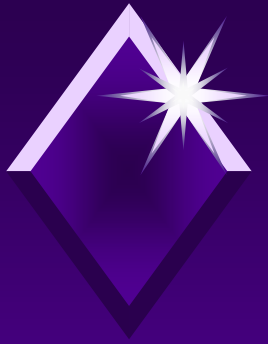


*documentation*





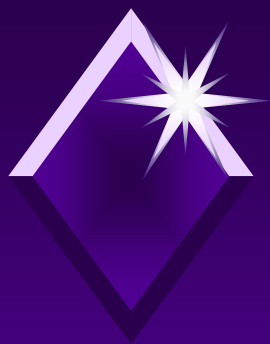
پرونده بیمار یک **ارتباط مهم** را در خصوص دوره درمان با پرستاران و اعضاء دیگر تیم بهداشتی ایجاد می نماید. بدون گزارش پرستاری مراقبت دهندگان حرفه خود را مؤثر به اجرا در نمی آورند. **یک گزارش صحیح سلامتی بیمار و مراقبت دهندگان را حمایت می نماید.** در این بخش با ثبت در موقعیت های خاص وروتین پرستاری آشنایی شوید.



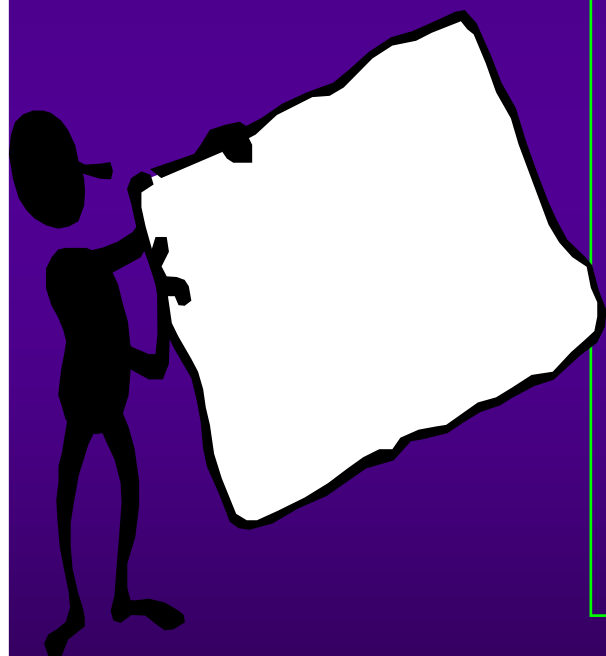
# روش‌های معمول پرستاری



گزارش شما در رابطه با روش روتین پرستاری در پرونده ثبت می‌شود که این شامل چه کسی، یا چگونه انجام و سطح تحمل و عوارض نامطلوب و آموزش قبل و بعد از روش چگونه بوده است. ثبت شما شامل دارو دادن، درمان‌های وریدی مراقبت‌های حمایتی، کنترل عفونت، تست‌های تشخیصی، تغییر در وضعیت بیمار، کنترل مایعات وارده و دفع شده، مراقبت از پوست و زخم، آموزش به بیمار می‌باشد که در بعضی از مؤسسات از فلوچارت نیز استفاده می‌شود.



# دارو دادن:



دارو دادن: احتمالاً در بیشتر مؤسسات از فرم خاصی برای ثبت دارو دادن (MAR) استفاده می شود که به صورت یک فایل کارتی (کاردکس دارو) یا یک برگه مجزا می باشد که این بخشی از یک ثبت دائم می باشد در زمان استفاده از فرم مخصوص به راهنمایی زیر توجه نمایید:



(۱) به قوانین موسسه مربوطه درارتباط با ثبت دستور دارویی

و دادن دارو توجه نمایید

(۲) از کامل بودن دستور دارویی (اسم کامل بیمار، تاریخ، نام دارو،

مقدار، روش دادن دارو و تکرار آن) اطمینان حاصل نمایید. در

زمان دادن دارو به صورت فوراً از ثبت زمان اطمینان حاصل

نمایید

(۳) به صورت قانونی ثبت کنید

(۴) از اختصارات استاندارد تثبیت شده در موسسه استفاده نمایید



۵) بعد از دادن دارو نام کامل فرد و سمت خود را بنویسید  
۶) اگر دستور دارویی فقط برای یک بار و در شیفت بعد باید  
داده شود از اطلاعات ارتباطی در شیفت بعد اطمینان  
حاصل نمایید و یا از یک برچسب هشدار بر روی  
پرونده استفاده گردد

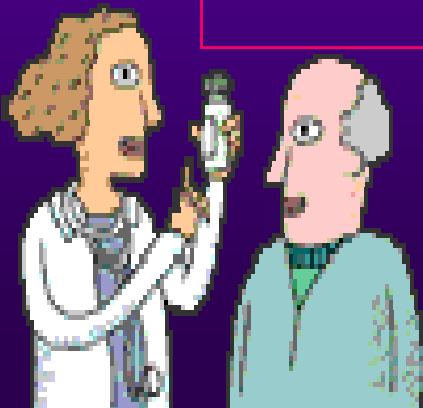
۷) بعد از دادن دارو ثبت نمایید. اگر از ثبت کامپیوتری  
استفاده می نماید نیز باید پس از دادن دارو ثبت  
گردد. اگر دارویی در زمان مقرر داده نشود دلیل ندادن  
دارو قید شود. گاهی شما ممکن است حدس بزنید که  
بین داروی بیمار و حادثه نامطلوب ارتباطی وجود دارد  
باید این ارتباط به FDA گزارش شود.



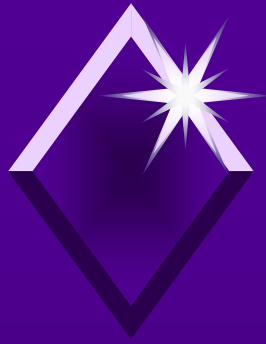
# داروهای در صورت نیاز:

تمام داروهای در صورت نیاز برای چشم، بینی، گوش با ثبت تعداد قطرات باید ثبت گردد. برای شیافها باید نوع آن و چگونگی تحمل و برای داروهای پوستی اندازه و محل و حالت پوست و زخم ثبت شود.

داروهای **Single Dose** شامل مقدار یا مقدار **Stat** در **MAR** و همچنین در گزارش پیشرفت ثبت گردد. ثبت شامل چه کسی این دستور را داده، چرا دستور داده شده و پاسخ بیمار به دارو می باشد.







# مثال:

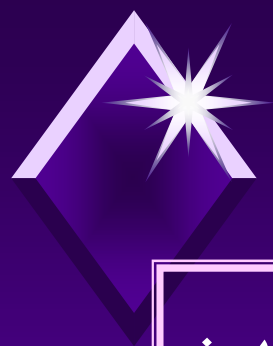
مثال: لازیکس Am<sup>9</sup> - ۴۰ mg طبق دستور Single

داده شد و بیمار SOB و کراکل یک طرفه دارد. اکسیژن

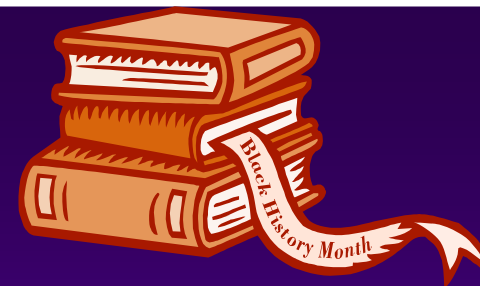
اشباع به ۸۹٪ می‌باشد. Am<sup>10</sup> حجم ادرار به

۱۵۰۰ cc رسید SOB کاهش یافت و اکسیژن اشباع

به ۹۲٪ رسید.



# داروهای نارکوتیک:

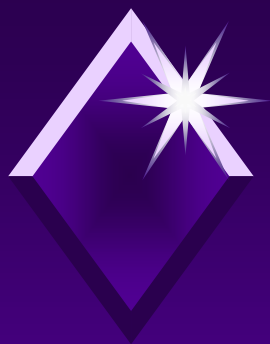


دادن داروهای نارکوتیک براساس قوانین شهری یا کشوری می باشد. این قوانین بیان می دارد که بعد از هر شیفت تعداد نارکوتیکها شمارش می شود و قبل دادن نارکوتیک مقدار دارو در ظرف را مشخص کنید و فرم خاص را تکمیل نمایید. در بعضی از مؤسسات از سیستم اتوماتیک برای شمارش نارکوتیکها استفاده می شود. این سیستم اجازه می دهد که دارو در دسترس پرستار باشد و پس از برداشتن دارو یک کپی برای داروخانه و درآمد بیمارستان ارسال می گردد. در بیشتر مؤسسات از پرستار دوم برای ثبت بعضی از فعالیتها از قبیل دور ریختن مقداری نارکوتیک استفاده می شود.

# درمان‌های وریدی:



بیشتر از ۸۰٪ بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت درمان‌های وریدی قرار می‌گیرند و معمولاً برای جایگزینی آب و الکترولیت، تغذیه وریدی، دادن دارو، خون و فرآورده‌های خونی استفاده می‌گردد بنابراین ثبت دقیق و کامل الزامی می‌باشد و باید این ثبت درمان و دارو که بیمار دریافت می‌نماید را شامل شود و این یک حامی قانونی برای شما می‌باشد. در بعضی مؤسسات از فرم خاصی یا فلوچارتی برای درمان‌های وریدی استفاده می‌شود.



اگر برای گرفتن یک خط وریدی نیازمند تکرار و یا تلاش مجدد و یا به کمک نیاز بود حتماً قید نمایید. در این رابطه از قانون مؤسسه پیروی نمایید. در زمان انجام روش وریدی، تاریخ، زمان، محل، وسیله مورد استفاده (نوع، شماره) و هرگونه تغییر و دلیل برای تعویض محل وریدی از قبیل زیر جلد رفتن، انسداد، خارج شدن توسط بیمار و یا به صورت معمول (طبق قانون مؤسسه) باید ثبت گردد.



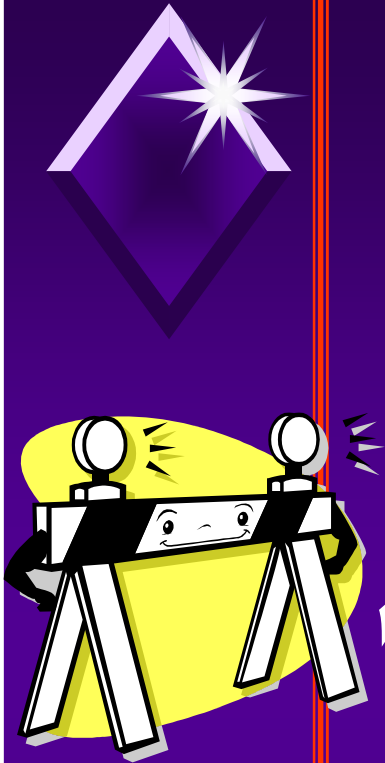
# مثال:

تاریخ، ساعت، بیمار از درد محل وریدی در دست شکایت داشت و در محل دست قرمز بود و ۲ cm بالای محل حساس و در لمس گرم و ملتهب بود IV قطع شد و کمپرس گرم مرطوب روی موضع قرار داده شد و IV در دست راست وصل شد. امضاء،

در هر **شیفت نوع، مقدار، تعداد قطرات و حالت محل ورود و دارو داده شده** ثبت شود. در زمان بروز هرگونه عوارض برای مثال زیرجلد رفتن درمان وریدی را متوقف نموده سپس مقدار مایعاتی که به زیرجلد رفته را مشخص و مداخلات ضروری را انجام و پزشک را مطلع نمایید. از وارد کردن تمام اطلاعات اطمینان حاصل نمایید.

اگر **داروی شیمی درمانی زیرجلد رفت ظاهر محل ورودی، نوع درمان دریافت شده (داروهای آنتی دوت) نوع پانسمان و مطلع نمودن پزشک را** ثبت نمایید. اگر **عکس العمل آلرژیک** در زمان درمان های وریدی اتفاق افتاد فوراً پزشک را مطلع و فرم گزارش عکس العمل های نامطلوب را تکمیل نمایید. اطلاعاتی از قبیل **نوع عکس العمل، زمان بروز عکس العمل، وسعت عکس العمل، گزارش به پزشک، درمان و هرگونه پاسخ به درمان ثبت شود.**

هر گونه آموزش به بیمار و خانواده مانند هدف از درمان های وریدی و احتمال بروز هر گونه عکس العمل گزارش شود



## تغذیه وریدی



تغذیه وریدی شامل محلولهایی که حاوی پروتئین ، الکتrolیت ، ویتامین ، املاح می باشد که به بیمار انرژی داده و آنابولیسم را پیشرفت دهد . چون این محلولها شش بار غلیظ تر از خون می باشد لذا باید رقیق گردند که آسیبی به عروق های محیطی وارد نمایند . معمولا این محلول به درون ورید اجوف فوقانی با استفاده از کاتتر مخصوص می باشد . معمولا برای بیمارانی که جذب مواد غذایی از طریق دستگاه گوارش برای بیشتر از ده روز صورت نمی گیرد استفاده می شود

زیرا تغذیه وریدی باعث رشد باکتری در لاین های وریدهای مرکزی می گردد بیمار در معرض **آلودگی سپسیس** می باشد . استفاده از اسپسیس جراحی در ضمن **آماده کردن محلول ، پانسمان ، ستها ، و تعویض فیلترها** نیاز است . مراقبت از موضع و تعویض پانسمان بر اساس قانون موسسه **حداقل ۳ بار در هفته** را شامل میشود . تعویض لوله ، فیلتر معمولا هر ۲۴-۴۸ ساعت بر اساس قانون موسسه می باشد . اگر بیمار تغذیه وریدی دریافت می نماید نوع و محل خطوط مرکزی و حالت محل ورودی ، حجم و تعداد قطرات باید ثبت گردد در زمان قطع تغذیه وریدی تاریخ و ساعت و نوع پانسمان به کار گرفته شده قید شود اگر چه ظاهر محل نیز ثبت شود.

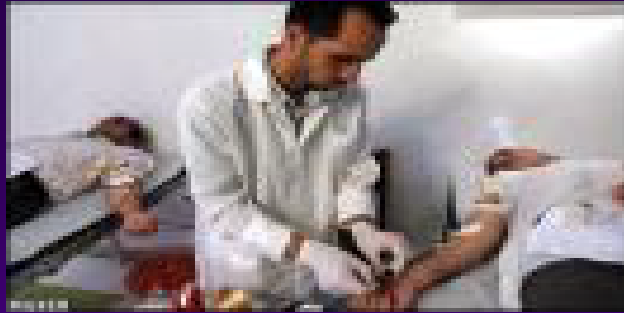




# مثال:



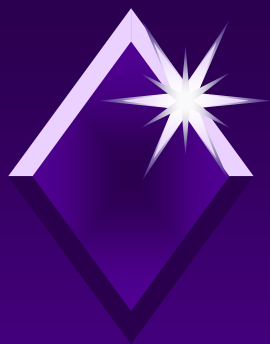
تاریخ ساعت ۲ کیسه تغذیه وریدی در ساعت ۲ وصل و ۶۵ CC/hr از طریق اینفیوژن پمپ داده شد. پانسمان شفاف ناحیه ورید اجوف فوقانی سالم بود و ناحیه بدون قرمزی و ترشحات می باشد به بیمار توضیح داده شد که اگر پانسمان شل و آلوده و محل حساس و درد ناک بود پرستار را مطلع نماید و به سوالات بیمار پاسخ داده شد امضا



## انتقال خون :

قبل از انتقال خون یا فراورده های خونی از قبیل پکسل ، پلاسما ، پلاکت یا کرایو باید خون کراس مچ گردد . مشخصات آن را دقیق بررسی کنید که از دریافت خون صحیح اطمینان حاصل نمایید پس از یکسان سازی نام ، شماره پرونده ، گروه خون ، اطلاعات کراس مچ ارهاس ، شماره بانک خون را بررسی کنید . این مشخصات توسط ۲ نفر کنترل شود . پس از تکمیل اطلاعات رضایت نامه امضا گردد و علائم حیاتی بیمار کنترل شود



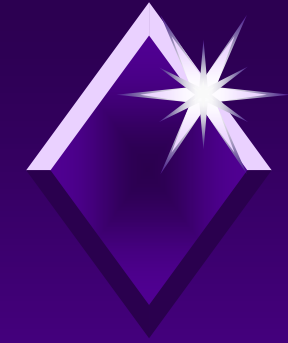


در ثبت روز . و ساعت شروع انتقال خون و نام افرادی که اطلاعات را مشخص نمودند نوع و اندازه کاتتر، حجم خون ، علائم حیاتی قبل در ضمن و بعد از انتقال خون ، تعداد قطرات و استفاده از هر گونه وسیله گرم کننده در نظر گرفته شود .

اگر بیمار خون خود را دریافت می نماید (اوتولوگوس) لازم است اطلاعات آزمایشگاهی در ضمن و بعد از انتقال اتولوگوس و علائم حیاتی ثبت گردد .

باید با توجه خاص به زمان انعقاد ، هماتوکریت ، هموگلوبین ، گاز شریانی خون و سطح کلسیم توجه ویژه گردد .

# عكس العمل انتقال خون



در ضمن انتقال خون خطر عكس العمل های خون بررسی گردد .  
اگر عكس العمل بروز کند **فورا انتقال خون توقف** یابد و باید با یک  
ست جدید **نرمال سالین** وصل گردد . پزشک و آزمایشگاه را مطلع  
نمایید . از ثبت زمان و روز عكس العمل ، نوع و مقدار انتقال خون و  
زمان شروع انتقال خون ، زمان توقف خون و علائم حیاتی ، ارسال  
نمونه ادرار و خون ، درمان دریافت شده و پاسخ بیمار به درمان  
ثبت شود .

# مثال:



تاریخ ساعت بیمار از تهوع و لرز و سیانوز لبها در زمان انتقال پکسل شکایت دارد جریان خون متوقف ست خون تعویض و ۱۰۰ میلی لیتر نرمال سالین انفوزیون گردید ۱۰۰۰ میلی لیتر سرم قندی نمکی در دست راست (KVO) وصل شد دکتر (X) مطلع گردید  $T=37$   $R=25$   $P=104$   $BP=166/88$  نمونه خون از پکسل و از بیمار به آزمایشگاه ارسال شد. نمونه ادرار جهت U/A ارسال شد. دیفن هیدرامین  $50 \text{ mg IM}$  دو عدد پتو روی بیمار قرار داده شد.

ساعت پس از گرم شدن بیمار تهوع بیمار بر طرف شد  $T=37$

$R=20$   $P=96$   $BP=148/80$



# روشهای مراقبتهای حمایتی :



در مداخلات روزانه پرستاری از مراقبت های حمایتی استفاده می شود بسیاری از این مراقبتها روی فرمهای گرافیکی یا فلوچارت ثبت و یا اینکه در فرم گزارش پیشرفت ثبت میشود مداخلات معمول پرستاری شامل قبل و بعد از روشهای جراحی (خارج کردن بخیه ، chest tube) فیزیوتراپی قفسه سینه ، لوله معده ، گاوآژ، نمونه گیری خون شریانی جزو روشهای حمایتی می باشد .



# ثبّت قبل از عمل

ثبت قبل از عمل متمرکز بر دو جزء بررسی و شناخت اولیه و آموزش به بیمار می باشد ثبت این اجزا یک ارتباط صحیح بین تیم را فراهم می نماید. بیشتر موسسات از چک لیست برای اطلاعات مورد نیاز استفاده میشود افرادی که هر گونه موارد غیر طبیعی که بر پاسخ بیمار در روشهای جراحی یا هر گونه انحراف از استانداردهای موسسه را گزارش نمودند را باید ثبت نماید.

## مثال:

تاریخ ساعت تاریخچه پزشکی و جسمی تکمیل نگریده به مدیر بخش اطلاع داده شد به دکتر X اطلاع داده شد.



# مراقبت از محل عمل :

در زمان برگشت بیمار از اطاق عمل علاوه بر کنترل علائم حیاتی ، سطح هوشیاری توجه خاص به محل عمل و درن بنماید .  
به دستور پزشک برای اولین تعویض پانسمان توجه بنماید به موارد زیر در زمان ثبت بعد از عمل توجه بنماید .

**تاریخ ، ساعت و نوع مراقبت** از زخم انجام شده را ثبت بنماید  
**ظاهر زخم ، (اندازه ، حالت لبه زخم بافت نکروتیک) بو ، محل هر گونه درن ، خصوصیات مواد مترشحه (نوع ، رنگ ، محتوی)**

اطلاعات در مورد پانسمان مانند **نوع و مقدار پانسمان جدید**

**مراقبت از زخم اضافی (اداره ترشحات ، شستشو ، به کار گیری داروهای موضعی)**، **سطح تحمل بیمار، مراقبت خاص در اداره درد**

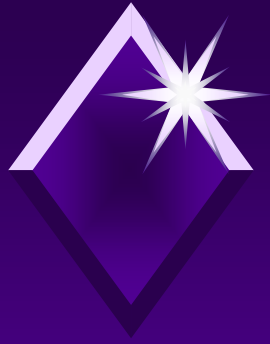
**رنگ و مقدار ترشحات قابل اندازه گیری در فرم مایعات وارده و دفع**

**شده ثبت شود**





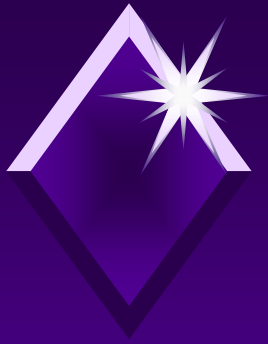
# مثال:



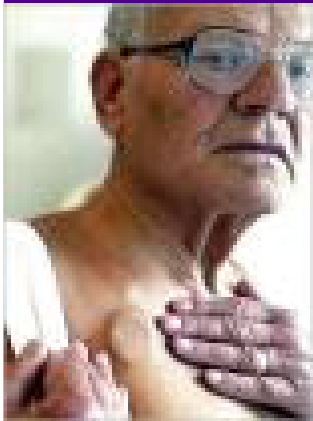
تاریخ ساعت پانسمان خط وسط شکم برداشته شد ، ترشح نداشت ، لبه های زخم بهم نزدیک و سالم می باشد . لبه زخم اکیموز می باشد . از قسمت پایین محل زخم ترشحات خون آبه ای خارج می شود . گاز ۴\*۴ استریل روی موضع قرار داده شد . درن JP حاوی ۴۰ ml ترشحات خون آبه ای بود که تخلیه گردید پد روی موضع قرار داده شد و با چسب فیکس شد .

اگر بیمار بعد از ترخیص نیاز به تعویض پانسمان داشت، آموزش مناسب را فراهم نموده و ثبت کنید . این ثبت باید تکنیک آسپتیک و چگونگی معاینه زخم و نشانه های عفونت و عوارض و مشاهده چگونگی تعویض پانسمان را روی فرم خاص ثبت نماید .

# مرافبت از *pace maker*



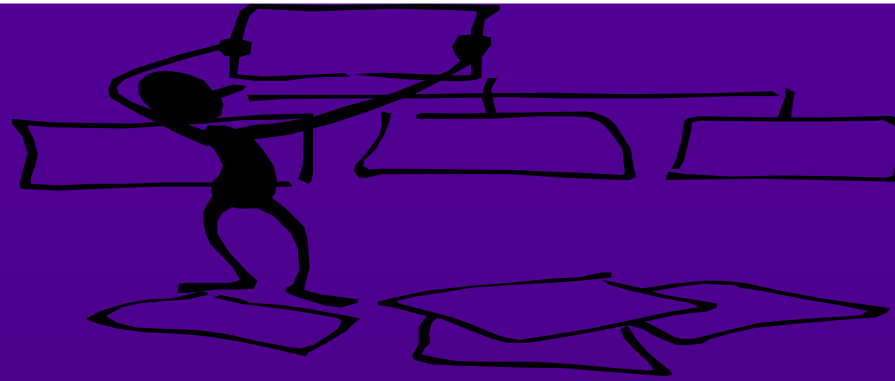
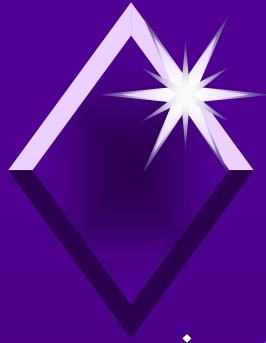
نوع پیس مورد استفاده ، تاریخ و ساعت قرار دادن ، نام پزشک قرار دهنده ، دلیل قرار دادن و پاسخ بیمار باید ثبت گردد.



سطح هوشیاری ، علائم حیاتی ، تعیین اینکه کدام بازو برای گرفتن فشار خون مناسب است. باید هر گونه عوارض از قبیل عفونت ، درد سینه ، عدم فعالیت پیس و مداخلات انجام شده مانند گرفتن رادیو گرافی باید ثبت گردد. بطور کلی در مورد ۱۲ لید الکترو کار دیوگرام و نوارهای ریتمی قبل و در حین و بعد از قرار دادن پیس و هر گونه تغییر در درمان باید ثبت شود.



# مثال:



تاریخ ساعت یک پیس **transvenous** موقت در ورید اجوف فوقانی چپ قرار داده شد تعداد **v+mazmv** با **demand** کامل میباشد . **۱۰۰٪** ریتم پیس بطنی است **ECG** گرفته شد . **Pace sensing** و **capturing** صحیح است محل بدون قرمزی و التهاب می باشد .

امضا

گرفتن الکتروکاردیوگرافی ادامه دارد هر گونه **sensing** و **capture** ، ضربان و ریتم داخلی باید ثبت شود .

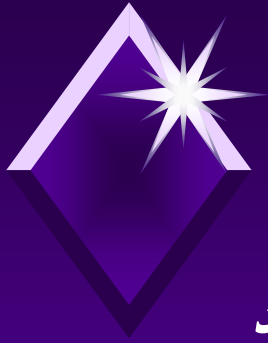
# دیالیز صفاقی



دیالیز صفاقی برای بیماران با نارسایی مزمن کلیه که دچار بی ثباتی قلبی و عروقی و مشکل قرار دادن اکسس هستند افزایش حجم مایعات بدن و عدم تعادل الکتریونی استفاده می شود. این محلول بوسیله کاتتر وارد پریتون گردیده و مایعات زائد و اضافی از طریق غشا نیمه تراوا صفاق خارج میشود. بعد از زمان تجویز شده مایعات خارج میشود. روش دیالیز تا زمان خارج شدن مواد زائد تکرار میشود. در ضمن و بعد از دیالیز پاسخ بیمار به درمان ثبت میشود در ۱-۲ ساعت اول علائم حیاتی هر ۱۵-۱۰ دقیقه کنترل میشود. هر گونه تغییر در وضعیت بیمار را ثبت و پزشک را مطلع نمایید. میزان محلول وارد شده و اضافه کردن هر گونه دارو ثبت شود. هر ۲۴ ساعت فلوجارت دیالیز صفاقی را تکمیل نمایید.

وزن بیمار روزانه (بعد از خارج شدن مایعات) و دور کمر را ثبت کنید. یافته های بررسی و شناخت جسمانی و وضعیت مایعات را ثبت نمایید.

# مثال:



تاریخ ساعت ۱۵۰۰ میلی لیتر با محلول دیالیز ۴/۲۵٪ با ۵۰۰ واحد هپارین و ۲ میلی اکی والان کلرور پتاسیم در طول ۱۵ دقیقه هر ۲ ساعت انفیوژن گردید و در طول ۳۰ دقیقه محلول خارج می شود. محلول برگشتی شفاف می باشد وزن ۸۰ کیلو و دور کمر ۷۰ cm، ریه ها صاف، صداهای قلب طبیعی، مخاط مرطوب، تورگور پوست طبیعی بود بیمار دیالیز صفاقی را تحمل نمود پوست اطراف کاتتر نرم و خشک بوده و قرمزی مشاهده نشد.

امضا

وجود هر گونه مشکل در وسایل مانند خم شدن لوله ها و مداخلات خودتان را ثبت کنید حالت پوست بیمار و محل کاتتر، شکایت بیمار و هر گونه ناراحتی غیر عادی یا درد پا ثبت شود.

# خارج کردن بخیه :



خارج کردن بخیه جزء مسئولیتهای پزشک بوده اما پرستار با مهارت قادر به انجام این روش می باشد در این روش **ظاهر** خط بخیه ، تاریخ و ساعت خارج کردن بخیه ، وجود ترشحات **چرکین زخم** را ثبت نمایید . در صورتیکه مشکوک به عفونت در موضع می باشید پزشک را مطلع نمونه را جمع آوری و به آزمایشگاه ارسال نمایید .

# مثال:



تاریخ ساعت طبق دستور دکتر X بخیه انگشت خارج و

ظاهر خط بخیه خوب و بهبود یافته ترشح و چود نداشت در

بررسی و شناخت موضع تمیز و خشک و قرمزی مشاهده نشد

در لمس انگشت حساس بود هر ۳ بخیه بدون هیچ مشکلی

خارج شد امضا



# تراشحات قفسه سینه

تاریخ و ساعت درناژ قفسه سینه ، نوع سیستم مورد استفاده ،

فشار ساکشن وجود یا عدم وجود حباب و بالا پایین رفتن

سطح آب (وجود حباب بیان گر نشت هوا می باشد ) وضعیت

تنفس ثبت شود . تکرار مشاهدات ثبت گردد ومجددا موارد

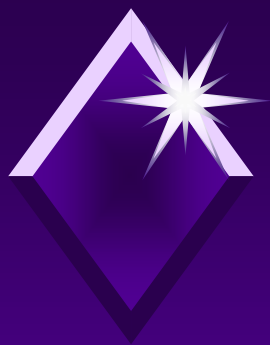
فوق ثبت گردد .



# مثال:



تاریخ ساعت chest tube قسمت تحتانی سالم ، تمام اتصالات سالم ،  
۵۰ میلی لیتر ترشحات خونی خارج گردیده حباب های هوا در تیوب مشاهده نشد  
بالا و پایین رفتن مایعات در تیوب مشاهده پانسمان ادامه دارد SOB مشاهده  
نشد اکسیژن دو لیتر در دقیقه از طریق کانولای بینی ادامه دارد . همچنین وضعیت  
پانسمان ، نام ، مقدار و روش دادن هر دارو برای درد ، وجود هر گونه عوارض و هر  
گونه مداخلات ثبت شود .



در زمان ثبت ترشحات به رنگ ، محتوی و میزان و تاریخ و ساعت  
مشاهدات خود توجه نمایید .

آموزش به بیمار در ارتباط با میزان فعالیت بیمار مانند سرفه ،

تنفس عمیق ، وضعیت نشسته اسپلینت کردن محل لوله ،

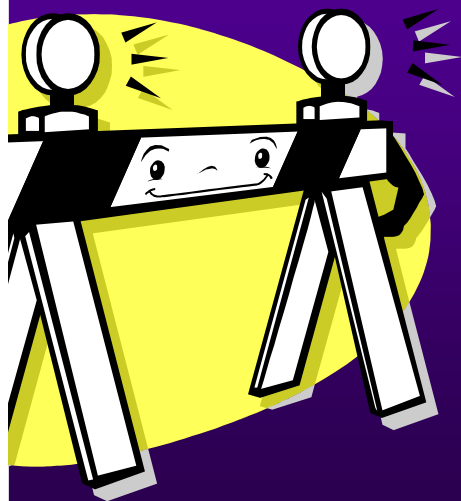
نتایج بررسی و شناخت تنفسی ، میزان کیفیت و سمع سیستم

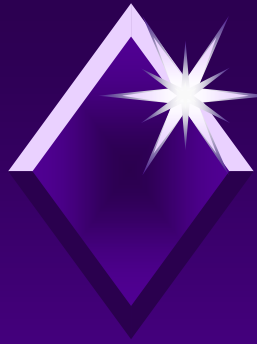
تنفسی ، در زمان مواجهه با وضعیت بحرانی مانند سیانوز ، تنفس

سطحی و عمیق ، آمفیژم زیر جلدی درد قفسه یا خونریزی شدید

، زمان گزارش به پزشک ، هر گونه تعویض پانسمان و مشاهدات

پوست اطراف قفسه سینه ثبت گردد .





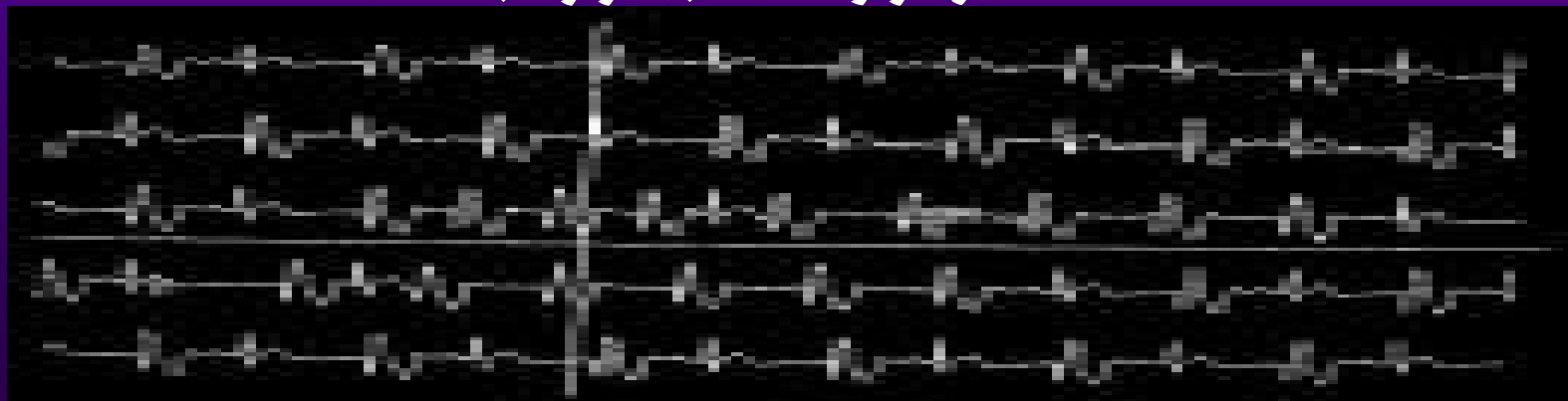
# مانیتورینگ قلب

تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ و لید های مورد استفاده باید

ثبت گردد تمام نوارهای خوانده شده ثبت گردد و روی تمام نوارها

نام بیمار ، شماره اطاق و تاریخ و زمان آن را بنویسید هر گونه

تغییر در وضعیت بیمار را ثبت کنید



# مثال:



تاریخ ساعت برای بیمار از سیستم ۵ لید استفاده شد نوار الکترو NSR را نشان داد میزان به دکتر X اطلاع داده شد بیمار بدون علامت میباشد نبض های محیطی طبیعی است ادم مشاهده نشد **Murmur** مشاهده بیمار درد قفسه سینه ، ناراحتی ، SOB و طپش را رد می کند

اگر مانیتور قلب بعد از ترخیص ادامه یابد هر گونه ریتم خطرناک ثبت و احیای قلبی ریوی انجام شود در صورت بروز مشکل در زمان مانیتورینگ را ثبت نمایید تلاش برای آموزش یا ارجاع را ثبت نمایید .



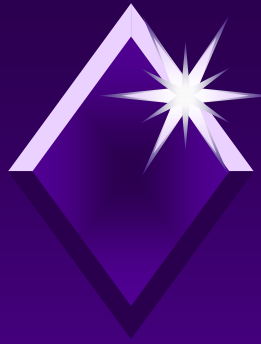
# فیزیوتراپی قفسه سینه

در زمان انجام فیزیوتراپی قفسه سینه تاریخ و ساعت  
مداخلات و وضعیت بیمار برای خروج ترشحات ، طول مدت  
قرار گرفتن در هر وضعیت ، سیگمانی که ویبره یا دق می‌گردد ،  
خصوصیات ترشحات (رنگ ، بو ، غلظت ، وجود خون) عوارض  
مداخلات و تحمل بیمار به درمان ثبت شود

# مثال:



تاریخ ساعت بیمار در لترال چپ و پاها بالا قرار داده شد. فیزیوتراپی، **Postural drainage** برای ده دقیقه قرار داده شد. بیمار سرفه خلط دار داشت. مقدار زیادی ترشحات زرد خارج شد. ریه ها و قفسه سینه صاف و بیمار بدون هیچگونه مشکلی تحمل نمود



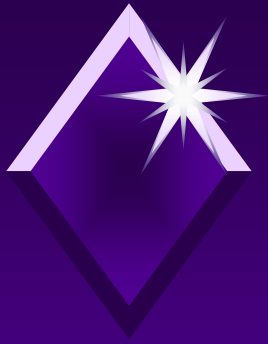
# تهویه مکانیکی

تاریخ و زمان شروع و نوع ، پاسخ عینی و ذهنی به تهویه مکانیکی (علائم حیاتی ، صدای تنفس ، استفاده از عضلات کمکی ، سطح راحتی) ثبت گردد . هر گونه عوارض ، اطلاعات آزمایشگاهی ، اکسیژن اشباع ، **ABG** رالیست نماید .



## مثال

تاریخ ساعت بیمار روی ونتیلاتور قرار گرفت ؟ **PEEP=** ؟ **PiO=** ؟  
**RR=?** لوله تراشه در گوشه راست دهان فیکس شد . پالس اکسی متر ۹۸٪ ، ریه  
چپ تمیز و ریه راست همراه کراکل **SOB** گزارش نشد امضا



اگر بیمار از **Support Ventilation** و یا از **T-Piece** یا گردنبند

تراکیاستومی استفاده می کند طول تنفس خود به خود و توانایی برای

نگهداری برنامه **Weaning** ثبت شود هر گونه انطباق با مجموعه در

نتیجه جواب **ABG** ثبت شود

مداخلاتی از قبیل پیشرفت تحرک ، حمایت ، روشن کردن ، چرخاندن بیمار

، خصوصیات ساکشن ثبت گردد . یافته های بررسی و شناخت مرتبط با

گردش خون محیطی ، بازده ادرار ، کاهش بازده قلب کم آبی و خواب و

بیداری ثبت گردد . هر گونه آموزش، علائم و نشانه عفونت و هر گونه

ارجاع ثبت گردد .





# وارد و خارج کردن لوله معده

نوع و اندازه ، تاریخ و ساعت و روش و دلیل وارد کردن را

ثبت نوع و میزان فشار ساکشن (در صورت

استفاده) خصوصیات ترشحات مانند مقدار ، رنگ و محتوی و

بو و تحمل بیمار توضیح داده شود در زمان شستشوی لوله

معده مقدار محلول مورد استفاده ثبت گردد.

هر گونه علائم هشدار دهنده از قبیل تهوع ، استفراغ ، نفخ

شکم و هر گونه مشکل پس از شستشو گزارش شود .



# محتال

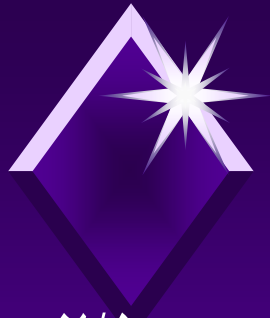
تاریخ ساعت ۱۲#NGT از طریق حفره بینی (L) قرار داده شد محل کنترل شد NGT به ساکشن متناوب با فشار پایین متصل ، ترشحات سبز رنگ با  $Q_{2h}$   $30\text{ ml N/s}$  شستشو شد بیمار تحمل کرد BS در هر ۴ ربع شکم کند بود امضا

تاریخ و ساعت بستن یا خارج کردن ، تحمل بیمار و هر گونه حادثه غیر معمول مشارکت کننده برای خارج کردن لوله معده مانند تهوع ، استفراغ ، نفخ شکم و عدم تحمل غذا ثبت گردد .



# اداره تشنج

در پرونده بیمار هر گونه احتیاطات لازم دریافت شده ثبت گردد زمان  
و تاریخ شروع و طول و عوامل مشارکت کننده در تشنج ثبت شود هر  
گونه رفتار غیر عادی که در شروع ایجاد می شود مانند گاز گرفتن لب  
، حرکات فک ، حرکات دست و چشم ثبت شود هر گونه بی اختیاری  
ثبت گردد .



مثال :



تاریخ

ساعت

در ساعت ۱۶:۳۰ یک فعالیت تشنجی عمومی به مدت ۲/۵ دقیقه مشاهده شد. بیمار در شروع تشنج خواب بوده و در ضمن تشنج دچار بی اختیاری شد. پد تشنج روی تخت قرار داده شد بیمار در وضعیت لترال قرار داده شد راه هوایی باز شد دکتر (x) مطلع شد. دیازپام ۱۰ mg IV داده شد. VS هر ۱۵ دقیقه و PRN کنترل شد. فلوشیت علائم حیاتی و نورولوژیکی بیمار را ببینید.



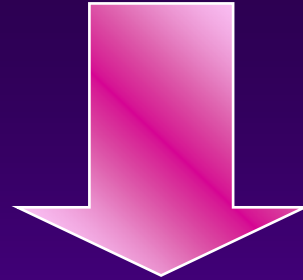
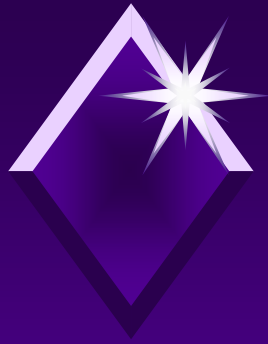
پاسخ بیمار را به تشنج، داروی داده شده، دارویی، هر گونه مداخلات انجام شده و در پایان بررسی و شناخت جسمی و روانی بیمار ثبت شود

# غذا دادن از طریق تیوب :

بررسی مکرر ثبت سطح تحمل به فرمول غذایی و نوع غذا دارن از طریق تیوب (غذا دادن از طریق دئودنوم یا ژژنوم یا لقمه ای یا مداوم) ، به همان اندازه میزان ، تعداد ، روش تغذیه ای حائز اهمیت می باشد . اگر نیاز به رقیق کردن فرمول غذایی می باشد میزان رقت را بنویسید ( 1/3، 1/2 )

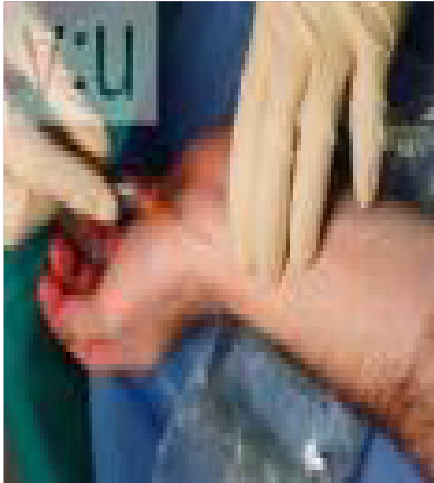
زمانیکه شما برای حفظ کفایت ، لوله را شستشو می دهید زمان و نام محلول شستشو مورد استفاده را قید نمایید (آب یا **cranberry** ) . در صورت تعویض کردن لوله حتما ثبت نمایید به طور منظم عملکرد گوارشی بیمار بررسی و ثبت گردد و در صورتیکه برای تسکین یا درمان یبوست یا اسهال از دارو استفاده می شود ثبت نمایید .





در صورتیکه برای تغذیه لوله ای از روش مداوم استفاده می نمایید تعداد قطرات رابه طور منظم کنترل و ثبت نمایید و در زمان استفاده از روش بلوس حجم باقی مانده و میزان مواد غذایی وارده و کفایت لوله قبل از غذا دادن ثبت شود .

یافته های آزمایشگاهی ادرار ، گلوکز سرم ، الکترولیت سرم ، سطح ازت اوره ، اسمولاریته سرم به طور منظم ثبت شود . هر گونه عوارض تغذیه‌ای مانند هیپرگلیسمی ، گلوکز یوری و اسهال ثبت شود اگر بیمار بعد از ترخیص هر گونه آموزشی دریافت نمود ثبت نمایید .



## نمونه گیری از خون شریانی

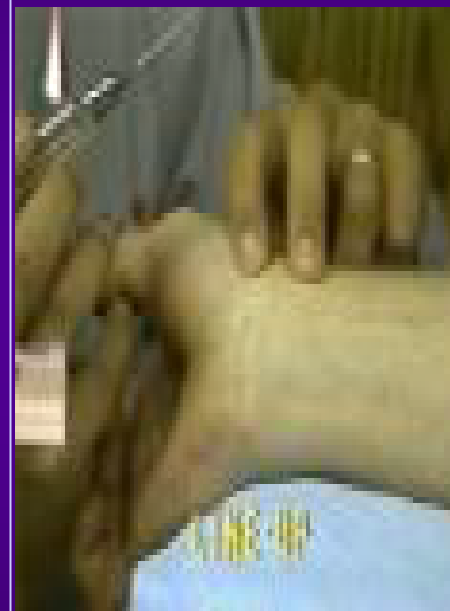
در زمانیکه نمونه گیری برای آنالیز (ABG) انجام می دهید  
علائم حیاتی ، درجه حرارت ، درجه حرارت ، محل نمونه گیری  
و نتیجه تست Allen را ثبت کنید . همچنین هر گونه  
اختلالات گردش خونی مانند خونریزی در محل نمونه گیری  
، التهاب ، تغییر رنگ ، درد ، بی حسی ، مور مور شدن ثبت  
شود . زمان نمونه گیری ، طول مدتی که فشار وارد کنید ، نوع  
و میزان اکسیژن درمانی را ثبت کنید .

# مثال

تاریخ ساعت



نمونه گیری از شریان رادیال (R) + (P -) در تست آلن با Brisk پر شدگی مویرگی انجام و برای مدت پنج دقیقه فشار وارد و پانسمان فشاری قرار داده شد. خونریزی، هماتوم یا التهاب گزارش نشد. پر شدگی مویرگی بعد از ۲ ثانیه انجام، دکتر (X) از نتایج ABG مطلع گردید. میزان  $O_2$  توسط ماسک nonbreather به ۴۰٪ افزایش یافت. بیمار دیسترس تنفسی نداشت.



در زمان تکمیل در خواست ABG اطلاعات زیر را تکمیل نمایید **درجه حرارت**، **تعداد تنفس اخیر**، **سطح هموگلوبین** و اگر تهویه مکانیکی دارد Fraction اکسیژن دمی، حجم (tidal) و (control rate) را ثبت نمایید.





# روشهای کمکی

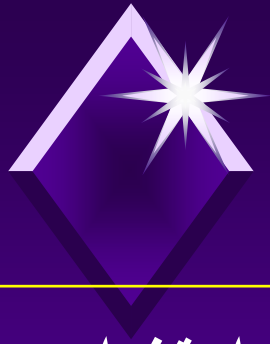
در زمانیکه به پزشک در روشهایی از قبیل اسپیره کردن مغز استخوان ، وارد کردن لوله ازوفاگوس وارد کردن یا خارج ورید های مرکزی ، گرفتن مایع مغزی نخاعی ، پاراسنتز یا توراکوسنتز شما باید بیمار را حمایت و آموزش دهید و پاسخ بیمار را ارزیابی نمایید . چارت کردن دقیق این روش جزء مسئولیت شما بوده ، **نام پزشک ، روش ، وسایل مورد استفاده و پاسخ بیمار** به روش و آموزش به بیمار و هر گونه اطلاعات مرتبط با آن ثبت گردد .

# آسپیره مغز استخوان



در زمان کمک به پزشک در انجام آسپیره کردن مغز استخوان تاریخ، ساعت و نام پزشکی که روش را انجام می دهد ثبت نمایید همچنین ظاهر نمونه آسپیره شده و پاسخ بیمار و ظاهر محل آسپیره شده را ثبت نمایید. علائم حیاتی را بعد از انجام روش کنترل و محل مورد نظر خونریزی کنترل نمایید. هر گونه اطلاعات مرتبط با نمونه گیری ثبت شود.

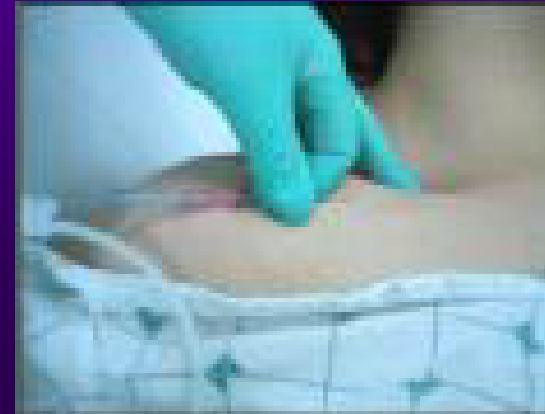


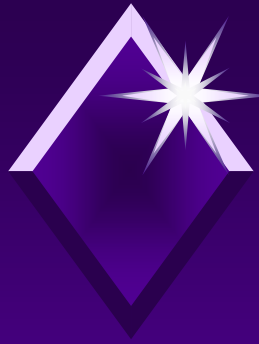


# مثال

تاریخ ساعت

به دکتر (X) در ساعت ۹ AM جهت انجام آسپیره کردن مغز استخوان کمک شد این روش در کمرست ایلیاک (R) انجام شد. بیمار روش را تحمل و کمی ابراز ناراحتی نمود. نمونه به آزمایشگاه ارسال شد. در محل خونریزی مشاهده نشد  $R=22$   $P=88$   $BP=142/82$  VS: بیمار تب ندارد. استراحت مطلق میباشد. امضا



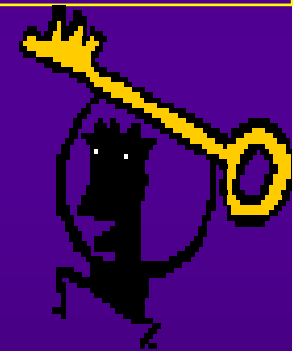


وارد و خارج کردن خطوط شریانی :  
در زمان کمک به پزشک جهت وارد کردن خطوط شریانی نام پزشک ،  
زمان و تاریخ و محل ورود ، اندازه و طول کاتتر و بخیه شدن کاتتر ثبت  
شود

**مثال**

تاریخ ساعت

کاتتر شریانی ۲ # در شریان رادیال (R) توسط دکتر X بعد از ۲  
بار تلاش و بعد از تست آلن مثبت قرار داده شد . ناحیه W/O  
با قرمزی و التهاب همراه بود گاز ۴×۴ آغشته با پماد بتادین قرار  
داده شد برای دست راست Arm board قرار داده شد دست  
بیمار صورتی و گرم و پر شدگی مویرگی ۲ ثانیه بود .



در زمان خارج کردن نام پزشک ، زمان و طول کاتتر ، طول مدت که فشار به  
موضع وارد می نماید و وضعیت محل ورود را ثبت نمایید . اگر کاتتر را برای  
کشت به آزمایشگاه ارسال می نماید حتما ثبت کنید .



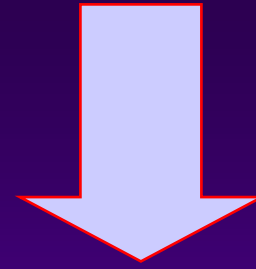
# وارد و خارج کردن خطوط ورید های مرکزی :



به پزشک در وارد کردن خطوط کردن وریدی نیاز است **زمان ورود ، نوع ، طول و محل و محلول تزریق شده ، نام و پاسخ بیمار به روش** به روش ثبت شود معیار های دیگر شامل زمان مطالعه رادیولوژیکی برای تثبیت ایمن خطوط و قرار دادن صحیح کاتتر ثبت شود .

در زمان خارج کردن خطوط CV ثبت و تاریخ و خروج و نوع پانسمان استفاده شده طول کاتتر و حالت محل ورود و ارسال کاتتر برای کشت به آزمایشگاه ثبت گردد .

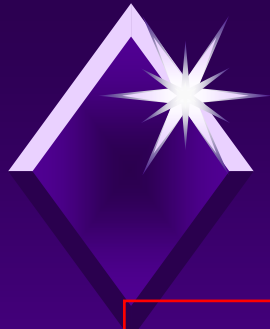
# مثال

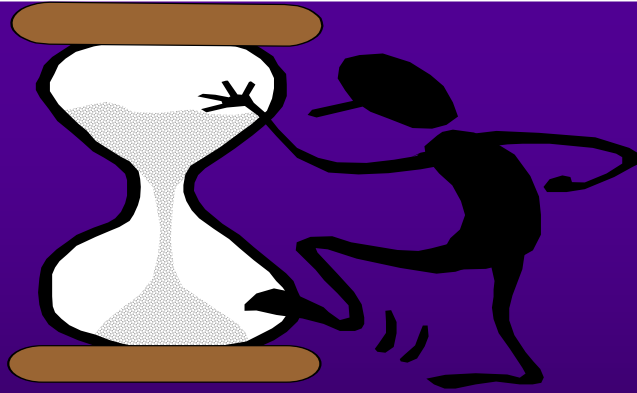


تاریخ ساعت

توضیحات لازم به بیمار داده شد . رضایت نامه توسط  
دکتر X گرفته شد بیمار در پوزیشن ترندلنبرگ قرار  
داده شد و کاتتر تریپل لومن بوسیله دکتر X در اولین  
تلاش در ورید ساب کلاوین R قرار داده شد و با سیلک  
۰ ۳ بخیه و پانسمان طبق پروتکل قرار داده شد . تمام  
خطوط بوسیله ۱۰۰ CC هیپارین شستشو شد. عکس  
قفسه سینه به صورت پرتابل برای تثبیت خطوط  
گرفته شد بیمار روش را تحمل نمود .

امضا

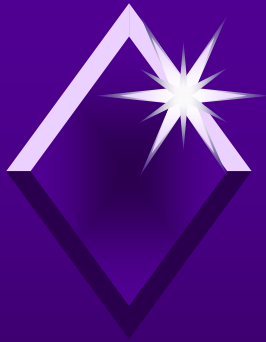




# پونکسیون لومبر :

در ضمن پونکسیون لومبر دقیقا بیمار را از نظر **علائم و نشانه ها** و **هر گونه تغییر** **سطح هوشیاری گجی** ، **تغییر در علائم حیاتی** و **مشاهدات پزشکی** باید ثبت گردد . شروع و تکمیل زمان روش و تعداد لوله های نمونه **CSF** ، تحمل بیمار ، اطلاعات مرتبط ثبت شود . حالت بیمار و قرار دادن بیمار به مدت ۱۲-۶ به حالت خوابیده به پشت ، تشویق به دریافت مایعات بررسی سردرد و کنترل محل ورود نیدل از نظر **نشست CSF** و مداخلات و مشاهدات ثبت گردد .

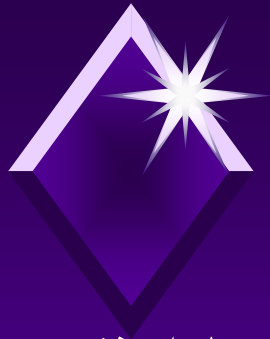
# مثال



تاریخ ساعت

توضیحات لازم به بیمار داده شد بیمار به حالت لترال قرار داده شد  
روش در ساعت AM ۹ شروع و در ساعت ۹:۳۵ AM به اتمام رسید  
. پس از پرپ و درپ نمونه در اولین تلاش دکتر X گرفته شد .  
CSF شفاف و بیمار بدون هیچ مشکلی روش را تحمل نمود . در طول  
روش علائم حیاتی با ثبات بود بیمار در وضعیت سوپاین قرار داده  
شد و آموزش داده شد به علت وضعیت سوپاین و NPO بودن بیمار  
سرم N/S ۱۰۰ ML/H انفوزیون گردید . محل ورود نیدل توسط  
دکتر X پانسمان گردید . موضع تمیز و سالم و بدون نشتی بود بیمار  
شاک از سردرد و گیجی نبود





# پاراسنتز

در زمان مراقبت از بیمار در ضمن وبعد از پاراسنتز تاریخ و زمان و محل پاراسنتز ، میزان رنگ ، غلظت و بوی مایعات آسپیره شده و مایعات ورودی و دفعی را ثبت نمایید

. در زمان مراقبت از بیمار علائم حیاتی ، فعالیت‌های پرستاری مرتبط با ترشحات و

تعویض پانسمان ، کنترل ترشحات برای هر ۱۵ دقیقه در ساعت اول و هر ۳۰ دقیقه

برای ۲ ساعت بعدی و هر ساعت برای ۴ ساعت بعدی و سپس هر ۴ ساعت برای ۲۴

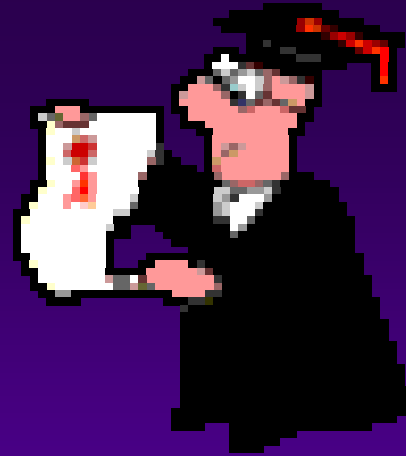
ساعت بعدی ثبت گردد

ثبت خصوصیات ترشحات از قبیل رنگ ، بو ، غلظت تداوم یابد اگر نشت مایعات

پری‌توئن ادامه یافت زمان و تاریخ و مطلع نمودن پزشک را ثبت نمایید .



# مقاله



تاریخ ساعت

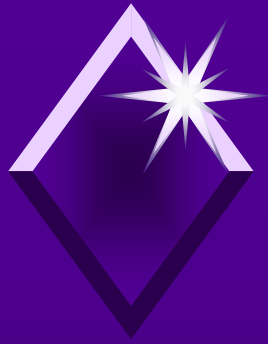
پس از توضیح روش به بیمار و کسب رضایت نامه روش انجام شد.  
CC1500 مایعات کدر ، زرد رنگ خارج شد و به آزمایشگاه ارسال شد  
محل با سیلک ۰۳ بخیه شد و گاز ۴×۴ قرار داده شد . نشتی در محل  
دیده نشد قبل از انجام روش دور شکم "۴۴" و بعد از روش "۴۲" بود .  
بیمار بدون مشکل روش را تحمل نمود . VS قبل و بعد از روش در  
فلوشیت ثبت گردیده حمایت روش به بیمار داده شد . امضا



# توراکوسنتز

در زمان کمک به توراکوسنتز هر گونه درد غیر معمول و ناگهانی ، غش ، گیجی ، تغییر در علائم حیاتی مشاهدات پزشک ، تاریخ و زمان و نام پزشک ، میزان و کمیت ترشحات و پاسخ بیمار ثبت گردد .

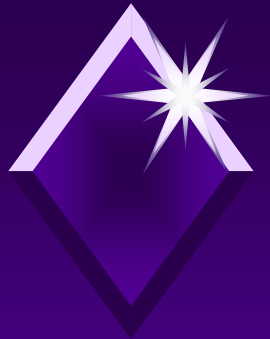
اگر علائم تاخیری از قبیل پنوموتوراکس ، همو توراکس آمفیژم زیر جلدی ، عفونت ظاهر گردید پزشک را مطلع نموده و مشاهدات و مداخلات ، ارسال نمونه برای آنالیز را ثبت کنید .



# مثال

تاریخ      ساعت

توضیحات لازم و کسب رضایت نامه توسط دکتر X انجام شد . بیمار در وضعیت نشسته قرار داده شد .  
توراکوسنتز به وسیله دکتر X بدون آسیب انجام و گاز ۴×۴ روی ناحیه قرار داده شد . محل تمیز و خشک و بدون قرمزی و ترشحات می باشد . ۹۰۰ CC مایعات خون آبه ای خارج و به آزمایشگاه ارسال گردید . علائم حیاتی با ثبات است بیمار شکایت از SOB یا تنگی نفس نداشت . عکس قفسه سینه گرفته شد .



# کنترل عفونت :

عوامل مداخله کننده در کنترل عفونت موثر ثبت گردد و قوانین دولتی متنوع نیازمند **ثبت عفونت** می باشد و این اطلاعات قادر به پیشگیری و کنترل عفونت در آینده می باشد . این اطلاعات در ثبت شما به موسسه و به اعتبار بخشی منطقه کمک می نماید . باید هر گونه **کشت مثبت** ، **هر جراحی** ، **دارو** ، **بالا رفتن درجه حرارت** ، **یافته های رادیولوژی** ، **درمان خاص برای عفونت** باید به موسسه کنترل عفونت گزارش شود . علائم و نشانه های **عفونت مشکوک** ، **آموزشهای دریافت شده** ، **درمانهای شروع شده**، **احتیاطات استاندارد** برای تماس مستقیم با خون و مایعات **بدن** ثبت گردد . به بیمار و خانواده درباره این احتیاطات و ثبت آموزش ، تاریخ و ساعت مداخلات استفاده از هر گونه ایزوله ، گزارش آسیب تجویز پزشک برای درمان ثبت شود .



# مثال

ساعت تاریخ

احتیاطات لازم برای پوست و زخم انجام شد . درجه  
حرارت بالا می باشد  $T=38$  و ترشحات انسیون  
چرکین بوده و بیشتر از دیروز می باشد . دکتر X مطلع  
شد . نمونه به آزمایشگاه ارسال شد . امضا

نتیجه و حساسیت کشت به پزشک داده شود که از آنتی بیوتیک مناسب  
برای درمان استفاده شود کمیته کنترل عفونت نیز مطلع گردند . پاسخ  
بیمار به دارو ثبت گردد .



# تستهای تشخیصی:

قبل از دریافت تستهای تشخیصی ، بیشتر بیماران تحت آزمایشات ساده خون یا MRI قرار می گیرند .

در ابتدای ثبت تستهای تشخیصی **بررسی و شناخت وضعیت بیمار** ، برای مثال اگر بیمار شما حامله یا آلرژی دارد ثبت این اطلاعات مهم است زیرا این اطلاعات در نتایج تاثیر گذار می باشد .

اگر سن بیمار ، بیماری ، ناتوانی نیازمند آماده سازی خاصی برای آزمایش می باشد و باید این اطلاعات وارد پرونده گردد .

همیشه آماده نمودن بیمار برای آزمایش و ثبت هر گونه آموزش انجام شده و پی گیری و دادن یا نگهداری دارو ، رژیم خاص ، محدودیت دریافت مایعات یا غذا ، انما ، جمع آوری نمونه باید ثبت شود .



# مشالک

تاریخ ساعت

ادرار ۲۴ ساعته برای تعیین کراتینین شروع شد . اهداف  
آزمایش توضیح داده شد نشانه گذاری بر روی درب اتاق و  
دستشویی قرار داده شد . ادرار روی یخ قرار داده شد .

امضا



# تغییر در وضعیت بیمار :



یکی از مهمترین مسئولیتهای ثبتي شما ثبت هر گونه تغییر در حالت بیمار می باشد . گزارش شما شامل شکایت بیمار ، بررسی و شناخت و مداخلات ، کسی که به شما بیان می کند ، چه چیزی گزارش شده و چه آموزشهایی دریافت کرده است . در زمان ثبت مشاهدات خودتان از کلمات **Vague** مانند « ظاهر شد » برای مثال ظاهر مدفوع خونی است باید خصوصیات مدفوع از قبیل رنگ ، مقدار ، تکرار ، و محتوی ثبت گردد

## مثال

تاریخ ساعت بیمار مدفوع نرم ، قهوه ای تیره داشت ، تست گایاک مثبت بود






# کنترل مایعات وارده و دفعی

بیشتر بیماران نیازمند کنترل مایعات وارده و دفعی در طول ۲۴ ساعت دارند که معمولاً این بیماران تحت عمل جراحی و درمانهای وریدی، بیماران عدم تعادل آب و الکترولیت و سوختگی، خونریزی و ادما می باشند.

فرم مایعات وارده و دفعی در کنار تخت بیمار یا در درب دستشویی برای ثبت استفاده می شود. هر گونه ترشحات و شستشو و بی اختیاری باید ثبت شود.



برای دستیابی بهتر حجم خاص ظروف را لیست نمایید معمولا ظرفهای سرم از نظر دقت حائز اهمیت میباشند ظروف دریافت مایعات مندرج شود. برای مثال غذاهایی که در دمای اتاق بصورت مایع می گردد مانند ژلاتین باید به خانواده آموزش داده شود که تمام مایعات و غذاهای دریافتی گزارش شود.

**فراموش نکنیم** که بوسیله میکروست یا تزریق وریدی یا هر گونه شستشو ، و مایعاتی که خارج از اتاق مصرف می کند را شمارش نماییم .

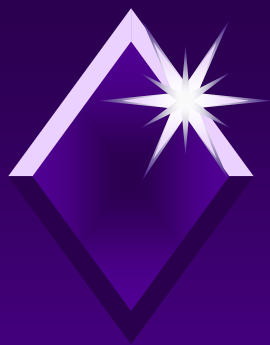
برای ثبت دقیق مایعات دفعی نیازمند همکاری بیمار و پرسنل می باشد. اگر بیمار راه می رود حتما یورنیال به او داده شده است .

میزان دفع از طریق دستگاه گوارش بطور معمول ۱۰۰ ml یا کمتر میباشند. اگر مدفوع بیمار زیاد یا آبکی باشد به عنوان مایعات دفعی در نظر گرفته می شود .

استفراغ ، ترشحات از ساکشن ، ترشحات زخم ، خونریزی جزو مایعات دفعی می باشد .

# پوست و مراقبت از زخم

پوست یکی از اندامهای بزرگ می باشد. که با مو، ناخن و غدد پوشیده شده است. بدن را از میکروارگانیسم ها، اشعه اوتراویولت، از دست دادن مایعات حمایت مینماید بیشتر بریدگی ها و خراشیدگی ها در طول چند روز بهبود میابند اما زخمهای اساسی و بزرگ مانند **زخم فشاری سریع بهبود نیافته** و نیازمند مراقبت طولانی و بررسی و شناخت خاص دارد بنابراین ثبت دقیق ضروری است.





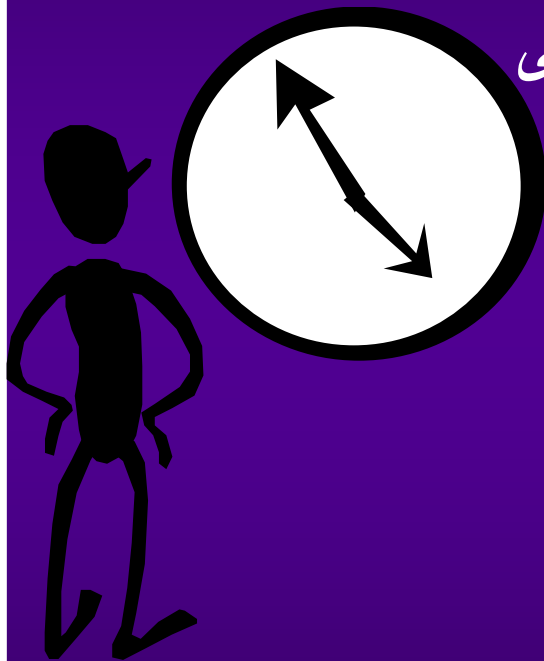
# زخمهای فشاری

پاتل **advisory** زخم فشاری را چنین تعریف می کند هر گونه زخمی که به دلیل فشار تسکین نیافته ایجاد شده و به بافت‌های زیرین آسیب وارد نماید. در زمان بررسی و شناخت بیمار برای تکامل یک زخم شما نیاز دارید که مواردی از قبیل فشار ، اصطکاک ، سر خوردن رطوبت را جزو فاکتور های احتمالی در نظر بگیرید .

زیرا تعدادی از بیماران **liable** هستند برای تکامل زخم فشاری همیشه یافته های مرتبط به وضعیت پوست بیمار را ثبت کنید و اگر بیمار در زمان پذیرش زخم فشاری داشت این یافته را نیز ثبت نمایید .

بسیاری از موسسات از ابزارهای بررسی و شناخت مانند معیار برادن برای تعیین خطرات ایجاد زخم فشاری استفاده می کنند .





زمانیکه بیمار بیحرکت با زخم فشاری وارد بخش شما می گردد ، محل ، ظاهر ، اندازه ، عمق و رنگ ترشحات را ثبت نمایید .  
فلوشیت ها راهنمای خوبی برای ثبت شما می باشند و در زمانی که شما پزشک را جهت هر گونه تغییر در بافتهای اطراف مطلع می نمایید ایده خوبی به شما می دهد .

اگر در ضمن بستری شدن زخم وسعت یابد نیاز است مراقبت از پوست و فاکتور های مرتبط را ثبت نماییم زیرا خانواده تصور مینماید که زخم فشاری متعاقب مراقبت های پرستاری ضعیف ایجاد گردیده اگر چه بعضی از فاکتور های خطر را مانند چاقی ، وضعیت ضعیف تغذیه ، کاهش هموگلوبین ، بی حرکتی ، عفونت ، بی اختیاری ، شکستگی جزو عوامل تساوی در پیشرفت زخم فشاری بوده است

# مثال

تاریخ ساعت

بیمار با برانکارد در اطاق ۱۲۳ بستری شد. بیمار گیج، پوست خشک بی اختیاری ادرار داشت و یک زخم ۱ cm در پاشنه پا داشت پانسمان بیمار آغشته به ترشحات چرکی زرد رنگ و بد بو بود دکتر X مطلع گردید. مشاور جراحی جهت دبرید مان پای R انجام شد و پا توسط دو بالش بالا قرار داده شد. پاشنه و آرنج حمایت شدند، روی پوست لوسیون مالیده شد هر ساعت مراقبتهای بی اختیاری انجام شد هیچگونه شکستگی مشاهده نشد. ناحیه باتکس قرمز بود اما اپیدرم سالم بود

در بسیاری از موسسات نیاز است که زخم فشاری در زمان پذیرش عکس گرفته شود و هر گونه تغییر در تمامیت پوست با عکس های قبلی ارزیابی گردد.

# مراقبت از زخم



در بررسی و شناخت و مراقبت از زخم در ۱۰ سال گذشته تغییر ایجاد گردیده و مداوما در حال تغییر می باشد یکی از تغییرات اساسی تغییر از پانسمان خشک به پانسمان مرطوب می باشد و در موارد زیر به موارد زیر توجه فرمایید :

۱- اندازه زخم شامل طول ، عرض ، عمق با سانتی متر

شکل زخم

۲- محل زخم و وسعت زخم

۳- مرحله زخم ، خصوصیات ترشحات (مقدار، رنگ ، وجودبو)

۴- خصوصیات بستر زخم شامل توصیف نوع بافت مانند گرانولاسیون ، بافتهای

Slough یا بافتهای اپیتلیال وجود هر گونه بافت

۵- خصوصیات بافتهای اطراف

۶- وجود یا عدم وجود schar

۷- وجود یا عدم وجود درد

۸- وجود یا عدم وجود تونلینگ



# مثال



تاریخ ساعت بیمار بدلیل Bypass در بخش بستری گردیده یک زخم باز در انتهای شست L با  $0.5\text{ CM} \times 1\text{ CM} \times 0.5\text{ CM}$  عمق مشاهده شد زخم گرد بوده بستر زخم رنگ پریده با مقداری بافت گرانوله و ترشح eschar یا تونلینگ نداشت .

بیمار از درد با میزان  $4/10$  شاکی بود پوست اطراف سرد، رنگ پریده، و سالم بود. به بیمار آموزش لازم در ارتباط قرار ندادن پا روی یکدیگر و استفاده از شلوار تنگ و جوراب تنگ داده شد. امضا

بسیاری از موسسات از فلوشیپت یافرمد خاصی برای ثبت زخم استفاده می

کنند .



# گزارش شیفت

موسسه شما نیازمند گزارش پایان شیفت ( گاهی اوقات گزارش ۲۴ ساعته نامیده می شود ) می باشد. این ثبت ها بیانگر فعالیت بخش و وضعیت بیمار و نسبت پرسنل به بیمار، تخت اشغال شده، تغییرات حاد و اورژانسی، مشکلات بیمار و خانواده و آسیب ها، مشکلات تدارکاتی و وسایلی، تعداد روشهای پر خطر و اطلاعات مهم دیگر را شامل می شود.

# سلفقات بیمار



بیمار را تشویق به فرستادن پول، جواهرات، هر نوع اشیای ارزشمند به منزل نمایید. اگر بیمار ممانعت نمود طبق قانون موسسه لیست نموده و ذخیره نمایید. در لیست وسایل ارزشمند باید هر یک توضیح داده شود و باید خودتان و کارمندان حمایت گردند و از بیمار یا خانواده مسئول بخواهید که لیست را امضا نمایند.

هر مورد را عینی (اندازه، مدل، نوع، شماره سریال) توضیح دهید. البته بر اساس ارزش آن بیان نمایید (برای مثال یک حلقه diamond مشابه یک حلقه با سنگ گرد و شفاف با نوار طلایی زرد)

بعلاوه جواهرات و پول، دندان مصنوعی، عینک، لنز، سمعک، پروتز، و لباس در لیست قرار گیرند و باید علامت گذاری گردند و ارسال شوند.



تاریخ ساعت بیمار در اتاق ۳۱۸ با یک جفت عینک قهوه ای، دندان مصنوعی فوقانی و تحتانی و یک حلقه زرد فلزی با سنگ قرمز و یک رادیو سیاه بستری شد. تمام این وسایل در ظرف مطمئن قرار داده شد. سپس با شماره مشخصات بیمار بر چسب زده شد.

هرگز از پلاستیک زباله استفاده ننمایید چون امکان دارد تصادفا دور انداخته شود.

اگر بیمار از بیرون آوردن حلقه خود امتناع می نماید برای او توضیح دهید که ممکن است گردش خون دست را تحت فشار قرار دهد و مجبور شوید آن را ببرید. سعی کنید مکالمات و عمل خود را ثبت نمایید.



## حالت بیمار

تعدادی از حالت‌های بیمار مانند سکته ،کتواسیدوز دیابتی نیازمند  
این است که برای هر مراقبتی ثبت انجام شود .



# انافلاکسی

یک عکس العمل شدید به یک آلرژن بعد از تماس با ممداد ایجاد می شود و احتمالاً یک پاسخ خطرناک است که نیازمند مداخلات اورژانسی است  
بررسی و شناخت سریع راه هوایی و تنفس و گردش خون و شروع احیا  
قلبی ریوی ضرورت دارد. نزد بیمار بمانید و مکرراً علائم حیاتی را کنترل  
نمایید. فوراً پزشک را مطلع و دستورات پزشک مانند تزریق اپی نفرین  
را به جا آورید .

در زمانی که بیمار در وضعیت با ثباتی است بررسی و شناخت را انجام و  
دلایل آنافلاکسی را مشخص نمایید .



تاریخ و زمان عکس العمل آنافلاکتیک را ثبت نمایید. حوادثی که منجر به پاسخ آنافلاکتیک گردیده را ثبت نمایید. علائم نشانه های بیمار مانند اضطراب، طپش قلب، برافروختگی، بیقراری، گرفتگی قفسه سینه، سر درد، گرفتگی گلو یا التهاب، لرزش گوش، خارش، کرامپ شکم را ثبت نمایید. یافته های بررسی و شناخت مانند آریتمی، راش پرست، کهپیر پوست،

خس خس، کاهش سطح هوشیاری، بدون پاسخ، آنژیوادم، کاهش فشار خون، نبض سریع و ضعیف و تعریق می باشد.

نام پزشک مطلع شده، زمان مطلع کردن، درمان اورژانسی و مراقبت های حمایتی و پاسخ بیمار ثبت شود. اگر آلرژن مشخص گردید آلرژن را در پرونده یادداشت نمایید. دادن دارو، برنامه ریزی مراقبت پرستاری، دستور پزشک، ثبت شود ضمناً در صورت نیاز به مطلع نمودن موسسه یا فرد خاص مانند داروخانه، تغذیه، اداره خطرات، سوپروایزر را ثبت نمایید. ممکن است نیاز شود فرم گزارش آسیب نیز تکمیل گردد.

بیمار ۵۰ mg دیمورال im برای درد انسزیون شکم دریافت نمود در ساعت ۱۵:۲۰ دچار

SOB و تعریق داشت ناحیه تزریق در باتکس چپ ۴ cm قرمزی مشاهده شد روی

پوست و صورت بیمار بیمار کهپیر مشاهده شد BP=۹۰/۵۰ P=۱۴۰ RR=۴۴ بیمار در

وضعیت سمی فالرز قرار داده شد سرم ۱۲۵ ml/hr N/S در دست (L) در جریان است

O<sub>۲</sub>SAT از طریق پالس اکسیمتر با هوای اتاق بیمار ۹۴٪ می باشد O<sub>۲</sub> از طریق کاتتر

بینی شروع شد و تغییر در O<sub>۲</sub>SAT ایجاد نشد دکتر (X) در ساعت ۱۵:۲۵ دقیقه مطلع

شد ۵۰۰ cc N/S در طول ۶۰ دقیقه از طریق آنتی کیوبیال L در ساعت ۱۵:۳۵ شروع

شد O<sub>۲</sub> از طریق ماسک داده شد بعد از ۱۵ دقیقه O<sub>۲</sub>SAT ۹۹٪ رسیده بعد از ۱۵ دقیقه

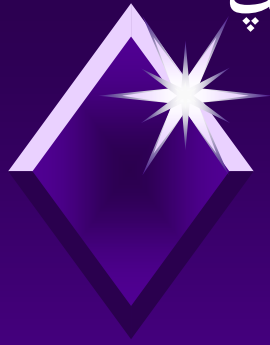
دریافت مایعات RR=۲۸ P=۱۰۴ BP=۱۱۰/۷۰ شد بنادریل ۲۵ Mg P o داده شد

نوار حساسیت به دیمورال روی دست بیمار الصاق گردید. داروخانه، سوپروایزر مطلع

شدند به بیمار آموزش داده شد که به دیمورال حساسیت داشته و در آینده نباید تزریق

نماید.





در مواقعی که بیمار به وسایل پزشکی از قبیل ونتیلاتور ، پیس میکر بالون پمپ

داخل آنورتی متصل باشد باید به پزشک در تعیین مرگ مغزی کمک شود

خصوصیات مرگ مغزی

نارسایی در پاسخ به محرکهای دردناک محیطی

نداشتن تنفس خود به خودی یا حرکات عضلانی

نداشتن رفلکسها

نوار EEG صاف

# مرگ مغزی

پیشنهاد می گردد تمام این آزمایشات بعد از ۲۴ ساعت تکرار شود زمانی مرگ

مغزی اتفاق افتاده که تمام عملکردهای قابل اندازه گیری یا فعالیت های نواحی

مغز شامل ساقه مغز متوقف شده باشد باید از قوانین مرگ تعریف شده توسط

کشور یا ایالات خود مطلع باشید معیارها معمولاً متفاوت میباشد از قوانین موسسه

پیروی کنید .



# آزمایشات مرگ مغزی شامل :

تاریخ و ساعت هر آزمایش

نام آزمایش

نام فردی که آزمایش را انجام می دهد

پاسخ بیمار به تست

تاریخ و ساعت و نام فردی که مطلع شده

انجام هر گونه حمایت خانواده



# مثال

تاریخ ساعت ABG بوسیله خانم ----- انجام شد

$PH=7/40$   $PO_2=100$   $PCO_2=60$  بیمار از ونتیلاتور جدا شد

مانیتورینگ قلب ادامه دارد ABG مجدد انجام  $PH=7/32$   $PO_2=$

$PCO_2=60$  بیمار مجدداً به ونتیلاتور وصل شد.

# درد قفسه سینه



در زمانی که بیمار از درد قفسه سینه شکایت دارد نیاز است که سریعاً علت تعیین شود درد قفسه سینه ممکن است بعلت بیماری اپی گاستر باشد یا اینکه متعاقب انفارکتوس میوکارد حاد باشد تاریخ و ساعت شروع درد سینه را ثبت نمایید از بیمار

در مورد درد سوال کنید **در زمان شروع درد چه فعالیتی را انجام می داد**

**چه مدت درد به طول انجامید شروع تدریجی بوده یا شدید بوده است**

**درد انتشار یافته است** **فاکتورهای تشدید کننده یا کاهش دهنده درد**

محل صحیح درد (اگر به بیمار بگویید که نقطه درد را نشان و پاسخ را مثبت دهد

برای مثال ممکن است دستش را به طرف شکمش سریع ببرد)

شدت درد (معیار درد از ۰ تا ۱۰)

تاریخ ساعت بیمار از درد شدید و تیر کشنده در روی استرنوم در زمان خواب شکایت دارد (احساس می کنم که یک فیل روی سینه ام نشسته است)

درد به قسمت گردن و شانه منتشر گردیده و معیار درد ۱۰/۷ می باشد

RR=۲۶ BO=۹۰/۶۰ P=۱۱۲ در قاعده ریه رال شنیده شد. دکتر (X) مطلع

شد مورفین ۲ Mg وریدی داده شد و ۴ lit/min  $O_2$  بوسیله کانولا شروع شد

پالس اکسیمتری شروع شد.  $o_2\text{sat}=۴۰\%$  الکترو ۱۲ لید وصل شد دکتر (X)

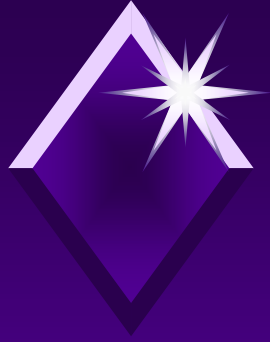
بیمار را ویزیت کرد درد بیمار ۱۰/۵ می باشد مورفین ۲ mg وریدی تکرار شد

ECG ایسکمی حاد را نشان داد بیمار برای انتقال به CCU آماده شد امضا

◆ علائم حیاتی بیمار را ثبت و یک بررسی و شناخت سریع سیستم های بدن

را انجام دهید زمان فردی که مطلع نمودید (مانند پزشک ، سوپروایزر) را

ثبت نمایید



کھوار اسپورز نیپالی

جزء خصوصیات هیپر گلیسمی شدید می باشد و تهدید کننده زندگی می باشد و

معمولا در دیابت با تیپ یک (وابسته به انسولین) ایجاد میشود کمبود انسولین **حاد**

منجر به تجمع گلوکز در خون می گردد

در همین زمان کبد به سلولهای تبدیل کننده گلیکوژن به گلوکز جهت افزایش قند

خون پاسخ میدهد زیرا انسولین مشتق شده قادر به مصرف کردن گلوکز نبوده

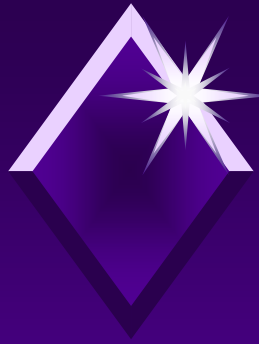
بنابراین پروتئین متابولیزه شده و در نتیجه سطح پتاسیم و فسفر داخل سلول

کاهش می یابد و یک نوسان زیاد در اسید آمینه می بینید کبد این اسید آمینه را به

اوره و گلوکز تبدیل می نماید در نتیجه با افزایش قند خون و دیورتیک اسموتیک

مواجه می شوید و در نتیجه به اختلالات آب و الکترولیت ، و کم آبی مواجه می شوید

کمبود انسولین باعث تبدیل چربی به گلیسرول و اسیدهای چرب برای انرژی میشود



اسیدهای چرب در کبد تجمع و سپس به کتون تبدیل می‌ماید کتونها در خون و ادرار تجمع و فرد مستعد به شوک ، اغما و مرگ می‌شود روز اسعت ورود ، تکرار سطح گلوکز خون مایعات وارده و دفع شده سطح گلوکز ادرار سطح هوشیاری سطح کتون علائم حیاتی فلوشیت بررسی

و شناخت تظاهرات بالینی دیابتیک کتواسیدوز پر ادراری پر نوشی

**POLYDIPSIA** تغییر در سطح هوشیاری کاهش تورگور پوست

هیپوتانسیون هیپوترمی پوست و مخاط گرم و خشک ثبت تمام

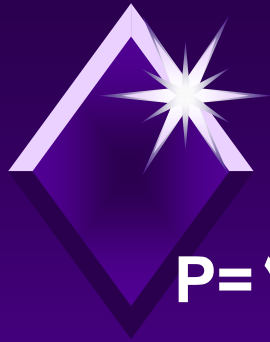
مداخلات مانند جایگزینی آب و الکتrolیت درمان با انسولین و عکس

العمل بیمار هر گونه روش مانند آنالیز **ABG** ارسال نمونه خون به

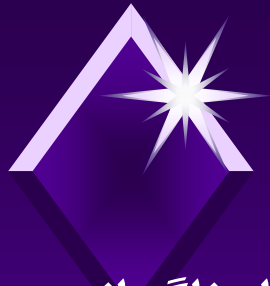
آزمایشگاه مانیتورینگ قلب وارد کردن کاتتر فولی آموزش به بیمار

ضرورت دارد





تاریخ ساعت آقای X در ساعت ۷:۳۰ با سطح قند ۹۰۰ بستری گردید بیمار از تهوع ، استفراغ ، ادرار زیاد ، وجود کتون در ادرار  $f=112$   $P=$   $T=96,8$   $R=28$   $BP=94/85$  پوست گرم و خشک با تور گور پوست ضعیف ، مخاط خشک بیمار در زمان ورود **Confuse** می باشد به مدت دو روز است که انسولین دریافت ننموده نمونه خون جهت **ABG** الکترولیت **BUN** کراتینین گلوکز سرم و **U/A** به آزمایشگاه ارسال شد  $O_2=2$  لیتر از طریق کانولا شروع شد  $94\% SAT O_2$  در طول یک ساعت در ساعد (R) انفوزیون گردید **U 100** انسولین ریگولر به صورت **BOLUS** تزریق شد قند خون به وسیله **Finger stick** مکررا کنترل شد پارامترهای **VS** **I&O** در فلوشیت ثبت گردیده به خانم X در مورد بستری و آموزش رژیم غذایی اطلاع داده شد .



# بحران در هیپر تانسین

بحران هیپر تانسینو یک اورژانس داخلی است که فشار خون دیاستولیک بیمار ناگهانی بیشتر از ۱۲۰ mmHg می باشد فاکتور های مشارکت کننده شامل قطع ناگهانی داروهای آنتی هیپر تانسینو افزایش مصرف نمک، افزایش تولید رنین ، اپی نفرین، نور اپی نفرین و استرس میباشد زمان و تاریخ ورود فشار خون و یافته های بررسی و شناخت کاردیو پولمونر سیستم عصبی و کلیه ماند سر درد تهوع استفراغ تشنج تاری دید کوری موقت گیجی نارسایی قلب ادم ریه درد قفسه سینه الیگوری معیارهای اطمینان از راه هوایی بیمار ثبت نام و زمان پزشک مطلع شده کنترل مداوم فشار خون مانیتورینگ قلب داروهای آنتی هیپر تانسینو وریدی دادن اکسیژن احتیاطات برای تشنج پاسخ به مداخلات ثبت گردد از فلو شیت مناسب جهت ثبت مایعات وارده و دفع شده مایعات وریدی و علائم حیاتی استفاده نماید .

تاریخ ساعت بیمار با شکایت از سردرد تازی دید استفراغ  $BP=220/120$   
” من از دو روز پیش داروی آنتی هیپر تانسیو را دریافت نمودم “ به مکان شخص آگاه  
به سال شخص آگاه است اما به روز هفته و ساعت آگاه نمی باشد شکایت از درد قفسه  
سینه ندارد ورید گردن برجسته نمی باشد ریه ها صاف مانیتورینگ قلب تاکی کاردی  
سینوسی را نشان می دهد دکتر X در ساعت ۱۰:۴۵ جهت ویزیت بیمار مطلع گردید  
۰.۴ lit/min از طریق کانولا شروع شد دکتر X نیاز به خطوط شریان برای کنترل BP  
را توضیح داد بیمار روش را متوجه و رضایت نامه را امضا نمود به دکتر X وارد کردن  
خط شریانی در شریان رادیال (L) با استفاده از کاتتر شریانی ۲۰ G کمک شد. تست  
آلن مثبت کاتتر کاتتر با یک بخیه و با گاز ۴\*۴ و با پماد بتادین ثابت گردید دست و مچ  
(L) با آرم مورد ثابت شد. در ابتدا ۲۳۸/۱۲۴ و میانگین فشار شریان ۱۶۲ و سر بیمار  
۳۰ درجه بالا می باشد بیمار روش را به خوبی تحمل نمود IV LINE در ساعد (R) با  
کاتتر شماره ۱۸ (G) وارد شد NITRO PROSID سدیم ۵۰ mg در ۲۵۰ ml قندی  
به صورت ۳۰ mq/kg/min شروع شد فلوشیت علائم حیاتی را مشاهده نمایید نمونه  
خون جهت CBC ABG الکترولیت BUN کراتینین سطح گلوکز به آزمایشگاه ارسال  
شد EKG و عکس سینه گرفته شد نتیجه الصاق می باشد کاتتر فولی وارد شد و نمونه  
ادرار جهت U/A ارسال شد نرده کنار تخت قرار داده شد ایروی و ساکشن کنار تخت  
آماده می باشد تمام روشها به بیمار و همسرش توضیح داده شد.

# هیپو تانسیون

به فشارخون کمتر از ۹۰/۶۰ mmHg اطلاق می گردد. در هیپر تانسیون پرفیوژن بافتی و اندامها کاهش می یابد. هیپو تانسیون شدید یک اورژانس داخلی می باشد و ممکن است باعث شوک و مرگ گردد. تاریخ و ساعت ورود فشار خون علائم دیگر یافته های بررسی شناخت برادیکاردی نبض ضعیف پوست سرد و مرطوب الیگوری کاهش صدای روده گیجی سنکوب کاهش سطح هوشیاری ایسکمی میو کارد نام پزشک مطلع شده زمان مطلع کردن کنترل مداوم فشار خون مانیتورینگ قلب با استفاده از ۱۲ لید دادن اکسیژن وارد کردن ivline یا مایعات مداخلات دیگر مانند پایین آوردن سر تخت وارد کردن کاتتر فولی کمک در وارد کردن لاین های همو دینامیک باید ثبت گردد از فلوشیت های مناسب جهت I&O علائم حیاتی آموزش به بیمار استفاده شود.



## مثال

تاریخ ساعت بیمار در ساعت ۱۲:۲۰ شکایت از سرگیجه دارد  
BP=۸۶/۴۶ RR=۱۸ P=۴۸ T=۹۷ f نبض های محیطی ضعیف  
پوست سرد تعریق دارد صداهای روده طبیعی صداهای ریه صاف آگاه به  
زمان مکان شخص فرد و شکایت از درد قفسه سینه ندارد مانیتورینگ  
قلب ادامه دارد ساعت ۱۲:۲۵ دکتر X بیمار را ویزیت نمود ۰۲  
lit/min از طریق کانولا داده شد هپارین لاک در ساعد (L) با کاتتر ۱۸  
G آغاز گردید علائم حیاتی در فلوشیت ثبت گردیده عکس قفسه سینه  
در ساعت ۱۲:۳۰ انجام شد دکتر X به خانواده توضیح داد که پیس  
میکر باید تعویض گردد رضایت نامه امضا گردید آموزشهای قبل از عمل  
آغاز شد امضا



# هپیوکسمی



به کاهش غلظت اکسژن خون شریانی هیپوکسمیا اطلاق می گردد  $PO_2 < 60 \text{ mmhg}$

هیپوکسمیا باعث نارسایی تنفسی می گردد. تاریخ و ساعت ورود سطح  $PO_2$  یافته های

بررسی و شناخت قلبی عروقی تغییر در سطح هوشیاری تاکی کاردی افزایش فشار خون

تاکی پنه دیسپنه سیانوز در هیپوکسمیا شدید برادیکاردی و هیپو تانسیون مشاهده می

گردد نام پزشک مطلع شده زمان مطلع کردن مداخلات مانند اندازه گیری  $O_2 \text{ sat}$  بوسیله

پالس اکسیمتری قرار دادن بیمار در حالت فالرز کمک در وارد کردن لوله تراشه مانیتور

کردن تهویه مکانیکی مانیتورینگ دائم قلب پاسخ بیمار به مداخلات را ثبت نمایید

استفاده از فلوشیت مناسب جهت I&O، مایعات IV، دارو V.S، آموزش به بیمار استفاده

شود.



