از صفحه snellen و از نور مناسب استفاده نمود.
					۲. آزمایش میدان‌های بینایی با روش رودر رو را انجام داد.
					۳. چشم‌های بیمار را از نظر موقعیت و امتداد بررسی کرد.
					۴. به ابروها نگاه کرده و به مقدار و نحوه توزیع آنها و نیز هر گونه پوسته ریزی در پوست زیرین توجه کرد.
					۵. به موقعیت پلک‌ها نسبت به کره چشم توجه کرده و به پهنای شیارهای پلکی، ادم پلک ها، رنگ پلک‌ها، ضایعات، وضعیت و جهت مژه‌ها و کفایت بسته شدن پلکها را مورد توجه قرار داد.
					۶. نواحی غدد اشکی و کیسه اشکی را از نظر وجود تورم مورد توجه قرار داد.
					۷. به اشک‌ریزش یا خشکی بیش از حد چشم‌ها توجه کرد.
					۸. ملتحمه و اسکلرا را از نظر رنگ، طرح عروقی، ندولها و تورم بررسی کرد.
					۹. با تابانیدن مستقیم نور از ناحیه تمپورال هر کدام از عنیه‌ها را بررسی کرد.
					۱۰. مردمکها را از نظر اندازه، شکل و قرینگی بررسی کرد.
					- واکنش نزدیک را در نور طبیعی اتاق آزمایش کرد.
					- واکنش های مردمک (واکنش مستقیم و متقابل) را در برابر نور آزمایش کرد.
					- واکنش نزدیک را در نور طبیعی اتاق آزمایش کرد.
					۱۱. حرکات خارجی چشمی را از نظر حرکات توام (هماهنگ، نیستاگموس و وجود تاخیر پلکی (lid lag) بررسی کرد.
					۱۲. شش حرکت خارجی چشم (EOM) را با حرکت مداد یا انگشتان دست بررسی کرد.
					محل ارزیابی
				مرکز آموزشی درمانی	
				بخش	
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۷۸. مهارت در معاینه سر و گردن

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو:					ترم:
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. موها را در مناطق مختلف سر از هم جدا کرد و پوست سر را از نظر پوسته ریزی، برآمدگی‌ها و سایر ضایعات مورد تجسس قرار داد.
					۲. به اندازه کلی و شکل مجمله توجه کرده و هر گونه دفرمیت، فرورفتگی، برآمدگی یا حساسیت را مورد بررسی قرار داد.
					۳. به نمای ظاهری و شکل صورت توجه کرده و هرگونه غیر قرینگی، حرکات غیر ارادی، ادم و توده را بررسی کرد.
					۴. پوست صورت را از نظر رنگ، پیگمانتاسیون، قوام، ضخامت، نحوه توزیع موها و هرگونه ضایعه بررسی کرد.
					۵. با استفاده از نرمه انگشتان نشانه و میانی خود، به طور مرتب و در یک توالی، گره‌های لنفاوی زیر را لمس کرد.
					- گره‌های جلوی گوش در قدام گوش
					- گره‌های خلفی گوش در سطح زائده ماستوئید
					- گره‌های پس سری در قاعده مجمله در قسمت خلفی
					- گره‌های لوزه‌ای در زاویه فک تحتانی
					- گره‌های تحت فکی در بین زاویه و نوک فک تحتانی
					- گره‌های زیر چانه‌ای در خط وسط
					- گره‌های گردنی سطحی در موقعیت سطحی نسبت به عضله استرنوماستوئید
					- گره‌های گردنی خلفی در طول لبه قدامی عضله تراپزیوس
					- گره‌های زنجیره عمقی گردن در عمق عضله استرنوماستوئید
					- گره‌های فوق ترقوه‌ای
					۶. نای را از نظر هر گونه انحراف از موقعیت طبیعی خود در خط وسط، ارزیابی کرد.
					۷. گردن را از نظر غده تیروئید بررسی کرد.
					- سر بیمار را مقداری به عقب برد.
					- از بیمار خواست مقداری آب را در دهان نگه داشته و عمل بلع را انجام دهد.
					- به حرکت رو به بالای غده تیروئید و نیز به شکل و قرینگی آن، توجه کرد.
					۸. غده تیروئید را لمس کرد.
					- از بیمار خواست تا گردن خود را اندکی به جلو خم کند.
					- در پشت بیمار قرار گرفت
					- انگشتان هر دو دست خود را به نحوی بر روی گردن بیمار قرار داد که انگشتان اشاره در زیر غضروف کریکوئید قرار گیرد.
					امضای ارزیابی کننده

