



راهنمای تکمیل شیت های ویژه CCU

معاونت درمان
دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان



بهمن ۱۴۰۳

گروه مدیریت آمار و اطلاعات درمان دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
وزارت بهداشت و آموزش پزشکی

بسمه تعالی

کلیات: این راهنما در برگیرنده اصول پرکردن فرم شیت ویژه CCU که بعد از ابلاغ این راهنما، اجرای آن الزامی است.

هدف کلی: ایجاد حداکثر تطابق بین نحوه خدمات و نحوه ثبت

اهداف اختصاصی:

- ۱- ارتقاء نظام ثبت و گزارش دهی
- ۲- ثبت دقیق و منظم علایم حیاتی و شرایط بیمار در بخشهای ویژه جهت ایمنی بیمار و کاهش خطاهای پرستاری و پزشکی.
- ۳- یکسان سازی و استاندارد نمودن فرمها به منظور حمایت حقوق بیماران و کادر درمان

شمول دستورالعمل:

بخشهای ویژه CCU

دستورالعمل کلی:

- ❖ شیت مذکور می بایست به صورت پمفلت (۳ برگه A ۴) (در سایز ۲۹/۷ در ۲۱ و سایز کلی ۶۵ در ۳۰ (در نظر گرفتن فضای بین صفحات) چاپ گردد و از چاپ در سایزهای دیگر خودداری شود.
- ❖ در بالای صفحه، وسط، محل پانچ و قرار گرفتن در پرونده در نظر گرفته شده است (مطابق با ۱۸ برگ استاندارد).
- ❖ فرم مذکور مختص ثبت مشاهدات و عملکرد پرستار می باشد.
- ❖ ثبت داده ها و اطلاعات شیت بصورت ۲۴ ساعته و از ساعت ۷ صبح تا ۷ صبح روز بعد و توسط پرستار مسئول بیمار انجام می گردد.

دستورالعمل استفاده از شیت CCU

فرم مربوطه جهت کلیه بیماران بستری در بخش های ویژه داخلی قلب روزانه (از ساعت بستری بیمار) تکمیل می گردد .

صفحه اول

History: سابقه بیماری ثبت می گردد:

* Blood Group :BGroup گروه خون

* Wight : وزن بیمار

* Diabetes mellitus : DM دیابت

* Hyper tention : HTN سابقه فشارخون

* Smoker- addict: SMO/ADD اعتیاد به سیگار یا مواد مخدر

* Allergi : سابقه آلرژی

* Angiography : سابقه انجام آنژیوگرافی

* H.L.P:سابقه Hyperlipidemia (هایپر لیپیدمی)

* CABG:سابقه Coronary artery bypass graft/surgery (انجام جراحی بای پس سرخرگ کرونری)

* CKD/ R.F:سابقه renal failure (نارسایی حاد کلیوی و یا بیماری حاد کلیوی AKD =

* chronic kidney disease/ Acute kidney disease = بیماری پیشرفته کلیه یا نارسایی مزمن کلیه

* (CRF) cronic renal failure

* Chronic Obstructive Pulmonary Disease:COPD یک بیماری التهابی مزمن ریه است که باعث

انسداد جریان هوا از ریه ها می شود.

* Disability : ناتوانی از جمله نابینایی ، ناشنوایی ، پارزی ، پلژی بیمار ثبت گردد.

CONSULTATIONS: مشاوره ها

* TIME: ساعت درخواست مشاوره

* CONSULTATION: نوع مشاوره

* CONDITION: وضعیت انجام مشاوره

در صورت درخواست مشاوره توسط پزشک ، نوع درخواست ثبت می گردد و در صورت اطلاع در قسمت وضعیت مشاوره (Condition) کلمه مطلع و یا (م) ثبت می گردد. و در صورت انجام مشاوره تیک انجام و یا ساعت درج می گردد و در صورت عدم انجام و اطلاع کلمه پیگیری ثبت گردد.

