



**כלי בקרה המכיל את הסטנדרט עבור כל היגד, מבוסס על חוזרי משרד הבריאות / מינהל הסיעוד**

**חלק ב' : הטמעה ויישום במחלקות / יחידות המוסד**

פרק זה ייבדק ביחידות הרלוונטיות במוסד באמצעות תשאול האחות האחראית, אחות מן השורה ותיעוד ברשומה הרפואית.

פרק 1 : שאלון בנושא מיצוי הפוטנציאל התפקודי של האחות לאחות אחראית

פרק 2 : שאלון בנושא מיצוי הפוטנציאל התפקודי של האחות לאחות מן השורה

**כל פרק ייפתח במידה ורלוונטי למחלקות המוסד :**

**השאלות בפרקים 12-3 יבדקו על בסיס תיעוד ברשומה הרפואית .**

פרק 3 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקה לרפואה דחופה

פרק 4 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות אשפוז כלליות מבוגרים / ילדים

פרק 5 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות אשפוז אונקולוגיות מבוגרים / ילדים

פרק 6 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות לטיפול נמרץ

פרק 7 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות אשפוז גריאטרי

פרק 8 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות שיקום מבוגרים/ילדים

פרק 9 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות אשפוז פסיכיאטרי / מערך פסיכיאטרי

אמבולטורי

פרק 10 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות נשים ויולדות

\* כל פרק ייפתח במידה ורלוונטי למחלקות / יחידות המוסד :

פרק 3 : בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקה לרפואה דחופה

פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל :	שם האחות המוסמכת:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>			
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	1. החלטה על מתן תרופות OTC א. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות OTC שהוכרה על ידי המנהל הרפואי במוסד, בכפוף לרשימת משרד הבריאות ב. תיעוד תרופת OTC כהוראה + ביצוע וחתימה על המתן על ידי אחות מוסמכת ג. ההוראה כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה ד. מתן התרופה הינו מתן חד פעמי ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה ו. מומלץ קיום הערה / סימון שמדובר ב"תרופת OTC" ז. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש ח. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן OTC (לרוב בדיווח סיעודי)	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	2. הפניית מטופל לצילומי חזה ושלד במחלקות לרפואה דחופה א. קיימת סיבה הולמת / מותאמת להפניית המטופל ב. למטופל ניתנה הפנייה לצילומי חזה ושלד מאת האחות המוסמכת ובחתימתה (לראות אם ניתן לצפות בהפניה הסרוקה/ממוחשבת/מצולמת) ג. ההפניה כוללת מידע מלא ומנומק אודות מטרת הצילום	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	3. החלטה על מתן חמצן והפסקתו למטופל מבוגר באשפוז באמצעות מערכות זרימה נמוכה א. ההחלטה למתן חמצן למטופל באמצעות מערכת זרימה נמוכה מוצדקת ומותאמת למצבו ב. ההחלטה למתן החמצן מתועדת כמתן הוראה או כחלק מתכנית טיפול + לרבות חתימה על הביצוע. החתימה על ידי אחות מוסמכת. ג. ההוראה למתן חמצן כוללת את ריכוז החמצן (שלא עולה על 40%), קצב זרימה FLOW (לא עולה על 5 lit) ואמצעי / אופן המתן ד. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן החמצן בדיווח (מומלץ)	

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת ברפואה דחופה  
( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת ברפואה דחופה ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל:	שם האחות המוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת ברפואה דחופה:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת :</b>			
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	1. הזרקה בדחף של תרופות בווריד א. קיימת הוראה רפואית לביצוע הפעולה ב. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות להזרקה בדחף במחלקה ג. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה ד. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש ה. קיימת חתימה לביצוע מתן התרופה בדחף (חתימה על ביצוע הוראה רפואית) ו. ניטור והערכה לתקינות הקו הוריד באמצעות אומדן או סימון (מומלץ)	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	2. החלטה על הכנסת צנתר לשלפוחית השתן א. ההחלטה להכנסת צנתר לשלפוחית השתן מוצדקת ומותאמת למצבו של המטופל	