# مثال

تاریخ ساعت بیمار بیقرار و گیج SOB می باشد  
T=۹۷۴ P=۱۲ BP=۱۴۸/۷۸ RR=۳۲ دکتر Xمطلع شد  
برای مشاهده ABG  $O_2$  Lit/min ۲-۳ شروع شد بیمار در  
حالت فالرز قرار داده شد مانیتورینگ دائم قلب تاکیکاردیا  
سینوسی را نشان داد آریتمی دیده نشد رادیولوژی را جهت  
عکس قفسه سینه مطلع نمودند این تغییرات به اطلاع همسر  
بیمار رسانیده شد . امضا



# خونریزی داخل مغز

خونریزی داخل جمجمه بعلت پارگی عروق مغز بوده و باعث خونریزی در بافتهای مغز میشود این نوع خونریزی باعث کاهش عملکرد شدید گردیده و بهبودی به آرامی صوت گرفته و سیر بهبودی آن ضعیف می باشد **تاثیر خونریزی بستگی به مکان و وسعت خونریزی دارد خونریزی داخل جمجمه در بیماران با هیپر تانسیون یا آترواسکلروز صورت می گردد دلایل دیگر شامل انوریسم **Arteriovenuous malformation** تومور ضربه یا یا بیماریهای خونریزی دهنده می باشد**





تاریخ و ساعت ورود را ثبت نمایید راه هوایی بیمار  
تنفس گردش خون یافته ها مداخلات انجام شده و  
پاسخ بیمار بررسی و شناخت نورولوژیک (مانند کاهش  
سطح هوشیاری گیجی بیقراری لتارژیک کوما) تغییرات  
مردمک (تساوی اندازه عدم پاسخ به نور) سر درد تشنج  
علائم نورولوژیک فوکال افزایش فشار خون **pulse**  
**pressure** طولانی برادیکار حالت **decortice or**  
**decerebre** و استفراغ زمان و نام پزشک مطلع شده  
دستورات داده شده دادن دارو و مایعات اکسیژن کمک در  
قرار دان لوله تراشه و نگهداری تهویه مکانیکی پاسخ به  
مداخلات آموزش به بیمار و خانواده ثبت گردد. از فلوشیت  
مناسب جهت ثبت **i&o, V.S** مایعات وریدی دارو ها  
سیستم عصبی مانند **GCS** و بررسی و شناخت مکرر عصبی  
استفاده نمایید .

# مثال



تاریخ ساعت بیمار در ساعت ۷:۳۵ به محرکهای کلامی پاسخ نداده و چشمهایش را با محرک دردناک باز نموده و قادر به حرکت طرف (L) بدن نمی باشد راه هوایی موثر بوده  $P=74$   $RR=12$   $T=98$   
 $BP=100/80$  صداهای ریه صاف صداهای قلب طبیعی پوست سرد و خشک نبض های محیطی قابل لمس دکتر (X) مطلع شد ۳ لیتر اکسیژن از طریق کانولای بینی داده شد انفوزیون وریدی در ساعت ۷:۳۰ با کاتتر ۱۸ شروع شد سرم  $NS$   $KVO$  انفوزیون گردید فولی کاتتر وارد ظد  $MRI$  برای ساعت ۹  $AM$  برنامه ریزی شد  $GCS=7$  فلوشیت  $IV$  .  $I\&O$  .  $VS$  را رویت نماید .

# انفارکتوس میوکارد حاد



انفارکتوس میوکارد بعلت انسداد شریان کرونر ایجاد و منجر به محرومیت

اکسیژن گشته و ایسکمی میوکارد منجر به نکروز می گردد. وسعت اختلالات

عملکردی بستگی به اندازه و محل سکتة و حالت میوکارد درگیر نشده و تاثیر

مکانیسم های جبرانی دارد.

میزان مرگ و میر بالا می رود و در صورتیکه درمان MI با تاخیر صورت پذیرد اگر

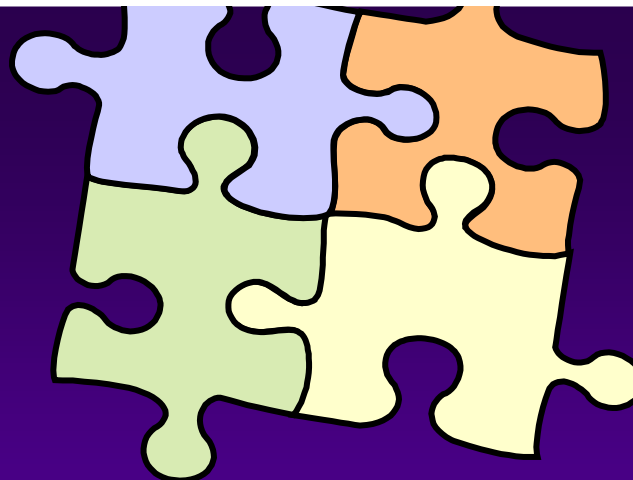
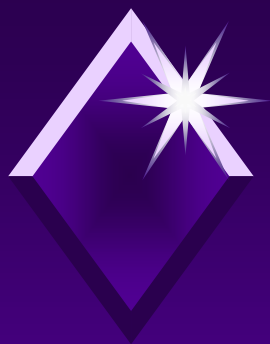
چه سیر بهبودی پیشرفت می یابد اگر درمان سریع شروع گردد. بنا براین برای

تشخیص سریع MI باید تلاش نمود و مداخلات پرستاری باید درد قفسه

سینه را تسکین دهد ریتم قلب را با ثبات نماید و Work load قلب را کاهش

دهد و revascularize کردن شریان کرونر بای حفظ بافتهای میوکارد و

پیشگیری از عوارض شامل مرگ می باشد.



استفاده کلمات خود بیمار ثبت  
تفراغ تنگی نفس تاکی پنه سرد  
بهارم قلب تب هیپو تانسیون یا  
دستور داده شده مانند انتقال  
وریدی آنزیمهای قلب مانند



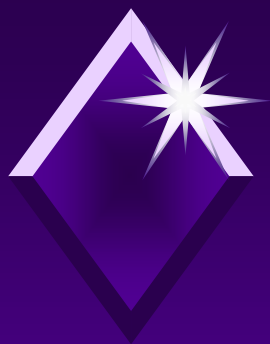
تاریخ و ساعت ورود توصیف درد قفسه  
یافته های بررسی و شناخت اضطراب  
بودن اندامها نبض های محیطی ضعیف  
هیپر تانسیون و کراکل را ثبت نمایید.  
بیمار به CCU دادن اکسیژن الکترو کاردیو گرافی

**Troponin** یا **Myoglobin** نتر و گلیسیرین زیر زبانی یا **IV** درمانهای ترومبولیتیک آسپرین  
مرفین استراحت مطلق آنتی آریتمی و هپارین را ثبت نمایید. عملکرد خودتان و پاسخ بیمار به  
درمان استفاده از فلوشیت مناسب **I&O,VS,IV** دارو را ثبت کنید آموزش به بیمار در ارتباط با درمان  
دارو علائم و نشانه تغذیه ورزش برنامه های نو توانی حمایت های روحی به بیمار و خانواده را  
ثبت نمایید.

# مثال



تاریخ ساعت بیمار از درد فشارنده در مید استرنال که به دست چپ منتشر می گردد شکای می باشد با استفاده از معیار ۱-۱۰ درد در معیار ۹ بود بیمار بیقرار بوده و تعریق دارد و شکایت از تهوع داشته  $RR=24$ ,  $BP=128/82$ ,  $P=84$  و درجه حرارت  $=37$  اندامها سرد نبض پدال ضعیف صداهای قلب طبیعی صداهای تنفسی واضح می باشد به دکتر X اطلاع داده شد و دستورات زیر داده شد  $O_2=2$  Lit/min از طریق NC, در ST segment ECG elevation در anterior lead مشاهده شد بیمار به مانیتورینگ متصل و یک IV Line در ساعد چپ (L) با کاتتر N/S ۱۸ به صورت KVO شروع شد آنزیمهای قلبی Troponin و myoglobin الکترولیتها به آزمایشگاه ارسال شد نیتروگلیسرین ۱۵ gr ۵ دقیقه داده شد درد تسکین یافت تمام روشها به بیمار توضیح داده شد و جهت مانیتورینگ به CCU منتقل میشود به شوهرش اطلاع داده شد به CCU گزارش شد و بیمار به خانم لوریس تحویل داده شد



# سقوط

تحقیقات بیانگر آنست اخیرا سقوط در بالین بیشتر اتفاق می افتد

کردن می باشد و معمولا Faint که معمولا بعلت لیز خوردن و

سقوط باعث افزایش طول بستری افزایش هزینه و مشکلات

جانبی می نماید .

بررسی و شناخت خطر و پیشگیری :

در هر موسسه نیاز است که یک بررسی و شناخت خطر فراهم

گردد و شما نقش خود را در این فعالیت ثبت نمایید .



# اجتناب از سقوط



در هر موسسه نیاز است که مداخلات ایمنی زیر انجام پذیرد .  
نرده های کنار تخت در زمان مورد نیاز بالا و پایین آورده شود .  
بیمار به طور منظم مانیتور شود .  
بدن به طور منظم داده شود و این معیار ثبت شود  
یک محیط تمیز و با نور کافی تدارک می شود .  
از حمایت دیگران در طول OB واکنش مناسب اطمینان حاصل کنید  
نیروی کمکی برای انتقال بیمار وجود دارد  
از **Restrain** برای بیمار استفاده کنید .  
پیشنهاد کنید که وابستگان با دوستان نزد بیمار بمانند  
بیمارانی که داروهایی باعث کاهش فشار خون وضعیتی یا دپرسیون سیستم اعصاب  
مرکزی و مسمومیت های vestibular ایجاد می کنند نیاز است مراقبت های پرستاری  
خاص صورت پذیرد .

# گزارش سقوط:



اگر بیمار پس از انجام تمام احتیاطات سقوط کرد بیمار را از نظر کبودی

پارگی خراشیدگی بررسی و هر گونه درد یا دفورمیتی روی اندامها

مخصوصا ران پاها بازو گزارش شود. BP بیمار را کنترل نماید و در صورت

کاهش  $20-30$  mmHg احتمال کاهش فشار خون وضعیتی را بدهید اگر

اختلال در صحبت کردن ضعف اندامها یا تغییر در وضعیت روحی را مشاهده

کردید پزشک را مطلع نمایید.



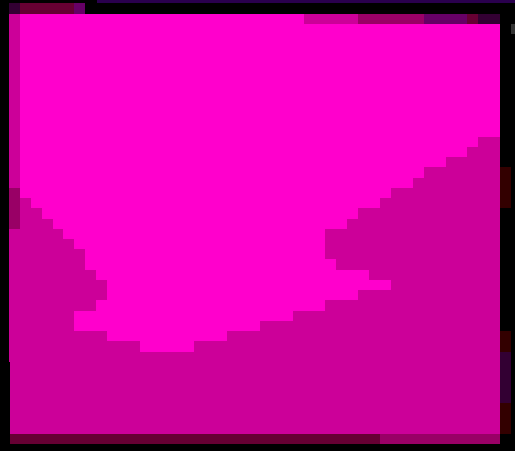
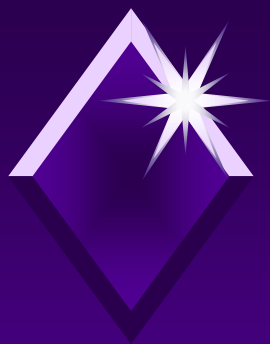


# مثال

تاریخ ساعت بیمار روی کف زمین نزدیک صندلی یافتیم بیمار از درد ران راست و مشکل در حرکت پای راست داشت خراشیدگی یا پارگی مشاهده نشد و  $P=94$ ,  $RR=22$   $BP=154/94$  بود وضعیت Mental تغییر کرده بود به دکتر X اطلاع داده شد. رادیوگرافی از hip انجام شد. مسکن داده شد و بیمار هر یک ساعت بررسی شد. استفاده از زنگ مجدداً آموزش داده شد و نرده کنار تخت بالا قرار داده شد. امضا



# محافظةت كندنه



روشى است كه حركت آزادانه فرد محدود مى گردد . محافظت كنده ها مشكلاتى از قبيل محدود نمودن حركت زخم شدن پوست اختلال در گردش خون بى اختيارى ايجاد مى نمايد . استفاده از اين وسايل نيازمند تجويز پزشك مى باشد شما نمى توانيد بدون تجويز پزشك انجام دهيد در بعضى موسسات پرستار ليسانس مى تواند استفاده از اين وسايل را تجويز نمايد پزشك بايد هر ۲۴ سات اين تجويز را مرور نمايد . در موارد اورژانسى طبق قانون موسسه

عمل نمايد





قوانین استفاده از وسایل محافظت کننده باید بر اساس استانداردهای حرفه ای بوده و در یک کمیته مناسب تایید گردد. اعضای این کمیته شامل پزشک پرستار و کمیته ایمنی می باشد. در صورتیکه استفاده از وسایل محافظت کننده تجویز شد از ایجاد هرگونه درد یا آسیب به بیمار اجتناب کنید.

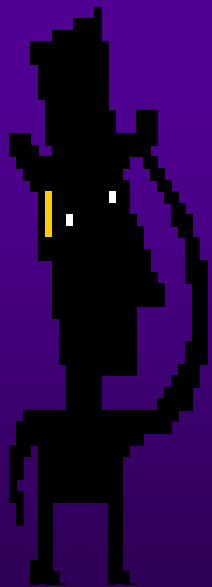
دستور پزشک نیاز است

نام دستور دهنده به جز پزشک باید مشخص باشد

دلیل استفاده

نوع و سیله

ارزیابی مجدد





با تشکر از توجه و همکاری شما