مثال :

TIME	Consultation (field)	Condition
۱۴	داخلی	✓
۱۸	عفونی	مطلع
۲۰	اورولوژی	پیگیری

* **Air way:** در صورت اینتوبه بودن و یا اینتوبه شدن بیمار و یا داشتن تراکئوستومی سایز، تاریخ، محل فیکس لوله

تراشه و تاریخ خارج نمودن آن ثبت می گردد.

- Endo tracheal tube (ETT): لوله گذاری تراشه

- Endo tracheal tube (ETT) Repeat: لوله گذاری تراشه مجدد

- Tracheostomy tube (T.T): گذاشتن تراکئوستومی

- No.tube: شماره لوله تراشه گذاشته شده

- Size fix: سایز یا شماره فیکس شدن لوله تراشه

- Intube date: تاریخ گذاشتن لوله تراشه

- Extube date: تاریخ خارج کردن لوله تراشه

* **pacemaker: Pace** پیس میکر دائم قلبی، دستگاهی کوچک و پیشرفته است که برای کمک به تنظیم و

حفظ ضربان قلب در افرادی که با مشکلات ریتم قلبی مواجه هستند، استفاده می‌شود

- Rate: تعداد تولید ایмпالی ژنراتور در دقیقه (عدد نوشته شود)

- Output: میزان ولتاژی که ژنراتور تولید ایмпالس میکند (عدد نوشته شود)

- Sensivity: حساسیت ژنراتور پیس میکر به امواج الکتریکی نوار قلب بیمار (عدد نوشته شود)

- Type: پیس های موقت معمولاً ۲ نوع هستند. یا از طریق ورید فمورال گذاشته میشوند یا در جراحی

قلب روی اپیکارد قرار میگیرد.

* **Vital Sign**: ارزیابی علائم حیاتی

- T: درجه حرارت

- PR: تعداد نبض

- RR: تعداد تنفس

- Blood Pressure : BP فشارخون ورید محیطی

- O2 Sat: میزان اکسیژن خون شریانی

- Arterial Pressure : ART - فشار خون شریانی: محدوده طبیعی آن معادل فشارخون محیطی است و

دقت اندازه گیری آن بیشتر و قابل اعتماد تر است.

- Mean Arterial Pressure:MAP - فشار متوسط شریانی یک پارامتر مهم بالینی جهت بررسی پرفیوژن

بافتی است.

فشار متوسط شریانی بین ۷۰ تا ۹۰ میلی متر جیوه ایده آل است. حفظ فشار متوسط شریانی بیش از ۶۰ میلیمتر جیوه جهت

پرفیوژن کافی و مناسب شریانهای کرونر، مغز و کلیه ها ضروری می باشد. میانگین فشار متوسط شریانی را می توان

اندازه گرفت یا تخمین زد. محاسبه تخمینی آن به صورت زیر می باشد:

$$\text{فشار متوسط شریانی (MAP)} = \frac{1}{3} \text{سیستول} + \frac{2}{3} \text{دیاستول}$$

این فرمول بر اساس این فرض بنا شده که دیاستول نشانگر دو سوم از سیکل قلبی است که مطابق است با تعداد ۶۰ ضربان

قلب در دقیقه. بنابراین اگر ضربان قلب سریع تر باشد (که در بیماران بسیار بدحال امری عادی است). در تخمین فشار

متوسط شریانی خطا بوجود می آید.

فشار متوسط شریانی که نشانگر فشار خون رسانی بافتی است، بر اساس فشارخون‌های دیاستولی و سیستولی محاسبه می‌شود.

فشار متوسط شریانی ۲ خصوصیت دارد که آن را برای کنترل فشار شریانی بر فشار سیستولیک برتری داده است:

۱. فشار متوسط فشار حقیقی در جریان خون محیطی است.
۲. میانگین فشار با حرکت امواج فشاری به سمت عروق دیستال دستخوش تغییر نمی‌شود. در صورت افت برون ده قلبی، بدن از طریق انقباض عروق محیطی باعث حفظ فشار خون می‌شود. در نتیجه فشار متوسط شریانی ثابت است. در چنین وضعیتی بررسی فشار نبض کمک کننده خواهد بود.