		<p><b>ב. הפעולה בוצעה בהתאם לנהלים וכללי בטיחות במוסד/במחלקה</b></p> <p><b>ג. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה לביצוע הפעולה</b></p>	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>החלטה על מתן OXYCODONE ו/או DIPYRONE כטיפול בכאב במטופלים מבוגרים עם בעיה אורטופדית וכטיפול בכאב בילדים עם בעיה אורטופדית או כוויה</p> <p><b>א. ההחלטה למתן התרופה ניתנה בהתאם להתוויה הרשומה לעיל</b></p> <p><b>ב. תיעוד התרופה OXYCODONE ו/או DIPYRONE כהוראה + ביצוע החתומה על ידי אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת ברפואה דחופה</b></p> <p><b>ג. ההוראה כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה</b></p> <p><b>ד. מתן התרופה הינו מתן חד פעמי</b></p> <p><b>ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה</b></p> <p><b>ו. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש</b></p> <p><b>ז. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן אחת התרופות</b></p>	3.
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>החלטה על מתן חמצן ואינהלציה של VENTOLIN ו AEROVENT למטופלים עם קוצר נשימה הידועים כסובלים מאסטמה או מחלת ריאות כרונית וידועים כמטופלים במרחיבי סימפונות</p> <p><b>א. ההחלטה למתן חמצן ואינהלציות של VENTOLIN ו AEROVENT ניתנה בהתאם להתוויה הרשומה לעיל</b></p> <p><b>ב. תיעוד החמצן והאינהלציות כהוראה + ביצוע החתומה על ידי אחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת ברפואה דחופה</b></p> <p><b>ג. ההוראה לאינהלציות כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה</b></p> <p><b>ד. ההוראה למתן חמצן כוללת התייחסות לריכוז, קצב זרימה ואמצעי מתן</b></p> <p><b>ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופות</b></p> <p><b>ו. קיים תיעוד הסבר למתן החמצן /אינהלציות בדגש על טיפול תרופתי חדש</b></p> <p><b>ז. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן החמצן /אינהלציות</b></p>	4.
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>החלטה על הורדת מטופל מקרש גב לאחר תאונת דרכים/ חבלות קהות, שפונה למחלקה לרפואה דחופה</p> <p><b>א. ההחלטה להורדת מטופל מקרש גב ניתנה בהתאם להתוויה הרשומה לעיל</b></p> <p><b>ב. הפעולה בוצעה בהתאם לנהלים מוסדיים וכללי בטיחות לביצוע הפעולה</b></p> <p><b>ג. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה לביצוע הפעולה</b></p>	5.

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פעולות חריגות לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת ברפואה דחופה סעיף ללא ניקוד**

קיום הרשאה אישית	ביצוע הפעולה	פעולות חריגות לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת ברפואה דחופה	
		שם האחות המוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת ברפואה דחופה:	
כן / לא	כן / לא	<b>בדיקת הרשאות בלבד וביצוע ההכשרה</b>	1.

\*בכל מילוי "לא" יפתח שדה "סיבה"

**פרק 4: בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות אשפוז כלליות מבוגרים / ילדים**  
**פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל: שם האחות המוסמכת:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת :</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>1. החלטה על מתן תרופות OTC</p> <p>א. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות OTC שהוכרה על ידי המנהל הרפואי במוסד, בכפוף לרשימת משרד הבריאות</p> <p>ב. תיעוד תרופות OTC כהוראה + ביצוע וחתימה על המתן על ידי אחות מוסמכת</p> <p>ג. ההוראה כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה</p> <p>ד. מתן התרופה הינו מתן חד פעמי</p> <p>ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה</p> <p>ו. מומלץ קיום הערה / סימון שמדובר ב"תרופת OTC"</p> <p>ז. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש</p> <p>ח. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן OTC (לרוב בדיווח סיעודי)</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>2. התחלת עירוי ורידי פריפרי והזלפת נוזלים *ייבדק במחלקות מבוגרים בלבד</p> <p>א. קיימת הוראה חד פעמית למתן נוזלים בהחלטת האחות ובחתימתה</p> <p>ב. ההוראה כוללת את אופן המתן, סוג התמיסה, כמות וקצב ההזלפה בחתימתה של האחות המוסמכת</p> <p>ג. קיים תיעוד התקנת העירוי ואומדן לניטור מיקום העירוי</p> <p>ד. העירוי בהחלטת האחות הותקן בגפיים עליונות בלבד</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>3. מתן דם בידי שתי אחיות מוסמכות</p> <p>א. קיימת הוראה רפואית למתן דם ומוצריו</p> <p>ב. בוצע תהליך זיהוי המטופל ואימות נתוני מרכיבי הדם בשלוש מקומות : על גבי המנה עצמה, בטופס ייעודי המצורף למנת הדם וברשומת המטופל . התהליך מתועד בחתימה וחתימת שתי אחיות מוסמכות או לחילופין תיעוד שם מלא ומס' רישוי של שתי אחיות מוסמכות</p> <p>ג. מתועדת הדרכת המטופל למתן דם ומוצריו</p> <p>ד. מתועדת הסכמה מדעת של המטופל למתן דם ומוצריו</p> <p>ה. קיים תיעוד ניטור סימנים חיוניים לפני, במהלך ולאחר מתן דם ומוצריו</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>4. החלטה על מתן חמצן והפסקתו למטופל מבוגר באשפוז באמצעות מערכות זרימה נמוכה</p> <p>א. ההחלטה למתן חמצן למטופל באמצעות מערכת זרימה נמוכה מוצדקת ומותאמת למצבו</p> <p>ב. ההחלטה למתן החמצן מתועדת כמתן הוראה או כחלק מתכנית טיפול + לרבות חתימה על הביצוע . החתימה על ידי אחות מוסמכת .</p> <p>ג. ההוראה למתן חמצן כוללת את ריכוז החמצן (שלא עולה על 40%), קצב זרימה FLOW ( לא עולה על 5 lit ) ואמצעי / אופן המתן</p> <p>ד. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן החמצן בדיווח (מומלץ)</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>5. מתן אישור כתוב למלווה אישי לביצוע פעולות שהותרו לו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות</p> <p>א. קיים תיעוד מובנה להדרכת מלווה אישי לביצוע הפעולות המותרות</p> <p>ב. ההדרכה נעשתה על ידי אחות מוסמכת אשר בסיימה נבדק יכולתו של המטפל לבצע את הפעולות אליהן הודרך</p> <p>ג. המלווה האישי חתום על ביצוע ההדרכה</p> <p>ד. האישור מובנה ומתועד ברשומת המטופל</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>6. החלטה בדבר הגבלה פיזית או התרת הגבלה לצורך מתן טיפול רפואי</p> <p>א. ההחלטה להגבלה פיזית של המטופל לצורך מתן טיפול התקבלה על ידי אחות מוסמכת אחראית המשמרת</p> <p>ב. ההחלטה והנימוק להגבלה מתועדים ברשומה</p> <p>ג. התיעוד כולל : תאריך ושעת ההוראה להגבלה, נותן ההוראה וחתימתו, הסיבות להחלטה, אופן ההגבלה, משך ההגבלה, ההסבר שניתן למטופל</p>

		<p>ולמשפחתו, שם מבצע ההגבלה.</p> <p>ד. משך ההגבלה בהחלטת אחות לא עולה על 8 שעות</p> <p>ה. קיימת הוראה לחידוש בחלוף 8 שעות</p> <p>ו. מעל 24 שעות הגבלה, קיים אישור של מנהל המחלקה</p> <p>ז. כל שעתיים בוצעו ותועדו אומדנים לחולה – אומדן הכרה ואומדן גפיים</p> <p>ח. קיים תיעוד אודות ביקור החולה אחת לחצי שעה על ידי איש צוות</p>	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>7. החלטה על טיפול בחבישות ומשחות בפצעי לחץ מדרגה ראשונה ושנייה</p> <p>א. למטופל קיים פצע לחץ מדרגה ראשונה / שנייה</p> <p>ב. למטופל מתועד אומדן פצע לחץ המגדיר את דרגת הפצע, מיקומו, מועד ומקום הופעתו לרבות הטיפול הניתן</p> <p>ג. ההחלטה לטיפול בחבישות ומשחות על פי דרגה וסוג הפצע הינה בהתאם לנהלי המוסד/המחלקה</p>	

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פעולות חריגות לאחות מוסמכת סעיף ללא ניקוד**

קיום הרשאה אישית	ביצוע הפעולה	פעולות חריגות לאחות מוסמכת	שם האחות המוסמכת:
כן / לא	כן / לא	שאיבה עמוקה מקנה הנשימה ( Deep Suction ) <b>בדיקת הרשאות בלבד וביצוע ההכשרה</b>	1.

\*בכל מילוי "לא" יפתח שדה "סיבה"

**פרק 5: בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות ויחידות מערך אונקולוגי מבוגרים / ילדים מחלקה אונקולוגיות / מחלקה המטואונקולוגיות / מכון אונקולוגי / מכון המטואונקולוגי פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת
		ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל :
		שם האחות המוסמכת :
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>1. החלטה על מתן תרופות OTC</p> <p>א. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות OTC שהוכרה על ידי המנהל הרפואי במוסד, בכפוף לרשימת משרד הבריאות</p> <p>ב. תיעוד תרופות OTC כהוראה + ביצוע וחתימה על המתן על ידי אחות מוסמכת</p> <p>ג. ההוראה כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה</p> <p>ד. מתן התרופה הינו מתן חד פעמי</p> <p>ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה</p> <p>ו. מומלץ קיום הערה / סימון שמדובר ב"תרופת OTC"</p> <p>ז. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש</p> <p>ח. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן OTC (לרוב בדיווח סיעודי)</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>2. הוצאת צנתר מווריד מרכזי</p> <p>א. קיימת הוראה רפואית להוצאת צנתר מרכזי</p> <p>ב. הצנתר המרכזי אינו שייך לקבוצת צנתרים לטווח ארוך המושתלים בגוף</p> <p>ג. קיים תיעוד לביצוע הפעולה ברשומת המטופל לרבות סיבוכים או אירועים חריגים במידה ואירעו</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>3. מתן דם בידי שתי אחיות מוסמכות</p> <p>א. קיימת הוראה רפואית למתן דם ומוצריו</p> <p>ב. בוצע תהליך זיהוי המטופל ואימות נתוני מרכיבי הדם בשלוש מקומות : על גבי המנה עצמה, בטופס ייעודי המצורף למנת הדם וברשומת המטופל. התהליך מתועד בחתימה וחתימת שתי אחיות מוסמכות או לחילופין תיעוד שם מלא ומס' רישוי של שתי אחיות מוסמכות</p> <p>ג. מתועדת הדרכת המטופל למתן דם ומוצריו</p> <p>ד. מתועדת הסכמה מדעת של המטופל למתן דם ומוצריו</p> <p>ה. קיים תיעוד ניטור סימנים חיוניים לפני, במהלך ולאחר מתן דם ומוצריו</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>4. החלטה על מתן חמצן והפסקתו למטופל מבוגר באשפוז באמצעות מערכות זרימה נמוכה *יבדק רק במחלקות אשפוז ובמבוגרים בלבד</p> <p>א. ההחלטה למתן חמצן למטופל באמצעות מערכת זרימה נמוכה מוצדקת ומותאמת למצבו</p> <p>ב. ההחלטה למתן החמצן מתועדת כמתן הוראה או כחלק מתכנית טיפול + לרבות חתימה על הביצוע. החתימה על ידי אחות מוסמכת.</p> <p>ג. ההוראה למתן חמצן כוללת את ריכוז החמצן (שלא עולה על 40%), קצב זרימה FLOW (לא עולה על 5 lit) ואמצעי / אופן המתן</p> <p>ד. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן החמצן בדיווח (מומלץ)</p>

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פעולות חריגות לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת באונקולוגיה**

( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות חריגות לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת באונקולוגיה
		ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל :
		שם האחות המוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת באונקולוגיה :
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>1. הזרקה בדחף של תרופות לווריד</p> <p>א. קיימת הוראה רפואית לביצוע הפעולה</p> <p>ב. קיימת הוראה רפואית לביצוע הפעולה</p> <p>ג. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות להזרקה בדחף במחלקה</p> <p>ד. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה</p> <p>ה. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש</p>

		<p>1. קיימת חתימה לביצוע מתן התרופה בדחף (חתימה על ביצוע הוראה רפואית)</p> <p>2. ניטור והערכה לתקינות הקו הורדי באמצעות אומדן או סימון (מומלץ)</p>	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>2. הזרקה בדחף של תרופות לצנתר בווריד מרכזי ומערכות חלופיות לווריד</p> <p>א. למטופל קיים צנתר מרכזי ומתועד ברשומה סוג ומיקום הצנתר</p> <p>ב. קיימת הוראה רפואית לביצוע הפעולה</p> <p>ג. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות להזרקה בדחף במחלקה</p> <p>ד. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה</p> <p>ה. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש</p> <p>ו. קיימת חתימה לביצוע מתן התרופה בדחף (חתימה על ביצוע הוראה רפואית)</p> <p>ז. ניטור והערכה לתקינות הצנתר בווריד מרכזי באמצעות אומדן או סימון (מומלץ)</p>	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>3. שאיבת דם לסוג והצלבה, הזמנת דם ומוצריו</p> <p>א. הפעולה תועדה על גבי טופס דם לסוג והצלבה וברשומת המטופל</p> <p>ב. תהליך אימות הנתונים ופרטי המטופל בוצע וקיימת חתימה וחותמת האחות המורשית שלוקחת הדגימה וחתימה וחותמת מטפל מורשה נוסף כמבצע האימות.</p>	

\* בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

### פעולות חריגות לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת באונקולוגיה סעיף ללא ניקוד

קיום הרשאה אישית	ביצוע הפעולה	פעולות חריגות לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת באונקולוגיה	
		שם האחות המוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת באונקולוגיה:	
כן / לא	כן / לא	1. הזרקה בדחף של תרופות לווריד <b>בדיקת הרשאות בלבד וביצוע ההכשרה</b>	
כן / לא	כן / לא	2. הזרקה בדחף של תרופות לצנתר בווריד מרכזי ומערכות חלופיות לווריד <b>בדיקת הרשאות בלבד וביצוע ההכשרה</b>	
כן / לא	כן / לא	3. שאיבת דם לסוג והצלבה, הזמנת דם ומוצריו <b>בדיקת הרשאות בלבד וביצוע ההכשרה</b>	

\* בכל מילוי "לא" יפתח שדה "סיבה"



