

## وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

## Ministry of Health &amp; Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Insurance No:	شماره و نوع بیمه:	گزارش پرستاری همودیالیز HEMODIALYSIS REPORT SHEET	Unit No:	شماره پرونده:
---------------	-------------------	--	----------	---------------

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Last Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:	Name:	نام:
Time on:	ساعت شروع:	Shift:	نوبت کاری:	Father Name:	نام پدر:
Time off:	ساعت پایان:			Date of Birth:	تاریخ تولد:

Diagnosis:	تشخیص:	Chronic renal failure <input type="checkbox"/> نارسایی مزمن کلیه	Acute renal failure <input type="checkbox"/> نارسایی حاد کلیه
------------	--------	--	---

Vital Signs Before Dialysis:				علائم حیاتی قبل از دیالیز:	
وزن:	فشار خون:	درجه حرارت:	تعداد ضربان:	تعداد تنفس:	
Weight Kg	B.P mmHg	T <sup>°C</sup>	PR/min	R.R/min	

Vital Signs After Dialysis:				علائم حیاتی بعد از دیالیز:	
وزن:	فشار خون:	درجه حرارت:	تعداد ضربان:	تعداد تنفس:	
Weight Kg	B.P mmHg	T <sup>°C</sup>	PR/min	R.R/min	

Kind of Vascular Access:		نوع دسترسی به عروق:			
Others: <input type="checkbox"/>	Graft: <input type="checkbox"/>	Perm C.: <input type="checkbox"/>	Tem C.: <input type="checkbox"/>	C.V.C.: <input type="checkbox"/>	A.V Fistula: <input type="checkbox"/>

Dialyzer:	نوع صافی:	نوع و شماره ماشین دیالیز:
-----------	-----------	---------------------------

Dialysate F:	جریان محلول:	Blood Flow:	جریان خون:	Dry Weight:	وزن خشک:
--------------	--------------	-------------	------------	-------------	----------

Dialysate Temp:	دمای محلول:	Buffer:	نوع بافر:	TMP:
-----------------	-------------	---------	-----------	------

Venous P:	فشار وریدی:	Arterial P:	فشار شریانی:	Sodium Con	غلظت سدیم محلول:	HBS <input type="checkbox"/>	مارکرهاي
					میزان UF:	HCV <input type="checkbox"/>	ویروسی
						HIV <input type="checkbox"/>	

Profile:	<input type="checkbox"/> اولترافیلتراسیون	<input type="checkbox"/> محلول دیالیز	<input type="checkbox"/> دما	<input type="checkbox"/> بیکربنات	<input type="checkbox"/> سدیم	پروفایل:
	Ultra filtration	Dialysate	Temp	Bicarbonate	Sodium	

Nursing Evaluation:	ارزیابی بیمار توسط پرستار حین دیالیز:
---------------------	---------------------------------------

Treatment:	اقدام درمانی:	Complications:	عوارض احتمالی:	Blood P:	فشار خون:	Time:	ساعت:

Medication:	فرآورده های خونی و داروهای مصرفی:			Prescription Heparin:	هیپارین مصرفی:
نحوه مصرف	مقدار مصرف	نام دارو		Prime:	Units
				Bolus:	Units
				Continuous:	Units
				Total:	Units

پرستار شروع کننده دیالیز:	پرستار تمام کننده دیالیز:
---------------------------	---------------------------

ملاحظات پرستاري

## وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Insurance No:

شماره و نوع بیمه:

یافته‌های آزمایشگاهی  
LABORATORY RESULT SHEET

Unit No:

شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Last name: نام خانوادگی:								
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Bed: تخت:		Name: نام:								
		Shift: نوبت کاری:		Father name: نام پدر:								
				Date of Birth: تاریخ تولد:								
آزمایشات ماهانه	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
Hgb												
Hct												
PLt												
FBS برای دیابتیک‌ها												
BUN قبل												
BUN بعد												
K												
Ca												
P												
KT/V												
URR												
آزمایشات سه ماهه	خرداد		شهریور			آذر			اسفند			
Ghol												
TG												
Bil.(T)												
Bil.(D)												
Iron سرم												
TIBC												
Ferritin												
Na												
Bicarbonate گرم												
AlKp												
Cr												
Alb سرم												
PTH												
آزمایشات شش ماهه	شهریور					اسفند						
HBS Ag												
AST												
ALT												
آزمایشات سالانه												
سطح سرمی ویتامین D												
HBS Ab												
HCV Ab												



## وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

## ملاحظات پرستاری بدو پذیرش

Insurance No:

شماره و نوع بیمه:

Unit No:

شماره پرونده:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Name:	نام:	Last name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father name:	نام پدر:
Marital status:	<input type="checkbox"/> Single مجرد <input type="checkbox"/> Married متأهل	Ward:	بخش:	P. Birth:	محل تولد:
Sex:	<input type="checkbox"/> F مؤنث <input type="checkbox"/> M مذکر	Occupation:	شغل:	جنسیت:	<input type="checkbox"/> M مذکر <input type="checkbox"/> F مؤنث
Education:	تحصیلات:	Occupation:	شغل:	آدرس:	تلفن:
General condition:	وضعیت عمومی بیمار:	<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلال بینایی <input type="checkbox"/> اختلال حرکتی <input type="checkbox"/> اختلال تکلم <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی			
Mental Status:	حالت روحی بیمار:	<input type="checkbox"/> باور <input type="checkbox"/> انکار <input type="checkbox"/> افسرده <input type="checkbox"/> پرخاشگر			
History of present illness:	اطلاعات و سوابق بالینی:	قد: وزن: فشار خون: سابقه بیوپسی: سابقه حساسیت دارویی: سابقه همودیالیز: سابقه دیالیز صفاقی: سابقه فامیلی دیالیز: سابقه پیوند: سابقه واکسیناسیون هیپاتیت B: سابقه مصرف سیگار: بلی پاکت در روز: سابقه اعتیاد: نوع مواد:			
History of past illness:	مارکهای ویروسی:	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV			
Physical examination:	علت ESRP:	<input type="checkbox"/> دیابت (تاریخ تشخیص: ) <input type="checkbox"/> فشار خون (تاریخ تشخیص: ) <input type="checkbox"/> کلیه پلی کیستیک <input type="checkbox"/> گلو مریولونفریت <input type="checkbox"/> سایر موارد			
Kind of vascular access:	نوع دسترسی عروقی:	<input type="checkbox"/> کاتتر موقت <input type="checkbox"/> کاتتر دائم <input type="checkbox"/> فیستول <input type="checkbox"/> گرافت			
History of dialysis:	اطلاعات، سوابق و ارزیابی اولیه تغذیه ای (توسط پرستار):*	سابقه مشاوره تغذیه ویژه دیالیز در ۶ ماه اخیر: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد بی اشتهایی طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> کاهش دریافت غذا طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> کاهش وزن ناخواسته <input type="checkbox"/> سابقه حساسیت غذایی <input type="checkbox"/> نمایه توده بدنی کمتر از ۲۰ <input type="checkbox"/>			
Outcome of nutrition assessment:	نتیجه ارزیابی اولیه تغذیه ای:	<input type="checkbox"/> ارجاع جهت ارزیابی تخصصی تغذیه ای <input type="checkbox"/> ارجاع جهت پیگیری رعایت رژیم غذایی بعد از یک ماه <input type="checkbox"/> تکرار ارزیابی اولیه بعد از ۶ ماه لازم است <input type="checkbox"/>			
Notes:	ملاحظات تغذیه ای ویژه کارشناس تغذیه: (هشدارها و نکات قابل توجه برای پرستار):	نام و امضای پرستار پذیرش دهنده:			

IR.MOHHIM-9905-1.0-D04

\* ضروری است در صورت پذیرش بیمار دیالیزی برای اولین بار (New Case)، بیمار در بدو پذیرش مورد ارزیابی تخصصی تغذیه ای با درخواست از کارشناس تغذیه قرار گیرد و پس از یک ماه، لازم است کارشناس تغذیه با استفاده از فرم پیگیری وضعیت تغذیه، پیروی از رژیم غذایی تنظیم شده در نوبت قبل را ارزیابی نماید.

\* در صورت نداشتن مشاوره تغذیه ویژه دیالیز در ۶ ماه اخیر و یا در صورت نداشتن مشاوره همراه با یکی از علائم فوق، لازم است بیمار به مشاور تغذیه جهت ارزیابی تخصصی تغذیه ای معرفی و ارجاع داده شود.