

دستورالعمل نقل و انتقالات بیمار

جهت انتقال بیماران بین بخشها :

- ✓ حضور پرستار در زمان تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار
- ✓ تحویل پرونده (بخصوص کامل بودن فرم ۵) ، کاردکس ، به صورت کامل و مرتب و کنترل منشی بخش (در شیفت صبح و مسئول شیفت در عصر و شب) جهت چک و تایید کامل بودن آنها (منشی موظف است با سرعت پرونده را چک و تحویل گیرد
- ✓ انجام موارد Stat و پروسیجرهای اورژانس در بخش مبدا
- ✓ تمیز و مرتب بودن بیمار (در صورت کثیف بودن بیمار ، تمیز نمودن آن به عهده پرستاری است که بیمار را تحویل می دهد)
- ✓ در صورت دستور داشتن IV line باید تاریخ ، نام پرستار و شیفت روی آن نوشته و بدون عارضه باشد .
- ✓ در صورت داشتن پانسمان ، پانسمان تمیز با تاریخ و نام پرستار باشد
- ✓ گزارش پرستاری کامل نوشته شده و موارد خاص در آن قید گردد
- ✓ پرونده ، گرافی ها ، دفترچه بیمه و به طور کل وسایل بیمار با دفتر تحویل و از بخش مقصد امضا گرفته شود

تذکر : بخشهای ویژه در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار ملزم به پذیرش و انجام کارهای درمانی بیمار با هر شرایطی می باشند ولی در صورتی که بیمار در رزرو بخشهای ویژه در بخش ها بستری باشد بر اساس دستورالعمل بالا تحویل داده شود .
تذکر : بعد از اتمام تحویل بخش مقصد حق هیچگونه اعتراضی ندارد و تمام موارد باید قبل از تحویل کنترل گردد .

جهت انتقال بیماران به اتاق عمل :

- ✓ حضور پرستار در زمان تحویل دادن
- ✓ بیمار NPO باشد
- ✓ داشتن برگ رضایت عمل ، تکمیل فرم و برگه های مخصوص اتاق عمل
- ✓ کنترل نتیجه آزمایشات و گرافی ها
- ✓ کنترل مجدد تمام موارد درج شده در فرم مراقبت از عمل
- ✓ در آوردن وسایل مصنوعی ، زیور آلات و نداشتن لاک ناخن
- ✓ کنترل دستبند مشخصات
- ✓ تحویل بیمار حتما با نظارت پرسنل پرستاری می باشد . { با دادن و یا گرفتن گزارش بطور دقیق (کتبی و شفاهی) }

جهت تمویل بیمار از اتاق عمل :

- ✓ در زمان تحویل ، وضعیت جسمی و هوشیاری بیمار توسط پرستار بخش کنترل می شود .
- ✓ پرستار اسم بیمار را با پرونده مطابقت می دهد و با صدای بلند صدا می کند.
- ✓ پرستار فرم ریکاوری رابه دقت کنترل می کند .
- ✓ کلیه ی درن ها، کاتترها، لوله ها و وسایل مورد نیاز دیگر بیمار را در زمان تحویل چک می کند.
- ✓ باز بودن راه هوایی و علایم حیاتی را کنترل می کند.
- ✓ هر مشکل حاد در حین عمل (شوک - خونریزی وسیع - ایست قلب)را سؤال می کند.
- ✓ میزان مایعات تجویز شده، اتلاف خون و سایر موارد را کنترل می کند.
- ✓ - بیمار را به طور کامل می پوشاند.
- ✓ یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند.

جهت انتقال بیماران برای مشاوره پاراکلینیک :

- ✓ هماهنگی با واحد پاراکلینیک مربوطه .
- ✓ انجام اقدامات مربوطه به آمادگی قبلی در صورت نیاز
- ✓ همراه داشتن پرونده (داشتن مدارک مورد نیاز واحد پاراکلینیک مربوطه الزامیست)
- ✓ در صورتی که بیمار تالیوم اسکن و آنژیوگرافی قبلی انجام داده است ، جواب همراه بیمار باشد
- ✓ در صورت نیاز به اکسیژن با رعایت دستورات پروتکل انتقال بیمار حتما به واحد مربوطه اطلاع داده شود .
- ✓ حضور بیمار بر در کنار بیماران ناتوان الزامی می باشد . (کار این بیماران با اولویت انجام می شود)
- ✓ حضور پرستار در کنار بیماران بدحال الزامی می باشد . (کار این بیماران با اولویت انجام می شود)
- تذکر : پرونده در پایان مشاوره بلافاصله تحویل داده می شود .

انتقال بیمار به بخش همودیالیز

- ✓ هماهنگی با بخش دیالیز
- ✓ همراه بودن پرستار با بیمار در حین تحویل الزامی می باشد .
- ✓ ارسال پرونده به همراه بیمار که دستور کتبی نفرولوژیست جهت همودیالیز داشته باشد .
- ✓ در صورت نیاز به تزریق خون یا فرآورده های خونی ، قبل از شروع دیالیز توسط بخش مربوطه آماده و همراه بیمار به واحد دیالیز تحویل داده شود .
- ✓ داشتن جواب کتبی HBS Ag در پرونده بیمار
- ✓ کنترل راههای دستیابی عروقی بیمار در بخش مربوطه
- تذکر : جهت انتقال بیمار به هر بخش قبل از انتقال هماهنگی با بخش مربوطه انجام شود.

کاردکس :



هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس برای هر بخش ، ایجاد سرعت عمل در مراقبت از بیمار و به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است . همچنین استفاده از کاردکس امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات همه بیماران بخش را در کنار هم به ما می دهد .
از یک کاردکس اطلاعات زیر قابل اخذ می باشد :

اطلاعات دموگرافیک بیمار ، نام پزشک معالج ، تشخیص پزشکی ، شماره تخت بستری ، اقدامات تشخیصی یا درمانی خاص مورد نیاز که در ساعات آینده باید انجام گیرد ، مانند : مشاوره ، رادیوگرافی و بیمارانی که در آن روز باید به اتاق عمل بروند و ...

دستورالعمل روش ثبت در کاردکس



نحوه تکمیل کاردکس :

برای ثبت در کاردکس از سه قلم (خودکار قرمز ، خودکار آبی ، مداد) استفاده می شود .

- خودکار قرمز : برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند : حساسیت دارویی ، خطر خودکشی ، وجود زخم یا هرگونه آسیب پوستی ، تزریق عضلانی ممنوع ، قطع نمودن دارو (DC) و ثبت EROOR به طور کلی اطلاعات خاص در مورد بیمار می باشد .
- خودکار آبی : برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند : نام و نام خانوادگی ، سن ، (در بخش نوزادان تاریخ تولد) شماره پرونده ، کد کامپیوتری ، نام پزشک معالج ، نام پزشک جراح ، تاریخ و ساعت پذیرش ، علائم حیاتی زمان ادمیت ، نوع بیمه درمانی ، تاریخ و نوع عمل ، و داروها و سرم های تجویز شده می باشد .
- مداد : برای ثبت موارد متغیر مانند : کلیه مراقبت های پرستاری و دستورات پزشک که باید پیگیری شوند از جمله : درخواست آزمایشات و رادیوگرافی های تشخیصی ، زمان انجام علائم حیاتی ، رژیم غذایی ، وضعیت حرکتی ، تغییر پوزیشن و ... می باشد .

نکات مهم :



مراقبت های پرستاری بر ترتیب ذیل با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت می گردند :

- نحوه کنترل علائم حیاتی مشخص می شود .
- نحوه کنترل وضعیت هوشیاری مشخص گردد .
- نحوه گرفتن اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار فلوی اکسیژن نوشته می شود .
- نوع راه هوایی مصنوعی و نحوه ونتیلاسیون بیمار (مد تنفسی) نوشته می شود .
- راه تغذیه بیمار در صورت داشتن NGT ، گاستروستومی و یا ژژنوستومی نوشته می شود
- نوع لوله ادراری (فولی کاتتر F/C یا اکسترنال کاتتر E/C)
- کنترل I&O با ساعت محاسبه مانند ۹-۶-۱۲

- در ردیفهای بعدی برحسب مورد داشتن چست تیوپ ، وریدهای مرکزی ، آرترا لاین ، دستور تغییر پوزیشن و ماساژ ، فیزیوتراپی و نوع آن و موارد دیگر نوشته می شود .
- در کاردکس اختصارات و اصطلاحات مجاز پزشکی آورده شود .