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					- از بیمار خواست آب را در دهان نگه داشته و فرو ببرد و به حرکت رو به بالای ایسم تیروئید در زیر نرمه انگشتان توجه کرد.
					- با انگشتان دست چپ خود، نای را به سمت راست جابجا کرد و با انگشتان دست راست، لوب راست تیروئید را لمس کرد.
					- با روش مشابه لوب چپ را معاینه کرد.
					۹. به اندازه، شکل و قوام غده تیروئید توجه کرد.
					۱۰. هرگونه ندول یا حساسیت را مورد توجه قرار داد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۷۹. مهارت در معاینه شکم

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: _____					
ترم: _____					
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. برای معاینه شکم، بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد.					
- بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار داد.					
- در زیر سر و زانوهای بیمار بالش قرار داد.					
- بازوهای بیمار را بطور متقاطع بر روی سینه بیمار قرار داد.					
- شکم بیمار را از زائده گزیفوئید تا سمفیز پوبیس در معرض دید قرار داد.					
- دستها و گوشی خود را گرم کرد.					
۲. درست راست بیمار ایستاد.					
۳. شکم بیمار را مشاهده کرده و به نکات زیر توجه کرد.					
- پوست را از نظر اسکار، استریاها، راشها و ضایعات پوستی					
- ناف را از نظر شکل، محل و هرگونه التهاب یا برآمدگی					
- شکل شکم را از نظر، صاف، گرد برآمده یا اسکافوئید بودن					
- برجستگی فلانکها					
- قرینه بودن شکم					
- اعضا یا توده‌های قابل مشاهده					
- حرکات پریتالیک روده					
- ضربان طبیعی آئورت و توجه به افزایش آن					
۴. با دیافراگم گوشی به صداهای روده‌ای گوش فرا داد و به تعداد و ویژگی آن توجه کرد.					
۵. آئورت شکمی، شریان ایلیاک و شریان رانی را از نظر وجود بروئی سمع کرد.					
۶. هر کدام از چهار ربع شکم را به منظور ارزیابی نحوه توزیع مناطق تمپانی و ماتیت به آرامی دق کرد.					
۷. شکم بیمار را لمس سطحی کرد.					
- دستها و ساعدهای خود را در سطح افقی قرار داده و دستهای خود را با انگشتان صاف و چسبیده به هم، بر روی سطح شکم گذاشت و سپس شکم را با حرکتی آرام لمس کرد.					
- چهره بیمار را از نظر وجود هر گونه نشانه درد یا ناراحتی، بدقت زیر نظر داشت.					
- با حرکت نرم، تمام ربعهای چهارگانه را لمس کرد.					
- هرگونه عضو یا توده سطحی را شناسایی کرد.					
- افزایش مقاومت در برابر دست خود را شناسایی کرد.					
- گاردنیگ ارادی را از اسپاسم غیر ارادی عضلانی افتراق داد.					
امضای ارزیابی کننده					
۸. شکم بیمار را لمس عمقی کرد.					

نام دانشجو: ترم:					آیتم تحت ارزیابی / دانشجو
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	
					- با استفاده از سطوح کف دستی انگشتان خود، تمام ربع‌های چهارگانه شکم را لمس کرد.
					- توده‌های شکمی را لمس کرده و محل، اندازه، شکل، قوام، حساسیت، ضربانها و تحرک آن را مورد توجه قرار داد.
					۹. شکم را از لحاظ التهاب صفاق بررسی کرد.
					۱۰. محدوده کبد را بروش دق تعیین کرد.
					۱۱. با لمس لبه ی کبد را تعیین کرد.
					۱۲. محدوده طحال را بروش دق تعیین کرد.
					۱۳. با لمس لبه ی طحال را تعیین کرد.
					۱۴. پهنای آنوریسم شکمی را برای رد آنوریسم آئورت شکمی اندازه گیری کرد.
					۱۵. آسیت احتمالی شکم را بررسی کرد.
					- شکم را در وضعیت خوابیده به پشت از اطراف ناف بروش شعاعی دق کرد.
					- شکم با از نظر ماتیتة جابجا شونده (shifting dullness) بررسی کرد.
					- شکم را از نظر موج مایع (wave fluid) بررسی کرد.
					۱۶. آپاندیسیت احتمالی را بررسی کرده و بیمار را از نظر موارد زیر بررسی کرد.
					- حساسیت موضعی شکم
					- سفتی عضلانی شکم
					- نشانه روزینگ (Rovsings sing)
					- حساسیت بازگشتی ارجاعی (referred rebound tenderness).
					- نشانه پسواس (psoas sign)
					- نشانه اوبتوراتور (obturator sign).
					۱۷. بیمار را از نظر نشانه مورفی (murphys sign) جهت تشخیص کله سیستیت حاد بررسی کرد.
					۱۸. فتق‌های شکمی را بررسی کرد.
					۱۹. توده‌های شکمی را از توده‌های دیواره شکم افتراق داد.
				مرکز آموزشی درمانی	محل ارزیابی
				بخش	
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان
تاریخ

۸. مهارت در معاینه بینی و سینوس‌ها

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	
					۱. سطوح قدامی و تحتانی بینی را از لحاظ حساسیت نوک یا پره های بینی مورد بررسی قرار داد.
					۲. به هرگونه غیر قرینگی و دفرمیت بینی توجه کرد.
					۳. با فشار آوردن به پره بینی و درخواست از بیمار برای تنفس از راه بینی بیمار را از نظر انسداد بینی بررسی کرد.
					۴. با استفاده از اتوسکوپ داخل بینی را مشاهده کرد.
					- سر بیمار را به عقب منحرف کرد.
					- اسپکولوم را با ملایمت در وستیبول قرار داد.
					- دسته اتوسکوپ را در یک طرف نگه داشت تا با چانه بیمار برخورد نکند.
					۵. با اتوسکوپ مخاط بینی را بررسی کرده و به رنگ مخاط و نیز وجود هرگونه تورم، خونریزی یا اگزودا در آن توجه کرد.
					۶. در صورت وجود اگزودا ویژگی آن را (شفاف، موکوس، چرکی) بررسی کرد.
					۷. سپتوم بینی را بررسی کرده و به هرگونه انحراف، التهاب یا سوراخ شدگی سپتوم توجه کرد.
					۸. اختلالاتی مانند زخم یا پولیپ را مورد توجه قرار داد.
					۹. سینوسها را از نظر حساسیت مورد بررسی قرار داد.
					- زیر قسمت استخوانی ابروها، بروی سینوسهای پیشانی فشار وارد کرد.
					- بروی سینوسهای فکی فشار وارد کرد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۸۱. معاینه پوست و ضمایم آن

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: _____					ترم: _____
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					۱. پوست را مورد مشاهده قرار داده و به ویژگی‌های زیر توجه کرد.
					- افزایش یا کاهش پیگمانتاسیون، قرمزی، رنگ پریدگی، سیانوز
					۲. پوست را لمس کرده و به موارد زیر توجه کرد.
					- حرارت، رطوبت، زبری و صافی، تحرک و تورگور پوست
					۳. به هرگونه ضایعه پوست دقت کرده و به ویژگی‌های آن توجه نمود.
					- محل آناتومیک و نحوه توزیع آن در سطح بدن
					- الگوها و شکل‌های ضایعات
					- نوع ضایعات پوستی (ماکول، پاپول، ویزیکول، خال ...)
					۴. خال‌های خوش خیم بیمار را بررسی کرده و به ویژگی‌های بارز زیر توجه کرد.
					- شکل مدور یا تخم مرغی شکل
					- حاشیه‌های کاملاً مشخص
					- رنگ یکنواخت بویژه برنزه یا قهوه‌ای
					- قطر کمتر از ۶ میلی‌متر
					- سطح صاف یا برجسته
					۵. خال‌های خوش خیم را با ویژگی‌های خال‌های آتیپیک و ملانوم مورد مقایسه قرارداد.
					- غیر قرینه بودن (A)
					- حاشیه‌های نامنظم (B)
					- تنوع در رنگ (C)
					- قطر بیش از ۶ mm (D)
					۶. موها را مشاهده و لمس کرده و به مقدار و نحوه توزیع و قوام آن توجه کرد.
					۷. ناخن‌های انگشتان دست و پا را مورد مشاهده و لمس قرار داده و رنگ، شکل و ضایعات ناخن‌ها را مورد توجه قرار داد.
					محل ارزیابی
					مرکز آموزشی درمانی
					بخش
					تاریخ ارزیابی
					نام و امضای ارزیابی کننده بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۸۲. ارزیابی نورولوژیک

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
آیتم تحت ارزیابی / دانشجو	مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵
۱. تعداد، ریتم و الگوی تنفس (بیوت، شین استوک و ...) را بررسی کرد.					
۲. مردمک‌ها را از نظر ویژگی‌های زیر مورد بررسی قرار داد.					
- اندازه مردمک‌ها					
- برابر بودن					
- واکنش مردمک‌ها به نور					
۳. سطح هوشیاری بیمار (Loc) را براساس مقیاس گلاسگو (براساس معیارهای زیر) بررسی نمود.					
- باز بودن چشم‌ها					
- پاسخ کلامی					
- پاسخ حرکتی					
۴. سطح هوشیاری بیمار را براساس معیار AVPU بررسی کرد					
۵. علائم حیاتی را کنترل نموده و به triad گوشینگ جهت تشخیص ICP توجه نمود.					
۶. قامت و تون عضلانی را بررسی نموده و براساس پاسخ بیمار به محرک، طرح حرکت را به انواع زیر تقسیم‌بندی کرد.					
- طبیعی - مانع شونده					
- استرئوتایپیک					
- فلج شل یا فقدان پاسخ					
۷. بیمار را از نظر نشانه‌های مننژیتال بررسی نمود.					
۸. بیمار را از نظر غیرقرینگی صورت و سایر موارد غیرقرینگی در عملکردهای حرکتی، حسی و رفلکسی بررسی کرد.					
محل ارزیابی	مرکز آموزشی درمانی				
	بخش				
تاریخ ارزیابی					
نام و امضای ارزیابی کننده بهرتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.					

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

۸۳. مهارت در معاینه نبض‌ها

وسایل مورد نیاز:

راهنما: ب=بلی خ=خیر م=موردی ندارد

نام دانشجو: ترم:					
مورد ۵	مورد ۴	مورد ۳	مورد ۲	مورد ۱	آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو
					فشارها و نبضهای ورید ژوگولر (JVP)
					۱. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد، به منظور شل کردن عضلات استرنوماستوئید، با استفاده از بالش، سر بیمار را اندکی بالا برد.
					۲. ارتفاع سر بستر یا تخت معاینه را تقریباً تا ۳۰ درجه بالا برد.
					۳. سر بیمار از سمتی که خود قرارداد، اندکی به سمت دیگر چرخاند با تاباندن نورمماس، هر دو طرف گردن را معاینه کرد، ورید ژوگولر خارجی را در هر طرف شناسایی و سپس ضربان‌های ورید ژوگولر خارجی و داخلی را پیدا کرد.
					۴. در صورت لزوم، سر بستر را به حدی بالا یا پایین برد تا نقطه‌ای نوسان یا نقطه‌ای مشخص کننده ضربانهای ورید ژوگولر داخلی را در نیمه تحتانی گردن مشاهده کند.
					۵. نبضهای ژوگولر داخلی را از نبضهای شریان کاروتید افتراق داد.
					۶. خط کش را به صورت عمودی و رو به بالا در زاویه جناغ قرار داد.
					۷. وسیله مستطیل شکل یا کارت را نسبت به خط کش طوری نگه داشت تا با آن زاویه کاملاً قائمه تشکیل داد.
					۸. لبه تحتانی کارت را در راس ضربان‌های ژوگولر قرار داد و سپس فاصله عمودی را در خط کش خواند.
					۹. عدد حاصل را به نزدیکترین سانتی‌متر گرد کرد.
					۱۰. در صورت عدم رویت ضربان‌های ورید ژوگولر داخلی، این ضربان‌ها را در ورید ژوگولر خارجی مورد تجسس قرار داد.
					نبض کاروتید
					۱۱. بیمار در وضعیت خوابیده به پشت قرار داد و سر بستر را ۳۰ درجه بالا برد.
					۱۲. گردن را از نظر ضربان‌های کاروتید مورد مشاهده قرار داد
					۱۳. انگشتان اشاره و میانی را در ثلث تحتانی گردن بر روی شریان کاروتید قرار داد، در جهت خلفی فشار وارد کرد و ناحیه مذکور را از نظر وجود ضربان‌ها لمس کرد.
					۱۴. در هنگام لمس ابتدا فشار را به آهستگی افزایش داد و بعد پیدا کردن حداکثر ضربان، به آهستگی از میزان فشار کاست و ویژگی‌های زیر را ارزیابی کرد.
					- ارتفاع نبض (نبض نخی یا باندینگ)
					- شکل موج نبض
					- هرگونه انحراف ارتفاع طبیعی، از ضربه‌ای به ضربه دیگری در ارتباط با دم (نبض الترناس، دوکوهانه، پارادوکس)
					۱۵. در لمس تریل‌ها را بررسی کرد.
					۱۶. در صورت وجود تریل، با استفاده از دیافراگم گوشی، شریان‌های کاروتید را از نظر وجود بروئی سمع کرد.
					امضای ارزیابی کننده

نام دانشجو:					ترم:	
آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو						
مورد ۱	مورد ۲	مورد ۳	مورد ۴	مورد ۵		
					شریانهای بازویی	
					۱۷. آرنج را به درجاتی در فلکسیون و کف دست را رو به بالا قرار داد.	
					۱۸. انگشتان نشانه و میانی را در زیر آرنج درست در طرف داخل تاندون عضله دو سر قرار داده و نبض را لمس کرد.	
					۱۹. ارتفاع و شکل نبض را بررسی کرد.	
					نبضهای اندام تحتانی	
					۲۰. نبضهای فمورال را با لمس ناحیه بین خارخاصره‌ای قدامی - فوقانی و سمیفیزپوبیس مورد بررسی قرار داد.	
					۲۱. نبض پوپلیتال را بررسی کرد.	
					- زانوی بیمار را فلکسیون داد.	
					- نوک انگشتان هر دو دست خود را درست در خط وسط پشت زانو قرار داد.	
					- نوک انگشتان را بطور عمقی به طرف داخل فضای پوپلیتهال فشار داد	
					۲۲. نبض شریان پشتی پا (دور سالیس پدیس) را مورد بررسی قرار داد.	
					۲۳. نبض تیبیال خلفی در پشت و زیر قوزک داخلی مچ پا را مورد بررسی قرار داد.	
					۲۴. نبضهای اندامهای فوقانی را با نبضهای اندام تحتانی از لحاظ قرینه بودن باهم مقایسه کرد.	
					محل ارزیابی	
					مرکز آموزشی درمانی	
					بخش	
					تاریخ ارزیابی	
					نام و امضای ارزیابی کننده	
					بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد.	

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