



مجتمع تخصصی و فوق تخصصی فارابی

کتابچه توجیهی بدو خدمت

ویژه کارکنان: پرستاری، اتاق عمل و هوشبری

کد شناسه: 16-F-GBCN-0

تاریخ تدوین: 1400/8/1

تاریخ ابلاغ: 1400/9/1

تاریخ بازنگری بعدی: 1401/9/1



إِسْمَ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

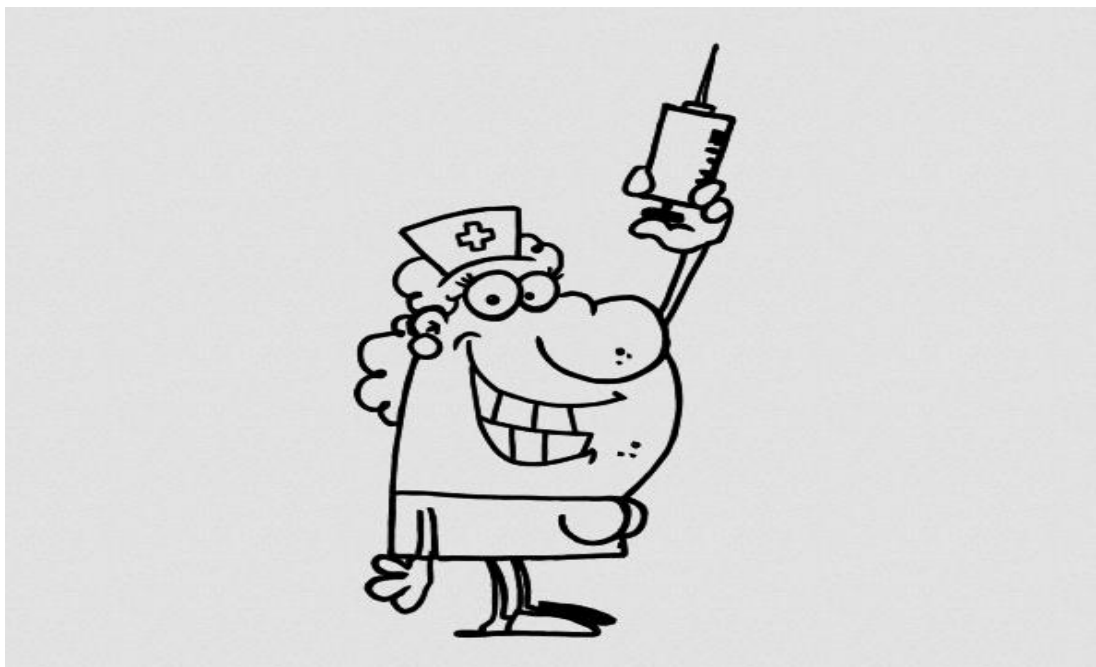
5.....	شرح وظایف عمومی پرستار.....
7.....	ضوابط پوشش.....
9.....	مراقبت های عمومی و بالینی.....
9.....	ارزیابی اولیه پرستاری.....
15.....	اصول گزارش نویسی.....
20.....	اصول کاردکس نویسی.....
21.....	لیست بیماران پرخطر و اورژانسی و نحوه عملکرد در خصوص این بیماران.....
22.....	ارائه مراقبت مستمر از بیمار.....
23.....	تکنیک SBAR.....
24.....	ارتباط با بیمار بر اساس اصول اخلاق حرفه ای و روشهای ارتباطی موثر.....
25.....	ایمنی.....
27.....	دارودهی با رعایت 8Right.....
28.....	ایمنی دارویی.....
29.....	لیست داروهای هشدار بالا.....
30.....	داروهای مشابه و لیبل گذاری آنها.....
30.....	دستور العمل نگهداری داروهای یخچالی.....
31.....	دستور العمل استاندارد دارویی بخش اورژانس.....
32.....	شناسایی صحیح بیمار.....
33.....	بررسی ریسک سقوط بیمار (معیار موریس).....
34.....	مقیاس ارزیابی احتمالی بروز زخم فشاری (معیار برادن).....
35.....	معیار ارزیابی بیماران پرخطر.....
37.....	معیار ولز.....
38.....	معیار ارزیابی خطر خودکشی (SAD PERSONS SCALE).....

39.....	انواع گزارش خطا.....
40.....	ترالی احیا و مراقبت های حاد.....
41.....	تغییرات جدید ترالی احیا ویرایش هفتم
41.....	هموویتزولانس
44.....	مراقبت های بیهوشی و جراحی
46.....	نکات مهم در انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش
47.....	محاسبه ی دارویی
50.....	محاسبه ی دوز داروهای درصدی
53.....	احیا قلبی ریوی پایه و پیشرفته
57.....	کدهای بیمارستان فارابی.....

شرح وظایف عمومی پرستار با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر می باشد:

- 1- جلب اعتماد و اطمینان مددجو (فرد، خانواده و جامعه) و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
- 2- بررسی، شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده
- 3- تعیین، ثبت مشکلات، نیازهای بهداشتی مددجو و تشخیص پرستاری مبتنی بر دانش، مهارت و پژوهش
- 4- برنامه ریزی اقدامات مراقبتی براساس اهداف و اولویت ها و ثبت آن در پرونده
- 5- مشارکت و همکاری با پزشک در انجام معاینات و نظارت بر فعالیت های تیم پیراپزشکی
- 6- انجام اقدامات مراقبتی براساس استانداردهای خدمات پرستاری و ثبت و پیگیری آن
- 7- ارزشیابی نتایج خدمات ارائه شده به مددجو و در صورت لزوم بررسی و برنامه ریزی مجدد به منظور ارائه مراقبت های لازم
- 8- ارائه اقدامات پرستاری جهت کنترل درد
- 9- شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف محوله از پیش تعیین شده در موقعیتهای و حوادث غیر مترقبه
- 10- اقدامات مناسب در جهت تامین ایمنی بیمار یا مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی
- 11- سرپرستی و نظارت مستمر بر حسن اجرای اقدامات مراقبتی توسط سایر اعضای گروه پرستاری
- 12- بررسی نیازهای آموزشی، تعیین سطح انگیزش، توسعه برنامه های آموزشی، اجرای آموزش و ارزیابی یادگیری در مددجو، خانواده و جامعه به منظور تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت
- 13- ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل
- 14- راهنمایی و مشاوره با مددجو، در صورت لزوم ارجاع به سایر منابع تخصصی، حمایتی و اجتماعی
- 15- آماده سازی مددجو جهت ترخیص
- 16- پی گیری و ارائه خدمات پرستاری و اقدامات مراقبتی در منزل پس از ترخیص با هماهنگی مرکز درمانی
- 17- انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از عفونت ها (آموزش و پژوهش)
- 18- همکاری با گروه بهداشتی جهت رفع مشکلات محیطی، حفاظتی و خدماتی با استفاده از

- همفکری و همیاری و مشارکت جامعه (فرد، خانواده، گروه، مدرسه، کارخانه و ...) و پیگیری آن ها
- 19- شرکت در دوره های آموزشی و همکاری در برنامه ریزی آموزشی - پژوهشی (آموزش ضمن خدمت، باز آموزی ها، آموزش دانشجویان پرستاری و سایر اعضای گروه بهداشتی درمانی، همکاری در انجام پژوهش های مورد نیاز در جهت اعتلای کیفیت خدمات پرستاری ...)**
- 20- مشارکت در ارائه خط مشی های مراقبتی و بهداشتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات**
- 21- مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده بیمار و نظارت بر امر مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی**
- 22- تحویل بخش از پرسنل شیفت قبل و به پرسنل شیفت بعد بر بالین بیماران و گزارش اقدامات انجام شده**
- 23- شرکت و همراهی با پزشکان در ویزیت بیماران، گزارش و اقدامات انجام شده، مشاهدات و پاسخ های بیمار جهت تعیین خط مشی درمانی مناسب از سوی تیم پزشکی**
- 24- ثبت کلیه اقدامات انجام شده**



ضوابط پوشش و فرم پرسنل به شرح ذیل می باشد :



الصاق اتیکت شناسایی عکس دار، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد و محل خدمت در جلوی لباس به نحوی که به راحتی از فاصله 2 متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در محیط های درمانی الزامی است. برای تهیه اتیکت شناسایی به واحد چاپ و تکثیر مراجعه فرمایید. (یک قطعه عکس 3*4 و کارت شناسایی همراه خود داشته باشید)

1-لباس فرم کارکنان آموزش بهداشتی -درمانی مونث شامل: روپوش سفید،شلوار پارچه ایی سرمه ایی و مقنعه سرمه ای (به طوری که موها و گردن_کاملا پوشیده شود) کفش و جوراب

2- لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی - درمانی مذکر شامل : روپوش ، شلوار پارچه ایی سرمه ایی، کفش و جوراب

3-لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده های مختلف ، متحدالشکل باشد.

4- درون بخش های بیمارستانی استفاده از هر گونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است .

5-در بخش های ICU، اتاق عمل، لیبر و همودیالیز کارکنان مکلف به پوشیدن یونیفرم مخصوص این بخش ها می باشند .

6- روپوش باید سالم ، دکمه ها بسته ، اتو کشیده ، گشاد و حداقل در حد زانو با ضخامت مناسب باشد، به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد . شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی و یا کوتاه (بالاتر از مچ) باشد.

7-کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.

8-زیر آلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شود .

9- استفاده از هر گونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد .

10- ناخن ها باید کوتاه و تمییز و مرتب باشد استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط های
ارایه خدمات درمانی ممنوع است .

11- هر گونه تصویر برداری، فیلم برداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی
بیمار ممنوع است .

رنگ لباس پرسنل

سرپرستار / سوپر وایزر:

خانم: روپوش سرمه ای با نوار نقره ای - شلوار پارچه ایی سرمه ای - مقنعه سرمه ای - کفش مشکی

آقا: روپوش سفید با نوار سرمه ای - شلوار سرمه ای - کفش مشکی

پرستار

خانم: روپوش سفید- شلوار پارچه ایی سرمه ای - مقنعه سرمه ای - کفش سفید

آقا: روپوش سفید- شلوار پارچه ایی سرمه ای - کفش سفید

بهیار:

خانم: روپوش - شلوار - مقنعه - کفش سفید

آقا: روپوش - شلوار - کفش سفید

کمک پرستار/ کمک بهیار:

خانم: روپوش - شلوار - مقنعه: کرمی رنگ - کفش سفید

آقا: روپوش - شلوار: کرمی رنگ - کفش سفید

پرستار ICU:

خانم: روپوش و شلوار سبز-آبی مقنعه سرمه ای کفش سفید

آقا: روپوش و شلوار آبی-سبز کفش سفید

مراقبت های عمومی و بالینی



ارزیابی اولیه پرستاری :

ارزیابی اولیه بیمار در محدوده زمانی تعیین شده و تکمیل فرم مربوط ، توسط پرستار انجام می شود.

محدوده زمانی	بخش
بلافاصله بعد از پذیرش	بخش های ویژه
بلافاصله بعد از پذیرش بیمار توسط پرستار تریاژ، ارزیابی می شود و بر اساس سطح تعیین شده توسط پرستار اورژانس ویزیت می شود. سطح 1 : بلافاصله سطح 2 : کمتر از 10 دقیقه سطح 3: کمتر از 20 دقیقه	اورژانس
بلافاصله بعد از پذیرش	بیماران اورژانسی و پرخطر در بخش های مختلف
بلافاصله تا حداکثر 10 دقیقه بعد از پذیرش	بخش های عمومی و بیماران الکتیو
بلافاصله تا حداکثر 5 دقیقه بعد از پذیرش	بلوک زایمان

تکمیل فرم ارزیابی اولیه

ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران بزرگسال بخش های بستری انجام شود . ارزیابی بیماران روانپزشکی و کودکان بر اساس فرم های ویژه این گروه انجام خواهد شد .

زمان ارزیابی اولیه در بخش های بستری بمحض ورود بیمار به بخش تا پایان همان نوبت کاری است.

در بخش اورژانس جنرال در صورت ماندگاری بیمار بیش از 12 ساعت بایستی فرم ارزیابی اولیه تکمیل گردد.

در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ است لذا نیاز به ارزیابی جامع پرستاری و تکمیل فرم ارزیابی اولیه نخواهد بود و در صورت انتقال بیمار از اورژانس به بخش باید در اولین بخش بستری ارزیابی اولیه انجام شود.

ارزیابی اولیه فقط یکبار در طول بستری بیمار انجام می شود در صورت انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری دیگر نیاز به ارزیابی اولیه بیمار نیست

✿ در صورت انتقال بیمار به بخش های روانپزشکی ضروری است ارزیابی بر اساس فرم های ارزیابی مختص بیماران اعصاب و روان انجام شود

✿ در صورت انتقال بیمار از بخش های روانپزشکی به بخش های جنرال تکمیل فرم ارزیابی اولیه ویژه بیماران جنرال الزامی می باشد.

✿ در صورتی که بیمار هوشیار نمی باشد و ناشناس است، همراه ندارد در فرم ارزیابی اولیه پرستاری در قسمت هایی که نیاز به گرفتن اطلاعات از بیمار یا همراه دارد عدم هوشیاری بیمار و عدم وجود همراه ثبت شود و در اولین فرصت بعد از حضور همراه بیمار، فرم ارزیابی تکمیل شود.

✿ فقط در صورتی که بیماری به علت خالی نبودن تخت و عدم تعیین تکلیف در بخش اورژانس بستری گردد انجام ارزیابی اولیه بیمار و تکمیل فرم آن در اورژانس ضروری است. و در اینصورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی نیست.

فرم ارزیابی اولیه کودک:

ارزیابی اولیه باید برای تمامی کودکان بخش های بستری انجام شود، بنا بر استاندارد های اعتباربخشی محدوده سنی کودک 1 ماهگی تا 15 سال تمام می باشد.

حداقل های ارزیابی اولیه بیمار :

بیمار در دو حیطه تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی توسط پرستار ارزیابی می شود و نتایج حاصل ارزیابی در فرم مربوطه که ضمیمه پرونده بیماران می باشد و شامل موارد زیر است ثبت می شود و برنامه های مراقبتی و آموزشی بر اساس آن استخراج می شود.

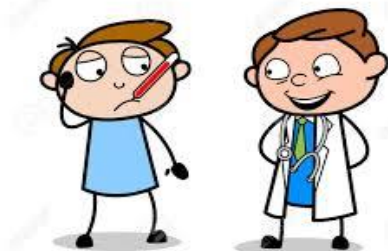
حداقل ها در ارزیابی اولیه پرستاری :

اطلاعات بیوگرافیک	سوابق بیماری های فامیلی
شکایت اصلی	شیوه و سبک زندگی
نحوه مراجعه	وضعیت ارتباطی
علایم حیاتی	توانایی خود مراقبتی
سوابق بیماری فعلی	بررسی دستگاه های بدن (سلامت عمومی - پوست - چشم - گوش - سر و گردن - دستگاه عصبی - دستگاه تنفس - دستگاه قلبی و عروقی - دستگاه گوارش دستگاه ادراری دستگاه تناسلی - دستگاه عضلانی اسکلتی)
سوابق بیماری های گذشته	

☑ **نکته :** آیتم های فوق هر کدام شامل موارد جزئی تر می باشد . که در فرمی تحت عنوان ارزیابی اولیه پرستاری ضمیمه پرونده بیماران می باشد که تکمیل آن بر عهده پرستار مربوطه در محدوده زمانی تعیین شده می باشد

ارزیابی اولیه تغذیه :

اشد توسط
می شود.
بخش



*ارزیابی اولیه تغذیه در 24 ساعت اول
پرستار انجام می شود و در صورت
*ارزیابی تخصصی تغذیه ای بر اساس
مراقبت های ویژه با اقامت بیش از 24 ساء

تعیین دستور غذایی بیمار با توجه به ارزیابی اولیه پرستاری اشرح حال و معاینه بالینی توسط پزشک



برای ارائه مشاوره تغذیه، لازم است کارشناس تغذیه در یکی از دو حالت زیر ویزیت و مشاوره بیماران نیازمند مشاوره تغذیه را انجام دهد:

← الف) نتایج ارزیابی اولیه تغذیه بیمار (غربالگری سوء تغذیه) توسط پرستار:

لازم است پرستار برای کلیه بیماران در بدو بستری، در فرم ارزیابی اولیه بیمار، بخش ارزیابی تغذیه ای را تکمیل نماید. در صورتی که طبق نتایج، بیمار در معرض یا مبتلا به سوء تغذیه بوده و نیازمند ویزیت تغذیه ای باشد، علاوه بر افزایش مراقبت ها و توجهات پرستاری بیمار، سرپرستار نوبت کاری باید ضمن اطلاع دادن به پزشک، کارشناس تغذیه را جهت مراجعه به بخش، ویزیت و ارزیابی تخصصی بیمار مطلع نماید.

← ب) تشخیص بیماری یا شرایط خاص توسط پزشک:

پزشک در **18 وضعیت** زیر بعلت احتمال بالای سوء تغذیه متوسط تا شدید، درخواست مشاوره تغذیه را در برگ دستورات پزشک و برگ درخواست مشاوره درج نماید. این بیماری ها و شرایط عبارتند از:

✓ ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل (NPO - نیاز به تغذیه انترال / پارنترال)

✓ دیابت

✓ فشار خون بالا و بیماری های قلبی عروقی

✓ سرطان ها

✓ سوختگی

✓ سگته

✓ نارسایی کلیه،

✓ همودیالیز

✓ سیروز کبدی

✓ پیوند اعضا

✓ زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب

✓ بیماری‌های نورولوژیک منجر به اختلال بلع،

✓ جراحی شکمی

✓ پنومونی

✓ بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)

✓ بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان و کودکان

✓ ضربه به سر.

نکته: در صورتی که پزشک به هر دلیل دیگر، غیر از موارد نامبرده فوق، ویزیت و مشاوره تغذیه‌ای بیمار را ضروری بداند نیز درخواست مشاوره را در برگ دستورات پزشک و برگ درخواست مشاوره درج نماید.

نکته: منظور از بیمار نیازمند مشاوره تغذیه بیماری است که در معرض سوء تغذیه بوده و با غربالگری تغذیه ای توسط پرستار و یا تشخیص بیماری توسط پزشک شناسایی و به مشاور تغذیه ارجاع می‌گردد.

نکته: کلیه بیماران بستری معرفی شده به مشاوره تغذیه در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان و کودکان (ICU, PICU) (به غیر از موارد بستری کمتر از 24 ساعت)

نکته: 5 بیماری **سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند و سرطان** از میان 18 مورد فوق، لازم است در اولویت زمانی برای ویزیت و انجام مشاوره و ارزیابی تخصصی تغذیه قرار گیرند.

شاخص‌های ارزیابی سوء تغذیه در بزرگسالان (سنین 19-65 سال)

برای شناسایی سوتغذیه در بزرگسالان و تعیین درجه سوتغذیه (به غیر از موارد بارداری که با استفاده از منحنی وزن گیری تعیین می گردد)، از جدول زیر می توان استفاده کرد :

تشخیص	کاهش وزن طی 3 تا 6 ماه گذشته	نمایه توده بدنی BMI	آلبومین سرم	سایر موارد
فقدان یا در معرض سوتغذیه	کمتر از 5 درصد	بیشتر از 20	بالاتر از 3.5	عدم دریافت غذا بیش از 5 روز
مبتلا به سوتغذیه متوسط	بین 5 تا 10 درصد	18.5 تا 20	3-3.5	
مبتلا به سو تغذیه شدید	بیشتر از 10 درصد	کمتر از 18.5	کمتر از 3	

شاخص های ارزیابی سوء تغذیه در سالمندان (60 سال به بالا):

در شناسایی اولیه سوتغذیه در سالمندان به طور اختصاصی می توان از ابزارهای مفیدی همچون پرسشنامه اولیه ارزیابی تغذیه ای (MNA (Mini Nutritional Assessment) و یا MNA-SF(Short Form) استفاده کرد . با توجه به امتیاز به دست آمده از این پرسشنامه، سالمند از نظر عدم ابتلا، در معرض خطر بودن و یا ابتلا به سوء تغذیه بررسی می شود .

روش دیگر تعیین سوء تغذیه در سالمندان، استفاده از جدول زیر برای تعیین درجه سوء تغذیه است.

سوتغذیه	نمایه توده بدنی	کاهش وزن	سطح آلبومین سرم
سوتغذیه متوسط	کمتر از 21 kg/m ²	کاهش وزن بیشتر یا مساوی 5٪ طی 3 ماه یا کاهش وزن بیشتر یا مساوی 10٪ طی 6 ماه	کمتر از 3.5g/dl
سوتغذیه شدید	کمتر از 18kg/m ²	کاهش وزن بیشتر یا مساوی 10٪ طی 1 ماه یا کاهش وزن بیشتر یا مساوی 15٪ طی 6 ماه	کمتر از 3g/dl

همچنین می توان از جدول زیر برای تشخیص کلی سوء تغذیه در سالمندان استفاده کرد:

کاهش وزن ناخواسته	بیشتر از 5٪ طی 3 ماه گذشته یا بیشتر از 10٪ طی زمان نامشخص
-------------------	---

22KG/M2 کمتر از	نمایه توده بدنی (BMI)
26cm کمتر از	محیط دور بازو
31cm کمتر از	محیط دور ساق پا

طبق این جدول، معیارهای تشخیص وجود سوتغذیه در سالمندان عبارتند از یکی از معیارهای: کاهش وزن، ناخواسته طی ماه های گذشته، نمایه توده بدنی، محیط دور بازو یا محیط دور ساق پا

اصول گزارش نویسی :



✓ - جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.

✚ گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.

✚ تکمیل مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش به عهده اولین فرد شروع کننده گزارش می باشد.

✚ تا زمانیکه فرم قبلی کاملاً پر نشده است از شروع گزارش در صفحه بعدی و باقی گذاشتن فضای آزاد بین گزارش ها خودداری کنید.

✚ جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد 1 الی 24 استفاده نمایید.

✚ گزارش پرستاری در هر شیفت به صورت مجزا باید نوشته شود و شیفت ثبت گزارش نیز قید گردد.

✚ در تهیه یک مورد گزارش باید تنها یک نوع دست خط وجود داشته باشد.

-ثبت شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش پرستاری (*شکایت اصلی بیمار، بیان مشکل از زبان بیمار می*

باشد)

✓-ثبت علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری (*علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد*)

✓-ثبت نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری

✓-ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار در بدو و پذیرش و ثبت آن

✓-ارزیابی سلامت جسمی در بدو پذیرش و ثبت آن

✓-ارزیابی سلامت روحی بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار (*در ارزیابی*

وضعیت روحی، فطر اقدام به خودگشی بیمار در صورت وجود ثبت شود)

✓-قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری

✓-مهر و امضا در ذیل هر گزارش پرستاری

✓-کنترل تعداد دستورات صادره از طرف پزشک، ثبت تاریخ، ساعت و مهر و امضای آن (*دستورات صادره*

توسط پزشک باید بعد از هر بار ویزیت و در اولین فرصت ممکن توسط پرستار کنترل و برنامه ریزی گردد)

✓-ثبت نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی در خواست شده در گزارش پرستاری

✓-پرستار حداقل در پایان هر شیفت وضعیت و پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبتی را در فرم

گزارش پرستاری ثبت می نماید. ثبت پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبتی پرستاری : طرح مراقبت

پرستاری برای بیمار بر اساس مشکلاتی مانند (قرمزی پوست به اندازه 2 در 2 در ناحیه پاشنه پا در اثر بی

حرکتی بیمار، برنامه مراقبت شامل تغییر وضعیت و رفع فشار و ماساژ اطراف ناحیه قرمز شده می باشد. در

پایان شیفت پرستار در گزارش پرستاری قید می کند که پس از تغییر وضعیت و برطرف کردن فشار، رنگ پوست ناحیه پاشنه پای طبیعی می باشد)

✓-پرستار بر اساس پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی، ارزیابی مجدد را به عمل آورده و در گزارش پرستاری ثبت می نماید (مثال : ارزیابی پاسخ بیمار در فواصل زمانی منظم به برنامه مراقبتی و درمانی برطرف کردن درد در فواصل زمانی منظم و ثبت نتایج در گزارش پرستاری)

✓-آموزش و برنامه ریزی به منظور کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی

✓-ثبت ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج

✓-ثبت گزارش پرستاری توسط فرد ارایه دهنده مراقبت های پرستاری

✓-ارایه توضیحات و آموزش های لازم به بیماران در بدو ورود و ثبت در گزارش پرستاری

✓-ارایه آموزش ها و توضیحات اختصاصی هر بخش در صورت انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری دیگر

✓-توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان بر اساس حداقل های تعیین شده بیمار خانواده و ثبت در گزارشات پرستاری

در زمان ترخیص، پرستار توضیحات و آموزش های لازم به صورت شفاهی به زبان قابل درک، به صورت جداگانه، به هریک از بیماران و همراه ایشان ارایه می نماید و آموزش های ارایه شده در یک فرم با امضای بیمار و با مهر و امضای پزشک و پرستار در پرونده بیمار نگهداری و نسخه دوم یا کپی خوانای آن تحویل بیمار می شود (آموزش های لازم حداقل شامل رژیم غذایی، داروهای مصرفی در منزل، وضعیت حرکتی

بیماران در منزل، زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک می باشد)

✚ وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.

✚ بیانات و نشانه‌هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.

✚ تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.

✚ ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

✚ با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

✚ از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.

✚ پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت‌های خاص (ایزولاسیون، مهار فیزیکی و شیمیایی و ...) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.

✚ انحصاراً در گزارش، مراقبت‌هایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته‌اید ثبت نمایید.

✚ اقداماتی را که باید در شیفت‌های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید (آمادگی جهت آزمایشات، اقدامات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره‌ها و تاخیر در انتقال / انجام اقدامات پاراکلینیکی یا انجام مشاوره‌ها و ... با ذکر علت)

✚ انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.

✚ گزارشات دستور تلفنی و گزارش اعلام نتایج بحرانی پاراکلینیکی و اقدامات انجام شده را بطور دقیق ثبت نمایید.

✚ در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.

✚ در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می‌کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.

✚ در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع (I&O) در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

✚ همکار شبکار بایستی در پایان شیفت خود جمع 24 ساعته جذب و دفع مایعات را در فرم کنترل میزان جذب و دفع مایعات و همچنین در گزارش پرستاری خود بنویسد.

✚ هرگونه علائم و نشانه‌ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده می‌شود ثبت نمایید.

✚ ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، فرار، درگیری بیماران با یکدیگر و صدمات وارد شده در درگیری، اشتباهات دارویی و ...) ضروری است.

✚ دستورات اجرا نشده پزشک را با ذکر علت ثبت نمایید.

✚ کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت کنید. (نام دارو، دوز دارو، تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز)

✚ کشیدن دایره دور ساعت تجویز دارو به معنی ندادن دارو به بیمار می‌باشد. در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و ... ننوشتن دارو یعنی دارو از قلم افتاده است

✚ در صورت خروج از بخش (اعزام/حضور در جلسه، مرخصی ساعتی...) پس از تحویل کامل بیمار به همکار جانشین در گزارش پرستاری ثبت نموده و گزارش بسته شود سپس توسط پرستار جانشین ادامه گزارشات پرستاری در شیفت ثبت گردد.

✚ در گزارش نویسی باید از به کار بردن کلماتی که ایجاد شک، تردید یا ابهام در فرد خواننده گزارش می‌نماید، جدا خودداری شود.

✚ از کلماتی مانند "به نظر می‌رسد، ظاهراً و ممکن است" نباید در متن گزارش استفاده کرد.

✚ اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می‌نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

✚ هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

✚ جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد. گزارش صحیح را بعد از کلمه «Error» یا "اشتباه" در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه بنویسید و گزارش را ادامه دهید و لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

✚ از مواردی که منجر به تحریف گزارش می‌شود اجتناب کنید؛ از جمله:

➤ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.

➤ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

➤ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

➤ اضافه نمودن مواردی به یادداشت‌های سایرین

➤ تخریب یا مخدوش نمودن گزارش‌های قبلی یا موجود

✚ در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش، جای خالی وجود نداشته باشد.

✚ در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.

✚ در صورت مصرف نا کامل یا عدم مصرف غذا توسط بیمار ضمن اطلاع به مشاور تغذیه در گزارش ثبت نمایید.

✚ در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید.

✚ در خصوص مشاوره‌های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتی که توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم اجازه اجرای آنها داده شده باشد قابل انجام می‌باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

👉 نکته: مشاوره‌های درخواست شده بصورت اورژانسی بلافاصله پس از انجام، باید توسط پزشک معالج / مقیم

رویت و در برگ دستورات پزشک وارد شوند.

✚ انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود. ساعت بستن گزارش خود را درج نمایید.

✚ گزارش را ممه‌ور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمائید.

✚ گزارش تاخیری:

لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

- ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تاخیری" مشخص گردد.
- تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود

✎ اصول کاردکس نویسی:

کاردکس وسیله ارتباطی پرستاران در شیفت های مختلف کاری می باشد و از طریق آن اطلاعات مراقبتی بیمار مبادله می گردد. هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس ایجاد سرعت در مراقبتهای بهداشتی و درمانی و به حداقل رسیدن اشتباهات احتمالی است. جهت یکسان سازی رویه کاردکس نویسی موارد ذیل را مدنظر قرار دهید.

✚ برای ثبت مواردی که می خواهیم همیشه در کاردکس بقی بمانند مانند نام و نام خانوادگی، نام پدر، شماره پرونده، تاریخ و ساعت پذیرش، نوع بیمه، سن از **خودکار آبی** استفاده می کنیم.

✚ برای ثبت موارد مهم و ثابت مثل حساسیت به دارو یا غذای خاصی و موارد مربوط به احتمال خطر مانند خطر خودکشی، تزریق عضلانی ممنوع و از **خودکار قرمز** استفاده می کنیم.

✚ برای ثبت موارد متغیر مانند دستورات پرستاری و پزشکی، داروهای تجویز شده، درخواست آزمایشات، نیازهای فیزیکی از **مداد** استفاده می کنیم.

✚ از نوشتن وسایل مصرفی بیمار در کاردکس اجتناب کنید

✚ برای هر دستور پزشکی و پرستاری بجای فاصله زمانی حتماً **ساعت و تاریخ** قید شود. مثلاً دو هفته آینده یا هر دوساعت یکبار صحیح نیست.

✚ درج کلمه STAT تنها در مورد داروهای به کار می رود که یکبار برای بیمار تزریق می شوند

✚ ثبت داروها در کاردکس باید با ذکر تاریخ، شکل دارویی، نام و دور دارو و تعداد دفعات استفاده، روش استفاده و ساعات استفاده همراه با ملاحظات خاص باشد. حتماً هنگام ساعت تنظیم دارو به تداخلات و اثرات دارو توجه گردد

✚ مثال: مثلاً لازیکس را نمی توان 10-22 تنظیم کرد چراکه منجر به اختلال در خواب بیمار می شود.

✚ داروهای که برهم تاثیر می گذرانند همزمان تنظیم نگردد بعنوان مثال چند داروی تنظیم کننده فشار خون بصورت همزمان منجر به افت فشار خون می گردد.

✚ در رونویسی دستورات پزشک مبهم و ناخوانا در کاردکس خودداری کنید و در اسرع وقت از طریق تماس با پزشک مربوطه ابهام را برطرف کنید سپس وارد کاردکس گردد. اصولاً کار صحیح مرور دستورات پزشک در حضور وی می باشد تا از اتلاف وقت و تاخیر در روند اجرای دستورات پیشگیری گردد.

✚ نوع آزمایشات انجام شده و تاریخ و ساعت ارسال و پیگیری جواب در کاردکس دارویی ثبت گردد.

✚ دستورات پزشک باید با خودکار غیر هم رنگ بصورت شمارش گذاری معکوس و تیک چک گردد، انتهای آخرین دستور خط کشیده شود و در مهر چک بخش مربوطه تاریخ و ساعت چک بهمراه تعداد موارد خط خوردگی، HOLD، DC ثبت و پرستار چک کننده مهر و امضای خود را ثبت کنند در موارد داروهای دابل چک حتماً پرستار شاهد هم مهر و امضای خود را ثبت کند. به هیچ عنوان از **خودکار قرمز** و **سبز** جهت چک دستورات استفاده نگردد.

منظور از DC دستوراتی است که پزشک منصرف شده است و با مواردی که ادامه آنها به پایان رسیده است یکسان در نظر گرفته نشود

مثال:

1. 5 سرم نرمال سالین 1 لیتر INF Q8H ✓
2. 4 ویال بنتوپرازول 40 میلی گرم IV Q12H ✓
3. 3 قرص آ.آ.س.آ 80 میلی گرم PO QD ✓
4. 2 با کمک راه برود ✓
5. 1 تشویق به سرفه ✓

اطلاع پرستار از لیست بیماران پرخطر و اورژانسی و نحوه عملکرد در خصوص این بیماران :

بیماران پرخطر :

بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت می باشد، این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه یا الویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند، مانند بیماران دچار دیابت، بیماری های خود ایمن، نقص ایمنی

بیماران اورژانسی :

به بیمارانی بدحال اطلاق می شود که به هردلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت های فوری ضرورت پایدار سازی و خروج آن ها از شرایط بحرانی است. البته بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس در همه موارد بیمار اورژانسی نیستند.



کلیه بیماران پر فطری که دچار ناپایداری

علایم حیاتی اعم از تاکیکاردی، اخت یا

افزایش ناگهانی فشار خون، تاکی پنه، دیسترس

تنفسی و تغییر سطح هوشیاری می گردد. جز گروه بیماران اورژانسی قرار می گیرند.

ارایه مراقبت مستمر از بیمار :

حضور پرستاران تحویل دهنده و تحویل گیرنده شیفت در مدت زمان همپوشانی شیفت ها و تداوم مراقبت از بیمار

عدم تاخیر در ارایه مراقبت ها در ساعات تغییر شیفت

ساعات هم پوشانی شیفت ها	
7=8	صبح
13=14	عصر
19=20	شب

✿ حضور پرستار مسیول بیمار در بخش در کلیه ساعات شبانه روز

استفاده از تکنیک SBAR هنگام تحویل و تحول بیمار

تکنیک SBAR؛ ابزاری جهت تبادل اطلاعات بیمار (در موارد انتقال، تفوییل و تحول بیمار و سایر گزارشاتی که به صورت شفاهی و تلفنی انجام می شود).

SITUATION	وضعیت و موقعیت : معرفی کارکنان بهداشتی درمانی، معرفی بخش ، معرفی بیمار، مطرح کردن مشکل بیمار به طور خلاصه (مشکل چیست ؟ از چه زمانی شروع شده، با چه عواملی تشدید می شود ؟)
BACKGROUND	سابقه : دلیل پذیرش، تاریخچه بیماری زمینه ای، خلاصه ای از اقدامات انجام شده و زمان احتمال آن خطرات (خودکشی /آسپیراسیون /سقوط /سوتغذیه /آلرژی) اطلاعات زمینه ای (تشخیص اولیه /تاریخ و زمان پذیرش / وضعیت دارویی و نتایج بحرانی آزمایشگاهی /علایم حیاتی)

ASSESSMENT	<p>ارزیابی: وضعیت جاری بیمار (جسمی /روحي /روانی) تشخیص های محتمل میزان وخامت حال بیمار، علایم حیاتی فعلی بیمار، وضعیت روحی روانی بیمار</p>
RECOMMENDATIONS	<p>پیشنهاد: پیشنهاد و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی</p>

- ✓-تحويل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک بخش محل کار
- ✓-پرستار جانشین بایستی ضمن ارایه مراقبت های لازم، گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- ✓-ثبت تغییر مراقبت در گزارش پرستاری

ارتباط با بیمار بر اساس اصول اخلاق حرفه ای و روش های ارتباطی موثر :

- ✿-پرستاران با روی گشاده، ضمن معرفی خود با بیماران ارتباط اطمینان بخش برقرار کرده و پرسش های بیماران را پاسخگو هستند.
- ✿- در حین ارایه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم شخصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش های مورد قبول بیماران رعایت می شود.
- ✿-عدم درج تشخیص بیماری در تابلوی بالای سر بیمار، جلوگیری از عکاسی از فضاهای درمانی بدون اخذ موافقت بیماران حاضر در اتاق بیماران (روی تابلو فقط نام پزشک و نام پرستار و شماره تخت ثبت شود).

ایمنی بیمار

✿ وجود ابلاغ در سیستم HIS_ کد اعتبار بخشی 1305-رمز: 1 - ایمنی بیمار- ابلاغ و شرح وظایف

- **بازدیدهای مدیریتی:** به صورت ماهیانه انجام می شود و با حضور مدیران ارشد باهدف ارتقاء ایمنی بیمار و ارائه خطاها بدون ترس از سرزش و تنبیه و بدون هیچ چک لیستی برگزار می گردد (اطلاع پرسنل از مصوبات جلسه بازدید مدیریتی)
- **بازدید های میدانی ایمنی:** با استفاده از چک لیست بخش مربوطه از نظر موارد مرتبط با ایمنی بیمار ارزیابی می گردد و به مسیول بخش بازخورد می گردد.