نمونه نوشتن دستورات پزشک در کاردکس به صورت ذیل می باشد :



- دستورات پزشک قبل از انجام با ذکر تاریخ با مداد در ستون مربوطه نوشته می شود .
- پس از انجام ، دستور با خودکار نوشته می شود .
- آزمایشات روزانه بیماران و یا آن هایی که چند بار در روز و برای مدتی انجام می شود با مداد در اولین سطر قسمت آزمایشات و دستورات با ذکر تاریخ و به صورت مدادی باقی می ماند .
- مثال : کنترل (AM) FBS روزانه و یا کنترل Cr تاریخ های فرد و ...

دستورات دارویی :



این صفحه به صورت ذیل طراحی شده که یک نمونه فرضی آن براساس استاندارد آورده شده است .

تاریخ	نام دارو	راه مصرف	مقدار	ساعات دارو
۸۶/۷/۷	Amp ceftriaxon	IV	۵۰۰ mg	۶-۱۴-۲۲
				سرم تراپی
۸۶/۷/۷	Ser ۱/۳ ۲/۳	inf	۱۰۰۰ cc	۶-۱۴-۲۲ ۳۰ gtt/min

- مواردی که دارو Hold می شود ، با مداد کلمه Hold و تاریخ آن در ستون دارویی نوشته می شود .
- داروهای stat به مدت ۲۴ ساعت با مداد در کاردکس باقی می ماند و بعد از آن پاک می شود داروهایی که تغییر می یابند و یا قطع می شوند با خودکار قرمز روی آنها یک خط صاف کشیده شده در سمت چپ تاریخ و در سمت راست کلمه DC و نوشته می شود .
- داروهایی که تغییر دوز دارند ، بعد از DC نمودن در کاردکس دوز جدید نوشته می شود .

نکته :



- در صورت پاکنویس کاردکس در بخش ، کاردکس قبلی پانچ و در فایل پرونده گذاشته می شود . فرد پاکنویس کننده نام و مشخصات خود را بایستی قید کند .
- در صورتی که ادامه مراقبتها و یا دارو در پشت کاردکس نوشته می شود ، با علامت فلش و جمله " به پشت صفحه دقت شود " موضوع یادآوری می شود
- به طور کلی در کاردکس تمام کارهایی که باید انجام گیرد قید می شود و در پرونده کارهای انجام شده ثبت می شود.

- کاردکس باید تمیز نگه داشته شود و مطالب آن به صورت منظم قید گردد و همه پرستاران از الگوی هماهنگ استفاده نمایند.
- برگه کاردکس شامل داروهای تزریقی و غیر تزریقی است و نیز شامل دستورات پزشکی و پرستاری به انضمام تعدادی از مشخصات بیمار است.
- محل نوشتن سرم قسمت تحتانی داروهای تزریقی است. بایستی نوع سرم به علاوه احیانا " دارویی که باید به آن اضافه شود، حجم سرم، تعداد قطرات در دقیقه و ساعت شروع سرم قید شود.
- برای سرمهای KVO نیز ساعت شروع قید گردد.

کارت دارویی شامل :

نام و نام خانوادگی بیمار ، شماره پرونده ، شماره تخت ، نام پزشک ، نام دارو ، دوز دارو ، راه مصرف ، تاریخ شروع ، تاریخ پایان ، نام و امضاء پرستار که باید به درستی ثبت شده و این کارتها در محلی که برای آن در نظر گرفته شد (با توجه به ساعت مصرف آن) قرار داده شود . کنترل کارتهای دارویی با کاردکس توسط پرستار مسوول شیفت در ابتدای هر شیفت کاری انجام شده و تغییرات با توجه به ویزیتهای مجدد بیماران اعمال می گردد.

نمونه پذیرش بیمار در بخش

لازم است که پرسنل پرستاری در هنگام پذیرش بیمار موارد ذیل را رعایت نمایند:

- ◆ از ارائه پمفلت طرح تکریم به بیمار و یا همراهان اطمینان حاصل نمایند.
- ◆ از آماده بودن اتاق بیمار مطمئن شوند.
- ◆ دستور پزشک مبنی بر بستری بیمار را چک کنند.
- ◆ خود را با نام فامیل به بیمار معرفی نمایند.
- ◆ مسئول بخش را به بیمار معرفی کنند و او را از وظایف وی آگاه سازند.
- ◆ بیمار را به اتاق و تخت مربوطه راهنمایی کنند.
- ◆ بیمار را به هم اتاقی ها و سایر کادر پرستاری معرفی نمایند.
- ◆ نحوه کار با زنگ اخبار را به او آموزش دهند.

