چک لیست ایمنی بیمار در انتقال بین بخشی

نام بیمار **بخش مبدأ** **بخش مقصد** **تاریخ و ساعت انتقال**

موارد قابل ارزیابی قبل از انتقال	بلی	خیر	علت عدم انجام
۱- آیا توسط پزشک معالج ویزیت و دستور بستری نوشته شده است؟			
۲-آیا گرافی، سونوگرافی و سایر اقدامات پاراکلینیکی انجام شده است؟			
۳-آیا آزمایشات درخواستی ارسال شده است؟			
۴-آیا مشاوره پزشکی در صورت درخواست انجام شده است؟			
۵-در صورت انتقال به بخش ویژه بیمار با شرایط حاد یا انتقال بیمار بدحال ، به اتاق عمل کیف احیا در حین انتقال وجود دارد؟			
۶-آیا سرم دارای برچسب و داروی اضافه شده بوده و با دستور پزشک هماهنگی داشته و به میزان کافی انفوزیون شده است؟			
۷- آیا دستورات STATاجرا شده است؟			
۸-آیا گزارش پرستاری بخش مبدا کامل و جامع و شامل موارد انجام شده و قابل پیگیری می باشد؟			
۹-آیا آنژیوکت، فولی و NGT، پانسمان دارای تاریخ است؟			
۱۰-آیا وسیله جابجایی نظیر برانکارد و ویلچیر ایمن است؟			
۱۱- در صورت نیاز کپسول اکسیژن با ذخیره کافی تا بخش مقصدوجود دارد؟			
۱۲ - آیا با بخش مقصد هماهنگ شده است؟			
۱۳- آیا انتقال توسط پرستار انجام شده است؟			
۱۴-در صورت ضرورت فرم ارزیابی اولیه/ رضایت آگاهانه / آموزش تکمیل شده است؟			
۱۵-آیا توضیحات لازم به بیمار یا همراه جهت انتقال داده شده است			

مهر وامضا پرستار تحویل دهنده: مهر وامضا پرستار تحویل گیرنده: