



PROSTATE CANCER

سرپرست گروه:

خانم مائده غلامی

گروه پرستاری:

مرضیه رئیسی
شقایق فرهنگیان
سهیل معصومی
علیرضا کریمی

گروه فوریتهای پزشکی:

محسن محمدی
احسان کریمی
اشکان شرافتی

شرح حال اولیه بیمار

بیمار آقای ۷۷ ساله در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۵ با شکایت اصلی تورم شکم، احتباس ادراری، عدم دفع مدفوع در ۲ روز گذشته و ضعف و بی حالی ناشی از کنسر پروستات توسط همکاران فوریت به اورژانس تحویل داده شد و ۶ ساعت در اورژانس تحت بستری بوده و با برانکارد به آی سی یو تحویل داده شد و تا ۱۴۰۲/۱۱/۲۹ در آن بخش بستری بوده و سپس به بخش داخلی منتقل شده و در تاریخ ۱۴۰۳/۰۱/۰۴ در این بخش فوت شده.

تشخیص اولیه : هنگام ورود به اورژانس ضعف و بی حالی بر اثر کنسر پروستات بوده است.

تشخیص نهایی: سپسیس و کنسر پروستات

سابقه پزشکی : سرطان پروستات

بیمار ادیکت به تریاک و سیگار بوده (ریسک فاکتور های سرطان

پروستات)

تحت سرویس دکتر قادری نجاتی بستری شد.

TABLE OF CONTENTS

01

Pathology

02

Risks factors

03

Prevention

04

Diagnosis

05

Treatment

06

Stages

01

Pathology

سرطان پروستات شایع ترین سرطان ها بین مردان می باشد .

ناباروری

رشد به آهستگی ← گسترش ← متاستاز

کند. در حالی که برخی از سرطان پروستات خوش خیم هستند و با حداقل درمان بهبود می یابند، برخی دیگر بدخیم بوده و می توانند به سرعت گسترش یابند.

سرطان پروستات ممکن است در مراحل اولیه هیچ علامت یا علائمی نداشته باشد.

01

Pathology

انواع سرطان پروستات

۱. آدنوکارسینوم پروستات (شایع ترین)
۲. تومورهای نورواندوکراین پروستات
۳. کارسینوم سلول انتقالی یا سرطان ادراری
۴. کارسینوم سلول کوچک پروستات
۵. کارسینوم سلول سنگفرشی پروستات
۶. سارکوم پروستات (سرطان بافت نرم پروستات)

02

Risks Factors



02

Risks Factors

+

علل ابتلا به سرطان پروستات

علت سرطان پروستات در مردان امروزه کاملاً شناخته شده و از قرار زیر است:

• **کهنولت سن**

• ژنتیک

• **بی حرکتی و ورزش نکردن**

• مصرف بیش از حد مواد پروتئینی

• هورمون های درونزا مثل آندروژن و استروژن

• سابقه فامیلی سرطان

+

03

Prevention



03

Prevention

رژیم غذایی حاوی مواد زیر در پیشگیری و کاهش خطر ابتلا به سرطان پروستات مؤثر است:

- سبزیجات
- ورزش کردن
- شیر و محصولات لبنی
- چربی‌های اشباع محصولات حیوانی
- گوشت قرمز



+

04

Diagnosis



+

04

Diagnosis

- علائم سرطان غده پروستات با توجه به درگیر کردن مجاری ادراری بیشتر در قالب اختلال در دفع ادرار نمایان می‌شود. علائم شایع سرطان غده پروستات عبارت‌اند از:
 - تکرر ادرار: (شایع‌ترین)
 - هماچوری
 - ضعف و بی‌حالی
 - درد
 - مشکل در شروع به ادرار
 - کاهش حجم و فشار و جریان ادرار

04

Diagnosis

غربالگری DRE: معاینه مقعدی پروستات (شایع‌ترین معاینه بالینی)

آزمایش پروستات (PSA)

سونوگرافی پروستات

05

Treatment



05

Treatment

- پروستاگتومی << خط اول درمان
- پرتو درمانی << تله تراپی و براکی تراپی
- هورمون درمانی
- شیمی درمانی

+

.



+

.



+

.



06

Stages

+



.



06

Stages

متأسفانه سرطان غده پروستات کشنده است و احتمال مرگ در سرطان پروستات کاملاً وجود دارد. سرطان پروستات در مردان به‌طور کلی در ۴ گرید، به مراحل زیر تقسیم می‌شود:

گرید یک

گرید دو

گرید سه

گرید چهار

در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۵ طی برقراری تماس با اورژانس اسدآباد ماموریتی با عنوان درد شکمی اعلام گردید. پس از تریاژ تلفنی توسط کارشناس دیسیپلین و تشخیص ایشان نزدیک ترین کد (۶۰۳۳) به محل اعزام گردید. پس از رسیدن کد اعزامی به محل و ارزیابی صحنه و اولیهی بیمار محرز گردید که علائم همراه بیمار ورم و درد شکمی بوده. بیمار سابقه‌ی کنسر مثانه و پروستات را داشته. علائم اولیه حیاتی:

RR:15 BP:100/80 PR:122 BS:164 SPO2:75 GCS:15

تاریخچه پزشکی بیمار سومصرف موادمخدر بوده و دارای سابقه بدخیمی بوده. معاینات بدنی صورت گرفته که در آن اندازه مردمک‌ها میوتیک

- سمع ریه‌ها نرمال
- ریتم قلبی نرمال
- سمع صدای قلبی نرمال.

پس از ارزیابی اولیهی بیمار و معاینات بدنی ، مددجو کاملاً آگاه به مکان زمان و شخص میباشد و ارتباط چشمی و کلامی برقرار میکند. چست پین و دیس پنه و حالت تهوع ندارد. به گفته‌ی خود بیمار و همراهان وی به مدت ۲ روز مصرف غذا نداشته و از همان روز دفع ادرار و مدفوع نداشته. برای بیمار با آنژیکوت صورتی رگ گیری انجام شد و ۵۰۰ سی سی نرمال سالین برای او تعبیه گردید. پایین بودن سطح SPO2 ← اکسیژن درمانی با ماسک ساده قرار گرفت.

مشکلات آسایار

تاریخچه دارویی ثبت نشده و صرفاً به اشاره به نوع کنسر شده.

تاریخچه پزشکی بیمار		تاریخچه دارویی مصرفی	
<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> سابقه جراحی	<input type="checkbox"/> آسم	<input type="checkbox"/> بیماریهای قلبی
<input checked="" type="checkbox"/> سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/> مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/> سکه مزمن	<input type="checkbox"/> تغییرات فشار خون
<input type="checkbox"/> بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/> مشکلات کلیوی	<input checked="" type="checkbox"/> روانی	<input type="checkbox"/> سرد، مصرف مواد
<input type="checkbox"/> ریه	<input type="checkbox"/> صرع	<input type="checkbox"/> سابقه تروما	<input type="checkbox"/> معطلت
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی	حساسیت دارویی با ذکر نام: کنسر پروستات و مثانه	

علائم حیاتی

زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
۱۷:۴۰:۰۰	۱۵	۱۰۰/۸۰	۱۲۲	۱۶۴	۷۵	۲	۵	۶	۱۵
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

بررسی مردمکها

بررسی ریه	بررسی قلب و عروق
<input type="checkbox"/> انزازه	<input type="checkbox"/> لرز
<input checked="" type="checkbox"/> نرمال	<input type="checkbox"/> نرمال
<input type="checkbox"/> سیخ	<input type="checkbox"/> صدای صاف
<input type="checkbox"/> دیلانه	<input type="checkbox"/> سنج
<input checked="" type="checkbox"/> موربک	<input checked="" type="checkbox"/> منظم
<input type="checkbox"/> بدون پاسخ	<input type="checkbox"/> نامنظم

تروما

علائم رطابتهای بر روی صورت: تاول یا زخم ملت آسیب تاول یا زخم ملت آسیب

قلب از ریه منقبض در حضور تکلیس بلات یا زخم ملت آسیب

انواع ضایعه

چپ	راست
<input type="checkbox"/> پاره شدگی	<input type="checkbox"/> پاره شدگی
<input type="checkbox"/> بریدگی	<input type="checkbox"/> بریدگی
<input type="checkbox"/> لگجگی	<input type="checkbox"/> لگجگی
<input type="checkbox"/> باز	<input type="checkbox"/> باز
<input type="checkbox"/> بسته	<input type="checkbox"/> بسته
<input type="checkbox"/> پاره شدن	<input type="checkbox"/> پاره شدن
<input type="checkbox"/> پاره شدن	<input type="checkbox"/> پاره شدن
<input type="checkbox"/> درجه سوختگی -	<input type="checkbox"/> درجه سوختگی -
<input type="checkbox"/> درجه سوختگی -	<input type="checkbox"/> درجه سوختگی -
<input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> خونریزی
<input type="checkbox"/> سوراخ شدگی	<input type="checkbox"/> سوراخ شدگی
<input type="checkbox"/> جراحت	<input type="checkbox"/> جراحت
<input type="checkbox"/> ضایعه حساس	<input type="checkbox"/> ضایعه حساس
<input type="checkbox"/> ضایعه حرکتی	<input type="checkbox"/> ضایعه حرکتی

علائم حیاتی (VS) ثانویه ثبت نشده.

بررسی قلب و صداهای قلب ثبت نشده.

در قسمت تاریخچه پزشکی با وجود داشتن کنسر گزینه بیماری های خاص زده نشده.

نوع پوزیشن به داخل آمبولانس و آنژیوکت گرفته شده از دست بیمار هم ثبت نشده.

میزان O2 داده شده برحسب lit/min نوشته نشده

مشکلات آسایار

تاریخچه دارویی مثبت نشده و صرفاً به اشاره به نوع کنسر شده.

علائم حیاتی (VS) ثانویه ثبت نشده.

بررسی قلب و صداهای قلب ثبت نشده.

در قسمت تاریخچه پزشکی با وجود داشتن کنسر گزینه بیماری های خاص زده نشده.

نوع پوزیشن به داخل آمبولانس و آنژیوکت گرفته شده از دست بیمار هم ثبت نشده.

میزان O₂ داده شده برحسب lit/min نوشته نشده

تاریخچه پزشکی بیمار		تاریخچه دارویی مصرفی									
<input type="checkbox"/>	دابت	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی								
<input type="checkbox"/>	سابقه جراحی	<input type="checkbox"/>	آسم								
<input checked="" type="checkbox"/>	سابقه بدخیمی	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی								
<input type="checkbox"/>	بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی								
<input type="checkbox"/>	رومی	<input checked="" type="checkbox"/>	روانی								
<input type="checkbox"/>	سرطان	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما								
<input type="checkbox"/>	بیماریهای عفونی	<input type="checkbox"/>	سابقه								
سابقه دارویی: تا آخر تاریخ کنسر، پروستات و عفونت											
علائم حیاتی											
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15		
۱۷:۴۰:۰۰	۱۵	۱۰۰/۸۰	۱۲۲	۱۶۴	۷۵	۴	۵	۶	۱۵		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
بررسی مردمکها											
بررسی قلب و عروق <td colspan="2">بررسی ریه <td colspan="2">بررسی مری <td colspan="2">بررسی شکم <td colspan="2">بررسی اندامها <td colspan="1">R</td> </td></td></td></td>		بررسی ریه <td colspan="2">بررسی مری <td colspan="2">بررسی شکم <td colspan="2">بررسی اندامها <td colspan="1">R</td> </td></td></td>		بررسی مری <td colspan="2">بررسی شکم <td colspan="2">بررسی اندامها <td colspan="1">R</td> </td></td>		بررسی شکم <td colspan="2">بررسی اندامها <td colspan="1">R</td> </td>		بررسی اندامها <td colspan="1">R</td>		R	
<input type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>	سج	<input checked="" type="checkbox"/>	نرمال	<input checked="" type="checkbox"/>	سج	<input type="checkbox"/>	نرمال	<input type="checkbox"/>	R
<input type="checkbox"/>	صدای صاف	<input type="checkbox"/>	سج	<input type="checkbox"/>	رال	<input type="checkbox"/>	سج	<input type="checkbox"/>	دولانه	<input type="checkbox"/>	R
<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	<input checked="" type="checkbox"/>	ریتم	<input checked="" type="checkbox"/>	بازدم طولانی / ویز	<input checked="" type="checkbox"/>	منظم	<input checked="" type="checkbox"/>	سورتنک	<input checked="" type="checkbox"/>	R
<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	نا منظم	<input type="checkbox"/>	ریتم	<input type="checkbox"/>	بدون پاسخ	<input type="checkbox"/>	R
تروما											
علائم رمپسازی بر روی مضمون: <input type="checkbox"/> تاول یا زخم ملت آسیب <input type="checkbox"/> تاول یا زخم ملت آسیب											
<input type="checkbox"/> قبل از رسیدن تکنیسین <input type="checkbox"/> در حضور تکنیسین <input type="checkbox"/> بلاست یا زخم ملت آسیب											
انواع ضایعه											
بستر شکل		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
فرانسه گی		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
سندرس		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
به شدگی		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
تورم		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
پروترشن		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
پارگی		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
سختی		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
سختی		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب
سختی		<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	چلر	<input type="checkbox"/>	قلب

مشکلات آسایار

تاریخچه دارویی مثبت نشده و صرفاً به اشاره به نوع کنسر شده.

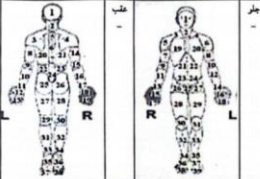
علائم حیاتی (VS) ثانویه مثبت نشده.

بررسی قلب و صداهای قلب ثبت نشده.

در قسمت تاریخچه پزشکی با وجود داشتن کنسر گزینه بیماری های خاص زده نشده.

نوع پوزیشن به داخل آمبولانس و آنژیوکت گرفته شده از دست بیمار هم ثبت نشده.

میزان O2 داده شده برحسب lit/min نوشته نشده

تاریخچه دارویی مصرفی		تاریخچه پزشکی بیمار							
<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی	<input type="checkbox"/>	آسم						
<input type="checkbox"/>	تغییرات فشار خون	<input type="checkbox"/>	مشکلات گوارشی						
<input type="checkbox"/>	سرد، معرف مواد	<input checked="" type="checkbox"/>	روانی						
<input type="checkbox"/>	مشکلات	<input type="checkbox"/>	سابقه تروما						
<input type="checkbox"/>	حساسیت دارویی یا واکنش نامطلوب / کنسر پروستات و مثانه	<input type="checkbox"/>	سابقه عفونی						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	سایر						
علائم حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
17:30-100	15	100/80	122	164	95	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بررسی مردمکها		بررسی ریه				بررسی قلب و عروق			
R	R	L	R	L	R	L	R	L	R
شمال	شمال	سویچ	شمال	سویچ	سویچ	شمال	سویچ	سویچ	شمال
دولانه	دولانه	سویچ	رالی	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ
سورئیک	سورئیک	سویچ	بازدم طولانی / ویز	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ
بدون پاسخ	بدون پاسخ	سویچ	منظم	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ
		سویچ	نا منظم	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ	سویچ
تروما									
مشقات رطوبتازی بر روی معدوم:					تاریخچه تروما:				
<input type="checkbox"/> لیبلی از رسیدن تکستین					<input type="checkbox"/> تانقد یا ذکر علت آسیب				
<input type="checkbox"/> در حضور تکستین					<input type="checkbox"/> بلائت یا ذکر علت آسیب				
انواع ضایعه									
کسر شکل	<input type="checkbox"/>	کسبک	<input type="checkbox"/>	باز	<input type="checkbox"/>	بسته	<input type="checkbox"/>	پاره شدگی	<input type="checkbox"/>
فرانسیسگی	<input type="checkbox"/>	پارگی	<input type="checkbox"/>	بسیار	<input type="checkbox"/>	معمول	<input type="checkbox"/>	سطح عمیق	<input type="checkbox"/>
سندرس	<input type="checkbox"/>	بسیار	<input type="checkbox"/>	مستقل دارد	<input type="checkbox"/>	ندارد	<input type="checkbox"/>	درجه سوختگی	<input type="checkbox"/>
به شدگی	<input type="checkbox"/>	اولدگی	<input type="checkbox"/>	درجه سوختگی	<input type="checkbox"/>				
آورد	<input type="checkbox"/>	موازی شدگی	<input type="checkbox"/>	موازی شدگی	<input type="checkbox"/>				
موردکس	<input type="checkbox"/>	موردکس	<input type="checkbox"/>	سایه حس	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	سایه حرکتی	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
									

مشکلات آسایار

تاریخچه پزشکی بیمار		تاریخچه داروی مصرفی							
<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> سابقه جراحی	<input type="checkbox"/> آسم							
<input checked="" type="checkbox"/> سابقه پیچش	<input type="checkbox"/> مشکلات گوارشی	<input type="checkbox"/> مشکلات قلبی							
<input checked="" type="checkbox"/> بیماریهای خاص	<input type="checkbox"/> مشکلات کلیوی	<input checked="" type="checkbox"/> روانی							
<input type="checkbox"/> زخمی	<input type="checkbox"/> صرع	<input type="checkbox"/> سابقه تروما							
<input type="checkbox"/> سایر	<input type="checkbox"/> بیماریهای عفونی	<input type="checkbox"/> حساسیت دارویی یا واکنش نامناسب							
علامت حیاتی									
زمان	RR	BP	PR	BS	SPO2	E4	V5	M6	T15
17:30-10	15	100/80	122	164	95	4	5	6	15
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بررسی قلوب و عروق		بررسی ریه		بررسی مژدهنگها					
<input type="checkbox"/> نرمال	<input type="checkbox"/> سنج	<input checked="" type="checkbox"/> نرمال	<input type="checkbox"/> رال	<input checked="" type="checkbox"/> سنج	<input type="checkbox"/> نرمال	<input type="checkbox"/> دیلاته	<input checked="" type="checkbox"/> مونتیک	<input type="checkbox"/> بدون پاسخ	
<input type="checkbox"/> صدای صافی		<input type="checkbox"/> بازدم طولانی / ویز	<input type="checkbox"/> منظم	<input checked="" type="checkbox"/> منظم	<input type="checkbox"/> منظم	<input type="checkbox"/> منظم			
<input checked="" type="checkbox"/> منظم	<input type="checkbox"/> نامنظم	<input type="checkbox"/> نامنظم							
تروما									
علائم رضاسازی بر روی مضموم:					علائم از رسیدن تکلیف:				
<input type="checkbox"/> تاول یا زخم ملت آسیب					<input type="checkbox"/> در حضور تکلیف				
<input type="checkbox"/> تاول یا زخم ملت آسیب					<input type="checkbox"/> تاول یا زخم ملت آسیب				
انواع ضایعه									
بستر شکل		باز		باز		باز		باز	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
فرانسهنگی		باز		باز		باز		باز	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
بندونیس		باز		باز		باز		باز	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
که شدگی		باز		باز		باز		باز	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
نورم		باز		باز		باز		باز	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
موردهنگی		باز		باز		باز		باز	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

تاریخچه دارویی ثبت نشده و صرفاً به اشاره به نوع کنسر شده.

علائم حیاتی (VS) ثانویه ثبت نشده.

بررسی قلب و صداهای قلب ثبت نشده.

در قسمت تاریخچه پزشکی با وجود داشتن کنسر گزینه بیماری های خاص زده نشده.

نوع پوزیشن به داخل آمبولانس و آنژیوکت گرفته شده از دست بیمار هم ثبت نشده.

میان O2 داده شده برحسب lit/min نوشته نشده

مشکلات آسایار

تاریخچه دارویی ثبت نشده و صرفاً به اشاره به نوع کنسر شده.

علائم حیاتی (VS) ثانویه ثبت نشده.

بررسی قلب و صداهای قلب ثبت نشده.

در قسمت تاریخچه پزشکی با وجود داشتن کنسر گزینه بیماری های خاص زده نشده.

نوع پوزیشن به داخل آمبولانس و آنژیوکت گرفته شده از دست بیمار هم ثبت نشده.

میزان O₂ داده شده برحسب lit/min نوشته نشده

مشاوره پزشکی		دارو و سرم مصرفی		اقدامات درمانی	
توجه مأموریت	کد پزشک	نوع تجویز	نام دارو	دوز	زمان
<input checked="" type="checkbox"/> انتقال با آمبولانس به مرکز درمانی	=	بشورای	=	=	=
<input type="checkbox"/> اقدامات اولیه و ترخیص مراجعه به مرکز درمانی					
<input type="checkbox"/> مأموریت کلاب / مأموریت اشتباه					
<input type="checkbox"/> عدم حضور بیمار					
<input type="checkbox"/> عدم همکاری و اطاعت					
<input type="checkbox"/> طول از طرف مرکز هدایت و کنترل					
<input type="checkbox"/> جبری به آمبولانس دیگر					
<input type="checkbox"/> فوت قبل از رسیدن تکلیفین					
<input type="checkbox"/> انتقال در حین آمبولانس					
<input type="checkbox"/> انتقال با خودروی شخصی					
برگشت نامه					
انجمنب خانم / آقای					
شماره برگشت نامه					
نام و نام خانوادگی شاهد		نام و نام خانوادگی تکلیفین ارشد		محل امضا و اثر انگشت	
محل امضا و اثر انگشت شاهد		محل امضا و اثر انگشت ارشد		محل امضا و اثر انگشت	
مرکز درمانی		توضیحات و ملاحظات مأموریت			
نام مرکز درمانی (مبع)		<p>مدهور آفتاب ۱۳۵۰۰۰ که به دلیل درد شکم با اورژانس تماس گرفته اند پس از حضور بر پاتن بیمار ارزیابی اولیه به عمل آمد مدهور کلابا همراه با آنگه به مکان و زمان و مشخص می باشد و ارتباط چشمی و تکلیفین برابر می باشد جهت و پس به تعداد حالت خود بخوابد. درود تکلیفین مشاهده مشغول به آنگه غرضی از همراهان کنسرت می باشد و بهانه فرود وجود دوروز است که مصرف غذا نداشته است و از میزان دوروز ابرار و مدفوع نداشته است. اقدامات حیاتی یک شد رنگ گری انجام شد. مدهور هر با بازگردد به داخل آمبولانس منتقل شد. اکسیژن کلابی و سرم برای انجام شد و کلابا همراه تحویل اورژانس بیمارستان نام داده شد.</p>			
تجویز بدین رعایت					

مشکلات آسایار

تاریخچه دارویی ثبت نشده و صرفاً به اشاره به نوع کنسر شده.

