

ردیف	عنوان	بلی	خیر	ملاحظات
۱	آیا بیمار دارای شاخصهای بیمار در معرض خطر سقوط از تخت بوده است؟ - فقدان هوشیاری - نداشتن همراه - کهولت سن - دلریوم - کاهش ناگهانی فشار خون - ضعف عضلانی - ضعف بینایی - نابینایی - معلولیت - بیقراری - درد غیر قابل تحمل - مصرف دارویی که باعث گیجی میشود - سابقه سقوط از تخت - تکرر ادرار			
۲	آیا برای بیمار از نرده محافظ کنار تخت استفاده شده است؟			
۳	آیا نرده محافظ کنار تخت سالم بوده است؟			
۴	آیا در هر شیفت پرستار نرده محافظ کنار تخت را کنترل نموده است؟			
۵	آیا پس از ارائه خدمت به بیمار، نرده کنار تخت زده شده است؟			
۶	آیا به بیمار فاقد همراه آموزش کافی داده شده است که برای حرکت کردن حتماً از پرستار کمک بگیرد؟			
۷	آیا در صورت بیقراری بیمار اقدامی جهت کنترل بیقراری صورت پذیرفته است؟			
۸	آیا در صورت درد غیر قابل تحمل در بیمار، پرستار اقدامی جهت کنترل آن انجام داده است؟			
۹	آیا در صورت دیابتی بودن بیمار به قند خون وی توجه شده است؟			
۱۰	آیا بیمار در معرض دید پرستار بوده است؟			
۱۱	آیا بیمار با پرستار و کادر درمانی ارتباط لازم را دارد؟			
۱۲	آیا تعداد پرستار در بخش جهت نظارت کافی میباشد؟			
۱۳	آیا روشنایی اتاق برای شب مناسب میباشد؟			
۱۴	آیا پرستار جهت کاهش بیقراری بیمار، نوسانات شدید فشار خون بیمار را کنترل نموده و اقدام مناسب در این زمینه انجام داده است؟			
۱۵	آیا در صورتی که بیمار در مدت بستری در بیمارستان سابقه سقوط از تخت داشته است این موضوع در هنگام انتقال بین بخشی به اطلاع پرستار بخش مقصد رسیده است؟			