- ◆ نحوه استفاده از چراغ روشنایی اتاق و چراغ خواب را به بیمار آموزش دهند.
- ◆ محل توالت و حمام را به بیمار نشان دهند.
- ◆ جهت قبله و محل مخصوص نگهداری وسایل انجام فرایض دینی را به او نشان دهند.
- ◆ در مورد ساعت غذا، نوع رژیم غذایی خاص بیمار و مقررات آن و مقررات منع مصرف سیگار به بیمار توضیح دهند.
- ◆ در مورد محدودیت ها، نیاز مندی ها و وسایل الکتریکی مجاز برای استفاده در بیمارستان با بیمار صحبت نمایند.
- ◆ در مورد سایر امکانات موجود در بیمارستان و محل نماز خانه، فروشگاه، کتابخانه، توزیع روزنامه، تریا و غیره بیمار را راهنمایی نمایند.
- ◆ از همراهان بخواهید که در محل مخصوص ملاقات کنندگان منتظر بمانند.
- ◆ خلوت بیمار را فراهم نمایند.
- ◆ لباسهای بیمار را طبق مقررات بیمارستان جمع آوری کنند.
- ◆ به بیمار در پوشیدن لباس مخصوص بیمارستان کمک کنند.
- ◆ بیمار را در وضعیت راحت در تخت و یا صندلی قرار دهند.
- ◆ درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون بیمار را به روش صحیح اندازه گیری کنند.
- ◆ در صورت لزوم قد و وزن بیمار را اندازه گیری و ثبت نمایند.
- ◆ شرح حال دقیق از بیمار گرفته شود.
- ◆ در پایان گزارش پرستاری را تکمیل و نکات مهم و قابل پیگیری را ثبت نمایند.

مواردیکه باید هنگام تغییر و تمول شیفت رعایت گردد :



تمویل بیماران از روی کاردکس (اقدامات مراقبتی و دارویی) و پن کارت بر بالین آنها :

- ✓ کنترل وضعیت تنفس و هوشیاری بیمار
- ✓ کنترل بهداشت فردی بیمار
- ✓ کنترل آنژیوکت از نظر فیکس بودن، داشتن تاریخ (کمتر از ۴۸ ساعت)، بررسی از نظر فلیت
- ✓ کنترل سرمها از نظر: حجم باقیمانده، حجم دریافتی (بر اساس دستور و مطابق با برگه I&O)، داشتن برچسب سرم (تنظیم قطرات، ساعت شروع و پایان)، نام پرستار، نام و میزان داروی اضافه شده.
- ✓ کنترل میکروستها (داشتن برچسب، تاریخ تعویض ۷۲-۴۸ ساعت باشد).
- ✓ کنترل سوند فولی از نظر فیکس بودن و بهداشت و حجم ادرار تخلیه شده و باقیمانده و ثبت در برگه I&O

- ✓ کنترل NGT از نظر فیکس بودن و میزان ترشحات برگشتی و ثبت در برگه I&O
- ✓ کنترل کلیه درن‌ها، کاترها، پانسمان و رعایت بهداشت و نظافت آنها
- ✓ کنترل بیمار از نظر زخم بستر، کیودی، راش، ورم، ادم در اندامها
- ✓ کنترل برگه علائم حیاتی از نظر ثبت مشخصات بیمار و علائم وی طبق دستور
- ✓ کنترل بیمار از نظر پوزیشن، وضعیت استراحت، دهانشویه، شیو و غرغره.
- ✓ کنترل وضعیت درد بیمار و اقدامات انجام شده جهت تسکین درد.
- ✓ اطلاع از کلیه اقدامات درمانی انجام شده در شیفت قبل

کلیه موارد کنترل شده در حضور پرسنل دو شیفت باید مطرح شود و پس از اتمام تحویل هیچ مسئولیتی به عهده شیفت قبل نمی باشد.

تمویل وسایل و تجهیزات بخش از نظر موجود بودن و سالم بودن

این کار در ابتدای هر شیفت و توسط پرستار تعیین شده انجام می شود.

- ✓ تحویل کلیه دستگاههای بخش شامل ECG، DC shock، ونتیلاتور، ساکشن، تشک مواج، فشارسنج و ثبت در دفتر تحویل وسایل. (و دیگر وسایل بخش)
- ✓ تحویل گرفتن و کنترل داروها، لوازم مصرفی طبق لیست
- ✓ کنترل و تحویل دفاتر بخش
- ✓ تحویل پکهای پانسمان و سایر پکها

✓ تمویل و کنترل ترالی کد:

داروهای ترالی کد از نظر تعداد و بررسی کمبودها و تاریخ انقضاء و طریقه نگهداری آنها در داخل و خارج از یخچال چک می گردد. وسایل ترالی کد از نظر تعداد، تاریخ انقضاء، توجه به سایزهای مختلف اشاره شده در چک لیست. کنترل تجهیزات ترالی کد مانند لارنگوسکوپ، آمبویگ، چراغ قوه، از نظر صحت عملکرد و وجود باطری و لامپ اضافه، توجه به تاریخ انقضاء ستهای پانسمان توجه به نظافت کلی ترالی کد و سالم بودن چرخهای آن و باز و بسته شدن راحت دربهای آن وجود تخته CPR، اکسیژن و مانومتر، داشتن ماسک اکسیژن، سوند رابط جهت آمبویگ آماده بودن کامل آمبویگ جهت CPR

یخچال دارویی:

برای کنترل یخچال دارویی بایستی موارد زیر در نظر گرفته شود:

از گذاشتن هر گونه مواد غذایی در داخل آن پرهیز شود.

ترموتر در یخچال نصب باشد و چارت مشخص درج دمای یخچال بر روی درب یخچال نصب و در سه شیفت ثبت گردد.
وجود NGT و قلبهای یخ (جهت ارسال ABG) در فریزر یخچال
درج تاریخ باز شدن ویالها، شربت‌ها بر روی آنها و توجه به مدت زمانیکه می توان آنها را در یخچال نگهداری شود.

✓ استوک دارویی:

با توجه به سیاست هر بخش تعدادی دارو مانند (انواع مسکنها و داروهای اختصاصی هر بخش) در استوک دارویی موجود است که باید به تاریخ انقضاء آنها توجه گردد.

🕸️ نظافت بخش:

توجه به نظافت سطوح بالایی، میانی و گوشه های بخش، سرویسهای بهداشتی، دربهای شیشه ای بخش، یونیت بیماران (تخت، لاکر، bed table، وسایل و تجهیزات اتاق مانند یخچال، تلویزیون، دستگاههای پزشکی، مانومتر سانترا و پرتابل، ونتیلاتور، مانیتورها، انواع پمپها)، پوشه های آلومینیومی پرونده، کاردکس، لوازم التحریر، ایستگاه پرستاری، تلفن و کامپیوتر، سطهای زباله و دقت در تفکیک زباله های عفونی از غیر عفونی، safety box، برانکارد، ویلچر، میزها.
با توجه به سیاست هر بیمارستان کلیه بخشهای ذکر شده با محلولهای ضد عفونی رایج در هر بیمارستان به صورت روزانه نظافت و ضد عفونی می گردد.

📚 دفاتر بخش

لازم است در ابتدای هر دفتر (روش تکمیل آن ثبت شود) پرسنل نسبت به درج صمیم اطلاعات اقدام نمایند

📚 دفتر تقسیم کار:

این دفتر در ابتدای هر شیفت و توسط مسوول آن شیفت تکمیل می گردد.

تقسیم کار به روش case method انجام میشود. در این روش کلیه اقدامات مراقبتی و پرستاری از زمان ورود بیمار تا پایان شیفت کاری باید توسط پرستار مسوول آن بیمار انجام شود. لازم به ذکر است در صورت نیاز می توان با هماهنگی مسوول شیفت به کمک همکاران برخی اقدامات مراقبتی را انجام داد.

✓ مواردی را که باید در این دفتر ثبت نمود:

تاریخ و شیفت، تقسیم بیماران موجود و تختهای خالی از نظر ادمیت بیماران جدید همچنین تقسیم کارهای جانبی بخش مانند (تحويل و تحول وسایل بخش، نظارت بر امر نظافت بخش، کنترل ترالی کد، مواد مخدر، یخچال دارویی، استوک)

دفتر پذیرش بیمار:

برای ثبت مشخصات بیماران بستری و ترخیص شده به کار می رود و شامل موارد زیر است:
نام و نام خانوادگی بیمار، سن، تشخیص اولیه، علائم حیاتی اولیه (T، RR، PR، BP)، نام پزشک معالج، شماره پرونده، تاریخ و ساعت بستری، تاریخ و ساعت ترخیص، آدرس، شماره تماس، نام پرستار ادمیت کننده و تشخیص نهایی

دفتر تمویل و تمول وسایل:

این دفتر در ابتدای هر شیفت و توسط پرستار مسوول تکمیل می شود و شامل انواع تجهیزات و تعداد آنها می باشد در این دفتر صحت کارکرد تجهیزات یا اینکه در دست تعمیر بودن آنها نیز ثبت می گردد.

دفتر ثبت مواد مخدر:

در صورت استفاده از مواد مخدر برای بیمار این دفتر توسط پرستار مسوول تکمیل می گردد.
مشخصات این دفتر برای بخشهایی که داروی مخدر خود را از داروخانه یا دفتر پرستاری تهیه می کنند:
تاریخ و شیفت، نام بیمار، تشخیص، نام پزشک، شماره پرونده، نوع ماده مخدر، دوز مصرفی آن، باقیمانده ماده مخدر، نام و امضاء پرستار تحويل دهنده و تحويل گیرنده.

در صورتیکه بخش دارای مواد مخدر می باشد، علاوه بر مشخصاتی که در قسمت بالا ذکر شد در طرف دیگر دفتر موارد زیر بایستی ثبت گردد: تاریخ و شیفت، نام و دوز ماده مخدر، تعداد و تاریخ انقضاء، تعداد پوکه خالی، نام و امضاء پرستار تحويل دهنده و تحويل گیرنده.

دفتر گزارش پرستاری:

این دفتر در پایان هر شیفت توسط مسوول شیفت تکمیل و نکات مهم و قابل پیگیری در آن ثبت می شود:
در ابتدای دفتر تاریخ و شیفت، آمار تعداد کل بیماران بستری، تعداد پذیرش و ترخیص، تعداد انتقال و اعزام، تعداد عملها و تعداد فوتی ها و موارد قابل پیگیری و رویدادها ثبت می شود.

معرفی اوراق پرونده های بیمارستانی

پرونده ها یی که برای بیماران بستری در بیمارستان در نظر گرفته شده است، شامل تعدادی اوراق است که جهت آشنایی با آنها و نحوه تکمیل نمودن آن مختصرا توضیحاتی داده می شود.

لازم به ذکر است که مشخصات بیمار در بالای این اوراق بایستی در تمام صفحات با خودکار آبی توسط منشی بخش تکمیل گردد، در صورت نداشتن منشی وظیفه پر کردن آن بر عهده پرستار بخش است.

برگ نمودار علائم حیاتی : COMPOSITE GERAPHIC CHART



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



قسمت تاریخ: روز بستری بیمار و روزهای بعد از آن نوشته می شود.



روزهای بستری: از روزی که بیمار بستری می شود تا روز ترخیص به ترتیب شماره ۱ الی ... را می گیرد.



روزهای پس از عمل: روزی که بیمار به اتاق عمل اعزام میشود، با خودکار قرمز OR نوشته می شود و روزهای بعد



شماره ۱ الی ... را می گیرد.

نمودار علائم حیاتی: درجه حرارت بیمار با خودکار قرمز چارت می شود، خط قرمز وسط صفحه نشان دهنده T:



۳۷°C می باشد. نبض بیمار با خودکار آبی چارت می شود.

جذب و دفع مایعات: حجم مایعات خوراکی، وریدی و خون در قسمت جذب و میزان ادرار و ترشحات دیگر در



قسمت دفع تکمیل شده و در صورت دفع مدفوع نیز آن قسمت علامت زده می شود. جمع ۲۴ ساعته I&O نیز ثبت می

گردد. فشار خون و وزن بیمار هم در صورت لزوم روزانه ثبت می شود.