*** CVP: Central Venous Pressure** یک فاکتور بسیار مهم فشار پر شدن بطن راست قلب می باشد. فشار پر شدن بطن راست، حجم ضربه ای قلب به معنای اندازه خون پمپ شده با هر ضربان قلب را مشخص می کند. همچنین یک شاخص درستی از نیروی قلب برای پمپ کردن خون به منظور حفظ فشار خون طبیعی و پرفیوژن بافتی می باشد. در آخر CVP شاخص صحیحی از حجم پایان دیاستولی بطن راست است. در اکثر انسیتو ها CVP بر اساس سانتیمتر آب اندازه گیری می شود. در این مقیاس میزان نرمال CVP در بزرگسالان ۵-۱۰ سانتیمتر آب و در کودکان ۳-۹ سانتیمتر آب می باشد. بعضی از انسیتو ها CVP را در مقیاس میلی متر جیوه اندازه می گیرند که در این مقیاس نرمال آن تقریباً ۴-۸ میلی متر جیوه می باشد. مانیتورینگ CVP دقیق تر از اندازه گیری فشار خون می باشد زیرا تغییرات حجم در گردش بدن به محض کاهش حجم خون در CVP منعکس شده و CVP سریعاً تغییر می کند.

*** Ventilator** ثبت تنظیمات ونتیلاتور و تغییر آن براساس نتایج گازهای خونی شریان

*** Mod:**

- Non/ invasive : مد دستگاه (تهاجمی-اینتوبه: Invasive) و (غیرتهاجمی شامل اکسیژن باماسک-نازال.... Noninvasive)
- Fio2- درصد اکسیژن دمی
- Tv- Tidal volume: حجم جاری= جمی از هواست که با یک دم عادی به ریه‌ها وارد و با یک بازدم معمولی از ریه‌ها خارج می‌شود.
- Respiratory rate-RR: تعداد تنفس
- Pressure support ventilation- PSV: تهویه حمایت کننده فشاری

- Peak Inspiration Pressure-PIP: حداکثر فشاردمی = بالاترین میزان فشاری که در هنگام دم به ریه های بیمار اعمال می شود

- Posetive end expiration Pressure-PEEP: فشار مثبت انتهای بازدمی

* **Blood gas**: ثبت نتایج گازهای خونی شریان در ساعت درخواستی

* **Intake**: ثبت میزان دریافت مایعات خوراکی و تزریقی

- Infusion1- Infusion2- Infusion3- Infusion4- Infusion5: حجم دریافتی سرمهای و داروهایی

که از طریق پمپ انفوزیون می گردد با توجه به ساعت انفوزیون ثبت می گردد.

- Nutrition: تغذیه وریدی و یا خوراکی دریافتی با توجه به ساعت انفوزیون، گاوژ و یا خوراکی ثبت می گردد.

- Entral : Enteral Nutrition) تغذیه انترال یا تغذیه لوله ای گاوژ از طریق NGT و یا PEG

- Parenteral : Parenteral Nutrition) یا (Total Parenteral Nutrition) تغذیه پرنترال یا تغذیه

وریدی شامل اینترالیپید، آمینواسید، دکستروز هاپروتونیک

- Oral : خوراکی

* **Out put**: ثبت میزان دفع مایعات و مدفوع

- Vomiting: تعداد و یا حجم استفراغ ثبت شود.

- Lavage: میزان برگشتی معده ثبت شود.

- L.Chest tube: میزان ترشحات چست تیوب چپ ثبت شود.

- R.Chest tube: میزان ترشحات چست تیوب راست ثبت شود.

- Drain: میزان ترشحات درنجا ثبت شود.

- Urine: میزان حجم ادرار ثبت شود.

- Stool: تعداد دفعات دفع مدفوع در ساعت مربوطه با علامت مثبت و منفی مشخص گردد.

* **Scar/Sore/Wound/Lesion**: ارزیابی زخم بیمار به صورت روزانه انجام می گردد. ابزار زخم، مشاهده و

اندازه گیری زخم است و با توجه به سطح منطقه، انگزودا، و نوع بافت زخم دسته بندی می شود.

- زخم دارد یا ندارد؟ = زخم دارد یا ندارد تیک زده می شود.

- زخم فعال است و یا در حال بهبود (غیرفعال) = تیک زده می شود.

- Scar/s areas = زخم در کدام ناحیه دارد.
- Wound severity = شدت و درجه زخم
- Scar/s size
- Degree of scar/s
- exudate Amount = میزان اگزودا: مقدار ترشحات زخم، پس از برداشتن پانسمان و قبل استفاده از هر عامل موضعی به زخم اندازه گیری می شود. ترشحات با هیچ کدام، کم، متوسط و سنگین اندازه گیری و ثبت می گردد.
- Treatment plan: هر نوع مداخله جهت بهبود زخم ثبت گردد.
- * **Paraclinic:** پاراکلینیک های انجام شده در روز مربوطه تیک زده شود.
 - که به ترتیب پس از انجام هریک از موارد الکتروکاردیوگرافی (نوارقلب)، اکوکاردیوگرافی، گرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، الکتروانسفالوگرافی (نوارمغز) تیک زده شود.
 - در قسمت Others: انجام هر پاراکلینیک دیگری غیر از موارد ذکر شده ثبت شود.
- * **Routin Care:** ثبت مراقبت های زیر:
 - Mouth/Nose: مراقبت از دهان و بینی هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
 - Ear/ Eye: مراقبت از چشم و گوش هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
 - Cuff Pressure: اندازه گیری فشار کاف لوله تراشه هر ۶ ساعت و یا هر شیفت جهت تثبیت فشار کاف به وسیله دستگاه کاف سنج اندازه گیری و به میزان ۲۵ سانتیمتر آب می بایست باشد. (با توجه به اینکه لوله تراشه های فعلی مورد استفاده از نوع نرم می باشند، آسیب برای مجرای هوایی ایجاد نمی نمایند و نیازی به تخلیه کاف هر ۸ ساعت نمی باشد و تثبیت فشار آن ضروری است).
 - Physical restraint (مهار فیزیکی): اندامهایی که مهار فیزیکی دارند (با دستبند و یا پابند ثابت شده اند) از نظر خونسازی و جلوگیری از آسیب پوست و بافت هر ۳ ساعت بررسی و تیک زده شود.
 - Folly: مراقبت از سوند فولی هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
 - Dressing: مراقبت از پانسمان هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
 - Physiotherapy (فیزیوتراپی): انجام فیزیوتراپی قبل از انجام ساکشن و یا بعد از تغییر پوزیشن بیمار تیک زده شود.
 - Bath (حمام بیمار): پس از حمام دادن بیمار طبق دستور پزشک و یا روتین بیمارستان تیک زده شود.

* GCS: (Glasgow coma scale) ارزیابی سطح هوشیاری

مقیاس اغمای گلاسکو بر سه پایه استوار است که عبارتند از:

- پاسخ چشمی (Eye opening or Eye response) بصورت باز بودن یا باز کردن چشم (در بهترین حالت ۴ نمره)
- پاسخ کلامی (Verbal response) (در بهترین حالت ۵ نمره)
- پاسخ حرکتی (Motor response) (در بهترین حالت ۶ نمره)

تفسیر معیار کمای گلاسکو:

* میزان آسیب مغزی را با استفاده از این معیار می توان تخمین زد:

* آسیب خفیف: GCS ۱۳ تا ۱۵

* آسیب متوسط: GCS ۹ تا ۱۲

* آسیب شدید: GCS زیر ۹

* معمولاً در شرایطی که این معیار کمتر از ۸ باشد انتوباسیون توصیه می شود.

* در این مقیاس حداکثر امتیاز ۱۵ است و حداقل آن ۳، در صورتیکه فرد انتوبه باشد امکان بررسی کلام وجود ندارد و لذا حداقل T_2 و حداکثر T_{10} است.

* پاسخ چشمی:

* چشم ها را بصورت ارادی و خودبخود باز می کند = ۴

* چشم ها را در واکنش به صدا زدن باز می کند = ۳

* چشم ها را با محرک های دردناک باز می کند = ۲

* عدم واکنش (چشم ها در واکنش به تحریک باز نمی شود) = ۱

* پاسخ کلامی: (واکنش بیمار به تحریکات کلامی)

* هوشیار است (پاسخ صحیح به سوالات مربوط به مکان، زمان و شخص می دهد) = ۵

* پاسخ های نامناسب به سوالات می دهد و گیج است = ۴

* در پاسخ به تحریکات کلامی کلمات نامربوط بکار می برد = ۳

* در پاسخ به تحریکات کلامی صداهای نامفهوم بکار می برد = ۲

* عدم واکنش به تحریکات کلامی = ۱

* پاسخ حرکتی:

* اجرای دستورات (انجام حرکات صحیح در پاسخ به معاینه کننده) = ۶

- * حرکات را لوکالیزه میکند (عامل تحریک دردناک را از خود دور می کند) = ۵
- * خود را از محرک دردناک دور می کند = ۴
- * فلکسیون (جمع شدن) غیر طبیعی اندام ها (دکورتیکه) در پاسخ به تحریکات = ۳
- * اکستانسیون (باز شدن) غیرطبیعی اندام ها (دسربره) در پاسخ به تحریکات = ۲
- * عدم واکنش حرکتی به تحریکات = ۱

Lab test: نتایج آزمایشات در ساعت انجام شده ثبت شود.

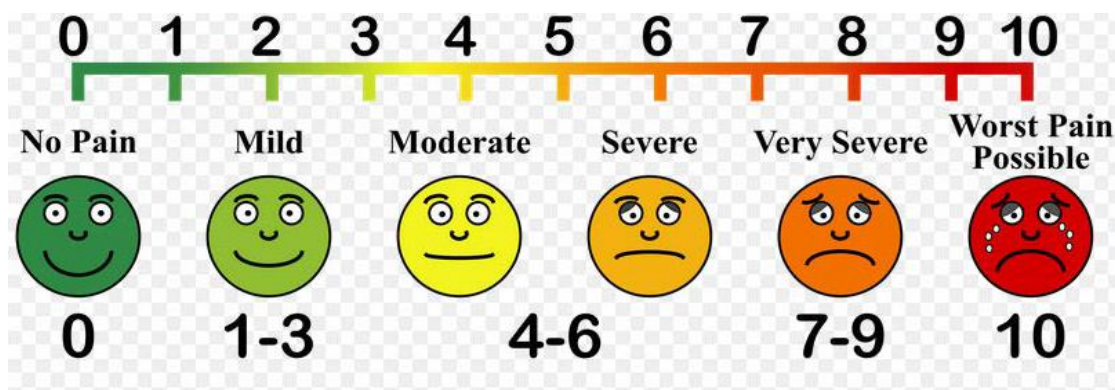
* **Others:** انجام هر آزمایش دیگری غیر از موارد ذکر شده ثبت شود.

