

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرکز آموزشی درمانی.....

چک لیست ممیزی پرونده

شماره پرونده:		نام خانوادگی:		نام پدر:		تاریخ پذیرش:		نام:	
نام فرم		منشی		کارشناس		نام فرم		کارشناس	
مدرک پزشکی		مدرک پزشکی		مدرک پزشکی		مدرک پزشکی		مدرک پزشکی	
x	✓	x	✓	x	✓	x	✓	x	✓
اطلاعات هویتی و دموگرافیک حین پذیرش				مراقبت قبل از عمل جراحی					
تشخیص نهایی				بیهوشی					
اقدامات درمانی و جراحی				وجود اصل برگ گزارش عمل جراحی					
مهر و امضاء پزشک معالج									
نام و امضاء متصدی پذیرش									
نام و امضاء سرپرستار بخش									
رضایت نامه های حین پذیرش									
وجود اصل برگ خلاصه پرونده									
شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه									
تشخیص نهایی									
اقدامات درمانی و اعمال جراحی									
نتایج آزمایشات و اقدامات پاراکلینیک									
سیر بیماری (در صورت فوت، علت فوت)				مراقبت بعد از عمل جراحی					
وضعیت بیمار هنگام ترخیص				دستورات پزشک					
توصیه های پس از ترخیص				گزارش پرستاری (بخش های عادی و ویژه)					
مهر و امضاء پزشک معالج				کنترل علائم حیاتی					
تاریخ و ساعت ثبت				نمودار علائم حیاتی					
وجود اصل برگ شرح حال				در خواست رادیولوژی					
شکایت اصلی بیمار				الصاق آزمایش					
تاریخچه بیماری فعلی				الصاق نوار قلب					
تاریخچه بیماری قبلی				جذب و دفع مایعات					
داورهای در حال مصرف				اطلاعات هویتی سربرگ همه فرم ها					
حساسیت به				رضایت نامه آگاهانه					
سوابق فامیلی				خوانا بودن مستندات					
معاینات بدنی				رعایت ترتیب فرم ها					
تشخیص اولیه / افتراقی				گواهی فوت					
مهر و امضاء پزشک معالج				شرح حال مادر باردار					
تاریخ و ساعت ثبت				ثبت پیشرفت زایمان و پارتوگراف					
ثبت روزانه سیر بیماری				مراقبت بعد زایمان					
مهر و امضاء پزشک معالج				فرم های نوزاد (شرح حال بدو تولد، آپگار و معاینه)					
درخواست مشاوره				پرونده تحت نظر اورژانس (شامل تریاژ و ...)					

نام و امضاء کنترل کننده نواقص:

تاریخ کنترل نهایی:

نام و امضاء منشی:

تاریخ کنترل نهایی: