

ردیف	عنوان	بلی	خیر	ملاحظات
۱	آیا درخواست کتبی پزشک معالج ارائه شده است؟			
۲	آیا آمادگی انجام پروسیجر بر حسب آزمون طبق هماهنگی با واحد سیتی اسکن صورت پذیرفته است؟			
۳	آیا بر حسب وضعیت سلامتی بیمار از وسایل کمکی استفاده میشود (اکسیژن برتابل و ...)؟			
۴	آیا در صورتی که بیمار نیاز به تزریق داشته باشد رگ وی کنترل میگردد؟			
۵	آیا در صورت داشتن دستور خوراکی لوله گوارشی از نظر فیکس بودن کنترل میشود؟			
۶	آیا در صورتی که بیمار stable باشد با ویلچر و در صورت stable نبودن با برانکارد (با رعایت استفاده از بدساید) منتقل میشود؟			
۷	آیا در مورد ترومای ستون مهرهها بیماربر آموزش کافی در مورد چگونگی جابجایی بیمار دیده است؟			
۸	آیا مجبند بیمار و پرونده بیمار کنترل میشود؟			
۹	آیا همراه بیمار / بیماربر / پرستار در کنار بیمار ناتوان حضور دارد؟			
۱۰	آیا در کنار بیماران بدحال (مشکلات تنفسی یا کاهش سطح هوشیاری) پرستار حضور دارد؟			
۱۱	آیا نتیجه آزمایش بیوکراتینین ضمیمه است؟			