علائم حیاتی (VS) ثانویه ثبت نشده.

بررسی قلب و صداهای قلب ثبت نشده.

در قسمت تاریخچه پزشکی با وجود داشتن کنسر گزینه بیماری های خاص زده نشده.

نوع پوزیشن به داخل آمبولانس و آنژیوکت گرفته شده از دست بیمار هم ثبت نشده.

میزان O2 داده شده برحسب lit/min نوشته نشده

اقدامات درمانی		دارو و سرم مصرفی		شاووره پزشکی	نتیجه مأموریت
قبل	بعد	نام دارو	دوز	نوع و نحوه تجویز	کد پزشکی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماینورینگ	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ساکسن	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CPR	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسپان و کنترل خونریزی	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لوله گذاری	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ماساژ قلبه سینه	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حمایت تنفسی	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VS	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مشاوره لازم	-	-	-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کس سون نظارت	-	-	-

انجذاب خانم آقای		
عقد عدم پذیرش	نام و نام خانوادگی تکمیلین ارشد	نام و نام خانوادگی شاهد
محل امضا و اثر انگشت	محل امضا و اثر انگشت ارشد	محل امضا و اثر انگشت شاهد
مرکز درمانی	توضیحات و ملاحظات مأموریت	انلام مصرفی
نام مرکز درمانی تاریخ و ساعت تحویل به مرکز درمانی	مدهور آقای ۷۷ ساله که به دلیل درد شکم با اورژانس تماس گرفته اند پس از حضور بر بالین بیمار ارزیابی اولیه به عمل آمد و مدهور کاملاً هوشیار و آگاه به مکان و زمان و شخص میانه و ارتباط چشمی و تکلمی برقرار میگردند. پس از بررسی پند تعداد اشکات غشوی اندازه: درود تکلم مشاهده میشود و به گفته غشوی و همراهان کسب پرونده است و معاینه و اوله و حدود دود روز است که مصرف غذا نداشته است و از معاینه روده ابرو و مدفوع نداشته است. انلام حیاتی یک شد رنگ گری انجام شد. مدهور چو با رانکاره به داخل آمبولانس منتقل شد. اکسیژن کرایه و سرم برای انجام شد و کاملاً هوشیار تحویل اورژانس بیمارستان قائم شده شد.	آنژیوکت صورتی، دستکش لاتکس، دستکش - لاتکس، دستکش لاتکس، دستکش نایلون، ست سرپرس سوزن، جامک اکسیژن سادوماک، سادونوار چسب آنژیوکت، cbr، گلو کو، متر، چسب
تحویل بدون رضایت		

سیر بیماری



ورود

اورژانس

بخش ICU

بخش داخلی

بیمار فوت کرده ☹️



اورژانس

فرم تریاژ

تاریخ مراجعه: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵
 نحوه مراجعه: آمبولانس ۱۱۵ EMS
 ساعت مراجعه: ۱۸:۴۱
 شکایت اصلی: احتباس ادراری
 سابقه حساسیت دارویی و غذایی: ذکر نمی‌کند
 سابقه پزشکی: سرطان پروستات
 سابقه دارویی: داروهای شیمی درمانی
 سطح تریاژ بیمار: سطح ۲
 ارجاع به اورژانس بستری

مشکلات برگه ✓

قسمت تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس تیک نخورده
 در قسمت توضیحات ذکر نشده که بیمار به کدام پرستار تحویل داده شده

University Of Medical Science
 Medical Center
 دانشگاه علوم پزشکی آسما آباد
 بیمارستان قائم آسما آباد

فرم تریاژ بخش اورژانس بیمارستان
 HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT TRIAGE FORM

شماره ورود: [] Record NO: []

نام خانوادگی: [] نام بیمار: [] Family Name: []
 جنسیت: [] Sex: []
 تاریخ مراجعه: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵ Date Of Arrival: []
 ساعت مراجعه: ۱۸:۴۱:۴ Time Of Arrival: []
 بارداری: [] Pregnant: []
 تاریخ تولد: [] Date Of Birth: []
 کد ملی: [] National Code: []

نوع مراجعه: [] EMS [] آمبولانس ۱۱۵
 [] By Own (با پای خودبخشی) [] سایر [] Other
 [] Air Ambulance [] private Ambulance [] آمبولانس خصوصی

مرحله در ۲۴ ساعت گذشته به اورژانس: [] این بیمارستان [] بیمارستان دیگر [] خیر [] NO
 Patient Presence in ED in Past 24 Hours: []

شکایت اصلی بیمار: احتباس ادراری
 Chief Complaint: []
 سابقه حساسیت دارویی و غذایی: [] False
 History of Drug And Food Allergy: []

بیماران سطح (شرایط تهدید کننده حیات)
 Triage Level 1: (Life threatening situation)
 بدون پاسخ [] پاسخ به محرک دردناک [] پاسخ به محرک کلامی [] هوشیار []
 Alert A (Response to Verbal Stimulus V) [] Alert A (Response to Pain Stimulus P) []
 بی پاسخ [] پاسخ ضعیف [] پاسخ متوسط [] پاسخ قوی []
 Unresponsive U (Response to Pain Stimulus P) []
 معطره هوایی [] دیسترس شدید تنفسی [] سیانوز [] علامت شوک [] اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰ درصد []
 Airway Compromised [] Severe Respiratory Distress [] Cyanosis [] Signs Of Shock [] SpO2 < 90% []

بیماران سطح ۲
 Triage Level 2:
 شرایط پرخطر [] تازاری، خواب آلودگی، اختلال جهت یابی [] دیسترس شدید روان [] درد شدید []
 High Risk Conditions [] Lethargy, confusion, disorientation [] Severe psychiatric Distress [] Severe Pain []

سابقه پزشکی: [] سابقه دارویی: [] سابقه حساسیت دارویی و غذایی: []
 Drug History: []
 علائم حیاتی: [] BPMax [] BPMMax [] RR [] PR [] SpO2 []
 ۱۲۰ ۸۰ ۱۳۰ ۱۸ ۳۶/۳ ۷۷
 T درصده اشباع اکسیژن []
 SpO2 []

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: []
 Number Of Required Resources ED Two Or More []
 علائم حیاتی: []
 Vital Sign: []
 فشار خون: []
 SpO2 [] RR [] PR [] T درصده اشباع اکسیژن []

تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس: []
 Number Of Required Resources in ED None [] One Item []
 سطح تریاژ بیمار: []
 Triage Level: []

جداسازی بیمار و احتیاطات بیشتر کردن بهداشت
 Patient Isolation and More Infection Control Precautions
 [] تماسی [] قطره ای [] فکری [] نیار ندارد []
 Contact [] Droplet [] Airborne [] No Need To

ارجاع به: [] Fast Track []
 Refer To: [] Inpatient Area [] Other []
 نام نام خانوادگی و امضاء پرستار تریاژ []
 Triage Nurse Name/Signature/Stamp []
 ساعت و تاریخ ارجاع []
 Date and Time Of Referral []
 این صفحه فرم صرفاً توسط پرستار تریاژ تکمیل گردد
 توضیحات: []
 IR.MOHHIIR-EM-2.0-9910

پرونده اورژانس

اشکالات بر گه

مواردی که پر، یا مشخص نشده اند:

نوع ورود

نوع پذیرش

لیست اموال

تشخیص نهایی

کد فرم: AHIR 951-033		پرونده اورژانس			شماره پرونده: ۵۷۲۸ File Num: ۹۹۱۲۶۵۵	
Former Record: سابقه بستری شدن: Non <input type="checkbox"/> دارد Yes <input type="checkbox"/> No Of Admissions: دفعات بستری: .		EMERGENCY RECORD				
Marrried: وضعیت تاهل: Status متاهل		Sex: جنس: مرد	Father's Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:	
Place of Work: محل کار:		Occupation: شغل:	Religion: مذهب: شیعه	Place of Birth: محل تولد: ۱۳۴۵	Date of birth: تاریخ تولد: ۲۲/۰۲/۰۲ (۰۰۰۰-۰۰-۰۰)	
Address & Phone Number: آدرس و تلفن:						
Address & Phone Number: همراه یا معرف بیمار: Accompanied By or Birth: خدمت آه						
Date: تاریخ: Admission: پذیرش: ۰۲/۱۱/۲۵ (۱۸:۴۱:۱۲)		Admitting: پزشک بستری کننده: Physician		Type of Enternace: نوع ورود:		
Discharge Time: ساعت:		Police Person Ambulance: شماره وسیله نقلیه: مصدوم		Admission Time: ساعت:		
Cause of Injury: علت جراحی: Injured Vehicle Na: مجروح، مصدوم						
Kind of Adm: نوع پذیرش: Trauma: تصادفی Poisoning: مسمومیت Illness: بیماری						
Insurance: بیمه: ۲۲۲۶۷۳۳۳						
Police Center Was Informed: اطلاع داده شد: Accident: حادثه اورژانس						
Name of Person Giving: نام امضای تحویل گیرنده: Given By:						
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه: سبب درگیری						
Final Diagnosis: تشخیص نهایی: سبب درگیری						
Code: کد علت خارجی:						
Operation Code: کد جراحی:						
Oeration & Medical Procedures: اعمال جراحی و اقدامات پزشکی:						
Discharge Without Physician's Order: بدون دستور پزشک: Some Improvement: بهبود نسبی Recovered: بهبودی کامل Expired: فوت شده Condition on Discharge: وضعیت بیمار در پذیرش:						
Follow Up: پیگیری: Return to O.P.D./Physician: مراجعه به پزشک اورژانس: Week Times Recommendation On Discharge: هفته در یک						
Return to O.P.D./Physician: سایر موارد: Others:						
Cause of Death: علت فوت:		Yes <input type="checkbox"/> بله No <input type="checkbox"/> خیر		Date: تاریخ: To Hospital: به بیمارستان: To Wards: به بخش:		
Name of Person Giving: نام و امضای پزشک متشخص:		Name of Person Giving: نام و امضای پزشک اورژانس: Emergency Physician's Name: معسوم زکی زاده		Date: تاریخ: To Hospital: به بیمارستان: To Wards: به بخش:		
Signature: امضاء						

01

02

03

04

05

شرح حال : بیمار آقای ۷۸ ساله به علت ضعف و بی حالی و احتباس ادراری مراجعه کرده است و کونسر پروستات و مثانه دارد .

Spo2:77% بدون اکسیژن تراپی
Spo2: 92% با 02 تراپی با ماسک ساده

علائم حیاتی ساعت ۱۸:۴۵

T:36/8

P:130

R: 18

BP:120/80

گوبنده شرح حال :
تاریخ : ۱۳۹۵/۰۳/۱۵
مراجعه : (شکایت اصلی) :
شرح حال :
کونسر پروستات و مثانه
احتباس ادراری
ضعف و بی حالی
۷۸ ساله

Allergy To :
حساسیت به :
۲۰۲۰۳۱۱۰۵۰

Vital Signs Control
کنترل علائم حیاتی :

Out put		Intake		علائم عصبی	اشار خون	تشنج	نبض	برجه حرارت	ساعت	تاریخ	
مقدار	از طریق	مقدار	از طریق								
Amount	By	Amount	By	Neurologic signs	Pupil reflex	BP	Resp	Pulse	Temp	Time	Date
				۹۲٪	۲۲K	۱۲/	۱۸	۱۵	۳۶.۸	۱۸:۴۵	۱۳۹۵/۰۳/۱۵
				۹۲٪	۲۲K	۱۲/	۱۸	۱۵	۳۶.۸		

Nurses Observation :
مشاهدات پرستار :
نام و امضاء پرستار :
Nurses Name & Signature :
پرونده اورژانس

01

02

03

04

05

اوردرد دکترو قادری نجاتی

۱: AMP ketorolac

۲: چک مجدد CBC_Cr_Urea

۳: ser N.S

۴: CBC_ Urea_

Cr_Na_k_BS_Tropenin_PT_PTT_AST
_ALT_ALP_ABG

۵: ریپورت با CT شکم و لگن بدون تزریق ماده حاجب

۶: chest CT

۸: مشاوره اورولوژی

تاریخ Date	ساعت Time	دستورات پزشک Physician's Orders	امضاء Signature	کارتبندی پزشک Physician's Name
۱۱-۰۴-۱۳۸۵		۱) CBC - H - Hb - Hct - N - K BUN, AST, ALT, ALP PTT - PTT - MPV ۲) مشاوره اورولوژی ۳) ECG ۴) چک مجدد CBC - Cr - Urea ۵) مشاوره اورولوژی		
نتایج آزمایش و رادیولوژی:				
محل الصاق اوراق آزمایش و رادیولوژی:				
Laboratory & X-Ray Results				
Stick Laboratory & X-Ray Reports				
پرونده اورژانس				

01

02

03

04

05

اوردر دکتر قادری نجاتی

۱: AMP ketorolac

۲: چک مجدد CBC_Cr_Urea

۳: ser N.S

۴: CBC_Urea

۵: Cr_Na_k_BS_Tropenin_PT_PTT_AST
ALT_ALP_ABG

۵: ریپیورت با CT شکم و لگن بدون تزریق ماده حاجب

۶: chest CT

۸: مشاوره اورولوژی

اجازه می‌دهم پزشک یا پرستار بیمارستان هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برانث پزشک با پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد بیمار اینجانب انجام می‌دهند اعلام می‌دارم.	
امضاء شاهد (۱)	تاریخ شاهد (۲)
اجازه ترخیص یا میل شخصی اینجانب با میل شخصی خود برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان این مرکز را ترک می‌نمایم و اعلام می‌دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می‌شود نمی‌دانم.	
امضاء بیمار شاهد (۱)	تاریخ شاهد (۲)
در صورتیکه بیمار قادر به امضاء نباشد ()	
در خواست مشاوره CONSULTATION REQUEST	
مشاهدات و نظریات پزشک درخواست کننده مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها): physician's Observation & Notes	
chest CT / CBC, urea, cr, Na, k, BS, Troponin, PT, PTT, ALT, ALP, ABG ser N.S, chest CT, ketorolac	
نام و امضاء پزشک : Date: ۲۰۲۳/۰۵/۰۵ ۱- ap ketorolac	Physician's Name & signature Date: ۲۰۲۳/۰۵/۰۵
مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه‌ها): Consultant Physician's Observation & Notes	
مشاوره اورولوژی	
نام و امضاء پزشک مشاور : Date:	Consultant Physician's Name & signature تاریخ:
پرونده اورژانس	

01

02

03

04

05

در خواست مشاوره اورولوژی:
دکتر سید علی حجتی :

مشاهدات

بیمار آقای ۷۹ ساله که دارای کنسر پروستات و کنسر
مثانه high grade بوده است به دلیل احتباس
ادراری و Cr بالا مراجعه کرده است.

اقدامات : بیمار سونداژ شده و شست و شوی مثانه
انجام گردیده <<لخته ها از مثانه خارج گردیده

برگ درخواست مشاوره
CONSULTATION REQUEST SHEET
۹۳۱۴۹

تاریخ ثبت نام و موضوع مشاوره

Object of Consultation & Clinical Notes :

مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه ها)

۱۴۰۲/۱۱/۲۵
۲۱:۳۰

Consultation physician's Observation & Notes :

بیمار آقای ۷۹ ساله که دارای کنسر پروستات و کنسر مثانه high grade بوده است. به دلیل احتباس ادراری و Cr بالا مراجعه کرده است. بیمار سونداژ شده و شست و شوی مثانه انجام گردیده و لخته ها از مثانه خارج گردیده است.

Hb = ۱۰/۹ WBC = ۱۶ Cr = ۸

Date: Consultation physician Name & Sign :

برگ درخواست مشاوره

01

02

03

04

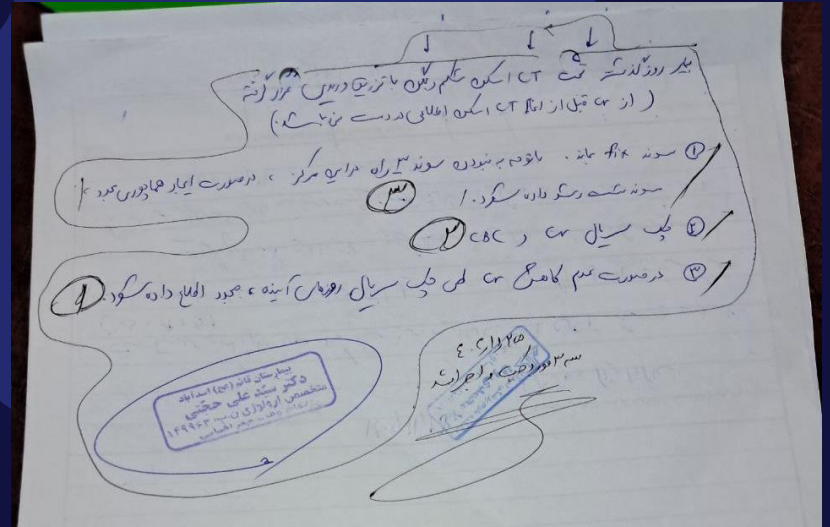
05

در خواست مشاوره اورولوژی:

مشاهدات

بیمار آقای ۷۹ ساله که دارای کنسر پروستات و کنسر
مثانه **high grade** بوده است به دلیل احتباس
ادراری و **Cr** بالا (۸) مراجعه کرده است.

اقدامات : بیمار سونداژ شده و شست و شوی مثانه
انجام گردیده <<لخته ها از مثانه خارج گردیده



01

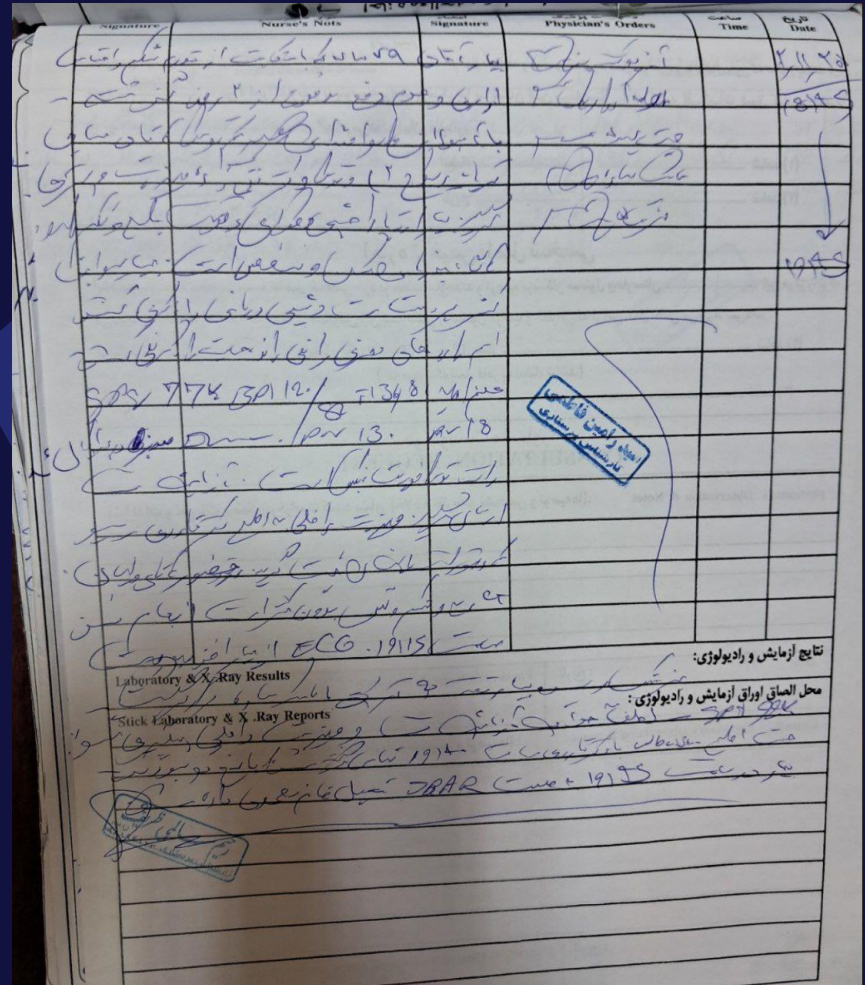
02

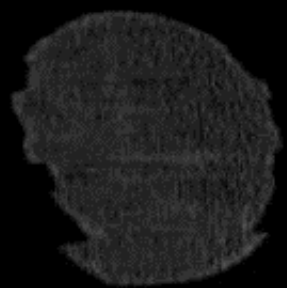
03

04

05

مانیتورینگ قلبی- ریوی
 O2 تراپی با ماسک ساده
 چک علائم حیاتی
 فیکس سوند فولی
 شستشوی مثانه بوسیله سرنگ تومی
 رپورت CT شکم





01

02

03

04

05

نمونه ای از تشخیصات و اقدامات پرستاری که میتوان در اورژانس بیان نمود:

• احتمال اضطراب و ترس در رابطه با علائم ظاهری بیماری

برقراری ارتباط به یه روش آرام و مطمئن و رعایت اصل رازداری

• احتمال اضطراب در رابطه با نا آشنا بودن با محیط و کمبود اطلاعات در مورد تشخیص

آشناسازی بیمار با محیط بیمارستان، ابزارها و روش های درمانی مراقبتی

توضیح در مورد هدف انجام کلیه روش های تشخیص و درمانی

• اختلال در تصویر ذهنی فرد از خود در رابطه با عملکرد عضو

ICU بخش



فرم ارزیابی اولیه

ساعت ورود به بخش ۰۰:۵۵

ساعت شروع ارزیابی ۰۰:۴۰ ???

علت بستری: sepsis, prostate cancer

هوشیار

IV خطی فیکس در بر اکیال راست

سوند فولی فیکس

غربالگری و بررسی درد:

مواردی که نوشته نشده اند

○ نمره درد بیمار

○ محل درد بیمار

✓ روش تسکین درد

BD Amp m.s 5mg

غیر دارویی پرت کردن حواس، موسیقی

قسمت ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی و ارزش های فرهنگی و مذهبی

← خالی XXXX

سطح مراقبتی در بر گه ارزیابی اولیه ← سطح ۴

خصوصیت ها: ۱- نشانه‌های خستگی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت پاسخ به ذکر نوع خصوصیت و گوش منبسط ۲- وسایل کمکی و پروتزها: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> خیر در صورت پاسخ به ذکر نوع نفس و اندام مربوطه (دام پروتز) ۳- توانایی استفاده از رنگ احضار پرستار: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ۴- انجام فعالیت روزانه زندگی: غذا خوردن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (بازمانده کمکی) لباس پوشیدن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (بازمانده کمکی) استحمام: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (بازمانده کمکی) دستشویی رفتن: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (بازمانده کمکی) تحرک و جابجایی: <input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> وابسته (بازمانده کمکی)	وزن: ۱۱۰ قد: ۱۹۰ نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI): ۳۵٫۳ زرد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال):
	(۱) آیا در بیمار بزرگسال BMI کمتر از ۲۰ است؟ <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شرفال ارزیابی در بیمار کمتر از ۱۹ سال، زرد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲- یا بیشتر از ۳۲ است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
(۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	
(۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	
(۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماری‌های ویژه (رجوع به راهنما) است؟ <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	
نتیجه ارزیابی: <input type="checkbox"/> ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> کمکی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است؟ <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خیر هر سوزنی که حتی یک هیله در جدول علامت خورده باشد از بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک اطلاع رسمی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. (بر ممان بازمانده علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، بزرگ‌الامپی و فشار خون بالا) مورد تأکید است	
ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input checked="" type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد	هدر صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود.
ارزیابی احتمال خطر سقوط: <input checked="" type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد	احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input type="checkbox"/> ندارد <input checked="" type="checkbox"/> دارد
در صورت وجود فرد از سفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات ۱۰ ۸ ۶ ۴ ۲ ۰	ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری: <input type="checkbox"/> ندارد <input checked="" type="checkbox"/> دارد
ارزیابی توانایی بیمار به شناخت مشکلات شناختی: <input type="checkbox"/> حضور حیرت‌ناگیز <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خیر مراجع ارزیابی‌های قبلی و حمایتی: <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خیر مایه‌های مشکل	در صورت وجود فرد از سفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات ۱۰ ۸ ۶ ۴ ۲ ۰
ارزش‌های مذهبی و فرهنگی بیمار خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تأثیر گذار باشد: <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شرفال ارزیابی در صورت جواب به توضیح دهید.	در صورت وجود فرد از سفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات ۱۰ ۸ ۶ ۴ ۲ ۰
نیازهای آموزشی و خود مراقبتی: <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر در صورت جواب غیر از بهترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش، موانع یادگیری: <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر موانع یادگیری: <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر در صورت جواب غیر از بهترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش، موانع یادگیری: <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	در صورت وجود فرد از سفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات ۱۰ ۸ ۶ ۴ ۲ ۰
بررسی بیشتر: <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر آیا بیمار نیاز به بررسی‌های جامع تر دلیل دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر (در صورت بله موارد مشخص شود) مداخله: <input type="checkbox"/> تغذیه ای <input checked="" type="checkbox"/> بازبینی <input type="checkbox"/> روانشناسی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>	در صورت وجود فرد از سفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات ۱۰ ۸ ۶ ۴ ۲ ۰
سطح مراقبتی: <input type="checkbox"/> سطح ۱ <input type="checkbox"/> سطح ۲ <input type="checkbox"/> سطح ۳ <input type="checkbox"/> سطح ۴ <input type="checkbox"/> سطح ۵	در صورت وجود فرد از سفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات ۱۰ ۸ ۶ ۴ ۲ ۰
تشخیص‌های پرستاری بنویسید یا توجه به ارزیابی اولیه: ۱- احتمال تغییر در وضعیت درازنمی، جگر ۲-	در صورت وجود فرد از سفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> ستون فقرات ۱۰ ۸ ۶ ۴ ۲ ۰

شیت ICU

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 Ministry of Health & Medical Education
 برگه پایش مراقبت های ویژه عمومی
 ICU Sheet

نام پزشک معالج: _____ نام بیمار: _____
 نام جراح: _____ تاریخ پذیرش در ICU: _____
 نام و نام خانوادگی: _____
 نام بستری: _____
 نام مرکز: _____
 نام مرکز تخصصی: _____
 نام مرکز فوق تخصصی: _____
 نام مرکز فوق فوق تخصصی: _____
 نام مرکز فوق فوق فوق تخصصی: _____

APACHE II
 SOFA SCORE

Time Consultation Condition

G.C.S
 Total GCS
 MR VR EO

Respiratory
 Type/Call
 Time
 R/L LT ER MR BR R

Four Score
 Total 4 Score

Vital Sign
 PR RR BP
 O₂ Sat
 SpO₂
 pH
 PCO₂
 BE
 HCO₃
 PO₂
 O₂ Sat

Blood Gas

Ventilation/O₂
 Mod/In
 noninvasive
 FID₂ TV RR PEEP
 PAVPP

Intake
 Infusion
 Infusion
 Infusion
 Nutrition
 Enteral/
 Parenteral/Cal
 (Oral)
 (NG)
 (Dialy)
 (Drain)
 Urine
 Stool

Output

Lab test
 B UN Cr Na k Mg Ca Hb Hct Eo PT PTT Other

Quality

Admng

Paraclinic

Other lab test

Headng Subj

Policy

Check Bunka E

Check Bunka S

Arterial

CP Line

Drains

Scale of Compliance

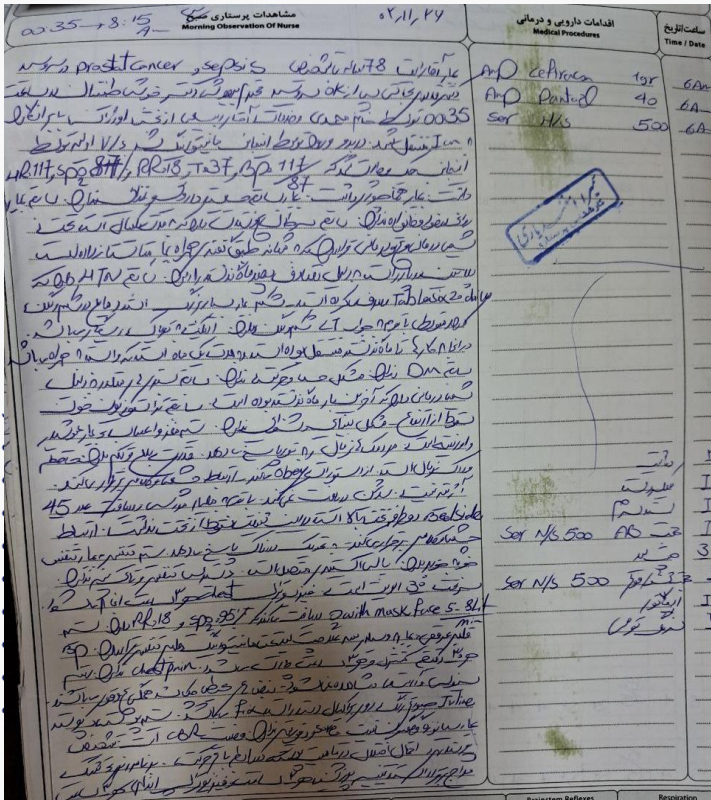
- 1 level of Compliance
- 2 level of Compliance
- 3 level of Compliance
- 4 level of Compliance
- 5 level of Compliance
- 6 level of Compliance
- 7 level of Compliance
- 8 level of Compliance
- 9 level of Compliance
- 10 level of Compliance

خلاصه گزارش پرستاری و شیت های ICU

اقدامات

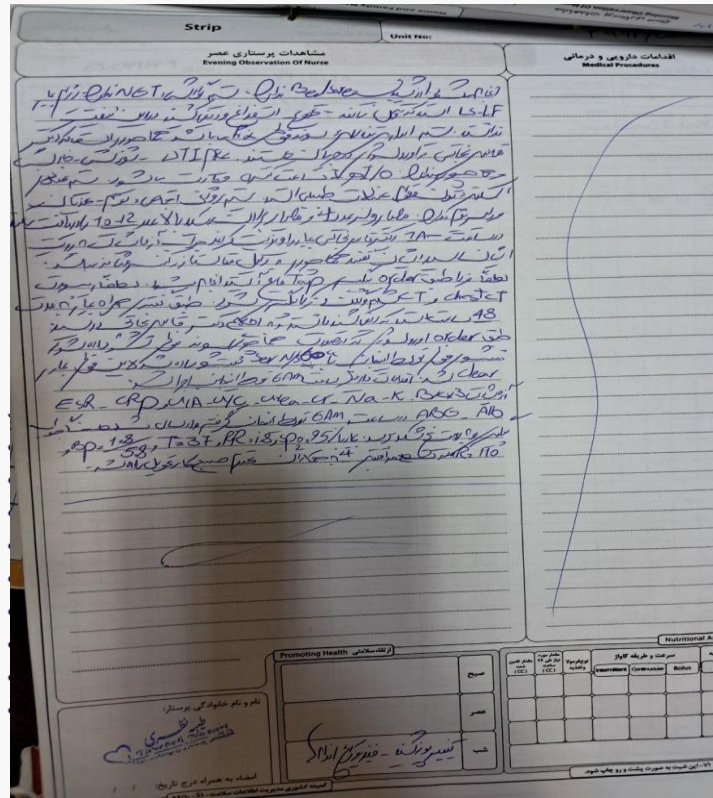
- سر تخت بیمار ۳۰ درجه الویت، فیزیوتراپی chest هر ۳ ساعت
- چک BP هر ۳۰ دقیقه
- برنامه ریزی تشک مواج، تغییر پوزیشن، هر ۲ ساعت و فیزیوتراپی اندام هر ۳ ساعت، ماساژ اندام ها
- Bed side های تخت بیمار بالا
- قرار دادن بیمار در معرض دید و قفل کردن چرخ ها
- شستشوی روزانه مثانه بوسیله سرنگ تومی
- O2 تراپی با ماسک ساده
- کنترل I/O هر ۶ ساعت

خلاصه گزارش پرستاری و شیت های ICU



- آموزش ها در بخش ICU:
- عدم آموزش به بیمار در گزارش های پرستاری بخش ICU

خلاصه گزارش پرستاری و شیت های ICU



نکته

- رنج تغییر معیار مورش برای بیمار بین ۴۵ تا ۵۰
- رنج تغییر معیار برادن بین ۱۰ تا ۱۸
- بررسی معیار ولز تنها در یک شیفت انجام شده که بین ۴-۵
- پوزیشن بیمار : نیمه نشسته
- سطح مراقبتی بیمار در : ۴ICU
- بیمار از بدو ورود هماچوری داشته است

معیار برادن

+



خطر زخم بستر برای بیمار وجود ندارد

۱۹-۲۳

نیاز به آموزشهای پیشگیری وجود دارد

۱۵-۱۸

خطر ایجاد زخم بستر متوسط است

۱۳-۱۴

خطر ایجاد زخم بستر بالاست

۱۰-۱۲

بسیار خطرناک است و نیاز به مداخلات پیشگیرانه ویژه دارد

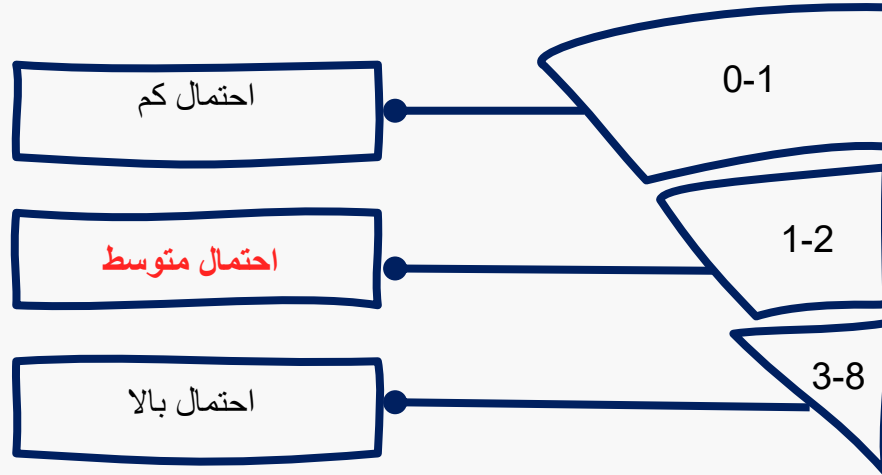
۶-۹

+



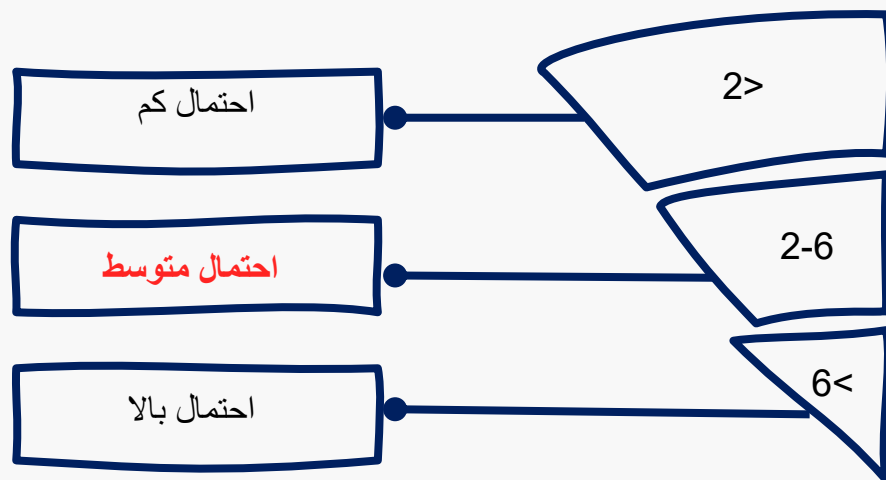
معیار وئز

احتمال ریسک ترومبو آمبولی وریدی (DVT)



معیار ولز

امتیاز ریسک ترمبو آمبولی ریوی (PTE)



معیار مورس

امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
۲۵	بله	سابقه افتادن بیمار
۰	خیر	
۳۰	بله	تشخیص ثانویه (سن و سابقه بیماری و مصرف دارو و ...)
۱۵	واکر - عصا - عصای زیر بغل	
۰	کمک گرفتن از پرستار - استراحت در تخت بی حرکت - عدم نیاز به وسیله حرکتی	
۲۰	بله	IV درمانی
۰	خیر	
۲۰	مختل	الگوی گام برداشتن
۱۰	ضعیف	
۰	بی حرکت - استراحت در تخت - طبیعی	
۱۵	فراموشی در محدودیتهای حرکتی	وضعیت مغزی
۰	آگاه به محدودیتها و تواناییها	

بخش داخلی

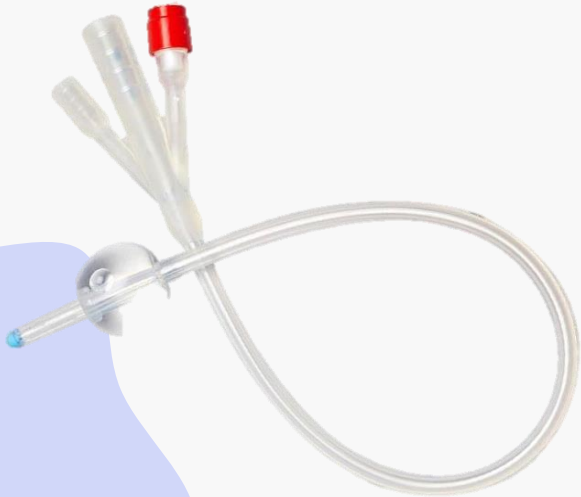


بیمار در تاریخ ۱۱/۲۹ به بخش داخلی انتقال پیدا کرد.
در هنگام تحویل به بخش داخلی بیمار دارای سوند فولی فیکس به علت هماچوری بود
وضعیت حرکتی وی در بدو برود CBR
← تشک مواج
بیمار دچار یبوست ← شیاف قرار میدن



مراقبت پرستاری شستشوی مثانه

1. پوست دور مجرای ادراری و جدار سوند فولی را حداقل روزی یک بار با آب گرم و صابون بشویید. همچنین هر بار پس از اجابت مزاج، پوست اطراف مجرای ادراری و سوند فولی را تمیز کنید.
2. کیسه ادرار را پایین تر از سطح مثانه قرار دهید.
3. از لباس های زیر نخی و پنبه ای استفاده کنید تا از رطوبت در ناحیه تناسلی پیشگیری شود.
4. سوند فولی را تکان ندهید (نه به داخل مجرا هل دهید و نه به سمت خارج آن را بکشید) چون ممکن است باعث صدمه مجرای ادراری و خونریزی شود.
5. لوله سوند را طوری قرار دهید تا لوله روی هم پیچ نخورد و جریان ادرار را متوقف نسازد.
6. هنگام خوابیدن در تخت، کیسه ادرار پایین تر از سطح بدن باشد



بیمار از تاریخ ۱۰ اسفند ماه Add ICU
شده ← خالی نبودن تخت در ICU در
بخش داخلی مونده

ایجاد زخم درجه ۲ ← لترال پای چپ
← استفاده از پماد نیکا

همچنین در حضور و نظارت خانوم دکتر
ابراهیمی و خانوم دکتر قادری تپ آسیت
در واحد سونو گرافی برای بیمار صورت
گرفته



تپ آسیت

خارج کردن مایع تجمع یافته در حفره صفاقی زمانی که بیش از ۵۰۰ سی سی باشد. هر دو هفته یا هر ماه میتواند انجام شود.

مهمترین عوارض : پریتونیت
در این بیمار با تپ آسیت ۱۵۰ سی سی مایع تخلیه شد.



تپ مایع آسیت در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۹

مراقبت پرستاری تپ آسیت

پانسمان تا ۲۴ ساعت پس از تخلیه نگه داشته شود.

در صورت نشت مایع از محل مورد نظر، پانسمان شود.

بررسی بیمار از نظر علائم شک و افت فشار.

بررسی محل از نظر قرمزی، خونریزی، یا احساس در در ناحیه شکم

ارسال آزمایشات و پیگیری نتایج آن

درخواست ۱۴۰۲/۱۱/۲۸ بخش آی سی یو بیمارستان تخصصی کودکان شهید رجایی
تاریخ خدمت ۲۲/۱۱/۱۳۸۸

نام شماره

پزشک نایب کننده: دکتر محسن خاکریزی

سونوگرافی مارک گذاری جهت آسیت:
محل مناسب tap مایع آسیت مارک گذاری شد.

بیمارستان قائم (صح) اسدآباد
دکتر محسن خاکریزی
پست: ۱۸۰۶۶۲

بیمارستان قائم (صح) اسدآباد
تاریخ گزارش عمل جراحی: ۱۴۰۲/۱۱/۲۸
نام بیمار: [Redacted]
Case Number: ۹۲۱۴۹

OPERATION REPORT SHEET

تاریخ عمل: ۱۴۰۲/۱۱/۲۸

Pre - Op Diagnosis: Ascites

Post - Op Diagnosis: Ascites

Type of Operation: Ascites - paracentesis

نوع عمل جراحی: [Redacted]

Specimen: Yes No تعداد: [Redacted]

شرح عمل و مشاهدات: [Redacted]

تعداد کارها و موارد عمل از آن متعلق بر باشد: خیر بله

Count Of Swabs/Instrument is correct: Yes No

نمونه جهت آزمایش فرستاده شد: خیر بله

The Specimen Sent To Laboratory: Yes No

اندام پرستار اتاق عمل: [Redacted]

بیمارستان قائم (صح) اسدآباد
دکتر محسن خاکریزی
پست: ۱۸۰۶۶۲

تپ مایع آسیت در تاریخ ۱۴۰۲/۱۱/۲۹

سونوگرافی برای مارکر گذاری تپ مایع آسیت در ۱۴۰۲/۱۱/۲۸

• به علت آسیت و ادم و پیدا نشدن رگ محیطی
از CV LINE ناحیه فمور بیمار گرفته شده.

مراقب های پرستاری

- هر گونه قرمزی یا درد در محل شدن لوله یا بالای این محل و یادرده در سطح شانه
- تورم و قرمزی بازو
- ترشح از محل وارد کردن لوله
- پانسمان هر ۲۴ ساعت تعویض شود
- درب CV LINE باز نباشد ← مکش



بیمار از بدو ورود داری ادم بخصوص در ناحیه شکم و اندام های تحتانی بود.

اقدامات کلی که در این سی و شش روز برای بیمار مداوم انجام شده عبارت اند از :

- شست و شو مثانه
- مانیتورینگ قلبی عروقی
- اکسیژن تراپی
- تغییر پوزیشن و استفاده از تشک موج
- برای جلوگیری از ایجاد زخم بستر
- فیکس کردن NG TUBE



ABG

Biochemi		ثبت کننده نتیجه: محسن قربانی جلال		۰۷۱۳۳ ۱۱/۲۶
	Result	Normal Range	C	
Urea	147 (High)	15 -- 45		
Creatinin	7 (High)	0.7 -- 1.4		
✓Albumin Serum	2.7 (Low)	3.5 -- 5		
Sodium	131 (Low)	135 -- 145		
Potassium, K	4.5	3.5 -- 5.5		ولیت در
pco2	27.9 (Low)	30 -- 50		
ph	7.4	7.2 -- 7.6		
po2	67. (Low)	70 -- 700		
Hco3	16.7 (Low)	22 -- 26		

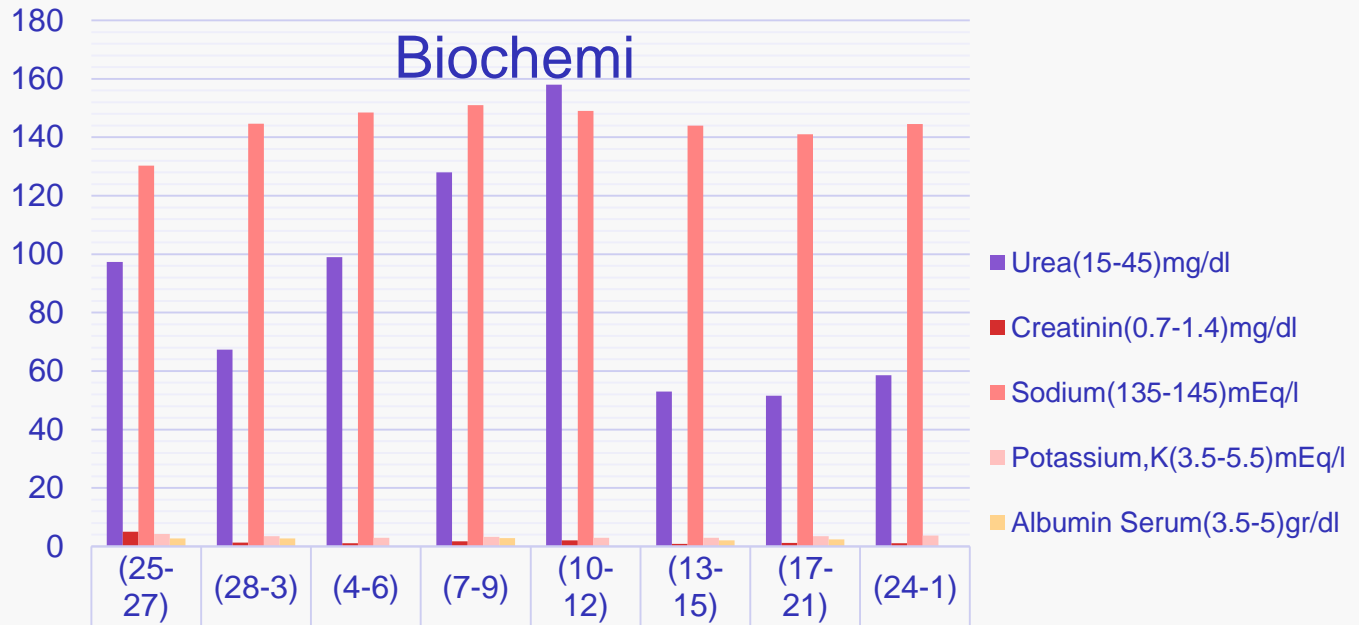
UA

Urine Analysis

ثبت کننده نتیجه: فریدونی زهرا ۰۷:۴۰ ۱۱/۲۶

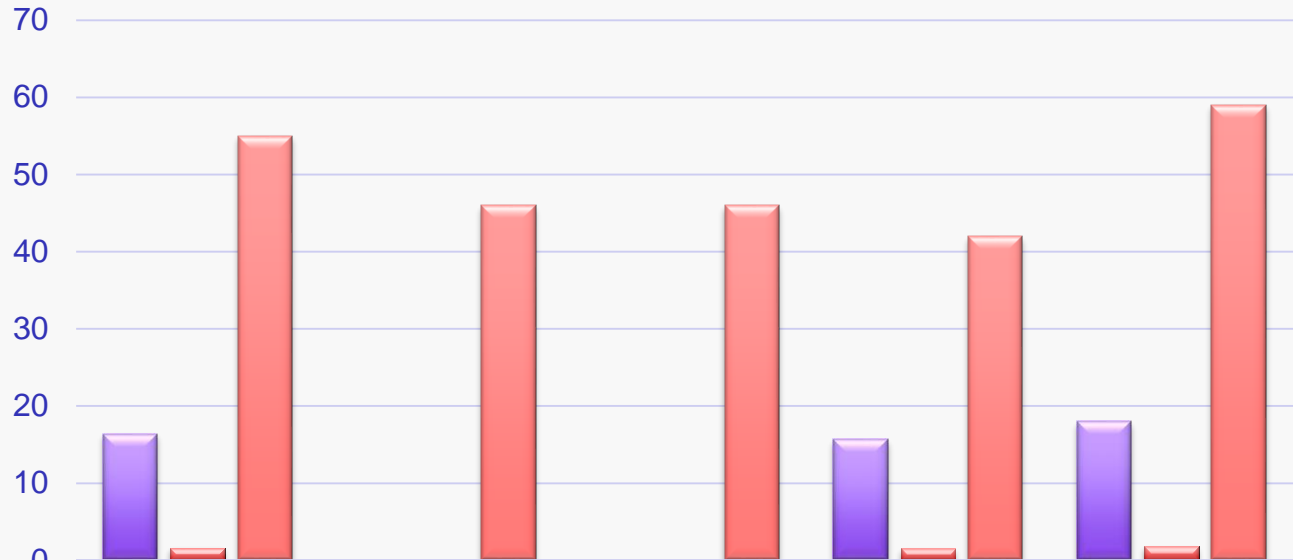
	Result	Normal Range	C	
Color	bloody		Bacteria	✓ Many
Apperance	Turbid		W.B.C	Many
Ph	5		R.B.C	Plenty
Specific Gravity,	1.022		Epithelial Cell	10-12
Blood	3+			
Proteins	3+			
Glucose	Negative			
Ketones	Negative			
Nitrite	Negative			
Bilirubin	Negative			
Urobilinogen	Normal			

Biochemi



	(25-27)	(28-3)	(4-6)	(7-9)	(10-12)	(13-15)	(17-21)	(24-1)
Urea(15-45)mg/dl	97.3	67.3	99	128	158	53	51.6	58.6
Creatinin(0.7-1.4)mg/dl	5	1.25	1.1	1.75	2.1	0.9	1.21	1.07
Sodium(135-145)mEq/l	130.3	144.6	148.5	151	149	144	141	144.5
Potassium,K(3.5-5.5)mEq/l	4.3	3.5	2.95	3.25	2.9	2.95	3.48	3.65
Albumin Serum(3.5-5)gr/dl	2.7	2.75		2.8		2.1	2.4	

تستهای انعقادی



	25	11	12	14	15
PT, Patient Time(11-14)s	16.4			15.7	18
INR(0.8-1.24)	1.6			1.5	1.8
PTT, Ptient Time(27-45)s	55	46	46	42	59

■ PT, Patient Time(11-14)s ■ INR(0.8-1.24) ■ PTT, Ptient Time(27-45)s

BG-Rh-Cross Match

Hematology		ثبت کنندہ نتیجہ: فریبا فتحی سلطانی پور		18:34 12/28
	Result	Normal Range	C	
Blood Group	O+			
Anti D , Rh Factor	positive			

بانگ خون		ثبت کنندہ نتیجہ: فریبا فتحی سلطانی پور		18:34 12/28
	Result	Normal Range	C	
Cross Match	OK			

مسئول فنی تایید کنندہ: دکتر نرجس قیاسی کاربر چاپ کنندہ: سیما قهرمانی زمان چاپ ۰۶:۰۶ ۰۲/۱۲/۲۹

دائریہ علوم پزشکی اسلام آباد
عطیہ علیزادہ
کارشناس پوسٹاری
۲۰۲۶۷۱

دائریہ طبی درمانی اسلام آباد
بیمارستان قادیان
تاریخ: ۰۲/۱۲/۲۹
وقت: ۰۶:۰۶

به علت هم‌چوری دائمی بیمار ←
 مقدار RBC بیمارافت کرد ←
 دستور دریافت پکس خون برای بیمار را صادر
 گرفتن برگه رضایت تزریق خون ←

در دو نوبت در بیست و هشتم اسفند
 و یک نوبت صبح در بیست و نهم اسفند انجام
 شد

فرم نظارت بر تزریق خون کلرز و فرآورده های گلبول فرم
 دستور تکمیل فرم: پرستار یا پرستار خانم بر تزریق

توجه: پرستار گرامی بسیار حیاتی است که قبل از تزریق موارد زیر را کنترل نماید:
 آیا هویت در کارت کهنده خون از طریق پرسش از خود بیمار در صورت هوشیاری، اطلاعات صحیح بند و شماره پرونده بیمار، یا اطلاعات فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار و فرم درخواست خون یا برگه مطابقت دارد؟
 آیا مشخصات گروه خون و شماره آماده‌شده روی کیسه خون با اطلاعات موجود بر روی فرم مشخصات خون ارسالی همخوانی دارد؟
 تاریخ انقضا فرآورده: مناسب نامناسب
 بررسی وضعیت ظاهری کیسه: مناسب نامناسب
 کنترل شدگی: نام و نام خانوادگی تزریق کننده:
 نام و نام خانوادگی شاهد:
 امر صورت عدم رضایت هر یک از موارد فوق به هیچ وجه قابل اصلاح نبوده و کیسه خون را به بانک خون عودت دهید و همچنین به پزشک حضوریت **رضایت بیمار** خون گزارش نماید.
 تاریخ تحویل کیسه به بخش: ۱۳۹۸/۰۱/۲۸ ساعت تحویل کیسه به بخش بیمارستان: ۶۵:۵۰
 نام فرم تحویل گیرنده:

در صورت عدم استفاده از این فرآورده، آن را به سطح به بانک خون عودت دهید. فرآورده RBC حداکثر می تواند ۲۰ دقیقه در دمای اتاق ۲۰-۲۲ پس از خروج از بانک خون در بخش نگهداری شود.

علامت حیاتی بیمار	برای	پیش از تزریق	در حین تزریق	پس از تزریق
درجه حرارت	۳۷.۵	۳۷.۵	۳۷.۶	۳۷.۶
تعداد ضربان	۹۱	۹۱	۹۱	۹۱
تعداد تنفس	۱۶	۱۶	۱۶	۱۶
حالت عمومی بیمار	مطمئن	مطمئن	مطمئن	مطمئن
ظاهر اندام (در صورت داشتن)	سالم	سالم	سالم	سالم
سودار (در صورت وجود)	غیرموجود	غیرموجود	غیرموجود	غیرموجود

این فرم در ۲۰ دقیقه تکمیل نشده در یک برگه دیگر تکمیل شود. تکمیل فرم: پرستار یا پرستار خانم بر تزریق
 تاریخ تزریق خون: ۱۳۹۸/۰۱/۲۸
 ساعت شروع تزریق: ۱۶:۰۰
 ساعت پایان تزریق: ۱۶:۳۰
 حجم فرآورده تزریق شده: ۶۵۰ cc
 آیا تزریق خون با بروز عارضه همراه بوده است؟ خیر بله

فرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون
 قسمت فوقانی فرم توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود.

نام فرآورده: PC
 شماره کیسه: ۵۲
 گروه خون و Rh بیمار: ۵۲
 بیمارستان / مرکز درمانی: بیمارستان آمل
 نام و نام خانوادگی بیمار:
 شماره پرونده بیمار:
 جنسیت: زن مرد
 نام فرآورده درخواستی توسط پزشک: P-C
 نام و نام خانوادگی پزشک:
 نام و نام خانوادگی ارسال کننده:
 نام فرم تحویل گیرنده:

فصلهای پایین توسط پرستار تکمیل شود:
 شماره پرونده: ۴۹۹۲۵۵
 شماره پرونده ذکر شده در فوق با شماره پرونده بیمار مجدداً مطابقت داده شود.
 توجه: لطفاً این فرم را ابتدای تزریق نگهداری شود. زمانیکه تزریق خون انجام شود یا بنا به علیی تزریق نگردد، پرستار باید قسمت زیرین را تکمیل نموده و یک نسخه از این فرم را برای بانک خون ارسال نماید. تکمیل فرم الزام قانونی دارد.

در صورت عدم تزریق باید فرم را به بانک خون عودت داده شده و علت در ذیل ذکر گردد.

HV-006.GDL/02

به علت هماچوری دائمی بیمار ←
 مقدار RBC بیماریافت کرد ←
 دستور دریافت پکس خون برای بیمار را صادر
 گرفتن برگه رضایت تریقی خون ←

در دو نوبت در بیست و هشتم اسفند
 و یک نوبت صبح در بیست و نهم اسفند انجام
 شد

مشخصات بیمار:
 نام: [نام بیمار] شماره پرونده: ۴۹۹۲۵۵
 تاریخ: [تاریخ] ساعت: [ساعت]

سابقه تریق در آیه گذشته:
 سابقه مصلحتی در کدام گذشته:
 سابقه بروز عوارض حاد مرتبط با تریق خون:
 سابقه وجود آنتی بادی غیر مستطرفه در سرم:

علت نیاز به تریق خون یا فرآورده:
 تشخیص بیماری:
 علت نیاز به خون یا فرآورده کدام یک از موارد زیر می باشد:
 کم حونی مزمن کم حونی حاد نقص سیستم انعقاد
 خونریزی نقص عمل عوامل ایمنج عمل
 در صورت درخواست فرآورده های گلبول قرمز میزان هموگلوبین (Hb):
 در صورت درخواست فرآورده پلاکتین میزان پلاکت (PLT):
 گروه خونی و Rh بیمار (در صورت مشخص بودن):

فرآورده های درخواستی:
 گلبول قرمز مستقیم
 گلبول قرمز کم گلوستیت
 گلبول قرمز شسته شده
 سایر فرآورده ها یا ویژگی های خاص فرآورده
 (با ذکر نام):

Whole Blood (WB) خون کامل
 Fresh Frozen Plasma (FFP) پلازما تازه منجمد
 Cryo Precipitate (APF) رسوب کرایو
 Cryo Poor Plasma (CPP) پلازما فاقد کرایو
 Platelet (PLT) پلاکت

هدف از درخواست خون:
 تعادل رزرو خون
 تریق و سامت نیاز به خون یا فرآورده:
 مدت زمان یا سرعت توصیه شده برای تریق خون و فرآورده:
 تستهای آزمایشگاهی مورد درخواست:
 گروه خونی و Rh
 کراس مچ
 فورانگری آنتی بادی

این قسمت توسط نمونه گیر تکمیل شود.
 اینجانب تأیید می نماید که نمونه خون یا بیمار یا مشخصات قید شده در این فرم اخذ شده و شناسایی از طریق پرسش مستقیم از بیمار و/یا مشاهده نتیجه حاصل شده و نمونه در همان زمان برچسب زده شده است.
 مشخصات نمونه گیر:
 نام: [نام] نام خانوادگی: [نام خانوادگی]
 پست: [پست]
 این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت در فرم است، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد. در مواقع نیاز به جوت اوزانس به جای این فرم درخواست خون و فرآورده های خونی به منظور اوزانس (نیمه کمتر از ۳۰۰ میلی لیتر) به شماره 00.HV.007.GDL تکمیل شود.

00.HV.006.GDL/01

مراقبت های پرستاری انفوزیون خون



- (1) مطابقت دادن برگه رزروخون و برگه آزمایشگاه همراه پک خون با اطلاعات بیمار و نوع گروه خونی و Rh و تاریخ انقضا
- (2) کنترل اطلاعات بیمار قبل از تزریق
- (3) بررسی کیسه از نظر رنگ غیر طبیعی (بنفش، ارغوانی) وجود لخته، کدورت، نشد در کیسه، وجود گاز و برچسب ناسالم
- (4) چک وضعیت و علائم حیاتی بیمار بلافاصله بعد از تزریق، در طی ۱۵ دقیقه بعد از شروع تزریق، ۳۰ دقیقه بعد از شروع تزریق، ۱ ساعت و ۲ ساعت و ۳ ساعت بعد از شروع تزریق، ۴ ساعت پس از پایان تزریق
- (5) بررسی هرگونه نشانه غیر معمول مثل لرز ناگهانی، تهوع، خارش، تظاهرات پوستی، تنگی نفس و درد پشت و قطع تزریق خون

خطاهای گزارشات



خطاهای گزارشات پرستاری

جای خالی در
گزارش

عدم وجود
تشخیص
پرستاری

گزارش
پرستاری کم

نمونه بد خط
و ناخوانا
بودن گزارش

خطاهای گزارشات پرستاری

جای خالی در
گزارش

عدم وجود
تشخیص
پرستاری

گزارش
پرستاری کم

نمونه بد خط
و ناخوانا
بودن گزارش

خطاهای گزارشات پرستاری

جای خالی در
گزارش

عدم وجود
تشخیص
پرستاری

گزارش
پرستاری کم

نمونه بد خط
و ناخوانا
بودن گزارش

خطاهای گزارشات پرستاری

جای خالی در
گزارش

عدم وجود
تشخیص
پرستاری

گزارش
پرستاری کم

نمونه بد خط
و ناخوانا
بودن گزارش

دارو ها



کار دکس

بیمارستان قائم (تج) امدادان

تاریخ: 11/28

نام بیمار: [Redacted]

تاریخ تولد: [Redacted]

جنسیت: [Redacted]

شماره پرونده: [Redacted]

تاریخ بستری: [Redacted]

تاریخ ترخیص: [Redacted]

بیماری: [Redacted]

داروهای تجویز شده: [Redacted]

داروهای مصرف شده: [Redacted]

تاریخ: 11/28

نام بیمار: [Redacted]

تاریخ تولد: [Redacted]

جنسیت: [Redacted]

شماره پرونده: [Redacted]

تاریخ بستری: [Redacted]

تاریخ ترخیص: [Redacted]

بیماری: [Redacted]

داروهای تجویز شده: [Redacted]

داروهای مصرف شده: [Redacted]

تاریخ: 11/28

نام بیمار: [Redacted]

تاریخ تولد: [Redacted]

جنسیت: [Redacted]

شماره پرونده: [Redacted]

تاریخ بستری: [Redacted]

تاریخ ترخیص: [Redacted]

بیماری: [Redacted]

داروهای تجویز شده: [Redacted]

داروهای مصرف شده: [Redacted]

date	Medicine & drug	dose	rout	time	Dc date
11/28	Vial Alb 20%	1	IV	22	12/2
11/26	Amp Lasix	20mg	IV	12_24	
_____	Amp Heparin	8mg	SC	6_18	
11/25	Amp M.S	5 mg	IV	12	
_____	Vial Vanco	5 mg	IV	12	
_____	Amp Meropenem	1gr	IV	6_18	



ونکومايسين



اشكال دارویی: ویال ۱، ۵ و ۱۰ گرمی-کپسول ۲۵۰-
سوسپانسیون ۵۰۰

کاربرد:

- ❖ درمان عفونت های روده ای و به عنوان پروفیلاکسی قبل از عمل جراحی در افرادی که به پنی سیلین حساسیت دارند.
- ❖ ونکومايسين خوراکی فقط در روده عمل میکند.

بیمارستان قائم (عج) آسآباد

فرم تجویز منظمی ونکومايسين (Vancomycin Stewardship Form)

طرح این دستورالعمل ادامه تجویز ونکومايسين بیش از ۷۲ ساعت صرفاً بر اساس کامل کردن این فرم توسط پزشک معالج بیمار و با تکمیل مشخصات بیمارهای عفونی/فوق تخصص عفونی/اطفال مرکز درمانی امکان پذیر می باشد و توصیه میشود این فرم ظرف ۷۲ ساعت از شروع آنتی بیوتیک منکور پر شده و با مشخصات محترم

علامت حیاتی در زمان تجویز		
PR:	RR:	BP: %

تاریخ تجویز: _____
نام پزشک معالج: _____
نام بیمار: _____

تاریخ: _____
محل کشف: _____

کانون احتمالی عفونت

<input type="checkbox"/> باکتری	<input type="checkbox"/> قلب	<input type="checkbox"/> کانون مرده	<input type="checkbox"/> داخل	<input type="checkbox"/> دستگاه گوارش	<input type="checkbox"/> پوست	<input type="checkbox"/> سایر
<input type="checkbox"/> (دکتر مورد)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

دوره مصرفی: _____
دوره درمان: (به روز) _____

این فرم صرفاً برای دریافت ونکومايسين برای ۷ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید مجدداً پر و تکمیل کرد.

حفاظت ویژه درمان با ونکومايسين نهایتاً ۳-۶ هفته میباشد.

تجدید این دارو از داروخانه یا نظارت متخصصین داروسازی بالینی انجام شده و در صورت عدم حضور متخصصین منکور با نظارت داروساز شاغل در بیمارستان قابل انجام است.

در مراکز که فوق تخصص عفونی اطفال وجود ندارد پس از تکمیل فرم با تکمیل مشخصات بیمارهای عفونی دارو قابل تحویل می باشد.

مهر و امضاء پزشک معالج

مهر و امضاء متخصص بیماریهای عفونی / فوق تخصص عفونی اطفال

مهر و امضاء داروساز بالینی / داروساز

مراقبت پرستاری



1. جهت درمان عفونت های سیستمیک از فرم خوراکی استفاده نشود
2. به علت تحریک شدید از تزریق عضلانی پرهیز شود
3. REDMAN SYNDROME

مورفین سولفات

اشکال دارویی: قرص ۱۰-آمپول ۱۰
کاربرد: مورفین برای تسکین های متوسط تا شدید



مراقبت پرستاری

1. باعث افت فشار خون می شود.
2. در فشار خون کمتر از 90/60 تزریق نشود.
3. بیمار از نظر آپنه تنفسی کنترل شود.
4. میتواند درد کیسه صفرا را بدتر کند و یا آنرا مخفی نگه دارد.

فنی توئین

اشکال دارویی: کرم ۱٪

کاربرد:

تسریع در رفع سوختگی و بهبود زخم های عمیق
پوستی و جای عمل.

علت استفاده در این بیمار ← زخم فشاری



اینتر لیپید

اشکال دارویی: سرم ۲۰-۱۰٪

کاربرد:

جایگزین اسیدهای چرب در بیمارانی که
تحت TPN قرار دارند.



مراقبت ها:

- پایش علائم حیاتی
- انفوزیون آهسته طی 12 تا 24 ساعت
- توجه به تب و فشار بیمار
- توجه به علائم همانند حالت تهوع و استفراغ
- توجه به رنگ ادرار بیمار پس از دریافت سرم
- توجه به سطح هوشیاری بیمار
- توجه به خط وریدی و برقراری مسیر
- توجه به علائم آلرژیک



مروپنم

اشکال دارویی: ویال (پودر محلول تزریقی) ۱g-
۵۰۰mg
کاربرد: آپاندیسیت یا پریتونیت عارضه دار و نیز
مننژیت باکتریال.
مراقبت پرستاری:
چک BUN _ CR





در نهایت در تاریخ چهارم فروردین ۱۴۰۳ بیمار در ساعت ۴:۵۰ صبح کد خورد که احیا قلبی ریوی تا ساعت ۵:۲۰ دقیقه صبح انجام شد ولی مثر ثمر واقع نشده است. در نهایت بیمار در ساعت ۶:۱۵ صبح به واحد سردخانه تحویل داده شد.



ارزیابی اقدامات پرستاری انجام شده:

راهکار پیشنهادی:
افزایش نیروی پرستاری

1. اشکالات گزارش پرستاری
1. کمبود نیرو
2. عدم نظارت بر گزارشات پرستاری
3. نسبت بالای تعداد بیماران به نسبت پرستاران

راهکار پیشنهادی:
افزایش نیروی پرستاری، افزایش
نظارت سرپرستاران

2. کاهش کیفیت خدمات پرستاری
1. کمبود تجهیزات (سوند سه راه)
2. عدم انجام دیالیز

در پایان وظیفه خود میدانیم که از :

- معاونت محترم آموزشی دانشکده علوم پزشکی اسدآباد آقای دکتر براتی
- مدیر گروه محترم پرستاری و معاون آموزشی بیمارستان قائم خانم رستمی
- استاد راهنمای محترم خانم محمدی
- و از پرسنل بخش ICU، داخلی، اورژانس و فوریت
- و تمام عزیزانی که در تهیه مورنینگ با ما همکاری کردند سپاسگذاری نماییم.