برگ شرح حال : MEDICAL HISTORY SHEET



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



این برگه برای بیماران اورژانس در بخش اورژانس و برای بیماران الکتیو در بخش پس از بستری شدن توسط پزشک تکمیل می گردد. در این برگه شکایت اصلی بیمار، تاریخچه بیماری قبلی و فعلی، داروهای مصرفی، اعتیادات، حساسیتها، سوابق فامیلی ذکر شده و کلیه اندامهای بیمار معاینه و در نهایت تشخیص اولیه بیمار ثبت می شود و دارای نام و امضاء و مهر پزشک معاینه کننده است.

برگ سیر بیماری : PROGRESS NOTES



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



در این برگه سیر بیماری از روز بستری تا روز ترخیص توسط پزشک معالج نوشته می شود و مهر و امضاء پزشک معالج نیز زده می شود

برگ دستورات پزشک : PHYSICAL ORDERS SHEET



تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه



این برگه توسط پزشک معالج پس از ویزیت و معاینه بیمار تکمیل می شود و باید دارای تاریخ و ساعت ویزیت و نام و امضاء و مهر پزشک باشد.

پرستار پس از کنترل مشخصات بیمار با مشخصات ثبت شده بالای صفحه بایستی این دستورات را وارد کاردکس و کارت دارویی نماید به این صورت که با خودکار قرمز در کنار شماره دستورات علامت (√) زده و به صورت بالعکس از انتها به سمت بالا و در قسمت مقابل شماره می زند.

در قسمت انتهای دستورات ، تاریخ و ساعت و تعداد موارد چک شده را ثبت و نام و امضاء و مهر پرستار کنترل کننده زده می شود و سپس با کشیدن یک خط انتهای دستورات بسته می شود .

برگ گزارش پرستار : NURSES NOTES

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

این صفحه توسط پرستار مسوول بیمار در حین شیفت کاری و به طور کامل برای بیمار نوشته می شود و در پایان شیفت بسته میشود. کلیه اقدامات دارویی انجام شده نیز بایستی با ذکر نام دارو ، دوز ، طریقه مصرف و ساعت آن نوشته شده و همچنین واکنش بیمار نیز پس از هر اقدام دارویی در قسمت مشاهده ثبت می شود . بایستی تاریخ و ساعت نوشتن گزارش و نام و سمت و امضاء و مهر پرستار نویسنده گزارش در پایان آن زده شده و گزارش با کشیدن یک خط در انتهای آن بسته شود .

برگ مراقبت قبل از عمل جراحی : PRE- OPERATION CARE SHEET

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

پرستار بخش پس از کنترل نام و مشخصات درج شده در بالای صفحه اقدام به تکمیل این برگ می نماید. پس از اعزام بیمار به اتاق عمل ، پرستار اتاق عمل پس از بررسی و اطمینان از صحت اقدامات انجام شده آن را تأیید می نماید . داشتن نام و امضاء و مهر پرستار بخش و پرستار اتاق عمل در پایان این برگ الزامیست .

برگ بیهوشی: ANESTHESIA RECORD

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

این برگ توسط متخصص بیهوشی پس از پایان عمل تکمیل می گردد . مشخص نمودن کلاس بیمار الکتیو یا اورژانس مطابق با دستور العمل شماره ۱ الزامیست .

برگ گزارش عمل جراحی : OPERATION REPORT SHEET

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

این برگ در اتاق عمل توسط جراح و در پایان عمل تکمیل می گردد.

برگ خلاصه پرونده : UNIT SUMMARY SHEET

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

پس از دستور ترخیص بیمار ، این برگ توسط پزشک معالج تکمیل شده و خلاصه ای از اقدامات درمانی انجام شده ذکر می شود . نسخه اصلی این برگ در پرونده باقی مانده و یک کپی از آن به بیمار جهت مراجعات بعدی داده میشود.

برگ گزارش آزمایشگاه : LABORATORY REPORT SHEET

تکمیل مشخصات بیمار در بالای صفحه

کلیه اوراق آزمایشگاهی توسط منشی بخش و در صورت نبودن منشی توسط پرستار بخش در این برگه چسبانده می شود ، به طوریکه اوراق به ترتیب تاریخ از قدیم به جدید چسبانده شده و برگه های جدیدتر ، رو قرار گیرند.

مرکز فوق تخصصی جراحی پلاستیک / خرداد