



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

اداره پرستاری

تاریخ پایش :

نام بخش :

نام بیمارستان :

« چک لیست سرم درمانی »

ردیف	عنوان	قابل قبول	ناقص	غیر قابل قبول	مستندات	
۱	وجود شناسنامه باتل سرم				نام بخش شماره تخت نام بیمار شماره پرونده مشخص بودن نوع سرم مشخص بودن حجم سرم مدت تزریق سرم تعداد قطرات سرم نوع دارو اضافه شده میزان دارو اضافه شده تاریخ و ساعت شروع سرم تاریخ و ساعت پایان سرم نام پرسنل و سمت	
	۲	وجود شناسنامه میکروست یا ست سرم				نام پرسنل و سمت تاریخ و ساعت وصل ست سرم یا میکروست تاریخ و ساعت انقضاء ست سرم یا میکروست
		۳	وجود شناسنامه محل رگ گیری			
	۴		علائم نشت و فلبیت در محل تزریق مشاهده نمی شود			
	۵		زمان مجاز نگهداری باتل سرم رعایت شده			
	۶		زمان مجاز نگهداری ست سرم رعایت شده			
	۷	زمان مجاز نگهداری میکروست رعایت شده				

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

امضاء و نام و نام خانوادگی ارزیابی کننده :