**פרק 6: בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות לטיפול נמרץ**  
**פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת
		ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל :
		שם האחות המוסמכת:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	1. הוצאת צנתר מווריד מרכזי א. קיימת הוראה רפואית להוצאת צנתר מרכזי ב. הצנתר המרכזי אינו שייך לקבוצת צנתרים לטווח ארוך המושתלים בגוף ג. קיים תיעוד לביצוע הפעולה ברשומת המטופל לרבות סיבוכים או אירועים חריגים במידה ואירעו
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	2. מתן דם בידי שתי אחיות מוסמכות א. קיימת הוראה רפואית למתן דם ומוצריו ב. בוצע תהליך זיהוי המטופל ואימות נתוני מרכיבי הדם בשלוש מקומות : על גבי המנה עצמה, בטופס ייעודי המצורף למנת הדם וברשומת המטופל. התהליך מתועד בחתימה וחותמת שתי אחיות מוסמכות או לחילופין תיעוד שם מלא ומס' רישוי של שתי אחיות מוסמכות ג. מתועדת הדרכת המטופל למתן דם ומוצריו ד. מתועדת הסכמה מדעת של המטופל למתן דם ומוצריו ה. קיים תיעוד ניטור סימנים חיוניים לפני, במהלך ולאחר מתן דם ומוצריו
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	3. החלטה בדבר הגבלה פיסית או התרת הגבלה לצורך מתן טיפול רפואי א. ההחלטה להגבלה פיסית של המטופל לצורך מתן טיפול התקבלה על ידי אחות מוסמכת אחראית המשמרת ב. ההחלטה והנימוק להגבלה מתועדים ברשומה ג. התיעוד כולל : תאריך ושעת ההוראה להגבלה, נותן ההוראה וחתימתו, הסיבות להחלטה, אופן ההגבלה, משך ההגבלה, ההסבר שניתן למטופל ולמשפחתו, שם מבצע ההגבלה. ד. משך ההגבלה בהחלטת אחות לא עולה על 8 שעות ה. קיימת הוראה לחידוש בחלוף 8 שעות ו. מעל 24 שעות הגבלה, קיים אישור של מנהל המחלקה ז. כל שעתיים בוצעו ותועדו אומדנים לחולה – אומדן הכרה ואומדן גפיים ח. קיים תיעוד אודות ביקור החולה אחת לחצי שעה על ידי איש צוות
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	4. חיבור וניתוק חולה ממנשם לצורך שאיבת הפרשות א. ניטור והערכת מטופל מונשם לפני ובמהלך הפעולה – ניטור נשימתי והמודינמי ב. תיעוד ביצוע הפעולה - משאיבת הפרשות מהטובוס / טרכיאוסטומי ג. תיעוד סוג, אופי הפרשות ותדירות הביצוע

\* בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ משולב / ילדים / פ.י.ת.י**  
**( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ משולב / ילדים / פ.י.ת.י
		ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל :
		שם האחות המוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ משולב / ילדים / פ.י.ת.י:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	1. הוצאת קו עורקי א. קיימת הוראה רפואית להוצאת קו עורקי ב. ניטור והערכה לפני, בעת ולאחר הפעולה תוך דגש על מצב המודינמי ואומדן גפה ג. קיים תיעוד לביצוע הפעולה ברשומת המטופל לרבות סיבוכים או אירועים חריגים במידה ואירעו



תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	2. שאיבת דם לסוג והצלבה, הזמנת דם ומוצריו א. הפעולה תועדה על גבי טופס דם לסוג והצלבה וברשומת המטופל ב. תהליך אימות הנתונים ופרטי המטופל בוצע וקיימת חתימה וחותמת האחות המורשית שלוקחת הדגימה וחתימה וחותמת מטפל מורשה נוסף כמבצע האימות.
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	3. הזרקה בדחף של תרופות לווריד א. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות להזרקה בדחף במחלקה ב. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה ג. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש ד. קיימת חתימה לביצוע מתן התרופה בדחף (חתימה על ביצוע הוראה רפואית) ה. ניטור והערכה לתקינות הקו הורדי באמצעות אומדן או סימון (מומלץ)

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פעולות חריגות לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ משולב / ילדים / פ.י.ת.י**

סעיף ללא ניקוד

קיום הרשאה אישית	ביצוע הפעולה	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ משולב / ילדים / פ.י.ת.י
		שם האחות המוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בטיפול נמרץ משולב / ילדים / פ.י.ת.י:
כן / לא	כן / לא	1. התאמת מכשיר הנשמה לצורך גמילה ממנשם בדיקת הרשאות בלבד וביצוע ההכשרה

\*בכל מילוי "לא" יפתח שדה "סיבה"

**פרק 7: בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות אשפוז גריאטרי**  
**פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל: שם האחות המוסמכת:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>1. החלטה על מתן תרופות OTC</p> <p>א. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות OTC שהוכרה על ידי המנהל הרפואי במוסד, בכפוף לרשימת משרד הבריאות</p> <p>ב. תיעוד תרופות OTC כהוראה + ביצוע וחתימה על המתן על ידי אחות מוסמכת</p> <p>ג. ההוראה כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה</p> <p>ד. מתן התרופה הינו מתן חד פעמי</p> <p>ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה</p> <p>ו. מומלץ קיום הערה / סימון שמדובר ב"תרופת OTC"</p> <p>ז. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש</p> <p>ח. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטה למתן OTC (לרוב בדיווח סיעודי)</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>2. התחלת עירוי ורידי פריפרי והזלפת נוזלים</p> <p>א. קיימת הוראה חד פעמית למתן נוזלים בהחלטת האחות ובחתימתה</p> <p>ב. ההוראה כוללת את אופן המתן, סוג התמיסה, כמות וקצב ההזלפה בחתימתה של האחות המוסמכת</p> <p>ג. קיים תיעוד התקנת העירוי ואומדן לניטור מיקום העירוי</p> <p>ד. העירוי בהחלטת האחות הותקן בגפיים עליונות בלבד</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>3. החלטה על מתן חמצן והפסקתו למטופל מבוגר באשפוז באמצעות מערכות זרימה נמוכה</p> <p>א. ההחלטה למתן חמצן למטופל באמצעות מערכת זרימה נמוכה מוצדקת ומותאמת למצבו</p> <p>ב. ההחלטה למתן החמצן מתועדת כמתן הוראה או כחלק מתכנית טיפול + לרבות חתימה על הביצוע. החתימה על ידי אחות מוסמכת.</p> <p>ג. ההוראה למתן חמצן כוללת את ריכוז החמצן (שלא עולה על 40%), קצב זרימה FLOW (לא עולה על 5 lit) ואמצעי / אופן המתן</p> <p>ד. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטה למתן החמצן בדיווח (מומלץ)</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>4. מתן אישור כתוב למלווה אישי לביצוע פעולות שהותרו לו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות</p> <p>א. קיים תיעוד מובנה להדרכת מלווה אישי לביצוע הפעולות המותרות</p> <p>ב. ההדרכה נעשתה על ידי אחות מוסמכת אשר בסיומה נבדק יכולתו של המטפל לבצע את הפעולות אליהן הודרך</p> <p>ג. המלווה האישי חתום על ביצוע ההדרכה</p> <p>ד. האישור מובנה ומתועד ברשומת המטופל</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>5. החלטה על טיפול בחבישות ומשחות בפצעי לחץ מדרגה ראשונה ושנייה</p> <p>א. למטופל קיים פצע לחץ מדרגה ראשונה / שנייה</p> <p>ב. למטופל מתועד אומדן פצע לחץ המגדיר את דרגת הפצע, מיקומו, מועד ומקום הופעתו לרבות הטיפול הניתן</p> <p>ג. ההחלטה לטיפול בחבישות ומשחות על פי דרגה וסוג הפצע הינה בהתאם לנהלי המוסד/המחלקה</p>

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בגריאטריה / טיפול בחולה המוגבר  
( יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה )**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בגריאטריה	
		ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל:	
		שם האחות המוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בגריאטריה:	
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>			
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	1. החלטה על הכנסת צנתר לשלפוחית השתן <b>א. ההחלטה להכנסת צנתר לשלפוחית השתן מוצדקת ומותאמת למצבו של המטופל</b> <b>ב. הפעולה בוצעה בהתאם לנהלים וכללי בטיחות במוסד/במחלקה</b> <b>ג. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה לביצוע הפעולה</b>	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	2. החלטה על הוצאת צנתר משלפוחית השתן <b>א. ההחלטה להוצאת צנתר משלפוחית השתן מוצדקת ומותאמת למצבו של המטופל</b> <b>ב. הפעולה בוצעה בהתאם לנהלים וכללי בטיחות במוסד/במחלקה</b> <b>ג. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה לביצוע הפעולה</b>	
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	3. התאמת מכשיר הנשמה לצורך גמילה ממנשם, בהתאם לפרוטוקול פרטני <b>א. קיים פרוטוקול מובנה לגמילה ממנשם</b> <b>ב. תהליך הגמילה ממנשם מתועד ברשומה</b> <b>ג. קיים תיעוד וניטור מדדי הנשמה וסימנים חיוניים לפני, בעת ובמהלך הפעולה</b> <b>ד. קיים תיעוד מצב המטופל – מצב הכרה, אומדן נשימתי והמודינמי במהלך הפעולה</b> <b>ה. קיים תיעוד האחות לאופן ההליך בדיווח הסיעודי</b>	

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פרק 8: בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות שיקום מבוגרים/ילדים פעולות סיעוד לאחות מוסמכת (יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה)**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל : שם האחות המוסמכת : קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	1. החלטה על מתן תרופות OTC א. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות OTC שהוכרה על ידי המנהל הרפואי במוסד, בכפוף לרשימת משרד הבריאות ב. תיעוד תרופות OTC כהוראה + ביצוע וחתימה על המתן על ידי אחות מוסמכת ג. ההוראה כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה ד. מתן התרופה הינו מתן חד פעמי ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה ו. מומלץ קיום הערה / סימון שמדובר ב"תרופת OTC" ז. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש ח. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן OTC (לרוב בדיווח סיעודי)
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	2. החלטה על הכנסת צנתר לשלפוחית השתן לאחיות מוסמכות בשיקום א. ההחלטה להכנסת צנתר לשלפוחית השתן מוצדקת ומותאמת למצבו של המטופל ב. הפעולה בוצעה בהתאם לנהלים וכללי בטיחות במוסד/במחלקה ג. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה לביצוע הפעולה
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	3. החלטה על הוצאת צנתר משלפוחית השתן לאחיות מוסמכות בשיקום א. ההחלטה להוצאת צנתר משלפוחית השתן מוצדקת ומותאמת למצבו של המטופל ב. הפעולה בוצעה בהתאם לנהלים וכללי בטיחות במוסד/במחלקה ג. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה לביצוע הפעולה
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	4. החלטה על החלפה או החזרה של צינורית גסטרוסטום שניזוקה או נשלפה וביצוע הפעולה א. ידוע כי בוצעה החלפה או החזרה ראשונית של הגסטרוסטום על ידי רופא ב. האחות עברה הכשרה לביצוע הפעולה ג. תיעוד סיבת החלפה / החזרה של תינורית הגסטרוסטום והערכת האחות את מיקום ההחזרה . ד. הפעולה מדווחת ומתועדת ברשומת המטופל בחתימת האחות
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	5. מתן אישור כתוב למלווה אישי לביצוע פעולות שהותרו לו ע"י מנכ"ל משרד הבריאות א. קיים תיעוד מובנה להדרכת מלווה אישי לביצוע הפעולות המותרות ב. ההדרכה נעשתה על ידי אחות מוסמכת אשר בסיומה נבדק יכולתו של המטפל לבצע את הפעולות אליהן הודרך ג. המלווה האישי חתום על ביצוע ההדרכה ד. האישור מובנה ומתועד ברשומת המטופל
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	6. החלטה על טיפול בחבישות ומשחות בפצע לחץ מדרגה ראשונה ושנייה א. למטופל קיים פצע לחץ מדרגה ראשונה / שנייה ב. למטופל מתועד אומדן פצע לחץ המגדיר את דרגת הפצע, מיקומו, מועד ומקום הופעתו לרבות הטיפול הניתן ג. ההחלטה לטיפול בחבישות ומשחות על פי דרגה וסוג הפצע הינה בהתאם לנהלי המוסד/המחלקה

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פרק 9: בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות אשפוז פסיכיאטרי / מערך פסיכיאטרי אמבולטורי**

**פעולות סיעוד לאחות מוסמכת (יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה)**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת
		ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל:
		שם האחות המוסמכת:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>1. החלטה על מתן תרופות OTC</p> <p>א. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות OTC שהוכרה על ידי המנהל הרפואי במוסד, בכפוף לרשימת משרד הבריאות</p> <p>ב. תיעוד תרופות OTC כהוראה + ביצוע וחתימה על המתן על ידי אחות מוסמכת</p> <p>ג. ההוראה כוללת: תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה</p> <p>ד. מתן התרופה הינו מתן חד פעמי</p> <p>ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה</p> <p>ו. מומלץ קיום הערה / סימון שמדובר ב"תרופת OTC"</p> <p>ז. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש</p> <p>ח. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן OTC (לרוב בדיווח סיעודי)</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>2. הוראה על הגבלה מכנית ובידוד מטופלים באשפוז פסיכיאטרי על ידי אחות אחראית</p> <p>א. קיימת הוראה להגבלה מכאנית של חולה או בידודו אשר ניתנה בהחלטת אחות אחראית / אחראית משמרת ולפרק זמן שלא יעלה על 30 דקות.</p> <p>ב. קיים תיעוד על ביצוע הוראת הגבלה שניתנה על ידי רופא ויושמה על ידי האחות במידה וניתנה הארכת הגבלה</p> <p>ג. תיעוד אופן ההגבלה / הבידוד (חדר ייעודי / ציוד מתאים/תיעוד לקיחת חפצים מסוכנים במהלך ההגבלה</p> <p>ד. תיעוד ההסבר והסיבות לביצוע ההגבלה שניתנו למטופל / משפחתו</p> <p>ה. דיווח ויידוע בן משפחה אודות ההגבלה</p>

\* בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בפסיכיאטריה בקהילה / מערך אמבולטורי (יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה)**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בפסיכיאטריה
		ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל:
		שם האחות המוסמכת בוגרת השתלמות מוכרת בפסיכיאטריה:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת:</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>1. החלטה על עצירה או הפחתה של מתן תרופות נוירולפטיות, נוגדי חרדה, מיצוב מצב רוח ונוגדי דכאון בהתאם לפרוטוקול פרטני</p> <p>תיעוד הוראה בהחלטת אחות מורשית + ביצוע שניתנה בכפוף לפרוטוקול</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>2. החלטה על הוספת מנה חד פעמית של תרופות אנטי פרקינסוניות כעזרה ראשונה בהתאם לפרוטוקול פרטני</p> <p>תיעוד הוראה בהחלטת אחות מורשית + ביצוע שניתנה בכפוף לפרוטוקול</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>3. החלטה על מתן חד פעמי של תרופות נוגדות חרדה כעזרה ראשונה בהתאם לפרוטוקול פרטני</p> <p>תיעוד הוראה בהחלטת אחות מורשית + ביצוע שניתנה בכפוף לפרוטוקול</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>4. החלטה על ביצוע בדיקות מעבדה הקשורות לטיפול תרופתי כרוני בהתאם לפרוטוקול פרטני</p> <p>תיעוד הוראה בהחלטת אחות מורשית לביצוע בדיקות מעבדה + ביצוע שניתנה בכפוף לפרוטוקול</p>

\* בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"

**פרק 10: בחינת יישום פעולות סיעוד ופעולות חריגות במחלקות נשים וילדות**  
**פעולות סיעוד לאחות מוסמכת (יש להכין תיעוד של 2 רשומות רפואיות לכל פעולה)**

תיק מטופל 2	תיק מטופל 1	פעולות סיעוד לאחות מוסמכת
		ראשי תיבות ו 4 ספרות אחרונות של המטופל:
		שם האחות המוסמכת:
<b>קיים תיעוד ברשומה הממוחשבת :</b>		
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>1. החלטה על מתן תרופות OTC</p> <p>א. לבדוק שהתרופה משתייכת לרשימת תרופות OTC שהוכרה על ידי המנהל הרפואי במוסד, בכפוף לרשימת משרד הבריאות</p> <p>ב. תיעוד תרופות OTC כהוראה + ביצוע וחתימה על המתן על ידי אחות מוסמכת</p> <p>ג. ההוראה כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה</p> <p>ד. מתן התרופה הינו מתן חד פעמי</p> <p>ה. למטופל לא קיימת רגישות למתן התרופה</p> <p>ו. מומלץ קיום הערה / סימון שמדובר ב"תרופת OTC"</p> <p>ז. קיים תיעוד הסבר למתן התרופה בדגש על טיפול תרופתי חדש</p> <p>ח. קיים תיעוד האחות לרבות ציון החלטתה למתן OTC (לרוב בדיווח סיעודי)</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>2. התחלת עירווי ורידי פריפרי והזלפת נוזלים</p> <p>א. קיימת הוראה חד פעמית למתן נוזלים בהחלטת האחות ובחתימתה</p> <p>ב. ההוראה כוללת את אופן המתן, סוג התמיסה, כמות וקצב ההזלפה בחתימתה של האחות המוסמכת</p> <p>ג. קיים תיעוד התקנת העירווי ואומדן לניטור מיקום העירווי</p> <p>ד. העירווי בהחלטת האחות הותקן בגפיים עליונות בלבד</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>3. מתן דם בידי שתי אחיות מוסמכות</p> <p>א. קיימת הוראה רפואית למתן דם ומוצריו</p> <p>ב. בוצע תהליך זיהוי המטופל ואימות נתוני מרכיבי הדם בשלוש מקומות : על גבי המנה עצמה, בטופס ייעודי המצורף למנת הדם וברשומת המטופל . התהליך מתועד בחתימה וחתימת שתי אחיות מוסמכות או לחילופין תיעוד שם מלא ומס' רישוי של שתי אחיות מוסמכות</p> <p>ג. מתועדת הדרכת המטופל למתן דם ומוצריו</p> <p>ד. מתועדת הסכמה מדעת של המטופל למתן דם ומוצריו</p> <p>ה. קיים תיעוד ניטור סימנים חיוניים לפני, במהלך ולאחר מתן דם ומוצריו</p>
תיעוד/אי תיעוד	תיעוד/אי תיעוד	<p>4. מתן חיסון ANTI D ללא הוראת רופא</p> <p>א. קיים נוהל המגדיר את ההתוויות למתן החיסון, העיתוי, המינון ודרכי המתן</p> <p>ב. תיעוד חיסון ANTI D כהוראה + ביצוע וחתימה על המתן על ידי אחות מוסמכת</p> <p>ג. ההוראה לחיסון כוללת : תאריך, שעה, שם התכשיר, צורה, מינון, דרך מתן וחתימה</p> <p>ד. מתן החיסון הינו מתן חד פעמי</p> <p>ה. קיים תיעוד הסבר למתן החיסון בדגש על מתן בפעם הראשונה</p> <p>ו. קיים ניטור ומעקב אחר מדדי הריגון בנשים הרות או מעקב אחרי מדדי לידה בנשים לאחר לידה</p>

\*בכל מילוי "אי תיעוד" יפתח שדה "סיבה"