

چک لیست ارزیابی تریاژ بیمارستانی بخش اورژانس بیمارستان .....

شماره پرونده : تاریخ تریاژ : شیفت : نام تریاژ کننده : سطح تریاژ بیمار :

ردیف	سوالات	بلی ( 1 )	خیر ( 0 )	توضیحات
۱	فرم تریاژ دارای شماره پرونده می باشد؟			
۲	مشخصات بیمار بطور کامل تکمیل شده است؟			
۳	شکایت اصلی بیمار ذکر شده است؟			
۴	در بیماران سطح ۱ و ۲ تریاژ ، سطح هشیاری ذکر شده است؟			
۵	در بیماران سطح ۲ و ۳ SPO2 بررسی شده است؟			
۶	علت قرار دادن بیمار در سطح ۱ ذکر شده است؟ مخاطره راه هوایی دیسترس تنفسی یا نوز علائم شوک			
۷	علت قرار دادن بیمار در سطح ۲ ذکر شده است؟ شرایط پرخطر لتارژی و خواب آلودگی درد یا دیسترس شدید			
۸	در سطح ۲ و ۳ علائم حیاتی بیمار ارزیابی و ثبت شده است؟			
۹	تعداد تسهیلات بیمار در سطوح ۳ و ۴ و ۵ ذکر شده است؟			
۱۰	سطح تریاژ بیمار به درستی تعیین شده است؟			
۱۱	سطح تریاژ تعیین شده توسط پرستار با پزشک همخوانی دارد؟			
۱۲	بیمار به در زمان مناسب به مکان مناسب ارجاع شده است؟			
۱۳	نام و امضا پرستار تریاژ در فرم ثبت شده است؟			

توضیحات:

- برای ستونبلی: نمره یک و ستون خیر: نمره صفر در نظر گرفته شود.
- این چک لیست بر اساس سطح تریاژ بیمار و نکاتی که باید در فرآیند تریاژ و ثبت در فرم تریاژ رعایت گردد برای بیماران :  
سطح یک / امتیاز ، سطح دو / امتیاز ، سطح سه / امتیاز ، سطح چهار / امتیاز و بیمار سطح پنج / امتیاز در نظر می گیرد.
- کل نمره کسب شده بر اساس سطح تریاژ بیمار:

نام و امضا فرد ارزیاب :

.....

تاریخ ارزیابی:

.....