پشت صفحه

- صفحه سمت راست
- نام و نام خانوادگی بیمار ثبت می گردد.
- **Pain Score**
- * جهت تشخیص درد در بیماران هوشیار بزرگسال از مقیاس دیداری VAS استفاده شود.
- * معیار ریچموند برای بررسی بیداری، آرتاسیون - سداسیون (RASS):
- * جهت تشخیص درد در بیماران با کاهش سطح هوشیاری از مقیاس رفتاری تشخیص درد BPS استفاده شود.
- * در صورت پارالیز نمودن بیمار، امکان استفاده از ابزار تشخیص درد وجود ندارد و از علایم حیاتی جهت تشخیص درد استفاده شود.
- * بر اساس نمره ی کسب شده از هر مقیاس (RASS /BPS/VAS) شدت درد بیمار (فاقد درد تا شدید) ارزیابی شود.
- * بر اساس شدت درد بیمار جهت روند درمان یا تسکین درد بیمار تصمیم گیری شود

مقیاس دیداری VAS

در بیماران که داروی آرامبخش (sedative) دریافت نکرده اند، ارزیابی درد (pain) ونگ از طریق مصاحبه، مشاهده بیمار تکمیل می گردد. در مواردی که بیمار اینتوبه و هوشیار باشد با نشان دادن صورتکها به بیمار و در صورت نداشتن هوشیاری با مقایسه چهره بیمار با صورتکها میزان شدت درد در بیمار تعیین می گردد.



صورتک شماره	نشانگر	برابر با
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	درد باز هم بیشتر	۶
۴	درد تمام عیار	۸
۵	بدترین درد	۱۰

* در بیمارانی که داروهای آرامبخش (sedative) دریافت کرده اند از ارزیابی RASS استفاده می شود

معیار ریچموند برای بررسی بیداری، آژیتاسیون - سداسیون (RASS): Richmond Agitation Sedation Score

معیار ریچموند یک معیار جهت بررسی بیماران با دلیریوم است که ۳ مرحله دارد

۱- مشاهده: بیمار فقط مشاهده می شود. اگر بیمار هوشیار است، امتیاز مناسب (۰ تا +۴) را برای او در نظر بگیرید. اگر هوشیار نیست مرحله دو را انجام دهید.

۲- تحریک کلامی: نام بیمار را با صدای بلند صدا زده و از او بخواهید به شما نگاه کند. در صورت نیاز می توانید این کار را تکرار کنید. اگر به شما واکنش نشان داد امتیاز مناسب را در نظر بگیرید (۱- تا ۳-). اگر هیچ واکنشی نشان نداد به مرحله بعدی بروید.

۳- تحریک فیزیکی: شانه بیمار را تکان دهید، اگر واکنشی نداشت به شدت جناغ او را فشار دهید و امتیاز مناسب را در نظر بگیرید (۴ تا ۵-).

مقیاس درد رفتاری (BPS)

ابزاری برای ارزیابی درد است که برای بیماران بدحال، تحت درمان با آرام‌بخش و تحت تهویه مکانیکی استفاده می‌شود. این مقیاس بر اساس مشاهده رفتار بیمار در سه دسته است: حالت چهره، حرکات اندام فوقانی و انطباق با تهویه مکانیکی. هر دسته امتیازدهی می‌شود و نمره کل (از ۳ تا ۱۲) سطح درد را نشان می‌دهد.

هدف BPS: به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی کمک می‌کند تا درد را در بیمارانی که نمی‌توانند درد خود را به صورت شفاهی بیان کنند، مانند افرادی که تحت درمان با آرام‌بخش یا تحت تهویه مکانیکی هستند، ارزیابی کنند.

اجزای BPS: از سه زیرمقیاس تشکیل شده است که هر کدام امتیازی از ۱ تا ۴ دارند:

- * **حالت چهره:** وجود و شدت حالت‌های چهره مانند اخم یا چهره آرام را ارزیابی می‌کند.
- * **حرکات اندام فوقانی:** حرکت اندام فوقانی بیمار، از جمله عدم حرکت، خم شدن جزئی، خم شدن کامل یا جمع شدن را ارزیابی می‌کند.
- * **رعایت تهویه مکانیکی:** توانایی بیمار در تحمل دستگاه تنفس مصنوعی را ارزیابی می‌کند، از تحمل حرکت گرفته تا مقاومت در برابر دستگاه تنفس مصنوعی.
- * **امتیازدهی:** نمرات هر زیرمقیاس با هم جمع می‌شوند تا نمره کل BPS را ایجاد کنند که از ۳ تا ۱۲ متغیر است. نمره بالاتر نشان دهنده درد بیشتر است.

تفسیر:

3: بدون درد

4-6: درد خفیف

7-9: درد متوسط

10-12: درد شدید

اعتبارسنجی:

BPS: ابزاری معتبر با ویژگی‌های روان‌سنجی خوب است، به این معنی که در اندازه‌گیری درد قابل اعتماد و دقیق نشان

داده شده است.

کاربرد بالینی:

BPS : معمولاً در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) برای هدایت استراتژی‌های مدیریت درد برای بیماران بدحال استفاده می‌شود.

قیاس رفتاری درد (BPS) یک ابزار ارزیابی درد است که برای ارزیابی درد در بیمارانی که قادر به گزارش درد خود نیستند، بیماران تحت تهویه مکانیکی، استفاده می‌شود. مقیاس بر اساس مشاهده و ارزیابی نشانه‌های رفتاری بیمار، مانند حالت صورت، فعالیت، گریه، و پاسخ به تسکین دهی، عمل می‌کند.

پایش درد (BPS) در بیماران اینتوبه و غیر اینتوبه

میزان درد	امتیاز ۴	امتیاز ۳	امتیاز ۲	امتیاز ۱	موارد
حالات چهره	در هم رفتن چهره به ملوری که حالت خصمانه به خود بگیرد	چهره کاملاً در هم کشیده مانند بستن چشم‌ها	چهره نسبتاً در هم کشیده مانند پایین انداختن ابروها	آرام	
					
حرکت اندامهای فوقانی	کشیدن و مقاومت در برابر مراقبت	کاملاً خم می‌کند و انگشتان را نیز جمع می‌کند	کمی خم می‌کند	بی حرکت	
					
					
همانگی یا تهویه مکانیکی	عدم تحمل تهویه	جنگ با دستگاه تهویه مکانیکی در بعضی از مواقع تهویه امکان‌پذیر است	سرفه در حالی که در اغلب موارد دستگاه تهویه مکانیکی تحمل می‌کند	تحمل کردن تهویه	
صحت کردن	ضربه زدن یا شکایت‌های کلامی (آخ - وای) یا نکه داشتن تنفس	آه و ناله بیشتر از ۲ بار در دقیقه یا با ملول زمان بیش از ۲ ثانیه	آه و ناله کمتر از ۲ بار در دقیقه و با ملول زمان کمتر از ۲ ثانیه	صحت کردن بدون درد	
جمع امتیازات					

* ثبت داروهای مصرفی صبح (در ابتدای شیفت صبح می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد اعتباربخشی در این قسمت ثبت گردد).

* گزارش پرستاری صبح ثبت می گردد.

* چسباندن یک نمونه مانیتور قلبی از بیمار در انتهای شیفت صبح در قسمت Strip ضروری است.

* امضاء و نام خانوادگی پرستار مسئول در شیفت صبح

صفحه وسط

* نام پدر: بیمار ثبت می گردد.

* Pain Score

* ثبت داروهای مصرفی عصر (در ابتدای شیفت عصر می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد

اعتباربخشی در این قسمت ثبت گردد).

* گزارش پرستاری عصر ثبت می گردد.

* چسباندن یک نمونه مانیتور قلبی از بیمار در انتهای شیفت عصر در قسمت Strip ضروری است.

* امضاء و نام خانوادگی پرستار مسئول بیمار در شیفت عصر

صفحه سمت چپ

* شماره پرونده بیمار ثبت می گردد.

* Pain Score

* چسباندن یک نمونه مانیتور قلبی از بیمار در انتهای شیفت شب در قسمت Strip ضروری است.

* ثبت داروهای مصرفی شب (در ابتدای شیفت شب می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد

اعتباربخشی در این قسمت ثبت گردد) .

* گزارش پرستاری شب ثبت می گردد.

منابع: