

کد سند: 12



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
استان تهران

معاونت درمان

تاریخ تدوین:

تاریخ بازنگری:

مدیریت امور بیماریها و مراکز تشخیصی و درمانی

نام مرکز / بیمارستان :	مسئول واحد ارزیابی شونده :
ارزیابان:	تاریخ ارزیابی :

چک لیست نظارت بر استاندارد خدمت کولونوسکوپی در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

ردیف	وضعیت استاندارد	بله	خیر	توضیحات موارد مغایر با استاندارد
1	آیا اندیکاسیون انجام کولونوسکوپی در موارد ضروری جهت تشخیص به شرح ذیل انجام میگردد؟ - هرگونه دل درد مزمن با عدم پاسخ به درمان - افراد بالای 45 سال - خونریزی از ناحیه مقعد - وجود خون مخفی در مدفوع - اسهال مزمن - آنمی فقر آهن در مردان و خانم های یائسه یا هیستریکتومی - افراد بالای 40 سال در صورت داشتن سابقه سرطان در بستگان درجه یک - تغییر عادت اجابت مزاج - رادیولوژی مشکوک - ضایعات مشکوک به متاستاز در کبد - ولولوس سیگموئید یا acute megacolon جهت decompression با درخواست جراح			

2	آیا تعداد دفعات مورد نیاز انجام کولونوسکوپی، رعایت می گردد؟ (یکبار)		
3	آیا فواصل انجام کولونوسکوپی هر 10 سال یکبار بجز (در بیمارانی که بیماری التهابی مزمن روده دارند هر دو سال یکبار بعد از 8 سال، در بیماران PSC سالی یکبار، در بیمارانی که در کولونوسکوپی اول پولیپ پیدا شده براساس جنس و اندازه، تعداد به فاصله 1 تا 3 سال، در بیمارانی که در کولونوسکوپی اول پولیپ کامل برداشته نشده باشد، یا تمام روده دیده نشده باشد 2 تا 6 ماه) رعایت می گردد؟		
4	آیا کنتررو اندیکاسیون های لازم رعایت می گردد؟ ○ شک به سوراخ بودن روده ○ ناپایداری از نظر قلبی و ریوی ○ شکم حاد		
5	آیا دستور (order) انجام کولونوسکوپی توسط افراد دارای صلاحیت انجام میشود؟ (کلیه پزشکان)		
6	آیا پروسیجرانجام کولونوسکوپی توسط افراد دارای صلاحیت انجام میشود؟ (فوق تخصص گوارش)		
7	آیا اعضای تیم ارائه کننده پروسیجر انجام کولونوسکوپی استاندارد می باشد؟		
8	آیا پرسنل درگیر در انجام پروسیجر آموزش های لازم را گذارانده اند؟		
9	آیا فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت پرو سیجرانجام کولونوسکوپی استاندارد می باشد؟		
10	آیا قبل از انجام کولونوسکوپی در صورتی که بیمار سابقه بیماری قلبی، ریوی و مغزی داشته باشد مشاوره مربوطه انجام می گردد؟		
11	آیا پس از انجام پروسیجر اقدامات انجام شده به همراه تاریخ و مشخصات بیمار مهر و امضای پزشک و حداقل موارد ذیل شامل (دستگاه مورد استفاده، نوع بیهوشی استفاده شده، اندیکاسیون انجام خدمت، گزارش وضعیت روده به تفکیک آنوس، رکتوم، سیگموئید، کولون نزولی عرضی و صعودی و سکوم و در صورت دیده شدن ایلئوم به همراه عکس از هر قسمت و عکس و توصیف از ضایعه دیده شده، در صورت انجام نمونه انجام نمونه برداری تعداد و محل نمونه برداری ذکر شود. جمع بندی مشاهدات و نتیجه گیری در انتهای گزارش ذکر می شود؟		
12	آیا موارد ضروری جهت آموزش به بیمار انجام میشود. (اخذ رضایتنامه آگاهانه و آگاهی		

			از نحوه انجام کار و عوارض احتمالی، آموزش روش آماده سازی قبل از کولونوسکوپی، آموزش نحوه تغذیه پس از انجام خدمت، نحوه مصرف داروهای قبلی بیمار در روزهای قبل و بعد از کولونوسکوپی (بخصوص داروهای مرتبط به قلب، دیابت و فشار خون)، آموزش موارد، در صورت استفاده از بیهوشی عدم رانندگی تا 24 ساعت و تاکید بر حضور همراه، آموزش علایم خطر که در صورت دیده شدن نیاز به مراجعه مجدد به پزشک می باشد؟
--	--	--	---

مهر و امضاء واحد ارزیابی شونده