* آگاهی از 9 راه حل ایمنی و توجه و اجرای دستورالعمل های مربوطه :

- ①- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ②- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ③- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ④- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ⑤- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ⑥- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- ⑦- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ⑧- استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات
- ⑨- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

✿ اجرای برنامه پیشگیری و کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار بر اساس ارزیابی اولیه

✿ شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی

✿ استفاده از دستبند شناسایی برای تمامی بیماران بستری در بخش های عادی، ویژه و بخش اورژانس

✿ آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل های ابلاغی وزارت / دانشگاه در خصوص اعزام بیماران .



✧ شناسایی داروهای با شکل، نام و تلفظ مشابه بر اساس مجموعه 9 راه حل ایمنی

✧ شناسایی داروهای پرخطر بر اساس مجموعه 9 راه حل ایمنی

✧ نگهداری داروهای مشابه و پرخطر بر اساس مجموعه 9 راه حل ایمنی

✧ داروهای پرخطر یا داروهای با هشدار بالا، داروهای مستند که پتانزیه اشتباه مصرف شوند موجب

آسیب های جبران ناپذیر می شوند .

لیست 12 گانه داروهای پرخطر که بایستی توسط دو پرستار کنترل و ثبت می گردد

*داروهای ستاره دار بایستی همراه با مانیتورینگ مداوم تزریق گردند

*اپی نفرین	7	کلرید پتاسیم	1
هیپارین سدیم	8	*آتروپین	2
*گلوکونات کلسیم	9	*سولفات منیزیم	3
*رتیلاز	10	بیکربنات سدیم	4
*پروپرانولول	11	*لیدوکائین	5
هناپیرسالیلین	12	*هالوپریدول	6

✧ لیبل گذاری این داروها: برچسب قرمز رنگ روی دارو و روی باکس

✧ سایر داروهای پرخطر طبق لیست ارسالی از معاونت غذا و دارو فقط روی باکس لیبل قرمز نصب می شود.

✧ هر دودسته داروهای پرخطر توسط دو پرستار جداگانه کنترل و مهر و امضا می شود.

❁ آنتی بیوتیک هایی که جز داروهای پرخطر هستند: وانکومايسين و سفتریاکسون

❁ سرم و میکروست حاوی داروهای پرخطر باید اتیکت سرم قرمز رنگ نصب شود.

لیست داروهای هشدار بالا

ردیف	دسته دارویی	توضیحات
۱	Adrenergic agonists . IV Epinephrine INJ Nore pinephrine INJ	اگونیست های آدرنژیک داخل وریدی ایپی نفرین تزریقی نور ایپی نفرین تزریقی
۲	Adrenergic antagonists . IV Labetalol INJ	انتاگونیست های آدرنژیک داخل وریدی لابتالول تزریقی
۳	Antiarrhythmics , IV Amiodarone INJ Adenosine INJ Lidocaine INJ	ضد آریتمی داخل وریدی امیودارون تزریقی ادنوزین تزریقی لیدوکائین تزریقی
۴	Antithrombotic agents including : Heparin sodium INJ Warfarin TAB Enoxaparin INJ	داروهای آنتی ترومبوتیک شامل : هیپارین سدیم تزریقی وارفارین خوراکی انوکسپارین تزریقی
۵	Dextrose , hypertonic,20% or greater dextrose INJ 20% , 50%	دکستروز ، هایپرتونیک ۲۰٪ یا بیشتر دکستروز تزریقی ۲۰٪ ، ۵۰٪
۶	Epidural ir intrathecal Lidocaine INJ	داروهای ایدورال یا اینتراتکال لیدوکائین تزریقی
۷	Hypoglycemics , oral Glibenclamide TAB Gliclazide TAB Metformin TAB Acarbose TAB Pioglitazone TAB Repaglinide TAB	داروهای کاهشنده قند خون ، خوراکی گلی بنکلامید خوراکی گلی گلایزید خوراکی متفورمین خوراکی اکاربوز خوراکی پیو گلیتازون خوراکی ریپاگلنید خوراکی
۸	Inotropic medications , IV Digoxin INJ Dobutamine INJ Dopamine INJ	داروهای اینوتروپیک داخل وریدی دیگوکسین تزریقی دوبوتامین تزریقی دوپامین تزریقی
۹	Insulin , subcutaneous Insulin Aspart INJ Insulin (Regular) INJ Insulin isofsn INJ	انسولین ، زیر جلدی انسولین اسپارت تزریقی انسولین رگولار تزریقی انسولین ایسوفان تزریقی (NPH)
۱۰	Moderate sedation agents,IV Midazolam INJ Phenobarbital INJ	داروهای آرامبخش متوسط الأثر داخل وریدی میدازولام تزریقی فنوباربیتال تزریقی
۱۱	Narcotics / opioids Buprenorphine TAB Methadone TAB Morphine INJ Pethidine INJ Tramadol CAP	نارکوتیک ها / اپیوئیدها بوپرنورفین خوراکی متادون خوراکی ، تزریقی مورفین تزریقی پتیدین تزریقی ترامادول خوراکی
۱۲	Sodium chloride for injection 5% INJ	سدیم کلراید ۵٪ تزریقی
۱۳	Specific Medications Potassium chloride INJ Vancomycin INJ Sodium Bicarbonate INJ Atropine INJ Calcium Gluconate INJ Haloperidol INJ Magnesium sulfate INJ Promethazine IV Ceftriaxone INJ	داروهای خاص پتاسیم کلراید تزریقی وانکومايسين تزریقی سدیم بیکربنات تزریقی آتروپین تزریقی کلسیم گلوکونات تزریقی هالوپریدول تزریقی سولفات منیزیم پرومتازین وریدی سفتریاکسون تزریقی
۱۴	Parenteral nutrition preparations Aminoacid / Lipid INJ . Emulsion	مواد مغذی آماده شده تزریقی امینو اسید / لیپید تزریقی

داروهای مشابه ولیبل گذاری آنها:

لیست داروهای مشابه بر اساس خریدهای دارویی بازبینی می گردد ولیست آنها از طرف ناظر دارویی به بخش ها ابلاغ میشود ولیبل زرد رنگ با نام دارو روی باکس دارو انجام می شود.

لیبل زرد از نظر تشابه **گفتاری ، نوشتاری و ظاهری** می باشد.

در صورتی که دارویی هم جز داروهای پرخطر باشد هم داروی مشابه، ارجحیت **با لیبل قرمز** می باشد.

دستورالعمل نگهداری دارو ها در یخچال های دارویی

❁ یخچال های دارویی باید حاوی دماسنج و رطوبت سنج بوده و دما و رطوبت یخچال ها مطابق دستورالعمل ثبت دما و رطوبت بصورت مرتب ثبت شوند.

❁ محدوده دمایی استاندارد یخچال دارویی ۲ - ۸ درجه سانتی گراد میباشد و باید از یخ زدن داروها جلوگیری شود.

❁ برخی داروها تا قبل از باز شدن باید در یخچال نگه داری شوند و بعد از باز شدن تا مدت معینی قابل نگه داری در خارج از یخچال میباشند. مثال : انسولین تا ۱ ماه بعد از باز شدن، قطره کلرامفنیکل تا ۲۱ روز بعد از باز شدن.

❁ برخی داروها تا قبل از باز شدن باید در یخچال نگه داری شوند و بعد از باز شدن باید در خارج از یخچال نگه داری شوند، مثال اسپری بینی کلسیتونین حین مصرف تا ۱ ماه.

❁ هنگام تحویل دارو از داروخانه به بخش داروهای یخچالی را در کیسه مخصوص حاوی برچسب داروهای یخچالی (لیبل آبی رنگ) قرار داده تا از سایر دارو ها متمایز شوند و سریع انتقال داده شوند.

❁ از گذاشتن مواد غذایی در یخچال دارویی جدا خودداری شود

داروهای حیات بخش :

داروهایی که وجود آنها در تالی اهیافش اورژانس تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی، ضروری و غیر قابل حذف بوده و عدم وجود آنها موجب آسیب پایدار و تهدید حیات بیمار می گردد

داروهای ضروری :

داروهایی که وجود آنها در قفسه دارویی بخش اورژانس تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی اجباری است و امکان حذف هیچ کدام از آنها وجود ندارد.

داروهای ترجیحی:

داروهایی که وجود آنها در بخش اورژانس بیمارستان های عمومی اهمیت دارد، بنابراین توصیه می شود این داروها در داروخانه شبانه روزی مراکز درمانی با در نظر داشتن شرایط صحیح نگهداری، در دسترس قرار گیرد.

داروهای ستاره دار :

داروهای ستاره دار داروهایی هستند که هنگام تزریق به بیمار، حتما بیمار بایستی مانیتورینگ گردد
مانند :

آپی نفرین	آتروپین	آمیودارون	لیدوکائین	آدنوزین
نیتروگلیسرین	دوپامین	دوبوتامین	وراپامیل	دیگوسین
فنی توین	هاپریدول	میدازولام	منیزیم سولفات	

شناسایی صحیح بیمار:

✿ کلیه بیماران مورد پذیرش در اورژانس و بخش های بستری بایستی در هنگام پذیرش و در مدت بستری به طرز صحیح شناسایی شوند.

✿ الزامی است کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر اورژانس و اقدامات روزانه و بخش های بستری، دارای دستبندهای شناسایی باشند.



✿ استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (من جمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام های فوقانی) تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است

✿ در بیمارستان فارابی بر روی پرونده و کاردکس دارویی موارد پرخطر علامت زده می شود

✿ به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی درج شود. بدین منظور بایستی حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار(به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.

✿ در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزیی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود. (به منظور هشدار بر روی هلد پرونده بیماران با نام و نام

خانوادگی مشابه، عبارت " احتیاط: بیمار با اسامی مشابه " قید شود.)

هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود.

✿ سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آرژنی شناخته شده، توصیه می شود. مشخصات این بیماران با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شده و بر روی دستبندی به رنگ قرمز چسبانیده می شود.

✿ سیستم کد بندی و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعرب یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج، پلی فارمسی) توصیه می شود. مشخصات این بیماران با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شده و بر روی دستبندی به رنگ زرد چسبانیده می شود

تبصره: در بیمارستان فارابی پلی فارمسی بیش از 7 قلم دارو بومی سازی شده است

بایستی دستبندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند

بررسی ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)

بررسی خطر سقوط چیست؟

معیار بررسی خطر سقوط (مورس)، یک ابزار بررسی خطر سقوط است که احتمال سقوط بیمار را پیش بینی می کند

* بررسی با استفاده از این معیار باید حداقل روزی یک بار و با هر تغییر در وضعیت بالینی بیمار، انجام شود.

در صورتیکه بیمار ریسک سقوط دارد بایستی در هر شیفت ارزیابی انجام گردد.

حیطه های مورد بررسی توسط ابزار مورس کدامند؟

- * سابقه سقوط
- * تشخیص ثانویه
- * وسایل کمک حرکتی
- * سرم درمانی / هپارین لاک
- * الگوی راه رفتن
- * وضعیت روانی - ذهنی بیمار

امتیاز (score)	معیار (scale)	عوامل خطر (RISK FACTOR)
0	ندارد	سابقه سقوط
25	دارد	

0	خیر (فقط یکی از تشخیص پزشکی فعال)	تشخیص ثانویه
15	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	
0	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله کمک حرکتی راه می رود	وسایل کمک حرکتی
15	استفاده بیمار از عصا و واکر	
30	بیمار هنگام راه رفتن از اثاثیه (کمد ، صندلی و ...) اطراف خود کمک می گیرد	
0	ندارد	مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک
20	دارد	
0	نرمال	الگوی گام برداشتن و حرکتی
10	ضعیف	
20	معیوب	
0	طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود)	وضعیت روانی - ذهنی
15	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها	

امتیاز ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)	
ریسک بالا	45 و بیشتر
ریسک متوسط	25 تا 46
ریسک کم	0 تا 24

مقیاس ارزیابی احتمال بروز زخم فشاری (Scale Braden)

این مقیاس متشکل از شش مورد ارزیابی می باشد که هر کدام در یک ستون بوده و به هر کدام نمره جداگانه ای تعلق می گیرد . مجموع نمرات شش جزء نمره کل محاسبه می گردد که می توان بر اساس آن میزان ریسک احتمالی بروز زخم فشاری را تعیین کرد.

درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرک	تغذیه	کشش / سایش
1/ کاملاً مختل	1/ دایماً خیس	1/ وابسته به تخت	1/ کاملاً بی حرکت	1/ خیلی مختل	1/ سر خوردن مکرر
2/ خیلی مختل	2/ اکثراً خیس	2/ وابسته به صندلی	2/ تحرک خیلی محدود	2/ خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه	2/ خودداری نسبی از سر خوردن
3/ نسبتاً مختل	3/ گاهی خیس	3/ راه رفتن با کمک	3/ تحرک نسبتاً محدود	3/ خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه	3/ خودداری از سر خوردن
4/ کاملاً سالم	4/ خشک	4/ راه رفتن بدون کمک	4/ کاملاً متحرک	4/ تغذیه کامل	
<p>9 < ریسک خیلی بالا 10-12 ریسک بالا 13-14 ریسک متوسط 15-18 ریسک پایین 19 > کنترل معمول</p>					

در نمرات 12 و یا کمتر، برای بیمار از دستبند زرد استفاده کرده و بایستی ارزیابی را در هر شیفت انجام داد.

معیارهای ارزیابی بیماران پرخطر :



مجتمع تخصصی و فوق تخصصی فارابی

ارزیابی درد در بیمار هوشیار ریسک ابتلا به زخم فشاری ترومبوز وریدی، آمبولی ریه سقوط

مدل ولز برای ارزیابی ریسک بالینی بیماری ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)	
۱	بدیخیمی فعال (تحت درمان یا درمان شده در شش ماه اخیر - یا تحت درمان تسکین دهنده) (palliative)
۲	فعلی کامل - پارزی یا بی حرکت کردن اخیر اندام تحتانی به وسیله کج کردن
۳	در بستر ماندن اخیر برای بیش از سه روز یا جراحی عمده در چهار هفته اخیر
۴	لمسی دردناک در طول مسیر سیسترو وریدی
۵	ورم کردن سر تا سر اندام تحتانی
۶	ورم بیش از ۳ سانتی متر یک ساق در مقایسه با اندام تحتانی بی علامت مقابل (این اندازه گیری باید ۱۰ سانتی متر زیر توپروزیته نیبال انجام شود)
۷	ادم کوبه گذار که در اندام علاندار بیشتر باشد.
۸	مشاهده وریدهای سطحی کوفتال
۹	تشخیص دیگری به اندازه DVT یا بیشتر از آن معادل به نظر برسد.

انتخاب ارزیابی	
۱- نتیجه ارزیابی در کارکس ثبت گردد.	خطر
۲- در صورتی که بیمار امتیاز ۱ و بالاتر را کسب نماید نیاز به دستبند شناسایی زرد دارد.	ریسک بالینی بیمار (بالا)
۳- اگر هر دو اندام تحتانی علاندار باشند، سستی که درگیری شدیدتری دارد را در نظر بگیرید.	خطر متوسط
۴- معیارهای بالا برای ارزیابی هماهنگ بیمار آن طراحی شده اند و باید به همراه فشارات بالینی پوشک لحاظ شوند، نه به جای آن.	ریسک بالینی بیمار (متوسط)
۵- علامت هشدار هستند: درد یا حساس شدن که از ساقی یا شروع می شود، تورم در جرح و ساق یا قرمزی یا تغییر رنگ پوست، گرمای موضعی	کم خطر
	ریسک بالینی بیمار (پایین)

مدل ولز برای ارزیابی ریسک بالینی آمبولی ریه PE	
۱	علامه و نشانه های بالینی (DVT) بطور حداقل، تورم و درد اندام تحتانی در بی لمسی وریدهای عمقی موجود باشد.
۲	تشخیص های دیگر تا معادل تر از آمبولی ریه باشند.
۳	وجود تاکیکاردی (ضرب قلب بالای ۱۰۰ بار در دقیقه)
۴	بی تحرکی یا جراحی در چهار ماه اخیر
۵	سابقه قبلی DVT یا PE
۶	هموزی
۷	بدیخیمی فعال (تحت درمان یا درمان شده در شش ماه اخیر - یا تحت درمان تسکین دهنده)

انتخاب ارزیابی	
۱- نتیجه ارزیابی در کارکس ثبت شود.	خطر
۲- در صورتی که بیمار امتیاز ۲ و بالاتر را کسب نماید از دستبند شناسایی زرد استفاده نمایید.	ریسک بالینی بیمار (بالا)
۳- معیارهای بالا برای ارزیابی هماهنگ بیمار آن طراحی شده اند و باید به همراه فشارات بالینی پوشک لحاظ شوند، نه به جای آن.	خطر متوسط
۴- علامت هشدار هستند: تنگی نفس بی دلیل، تنفس با ریتم سریع، درد قفسه سینه که با تنفس عمیق بدتر می شود، تاکیکاردی، حس سبکی سر تا بیپوش شدن	ریسک بالینی بیمار (متوسط)
	کم خطر
	ریسک بالینی بیمار (پایین)

بررسی ریسک سقوط بیمار (مقیاس مورس) More fall risk assessment	
۰	تازه
۱	تازه
۲	حیرت افکندگی ناشی از تغییرات
۳	بنا به ایستادگی و تغییر وضعیت برای هر جنبه ای
۴	ایستادگی در هر جنبه ای از قامت و بی اعتمادی به وسایل کمک تحرک CBR بیمار
۵	ایستادگی بیمار از قامت و وسایل
۶	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۷	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۸	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۹	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۰	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۱	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۲	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۳	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۴	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۵	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن

ارزیابی زخم فشاری با معیار بران Burden	
۱	کلا معهود: عدم پاسخ به محرک دردناک (بدلیل کاهش هوشیاری، دریافت سداتیو کاهش توانایی احساسی درد در بدن)
۲	خیلی معهود: پاسخ به تحریکات دردناک (عدم برقراری ارتباط، بی قراری، محدودیت در احساس درد)
۳	کمی معهود: گالدا به دستورات کلامی پاسخ می دهد و در یک یا دو اندام تحتانی اختلال حس دارد.
۴	بدون معهودیت: به دستورات کلامی پاسخ می دهد و درد را بیان می کند.
۱	رطوبت مداوم ملخفه و لبانی بیمار همواره مرطوب می باشد (یا هر بار جایی رطوبت مشاهده می شود)
۲	خیلی مرطوب: ملخفه ها در هر حقیقت به دلیل خیس بودن تویض می شود.
۳	کافی مرطوب: ملخفه ها حداقل یکبار در روز بدلیل خیس بودن تویض می شود.
۴	بندرت مرطوب: پوست معمولاً خشک است و ملخفه ها طبق روتین تویض می شود.
۱	محدود به نقت: استراحت مطلق (CBR) بدون تحریک هرگز از نقت خارج نمی شود.
۲	محدود به صندلی: بیمار با کمک شخصی جرح کار حرکت کند. قادر نیستند وزن خود را روی پاهایش بینانند.
۳	کافی راه می رود: کافی در طول روز با کمک یا بدون کمک راه می رود و اکثر ساعات را در نقت به صندلی می گذراند.
۴	مکرر راه می رود: مرتباً بطور مستقل راه می رود.
۱	کاملاً بی حرکت: بدون کمک حتی قادر به تغییرات اندک در وضعیت بدن یا انقباض نمی باشد.
۲	حرکت بسیار محدود: کافی کمک تغییرات کمی را به بدن یا انقباض می دهد.
۳	اندکی معهود: بدون کمک تغییرات اندکی را به طور مکرر در بدن و انقباض ایجاد می کند.
۴	بدون معهودیت: بدون کمک مکرر و مستقل پوزیشن خود را تغییر می دهد.
۱	بسیار کم: تغذیه بیماران کاملاً ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد به ندرت بیش از یک سوم غذایش را می خورد.
۲	ناکافی: NGT یا TPN احتمالاً نیاز غذایی بیمار را برطرف می کند.
۳	کافی: تغذیه کافی بطوری که بیش از نصف غذایش را می خورد.
۴	عالی: تغذیه کاملاً خوب و همه وعده های غذایی خود را بطور کامل می خورد.
۱	مشکل دار: همواره مویج جا چپایی روی ملخفه کشیده می شود یا مکرر اسهال می خورد.
۲	مشکل بالقوه: مویج جا چپایی گاه گاه کمک می کند ولی باز هم قسمت هایی از بدن بیمار روی ملخفه کشیده می شود. کافی سر می خورد.
۳	بدون مشکل: بطور کامل قادر به بلند کردن بدن خود می باشد و روی ملخفه ساییده می شود.

نتایج ارزیابی با ابزار بران	
خطر بسیار بالا	۹-۶
خطر بالا	۱۲-۱۰
خطر متوسط	۱۴-۱۲
پیشگیرانه	۱۵-۱۸
بدون خطر	۱۹-۲۲

انتخاب ریسک سقوط بیمار (مقیاس مورس) More fall risk assessment	
۰	تازه
۱	تازه
۲	حیرت افکندگی ناشی از تغییرات
۳	بنا به ایستادگی و تغییر وضعیت برای هر جنبه ای
۴	ایستادگی در هر جنبه ای از قامت و بی اعتمادی به وسایل کمک تحرک CBR بیمار
۵	ایستادگی بیمار از قامت و وسایل
۶	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۷	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۸	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۹	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۰	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۱	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۲	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۳	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۴	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن
۱۵	مشکل بیمار در رفتن از اتاق به حمام و برگشتن از آن

ارزیابی درد در بیمارمان هوشیار (vas)



واحد بهبود کیفیت

✿ معیار ارزیابی هامپتی دامپتی (معیار سقوط در اطفال)

ارزیابی خطر سقوط در کودک بستری حداقل یکبار در روز به خصوص در هنگام تغییر شرایط بایستی انجام شود.

کمترین امتیاز: 7

بیشترین امتیاز: 23

در صورتیکه مجموع امتیازها 12 و بالاتر باشد بیمار در ریسک سقوط قرار دارد.

معیار ولز wells score

معیار ولز از جمله معیارهایی است که جهت تعیین ریسک آمبولی ریه و خطر ترومبوز وریدهای

عمقی در بیمارمان بستری استفاده می شود.

معیار ولز (Wells) جهت تعیین ریسک ترومبوآمبولی وریدی			
نمره	یافته های بالینی برای آمبولی ریوی PTE	نمره	یافته های بالینی برای DVT
+3	وجود علایم بیماری DVT	+1	جراحی، صدمه یا گچ در اندام تحتانی، پارزی
+3	تشخیص افتراقی دیگری که علایم بیمار را توجیه کند نداشته باشیم	+1	بستری در تخت بیش از سه روز یا جراحی
+1.5	ضربان قلب بالای 100	+1	تندرنس در مسیر وریدهای پشت زانو یا ران
+1.5	بی حرکتی بیش از سه روز یا جراحی در چهار هفته اخیر	+1	تورم یک عضو
+1.5	سابقه قبلی از TE و DVT	+1	ادم گوده گذار در اندام مبتلا
+1	وجود خلط خونی	+1	تورم بیشتر از 3 سانتی متر یک پا نسبت به پای دیگر در 10 سانتی متری زیر زانو
+1	بدخیمی حاد یا درمان شده در طول شش ماه قبل یا درمان تسکینی	+1	تورم عروق محیطی که ناشی از واریس نباشد
		+1	داشتن سابقه DVT قبلی
		+1	بدخیمی حاد یا درمان شده که شش ماه قبل بوده است
		+3	تزریق وریدی دارو
		-1	تشخیص جایگزین با احتمال بیشتری نسبت به DVT
			جمع نمرات

امتیاز ریسک ترومبوآمبولی ریوی (PTE)		امتیاز ریسک ترومبوآمبولی وریدی (DVT)	
احتمال کم	>2	احتمال کم	0-1
احتمال متوسط	2-6	احتمال متوسط	1-2
احتمال بالا	<6	احتمال بالا	3-8

معیار ارزیابی خطر خودکشی : SAD PERSONS Scale

نمره نهایی به عنوان امتیاز Suicide در گزارش پرستاری بیمار، ثبت می شود در صورت نیاز، برای بیمار دستبند زرد باکد SC ثبت می گردد.

افکار خودکشی : خودکشی عملی عمدی است که باعث مرگ فرد می شود

خودکشی اغلب به علت یأس صورت می گیرد که علت آن اغلب به اختلال روانی نظیر : افسردگی ، اختلال دوقطبی اسکیزوفرنی ، شکست عشقی ، اعتیاد به الکل باشد-سوء مصرف دارو نسبت داده می شود .
عوامل خطر آفرین : اختلالات روانی - مصرف نادرست دارو - اقدام به خودکشی قبلی - در دسترس بودن وسیله برای ارتکاب عمل - سابقه خانوادگی خودکشی - وجود آسیب ضربه ای مغز - سوء مصرف مواد - سپس بیمار را بر اساس معیار SAD PERSON ارزیابی می کنیم

مراقبت های پرستاری

- ۱ - دور کردن وسایل خطرناک و نظارت دقیق بر بیمار الزامی است .
- ۲ - برقرار نمودن یک ارتباط خوب با بیمار یک روش پیشگیری از خودکشی است چون احساس می کند فرد با ارزیابی است .
- ۳ - تشویق کردن بیمار به بیان احساسات و به بیمار بگویند هرگاه دچار تفکرات و عقاید خودکشی شد نزد پرسنل بیاید .
- ۴ - در جریان قرار دادن پزشک ، اطرافیان و پرسنل بخش
- ۵ - به بیمار اطمینان دهید که پرسنل در همه حال در مقابل این افکار از او حمایت می کنند
- ۶ - کنترل رفتارهایی که پیش در آمد خودکشی می باشد مثل بخشیدن دارایی - وسواس فکری درباره مرگ - خودزنی - نوشتن وصیت نامه

انواع گزارش خطا :

2- اجباری

1- اختیاری

✿ گزارش اختیاری خطاها- از طریق سایت بیمارستان فارابی- قسمت گزارش خطا

آدرس سایت بیمارستان: FARABI.MUI.AC.IR

✿ خطاهای اجباری : خطاهای 28 گانه / وقایع ناخواسته یا **NEVER EVENTS**

وقایع ناگوار و گزارش دهی فوری آنها: **NEVER EVENTS** →

بسمه تعالی		 کد شناسه 1- F-RR
تاریخ ابلاغ : 1400/6/31	فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران	
شماره کد واقعه:	اطلاعات دموگرافیک	
نام و نوع موسسه تشخیصی درمانی : شهر: اصفهان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان		
در صورتی که موسسه بیمارستان باشد موارد ذیل تکمیل گردد:		
نوع بیمارستان: <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> درمانی <input type="checkbox"/> تک تخصصی <input type="checkbox"/> عمومی <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> نیروی مسلح <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> سایر		
نام و نام خانوادگی بیمار : جنسیت: مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> سن: شماره پرونده بیمار:		
تاریخ مراجعه به مرکز درمانی: / / تاریخ وقوع: / / ساعت وقوع: AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		
پزشک معالج:		تشخیص:
<input type="checkbox"/> کد 1. جراحی بر روی عضو اشتباه	<input type="checkbox"/> کد 2. جراحی بر روی بیمار اشتباه	<input type="checkbox"/> کد 3. جراحی با روش اشتباه
<input type="checkbox"/> کد 4. جا گذاشتن هر گونه Device	<input type="checkbox"/> کد 5. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل	<input type="checkbox"/> کد 6. تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور
<input type="checkbox"/> کد 7. مرگ یا ناتوانی بیمار به دنبال استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی		<input type="checkbox"/> کد 8. مرگ یا ناتوانی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده
<input type="checkbox"/> کد 9. مرگ یا ناتوانی بیمار به دنبال آمبولی عروقی		<input type="checkbox"/> کد 10. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص یا اشخاص غیر از ولی قانونی
<input type="checkbox"/> کد 11. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول بکشد		

<input type="checkbox"/> کد 12 . خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی	<input type="checkbox"/> کد 13 . مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو ، دوزدارو ، زمان تزریق دارو و ...	<input type="checkbox"/> کد 14 . مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
<input type="checkbox"/> کد 15 . مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین	<input type="checkbox"/> کد 16 . مرگ یا ناتوانی به دنبال هیپوگلیسمی	<input type="checkbox"/> کد 17 . زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش در مرکز درمانی
<input type="checkbox"/> کد 18 . کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان	<input type="checkbox"/> کد 19 . مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات	<input type="checkbox"/> کد 20 . مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی ...
<input type="checkbox"/> کد 21 . حوادث مرتبط با استفاده گاز های مختلف به بیمار	<input type="checkbox"/> کد 22 . سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل	<input type="checkbox"/> کد 23 . موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت
<input type="checkbox"/> کد 24 . سقوط بیمار	<input type="checkbox"/> کد 25 . موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی	<input type="checkbox"/> کد 26 . هرگونه آسیب فیزیکی وارده به بیمار
<input type="checkbox"/> کد 27 . ربودن بیمار	<input type="checkbox"/> کد 28 . اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعددی اقدامات درمانی توسط کار درمان	
شرح مختصر واقعه و اقدامات انجام شده :		
نام و نام خانوادگی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی :		

ترالی احیا و مراقبت های حاد :

✿ در هر بخش، پرستار مسئول در هر شیفت کاری از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه روز در بخش ها، اطمینان حاصل مینماید.

✿ ترالی اورژانس در دسترس باشد به نحوی که در زمان کمتر از یک دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم باشد.

✿ داروهای نجات بخش ترالی اورژانس در تمام ساعات شبانه روز تامین می شود.

✿ وجود مانیتور قلبی پرتابل و دفیبریلاتور، برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس

✿ وجود دستگاه پالس اکسیمتری دارای مانیتور مجزا جهت انتقال بیماران حاد و بحرانی

✿ مراقبت های پرستاری بیماران حاد در انتظار انتقال به بخش های ویژه با شرایط مشابه و قابل مقایسه با بخش های ویژه ارایه می شود.

تغییرات جدید ترالی احیا ویرایش هفتم:

✿ حذف ویال دکستروز 20٪

✿ حذف آمپول سایمیتیدین

✿ اضافه شدن قرص آسپیرین 325

✿ ستاره دار شدن آمپول فنی توئین-میدازولام وهالوپریدول

✿ حذف آمپول لورازپام وجایگزینی دیازپام

✿ افزایش تعداد اسپری سالبوتامول به 2 عدد

✿ کاهش تعداد دیگوسین از 3 به یک عدد

✿ کاهش تعداد فنوباریتال از 5 به سه عدد

هموویژلانس



✿ همو به معنای خون و VIGILANCE به معنای مراقبت است و ترکیب مراقبت از خون به عنوان برگردان هموویژلانس بکار می رود .

✂ در واقع هموویژلانس به معنای مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون است.

مراقبت از خون (هموویژلانس) یک سیستم نظارت کشوری بر سلامت خون و فرآورده های آن در تمام مراحل (زنجیره انتقال خون) یعنی از زمان خونگیری از اهداکنندگان تا پیگیری دریافت کنندگان خون و فرآورده ها، گردآوری و تجزیه و تحلیل داده های مربوط به اثرات ناخواسته انتقال خون و اعلام خطر به منظور تصحیح و اقدامات لازم برای جلوگیری از وقوع مجدد آنها است همچنین ضرورت قابل ردیابی بودن خون و فرآورده ها از اهداکننده تا دریافت کننده، در بیمارستانهای دولتی، خصوصی و مراکز انتقال خون توصیه شده است.

موثر بودن سیستم هموویژلانس بستگی دارد به:

شناسایی و تشخیص عوارض + مستند سازی + گزارش آنها

پیش نیاز: گزارش تمام عوارض مرتبط با تزریق خون

تجزیه و تحلیل عوارض و اخذ اقدامات اصلاحی به جهت پیشگیری از وقوع مجدد آنها

مهمترین نکته در تهیه نمونه خون قبل از تزریق ← تایید هویت بیمار

فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون:

1) انتقال صحیح خون و فرآورده های خونی در بیماران شامل زنجیره ای از فرآیند های مختلف : اخذ نمونه خون وریدی، آماده نمودن گیرنده خون، انتقال خون و فرآورده های خونی از بانک خون به بخش، آمادگی خون و یا فرآورده های خونی برای انتقال و تجویز آن به بیمار می باشد. به منظور کسب اطمینان از دانش و صلاحیت حرفه ای کارکنان خدمات سلامت ذیربط، کاهش وقوع احتمالی اتفاقات ناخواسته و تضمین انتقال خون و فرآورده های خونی ایمن به بیماران تبعیت از راهنماهای سازمان انتقال خون الزامی است.

2) به منظور اطمینان از اینکه خون صحیح به بیمار صحیح انتقال می شود، ضروریست پرستار قبل از انتقال

خون از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی و نام پدر خود را به صورت کلامی ادا نماید و

سپس نام و نام خانوادگی بیمار را با مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و یا پرونده بیمار

مطابقت دهد.

3) در صورتی که بیمار بیهوش و یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نمی باشد

پرستار موظف است قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر روی باند شناسایی بیمار را با مشخصات

پرونده بیمار مطابقت دهد.

4) بیاد داشته باشید به منظور انتقال خون در بیماران بیهوش و نوزادان داشتن میچ بند شناسایی برای

بیماران ضروری می باشد.

5) در تطابق خون/ فرآورده خونی ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده/ دستبند شناسایی یا بیمار مورد

بررسی قرار گیرند:

* شماره خون / فرآورده
خونی

* شماره پرونده

* تاریخ تولد به روز
ماه سال

* نام پدر بیمار

* نام و نام خانوادگی
بیمار به صورت کامل

مراقبت های بیهوشی و جراحی

اولویت بندی بیماران از نظر اورژانسی، پر خطر، عفونی بودن و آسیب پذیری در نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل صورت می گیرد:



بیماران پر خطر بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی

نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت

می باشند، این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات

فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند

مانند مادران بارداری های پرخطر، بیماران بستری در بخش های ویژه و دارای بیماری های زمینه ای که موجب پرخطری شرایط آنها می شود مانند دیابت پیشرفته، نقص ایمنی و

بیماران آسیب پذیر به بیمارانی که اطلاق می گردد که به دلیل شرایط سنی در معرض خطر بیشتری هستند

مانند سالمندان و کودکان، بیماران روانپزشکی، مجهول الهویه

🔪 آمادگی بیماران قبل از ورود به اتاق عمل ارزیابی شده و هیچ یک از بیماران برای اطمینان از آمادگی در اتاق عمل منتظر نمی مانند .

🔪 کسب اطمینان از آمادگی بیماران قبل ورود به اتاق عمل توسط مسئول پذیرش با هماهنگی بخش

🔪 عدم انتظار بیماران جهت انجام آزمایش، تصویربرداری، مدت ناشتایی، مشاوره و یا هر اقدام تشخیصی لازم در اتاق عمل

🔪 نبود سابقه کنسلی اعمال جراحی به دلیل عدم آمادگی بیمار بعد از ورود به اتاق عمل

نکته : البته این موضوع شامل بیماران اورژانسی نیست و بایستی بلافاصله به اتاق عمل منتقل شوند و با تشخیص پزشک بیهوشی آمادگی بیمار مدیریت شود.

❖ اتاق عمل در پذیرش بیماران کاندید عمل اورژانسی و بیماران حاد پیش از ورود بیمار آمادگی لازم را ایجاد نموده و بلافاصله پس از ورود به بخش اتاق عمل بدون هیچ وقفه ای به اتاق های عمل منتقل می شوند

❖ هماهنگی اطلاع رسانی فوری مشخصات بیماران کاندید عمل اورژانس توسط بخش مربوط به اتاق عمل

❖ بازبینی برنامه پذیرش بیماران الکتیو و انجام عمل اورژانس، در کمترین زمان ممکن توسط مسیول شیفت اتاق عمل

❖ انطباق زمان ثبت گزارش پرستاری پذیرش بیماران اورژانسی در اتاق عمل و زمان شروع القای بیهوشی

❖ بیماران کاندید عمل اورژانسی در صورت احتمال مرگ و یا قطع عضو، بلافاصله و بدون اتلاف وقف جهت تشکیل پرونده، اخذ رضایت آگاهانه و انجام روند مالی وارد اتاق عمل شده و بلافاصله بعد از پذیرش مستقیماً به اتاق پروسیجر منتقل می گردد.

❖ ساعت ناشتای آمادگی بیماران قبل از عمل جراحی بر اساس ساعات مجاز تنظیم می شود

❖ ثبت موقع دستور ناشتایی در پرونده بیمار توسط پزشک معالج

❖ تنظیم زمان تقریبی بیماران در اتاق عمل و بر همین اساس تعیین ساعت آغاز ناشتایی بیمار

❖ ارایه آموزش های لازم به بیمار در خصوص مدت و محدودیت های ناشتایی توسط پرستار و پزشک معالج

❖ ساعات ناشتای بیماران به دلایل عدم حضور پزشک، عدم آمادگی اتاق عمل، تجهیزات و سایر عوامل طولانی نمی شود.

❖ بیمار توسط پرستار بخش به مسئول پذیرش اتاق عمل تحویل داده می شود

❖ همراهی پرستار مسیول در فرایند انتقال بیمار به اتاق عمل

❖ تحویل بیمار به مسیول پذیرش اتاق عمل توسط پرستار مسیول مراقبت بیمار بر اساس اصول تحویل ایمن بیماران

❖ در هر نوبت کاری یک نفر از کارکنان بالینی (پرستار - هوشبری یا اتاق عمل) وظیفه پذیرش بیماران را بر عهده دارند .

🔗 بیمار در بدو ورود به بخش اتاق عمل توسط یک پرستار یا کاردان یا کارشناس اتاق عمل یا هوشبری پذیرش و وضعیت بیمار در فرم مراقبت قبل از عمل جراحی ثبت می شود

🔗 انجام فرایند پذیرش بیمار در اتاق عمل طبق دستورالعمل پذیرش توسط پرستار یا کاردان / کارشناس اتاق عمل یا هوشبری

🔗 اخذ رضایت آگاهانه از بیمار هوشیار و در بیمار غیر هوشیار / کودک از ولی قانونی وی در بخش بستری، توسط جراح یا یکی از اعضای تیم جراحی که حداقل در زمان برش جراحی در اتاق عمل حضور دارد

🔗 بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و به بخش های مرتبط منتقل می شوند .

🔗 رعایت نکات پیشگیری از جا ماندن ابزار و اسفنج های جراحی در زخم های جراحی

🔗 دستورالعمل انتقال بیمار از ریکاوری به بخش مربوط توسط متخصص بیهوشی

🔗 تحویل بیمار از اتاق عمل به بخش با رعایت اصول ایمنی و دستورات ویژه بیمار

🔗 شمارش کامل انواع گاز ها، تمامی ابزار و وسایل مورد استفاده در شروع، حین عمل جراحی و مقایسه با تعدد آنها در خاتمه جراحی، نتایج با ذکر نام و سمت فرد و مهر و امضای مسیول، شمارش در برگ گزارش عمل جراحی ثبت و قبل از بسته شدن موضع جراحی به اطلاع جراح رسانده شود .

نکات مهم در انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش :

1- زمان خروج از اتاق عمل به ریکاوری ثبت شود.

2- کلیه مستندات مربوط به بیمار، اوراق پاراکلینیک و نمونه های بیمار در حین تحویل بیمار به بخش مربوطه تحویل شده و مستند گردد.

3- یافته های پایش در ریکاوری، بیمار از ریکاوری به بخش که متناسب با مراقبت پس از بیهوشی یا پس از آرام بخشی تعیین شده ، ارسال می شود.

4- بیمار توسط پرستار با داشتن مانیتورینگ (پالس اکسی متر و دستگاه فشار سنج) و چک علائم حیاتی با برانکارد به مربوطه منتقل می شود .

5- در زمان تحویل بیمار از ریکاوری به بخش بستری از اصول برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار طبق راهنما شامل انتقال اطلاعات بالینی بیمار، مشکلات حین جراحی ، بیهوشی و ریکاوری بیمار، تبعیت می شود .

6- در صورت انتقال بیمار به بخش های ویژه، وسایل کمک تنفسی (آمبوبگ و ...) و کیسول اکسیژن موجود استفاده می شود.

محاسبات دارویی



تجویز دارو یکی از مهمترین و شایعترین فعالیتهای پرستاری است که به عنوان پرمسئولیت ترین وظیفه پرستار محسوب میشود. تجویز موثر و ایمن داروها نیازمند دانش در زمینه های مختلف از جمله دانش تئوری و بالینی تجویز دارو، دانش داروشناسی و توانائی محاسبه بالینی داروها میباشد. علاوه بر این پرستار باید اطلاعاتی در رابطه با تشخیص بیماری، سن و وضعیت عمومی بیمار داشته باشد. به طور متوسط پرستاران 40٪ وقت خود را در بیمارستان صرف دارو دادن میکنند.

داروهای شایع	واحد	نوع دستور دارویی
هپارین ، انسولین	UNIT/H	واحد در ساعت
ثوفد، TNG	µg/min	میکروگرم / دقیقه
دوپامین، دوبوتامین	µg/kg/min	میکروگرم / وزن / دقیقه
سولفات منیزیوم، لیدوکائین، گلوکز هایپرتونیک	%	درصد
کلرور پتاسیم، بیکربنات سدیم	meq	میلی اکی والان
لیدوکائین	Mg/min	میلی گرم در دقیقه

انواع سرم ها	l/hr-ml/hr	میلی لیتر در ساعت / لیتر در ساعت
--------------	------------	----------------------------------

برای تزریق این قبیل داروها، پرستار نقش و مسئولیت سنگینی بر عهده دارد. نحوه رقیق نمودن دارو و تعیین اینکه چه میزان از دارو با چه حجمی از سرم مخلوط گردد، به عوامل مختلفی بستگی دارد. یکی از عوامل مهم، محدودیت دریافت مایعات در برخی از بیماران است. در بیمارانی که به هر دلیل (نارسائی قلبی یا کلیوی) دارای محدودیت میباشند، بایستی دارو را با غلظت بیشتری آماده نموده تا تعداد قطرات و حجم دریافتی بیمار به حداقل ممکن برسد. عامل دیگری که در تعیین مقدار دارو و حجم سرم بسیار مهم میباشد، استفاده از ابزارهای موجود قابل اندازه گیری و تنظیم تعداد قطرات و سرعت تزریق توسط پرستار است.

راهنمای انفوزیون داروهایی که به صورت میکروگرم در دقیقه ($\mu\text{g}/\text{min}$) تجویز میشوند.

(مانند: نیتروگلیسرین، نوراپی نفرین (لئوفد) $\mu\text{g}/\text{mi}$)

(مقدار کل دارو در حلال) ÷ (مقدار محلول × فاکتور قطره × دوز تجویزی دارو) = تعداد قطره در دقیقه

نکات قابل توجه:

مقدار محلول باید بر حسب میلی لیتر باشد .

مقدار داروی تجویز شده باید بر حسب میکروگرم در دقیقه باشد .

فاکتور قطره در میکروست برابر با 60 باشد.

مقدار کل دارو در حلال باید بر حسب میکروگرم باشد.

مثال: راهنمای انفوزیون نیتروگلیسرین

سوال؟

در صورتی که یک آمپول نیتروگلیسرین (5 یا 10 میلی گرم) در 100 میلی لیتر سرم دکستروز 5٪ یا نرمال سالین ریخته شود، سرعت انفوزیون بر حسب قطره در دقیقه مطابق محاسبات زیر می باشد.

توجه: فرمول بالا را میتوان به صورت زیر ساده کرد :

$$(10) \div 5 = (\text{دوز تجویزی دارو} \times 6) = \text{تعداد قطره در دقیقه}$$

مثال: برای بیمار با دوز $15 \mu / \text{min}$ نیتروگلیسرین شروع کنیم .

راهنمای انفوزیون داروهایی که به صورت میکروگرم به ازای کیلوگرم وزن بیمار در دقیقه ($\mu \text{ g / kg / min}$) تجویز می شوند.

($\mu \text{g / kg / min}$) مانند: دوپامین، دوبوتامین

(مقدار کل دارو بر حسب میکرو) \div (وزن \times مقدار محلول \times فاکتور قطره \times دوز تجویزی دارو) = تعداد قطره در دقیقه

نکات قابل توجه

فاکتور قطره در میکروست برابر با 60 می باشد (هر 60 قطره میکروست برابر با 1 میلی لیتر)

وزن بیمار باید بر حسب کیلوگرم باشد

مقدار داروی تجویز شده باید بر حسب میکروگرم به ازای هر کیلوگرم وزن بیمار در دقیقه باشد

مقدار کل دارو در حلال باید بر حسب میکرو گرم باشد

مثال: راهنمای انفوزیون داروی دوپامین با استفاده از میکروست

در صورتی که 200 میلی گرم دوپامین در 100 میلی لیتر سرم دکستروز 5٪ یا نرمال سالین ریخته شود، سرعت انفوزیون بر حسب قطره در دقیقه مطابق جداول زیر میباشد .

توجه: فرمول بالا را میتوان به صورت زیر ساده کرد :

$$200 \text{ mg} \div (\text{دوز تجویزی دارو} \times \text{وزن} \times 6) = \text{تعداد قطره در دقیقه}$$

مثال: اگر $10 \mu / \text{kg / min}$ دوپامین برای بیمار 60 کیلوگرمی تجویز شده باشد، با توجه به اینکه یک آمپول

200 mg دوپامین در 100 سی سی میکروست حل شود، تعداد قطرات چند است؟

$$18 = 200 \text{mg} \div (10 \mu \times 60 \text{kg} \times 6) = \text{تعداد قطره در دقیقه}$$

مثال: راهنمای انفوزیون داروی دوبوتامین با استفاده از میکروست

مثال: اگر $5\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ دوبوتامین برای بیمار 50 کیلوگرمی تجویز شده باشد با توجه به اینکه یک آمپول 250 mg دوبوتامین در 100 سی سی میکروست حل شود، تعداد قطرات چند است؟

$$250 \text{ mg} \div (\text{دوز تجویزی دارو} \times \text{وزن} \times 6) = \text{قطره در دقیقه}$$

$$6 = (5\mu\text{g} \times 50\text{kg} \times 6) \div 250\text{mg}$$

محاسبه دوز داروهای درصدی

بعضی از فراورده های داروئی (مانند لیدوکائین، کلسیم، منیزیم و ...) به صورت درصد بیان می شوند. معمولاً این قبیل داروها در بخش مراقبتهای ویژه مورد استفاده قرار میگیرند. برای محاسبه مقدار داروی مورد نیاز از محلولهای تزریقی میتوان به صورت زیر عمل نمود .

هر گاه غلظت دارویی با درصد مشخص شده باشد، فقط با حذف علامت درصد (%) و گذاشتن رقم صفر جلوی عدد آن دارو، یک سی سی آن دارو حاوی این عدد به دست آمده به واحد میلی گرم میباشد.

مثال:



1%: یک سی سی آن 10 میلی گرم دارو دارد.

2%: یک سی سی آن 20 میلی گرم دارو دارد

20%: یک سی سی آن 200 میلی گرم دارو دارد

50%: یک سی سی آن 500 میلی گرم دارو دارد

سولفات منیزیوم

وقتی در هنگام احیاء یا در بخش زنان 2 گرم سولفات منیزیوم توسط پزشک خواسته می شود، پرستار برای تزریق این مقدار، از سولفات منیزیوم 20 درصد 10 سی سی / و از سولفات منیزیوم 50 در صد 4 سی سی را به بیمار تزریق می نماید.

$$1 \text{ cc} = 500\text{mg} = 0.5\text{mg} \quad \longleftarrow \quad \text{سولفات منیزیوم } 50\%$$

$$1\text{cc} = 200\text{mg} = 0.2\text{mg} \quad \longleftarrow \quad \text{سولفات منیزیوم } 20\%$$

یک گرم سولفات منیزیوم 50 % = 2 سی سی می باشد.

یک گرم سولفات منیزیوم 20 % = 5 سی سی می باشد.

پتاسیم

1Meq	75 Mg
X=2meq	150mg

$$1\text{cc} = 150\text{mg} \quad \text{پتاسیم } 15\% \text{ یعنی:}$$

یک سی سی پتاسیم حاوی 150 mg

یک سی سی پتاسیم حاوی 150 mg پتاسیم یا 2 mEq پتاسیم است.

حداکثر غلظت پتاسیم 40 میلی اکی والان و حجم 20 سی سی می باشد که حداقل در مدت یک ساعت انفوزیون گردیده و قادر است نیم میلی اکی والان غلظت پتاسیم خون را بالا ببرد.

سرعت انفوزیون پتاسیم بین 20 – 40 میلی اکی والان یا 10 تا 20 سی سی در ساعت است .

نکته: پتاسیم کلراید بصورت جداگانه و دور از سایر داروهای پرخطر نگهداری شود

مثال : جهت تهیه سرم هپارین برای 10 ساعت 10000 واحد هپارین (2 آمبول) را در 100 سی سی سرم دکستروز 5 % یا نرمال سالین حل کرده و تنظیم سرعت انفوزیون آن را با استفاده از فرمول زیر محاسبه میشود

(مقدار کل دارو در حلال) ÷ (دوز تجویزی دارو × مقدار محلول) : تعداد قطره در دقیقه

$$10 = (10000) \div (100 \times 1000) : \text{تعداد قطره در دقیقه}$$

راه ساده جهت محاسبه قطرات سرم هپارین :

(هرگاه برای انفوزین هپارین فقط 10000 واحد هپارین در 100 سی سی میکروست حل کردید تعداد قطرات تنظیمی در دقیقه همان مقدار دستور داده شده پزشک در ساعت است، فقط با حذف دو رقم سمت راست آن

مثال :

اگر دستور 500 واحد در ساعت است 5 قطره

اگر دستور 1000 واحد در ساعت است 10 در دقیقه

اگر دستور 1500 واحد در ساعت است 15 قطره دقیقه

محاسبه دوز درپ انسولین

شایعترین کاربرد درپ انسولین در بخش اورژانس در بیماران مبتلا به کتواسیدوز دیابتی DKA است. برای آنکه بتوانید در یک بیمار کتواسیدوز دیابتی به راحتی سرم حاوی انسولین را فراهم کنید پیشنهاد می شود که از روش زیر استفاده کنید. ابتدا مطمئن شوید که پمپ انفوزیون در بخش موجود است. سپس فاکتور دستگاه را بر روی قطره در دقیقه است. که همان 60 است. آنگاه به ازای هر حجم از سرم همان مقدار انسولین را اضافه نمایید. در این حالت هر یک سی سی حاوی یک واحد می باشد..

به عنوان مثال اگر 30 سی سی سرم در میکروست وارد نمودید باید 30 واحد هم انسولین اضافه کنید. پیشنهاد میکنیم مقدار سرم نرمال سالین را هیچگاه به مقدار 100 سی سی مانند داروهای دیگر انتخاب نکنید، زیرا میزان پایداری انسولین کم بوده و به این ترتیب شما به آن اثر درمانی مطلوب نخواهید رسید.

مثال: پزشک دستور 4 واحد انسولین در ساعت را در پرونده ثبت میکند. در چنین حالتی شما به صورت زیر عمل می کنید:

40 واحد انسولین

40 سی سی نرمال سالین در میکروست

4 واحد در ساعت

X قطره در دقیقه

X برابر 4 قطره در دقیقه یا 4 سی سی خواهد بود.



۱ احیای قلبی ریوی پایه و پیشرفته

تعریف ایست قلبی : به توقف ناگهانی و غیر مترقبه ضربانات قلب و جریان خون موثر در قلب ، ایست قلبی گفته می شود .

بر اساس تعریف فوق در ارزیابی عملکرد قلب هم باید به ارزیابی فعالیت الکتریکی قلب به کمک نوار قلب و هم به ارزیابی فعالیت مکانیکی قلب با چک نبض و برون ده قلبی اقدام نمود به طوری که در بعضی شرایط از جمله وجود برخی تاکی آریتمی ها و یا خونریزی های وسیع قلب از نظر الکتریکی فعال ولی از نظر مکانیکی فاقد عملکرد و یا دارای عملکرد ناقص می باشد که باید نسبت به احیا آن اقدام نمود .

ایست قلبی – ریوی : توقف ناگهانی برون ده قلبی خودبخودی و موثر قلب توام با توقف تهویه ریوی است .

احیا در تعریف به دو قسمت :

حمایت مقدماتی حیات (BLS=Basic life support)

حمایت حیات قلبی عروقی پیشرفته (Advanced cardiovascular life support= ACLS)

امروزه منظور از احیا همان کاربرد **BLS** است و احیای قلبی عروقی پیشرفته در بالغین و اطفال شامل کاربرد داروها و تکنیک های خاص می باشد.

به دنبال توقف برون ده قلبی در ظرف مدت 15 ثانیه خونرسانی به مغز مختل می شود و عدم هوشیاری اتفاق می افتد، سپس در اثر ایسکمی مراکز مهم تنفسی در 30 تا 60 ثانیه بعدی، ایست تنفسی روی می دهد البته این توالی بیشتر در بالغین پس از حوادث قلبی روی می دهد ولی الگوی ایست قلبی در بچه ها معمولا به دنبال یک حادثه تنفسی مثل خفگی با جسم خارجی یا آسپیراسیون مواد و ... اتفاق می افتد



نکات مهم در BLS

فشردن قفسه سینه با :

عمیق مناسب (حداقل 5 سانتی متر) و

سرریع (100-120 بار در دقیقه) همراه با اجازه برگشت کامل قفسه سینه ،

حداقل ایچا در وقفه در همین فشردن قفسه سینه ،

جابجایی احیا گران هر 2 دقیقه یکبار یا زودتر در صورت فستگی و

اجتناب از تهویه بیش از حد به علت کاهش بازگشت وریدی و برون ده قلبی توصیه می شود.

قبل از برقراری راه هوایی پیشرفته، نسبت به فشردن قفسه سینه به تهویه مصنوعی با BVM (30 به 2

) می باشد.

فشردن قفسه سینه (chest compression) در الویت قرار دارد (C-A-B)



سایر نکات مهم

- ✿ مدت زمان هر تهویه مصنوعی **یک ثانیه** می باشد و باید همراه با حرکات قفسه سینه به بالا باشد
- ✿ جهت بررسی پاسخ دهی بیمار صدا زدن با صدای بلند و ضربه به شانه های او و جهت بررسی تنفس نگاه کردن به قفسه سینه و تنفس وی توصیه می شود.
- ✿ جهت فشردن قفسه سینه قرار دادن دست ها روی هم، قفل کردن انگشتان و فشردن نیمه تحتانی استرنوم با قسمت پروگزیمال کف دست توصیه می گردد
- ✿ برای انجام تهویه مصنوعی استفاده از BVM با کانکشن متصل به اکسیژن، کیسه ذخیره اکسیژن و ماسک شفاف با سایز مناسب توصیه می گردد.

CPR با کیفیت بالا

- مانیتورینگ با امواج کاپنو گرافی: اگر دی اکسید کربن انتهای بازدم بیمار کمتر از 10 میلی متر جیوه باشد ، برای بهبود کیفیت احیا تلاش نمایید
- مانیتورینگ فشار خون شریانی: اگر فشار داخل شریانی در فاز استراحت (دیاستولیک) کمتر از 20 mmhg باشد برای بهبود کیفیت احیا تلاش فرمایید.

انرژی شوک جهت دفیبریلاسیون

بای فازیک: بر اساس توصیه شرکت سازنده (شروع با 120 تا 200 ژول) در صورت مشخص نبودن، استفاده از حداکثر انرژی ممکن و دوز دوم و دوز های بعدی هم با همان مقدار انرژی و یا انرژی بالاتر توصیه می گردد

مونوفازیک: 360ژول

راه هوایی پیشرفته

راه هوایی پیشرفته شامل اینتوباسیون داخل تراشه یا وسایل پیشرفته سوپراگلوتیک از قبیل، LMA، combitube و laryngeal tube می باشد.

استفاده از امواج کاپنوگرافی یا کاپنومتري برای اطمینان از محل صحیح تعبیه و پایش راه هوایی پیشرفته و کیفیت احیا توصیه می گردد.

در صورت وجود راه هوایی پیشرفته، 1 تهویه مصنوعی هر 6 ثانیه یکبار (10 بار در دقیقه) بدون قطع فشردن قفسه سینه توصیه می شود .

دارو درمانی

دوز IV/IO اپی نفرین : 1mg هر 3 تا 5 دقیقه یکبار

دوز IV/IO آمیودارون : دوز اول 300mg بلوس ، دوز دوم 150mg

دوز IV/IO لیدوکائین : دوز اول 1-1.5 mg/kg بلوس، دوز دوم 0.5-0.75mg/kg

سولفات منیزیم فقط در صورت ریتم Torsades Depoints همراه با QT طولانی : 1-2 gr رقیق شده با 10 میلی لیتر سرم دکستروز 5٪ ظرف 5 تا 20 دقیقه توصیه می شود.

جهت دارو درمانی روشن داخل وریدی (iv) ارجح بوده و روشن داخل استخوانی (IO) انتخاب دوم می

باشیر

برای رسیدن سریعتر داروها به گردش خون بیمار بعد از هر تزریق 20 ml سرم نمکی فلاش شود و سپس محل تزریق 10-20 ثانیه بالا نگه داشته شود .

کد	وضعیت	تعاریف	اعضا کد
فعالسازی بحران ۱۴۴ پایان بحران ۱۵۵	فوریت درجه ۱	وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود. مراجعه همزمان مصدوم به تعداد ۱۰ تا ۱۵ درصد ظرفیت بیمارستان مراجعه همزمان ۲ تا ۳ بیمار بدحال غیر مرتبط با تخصص بیمارستان بروز شرایطی که منجر به درگیر شدن کامل یک بخش بیمارستان شود. نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان ۲ نفر در یک بخش بروز حادثه داخلی که مصدوم و فوتی نداشته باشد.	سوپروایزر و ۴ تا ۳ نفر از پرسنل بخش های غیر درگیر در بیمارستان و تجهیزات مورد نیاز با تشخیص سوپروایزر
	فوریت درجه ۲	وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود. مراجعه همزمان مصدوم به تعداد ۱۵ تا ۲۰ درصد ظرفیت بیمارستان مراجعه همزمان ۴ تا ۵ بیمار بدحال غیر مرتبط با تخصص بیمارستان بروز شرایطی که منجر به درگیر شدن دو بخش از بیمارستان شود. نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان ۲ تا ۳ نفر در یک بخش بروز حادثه با شدت ۱ تا ۵ مصدوم با ۲ تا ۱ کشته	سوپروایزر و ۴ تا ۸ نفر از پرسنل بخش های غیر درگیر در بیمارستان و تجهیزات مورد نیاز با تشخیص سوپروایزر
	فوریت درجه ۳	وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود. مراجعه همزمان مصدوم به تعداد ۲۰ تا ۳۰ درصد ظرفیت بیمارستان مراجعه همزمان بیشتر از ۵ بیمار بدحال غیر مرتبط با تخصص بیمارستان بروز شرایطی که منجر به درگیر شدن بیش از دو بخش از بیمارستان شود. نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان بیش از ۳ نفر در یک بخش بروز حادثه با شدت ۶ تا ۹ مصدوم و ۳ تا ۵ کشته	سوپروایزر و ۸ تا ۱۲ نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان و فراخوانی نیروهای آتکل و در صورت نیاز اجرای برنامه افزایش ظرفیت
بحران های داخلی	قطع آب ، برقی ، تلفن، قطع سوخت، قطع سیستم تپو به ، مشکلات سازه ای و غیر سازه ای، خرابی آسانسور، خرابی سیستم گازهای طبی سانترال، مختل شدن سیستم HIS بیمارستان و از بین رفتن اطلاعات بیماران	(سوپروایزر، تأسیسات، خدمات، انتظامات، مسئول شیفت بخش)	
۱۲۵	ایمنی و آتش نشانی	وقوع آتش سوزی یا نشت مواد خطرناک در بخش یا قسمتی از بیمارستان (شامل علائم مانند رویت دود یا آتش ، استشمام بوی دود از مواد قابل اشتعال یا تجهیزات)	(سوپروایزر، تأسیسات، خدمات، انتظامات، مسئول شیفت بخش)
۹۹	انتظامات	ضرب و جرح ، درگیری همراهان یا بیماران، گروگانگیری، سرقت ، فرار بیمار و احتمال ربودن کودکان، اغتشاش و ازدحام همراهان بیمار یا در یک بخش	مسئول بخش یا مسئول شیفت ، نگهبانی و یادبگذار بخش
۱۱۵	احیاء بزرگسالان	موارد ایست قلبی تنفسی بزرگسالان	اعضا کد ۱۱۵
۱۶۶	تخلیه بیمارستان	حادثه ای که منجر به تخریب قسمتی از ساختمان یک بخش و یا بیمارستان شود و یا وقوع حوادثی که احتمال آسیب بیماران و گذار درمانی و تجهیزات مطرح باشد و بخش یا بیمارستان نیاز به تخلیه داشته باشد. از جمله زلزله ، نشست زمین ، ریزش آوار ، سیل ، آتش سوزی، نشت مواد خطرناک ، حوادث تروریستی و...	ریاست ، مدیر، مترون ، سوپروایزر، مسئول فنی، مسئول حراست، مسئول تأسیسات ، گذار درمانی، انتظامات ، خدمات

