



سازمان نظام پرستاری
جمهوری اسلامی ایران

کتاب مرجع

چک لیست های خدمات پرستاری

گردآورندگان :

غضنفر میرزاییگی - شمس الدین شمس - سید یعقوب جعفری
فاطمه شیرازی - شیوا حیدری

ویرایش

صدیقه سالمی - مهناز سنجری

تدوین

سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران



سازمان نظام پرستاری
جمهوری اسلامی ایران

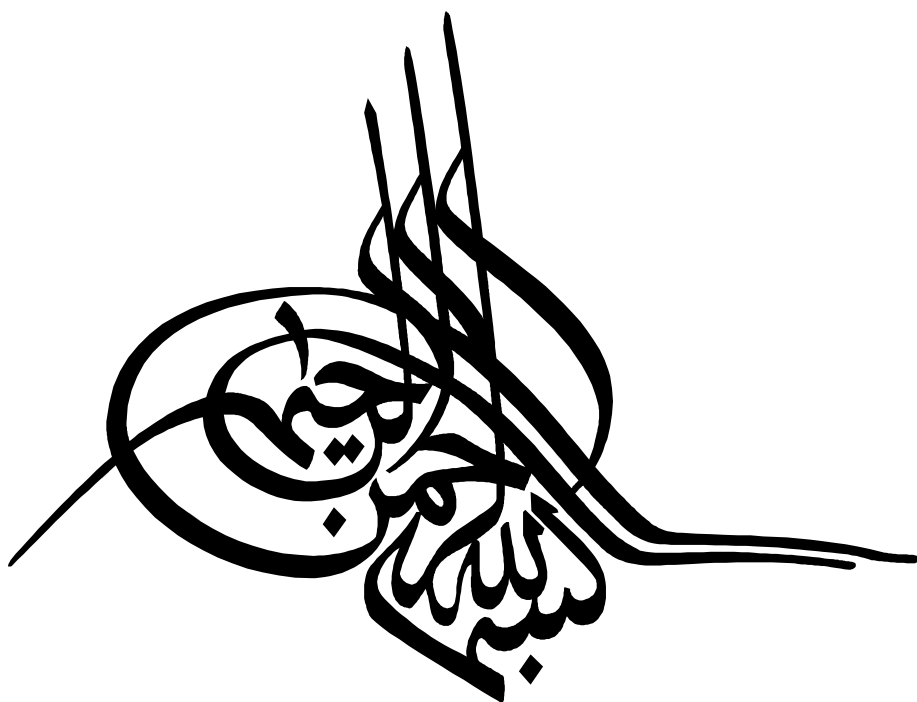
Text Book of Nursing procedures Checklist

کتاب مرجع چک لیست های خدمات پرستاری

۱۳۸۷



Nursing Organization of
Islamic Republic of Iran



ماده ۲ سازمان نظام پرستاری کشور اهداف ۸ گانه سازمان نظام پرستاری را بیان می‌کند. در ۵ هدف از ۸ هدف مذکور در ابعاد حرفه ای، علمی، آموزشی، مقررات و سیاست گذاری وظایف گران‌سنگی را به دوش سازمان گذاشته است. فصل دوم و ماده ۳ از قانون نیز اختیارات سازمان را بیان می‌کند که ۱۰ سرفصل و به عبارتی ۱۰ بند قانونی است که بندهای ۱، ۳، ۵، ۶ و ۱۰ که تعداد آن‌ها نیز ۵ بند می‌باشد، باز سازمان را موظف کرده است که در عرصه های مورد نظر به ویژه استانداردها، ارتقاء کیفی مهارت ها و دانش پرستاری، شرح وظایف رده های مختلف، نظارت و کنترل و ارزشیابی، تدوین مقررات برای تامین حقوق حرفه ای و ... فعالیت نمایند.

بنابراین خوب است کلیه مسئولین به ویژه اساتید، مربیان، دانشجویان، مدیران پرستاری، شاغلین و ... این قانون وزین و گران‌سنگ را مطالعه کنند و بدانند که سازمان آن‌ها چه اهداف، وظایف و اختیاراتی بر عهده دارد.

با این وجود، خداوند متعال را سپاسگزاریم که توان، قوت و قدرت داد که در طی حدود ۶ سال از عمر سازمان، تمامی اهداف، وظایف و اختیارات سازمان را وجهه همت تمامی فعالیت‌ها قرار داده ایم و پر انرژی و قدرتمندانه رو به پیش می‌رویم.

از جمله گام‌های محکم، استوار، ارزنده و کاملاً علمی و حرفه‌ای که برداشته شد، تدوین کتاب مرجع استانداردها و نوشتن استانداردها برای کلیه خدمات پرستاری بود که طی یک سال و نیم قبل به اتمام رسید و مورد بهره‌برداری پرستاران عزیز قرار گرفت. اکنون آنچه پیش روی شما عزیزان است گامی مدیریتی، نظارتی و از موضع پایش و ارزیابی عملکرد شاغلین حرفه پرستاری بر پایه استانداردها است. یعنی کارآمدترین ابزار نظارت چه برای خود کنترلی و چه دیگر کنترلی در عرصه ارائه خدمات کیفی و استاندارد به حساب می‌آید و به عنوان کتاب مرجع چک لیست‌های کنترل استانداردها در حال حاضر و فعلاً در قالب یک کتاب مرجع منتشر می‌شود و در آینده نزدیک به محض تامین مالی و داشتن بضاعت مادی و مالی، برای کلیه بخش‌ها و قسمت‌ها دستنامه‌هایی مجزا، تشکیل شده از استانداردها و چک لیست‌های مربوطه به تفکیک به چاپ خواهد رسید. در این زمینه از کلیه کسانی که علاقمند به ارتقاء نظام سلامت هستند درخواست همکاری و مساعدت می‌کنیم. همان‌گونه که قبلاً در مقدمه کتاب استانداردها نوشتیم، اعتقاد تمامی اعضای شورای عالی سازمان، دست‌اندرکاران تدوین و ... بر این

است که هر کاری که ارائه می شود، ادامه بهتر از آن هم ممکن است و تمامی امور بشر و ساخته دست بشر از نقص به کمال پیش می رود. فلذا از کلیه صاحب نظران، اندیشمندان، علاقمندان، پرستاران، دانشجویان، پیشکسوتان در هر عرصه ای که هستند، بخش خصوصی، خیریه، دولتی، غیر دولتی، نیروهای مسلح، تامین اجتماعی و ... درخواست می شود این مجموعه را مطالعه نموده و نظرات سازنده خود را به سازمان ارائه نمایند تا در تجدید چاپ های آینده لحاظ شود و به مسیر تکاملی این مجموعه کمک کند.

به فضل الهی چندی پیش شرح وظایف جدید پرستاران و پرستاری هم به کمک این سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شد، و انشاءالله در آینده ای نه چندان دور مثلث سرنوشت ساز استانداردها، شرح وظایف و تعرفه ها شکل خواهد گرفت و تعرفه ها مبتنی بر شرح وظایف و استانداردها که قانون آن سال قبل در مجلس محترم هفتم به تصویب رسید اعلام خواهد شد و با این وصف یکی از عرصه های بسیار مهم که آرزوی دیرینه همه ما بود تحقق پیدا می کند که این موضوع بی شک و قطعاً نظام پرداخت، نظام ارزشیابی و نظام کنترل و ارزش گذاری را در نظام سلامت دگرگون و متحول خواهد ساخت. امیدواریم با مشارکت، پشتیبانی و حمایت یکایک شما پرستاران عزیز سایر اهداف مقدس سازمان نیز به تحقق بپیوندند، همان گونه که تحقق چندین هدف مهم را شاهد بوده اید. در پایان وظیفه خود می دانم از تلاش های شبانه روزی و ارزنده همکار پیشکسوت عزیزمان سرکار خانم سالمی معاون محترم فنی سازمان و دبیر شورای عالی دوره دوم سازمان تشکر کنم که تحقق این پروسه را با علاقه به عهده گرفته اند و با همکاران خوبشان این فصل مهم از وظایف و اختیارات قانونی را عملیاتی کردند. همچنین از کلیه همکارانی که در قالب کارگروه های علمی و فنی دعوت سازمان را لبیک گفتند و با مشارکت دلسوزانه بدون چشم داشت در سازمان حضور یافتند و جلسات متمادی و متوالی را به بحث، کار و تلاش پرداختند تا این مجموعه و قبل از آن استانداردها و شرح وظایف شکل گرفت نیز تشکر و تقدیر می نمایم و همگان را به ایزد منان می سپارم.

والسلام علیکم

میرزاییگی

رئیس کل سازمان نظام پرستاری

۸۷/۴/۱۰

کتاب مرجع

چک لیست‌های

خدمات پرستاری

گردآورندگان :

غضنفر میرزاییگی شمس‌الدین شمس سید یعقوب جعفری
فاطمه شیرازی شیوا حیدری

ویرایش:

صدیقه سالمی مهناز سنجری

باتشکر از خانم صدیقه ملکی، آقای حمید احمدیان و خانم صغری احمدی
و با تشکر از تمامی افرادی که در تهیه کتاب استانداردهای خدمات پرستاری همکاری داشته‌اند.



سازمان نظام پرستاری
جمهوری اسلامی ایران

سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران

۱۳۸۲

فصل یک: اقدامات عمومی

۳۱	- پذیرش بیمار در بخش‌های عمومی
۳۳	- مداخلات مربوط به مشکل آسپیراسیون
۳۴	- شست و شوی معده (لاواژ)
۳۵	- وارد کردن و جا به جا کردن رکتال - تیوب
۳۶	- کوتاه کردن درن
۳۸	- آموزش به مددجو و خانواده
۳۹	- پذیرش بیمار در بخش اورژانس
۴۰	- انتقال بیمار
۴۲	- بررسی درجه حرارت
۴۴	- اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه زیر بغل
۴۵	- اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه دهان
۴۷	- اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه مقعد
۴۹	- کنترل نبض رادیال
۵۱	- کنترل نبض اپیکال
۵۳	- کنترل نبض اپیکال - رادیال
۵۴	- کنترل نبض با موج یاب اولتراسوند
۵۶	- اندازه گیری فشار خون
۵۸	- بررسی تنفس
۵۹	- اندازه گیری قد و وزن
۶۰	- محدود کردن مددجو با کمک جلیقه محدود کننده
۶۲	- استفاده از محدود کننده های عضوی
۶۴	- استفاده از دستکش محدود کننده
۶۶	- استفاده از کمربندهای محدود کننده
۶۸	- تعویض پانسمان
۶۹	- مراقبت از چشم (جهت بیماران فلج یا کمایی)
۷۱	- شست و شوی مخصوص پرینه
۷۳	- مراقبت از مو در بیماران بستری

- ۷۴ - کمک به پوشاندن جوراب های ضد آمبولی
- ۷۵ - مراقبت از دهان
- ۷۷ - خارج کردن مدفوع سنگ شده
- ۷۸ - وضعیت دادن به بیمار (لیتوتومی)
- ۷۹ - وضعیت دادن به بیمار (وضعیت سجده)
- ۸۰ - مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و انتقال آن به سردخانه
- ۸۲ - کمک به راه رفتن بیمار با عصا
- ۸۳ - کمک به بیمار هنگام راه رفتن با استفاده از چوب زیر بغل
- ۸۴ - کمک در ایستادن بیمار به منظور خروج از بستر
- ۸۶ - کمک به مددجو در راه رفتن (با یک پرستار یا دو پرستار)
- ۸۸ - آویزان کردن پاهای بیمار به منظور خروج از بستر
- ۹۰ - انجام انمای تمیز کننده
- ۹۲ - به کارگیری سرمای خشک
- ۹۴ - به کارگیری گرمای خشک (کیسه آب گرم)
- ۹۶ - کنترل جذب و دفع مایعات
- ۹۸ - کشیدن بخیه
- ۱۰۰ - استفاده از بالش دور کننده
- ۱۰۱ - استفاده از رول تروکانتر
- ۱۰۲ - استفاده از رول دست
- ۱۰۳ - دادن وضعیت به بیمار (وضعیت بهبودی)
- ۱۰۴ - وضعیت دادن به بیمار (قرار دادن بیمار در وضعیت یک طرفه نیمه به روی شکم)
- ۱۰۶ - وضعیت دادن به بیمار (قرار دادن در وضعیت به پهلو خوابیده)
- ۱۰۸ - وضعیت دادن به بیمار (قرار دادن در وضعیت به شکم خوابیده)
- ۱۱۰ - وضعیت دادن به بیمار (قرار دادن بیمار در وضعیت خوابیده به پشت)
- ۱۱۱ - وضعیت دادن به بیمار (قرار دادن بیمار در حالت نشسته یا نیمه نشسته)
- ۱۱۳ - گذاردن شیا ف مقعدی
- ۱۱۵ - کنترل کردن دستورات پزشک

- ۱۱۶ - کمک کردن به بیمار جهت انجام فرایض دینی
- ۱۱۷ - استفاده از کفش های محافظ
- ۱۱۸ - کنترل درناژ بسته زخم
- ۱۲۰ - درمان با سیستم واکيوم بسته
- ۱۲۲ - ثبت و گزارش نویسی
- ۱۲۵ - چک آمبولانس
- ۱۲۶ - درست کردن تخت بدون بیمار
- ۱۲۸ - کمک در استحمام بیمار
- ۱۳۰ - شامپو کردن موهای بیماران بستری
- ۱۳۲ - مراقبت از پشت
- ۱۳۴ - کمک به تغذیه یک فرد بزرگسال
- ۱۳۶ - پاشویه
- ۱۳۷ - خالی کردن بگ ادراری
- ۱۳۸ - دادن لوله و لگن به بیمار
- ۱۳۹ - مراقبت از پا و ناخن
- ۱۴۰ - حمام در تخت

فصل دوم: کنترل و عفونت

- ۱۴۵ - شستن دست ها
- ۱۴۶ - پوشیدن و خارج کردن ماسک صورت
- ۱۴۸ - پوشیدن و خارج کردن گان
- ۱۴۹ - پوشیدن و خارج کردن دستکش استریل
- ۱۵۰ - پوشیدن و خارج کردن دستکش یک بار مصرف
- ۱۵۱ - ایجاد و برقراری یک محیط استریل
- ۱۵۴ - احتیاطات هنگام نوتروپنی
- ۱۵۵ - احتیاطات تماسی
- ۱۵۶ - احتیاطات ریز قطرات
- ۱۵۷ - احتیاطات لازم در انتشار ذرات از راه هوا

- ۱۵۹ - استانداردهای احتیاطی
- ۱۶۱ - مراقبت و بسته بندی وسایل مصرف شده
- فصل سوم: نمونه گیری**
- ۱۶۵ - کمک در انجام پونکسیون کمری
- ۱۶۶ - اندازه گیری قند خون از طریق سوزن پوستی
- ۱۶۷ - خون گیری وریدی
- ۱۶۹ - کشت خون
- ۱۷۰ - تست قند خون
- ۱۷۱ - نمونه گیری خون به منظور اندازه گیری گازهای خون شریانی
- ۱۷۳ - جمع آوری ادرار تصادفی
- ۱۷۴ - جمع آوری نمونه تمیز وسط ادرار
- ۱۷۵ - گرفتن نمونه خون از سوند ادراری
- ۱۷۷ - جمع آوری نمونه ادرار زمان بندی شده
- ۱۷۹ - جمع آوری ادرار ۱۲ و ۲۴ ساعته
- ۱۸۰ - کنترل قند ادرار
- ۱۸۱ - کنترل کتون ادرار
- ۱۸۲ - آزمون PH ادرار
- ۱۸۳ - تست پاپ اسمیر
- ۱۸۵ - نمونه گیری به وسیله ی سواب از حلق
- ۱۸۶ - نمونه گیری به وسیله سواب از ناحیه حلق - بینی
- ۱۸۷ - نمونه گیری به وسیله سواب از زخم
- ۱۸۸ - کمک در نمونه گیری گوش میانی
- ۱۸۹ - نمونه گیری به وسیله سواب از گوش
- ۱۹۰ - نمونه گیری به وسیله سواب از چشم
- ۱۹۱ - نمونه گیری به وسیله سواب از مقعد
- ۱۹۲ - کمک در بیوپسی پوست
- ۱۹۴ - گرفتن نمونه مدفوع

فصل چهارم: دارو دادن

- ۱۹۷ - دادن داروی دستور داده شده
- ۲۰۰ - تزریق عضلانی به روش Z
- ۲۰۳ - تزریق داخل جلدی
- ۲۰۵ - تزریق زیر جلدی
- ۲۱۰ - مخلوط کردن انسولین با استفاده از سرنگ انسولین
- ۲۱۱ - تزریق زیر جلدی هیپارین
- ۲۱۲ - استعمال داروهای پوستی
- ۲۱۴ - درمان داخل وریدی - آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی
- ۲۱۶ - شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه ای یا آنژیوکت
- ۲۲۱ - تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم یا آنژیوکت
- ۲۲۴ - استفاده از وسیله کنترل کننده حجم (میکروست)
- ۲۲۶ - ترانسفوزیون فرآورده های خون
- ۲۲۸ - تغذیه کامل وریدی (TPN)
- ۲۳۰ - مصرف دارو از طریق افشانه
- ۲۳۲ - دارو دادن بنا به تقاضای بیمار یا تشخیص پرستار (PRN)
- ۲۳۳ - چکاندن قطره چشمی
- ۲۳۶ - تزریق عضلانی
- ۲۴۱ - آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول یا ویال
- ۲۴۵ - کمک در دادن دارو از طریق لوله تراشه
- ۲۴۶ - کمک در دادن دارو داخل پرده جنب

فصل پنجم: شیمی درمانی و پرتوتابی

- ۲۴۹ - آماده سازی داروهای شیمی درمانی
- ۲۵۱ - اجرای دستور داروهای شیمی درمانی
- ۲۵۴ - مداخلات پرستاری در لکوپنی
- ۲۵۶ - مداخلات پرستاری ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت)
- ۲۵۸ - مداخلات پرستاری آنمی (کم خونی)

- ۲۵۹ - مداخلات پرستاری در یبوست
- ۲۶۰ - مداخلات پرستاری در مشکلات پوست
- ۲۶۱ - مداخلات پرستاری در آلوپسی
- ۲۶۲ - مداخلات پرستاری در التهاب دهان و مخاط
- ۲۶۳ - مداخلات پرستاری استئوماتیت
- ۲۶۴ - مداخلات پرستاری در ضایعات مخاط واژن و رکتوم
- ۲۶۵ - مداخلات پرستاری در تهوع و استفراغ
- ۲۶۷ - مداخلات پرستاری در بی اشتها
- ۲۶۸ - مداخلات پرستاری در اسهال
- ۲۷۰ - مداخلات پرستاری در سمیت داروهای شیمی درمانی بر قلب
- ۲۷۱ - مداخلات پرستاری در اثرات سمی داروهای شیمی درمانی بر ریه
- ۲۷۲ - مداخلات پرستاری بر سمیت داروهای شیمی درمانی بر کلیه
- ۲۷۳ - مداخلات پرستاری در اثرات سمی بر سیستم اعصاب
- ۲۷۴ - مداخلات پرستاری در سمیت داروهای شیمی درمانی بر دستگاه تولید مثل
- ۲۷۵ - مداخلات پرستاری در سمیت کبدی
- ۲۷۶ - تزریق داخل رگی فلودارابین
- ۲۷۷ - تزریق داخل رگی فلونئورو اوراسیل
- ۲۷۸ - تزریق داخل رگی دانوروبیسین
- ۲۷۹ - تزریق داخل رگی داکتینو مایسین
- ۲۸۰ - تزریق داخل رگی داکاربازین
- ۲۸۱ - تزریق داخل رگی اپیروبیسین
- ۲۸۲ - تزریق داخل رگی متوترکسات
- ۲۸۳ - تزریق داخل رگی کارموسیتن
- ۲۸۴ - تزریق داخل وریدی سیس پلاتین
- ۲۸۵ - تزریق داخل وریدی Irinotecan
- ۲۸۶ - تزریق داخل رگی اتوپوسید
- ۲۸۷ - درمان با ید رادیواکتیو ۱۳۱

۲۸۹	- پرتو درمانی کاشتنی
۲۹۰	- پرتو درمانی خارجی
	فصل ششم : اتاق عمل
۲۹۳	- تنظیم و کنترل لیست اعمال جراحی روزانه
۲۹۴	- حمل و نقل ست ها و پگ های مورد نیاز جهت اعمال جراحی از CSR
۲۹۵	- کنترل تجهیزات مصرفی و تخصصی مثل کوتر، ساکشن، تخت جراحی
۲۹۶	- نقل و انتقال بیمار از بخش به اتاق عمل
۲۹۷	- پذیرش بیمار به اتاق عمل
۲۹۸	- باز کردن پک و وسایل استریل
۲۹۹	- اسکراب کردن
۳۰۲	- پوشیدن گان و دستکش
۳۰۴	- پوشیدن دستکش به روش بسته
۳۰۵	- پوشیدن دستکش به روش باز
۳۰۶	- پوشاندن گان و دستکش به فرد دیگر
۳۰۷	- کنترل رفت و آمد در اتاق عمل
۳۰۸	- وضعیت دادن به بیمار جهت اعمال مختلف
۳۰۹	- چیدن ست جراحی
۳۱۰	- آماده کردن پک پرپ و پک درپ و کمک به جراح در درپ و پرپ بیمار
۳۱۱	- درپ کردن
۳۱۲	- شمارش گازها، سواپ ها، سوزن ها، لنگازها، ...
۳۱۳	- الکتروسرجری و مراقبت های آن (تک قطبی - دو قطبی)
۳۱۴	- نگهداری و ارسال نمونه ها
۳۱۵	- در آوردن گان و دستکش
۳۱۶	- آماده کردن نهایی و انتقال بیمار به ریکاوری
۳۱۷	- ثبت و گزارش نویسی در اتاق عمل و ریکاوری
۳۱۹	- مراقبت از بیمار در ریکاوری
۳۲۱	- کنترل وسایل و تجهیزات ریکاوری در آغاز و پایان روز

- ۳۲۲ - رعایت احتیاطات همه جانبه در اتاق عمل و ریکاوری
- ۳۲۳ - نحوه آماده سازی وسایل جراحی جهت ارسال به CSR
- ۳۲۴ - استریل کردن وسایل در اتوکلاو
- ۳۲۵ - پک کردن کلیه وسایل استریل
- ۳۲۶ - گرفتن کشت از قسمت‌های مختلف اتاق عمل
- ۳۲۷ - کنترل اقلام مصرفی و موجود اتاق عمل و CSR (مدیریتی)
- ۳۲۸ - تحویل گرفتن و تحویل دادن بیمار از بخش به اتاق عمل و برعکس
- ۳۳۰ - مراقبت از نوزاد در عمل سزارین
- ۳۳۲ - اجرای اصول ایمنی جهت بیماری که تحت جراحی با لیزر قرار می گیرد
- ۳۳۴ - حفاظت از خود در زمان استفاده از لیزر در اعمال جراحی
- ۳۳۵ - آماده سازی بیمار و محیط قبل، حین و بعد از استفاده از لیزر
- ۳۳۶ - مراقبت از میکروسکوپ در اتاق عمل
- ۳۳۷ - چک دستگاه بیهوشی
- ۳۳۸ - آماده کردن دستگاه برای اینداکشن
- ۳۳۹ - کمک در انجام اینداکشن
- ۳۴۰ - شست و شو و ضدعفونی وسایل بیهوشی
- ۳۴۱ - شست و شوی اتاق عمل

فصل هفتم : تنفس

- ۳۴۵ - پالس اکسی متر در بزرگسالان
- ۳۴۷ - تجویز اکسیژن با کانونلای بینی
- ۳۴۹ - رساندن اکسیژن با ماسک ساده صورت به بیمار
- ۳۵۱ - اکسیژن رسانی از طریق ماسک ونچوری
- ۳۵۲ - اکسیژن رسانی از طریق T - piece
- ۳۵۳ - کمک در لوله گذاری داخل تراشه
- ۳۵۶ - لوله گذاری داخل تراشه در شرایط اورژانس
- ۳۵۹ - اتصال بیمار به دستگاه ونتیلاتور
- ۳۶۱ - ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به دستگاه تهویه مصنوعی

- ۳۶۵ - مراقبت و ساکشن تراکئوستومی
- ۳۶۷ - مراقبت از بیمار که تحت عمل جراحی رزکسیون آناستوموز تراشه قرار گرفته است
- ۳۶۸ - کمک به پزشک در گذاشتن چست تیوب
- ۳۷۰ - مراقبت از چست تیوب و درناژ تخلیه پلور
- ۳۷۱ - نمونه گیری خلط
- ۳۷۲ - گرفتن نمونه خلط در بیماران اینتوبه
- ۳۷۴ - دق کردن و ارتعاش سینه به منظور تخلیه ترشحات تنفسی
- ۳۷۶ - آموزش تنفس لب غنچه ای (pursed – lip Breathing)
- ۳۷۷ - آموزش تنفس دیافراگماتیک
- ۳۷۸ - آموزش سرفه موثر
- ۳۷۹ - فیزیوتراپی (لوب های تحتانی - قطعه خلفی)
- ۳۸۱ - فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب های تحتانی، قطعه خلفی)
- ۳۸۳ - فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب های تحتانی، قطعه قدامی)
- ۳۸۵ - فیزیوتراپی سینه جهت لوب های تحتانی، قطعه فوقانی
- ۳۸۷ - فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب راست میانی، قطعه میانی و کناری)
- ۳۸۹ - فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب چپ بالایی، قطعات تحتانی و فوقانی)
- ۳۹۱ - فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب های بالایی، قطعات قدامی)
- ۳۹۳ - فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب های بالایی، قطعات اپیکال)
- ۳۹۵ - دادن فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب های فوقانی، قطعه خلفی)
- ۳۹۷ - کمک به بیمار در استفاده از اسپیرومتری انگیزشی
- ۴۰۰ - درمان با نبولایزر با حجم بزرگ
- ۴۰۲ - درمان با نبولایزر با حجم کوچک
- ۴۰۴ - درمان با نبولایزر اولتراسونیک
- ۴۰۶ - جداسازی از دستگاه ونتیلاتور
- ۴۰۸ - جداسازی بیماران بزرگسال از دستگاه ونتیلاتور به روش (weaning cpap)

- ۴۱۰ - جداسازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور با استفاده از لوله T (T. Peiece)
- ۴۱۲ - جداسازی بیمار از ونتیلاتور به روش حمایت فشاری
- ۴۱۴ - جداسازی بیمار از ونتیلاتور به روش SIMV
- ۴۱۵ - خارج کردن چست تیوب
- ۴۱۶ - خارج نمودن لوله تراشه
- ۴۱۷ - ساکشن فارنکس (ساکشن یا بینی حلقی - ساکشن لوزه ای)

فصل هشتم : اعصاب

- ۴۲۳ - بررسی سیستم عصبی بیمار
- ۴۲۵ - کنترل درد بیمار
- ۴۲۸ - تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست (TENS)
- ۴۲۹ - کنترل تشنج در بیمار (SEIZURE)
- ۴۳۱ - کمک در درناژ مایع مغزی و نخاعی
- ۴۳۳ - کمک در کنترل فشار داخل جمجمه (ICP)

فصل نهم : گوارش

- ۴۳۷ - کار گذاشتن لوله بینی، معده ای
- ۴۳۹ - تغذیه از طریق لوله غذایی
- ۴۴۰ - شست و شوی معده از طریق لوله بینی، معده ای
- ۴۴۱ - مراقبت از لوله بینی، معده ای
- ۴۴۲ - در آوردن لوله بینی، معده ای
- ۴۴۳ - مراقبت مربوط به مشکل بلع
- ۴۴۴ - مراقبت های قبل و بعد از انجام آندوسکوپی (دستگاه گوارش تحتانی)
- ۴۴۵ - مراقبت های قبل و بعد از انجام آندوسکوپی (دستگاه گوارش فوقانی: مری، معده، دوازدهه)
- ۴۴۶ - کمک در کار گذاشتن تامپوناد بالون مری
- ۴۴۸ - گرفتن شیره معده کودکان
- ۴۴۹ - کمک در پاراسنتز شکمی
- ۴۵۱ - کمک در بیو پسی کبد و مراقبت های پرستاری آن

- ۴۵۳ - آماده سازی بیمار جهت انواع رادیوگرافی سیستم گوارشی
- ۴۵۴ - مراقبت از T تیوب
- ۴۵۶ - تخلیه و تعویض کیسه ایلئوستومی و کله‌ستومی
- فصل دهم : ادراری - تناسلی
- ۴۶۱ - گذاشتن کاتتر ادراری
- ۴۶۶ - خارج کردن سوند دایمی
- ۴۶۷ - شست و شوی سوند یا مثانه با استفاده از سوند دو راهی (سیستم بسته)
- ۴۶۹ - شست و شوی مثانه با استفاده از سوند فولی سه راهی
- ۴۷۱ - شست و شوی سوند یا مثانه با استفاده از سوند دو راهی (سیستم باز)
- ۴۷۳ - کمک در بیوپسی کلیه
- ۴۷۵ - یورودینامیک تست
- ۴۷۶ - تعویض سوند سیستوستومی
- ۴۷۷ - کمک در جای گذاری کاتتر دیالیز صفاقی
- ۴۷۹ - دیالیز صفاقی حاد
- ۴۸۲ - آموزش دیالیز صفاقی مداوم سرپایی به بیمار
- ۴۸۵ - همودیالیز
- ۴۸۷ - آماده سازی دستگاه همودیالیز (Fresenius - 4008)
- ۴۹۰ - وصل بیمار به دستگاه Fresenius 4008
- ۴۹۲ - شست و شوی دستگاه B.Braun
- ۴۹۴ - پریم دستگاه B.Braun
- ۴۹۷ - وصل بیمار به دستگاه دیالیز B.Braun
- ۴۹۹ - قطع بیمار از دستگاه دیالیز B.Braun
- ۵۰۱ - شست و شوی دستگاه دیالیز HOSPAL
- ۵۰۲ - پریم دستگاه دیالیز HOSPAL
- ۵۰۴ - وصل بیمار به دستگاه HOSPAL
- ۵۰۶ - قطع بیمار از دستگاه HOSPAL
- ۵۰۸ - مراقبت از کاتتر ورید تحت ترقوه‌ای (شالدون)

- ۵۱۰ - مراقبت از سونداژ سوپرا پوبیک
- ۵۱۲ - آمادگی بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه جهت پیوند کلیه
- ۵۱۳ - مراقبت از بیمار پس از عمل جراحی پیوند کلیه (گیرنده کلیه)
- ۵۱۵ - آمادگی جسمی دهندگان کلیه (زنده - جسد) قبل از عمل اهدای کلیه
- ۵۱۷ - تعویض لاین ورید
- ۵۱۹ - تعویض لاین شریان
- ۵۲۱ - تعویض صافی دیالیز
- فصل یازدهم : ارتوپدی**
- ۵۲۵ - پوشاندن Sling سه گوش
- ۵۲۶ - بانداژ 8
- ۵۲۸ - بستن Collar گردنی
- ۵۲۹ - انواع آتل گذاری
- ۵۳۱ - آماده کردن گچ و کمک در گچ گیری
- ۵۳۴ - کمک در باز کردن قالب گچی
- ۵۳۵ - بررسی، کنترل و ثبت وضعیت عصبی، عروقی
- ۵۳۶ - تراکشن پوستی و استخوانی (تراکشن مکانیکال)
- ۵۳۸ - مراقبت از فیکساتور خارجی
- ۵۴۰ - مراقبت بعد از اعمال جراحی (Internal fixation)
- ۵۴۲ - مراقبت پرستاری پس از آمپوتاسیون اندام ها (تحتانی، فوقانی)
- ۵۴۶ - مراقبت پرستاری بعد از T.H.R (Total Hip Replacement)
- ۵۴۹ - فرآیند مراقبت از بیمار Total knee Replacement T.K.R
- ۵۵۱ - کشیدن پین سطحی
- ۵۵۲ - کمک به جراح در خارج کردن پین داخلی یا عمقی
- ۵۵۳ - کمک در آسپیراسیون زانو
- ۵۵۴ - کمک در تخلیه آبرسه توسط جراح
- ۵۵۵ - کمک به جراح در تزریق کورتون داخل مفصلی
- ۵۵۶ - فرآیند کشیدن بخیه

- ۵۵۷ - پانسمان و کشیدن بخیه ترمیم تاندون
- ۵۵۸ - مراقبت بعد از عمل PSF و ASF در ICU ارتوپدی
- ۵۶۱ - درست کردن تخت ارتوپدی (با کشش)
- ۵۶۳ - پذیرش بیمار ترومای ارتوپدی در اورژانس
- ۵۶۵ - پذیرش بیمار در بخش ارتوپدی
- ۵۶۶ - اقدامات اولیه بعد از بستری شدن بیمار اورژانس ارتوپدی در بخش
- ۵۶۹ - آماده کردن بیمار جهت عمل الکتیو
- ۵۷۳ - آماده کردن بیمار جهت ترخیص از بخش

فصل دوازدهم : پوست

- ۵۷۷ - کمک در لیزرتراپی
- ۵۷۹ - مراقبت از بیمار با زخم فشاری
- ۵۸۱ - مراقبت از سوختگی
- ۵۸۳ - پانسمان بیولوژیک سوختگی
- ۵۸۴ - آب درمانی
- ۵۸۶ - پانسمان گرافت
- ۵۸۷ - دبریدمان مکانیکی
- ۵۸۹ - مراقبت از گرافت
- ۵۹۱ - مراقبت از ناحیه دهنده گرافت
- ۵۹۲ - درمان با اشعه اولتراویولت (ماوراء بنفش)

فصل سیزدهم : چشم و گوش و بینی

- ۵۹۷ - شست و شوی چشم
- ۵۹۹ - خارج کردن لنزهای تماسی
- ۶۰۰ - گذاشتن و برداشتن دیسک دارویی چشم
- ۶۰۳ - کمپرس چشمی سرد و گرم
- ۶۰۵ - پانسمان چشمی
- ۶۰۶ - شست و شوی چشم در سوختگی با مواد شیمیایی
- ۶۰۸ - کمک در خارج کردن جسم خارجی از چشم

- ۶۰۹ - کمک در خارج کردن تامپون بینی
- ۶۱۰ - شست و شوی گوش
- ۶۱۲ - کمک در خارج کردن جسم خارجی از گوش
- ۶۱۳ - کمک به بالغین در گذاشتن سمعک
- فصل چهاردهم : روان پرستاری**
- ۶۱۷ - گروه درمانی
- ۶۱۸ - آگاهی از واقعیت Reality orientation
- ۶۲۰ - استفاده از اتاق امن Quite Room use
- ۶۲۱ - پیش گیری از فرار
- ۶۲۲ - مراقبت از بیمار تهاجمی و پرخاشگر
- ۶۲۴ - انزوا برای بیماران پرخاشگر و تهاجمی
- ۶۲۶ - مهار فیزیکی برای بیماران پرخاشگر و تهاجمی
- ۶۲۸ - اقدامات مربوط به مراقبت از خود در بیماران روانی
- ۶۲۹ - کمک به تغذیه در بیماران روانی مبتلا به کم خوری
- ۶۳۱ - کمک به تغذیه در بیماران روانی مبتلا به پرخوری
- ۶۳۲ - اقدامات هنگام اختلال خود مراقبتی از نظر استحمام
- ۶۳۳ - مداخلات پرستاری قبل از انجام ECT
- ۶۳۵ - مداخلات پرستاری حین انجام ECT
- ۶۳۶ - اقدامات مربوط به آموزش بهداشت Health teaching
- ۶۳۷ - مداخلات معنوی Spiritual Intervention
- ۶۳۸ - اقدامات مربوط به سیستم های امتیازی (ژتون درمانی)
- ۶۳۹ - اقدامات مربوط به خانواده درمانی
- ۶۴۰ - اقدامات هنگام هذیان و توهم
- ۶۴۱ - اقدامات هنگام اضطراب
- ۶۴۲ - اقدامات در سازگاری نامؤثر فردی (اختلال در سازگاری)
- ۶۴۳ - اقدامات در برابر استفاده از روش های غیر مؤثر و اشتباه مقابله
- ۶۴۴ - اقدامات هنگام اختلال در تعامل اجتماعی

- ۶۴۵ - اقدامات هنگام انزوای اجتماعی
- ۶۴۶ - اقدامات پرستاری جهت بهبود اعتماد به نفس پایین
- ۶۴۷ - مراقبت از مددجو مبتلا به دمانس
- ۶۴۸ - مراقبت از مددجو مبتلا به دلیریوم
- ۶۴۹ - مراقبت از مددجو مبتلا به بیش فعالی همراه با نقصان توجه (ADHD)
- ۶۵۰ - مراقبت از مددجو با عدم پذیرش درمان
- ۶۵۱ - مراقبت از مددجو مبتلا به اختلال فرایند تفکر (Delusion هذیان)
- ۶۵۲ - مراقبت از مددجو مبتلا به سوء مصرف مواد
- ۶۵۴ - محیط درمانی
- ۶۵۵ - مراقبت از مددجو مبتلا به ترس
- ۶۵۶ - مراقبت از مددجو مبتلا به سندروم استرس پس از سانحه
- ۶۵۷ - مراقبت از مددجو با انکار غیرموثر
- ۶۵۸ - مراقبت از مددجو مبتلا به اختلال شخصیت وابسته
- ۶۵۹ - مراقبت از مددجو مبتلا به اختلال سلوک
- ۶۶۰ - مراقبت از مددجو با تشخیص مسمومیت با لیتیوم
- ۶۶۱ - شیو موهای زائد بدن بیماران روانی
- ۶۶۲ - اقدامات پرستاری هنگام اختلال در الگوی خواب

فصل پانزدهم : مادر و نوزاد

- ۶۶۵ - تجویز پروفیلاکسی چشم
- ۶۶۶ - شست و شوی واژن
- ۶۶۹ - کنترل ناحیه اپی زیاتومی
- ۶۷۱ - مراقبت از اپی زیاتومی
- ۶۷۳ - مراقبت از احتقان پستان
- ۶۷۴ - کنترل خون ریزی پس از زایمان- ماساژ رحم
- ۶۷۶ - بررسی خون ریزی واژینال
- ۶۷۷ - تعیین آپگار نوزاد
- ۶۷۸ - تحویل نوزاد از لیبر یا OR

- ۶۷۹ - گرم کردن نوزاد
- ۶۸۰ - بررسی باز بودن آنوس
- ۶۸۱ - بررسی رفلکس مورو در نوزاد
- ۶۸۲ - بررسی رفلکس تونیک گردن
- ۶۸۳ - بررسی رفلکس جستجو
- ۶۸۴ - بررسی رفلکس مکیدن
- ۶۸۵ - بررسی رفلکس گرفتن
- ۶۸۶ - بررسی رفلکس بابینسکی
- ۶۸۷ - باز نگه داشتن راه هوایی
- ۶۸۸ - محافظت نوزاد در مقابل عفونت
- ۶۸۹ - محافظت نوزاد در مقابل صدمه
- ۶۹۰ - حمام دادن نوزاد
- ۶۹۱ - آموزش مراقبت از نوزاد در منزل
- ۶۹۳ - مراقبت از خود بعد از زایمان در منزل
- ۶۹۴ - آموزش اصول مراقبت های ماستیت
- ۶۹۵ - آموزش لباس پوشاندن نوزاد توسط مادر
- ۶۹۶ - تزریق ویتامین K
- ۶۹۸ - بررسی بیمار پره اکلمسی که سولفات منیزیوم دریافت می کند
- ۶۹۹ - بررسی رفلکس تاندون های عمقی در بیماری که سولفات منیزیوم دریافت می کند.
- ۷۰۰ - آموزش روش های تنظیم خانواده
- ۷۰۲ - وسایل مکانیکی جلوگیری از بارداری (استفاده از کاندوم)
- ۷۰۳ - استفاده از IUD
- ۷۰۴ - مراقبت های پس از توبکتومی
- ۷۰۵ - آموزش پس از وازکتومی
- ۷۰۶ - پذیرش بیمار درلیبر
- ۷۰۸ - تغذیه نوزاد با شیشه
- ۷۱۰ - تغذیه نوزاد به وسیله گاوآژ

- ۷۱۲ - آموزش تغذیه نوزاد با شیر مادر
- ۷۱۴ - مراقبت از ناف
- ۷۱۵ - تغییر وضعیت نوزاد و کودک
- ۷۱۶ - واکسیناسیون
- ۷۱۷ - فتوترایی
- ۷۱۹ - اندازه گیری قد- وزن- دور سر
- ۷۲۱ - کمک در تعویض خون
- ۷۲۳ - کمک در انجام ختنه
- ۷۲۵ - بررسی ضربان قلب جنین
- ۷۲۷ - تزریق آمپول رگام
- ۷۲۸ - تعویض پوشک

فصل شانزدهم : مراقبت ویژه نوزادان

- ۷۳۱ - احیای قلبی تنفسی در نوزادان (زیر یک سال)
- ۷۳۳ - باز کردن انسداد راه هوایی در نوزادان هوشیار
- ۷۳۴ - مراقبت از نوزاد در عمل سزارین
- ۷۳۶ - ایمنوگلوبولین نوزاد متولدشده از مادر HbSAg مثبت
- ۷۳۷ - اندازه گیری بیلی روبین نوزاد بدون آزمایش خون
- ۷۳۸ - آشنایی بامعیارهای ترخیص نوزاد نارس از بیمارستان
- ۷۳۹ - سنجش میزان اشباع هموگلوبین از اکسیژن از طریق پالس اکسی متری
- ۷۴۰ - تعیین و اندازه گیری علایم حیاتی نوزاد
- ۷۴۱ - شمارش تنفس نوزاد
- ۷۴۲ - شمارش ضربان قلب
- ۷۴۳ - اندازه گیری فشار خون نوزاد
- ۷۴۴ - گرفتن ECG در اطفال
- ۷۴۵ - لوله گذاری معدی در نوزاد پره ترم
- ۷۴۷ - لوله گذاری داخل تراشه (E.T.T EndoTracheal Tube) اورژانسی
- ۷۴۹ - کمک در کانتريزاسیون ورید نافی

- ۷۵۱ - کمک در کاتتریزاسیون شریان ناف
- ۷۵۲ - نمونه گیری مویرگی در نوزاد
- ۷۵۳ - نمونه گیری وریدی در نوزاد
- ۷۵۴ - نمونه گیری شریانی در نوزاد
- ۷۵۵ - کانولاسیون ورید محیطی
- ۷۵۶ - کانولاسیون شریان محیطی
- ۷۵۷ - کمک در برقراری راه وریدی محیطی طولانی
- ۷۵۸ - CPR نوزاد هنگام تولد
- ۷۶۰ - CPR پیشرفته نوزاد
- ۷۶۲ - کمک در پونکسیون کمری در نوزادان (LP)
- ۷۶۴ - کمک در گذاشتن درن قفسه ی سینه (Chest Tube) در نوزاد

فصل هفدهم : کودکان

- ۷۶۹ - پایش رشد و تکامل کودکان
- ۷۷۱ - جمع آوری نمونه ادرار تصادفی در کودکان
- ۷۷۳ - جمع آوری نمونه ادرار ۲۴ ساعته در کودکان
- ۷۷۵ - جمع آوری نمونه ادرار برای کشت در کودکان
- ۷۷۷ - PH ادرار زیر پارافین
- ۷۷۹ - گذاشتن کاتتر ادراری برای کودکان
- ۷۸۰ - دادن داروهای خوراکی برای شیرخواران
- ۷۸۲ - دادن داروهای خوراکی برای نوپایان
- ۷۸۳ - دادن داروهای خوراکی برای کودکان
- ۷۸۴ - استفاده از چادر مرطوب
- ۷۸۶ - احیای قلبی ریوی در شیرخواران
- ۷۸۹ - احیای قلبی ریوی در کودکان
- ۷۹۲ - گرفتن نوار قلب نوزادان و کودکان
- ۷۹۳ - کشش برایان
- ۷۹۵ - مراقبت از گچ هیپ - اسپایکا

فصل هجدهم : مسمومیت ها

- ۷۹۹ - پاک سازی مسمومیت دارویی ضد افسردگی های سه حلقه ای (TCA)
- ۸۰۱ - پاک سازی مسمومیت دارویی بنزودیازپین ها
- ۸۰۳ - پاک سازی مسمومیت دارویی کلسیم بلوکرها
- ۸۰۴ - پاک سازی بدن از مسمومیت با بتابلوکرها
- ۸۰۶ - پاک سازی مسمومیت دارویی آنتی کولنیرژیک ها
- ۸۰۸ - پاک سازی مسمومیت دارویی آنتی سایکوتیک ها
- ۸۱۰ - پاک سازی مسمومیت لیتیوم
- ۸۱۱ - پاک سازی مسمومیت استامینوفن
- ۸۱۳ - پاک سازی ارگانوفسفره و کاربامات از بدن بیمار
- ۸۱۵ - پاک سازی مواد مخدر
- ۸۱۷ - پاک سازی مسمومیت هیدروکربن ها
- ۸۱۹ - پاک سازی منواکسید کربن
- ۸۲۰ - پاک سازی مسمومیت سیانیدی
- ۸۲۲ - پاک سازی الکل
- ۸۲۴ - پاک سازی مواد شوینده و سفید کننده
- ۸۲۵ - پاک سازی بدن از عامل ایجاد کننده مسمومیت غذایی
- ۸۲۶ - پاک سازی بدن از عامل ایجاد کننده مسمومیت غذایی با سمیت عصبی

فصل نوزدهم : قلب و عروق

- ۸۲۹ - مانیتورینگ CVP
- ۸۳۱ - کمک در گذاشتن CVP
- ۸۳۳ - کمک در خارج کردن CVP
- ۸۳۴ - کمک در گرفتن یک خط شریانی
- ۸۳۷ - گرفتن نمونه خون شریانی جهت آنالیز گازهای خون از یک سیستم بسته
- ۸۴۰ - گرفتن نمونه خون شریانی از سیستم باز
- ۸۴۲ - تعویض لوله خط شریانی
- ۸۴۴ - تعبیه خط شریانی و مانیتورینگ فشار خون شریانی

- ۸۴۷ - ایجاد فشار روی محل سوراخ شده شریان فمورال با وسیله ی پانسمان فشاری و/ یا کیسه شن
- ۸۴۹ - برداشتن وسیله کمپرس فمور یا کیسه شن از روی شریان فمور
- ۸۵۱ - بررسی فشارخون (بازو)
- ۸۵۵ - کنترل نبض با موج یاب اولتراسوند
- ۸۵۷ - تنظیم ترانسدیوسر
- ۸۶۰ - دفیبریلاسیون اتوماتیک خارجی قلبی
- ۸۶۲ - دفیبریلاسیون خارجی قلب با استفاده از دفیبریلاسیون تک فاز
- ۸۶۵ - کمک در انجام کات دان
- ۸۶۷ - کمک به پوشاندن جوراب های ضد آمبولی
- ۸۶۸ - تهیه ECG در بزرگسال
- ۸۷۰ - پایش ECG قلبی بیمار
- ۸۷۱ - الکتروکاردیوگرافی قلب راست
- ۸۷۳ - پایش قطعه ST.
- ۸۷۵ - انجام و یا کمک در انجام مانور والسالوا
- ۸۷۷ - اقدامات اولیه CPR (احیای قلبی، ریوی مقدماتی)
- ۸۸۳ - مدیریت کد (ACLS)
- ۸۸۸ - مراقبت از مددجو قبل از انجام PTCA در بخش
- ۸۹۰ - مراقبت از مددجو قبل از انجام PTCA در کت لب
- ۸۹۱ - مراقبت پرستاری حین انجام PTCA در کت لب
- ۸۹۳ - مراقبت های بعد از انجام PTCA در ریکاوری کت
- ۸۹۵ - مراقبت های بعد از عمل PTCA در بخش ویژه
- ۸۹۸ - کمک در کار گذاشتن بالون پمپ داخل آئورت
- ۹۰۱ - کمک در کار گذاشتن بالون پمپ داخل آئورت به روش جراحی
- ۹۰۴ - پایش بیماری که تحت درمان با بالون پمپ داخل آئورت می باشد
- ۹۰۷ - مراقبت قبل و بعد از بیرون کشیدن کاتتر IABP
- ۹۰۸ - خارج کردن بالون پمپ داخل آئورت IABP

- ۹۰۹ - فلوتومی
- ۹۱۰ - اقدامات قبل از تست تیلت در بخش الکتروفیزیولوژی (E.P.S.lab)
- ۹۱۲ - انجام تست تیلت جهت بیمار
- ۹۱۳ - مراقبت های پس از انجام تست تیلت
- ۹۱۴ - جداسازی بیمار از دستگاه IABP
- ۹۱۵ - کنترل اشباع اکسیژن ورید ژوگولار (Sgvo2)
- ۹۱۷ - مراقبت های پرستاری قبل از E.P.S. و Ablation در بخش
- ۹۱۹ - مراقبت های پرستاری و آمادگی ها در مطالعه الکتروفیزیولوژی قلب در بخش الکتروفیزیولوژی (E.P.S.lab)
- ۹۲۳ - مراقبت های پرستاری پس از انجام EPS و Ablation در بخش
- ۹۲۵ - مراقبت های پرستاری در تعبیه ICD و پیس میکر در بخش
- ۹۲۷ - مراقبت های پرستاری در تعبیه پیس میکروهای قلبی و ICD در بخش الکتروفیزیولوژی
- ۹۳۰ - استفاده از وسایل کمکی به بطن قلب بیماران (VAD)
- ۹۳۳ - شوک سینکرونایز
- ۹۳۶ - پذیرش بیمار جهت جراحی قلب
- ۹۴۰ - آماده سازی بیمار توسط پرستار اسکراب در جراحی قلب
- ۹۴۱ - پذیرش بیمار در ICU پس از جراحی قلب
- ۹۴۳ - مراقبت پس از جراحی قلب در ICU
- ۹۴۶ - جدا کردن بیمار از دستگاه پس از جراحی قلب
- ۹۴۸ - انتقال بیمار از بخش ICU به بخش جراحی پس از جراحی قلب
- ۹۴۹ - مراقبت های پرستاری پس از عمل جراحی قلب در بخش جراحی قلب
- ۹۵۱ - کمک در انجام پریکاردیوسنتز
- ۹۵۴ - فیزیوتراپی در جراحی قلب
- ۹۵۶ - اجرای تجویز هپارین (آنتی کواگولانت)
- ۹۵۷ - اجرای تجویز دوپامین (اینوتروپ مثبت) «آدرنرژیک ، وازوپرسور»
- ۹۵۹ - پروتکل TNG (در AMI و U/A)

- ۹۶۱ - پروتکل آمیودارون (ضد آریتمی)
- ۹۶۲ - پروتکل استرپتوکیناز (ترمبولیتیک)
- ۹۶۴ - مراقبت پرستاری حین انجام PTMC در کت لب
- ۹۶۷ - مراقبت پرستاری در آماده سازی بیمار برای آنژیوگرافی (قبل از آنژیوگرافی)
- ۹۶۹ - مراقبت پرستاری حین انجام آنژیوگرافی در کت لب
- ۹۷۲ - مراقبت پرستاری بعد از انجام آنژیوگرافی
- ۹۷۴ - آموزش بیمار بعد از آنژیوگرافی
- ۹۷۵ - بستن PDA, ASD, VSD با کویل یا آمپلاتزر
- ۹۷۷ - استرس اکوکاردیوگرافی
- ۹۷۹ - آموزش های قبل از هولترمانیتورینگ در بخش الکتروفیزیولوژی
- ۹۸۰ - انجام هولتر مانیتورینگ
- ۹۸۲ - انجام آنالیز پیس میکروهای دایم در بخش الکتروفیزیولوژی
- ۹۸۳ - انجام Signal average ECG در بخش EP (الکتروفیزیولوژی)
- ۹۸۴ - اکوی مری (ترانس ازوفازیاال اکوکاردیوگرافی)
- ۹۸۶ - برقراری CPB
- فصل بیست: سالمندی**
- ۹۹۳ - کنترل بی اختیاری ادرار در سالمندان
- ۹۹۶ - کنترل بی اختیاری مدفوع در سالمندان
- ۹۹۸ - دارو درمانی در سالمندان
- ۱۰۰۱ - پیشگیری و کنترل زمین خوردن سالمندان
- فهرست منابع

سرشناسه : میرزاییگی، غضنفر، ۱۳۴۷-
 عنوان و نام پدیدآور: کتاب مرجع چک لیست های خدمات پرستاری / گردآورندگان غضنفر میرزاییگی... [و دیگران]:
 ویرایش صدیقه سالمی، مهناز سنجرى .
 مشخصات نشر : تهران: سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۷.
 مشخصات ظاهری : [۱۰۱۱] ص.: جدول .
 شابک : 978-964-04-2072-0
 وضعیت فهرست نویسی : فیپا
 یادداشت : پشت جلد به انگلیسی : Text book of nursing procedures checklist
 یادداشت : گردآورندگان : غضنفر میرزاییگی ، شمس الدین شمس، یعقوب جعفری، فاطمه شیرازی، شیوا حیدری
 یادداشت : کتابنامه : ص. [۱۰۰۷-۱۰۱۱].
 موضوع : پرستاری -- استانداردها.
 شناسه افزوده : سالمی، صدیقه، ۱۳۲۷ -
 شناسه افزوده : سنجرى، مهناز، ۱۳۵۳ -
 شناسه افزوده : سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران.
 رده بندی کنگره : ۱۳۸۷ ۲۵ ک/RT۴۱
 رده بندی دیویی : ۶۱۰/۷۳
 شماره کتابشناسی ملی : ۱۲۷۰۹۳۲



سازمان نظام پرستاری
 جمهوری اسلامی ایران

عنوان کتاب : چک لیست های خدمات پرستاری
 تدوین و نشر: سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران
 حروفچینی : سمیه حبیبی، سمیه نجارلو
 طراحی جلد و صفحه آرایی : سمیه توفیقی
 لیتوگرافی، چاپ و صحافی : کانون تبلیغاتی راهیان نور
 شمارگان : ۱۰۰۰ جلد
 چاپ اول : ۱۳۸۷
 بها : ۳۰۰۰۰ تومان همراه با سی دی
 شابک : ۹۷۸-۹۶۴-۰۴-۲۰۷۲-۰
 تلفن مرکز پخش : ۸۸۹۳۵۸۷۴-۸۸۹۳۵۸۵۲



فصل اول

اقدامات عمومی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
★ عنوان فعالیت: پذیرش بیمار در بخش های عمومی
اهداف:

- ۱ - کاستن از اضطراب بیمار
- ۲ - کسب اطلاعات کافی جهت برنامه ریزی مراحل مراقبتی بیمار
- ۳ - تشویق بیمار به بیان مشکلات خود
- ۴ - ایجاد برنامه مدون آموزش توجیهی اولیه جهت همکاری بیشتر بیمار با روش های درمانی
- ۵ - فراهم نمودن آسایش و امنیت بیمار
- ۶ - تشویق مددجو به شرکت در برنامه مراقبت از خودش
- ۷ - تخصیص محیطی مناسب جهت نگهداری وسایل شخصی مددجو
- ۸ - همراه بودن با بیمار

وسایل مورد نیاز:

اوراق پرونده همراه با پوشه فلزی - کاردکس - گان یا پیژاما - پاکت جهت نگهداری وسایل بیمار - کیف حاوی وسایل اولیه مورد نیاز بیمار - دماسنج - گوشی و فشارسنج - ترازوی قد و وزن - ظرف جمع آوری نمونه ادرار - کارت مشخصات بالای تخت بیمار - کارت های علائم هشدار دهنده - چهارپایه کنار تخت - پاراوان - برانکارد یا ویلچر در صورت لزوم
عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با قسمت پذیرش دهنده مددجو هماهنگی می کند.			
۲	از آماده بودن اتاق مددجو اطمینان حاصل می کند.			
۳	دستور بستری را چک می کند.			
۴	خود را با نام فامیل به مددجو معرفی می کند.			
۵	پرستار مسوول بخش را به مددجو معرفی می کند و او را از وظایف وی آگاه می سازد.			
۶	مددجو را به اتاق و تخت مربوطه راهنمایی می کند .			
۷	مددجو را به هم اتاقی ها و سایر کادر پرستاری معرفی می کند.			
۸	نحوه کار با زنگ اخبار را به او آموزش می دهد.			

۹	نحوه استفاده از چراغ روشنایی اتاق و چراغ خواب را به مددجو آموزش می دهد.		
۱۰	محل توالت و حمام را به او نشان می دهد.		
۱۱	جهت قبله و محل مخصوص نگهداری وسایل انجام فرایض دینی را به او نشان می دهد.		
۱۲	در مورد ساعت غذا ، نوع رژیم غذایی خاص مددجو و مقررات آن و مقررات منع مصرف سیگار به مددجو توضیح می دهد.		
۱۳	در مورد محدودیت ها، نیازمندی ها و وسایل الکتریکی مجاز برای استفاده در بیمارستان با مددجو صحبت می کند.		
۱۴	در مورد سایر امکانات موجود در بیمارستان و محل نمازخانه، فروشگاه ، کتابخانه ، توزیع روزنامه ، تریا، و غیره مددجو را راهنمایی می کند.		
۱۵	از همراهان می خواهد که در محل مخصوص ملاقات کنندگان منتظر بمانند.		
۱۶	خلوت بیمار را با استفاده از پاراوان فراهم می کند.		
۱۷	لباس های بیمار را طبق مقررات بیمارستان جمع آوری می کند.		
۱۸	به مددجو در پوشیدن لباس مخصوص بیمارستان کمک می کند.		
۱۹	مددجو را در وضعیت راحت در تخت یا صندلی قرار می دهد.		
۲۰	درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون مددجو را به روش صحیح اندازه گیری می کند.		
۲۱	در صورت لزوم قد و وزن مددجو را اندازه گیری و ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات مربوط به مشکل آسپیراسیون

هدف:

بیمار علائمی دال بر آسپیراسیون ترشحات، غذا و مایعات نشان ندهد.

وسایل مورد نیاز:

ساکشن - چند عدد بالش - زنگ اخبار - دستکش - سوند ساکشن (کیت

ساکشن) - پالس اکسی متر دیواری یا متحرک

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از مانورهای لازم برای بازکردن راه هوایی استفاده می‌کند (هیملیخ، نلسون، بازکردن راه هوایی).			
۲	بیمار را در وضعیت به پهلو خوابیده قرار می‌دهد.			
۳	ساکشن را همراه کیت آن آماده کرده و در دسترس قرار می‌دهد.			
۴	دست هایش را می‌شوید.			
۵	دهان و بینی بیمار را ساکشن می‌کند (در صورت لزوم).			
۶	بیمار را به مدت ۳۰ دقیقه در وضعیت نشسته قرار می‌دهد.			
۷	به پزشک اطلاع می‌دهد.			
۸	بیمار را جهت CXR آماده می‌کند.			
۹	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت می‌کند.			
۱۰	از مانورهای لازم برای بازکردن راه هوایی استفاده می‌کند (هیملیخ، نلسون، بازکردن راه هوایی).			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★عنوان فعالیت: شست و شوی معده (لاواژ)

اهداف:

- ۱- کنترل خونریزی معده و روده
- ۲- خارج کردن ترشحات تحریک کننده و جلوگیری از تهوع و استفراغ
- ۳- پی بردن به محل خونریزی و سرعت خونریزی
- ۴- خارج کردن لخته های خون از معده

وسایل موردنیاز:

لوله معده شماره ۲۶-۳۲- قیف به جای ماندنی - دستکش - عینک محافظ چشم- ماسک - سرنگ ۶۰ سی سی متصل به سرکاتتر- ژل نرم کننده- سینی شست و شو- گوشی پزشکی- چسب- محلول شست و شو بر اساس انتخاب پزشک - گذاشتن وسیله در دهان بیمار تا لوله را گاز نگیرد- وسیله ساکشن

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد نحوه ی کار توضیح می دهد.			
۲	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۳	وسایل را کنار تخت بیمار می برد.			
۴	دست هایش را می شوید.			
۵	از قرار داشتن سوند در محل صحیح خود اطمینان حاصل می کند.			
۶	توسط رابط، سرنگ محتوی محلول دستور داده شده را به سوند معده وصل می کند.			
۷	محلول را به آرامی از راه سوند وارد می کند.			
۸	اجازه می دهد مواد از داخل سوند خارج شوند.			
۹	تا تمیز و شفاف شدن مواد برگشتی عمل را تکرار می کند.			
۱۰	شست و شوی معده را با محلول سرم نمکی به میزان دستور داده شده به همین روش انجام می دهد، تا مواد برگشتی کاملاً تمیز و شفاف شود.			
۱۱	پس از پایان کار وسایل را به محل اولیه برمی گرداند.			
۱۲	دست هایش را می شوید.			
۱۳	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را ثبت و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وارد کردن و جابه جا کردن رکتال تیوب

هدف: خارج کردن گاز و مدفوع در ایلئوس پارالیتیک

وسایل مورد نیاز:

گوشی - ژل حلال در آب - لوله رکتال ۲۲ تا ۳۲ نرم - دستکش - ملافه - بگ مخصوص یا شیشه

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند .			
۲	برای بیمار محیط امن و خلوت فراهم می کند.			
۳	ابزار مورد استفاده را آماده می کند .			
۴	دست های خود را می شوید .			
۵	با گوشی شکم بیمار را سمع می کند .			
۶	زیر بیمار یک ملحفه دیگر پهن می کند تا در صورت ریختن ترشحات زیر بیمار کثیف نشود.			
۷	بیمار را به پهلوی چپ می خواباند.			
۸	دستکش می پوشد.			
۹	قسمتی از باتکس بیمار را که بیرون است می پوشاند.			
۱۰	لوله رکتال را با ژل محلول در آب آغشته می کند.			
۱۱	هنگام وارد کردن لوله به بیمار می گوید که نفس عمیق و آهسته بکشد و لوله را ۲ تا ۳ اینچ معادل ۵ تا ۱۰ سانتی متر وارد می کند.			
۱۲	۱۵ تا ۲۰ دقیقه بعد لوله را جابه جا می کند. اگر بیمار احساس ناراحتی کرد و هیچ گازی خارج نشد این پروسیجر را ۲ تا ۳ ساعت بعد تکرار می کند .			
۱۳	بیمار را تمیز کرده و شکم را از نظر دیستانسیون و سمع صداهای روده چک می کند.			
۱۴	لوازم مورد استفاده را در صورت یک بار مصرف بودن به طریقه صحیح دور می ریزد.			
۱۵	تاریخ و زمان وارد کردن لوله ، مقدار و رنگ مواد خارج شده ، سفتی و سختی شکم قبل و بعد از پروسیجر ، بودن یا نبودن صداهای روده قبل یا بعد از گذاشتن رکتال تیوب را ثبت و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کوتاه کردن درن

هدف:

آماده کردن بیمار برای خروج درن

وسایل مورد نیاز:

وسایل پانسمان

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم می‌کند.			
۲	دستور پزشک را از نظر اجازه کوتاه کردن درن و میزان آن کنترل می‌کند.			
۳	بیمار را در وضعیت راحتی قرار داده، مشمع و رویه را در کنار ناحیه مورد نظر قرار می‌دهد.			
۴	پانسمان را بر می‌دارد و محل درن را با دستکش استریل به روش زیر تمیز می‌کند: الف- پوست اطراف درن را با حرکات نیم دایره یا دایره ای از محل درن به طرف خارج تمیزی می‌کند. ب- از هر گلوله پنبه فقط یک بار استفاده می‌کند . پ- برای تمیز کردن دقیق با یک دست با کمک پنس هموستات درن را بالا نگه داشته و سپس با دست دیگر اطراف آن را تمیز می‌کند .			
۵	مقدار و مشخصات ترشحات شامل بو، رنگ و غلظت آن را بررسی می‌کند .			
۶	بخیه کنار درن را بریده و بر می‌دارد .			
۷	با یک هموستات به طور کامل تمام عرض درن را در مجاورت پوست نگه می‌دارد.			
۸	به اندازه طول مورد نظر درن را بیرون کشیده و سپس پنس هموستات را بر می‌دارد.			

۹	سنجاق قفلی را تا حد ممکن نزدیک به پوست به درن می زند (با یک دست محکم درن را نگه داشته و با یک دست سنجاق قفلی را وارد می کند).		
۱۰	با قیچی استریل قسمت اضافی درن را برمی دارد به طوری که ۲/۵ سانتی متر از درن روی پوست باقی بماند.		
۱۱	یک گاز شکاف داده شده را در اطراف درن قرار می دهد .		
۱۲	ناحیه را با پانسمان استریل حجیم می پوشانند تا ترشحات اضافی به طور کامل جذب شود.		
۱۳	پد را روی پانسمان قرار می دهد .		
۱۴	دستکش ها را خارج کرده و پانسمان را با چسب ثابت می کند .		
۱۵	وسایل را به محل اولیه برمی گرداند و اقدامات لازم را انجام می دهد.		
۱۶	دست هایش را می شوید.		
۱۷	اقدامات انجام شده و نوع ترشحات و وضعیت زخم را در پرونده ی بیمار ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: آموزش به مددجو و خانواده

اهداف:

- ۱- حفظ و ارتقاء سلامتی
- ۲- پیشگیری از بیماری
- ۳- بازگشت به سلامتی
- ۴- سازگاری با اختلال در کارکرد

وسایل مورد نیاز: طبق نیاز

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نیازهای یادگیری، توان ها، اولویت ها و آمادگی مددجو برای یادگیری را بررسی می کند.			
۲	اعتقادات مذهبی، فرهنگی، موانع عاطفی، امیال و انگیزه ها برای یادگیری، محدودیت های شناختی، عوامل فیزیکی، موانع زبانی و مسائل مالی مراقبت ها را مورد ارزیابی قرار می دهد.			
۳	با در نظر گرفتن سن مددجو و طول مدت بستری در بیمارستان و ارزیابی نیازهای آموزشی نسبت به ارایه آموزش اقدام می کند.			
۴	استفاده درست و ایمن داروها را آموزش می دهد.			
۵	مددجویان را در مورد استفاده موثر و ایمن از تجهیزات پزشکی آموزش می دهد.			
۶	مددجویان را در مورد واکنش های غذایی و دارویی آموزش می دهد.			
۷	به مددجویان در مورد تغذیه و اصلاح رژیم های غذایی آموزش می دهد.			
۸	به مددجویان در مورد روش های نوتوانی جهت کمک به سازگاری با فعالیت مستقل آموزش می دهد.			
۹	به مددجویان درباره دستیابی به منابع حمایتی در جامعه آموزش می دهد.			
۱۰	به مددجویان در مورد زمان و نحوه درمان آموزش می دهد.			
۱۱	با توجه به سن و شرایط و سطح سواد و آگاهی بیمار از ابزار و امکانات مناسب استفاده می کند.			
۱۲	با توجه به شرایط بیمار، موقعیت مناسب برای آموزش را انتخاب می کند.			
۱۳	یافته های خود و روش آموزش را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: پذیرش بیمار در بخش اورژانس

اهداف:

- ۱ - تشخیص زودرس مشکلات حاد و مخاطره آمیز برای حیات بیمار
- ۲ - نجات و درمان مددجویان براساس فرآیند تریاژ
- ۳ - ایجاد اطمینان و آرامش در مددجو و خانواده وی
- ۴ - پیشگیری از صدمات جبران ناپذیر به ارگانهای حیاتی مددجو
- ۵ - همراهی با بیمار

وسایل مورد نیاز:

ترالی اورژانس - کارت بستری موقت - دماسنج - فشارسنج و گوشی - دستگاه D.C شوک - منبع اکسیژن - ماسک و آمبوبگ - کارت مشخصات بیمار - اوراق پرونده - اوراق تریاژ

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از کارکرد صحیح ساکشن - ونتیلاتور - D.C شوک و ... و کامل بودن وسایل ترالی اورژانس و قفسه دارویی و ... اطمینان حاصل می کند.			
۲	ورود بیمار یا بیماران را به اطلاع پزشک اورژانس می رساند.			
۳	بررسی اولیه را تا رسیدن پزشک مقیم طبق روش جاری انجام می دهد.			
۴	بیمار را به اتاق معاینه یا اتاق CPR هدایت می کند.			
۵	در صورت لزوم و طبق روش جاری CPR انجام می دهد.			
۶	در صورت نیاز کارت بستری موقت تشکیل می دهد.			
۷	در صورت لزوم بیمار را به بخش بیماران موقت انتقال می دهد.			
۸	طبق استاندارد مراحل پذیرش بیمار در بخشهای عمومی رفتار می کند.			
۹	در صورت درمان سرپایی قبض هزینه درمان صادر می کند.			
۱۰	روشهای درمانی را به روش جاری انجام می دهد.			
۱۱	یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انتقال بیمار

هدف:

فراهم آوردن مراقبت مناسب و مداوم بر اساس نیازهای بیماران

وسایل مورد نیاز:

کلیه وسایل شخصی بیمار - وسایل مورد مصرف در بالین بیمار مانند داروها - پرونده بیمار - کیف یا چمدان احیاء قلبی، ریوی - ورقه ثبت داروها - صندلی چرخ دار یا برانکارد در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار و خانواده وی را از اهداف انتقال، نوع بخش محل انتقال، زمان انتقال، شماره اتاق و تخت در بخش جدید مطلع می کند.			
۲	در صورتی که مددجو نگران است علت انتقال را به بیمار و خانواده وی توضیح می دهد.			
۳	وضعیت سلامت فعلی بیمار را مشخص می کند که شامل موارد زیر است: الف: علائم حیاتی مددجو شامل فشار خون، نبض و تنفس را کنترل می کند. ب: وسایل کمکی مورد نیاز را جهت انتقال مددجو مشخص می کند (ویلچر یا برانکارد).			
۴	کلیه وسایل متعلق به بیمار را جمع آوری می کند که شامل: الف: تمام کشوها و کمد های بیمار را جهت جمع آوری متعلقات وی بررسی می کند. ب: کلیه لباس ها، کفش و وسایل بهداشتی بیمار را از کشوها و کمد های بیمار جمع آوری کرده و جهت انتقال آماده می کند.			
۵	کلیه داروها و پرونده های بیمار را جمع آوری می کند : الف: اطمینان حاصل می کند که کلیه اطلاعات موجود در پرونده و کاردکس بیمارش در زمان انتقال کنترل شده و کامل باشد. ب: کلیه داروها، کاردکس و کارت های دارویی بیمار را جمع آوری می کند. اگر مددجو به بخش دیگری منتقل می شود داروهای او را به واحد پذیرش دهنده تحویل می دهد و اگر به مرکز دیگری منتقل می شود داروهای او را به داروخانه تحویل می دهد.			
۶	در پرونده بیمار، زمان انتقال، بخش مقصد، روش انتقال و هر گونه نکته مهم را شامل وضعیت بیمار بلافاصله بعد از انتقال ثبت می کند.			

۷	اگر انتقال در همان مرکز صورت می گیرد، انتقال بیمار را به واحد تغذیه، داروخانه، و مرکز تلفن گزارش می دهد.		
۸	شرایط بیمار شامل رژیم درمانی و برنامه مراقبتی وی را به پرسنل پرستاری واحد پذیرش دهنده گزارش می دهد.		
انتقال در مرکز			
	اگر بیمار از یک واحد مراقبت ویژه منتقل می شود مؤسسه ممکن است نیاز به دستورات مراقبتی جدید از طرف پزشک مددجو داشته باشد. در این صورت دستورات جدید را با پرسنل پرستاری در واحد پذیرش دهنده مرور می کند.		
۱۱	چارت بیمار، درخواست های آزمایش، کاردکس و دیگر وسایل مورد احتیاج را به واحد پذیرش دهنده می فرستد.		
۱۲	برای مددجویی که مجاز به حرکت می باشد جهت انتقال از ویلچر استفاده می کند.		
۱۳	پرسنل پرستاری واحد پذیرش دهنده را به مددجو معرفی می کند.		
	از امنیت و آسایش بیمار در ضمن انتقال اطمینان حاصل می کند.		
	مددجو را به تخت یا صندلی مربوط به خود هدایت می کند.		
	وی را به هم اتاقی های جدیدش معرفی می کند.		
	وسائل ناآشنای داخل اتاق مانند زنگ اخبار را به او نشان می دهد.		
	پرونده و کلیه داروهای بیمار را به پرستار جدید تحویل می دهد.		
انتقال به مؤسسه درمانی بزرگ			
۱	مطمئن می شود که دستور انتقال مددجو روی چارت یا فرم های مخصوص موجود باشد که این فرم باید شامل: تشخیص بیمار، خلاصه مراقبت، رژیم دارویی، وسایل مراقبتی ویژه، تغذیه، درمان جسمی و غیره باشد.		
۲	خلاصه فرم مراقبت پرستاری شامل بررسی بیمار، پیشرفت بیماری، درمان های پرستاری مورد نیاز و نیازهای خاص جهت ادامه درمان می باشد.		
۳	یک نسخه از فرم انتقال و خلاصه اقدامات پرستاری در چارت بیمار نگهداری و نسخه دوم را به مرکز پذیرش دهنده می فرستد.		
۴	در پرونده بیمار زمان ورود، تاریخ انتقال، روش انتقال، شرایط مددجو در طول انتقال، نام واحد پذیرش دهنده، روش انتقال، یافته های حاصل از بررسی و اقدامات انجام شده را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی درجه حرارت

اهداف:

- ۱- فراهم آوردن معیاری برای ارزیابی بعدی
- ۲- تعیین این که درجه حرارت در محدوده طبیعی است.

وسایل مورد نیاز:

دماسنج (جیوه ای ، نواری، دیجیتالی) - ژل نرم کننده محلول در آب یا ژل پترولیوم جهت اندازه گیری درجه مقعدی - دستمال کاغذی - پنبه الک

آماده سازی وسایل:

اگر دماسنج بیمار داخل کیف پذیرش است، آن را کنار خود بیمار قرار داده و در زمان ترخیص جهت استفاده در منزل به خود بیمار بدهید. در غیر این صورت یک دماسنج از ایستگاه پرستاری یا داروخانه یا واحد تامین تجهیزات تهیه کنید. در صورت استفاده از درجه الکترونیکی مطمئن باشید که حتماً شارژ باشد.

عامل انجام کار: پرستار و بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	اگر بیمار مایعات گرم یا سرد خورده، آدامس جویده یا سیگار کشیده، برای گذاشتن درجه حرارت دهانی ۱۵ دقیقه صبر می کند.			
استفاده از درجه حرارت جیوه ای				
۱	دماسنج را بین انگشت شست و اشاره، از قسمت مخالف مخزن جیوه ای می گیرد.			
۲	اگر دماسنج آغشته به محلول ضد عفونی کننده است، آن را با آب سرد می شوید. آب سرد سبب شسته شدن مواد ضد عفونی کننده می شود. این مواد می توانند مخاط دهان، مقعد یا پوست زیر بغل را تحریک کنند. از شست و شو با آب گرم خودداری می کند چون باعث انقباض جیوه و شکستن درجه می شود.			
۳	با یک حرکت دو طرفه درجه را از سمت مخزن جیوه به بالا با حالت چرخشی خشک می کند.			
۴	سپس با نگه داشتن درجه، مچ دست را چند بار تکان می دهد تا جیوه به			

			حد زیر ۹۸ درجه فارنهایت (۳۶/۷ درجه سانتی گراد) برسد. جیوه در اثر حرارت بدن بیمار انبساط یافته و به سمت بالا می‌رود.
استفاده از دماسنج الکترونیک (دیجیتال)			
۱			پروپ دستگاه را داخل پوشش یک بار مصرف قرار می‌دهد.
۲			اگر درجه حرارت مقعدی می‌گیرد، پوشش پروپ را به ژل آغشته می‌کند، زیرا این کار سبب کاهش آسیب و آسان شدن ورود دماسنج می‌شود.
۳			می‌گذارد پروپ تا زمانی که حداکثر درجه حرارت در صفحه نمایان شود، در محل بماند.
استفاده از دماسنج نواری (شیمیایی)			
۱			دماسنج را از ناحیه انتهای دسته با انگشت اشاره و شست گرفته و دسته را به طرف بالا و پایین می‌کشد تا جلد آن باز شود و دسته را مستقیم بیرون می‌آورد.
۲			درجه را تا زمان استفاده داخل جلد نگه می‌دارد.
استفاده از دماسنج گوشی (تیمپانیک)			
۱			مطمئن می‌شود که لنز زیر پروپ تمیز و بدون لک باشد. پوشش یک بار مصرف پروپ را روی آن قرار می‌دهد.
۲			سر بیمار را ثابت نگه می‌دارد، سپس به آرامی گوش را به سمت پایین و عقب (در کودکان تا ۱ سال) یا بالا و عقب (برای کودکان یک سال و بالاتر) می‌کشد.
۳			دماسنج را طوری در کانال گوش قرار می‌دهد که آن را مسدود کند.
۴			دماسنج بایستی به همان شیوه ای که اتوسکوپ استفاده می‌شود، داخل گوش قرار گیرد.
۵			سپس دکمه فعال ساز را فشار داده و برای ۱ ثانیه آنرا نگه می‌دارد تا درجه حرارت روی صفحه نمایان شود.

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه زیر بغل
- اهداف:
- ۱- تعیین درجه حرارت بدن
- ۲- تعیین درجه حرارت بدن کودکان، افراد بی هوش، افرادی که تروما در صورت و دهان دارند، افراد مبتلا به تشنج
- وسایل مورد نیاز:
- دماسنج جیوه ای - دستکش - دستمال کاغذی - برگه علایم حیاتی - خودکار
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	محیط امن و خلوتی برای بیمار ایجاد می کند.			
۳	بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده قرار می دهد.			
۴	لباس یا گان بیمار را تا شانه و بازو خارج می کند و ناحیه زیر بغل را نمایان می کند.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	دماسنج را تمیز و خشک می کند.			
۷	دماسنج را به آرامی تکان می دهد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد.			
۸	دماسنج را در وسط زیر بغل بیمار قرار می دهد و بازوی او را روی دماسنج می خواباند (از بیمار می خواهد که دست خود را روی قفسه سینه قرار داده و با آن دست، شانه سمت مقابل را بگیرد).			
۹	دماسنج را به مدت ۱۰ دقیقه در محل نگه می دارد.			
۱۰	بعد از برداشتن دماسنج ترشحات احتمالی روی آن را پاک می کند و سپس مقدار آن را می خواند.			
۱۱	دماسنج را در جای خود گذاشته، بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۱۲	دستکش ها را در آورده و دست ها را می شوید.			
۱۳	میزان درجه حرارت را در برگه علایم حیاتی با ذکر زمان و نحوه اندازه گیری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه دهان

اهداف:

- ۱- فراهم آوردن معیاری برای ارزیابی بعدی
- ۲- تعیین این که درجه حرارت در محدوده طبیعی است
- ۳- تعیین تغییرات درجه حرارت پایه بدن در واکنش نسبت به درمان های خاص (مثل تجویز داروهای تب بر، درمان های تضعیف کننده سیستم ایمنی، روش های تهاجمی)
- ۴- بررسی مداوم بیماران مستعد تغییرات درجه حرارت مثل بیماران مستعد عفونت یا تشخیص عفونت، افرادی که در معرض تغییرات شدید درجه حرارت قرار دارند، افرادی که شمارش گلبول سفید آن ها کمتر از ۵۰۰۰ یا بیشتر از ۱۲۰۰۰ است.

وسایل مورد نیاز:

دماسنج - دستمال کاغذی - دستکش - برگه علایم حیاتی و خودکار

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۴	در صورت نیاز به پوزیشن خاص به بیمار، این کار را انجام می دهد.			
۵	از این که بیمار از ۲۰ الی ۳۰ دقیقه پیش مایعات سرد یا گرم نخورده و سیگار نکشیده است مطمئن می شود.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	دماسنج را تمیز می کند.			
۸	از بیمار می خواهد که دهان خود را باز کند.			
۹	دماسنج را به آرامی تکان می دهد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد.			
۱۰	دماسنج را زیر زبان به طرف مرکز قرار می دهد (این مکان به علت داشتن تماس با عروق سطحی دقت اندازه گیری دما را فراهم می کند).			
۱۱	از بیمار می خواهد دهان خود را بدون گاز گرفتن درجه ببندد.			
۱۲	از بیمار می خواهد به مدت ۲-۳ دقیقه صبر کند. در صورت استفاده از نوع نواری ۴۵ ثانیه کافی است.			

۱۳	دماسنج را از دهان بیمار خارج می کند.		
۱۴	دماسنج جیوه ای را قبل از تکان دادن، جلوی چشم گرفته و درجه آن را می خواند، در صورت استفاده از دماسنج دیجیتال اول درجه را ثبت کرده و سپس آن را از محل خارج می کند.		
۱۵	پس از کنترل درجه حرارت دماسنج را تمیز می کند.		
۱۶	پس از اتمام کار دستکش ها را در آورده و دست ها را می شوید.		
۱۷	درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه مقعد

اهداف:

- ۱- فراهم آوردن معیاری برای ارزیابی بعدی
- ۲- تعیین این که درجه حرارت در محدوده طبیعی است.
- ۳- تعیین تغییرات درجه حرارت پایه بدن در واکنش نسبت به درمان های خاص (مثل تجویز داروهای تب بر، درمان های تضعیف کننده سیستم ایمنی، روش های تهاجمی)
- ۴- بررسی مداوم بیماران مستعد تغییرات درجه حرارت مثل بیماران مستعد عفونت یا تشخیص عفونت، افرادی که در معرض تغییرات شدید درجه حرارت قرار دارند ، افرادی که شمارش گلبول سفید آنها کمتر از ۵۰۰۰ یا بیشتر از ۱۲۰۰۰ است).

وسایل مورد نیاز :

دماسنج- ژل - دستکش - برگه علایم حیاتی و خودکار

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	محیط امن و خلوتی برای بیمار فراهم می کند.			
۳	بالا تنه و پاهای بیمار را می پوشاند.			
۴	بیمار را در وضعیت مورد نیاز(یک پهلوی به طوری که پای فوقانی حالت خمیده داشته باشد) قرار می دهد.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	دماسنج را تمیز می کند.			
۷	دماسنج را به آرامی تکان می دهد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد.			
۸	انتهای دماسنج را با ژل لوبریکانت آغشته می کند(۱/۳ سانتی متر در کودکان و ۳/۸ سانتی متر در بزرگسالان).			
۹	با دست آزاد دو طرف باسن را کنار می کشد طوری که مقعد مشخص شود.			
۱۰	از بیمار می خواهد که نفس عمیق بکشد و بدن خود را شل کند.			
۱۱	به آرامی دماسنج را به داخل مقعد وارد می کند(۱/۳ سانتی متر در کودکان و ۳/۸ سانتی متر در بزرگسالان).			

۱۲	در صورت احساس مقاومت هنگام وارد نمودن دماسنج سریعاً آن را خارج می کند.		
۱۳	پس از قرار دادن دماسنج در مقعد ۲-۳ دقیقه آن را در محل مذکور نگه می دارد.		
۱۴	به آرامی آن را از مقعد خارج می کند و آلودگی های آن را پاک می کند (مقعد بیمار را نیز پاک می کند).		
۱۵	دماسنج را جلوی چشم نگه می دارد و مقدار آن رامی خواند.		
۱۶	ژل های باقیمانده اطراف آن را تمیز می کند.		
۱۷	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.		
۱۸	دماسنج را با آب و صابون می شوید و آبکشی می کند.		
۱۹	سپس دماسنج را خشک کرده و در جای خود قرار می دهد.		
۲۰	دستکش ها را در آورده و در کیسه زباله می اندازد.		
۲۱	لباس بیمار را مرتب می کند و او را در وضع راحتی قرار می دهد.		
۲۲	دست ها را می شوید.		
۲۳	میزان درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کنترل نبض رادیال

اهداف:

- ۱- پایش و بررسی تغییرات وضعیت سلامت مددجوی بزرگسال یا کودکان بالای ۳ سال
- ۲- تعیین طبیعی بودن تعداد نبض، ریتم نبض و حجم نبض مددجو
- ۳- فراهم آوردن اطلاعات برای انجام ارزیابی های بعدی مددجو
- ۴- بررسی مددجویان مستعد تغییرات نبض (به طور مثال در افرادی که تاریخچه بیماری قلبی دارند یا مبتلا به آریتمی های قلبی، خونریزی، درد حاد، دریافت حجم زیاد مایعات و دیابت می باشند).

وسایل مورد نیاز :

ساعت مچی دارای ثانیه شمار- دفتر مخصوص ثبت علائم حیاتی- پرونده مددجو

عامل انجام کار: پرستار- بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	با مددجو ارتباط برقرار می کند و منظور خود را از اندازه گیری نبض به وی توضیح می دهد.			
۳	اطمینان حاصل می کند که بیمار شب قبل راحت خوابیده است زیرا وضعیت نامناسب خواب ضربانات قلب را تحت تأثیر قرار می دهد.			
۴	به مددجو آموزش می دهد که آرام باشد و از استرس های روحی بپرهیزد و همچنین از مصرف مواد محرکی چون کافئین و چای زیاد بپرهیزد زیرا این مواد ضربانات قلب را افزایش می دهند.			
۵	راحتی و آسایش مددجو را فراهم می کند.			
۶	مددجو را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۷	بازوی مددجو را در کنار بدن وی قرار می دهد به طوری که کف دست او به طرف پائین باشد.			
۸	انگشت سبابه، وسطی و انگشت حلقه را روی شریان رادیال قسمت داخلی مچ دست بیمار قرار می دهد طوری که هر ۳ انگشت روی یک خط قرار گیرند.			
۹	ساعت خود را در معرض دید قرار می دهد.			

۱۰	پس از پیدا کردن نبض، تعداد ضربانات را در ۶۰ ثانیه می شمارد و یا در ۳۰ ثانیه می شمارد و در عدد ۲ ضرب می کند (درافراد دارای مشکلات قلبی و آریتمی ها به طور کامل در ۶۰ ثانیه شمارش می کند).		
۱۱	ضمن شمردن تعداد، ریتم نبض و حجم آن را با توجه به الگو و قدرت ضربانات تشخیص می دهد.		
۱۲	در صورتی که متوجه یک موج غیر طبیعی شد، شمارش را تکرار می کند.		
۱۳	محل و الگوی موج غیر طبیعی را پیدا می کند.		
۱۴	اگر در مورد شمارش نبض تردید دارد، نبض اپیکال را نیز کنترل می کند.		
۱۵	اطلاعات و یافته ها را ثبت می کند: الف: تعداد نبض، ریتم نبض و حجم نبض را در مدت زمان معین ب: زمان کنترل نبض را (تاریخ، ساعت و شیفت) ج: الگوی نبض را از نظر پر یا قوی بودن و یا ضعیف و نخی بودن د: در صورت مشاهده موج غیر طبیعی، الگوی آن ه: یافته های غیر طبیعی در مددجو از قبیل پوست سرد و رنگ پریده و یا تعریق		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کنترل نبض اپیکال

اهداف:

۱- شمارش و تعیین تعداد نبض نوزادان و کودکان زیر ۳ سال و یا بالغینی که نبض محیطی آن ها غیر طبیعی و نامشخص است.

۲- فراهم کردن اطلاعات جهت ارزیابی های بعدی

۳- پایش مددجویان مبتلا به بیماری قلبی یا افرادی که داروهای اصلاح کننده فعالیت قلب دریافت می کنند.

۴- تعیین طبیعی بودن ضربانات و ریتم قلب

وسایل مورد نیاز:

ساعت دارای ثانیه شمار - استتوسکوپ (گوشی پزشکی) - پنبه سوآپ آغشته به محلول ضد عفونی-
ملحفه در صورت نیاز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	وسایل مورد نیاز خود را آماده می کند و به اتاق مددجو می برد.			
۳	با مددجو ارتباط برقرار می کند و هدف از انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۴	به بیمار آموزش می دهد که از استرس های روحی و مصرف مواد محرک پرهیز کند.			
۵	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۶	کمک می کند تا مددجو در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد.			
۷	در صورت نیاز مددجو را با ملحفه می پوشاند.			
۸	دیافراگم یا بل گوشی را در دست خود گرم می کند.			
۹	محل ورود گوشی به گوش را با پنبه الک تمیز می کند.			
۱۰	محل ورود گوشی به گوش را در گوش خود قرار می دهد.			
۱۱	با وارد کردن ضربه ای به دیافراگم انعکاس صدا را درگوشی خود حس می کند.			
۱۲	دیافراگم یا بل گوشی را بالای آپکس قلب بیمار در پنجمین فضای بین دنده ای سمت چپ خط میدکلاویکول قرار می دهد.			

۱۳	به صداهای اول و دوم قلب که به صورت (لَاب دَاب) شنیده می شود دقت می کند.		
۱۴	تعداد ضربانات را در ۶۰ ثانیه می شمارد.		
۱۵	گوشی را برمی دارد.		
۱۶	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.		
۱۷	وسایل را به محل مخصوص خود برمی گرداند.		
۱۸	دست ها را می شوید.		
۱۹	اطلاعات و یافته های خود را ثبت می کند: الف: ریتم، تعداد، حجم و شدت (بلندی) نبض ب: زمان اندازه گیری نبض (تاریخ، ساعت، شیفت) ج: هرگونه امواج غیر طبیعی د : هرگونه تغییرات غیر طبیعی در مددجو		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کنترل نبض اپیکال - رادیال

هدف: فراهم کردن اطلاعات برای ارزیابی بعدی

وسایل مورد نیاز:

ساعت دارای ثانیه شمار - گوشی - پنبه آغشته به الکل

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	با مددجو ارتباط برقرار می کند و در مورد هدف انجام کار توضیح می دهد.			
۳	به مددجو آموزش می دهد که از فعالیت، بی خوابی و مصرف مواد محرک بپرهیزد.			
۴	وسایل مورد نیاز را آماده کرده و به اتاق مددجو می برد.			
۵	به مددجو کمک می کند تا در وضعیت خوابیده به پشت قرار بگیرد.			
۶	پوشش مناسب را برای مددجو فراهم می کند.			
۷	نبض اپیکال و رادیال را پیدا می کند.			
۸	دیافراگم یا بل گوشی را در دست خود گرم می کند.			
۹	محل ورود گوشی به گوش را با پنبه الکل ضد عفونی می کند.			
۱۰	یک پرستار گوشی را در گوش خود قرار می دهد.			
۱۱	با زدن ضربه ای به دیافراگم گوشی انعکاس صدا را حس می کند.			
۱۲	زمان شروع شمارش را تعیین می کند.			
۱۳	یک پرستار نبض رادیال را در مدت ۶۰ ثانیه می شمارد.			
۱۴	پرستار دیگری همزمان تعداد نبض اپیکال را در مدت ۶۰ ثانیه می شمارد.			
۱۵	در صورتی که پرستار دیگری وجود نداشته باشد گوشی را در دست ساعت دار خود می گیرد.			
۱۶	ضربانات نبض رادیال را با دست دیگر خود لمس می کند تا جدایی بین نبض اپیکال و رادیال را حس کند.			
۱۷	اطلاعات و یافته های خود را ثبت می کند: الف: تعداد ، ریتم و حجم نبض ب: زمان کنترل نبض (تاریخ، ساعت، و شیفت) و مکان نبض محیطی. ج: تعداد نبض های اپیکال - رادیال			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★عنوان فعالیت: کنترل نبض با موج یاب اولتراسوند
- اهداف:
- ۱- ارزیابی تعداد ضربانات نبض در مدجویانی که نبض آن ها شنیده نمی شود و یا ضعیف شنیده می شود.
- ۲- فراهم نمودن اطلاعات جهت انجام ارزیابی های بعدی مدجو
- وسایل مورد نیاز:
- دستگاه موج یاب اولتراسوند - ژل انتقال دهنده امواج - گاز یا پارچه تمیز - ملحفه جهت پوشش دادن به مدجو - پارچه نرم (پنبه یا دستمال کاغذی) - محلول ضد عفونی یا آب و صابون - ساعت مچی دارای ثانیه شمار
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف از انجام کار و مراحل آن را توضیح می دهد.			
۳	به بیمار آموزش می دهد که از قبل استراحت کند و از هیجان و فعالیت غیر عادی و مصرف مواد محرک بپرهیزد.			
۴	پروپ اولتراسوند را به ژل آغشته می کند.			
۵	شریان مورد نظر را انتخاب می کند.			
۶	پروپ اولتراسوند را روی پوست سالم مدجو، روی شریان انتخاب شده قرار می دهد.			
۷	وسیله یا دستگاه را روشن می کند.			
۸	ساعت شمار هوشمند را به حرکت درمی آورد.			
۹	درجه صدا را در پائین ترین حد امکان تست می کند.			
۱۰	اگر وسیله بدون اسپیکر است تویی اسپیکر را می بندد و به آهستگی درجه صدا را بالا می برد.			
۱۱	در صورت استفاده از گوشی اولتراسوند داپلر، پروپ را ۴۵ درجه نسبت به شریان مایل نگه می دارد.			

۱۲	مطمئن می شود که ژل روی پروب مالیده شده است.		
۱۳	آهسته پروب را به حالت چرخشی در مرکز شریان ثابت می کند.		
۱۴	موج داپلر را به صورت یک صدای خش می شنود.		
۱۵	پروب را با سرعت زیاد حرکت نمی دهد.		
۱۶	سیگنال های موجود را در ۶۰ ثانیه می شمارد.		
۱۷	پس از اتمام کار پروب را با دستمال نرم آغشته به محلول ضد عفونی و یا آب صابون تمیز می کند.		
۱۸	وسایل را جمع نموده و به جای اول خود برمی گرداند.		
۱۹	محل کنترل نبض روی شریان را پس از اتمام کار پاک می کند.		
۲۰	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.		
۲۱	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف: تعداد، ریتم و حجم نبض ب: شریان انتخابی ج: زمان کنترل نبض (تاریخ- ساعت و شیف) د: سیگنال های غیر طبیعی		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اندازه گیری فشارخون

اهداف:

۱- تعیین مقدار فشارخون و تشخیص موارد طبیعی و غیرطبیعی

۲- تهیه اطلاعات پایه جهت تشخیص بیماری ها

۳- ثبت یافته ها و گزارش موارد غیرعادی

وسایل مورد نیاز:

فشار سنج عقربه ای یا جیوه ای - گوشی پزشکی - پنبه الکلی - دستگاه مانیتور علائم حیاتی اتوماتیک (در صورت دسترسی)

آماده سازی وسایل:

اندازه مناسب کاف را برای بیمار با دقت انتخاب کنید. کاف بسیار باریک فشار بالای کاذب و کاف بسیار پهن فشار پایین کاذب را نشان می دهند. اگر شما از گوشی خودتان استفاده نمی کنید قسمت هایی که داخل گوش می رود را برای کاهش احتمال عفونت با پنبه الکلی پاک کنید.

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد نحوه گرفتن فشار خون وی توضیح می دهد.			
۲	بیمار می تواند در طول گرفتن فشار خون به پشت دراز کشیده یا به طور کامل بنشیند.			
۳	بازو بایستی در سطح قلب باز شده و روی یک سطح صاف قرار داده شود. اگر بازو پایین تر از سطح قلب قرار بگیرد فشار بالای کاذب ایجاد می کند.			
۴	اطمینان می یابد که مدجو در طول اندازه گیری فشارخون در وضعیت آرام و راحت قرار دارد.			
۵	کاف را به طور کامل به دور بالای بازو می بندد. از درستی اتصال کاف به پمپ هوا و مانومتر اطمینان حاصل می کند.			
۶	گوشی پزشکی را در گوش خود می گذارد.			
۷	محل شریان براکیال را با نبض پیدا می کند.			
۸	قسمت بل گوشی را بالای جایی که بیشترین قدرت نبض را در شریان			

			لمس کرده است قرار می دهد و با یک دست آن را نگه می دارد (قسمت بل گوشی کوچک ترین ضربان شریان را بسیار موثرتر از دیافراگم منتقل می کند).
۹			از انگشت شست و اشاره دست برای باز کردن پیچ پمپ هوا و بستن دریچه استفاده می کند.
۱۰			سپس تا زمانی که صدای شریان براکیال قطع شود هوا پمپ می کند (با این کار جریان خون شریان قطع می شود).
۱۱			پمپ کردن را تا زمانی که ستون جیوه یا عقربه بالای ۱۶۰ میلی مترجیوه یا حداقل ۹۰ میلی متر جیوه بالای زمان قطع شریان برسد ادامه می دهد.
۱۲			دریچه خروج هوا را به آهستگی و دقت باز می کند. خروج هوا با سرعت بیشتر از ۵ میلی متر جیوه در ثانیه نباشد.
۱۳			در حالی که هوا خارج می شود ستون جیوه را نگاه می کند و هم زمان به صدای شریان گوش می دهد.
۱۴			وقتی اولین ضربه یا صدای کوبش واضح را شنید به ستون یا عقربه توجه می کند. این فشار، فشار سیستولیک نامیده می شود (این صدا، صدای اول کورتکوف می باشد، دومین صدا، صدای سوفل یا فش فش است).
۱۵			به خارج کردن هوا تا زمانی که صدای شریان را می شنود ادامه می دهد.
۱۶			به فشار دیاستولیک توجه می کند (صدای چهارم کورتکوف) به شنیدن صدا هم زمان با پایین آمدن عقربه یا درجه جیوه (تا صفر درجه که در کودکان شایع است) ادامه می دهد.
۱۷			فشار را در شروع چهارمین صدا ثبت می کند. توجه به این موضوع مهم است چون در بعضی مددجویان صدای پنجم وجود ندارد.
۱۸			به سرعت کاف را خالی می کند و پس از فشار، ۱۵ تا ۳۰ ثانیه صبر کرده و این فعالیت را تکرار می کند تا یافته های پایه ای قبلی تأیید شود.
۱۹			پس از اتمام کار، کاف را باز کرده، خارج نموده و در جای خود قرار می دهد.
۲۰			درچارت بیمار فشار سیستولیک را بالای فشار دیاستولیک مانند ۱۲۰ به روی ۸۰ می نویسد.
۲۱			در صورت لزوم فشار سیستولیک و هر دو فشار دیاستولیک را یادداشت می کند.
۲۲			در صورت وجود فاصله شنوایی یا عدم سمع آن را ثبت می کند.
۲۳			اندازی که فشار خون از آن گرفته شده و وضعیت بیمار را نیز ثبت می کند. اگر فشار به وسیله لمس یا داپلر گرفته شده آن را هم ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی تنفس

اهداف:

- ۱- تعیین تعداد، ریتم، عمق، الگوی تنفس و صداهای تنفس
- ۲- ثبت یافته‌ها و گزارش موارد غیرعادی
- ۳- تهیه اطلاعات پایه برای تشخیص بیماری‌ها
- ۴- تهیه اطلاعات پایه قبل از تجویز برخی داروها مثل مرفین

وسایل مورد نیاز:

ساعت مچی دارای ثانیه شمار

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بهترین زمان برای کنترل تنفس بلافاصله بعد از کنترل نبض می‌باشد. نوک انگشتان خود را بالای شریان قرار می‌دهد ولی به بیمار نمی‌گوید که قصد شمردن تنفس او را دارد، چرا که گفتن این موضوع تمرکز بیمار را روی تنفس افزایش می‌دهد و ممکن است تعداد تنفس را تغییر دهد.			
۲	تنفس را با مشاهده بالا و پایین رفتن دیواره قفسه سینه شمارش می‌کند یا دست دیگر بیمار را روی قفسه سینه قرار داده، بالا و پایین رفتن آن را شمارش می‌کند (هر بار بالا و پایین رفتن سینه را یک تنفس حساب می‌کند).			
۳	تنفس را برای ۳۰ ثانیه شمارش کرده و در ۲ ضرب می‌کند. در صورتی که تنفس نامنظم است برای محاسبه تغییرات در الگو و تعداد تنفس آن را در ۶۰ ثانیه اندازه می‌گیرد.			
۴	همان طوری که تنفس را شمارش می‌کند، بر مسائلی چون صداهای تنفس از قبیل: استتوپور، استریدور، خس خس و خر خر در بازدم توجه و آنرا ثبت می‌کند.			
۵	تعداد، عمق، نظم و صداهای تنفسی بیمار را ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اندازه گیری قد و وزن

اهداف:

۱- بررسی قد و وزن به منظور تامین صحیح مایعات، داروها و تغذیه در بیمارستان

۲- کنترل قد و وزن در طی مراحل درمان و تاثیر وضعیت درمانی بیمار به منظور بهبودی

۳- تعیین پیشرفت بهبودی بیمار

وسایل مورد نیاز:

ترازوی ایستاده با میله اندازه گیری (در صورت عدم وجود ترازوی ایستاده از نوار مدرج و وزنه معمولی استفاده شود)- صندلی چرخدار برای بیمارانی که قادر به راه رفتن نمی باشند.

عامل انجام کار: پرستار -بہیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ترازو را بالانس و آماده می کند (اگر ترازو دیجیتالی است مطمئن می شود که نمایشگر آن عدد صفر را نشان می دهد).			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را برای وی توضیح می دهد.			
۳	چنانچه ترازو چرخدار است قبل از ایستادن بیمار، آن را قفل می کند.			
۴	یک کاغذ یا دستمال کف ترازو قرار می دهد و بیمار را جهت ایستادن روی کف ترازو کمک می کند.			
۵	به بیمار می گوید که کفش خود را درآورد.			
۶	بعد از این که وزن اندازه گیری شد، آن را ثبت می کند.			
۷	به منظور اندازه گیری قد چنانچه ترازو ایستاده است میله اندازه گیری قد را تا بالای سر بیمار برده و قد را خوانده و ثبت می کند.			
۸	به بیمار کمک می کند از ترازو پایین آمده و کفش خود را بپوشد، او را به اتاق خود راهنمایی می کند.			
۹	نحوه کار با ترازو را طبق دستورالعمل نصب شده روی آن انجام می دهد.			
۱۰	برای بیمارانی که در تخت وزن می شوند یا از ترازوهای صندلی استفاده می کنند براساس دستورالعمل وزنه ها عمل می کند.			
۱۱	تاریخ و ساعت انجام کار را درگزارش ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: محدود کردن مددجو با کمک جلیقه محدود کننده

اهداف:

- ۱- پیشگیری از سقوط مددجو از تخت یا صندلی
- ۲- ایجاد شرایط مناسب جهت انجام اقدامات درمانی و مراقبتی درمددجوی پرخاشگر، گیج و کودکان

وسایل مورد نیاز:

جلیقه محدود کننده - پدگازی در صورت نیاز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دست ها را می شوید.
۲	قبل از وارد شدن به اتاق بیمار از اندازه مناسب محدود کننده مطمئن می شود.
۳	قد و وزن بیمار را اندازه گیری می کنید.
۴	مطمئن می شود که بندها باز هستند.
۵	جهت اطفال از محدود کننده های مخصوص اطفال استفاده می کند.
۶	سعی می کند با بیمار ارتباط برقرار کند.
۷	دستور پزشک را مبنی بر محدود کردن بیمارچک می کند.
۸	در صورت نیاز از همکاران خود کمک می گیرد.
۹	به مددجو توضیح می دهد که علت محدود کردن وی چیست (اگر امکان برقراری ارتباط باشد).
۱۰	برای مددجو توضیح می دهد که با این کار از ایجاد جراحت و صدمه به خودش در امان می باشد.
۱۱	تعداد تنفس و صداهای تنفس را بررسی می کند.
۱۲	بیمار را در پوزیشن نشسته قرار می دهد (در صورتی که مجاز باشد).
۱۳	جلیقه را از روی لباس زیر به وی می پوشاند.
۱۴	دو لبه جلیقه را روی هم قرار می دهد به طوری که در قسمت گردن شکل ۷ ایجاد شود.
۱۵	جلیقه را در وضعیت راحت به مددجو می پوشاند. از محکم بستن جلیقه اجتناب می کند.
۱۶	بندهای جلیقه را به کنار تخت یا صندلی یا ویلچرگه می زند، به طوری که مددجو راحت فشار و کشش قرار ندهد.

۱۷	محدود کننده را به چرخ تخت و یا قطعات متحرک تخت و یا ویلچر نمی بندد.
۱۸	از گره آسان باز شو استفاده می کند تا در مواقع اورژانسی به راحتی باز شود.
۱۹	مطمئن می شود که جلیقه به مددجو خیلی کیپ نباشد.
۲۰	مرتباً تعداد تنفس و صدای تنفس مددجو را کنترل می کند (هر ۲ ساعت).
۲۱	مشاهدات و یافته های خود را به شرح زیر ثبت می کند: الف - هر گونه علامت بیقراری، تنگی نفس و تغییر صداهای تنفسی ب - تعداد تنفس را قبل از محدود کردن و حین آن هر ۲ ساعت ج - هر گونه تغییرات خلقی و رفتاری مددجو

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★عنوان فعالیت: استفاده از محدود کننده های عضوی

اهداف:

- ۱- پیشگیری از ایجاد صدمه و جراحت به خود یا دیگران در مددجوی گیج یا پرخاشگر
- ۲- جلوگیری از خارج نمودن تجهیزات پزشکی از بدن خود توسط مددجو از قبیل (کاتترهای وریدی و سوندهای به جا ماندنی و لوله معده و...)
- ۳- در مواقعی که آرام بخش ها اثر نکند از محدود کننده های عضوی بسته به رفتار مددجو استفاده می شود.

وسایل مورد نیاز:

دو مچ بند چرمی دست - دو مچ بند چرمی پا - چهار بند چرمی - کلید قفل - پدگازی بزرگ برای لایه گذاری در هر عضو

عامل انجام کار: پرستارواجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	وسایل موردنیاز را قبل از ورود به اتاق مددجو آماده و بررسی می کند.			
۳	مطمئن می شود که بندهای محدود کننده باز می باشند.			
۴	در صورتی که محدود کننده دارای قفل می باشد مطمئن می شود که کلید مربوط به قفل را با خود آورده است.			
۵	دستور پزشک را مبنی بر محدود کردن مددجو بررسی می کند .			
۶	در صورت نیاز از همکاران خود کمک می خواهد.			
۷	با مددجو ارتباط برقرار می کند و مراحل و هدف خود را از محدود نمودن وی توضیح می دهد.			
۸	به بیمار می گوید که جهت جلوگیری از صدمه رساندن به خودش و یا خارج نمودن تجهیزات پزشکی وی را محدود می کند.			
۹	مچ دست یا پای بیمار را باید گازی می پوشاند.			
۱۰	محدود کننده عضوی را روی پدگازی قرار می دهد.			
۱۱	بند را از قسمت باریک، در شکاف قسمت پهن محدودکننده وارد می کند.			
۱۲	محدود کننده را به میزان لازم محکم می کند.			
۱۳	سگک یا دکمه آن را می بندد.			

۱۴	محدود کننده را آنقدر سفت نمی بندد که خورسانی انتها هامختل شود.		
۱۵	مراقب علائم اختلال خورسانی به قسمت های انتهای اندام ها می باشد.		
۱۶	انتهاهای مددجو را از نظر تغییر رنگ، حرارت و نبض بررسی می کند (هر ۱۵ دقیقه یک بار) به مدت ۲-۴ ساعت.		
۱۷	اگر پوست انتهای اندام ها آبی رنگ یا سرد بود و یا اگر مددجو احساس خارش یا بی حسی کرد،محدود کننده را بازمی کند.		
۱۸	هر ۲ ساعت جهت خورسانی بهتر عضو مورد نظر حرکات غیر فعال به عضو می دهد.		
۱۹	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- هر گونه تغییر رنگ،حرارت و نبض عضو ب - بررسی های خود از عضو مورد نظر را هر ۱۵ دقیقه به مدت ۲-۴ ساعت ج- مدت زمان محدود شدن مددجو (شروع و پایان محدودیت) د. ثبت نام همکاران درصورت کمک گرفتن از آن ها		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★عنوان فعالیت: استفاده از دستکش محدود کننده

هدف:

پیشگیری از ایجاد خراش یا جراحت به خود یا دیگران در مددجوی پرخاشگر یا کودکان

وسایل مورد نیاز:

دستکش محدود کننده - پد گازی در صورت نیاز، باند

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	قبل از وارد شدن به اتاق بیمار از اندازه مناسب دستکش ها مطمئن می شود.			
۳	مطمئن می شود که بندها باز می باشند.			
۴	دستور پزشک را مبنی بر محدود کردن مددجو بررسی می کند.			
۵	در صورت لزوم از همکاران کمک می خواهد.			
۶	قبل از وارد شدن به اتاق بیمار از اندازه مناسب دستکش ها مطمئن می شود.			
۷	با مددجو ارتباط برقرار می کند و مراحل و قصد خود را از محدود کردن به وی توضیح می دهد.			
۸	به مددجو می گوید که جهت پیشگیری از ایجاد خراش و جراحت و آسیب به خودش وی را محدود می کند.			
۹	دست های مددجو را شسته و خشک می کند.			
۱۰	دور دست های مددجو پارچه تمیز یا پد گازی مناسب می پیچد و سر آن را در کف دست مددجو قرار می دهد.			
۱۱	دستکش را روی آن می کشد.			
۱۲	سر دستکش ها را می بندد.			
۱۳	جهت بی حرکت کردن بازوها، بند دستکش را به شکل مناسب به هم گره می زند.			
۱۴	از گره آسان باز شو استفاده می کند تا در مواقع اورژانس با سرعت و به آسانی باز شود.			
۱۵	حرکت دست های مددجو را کنترل می کند.			

			هر ۲ ساعت دستکش ها را خارج می کند.	۱۶
			حرکات غیرفعال به دست های مددجو می دهد تا از خشک شدگی و اختلال خونسازی پیشگیری شود.	۱۷
			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - طول مدت محدود شدن بیمار (شروع و طول) ب - مشاهدات و ارزیابی خود از انتها های بیمار هر ۲ ساعت. ج - ثبت نام همکاران در صورت کمک گرفتن از آن ها	۱۸

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★عنوان فعالیت : استفاده از کمربندهای محدود کننده

اهداف:

۱- جلوگیری از سقوط مددجو از تخت، صندلی یا ویلچر

۲- جلوگیری از آسیب به خود و دیگران در مددجویان پرخاشگر

وسایل مورد نیاز:

کمر بند محدود کننده - پدگازی در صورت نیاز

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از وارد شدن به اتاق وسایل را آماده و بررسی می کند.			
۲	از باز بودن بندها مطمئن می شود.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	در صورت نیاز به کمک، از همکاران خود کمک می خواهد.			
۵	دستور پزشک را مبنی بر محدود کردن مددجو بررسی می کند.			
۶	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل و قصد خود را از محدود کردن وی توضیح می دهد.			
۷	به مددجو می گوید که قصد از محدود کردن وی جلوگیری از رساندن آسیب به خود و دیگران می باشد.			
۸	مرکز پشتی کمربند را روی تخت قرار می دهد.			
۹	بند کوتاه را دور تخت می کشد و آن را زیر تخت می برد.			
۱۰	با کمک همکارانش بیمار را روی پد کمر وضعیت می دهد.			
۱۱	کمربند را دور کمر مددجو می پیچد.			
۱۲	سگک بند را می بندد.			
۱۳	بند بلند را دور تخت می کشد و زیر تخت می برد.			
۱۴	بند بلند را به بند کوتاه می بندد.			
۱۵	دست را بین بیمار و کمربند می برد تا مطمئن شود که گشادی آن به			

			اندازه چهار انگشت وی است.	
			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف. طول مدت محدود شدن (زمان شروع و پایان محدودیت) ب. ثبت نام همکاران در صورت کمک گرفتن از آن ها ج. هر گونه تغییرات در علائم حیاتی و ... در مددجو	۱۶

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★عنوان فعالیت: تعویض پانسمان بیمار

هدف:

جلوگیری از بروز عفونت در محل زخم

وسایل مورد نیاز:

ماسک و دستکش استریل - پگ پانسمان استریل - محلول ضد عفونی کننده - نرمال سالین استریل جهت شست و شو - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل پانسمان را آماده می کند.			
۲	روش کار را برای بیمار توضیح داده و محیط خلوت برای وی فراهم می آورد.			
۳	در و پنجره را قبل از تعویض پانسمان می بندد.			
۴	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۵	دست ها را می شوید.			
۶	ماسک می زند.			
۷	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۸	پانسمان قبلی را از روی پوست بیمار (با آرامی و دقت) برمی دارد.			
۹	ست پانسمان را به روش استریل باز می کند.			
۱۰	دستکش استریل می پوشد.			
۱۱	زخم را با پنبه استریل آغشته به مواد ضد عفونی تمیز می کند.			
۱۲	زخم را از مرکز به خارج (از بالا به پایین یا دورانی) تمیز می کند.			
۱۳	زخم را با گاز استریل می پوشاند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از چشم (جهت بیماران فلج یا کومایی)

اهداف:

۱- حفظ رطوبت و سلامت قرنیه

۲- خارج کردن ترشحات اضافی

وسایل مورد نیاز:

(کاسه) یا رسیوراستریل - دستکش - حوله استریل - نرمال سالین استریل - گلوله های پنبه‌ای یا پد و گاز

استریل - روغن معدنی - اشک مصنوعی یا پماد چشمی (طبق دستور پزشک) - گاز یا پد چشمی - چسب

ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده کرده به کنار تخت بیمار می برد .			
۲	مقدار کمی نرمال سالین داخل رسیور (کاسه) می ریزد.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	روش کار را (در صورتی که بیمار هوشیار باشد) برای او توضیح داده و محیط خلوت برای وی فراهم می آورد.			
۶	برای برداشتن ترشحات و ترشحات چسبیده به پلک و مژه ها ابتدا یک گلوله پنبه ای را کاملاً به نرمال سالین آغشته کرده و سپس به آرامی از کناره داخلی به سمت کناره خارجی پلک بیمار می کشد (این کار باعث جلوگیری از ورود ترشحات به مجرای اشکی می شود).			
۷	برای جلوگیری از آلودگی مجدد از هر گلوله پنبه ای فقط یک بار و برای یک چشم استفاده می کند.			
۸	این عمل را برای چشم مقابل هم انجام می دهد.			
۹	بعد از تمیز کردن چشم، اشک مصنوعی ریخته یا پماد چشمی دستور داده شده را به مقدار لازم در چشم استعمال می کند.			
۱۰	پلک های بیمار را می بندد و مقدار کمی از روغن معدنی را جهت نرم و مرطوب نگه داشتن پوست پلک روی آن می مالد.			
۱۱	گاز یا پد چشمی را کاملاً به نرمال سالین آغشته کرده و روی چشم			

			قرار می دهد و با چسب ضد حساسیت ثابت می کند. این گاز و پد هر زمان که خشک شد، باید تعویض شود.
۱۲			پس از اتمام مراقبت، چشم را با حوله استریل می پوشاند.
۱۳			سپس دستکش خود را بیرون می آورد.
۱۴			زمان و نوع مراقبت از چشم را در گزارش خود ثبت می کند. در برگه داروهای مددجو قطره یا پماد چشمی مورد استفاده را ثبت می کند. در ضمن هر نوع افزایش زیاد ترشح یا ترشح رنگی یا غیر طبیعی را ثبت و گزارش می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی مخصوص پرینه

اهداف:

۱- برطرف نمودن ترشحات طبیعی

۲- رفع بوی ناحیه پرینه

۳- پیشگیری از عفونت (در صورت وجود سوند فولی)

۴- برقراری آسایش بیمار

وسایل مورد نیاز:

ملحفه - مشمع و رویه - لگن توالت - کیسه نایلونی - وسایل شست و شوی پرینه (کاسه تمیز ۲ عدد، گلوله پنبه، گاز) - محلول شست و شو با درجه حرارت ۴۳-۴۱ درجه سانتی گراد - دستکش یا پنس تمیز - شورت سرجی فیکس^۱

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند و به اتاق بیمار می برد.			
۲	بیمار را از اقدام مراقبتی مطلع می کند.			
۳	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۴	از ملحفه جهت پوشش بیمار استفاده می کند.			
۵	کیسه نایلونی را در قسمت پایین تخت در دسترس خود قرار می دهد.			
۶	مقداری از پنبه ها را داخل یکی از کاسه ها می گذارد و محلول شست و شو را به آن اضافه می کند.			
۷	در کاسه دیگر مقداری آب می ریزد.			
۸	مشمع و رویه را زیر بیمار پهن می کند.			
۹	بیمار را در وضعیت مناسب (به پشت خوابیده، زانو ها خمیده و پاها از هم باز) قرار می دهد.			
۱۰	لگن تمیزی زیر بیمار قرار می دهد.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	دستکش تمیز می پوشد.			

^۱ - surgifix

۱۳	وضعیت پرینه را بررسی می کند (از نظر التهاب، خراش یا تورم به ویژه بین لب‌های واژن در بیماران زن و چین اسکروتال ^۲ در بیماران مرد، وجود ترشحات بیش از حد و بدبو).		
۱۴	پرینه بیمار را با پنبه آغشته به محلول شست و شو به طریق زیر تمیز می کند: الف- از هر پنبه فقط یک بار استفاده می کند و همیشه پنبه را از بالا به پایین به آرامی روی پرینه کشیده و سپس در کیسه نایلونی می اندازد. ب) محلول باقی مانده را روی پرینه بیمار می ریزد. ج) با استفاده از گاز خشک پرینه بیمار را خشک می کند.		
۱۵	لگن را از زیر بیمار برمی دارد.		
۱۶	بیمار را به پهلو می خواباند.		
۱۷	ناحیه اطراف پرینه و مقعد را خشک می کند و همیشه گاز را از پرینه به طرف مقعد می کشد.		
۱۸	بیمار را به پشت برمی گرداند.		
۱۹	دستکش خود را بیرون می آورد.		
۲۰	پد را از جلو به عقب روی پرینه بیمار می گذارد و با شورت مخصوص در محل ثابت می کند.		
۲۱	مشمع و رویه را از زیر بیمار برمی دارد.		
۲۲	وسایل را به محل مربوط بر می گرداند و توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.		
۲۳	دست ها را می شوید.		
۲۴	نکات مورد ارزشیابی در مورد سلامت پوست ناحیه پرینه، وجود التهاب، خراش، تورم، ترشح و وجود ناحیه حساس در لمس را در پرونده بیمار ثبت می کند.		

^۲ - scrotal folds

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مو در بیماران بستری

اهداف:

۱- مراقبت از مو به منظور حفظ ظاهر بیمار

۲- برقراری آرامش خاطر بیمار

وسایل مورد نیاز:

شانه یا برس - حوله - دستکش - سینی - گیره سر - مواد چرب کننده مو - سطل زباله - پیش بند یا گان

عامل انجام کار: بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را در صورت هوشیاری برای وی توضیح می دهد.			
۳	وسایل را داخل سینی آماده می کند و کنار تخت بیمار می برد.			
۴	دستکش و پیش بند می پوشد.			
۵	پوزیشن بیمار را در صورت هوشیاری به صورت نیمه نشسته در می آورد و در صورت عدم هوشیاری بیمار پوزیشن وی به صورتی است که به راحتی کار می کند.			
۶	حوله را روی شانه های بیمار قرار می دهد.			
۷	اگر موها در هم پیچیده شده مواد چرب کننده مو را به آن ها زده و مقداری ماساژ می دهد تا موها در وضعیت شانه زدن قرار گیرد.			
۸	در صورت هوشیاری بیمار وی را تشویق به برس و شانه زدن موهایش کرده و وی را همراهی می کند.			
۹	برای شانه زدن راحت موها، آن ها را تقسیم بندی کرده و هر بار یک قسمت را شانه زده و دسته بندی کرده و یا با گیره از بقیه قسمت ها جدا می کند.			
۱۰	هنگام شانه زدن، سر بیمار را به دقت از نظر علائم زخم و هر مورد غیر طبیعی بررسی می کند.			
۱۱	پس از اتمام شانه زدن، موها را به دقت جمع کرده و گیره می زند.			
۱۲	وسایل را جمع کرده و حوله را از دور بیمار باز می کند.			
۱۳	تخت بیمار را مرتب کرده و بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۱۴	دستکش و وسایل اضافی را داخل سطل می اندازد.			
۱۵	تمام مراحل انجام کار و حالات بیمار را در گزارش به طور دقیق ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به پوشاندن جوراب های ضد آمبولی

هدف:

کمک به عمل انقباض عضلات و برگشت خون وریدی از انتهای اندام تحتانی

وسایل مورد نیاز:

جوراب ضد آمبولی با توجه به سایز بیمار، پودر

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	هدف از انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	یک ساعت قبل از پوشیدن جوراب مددجو را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد.			
۳	حریم بیمار را حفظ می کند.			
۴	اطمینان می یابد که پاها خشک هستند.			
۵	کمی پودر به پاها می زند.			
۶	جوراب ها را به طرف خارج برمی گرداند.			
۷	پا را داخل آن قرار می دهد.			
۸	قسمت پاشنه و پشت پا را داخل جوراب جابه جا می کند.			
۹	به آرامی جوراب را روی ساق پا می کشد.			
۱۰	چین های آن را صاف می کند.			
۱۱	قسمت بالای جوراب را از نظر صاف بودن کنترل می کند.			
۱۲	انگشتان پا را از نظر گردش خون و گرما بررسی می کند.			
۱۳	یافته های خود را ثبت و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از دهان

اهداف:

۱- حفظ تمیزی دهان و دندان ها

۲- جلوگیری از پوسیدگی دندان ها

۳- ایجاد طعم مطلوب در دهان

وسایل مورد نیاز:

حوله - مسواک - خمیردندان - دستکش یک بار مصرف - رسیور - آب تمیز - نخ دندان - ژل پترولیوم

- پنبه - سرنگ بدون سر سوزن

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	خلوت بیمار را با کشیدن پاراوان حفظ می کند.			
۳	روش کار را برای مددجو توضیح می دهد.			
۴	مددجو را در وضعیت نشسته قرار می دهد، در صورت وجود محدودیت مددجو را در وضعیت خوابیده به پهلو قرار می دهد.			
۵	حوله را زیر چانه مددجو قرار می دهد.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	مسواک را با آب مرطوب می کند.			
۸	کمی خمیر دندان روی آن قرار می دهد.			
۹	مسواک را به دست مددجو می دهد.			
۱۰	به بیمار می گوید مسواک را در زاویه ۴۵ درجه نسبت به خط لثه ها نگه دارد.			
۱۱	با حرکات کوتاه واز بالا به پایین واز سمت لثه به تاج، دندان ها را تمیز می کند.			
۱۲	این عمل را برای سطوح داخلی و خارجی تکرار می کند.			
۱۳	سطوح جونده را با عقب و جلو بردن تمیز می کند.			
۱۴	از بیمار می خواهد روی زبان را آهسته برس بزند و مراقب تحریک رفلکس gag می باشد.			

۱۵	به مددجو می گوید دهان خود را با آب بشوید و آب را داخل رسیور برگرداند.		
۱۶	دهان مددجو را با حوله خشک می کند.		
۱۷	از نخ دندان استفاده می کند.		
۱۸	یک قطعه ۲۵ سانتیمتری نخ دندان برمی دارد.		
۱۹	هر انتها را بین انگشت میان دو دست می پیچد.		
۲۰	نخ را از بالا به پایین بین دندان های پایین حرکت می دهد.		
۲۱	این کار را برای دندان های بالا تکرار می کند.		
۲۲	به مددجو می گوید دهان خود را با آب بشوید و آب را به داخل رسیور برگرداند.		
۲۳	دهان مددجو را خشک می کند.		
۲۴	وسایل را برمی دارد.		
۲۵	دست ها را می شوید.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: Fecal Impaction

اهداف:

۱- بیرون آوردن مدفوع سفت که باعث انسداد راه دفع شده است

۲- ایجاد راحتی در بیمار

وسایل مورد نیاز:

ژل - لگن - دستکش (۲جفت) - روکش تخت - پاراوان - دستمال کاغذی

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط مناسب برقرار می کند و دلایل انجام کار و روش کار را توضیح می دهد.			
۲	محیط امن و خلوتی را با کشیدن پاراوان برای بیمار ایجاد می کند.			
۳	به منظور پیشگیری از آلودگی تخت روی ملحفه روکش می اندازد.			
۴	بیمار را به پهلوی چپ با زانوی تا شده می خواباند (این وضعیت باعث دسترسی راحت به سیگموئید می شود).			
۵	دستکش را پوشیده و مقداری ژل روی انگشت سبابه می مالد.			
۶	به بیمار آموزش می دهد تا با تنفس منظم و عمیق عضلات خود را شل کند.			
۷	انگشت خود را به آرامی و با حفظ احتیاط داخل رکتوم فرو می کند تا جایی که به مدفوع سفت شده برسد.			
۸	با انگشت خود مدفوع را خرد کرده و به آرامی بیرون می آورد.			
۹	انگشت خود را خارج کرده و دستکش را تعویض می کند و مقعد بیمار را با دستمال کاغذی تمیز می کند.			
۱۰	در صورتی که بیمار احساس دفع داشت به وی لگن می دهد.			
۱۱	به بیمار کمک می کند تا بهداشت محل دفع خود را کامل کند.			
۱۲	در طی انجام کار بیمار را از نظر رنگ پریدگی، تعریق شدید یا تغییر نبض کنترل می کند. در صورت مشاهده این علائم، عمل را قطع و به پزشک اطلاع می دهد.			
۱۳	وسایل را از کنار بیمار جمع کرده و دستان خود را می شوید.			
۱۴	زمان و تاریخ انجام کار و پاسخ بیمار به فرآیند کار، رنگ و قوام و بوی مدفوع را به طور دقیق در گزارش ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (وضعیت لیتوتومی)

اهداف:

۱-انجام کارهای تشخیصی و درمانی

۲-انجام زایمان طبیعی

وسایل مورد نیاز:

تخت معاینه ژنیکولوژی - تسمه - سه عدد ملحفه

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط - ماما

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار و ضرورت آن را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	محیط امن و راحت برای بیمار فراهم می کند(پرده ها را کشیده - درب اتاق را بسته یا پاراوان می گذارد) .			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	به مددجو کمک می کند لباس های خود را در بیاورد و روی تخت بخوابد.			
۵	وضعیت مددجو را با کمک پایه های تخت اصلاح و ثابت می کند.			
۶	پاهای بیمار را کنار پایه های تخت قرار داده و با تسمه ثابت می کند.			
۷	با دو عدد ملحفه پاهای مددجو را تا حد ممکن می پوشاند.			
۸	ملحفه سوم را طوری روی هر دو پای مددجو می اندازد که ناحیه تناسلی در معرض دید نباشد.			
۹	در صورت امکان در طول معاینه یا انجام فعالیت در کنار مددجو می ماند.			
۱۰	به مددجو کمک می کند از تخت پائین بیاید و لباس هایش را بپوشد.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده مددجو و گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (وضعیت سجده. knee- chest Position)

اهداف:

۱- تسکین درد بیمار

۲- انجام کارهای تشخیصی یا درمانی

۳- اصلاح پرو لاپس بدن ناف در مادر باردار

وسایل مورد نیاز:

تخت معاینه - ملحفه - بالش کوچک

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار و ضرورت آن را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	محیط امن و راحتی برای بیمار به وجود می آورد.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	اگر لازم است به بیمار کمک می کند لباس هایش را در بیاورد.			
۵	بیمار را به حالت سجده در حالی که صورت او روی دست هایش قرار گرفته است روی تخت قرار می دهد.			
۶	زیر سر او در صورت لزوم بالش کوچکی قرار می دهد.			
۷	ملحفه را طوری روی بیمار می اندازد که نواحی تناسلی او را کاملاً بپوشاند.			
۸	در صورت امکان در طول انجام کار در کنار بیمار می ماند.			
۹	به بیمار کمک می کند از تخت پائین بیاید و لباس هایش را بپوشد.			
۱۰	دست های خود را می شوید.			
۱۱	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و انتقال آن به سردخانه

اهداف:

۱- تمیز کردن جسد به نحوی که طبیعی و راحت به نظر برسد.

۲- ایجاد مراتب همدردی با خانواده متوفی

وسایل مورد نیاز:

گان و دستکش تمیز در صورت لزوم - ماسک در صورت لزوم - کلمپ و پنس در صورت لزوم - چسب و قیچی - باند و گاز و پد به مقدار کافی - دو عدد ملحفه بزرگ - دو عدد مچ بند تهیه شده از گاز و نوار چسب که نشان دهنده مشخصات بیمار باشد و به علاوه یک قطعه چسب با همین مشخصات - حوله و شانه - لگن حمام - پارچه مخصوص پیچیدن جسد - ماده ضد عفونی کننده پوست در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	براساس مقررات بیمارستان، اقوام شخص فوت شده را مطلع می کند.			
۲	خلوت جسد را با بستن درب و کشیدن پاروان حفظ می کند.			
۳	تمامی وسایل غیرضروری از قبیل اکسیژن، دستگاه ساکشن را خارج کرده و جهت ضد عفونی به محل مربوطه ارسال می کند.			
۴	وسایل مورد نیاز را آماده کرده و به اتاق می برد.			
۵	در صورت لزوم ماسک زده ، دستکش و گان می پوشد.			
۶	شخص فوت شده را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد.			
۷	برای جلوگیری از تغییر رنگ صورت جسد یک بالش زیر سر و شانه های او قرار می دهد.			
۸	چشم ها را به آرامی می بندد.			
۹	یک قطعه پد چشمی را مرطوب کرده و برای چند لحظه روی چشم جسد قرار می دهد.			
۱۰	با قرار دادن حوله لوله شده در زیر چانه جسد دهان او را بسته نگه می دارد.			
۱۱	حلقه، النگو و سایر وسایل زینتی جسد را خارج می کند.			
۱۲	البسه و وسایل زینتی جسد را لیست کرده و در کیسه مخصوص قرار می دهد.			

۱۳	وسایل اضافی نظیر لوله‌ها و کیسه‌ها را خارج کرده و محل خروج را پانسمان می‌کند.		
۱۴	در صورت لزوم بدن جسد را تمیز می‌کند.		
۱۵	خون و ترشحات را با آب گرم و گاز تمیز می‌کند.		
۱۶	در صورت وجود زخم باز، آنرا پانسمان می‌کند.		
۱۷	ظاهر متوفی را مرتب می‌کند و در صورت لزوم وی را حمام داده و موها را شانه می‌کند.		
۱۸	دو عدد مچ بند تهیه شده از باند و نوار چسب را که شامل نام و نام‌خانوادگی، شماره پرونده و نام پزشک معالج می‌باشد به مچ دست و مچ پای متوفی می‌بندد.		
۱۹	در صورتی که قوانین بیمارستان اجازه ملاقات بستگان را با متوفی می‌دهد، مقدمات این کار را مهیا می‌کند.		
۲۰	شخص فوت شده را در یک پارچه مخصوص می‌پیچد . الف- مچ پاهای شخص فوت شده را با یک باند به یکدیگر می‌بندد. ب - بالا و پایین پارچه مخصوص را روی بدن جسد تا کرده، طرفین آن را روی هم قرار می‌دهد. پ - از چسب برای ثابت کردن پارچه استفاده می‌کند. ت- مشخصات شخص فوت شده را که قبلاً آماده کرده روی آن می‌چسباند.		
۲۱	دستکش و گان را خارج می‌کند.		
۲۲	تمامی اشیاء جسد را به همراه برگه ثبت وسایل و البسه به سرپرستار تحویل می‌دهد.		
۲۳	ترتیب انتقال جسد را به سردخانه می‌دهد.		
۲۴	در صورتی که فرد در اثر بیماری عفونی خطرناک مانند ایدز، سارس و ... فوت کرده باشد، اقدامات احتیاطی جهت ضد عفونی جسد را طبق دستورالعمل‌های مربوطه انجام می‌دهد.		
۲۵	در صورتی که متوفی در اثر بیماری‌های عفونی فوت شده، جسد را در کاور پلاستیکی مخصوص قرار می‌دهد.		
۲۶	علت مرگ، تاریخ و زمان مرگ، ساعت مطلع ساختن پزشک، نحوه نگهداری از اشیاء و متعلقات بیمار، مراقبت از بدن، فرم‌های امضاء شده توسط بستگان، اطلاعات داده شده به بستگان شخص فوت شده و واکنش آن‌ها را ثبت می‌کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به راه رفتن بیمار با عصا

اهداف:

۱- ایجاد تعادل در بیماران با ضعف یا جراحت یک طرفه بدن

۲- حمایت از بیمار دارای عدم تعادل

۳- کمک به کاهش سرگیجه و فشار وارده روی مفاصل بیمار بر اثر تحمل وزن

وسایل مورد نیاز:

عصا- دمپایی یا کفش راحتی

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر استفاده از عصا هنگام راه رفتن بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده کرده و به اتاق بیمار می آورد.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۵	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۶	عصا را در فاصله ۱۵-۱۰ سانتی متری نزدیک پای ضعیف تر بیمار قرار می دهد.			
۷	کمک می کند تا بیمار از روی تخت یا صندلی برخیزد.			
۸	کمک می کند تا بیمار شروع به راه رفتن کند.			
۹	هنگام راه رفتن بیمار را حمایت و با وی همراهی می کند.			
۱۰	در صورت بروز علائم سرگیجه یا عدم تعادل و احتمال سقوط ، وی را با کمک به تخت برمی گرداند.			
۱۱	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۱۲	پس از استراحت مجدداً تکنیک را تکرار و بیمار را راه می اندازد.			
۱۳	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - نوع عصای مورد استفاده ب - تاریخ و زمان اقدام به راه رفتن با عصا پ - طول مسافت راه رفتن بیمار با عصا ت - میزان درک بیمار از توضیحات قبل از راه رفتن و تحمل وی به راه رفتن ث - مشکلات احتمالی پیش آمده و اقدامات انجام شده			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به بیمار هنگام راه رفتن با استفاده از چوب زیر بغل

هدف:

انتقال وزن از یک یا هر دو پا در بیماران ناتوان، به دست یا بازو

وسایل مورد نیاز:

چوب زیر بغل - پدهای زیر بغل - در صورت لزوم کمربند راه رفتن

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر استفاده از چوب زیر بغل بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند و به اتاق بیمار می آورد.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام تکنیک را به وی می گوید.			
۵	چوب زیر بغل را طوری قرار می دهد که درفاصله ی ۱۵ - ۱۰ سانتی متری کنار بیمار و در فاصله ی ۱۵ - ۱۰ سانتی متری جلوی او قرار داشته باشد.			
۶	چوب را طوری قرار می دهد که در فاصله ی ۵ - ۴ سانتی متری زیر بغل بیمار قرار گیرد (در حدود ۲ انگشت).			
۷	سپس جای دستی چوب زیر بغل را طوری تنظیم می کند که آرنج بیمار در زمان ایستادن زاویه ۱۵ درجه بگیرد.			
۸	در صورت لزوم کمربند راه رفتن را دور کمر بیمار می بندد.			
۹	سپس از او می خواهد که هر دو چوب زیر بغل را در یک دست بگیرد.			
۱۰	به او آموزش می دهد که چطور با استفاده از چوب زیر بغل تعادل خود را حفظ کند.			
۱۱	جهت نشستن به او می گوید که هر دو چوب زیربغل را در یک دست بگیرد.			
۱۲	به او می گوید که با دست دیگر خودش را پائین تر بیاورد و روی تخت یا صندلی بنشیند.			
۱۳	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- نوع چوب زیر بغل و تعداد آن ب - تاریخ و زمان شروع به استفاده از چوب زیر بغل پ- مسافت پیموده شده ت- میزان تحمل بیمار به استفاده از چوب زیر بغل			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در ایستادن بیمار به منظور خروج از بستر

هدف:

جهت پیش گیری از بروز و پیشرفت عوارض مربوط به بی حرکتی در بیمار پس از اعمال جراحی و دوره های بستری طولانی مدت.

وسایل مورد نیاز:

دمپایی یا کفش راحتی – کمر بند مخصوص راه رفتن (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار – بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر خروج از بستر بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	دمپایی بیمار را کنار تخت وی آماده می کند.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام تکنیک را به وی توضیح می دهد.			
۵	به بیمار می گوید که این کار جهت راحتی و آسایش وی می باشد و جهت جلوگیری از عوارض مربوط به بی حرکتی است.			
۶	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۷	پاهای بیمار را به روش صحیح از تخت آویزان می کند.			
۸	پس از این که پاهای او را آویزان نمود و مطمئن شد که مشکل خاصی ندارد و می تواند وزن بدنش را تحمل کند، اقدام به ایستادن بیمار می کند.			
۹	به وی کمک می کند که دمپایی یا کفش راحتی بپوشد.			
۱۰	اگر تصمیم دارد که از کمر بند مخصوص راه انداختن برای بیمار استفاده کند آن را آماده می کند.			
۱۱	مراقب است که دمپایی و لوله های درن ها یا هر چیز دیگری دور پاهای بیمار نیفتد.			
۱۲	در صورتی که بیمار هوشیار و دارای قدرت کافی می باشد، پاهای او را مستقیم و صاف روی کف زمین قرار می دهد.			
۱۳	اجازه می دهد که بیمار به تنهایی بایستد.			

۱۴	هنگامی که بیمار ایستاد، یک دست خود را زیر بغل او قرار می دهد.		
۱۵	دست دیگر خود را دور کمر وی حلقه می کند (جهت جلوگیری از سقوط بیمار).		
۱۶	کمک می کند که کاملاً صاف بایستد.		
۱۷	بیمار را تشویق می کند که (جهت حفظ تعادل)، به اطراف نگاه کند نه به زمین.		
۱۸	در صورتی که بیمار دچار مشکل شد و نیاز به کمک داشت، وی را به سمت خود برگردانده و زانوهایش را دو طرف بیمار می گذارد.		
۱۹	زانوهای خود را خم می کند.		
۲۰	بازوهای خود را دور کمر بیمار حلقه می کند.		
۲۱	بازوهای بیمار را گرفته و او را به سمت تخت می کشد.		
۲۲	زانوها را راست می کند و بیمار را با یک پوزیشن مناسب می کشد (این تکنیک از وارد شدن صدمه به کمر جلوگیری می کند).		
۲۳	بیمار را روی تخت می خواباند تا استراحت کند.		
۲۴	علائم حیاتی او را کنترل می کند.		
۲۵	در صورتی که بیمار آمادگی داشت، مجدداً تکنیک را تکرار و کمک می کند تا بیمار بایستد.		
۲۶	کلیه مشاهدات، یافته ها و مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به مددجو در راه رفتن (با یک پرستار و یا دو پرستار)

اهداف:

- ۱- تأمین ایمنی راه رفتن
- ۲- جلوگیری از افتادن یا آسیب مددجو
- ۳- پیشگیری از بروز و پیشرفت عوارض مربوط به بی حرکتی بعد از اعمال جراحی و استراحت طولانی در بستر

وسایل مورد نیاز:

دمپایی یا کفش راحتی - کمر بند مخصوص راه رفتن

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

دیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر راه رفتن بیمار بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار کرده و هدف و لزوم تحرک و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۵	علام حیاتی مددجو را کنترل می کند.			
۶	تخت را در پایین ترین وضعیت قرار می دهد.			
۷	کمک می کند تا مددجو در یک طرف تخت بنشیند.			
۸	پروسیجر مربوط به آویزان کردن پاها و نشستن مددجو در تخت را انجام می دهد.			
۹	مددجو را از نظر وجود سرگیجه و حالت ضعف بررسی می کند.			
۱۰	تا زمانی که احساس امنیت و راحتی کند اجازه می دهد که بیمار در همین وضعیت بماند.			
۱۱	لباس بلند و کفش به مددجو می پوشاند.			
در روش ۱ پرستار:				
۱۳	کمر بند راه رفتن را اطراف کمر مددجو می بندد (استفاده از آن اختیاری می باشد).			
۱۴	کمک می کند تا مددجو در وضعیت ایستاده قرار گیرد.			
۱۵	تعادل وی را بررسی می کند.			
در روش ۲ پرستار:				
۱۷	به مددجو کمک می کند تا در وضعیت ایستاده قرار گیرد در حالی که در			

			هر طرف وی یک پرستار قرار دارد.	
۱۸			یک پرستار کمربند راه رفتن را برای حمایت از مددجو می گیرد (استفاده از کمربند اختیاری است).	
۱۹			پرستار دیگر وسایل را آماده و حمل می کند.	
۲۰			آهسته و همراه با مددجو راه می رود.	
۲۱			قدرت و تعادل مددجو را بررسی می کند.	
۲۲			در صورت عدم تعادل او را به تخت منتقل می کند.	
۲۳			در صورتی که تصمیم می گیرد بیمار را روی صندلی بنشاند، او را پشت به صندلی قرار می دهد.	
۲۴			مطمئن می شود که صندلی محکم و ثابت باشد.	
۲۵			خودش را روبروی صندلی و بیمار قرار می دهد.	
۲۶			پس از کمی نشستن و بهبود وضعیت بیمار، دوباره اقدام به انجام پروسیجر می کند.	
۲۷			پاهای بیمار را صاف روی کف زمین قرار می دهد.	
۲۸			اجازه می دهد مددجو دست‌هایش را دور شانه یا کمر وی حلقه کند.	
۲۹			پشت مددجو قرار می گیرد.	
۳۰			وی را از طریق کمربند یا گرفتن کمر مورد حمایت قرار می دهد.	
۳۱			همراه بیمار راه می رود.	
۳۲			پس از چند قدم راه رفتن قدرت و تعادل وی را بررسی می کند.	
۳۳			در صورتی که مددجو به تنهایی قادر به راه رفتن باشد، در کنار او می‌ایستد و آهسته پشت سر او قرار می‌گیرد.	
۳۴			به مددجو می‌گوید که به جای نگاه کردن به پاهایش به جلو نگاه کند.	
۳۵			اگر یک سمت بدن مددجو ضعف دارد، به سمت مبتلا می‌ایستد و یک بازویش را دور کمر وی حلقه می‌کند.	
۳۶			با بیمار ارتباط برقرار می‌کند و به صورت کلامی و عملی به وی نشان می‌دهد که چگونه راه برود.	
۳۷			در صورتی که مددجو احساس ضعف و سرگیجه دارد او را روی صندلی می‌نشاند و سپس به تخت منتقل می‌کند.	
۳۸			در صورتی که مددجو در حال افتادن است، یک پایش را جلوی پای دیگر و دور از هم قرار می‌دهد.	
۳۹			درحالی که سر را حمایت می‌کند، وی را روی زمین قرار می‌دهد.	
۴۰			بیمار را با روش صحیح به تخت منتقل می‌کند.	
۴۱			علائم حیاتی او را کنترل می‌کند.	
۴۲			کلیه مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت می‌کند (مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده).	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آویزان کردن پاهای بیمار به منظور خروج از بستر

اهداف:

شروع خروج بیمار از بستر به منظور نشستن روی تخت، صندلی یا صندلی چرخدار و راه رفتن بیمار داخل اتاق

وسایل مورد نیاز:

زیردست - میزکنار تخت - زیر پای - دمپایی یا کفش راحت

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر شروع خروج بیمار از بستر بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۴	علت و مراحل خروج از بستر را به بیمار توضیح می دهد.			
۵	از بیمار می پرسد که درد یا احساس ضعف دارد.			
۶	در صورت داشتن درد یا ضعف ، یک مسکن به بیمار تزریق می کند.			
۷	۶۰-۳۰ دقیقه جهت اثر بخشی دارو صبر می کند.			
۸	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند تا متوجه افت فشار خون، سرگیجه و یا ضعف بیمار بشود.			
۹	در صورتی که بیمار احساس درد در ناحیهٔ برش جراحی می کند، به او آموزش می دهد که دست خود را روی پانسمان محل برش قرار دهد.			
۱۰	وسایل اطراف بیمار را جهت جلوگیری از سقوط جمع کرده و بیرون می برد .			
۱۱	چرخ های تخت را قفل می کند.			
۱۲	تخت بیمار را به حالت افقی درمی آورد.			
۱۳	بیمار را به پهلو قرار می دهد.			
۱۴	صورت بیمار را به طرف خودش می گرداند.			
۱۵	کفش های بیمار را به کنار تخت می آورد.			
۱۶	شانه های او را می گیرد.			
۱۷	پاهایش را آن قدر از هم بازمی کند که یک قاعدهٔ پهن جهت حمایت بسازد.			

۱۸	از بیمار می خواهد که وزنش را از طریق پاهای خم شده اش به تخت وارد کند.		
۱۹	سرتخت را ۴۵ درجه بالا می آورد (جهت سهولت بلند شدن بیمار) .		
۲۰	در صورتی که بیمار نمی تواند از این روش استفاده کند از این متد استفاده می کند: الف- هم زمان به وی جهت نشستن روی تخت کمک می کند. ب- جهت پیشگیری از وارد آمدن فشار به پشت و هل دادن بیمار ، او را با تمام بدن خود بالا می آورد (نه فقط با بازوهایش).		
۲۱	در صورت لزوم از همکارش کمک می خواهد.		
۲۲	تا زمانی که بیمار در کنار تخت می باشد ، صورتش به سمت وی است و مراقب سقوط او از تخت می باشد.		
۲۳	به علایم و نشانه های هیپوتانسیون ارتوستاتیک توجه می کند (مانند غش، سرگیجه، سیاهی رفتن چشم و...) .		
۲۴	در صورت وجود هر یک از علائم فوق، ضربان نبض و فشار خون بیمار را کنترل می کند.		
۲۵	در صورتی که ضربان نبض بیش از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به قبل از شروع تکنیک افزایش دارد، اجازه می دهد که بیمار استراحت کند.		
۲۶	پس از این که بیمار استراحت کرد، تکنیک را از بند ۱۳ تکرار می کند.		
۲۷	پاهای بیمار را از تخت آویزان می کند.		
۲۸	دمپایی یا کفش راحتی به پاهای بیمار می پوشاند.		
۲۹	جهت حمایت بیمار و پیشگیری از سقوط وی، میزکنار تخت را جلوی وی قرار می دهد.		
۳۰	یک عدد بالش روی میز و زیر دستان بیمار می گذارد.		
۳۱	بیمار را ارزیابی می کند و وضعیت وی را ثبت می کند: الف - نوع و تاریخ و زمان خروج از بستر ب - در صورت کمک گرفتن نام همکار خود ج - طول زمان تکنیک و مشکلات احتمالی و مراقبت های پرستاری انجام شده		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انجام انمای تمیز کننده

اهداف:

۱- آماده کردن بیمار جهت جراحی

۲- آماده کردن بیمار برای گرفتن گرافی های ناحیه کمر و لگن

وسایل مورد نیاز:

ظرف محلول انما همراه با کلامپ- لوله رکتال در اندازه مناسب (بزرگسالان ۲۲ تا ۳۰، اطفال ۱۲ تا ۱۸) -
 ژل لوبریکانت - مشمع زیر بیمار - گاز - دستکش یک بار مصرف - رسیور - پایه سرم - لگن محلول انما
 با حجم مورد نظر (معمولاً ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی لیتر از محلول گرم شده) - ملحفه - ظرف مدفوع

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	دستور پزشک را بازبینی می کند.			
۳	وسایل مورد نظر را حاضر می کند.			
۴	محیط امن و خلوت را برای بیمار فراهم می کند.			
۵	دست ها را شسته و دستکش می پوشد.			
۶	بیمار را به پهلوی چپ خوابانده ، به طوری که زانوی راست او خمیده باشد .			
۷	مشمع را زیر بیمار پهن می کند.			
۸	بیمار را توسط ملحفه می پوشاند به طوری که فقط ناحیه رکتال باز باشد.			
۹	ظرف مدفوع را در دسترس بیمار قرار داده و در صورتی که اجازه حرکت دارد وی را به دستشویی هدایت می کند.			
۱۰	محلول گرم شده انما را حاضر می کند.			
۱۱	ظرف انما را از پایه سرم آویزان کرده ، سوند رکتال را به لوله آن وصل می کند.			
۱۲	کلامپ را باز می کند تا محلول درون لوله و سوند جریان یابد و هوای داخل آن تخلیه شود.			
۱۳	مجدداً لوله را کلامپ می کند.			
۱۴	انتهای سوند رکتال را به میزان ۷/۵ تا ۱۰ سانتی متر به ژل لوبریکانت آغشته می کند.			

۱۵	به آرامی دو طرف باتکس را از هم جدا کرده، ناحیه آنوس را مشاهده می‌کند.		
۱۶	از بیمار می‌خواهد به آرامی از راه دهان نفس کشیده و خود را ریلکس کند.		
۱۷	لوله رکتال را به نرمی وارد رکتوم می‌کند (در بزرگسالان ۷/۵ تا ۱۰ سانتی‌متر - در اطفال ۵ تا ۷/۵ سانتی‌متر - در شیر خوران ۲/۵ تا ۳/۵ سانتی‌متر).		
۱۸	کاتتر را تا پایان کار با دست در محل نگه می‌دارد تا از خارج شدن آن جلوگیری شود.		
۱۹	در حالی که ظرف انما هم سطح هیپ بیمار قرار داده شده، کلامپ را باز می‌کند تا مایع به آرامی جریان یابد.		
۳۰	به تدریج ظرف انما را از سطح هیپ بالا برده، برای انمای آهسته به میزان ۳۰ سانتی متر و برای انمای سریع به میزان ۴۵ سانتی متر و در نوزادان به میزان ۷/۵ سانتی‌متر، ظرف را بالاتر از هیپ قرار می‌دهد.		
۳۱	مدت زمان انما بستگی به حجم محلول دارد (انمای یک لیتر به مدت ۱۰ دقیقه).		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: به کارگیری سرمای خشک (کیسه یخ)

اهداف:

- ۱- تسکین سردردهای ناشی از انقباض عروق
- ۲- پیشگیری از تورم بافت ها بلافاصله پس از جراحی یا صدمه
- ۳- پیشگیری، کاهش یا قطع خونریزی به دنبال صدمه یا جراحی
- ۴- کاهش درد مفصلی ناشی از تجمع مایع

وسایل مورد نیاز:

ظرف محتوی تکه های یخ خردشده - کیسه یخ - رویه مخصوص کیسه یخ - حوله یا باند - پارچه ای جهت خشک کردن کیسه یخ - سنجاق قفلی یا نوار چسب

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را به دقت کنترل می کند.			
۲	کیسه یخ را مطابق با دستورات زیر در اتاق پانسما (تریمنت) آماده می کند. الف - $\frac{1}{2}$ تا $\frac{1}{4}$ کیسه را پر از خرده های یخ می کند. دقت می کند که اطراف خرده های یخ تیز نباشد. در صورت لزوم آن ها را در کاسه آبی ریخته فوراً خارج می کند تا تیزی یخ ها از بین برود. ب- کیسه را روی سطح صافی قرارداده، با دست روی آن فشار می آورد تا هوای داخل آن خارج شود، سپس در کیسه را می بندد . ج - کیسه یخ را از نظر نشت آب امتحان می کند. برای این منظور آن را وارونه می کند. د- کیسه را خشک کرده ،سپس در پوشش مخصوص قرار می دهد.			
۳	کیسه یخ را به اتاق بیمار می برد و در صورت لزوم روند کار را برای بیمار شرح می دهد.			
۴	بیمار را در وضعیت راحتی قرار می دهد.			
۵	عضو مورد درمان را از زیر پوشش ها خارج می کند.			
۶	محل مورد نظر را بررسی می کند.			

۷	کیسه را در محل دستور داده شده قرار می دهد.		
۸	کیسه را با استفاده از باند یا حوله ، سنجاق قفلی یا نوار چسب ثابت می کند.		
۹	به منظور پیشگیری از احساس لرز، بیمار را با پتو می پوشاند.		
۱۰	کیسه یخ را معمولاً در یک نوبت بیش از ۳۰ دقیقه در محل قرار نمی دهد.		
۱۱	بیمار را به فواصل هر ۱۰-۵ دقیقه از نظر علائم ناراحتی، واکنش های پوستی شامل رنگ پریدگی و لکه های رنگی پوست کنترل می کند.		
۱۲	در زمان مقرر کیسه یخ را برمی دارد.		
۱۳	وسایل را به محل مربوطه بر گردانیده و توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.		
۱۴	مشاهدات و اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف ،روش ومحل مورد معالجه در پرونده بیمار ثبت می کند.		
۱۵	دستور پزشک را به دقت کنترل می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: به کارگیری گرمای خشک (کیسه آب گرم)

اهداف:

۱- گرم کردن بخشی از بدن

۲- برقراری راحتی، آرامش و خواب

۳- افزایش گردش خون و تسریع بهبودی

۴- کاهش درد عضلانی

وسایل مورد نیاز:

کیسه آب گرم - رویه مخصوص کیسه آب گرم - ظرف محتوی آب گرم - دماسنج آب - پارچه‌ای جهت خشک کردن کیسه آب گرم

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را به دقت کنترل می کند.			
۲	محل مورد معالجه را از نظر عدم وجود زخم، قرمزی، خراشیدگی و... مورد مشاهده قرار می دهد.			
۳	کیسه آب گرم را مطابق دستورات زیر در اتاق پانسمان (تریتمنت) آماده می کند. قبل از پر کردن کیسه آب گرم از نظر محکم بودن و نشت آب کنترل می کند. ب- با دماسنج مخصوص آب، درجه حرارت آب را اندازه می گیرد. ج- در صورتی که دماسنج مخصوص آب وجود ندارد، درجه حرارت کیسه را پس از پرکردن، با قرار دادن روی قسمت داخلی مچ دست امتحان می کند (کیسه آب گرم باید نسبتاً داغ باشد ولی بدن را نسوزاند). د- کیسه آب گرم را تا دو سوم حجم از آب گرم پر می کند. در موقع ریختن آب کیسه را روی سطح صافی قرار می دهد. ه- برای خارج کردن هوای درون کیسه، با یک دست دهانه کیسه را روی سطح صافی، مخالف بدن قرارداده به آهستگی پایین می آورد و با دست دیگر به آرامی روی بدنه کیسه فشار وارد می کند به طوری که آب به طرف دهانه کیسه بیاید و هوای آن خارج شود. بعد در کیسه را می بندد. و- کیسه را وارونه می کند تا مطمئن شود که در آن خوب بسته شده باشد. کیسه را خوب خشک می کند و در پوشش آن قرار می دهد.			

۴	کیسه را به اتاق بیمار برده، در صورت لزوم او را از اقدام مورد نظر مطلع می‌کند.		
۵	پوشش های محل مورد معالجه را کنار زده و کیسه را در محل دستور داده شده قرار می دهد(دقت می کند که دهانه کیسه آب گرم حتی المقدور دوران بدن بیمار باشد).		
۶	در صورت لزوم با استفاده ازبالش،کیسه آب گرم را در محل ثابت نگه می دارد.		
۷	در فواصل ۵-۱۰ دقیقه، جهت بررسی شکایات بیمار(درد،سوزش، واکنش پوستی) به اوسر می زند.		
۸	در صورت وجود درد، تورم و یا قرمزی بیش از حد، کیسه آب گرم را برداشته و موارد را گزارش می کند.		
۹	کیسه آب گرم را پس از ۴۵-۳۰ دقیقه از محل برمی دارد.		
۱۰	وسایل را به محل مربوطه بر گردانیده و توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.		
۱۱	اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، زمان،روش و محل مورد معالجه در پرونده بیمار یادداشت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل جذب و دفع مایعات

اهداف:

- ۱- بررسی تعادل مایعات بدن
 - ۲- بررسی میزان مایعات دریافتی بیمار برحسب نیاز بدن وی
 - ۳- بررسی میزان مایعات دریافتی کمتر از حد نیاز
 - ۴- بررسی الگوهای دفع ادرار و عملکرد کلیوی
 - ۵- بررسی میزان مایعات دریافتی بیش از حد نیاز
 - ۶- بررسی اثربخشی داروها نظیر مدرها
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد لزوم اندازه گیری مایعات دریافتی و دفعی توضیح می دهد.			
۲	ضرورت استفاده از لگن یا لوله ادرار را به وی یادآوری می کند.			
۳	نحوه اندازه گیری مایعات خوراکی را به بیمار آموزش می دهد.			
۴	با توافق بیمار برنامه ای منظم جهت دریافت مقدار معین مایعات تنظیم می کند.			
۵	به بیمار تأکید می کند، نیمی از کل حجم مایعات دریافتی را در شیفت صبح و نیمه دیگر را در شیفت های عصر و شب مصرف کند (عصر بیشتر از شب).			
۶	مایعات دریافتی را به روش زیر اندازه گیری می کند: الف - نوع مایعات دریافتی و زمان آن را در برگه جذب و دفع یادداشت می کند (آب، شیر، چای و ...). ب - کلیه مایعات وریدی شامل خون و سرم را نیز یادداشت می کند.			
۷	مایعات دفعی بیمار را نیز به روش زیر اندازه گیری می کند: الف- پس از هر بار دفع ادرار، آن را در ظرف مدرجی ریخته و پس از اندازه گیری یادداشت می کند. ب - سایر مواد دفعی از قبیل استفراغ، مدفوع آبکی را نیز در برگه			

			مخصوص یادداشت می کند. پ- در صورت بی اختیاری بیمار یا تعریق شدید، مقدار مایع دفع شده را به صورت تخمینی یادداشت می کند (در بزرگسالان ۷۰۰ - ۵۰۰ سی سی در اطفال ۳۰۰ - ۱۰۰ سی سی).	
			در پایان هر شیفت مقدار کل مایعات دریافتی و دفعی را محاسبه و یادداشت می کند.	۸
			برنامه مراقبت از بیمار را با کمک پرستاران دیگر طوری تنظیم می کند که از دریافت کافی مایعات و دفع مناسب اطمینان حاصل کند.	۹
			یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت می کند.	۱۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کشیدن بخیه

وسایل مورد نیاز :

دستکش استریل و یک بار مصرف - ست پانسمان استریل - قیچی بخیه استریل - نوار چسب - گاز و

پد استریل - ماده ضد عفونی کننده

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را چک می کند.			
۲	بیمار را از نظر آلرژی به چسب و محلول بتادین بررسی می کند.			
۳	پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم می کند			
۴	نور محیط مناسب باشد.			
۵	بیمار را در وضعیت راحتی قرار داده مشمع و رویه را در زیر محل بخیه شده قرار می دهد.			
۶	دست ها را می شوید.			
۷	پانسمان را بر می دارد .			
۸	زخم بیمار را از نظر عفونت و ترشحات (موارد غیرطبیعی) بررسی می کند.			
۹	دست ها را می شوید.			
۱۰	محیط استریل برای بیمار فراهم می کند.			
۱۱	پگ پانسمان را به روش استریل باز می کند.			
۱۲	پس از پوشیدن دستکش استریل ،خط بخیه را با محلول ضد عفونی تمیز می کند .			
۱۳	محل را با نرمال سالین می شوید.			
۱۴	برای برداشتن بخیه ها به طور یک در میان ، بخیه های سوم ، پنجم ، هفتم و ... را بر می دارد و در صورتی که لازم بود کلیه بخیه ها را همزمان بر می دارد .			
۱۵	در صورتی که بخیه ها از نوع منقطع ساده باشد ،بخیه را در محل گره با پنس می گیرد و نوک گرد قیچی را در زیر بخیه نزدیک به پوست در نقطه مقابل گره بخیه وارد می کند و سپس بخیه را می چیند .			

۱۶	مجدداً خط بخیه را با محلول ضد عفونی تمیز کرده و پانسمان کوچک و سبکی با استفاده از یک یا دو گاز استریل در محل قرار می دهد .		
۱۷	در صورتی که قسمت کوچکی از خط بخیه التیام نیافته است از چسب پروانه‌ای استریل یا تنسوپلاست به روش زیر استفاده می کند: الف- چسب را به یک طرف بخیه می چسباند. ب- لبه‌های زخم را به هم فشار می دهد. ج- سمت دیگر چسب را به طرف دیگر بخیه می چسباند.		
۱۸	چنان چه قسمت بزرگی از خط بخیه التیام نیافته است، گاز استریل را روی آن قرار می دهد و فوراً به سرپرستار یا پزشک اطلاع می دهد.		
۱۹	دستکش‌ها را در می آورد.		
۲۰	بیمار را در وضعیت راحتی قرار می دهد.		
۲۱	ساعت و تاریخ انجام کار، ظاهر بخیه‌ها و تحمل بیمار نسبت به انجام پروسیجر را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استفاده از بالش دورکننده

هدف:

پیشگیری از چرخش سر فمور به جهت داخل

وسایل مورد نیاز:

بالش دور کننده

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	بالش را در اندازه مناسب انتخاب می کند.			
۳	مراحل انجام تکنیک را به بیمار توضیح می دهد.			
۴	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۵	بالش را بین پاهای وی قرار می دهد.			
۶	آن را به اطراف دو کشاله ران می لغزاند، به طوری که با تمام طول پاهای او در تماس باشد.			
۷	قسمت بالای هر دو پا را در کنار بالش قرار می دهد.			
۸	بندهای بالش را می بندد (جهت پیشگیری از لیز خوردن بالش).			
۹	اندام های تحتانی بیمار را از نظر وجود نبض و عدم سیانوز و رنگ پریدگی و سردی ارزیابی می کند.			
۱۰	در صورت وجود هر یک از علائم فوق بندها را کمی شل می کند.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - نوع وسیله و اندازه انتخابی ب - تاریخ و زمان شروع استفاده از وسیله ج - مشکلات به وجود آمده و اقدامات انجام شده			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت : استفاده از رول تروکانتر

هدف:

پیشگیری از چرخش سرفمور به خارج

وسایل مورد نیاز:

رول تروکانتر یا پتوی کوچک رول شده و / یا ملافه تمیز رول شده

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۳	دو عدد رول تروکانتر انتخاب می کند.			
۴	در صورتی که رول تروکانتر موجود نباشد ، دو عدد پتو یا ملحفه را رول می کند.			
۵	یک رول را در طول خارجی ران قرار می دهد به طوری که از خارایلیاک شروع و به وسط ران خاتمه یابد.			
۶	سپس رول بعدی را به همان ترتیب در طول خارجی ران بعدی قرار می دهد.			
۷	اطمینان پیدا می کند که هر دو رول دورتر از زانو قرار گرفته باشند (جهت پیشگیری از فشردگی عصب پروئال که منجر به افتادگی پامی شود) .			
۸	اگر از رول های درست شده از پتو یا ملحفه استفاده می کند، چند سانتی متر آن را رول نشده زیر ران های بیمار قرار می دهد.			
۹	بیمار را ارزیابی می کند و از وضعیت مناسب وی مطمئن می شود.			
۱۰	دست های خود را می شوید.			
۱۱	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان گذاشتن رول تروکانتر ب - مشکلات احتمالی پیش آمده و اقدامات انجام شده			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استفاده از رول دست

هدف:

پیشگیری از انقباض دست

وسایل مورد نیاز:

دو عدد رول دست - گاز در صورت نیاز - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دو عدد رول دست را آماده می کند.			
۳	در صورت عدم وجود رول دست با چند عدد گاز یا پارچه تمیز دو عدد رول درست می کند.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۵	علت و لزوم استفاده از وسیله را به بیمار توضیح می دهد.			
۶	رول را داخل دست بیمار قرار می دهد.			
۷	بند آن را می بندد.			
۸	در صورتی که از گاز، یا پارچه رول شده استفاده می کند، آن را با چسب ضد حساسیت ثابت می کند.			
۹	رول بعدی را در دست دیگر قرار می دهد.			
۱۰	انگشتان را از نظر تغییر رنگ و یا سردی و عدم وجود نبض بررسی می کند.			
۱۱	در صورت مشاهده هر یک از علائم فوق بند یا چسب ضد حساسیت را کمی شل می کند.			
۱۲	دست های خود را می شوید.			
۱۳	هر ۴ ساعت رول دست را باز می کند.			
۱۴	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - زمان و تاریخ استفاده از رول دست ب - کلیه مشاهدات و یافته های حاصل از ارزیابی، مشکلات احتمالی و اقدامات پرستاری			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دادن وضعیت به بیمار (وضعیت بهبودی)^۳

اهداف:

۱- حفظ آسایش بیمار

۲- برقراری و ابقاء راه هوایی باز

۳- پاک کردن راه هوایی و خروج ترشحات

۴- جلوگیری از آسپیراسیون و بازگشت مجدد مواد ترشچی به حلق و انسداد راه هوایی

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را از نظر وقوع صدمه به نخاع گردنی بررسی می کند.			
۲	بیمار را به یک پهلو می چرخاند.			
۳	دست زیرین را از آرنج خم کرده و به سمت بالا روی زمین قرار می دهد.			
۴	دست روئی را از آرنج خم کرده و زیر گونه ها می گذارد.			
۵	پای رویی را از ناحیه لگن و زانو کاملاً خم می کند به طوری که زانوی آن روی زمین قرار گیرد.			

³ -Recovery position

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قراردادن بیمار در وضعیت یک طرفه نیمه به روی شکم)^۴

اهداف:

- ۱- تغییر وضعیت دادن به بیمار و پیشگیری از صدمه پوستی
 - ۲- برقراری آسایش بیمار
 - ۳- تسهیل در خروج ترشحات از دهان و پیشگیری از آسپیراسیون
 - ۴- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی - درمانی
- وسایل مورد نیاز:
- ۶ عدد بالش کوچک - کیسه شن یا حوله، ملحفه تا شده - دستکش یک بار مصرف
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌ها را می‌شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می‌پوشد.			
۳	اگر بیمار هوشیار است در مورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می‌دهد.			
۴	کنار تخت می‌ایستد و نرده حفاظ را پایین می‌کشد.			
۵	دست‌های بیمار را به صورت ضربدر روی سینه او قرار می‌دهد (دست دورتر روی دست نزدیک‌تر به وی).			
۶	پاهای بیمار را به صورت ضربدر (پای دورتر روی پای نزدیک‌تر به وی) قرار می‌دهد.			
۷	طوری می‌ایستد که مقابل مرکز بدن بیمار باشد.			
۸	پاها را کمی از هم جدا و یک پا جلوتر را از دیگری قرار می‌دهد.			
۹	عضلات سرینی و شکم خود را محکم می‌گیرد و زانوها را کمی خم می‌کند.			
۱۰	دست‌های خود را روی شانه و لگن دورتر بیمار گذاشته و او را به طرف خود می‌چرخاند تا به پهلو قرار گیرد.			
۱۱	هنگام حرکت دادن بیمار مراقب لوله‌ها و وسایل متصل به او است.			
۱۲	وزن بیمار را روی سطح قدامی شانه و لگن قرار می‌دهد.			
۱۳	دست زیرین بیمار را به طرف پشت قرار می‌دهد.			

^۴. semi prone position

۱۴	پای رویی را کاملاً در ناحیه لگن و زانو خم می کند و تا خط کمر بالا می آورد.		
۱۵	دست رویی را از ناحیه شانه و آرنج خم می کند.		
۱۶	پای زیرین را به میزان کمتری در ناحیه لگن و زانو خم می کند.		
۱۷	از وسایل کمکی جهت قراردادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می کند. - یک بالش کوچک زیر سر بیمار قرار می دهد. - یک بالش در فضای بین قفسه سینه و شکم و بازوی فوقانی و تشک قرار می دهد. - یک یا دو بالش در فضای بین قفسه سینه و شکم و بازوی فوقانی و تشک قرار می دهد. - یک یا دو بالش در فضای بین شکم و لگن و ران فوقانی و تشک قرار می دهد. - در هنگام وضعیت دادن، فاصله مفاصل شانه از یکدیگر و مفاصل لگن از یکدیگر را به یک میزان تنظیم می کند. - با استفاده از کیسه شن در کف پای بیمار از افتادگی آن جلوگیری می کند.		
۱۸	دست هایش را می شوید.		
۱۹	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.		
۲۰	موارد غیر طبیعی را به پزشک معالج یا پرستار مسوول گزارش می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قراردادن در وضعیت به پهلو خوابیده)

اهداف:

- ۱- برقراری آسایش بیمار
 - ۲- تغییر وضعیت دادن به بیمار و رفع صدمه احتمالی پوست
 - ۳- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی یا درمانی
- وسایل مورد نیاز:
- پنج عدد بالش کوچک - حوله یا ملحفه تا شده در صورت لزوم - دستکش یک بار مصرف
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۳	اگر بیمار هوشیار است در مورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می دهد.			
۴	کنار تخت می ایستد و نرده حفاظ را پایین می کشد.			
۵	دست های بیمار را به صورت ضربدر روی سینه او قرار می دهد.			
۶	پاهای بیمار را به صورت ضربدر (پای دورتر روی پای نزدیکتر) قرار می دهد.			
۷	طوری می ایستد که مقابل مرکز بدن بیمار باشد.			
۸	پاها را کمی از هم جدا و یک پا جلوتر از دیگری قرار می دهد.			
۹	عضلات سرینی و شکم خود را محکم می گیرد و زانوها را کمی خم می کند.			
۱۰	دست های خود را روی شانه و لگن دورتر بیمار گذاشته و او را به طرف خود می چرخاند تا به پهلو قرار گیرد.			
۱۱	هنگام حرکت دادن بیمار، مراقب لوله‌ها و وسایل متصل به او است.			
۱۲	خط باسن را کمی عقب‌تر از خط شانه‌ها قرار می دهد.			
۱۳	هر دو دست بیمار را جلوی سینه او قرار می دهد.			

			از وسایل کمکی جهت قراردادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می‌کند: - یک بالش را زیر سر بیمار طوری قرار می‌دهد که سر و گردن در راستای مناسب با تنه قرار گیرند. - یک بالش زیر بازوی فوقانی می‌گذارد تا از چرخش و نزدیک شدن شانه‌ها به هم جلوگیری کند. - ۲ یا تعدادی بالش را زیر پای رویی طوری قرار می‌دهد تا پا به موازات سطح تخت قرار گیرد. - حوله یا ملحفه تا شده را در فاصله خالی ناحیه کمر قرار می‌دهد. - با کمک یک بالش طول پشت بیمار را در وضعیت به پهلو خوابیده ثابت نگه می‌دارد.	۱۴
			دست‌های خود را می‌شوید و نرده حفاظ را بالا می‌کشید.	۱۵
			اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می‌کند.	۱۶
			موارد غیرطبیعی را به پرستار مسوول و پزشک معالج گزارش می‌کند.	۱۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قرار دادن بیمار در وضعیت به شکم خوابیده)

اهداف:

۱- پیشگیری از خمیدگی غیرطبیعی زانوها و مفاصل لگن

۲- تسهیل در خروج ترشحات

۳- تغییر وضعیت دادن به بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست.

۴- بهبود وضعیت اکسیژن رسانی

۵- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی و درمانی

وسایل مورد نیاز:

سه عدد بالش - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۳	اگر بیمار هوشیار است، درمورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می دهد.			
۴	الف) اگر تجهیزات خاصی یا دستگاه تهویه مکانیکی به بیمار متصل است: - کنار تخت روبروی دستگاه می ایستد و بیمار را به سمت خود و لبه تخت می کشد. - دست بیمار را که دورتر از وی قرار دارد به باسن او می چسباند. - پاهای بیمار را به صورت ضربدر (پای نزدیک تر روی پای دورتر) قرار می دهد. - به سمت مقابل تخت (کنار دستگاه) می رود و نرده حفاظ را پایین می کشد.			
۵	ب) اگر وسیله خاصی به بیمار متصل نیست: - کنار تخت می ایستد و نرده حفاظ را پائین می کشد.			

			- طوری می ایستد که مقابل مرکز بدن بیمار باشد. پاها کمی از هم جدا و یک پا جلوتر از پای دیگر باشد. - عضلات سرینی و شکم خود را محکم کرده و زانوها را خم می کند. - دست های خود را روی شانه و لگن دورتر بیمار گذاشته و او را به طرف خود می چرخاند تا روی شکم بخوابد. - هنگام چرخاندن بیمار مراقب لوله ها و وسایل متصل به بیمار است.	
			از وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می کند : - جهت خروج ترشحات، سر بیمار را به یک طرف می چرخاند(در صورت نیاز به خروج ترشحات). - زیر سر بیمار بالش نمی گذارد. - یک بالش کوچک زیر شکم درست زیر دیافراگم قرار می دهد تا از افزایش انحنای کمر، سختی تنفس و ایجاد فشار روی پستان های بیمار زن جلوگیری شود.	۶
			نرده حفاظ را بالا می کشد.	۷
			دست های خود را می شوید.	۸
			اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.	۹
			موارد غیر طبیعی را به پزشک معالج و پرستار مسوول گزارش می کند.	۱۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قراردادن بیمار در وضعیت خوابیده به پشت)

اهداف:

۱- تغییر وضعیت دادن به بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست

۲- فراهم کردن آسایش بیمار

۳- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی و درمانی

وسایل مورد نیاز:

شش عدد بالش برحسب نیاز- دوعدد ملحفه لوله شده در صورت لزوم - تخته کف پا - وسایل حمایت از دست (hand roll ، اسپلینت مچ) در صورت لزوم - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۳	اگر بیمار هوشیار است، در مورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می دهد.			
۴	بیمار را به پشت می خواباند.			
۵	از وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می کند: الف - یک بالش کوچک زیر سر و شانه‌های بیمار قرار می دهد. ب - ملحفه‌های لوله شده درکنار ران های بیمار قرار می دهد. ج - ۱-۲ بالش کوچک زیر ساق پاها در فاصله زانوها و مچ قرار می دهد. د - در صورت عدم هوشیاری یا فلج بودن بیمار، ساعد و دست ها را روی یک بالش قرار می دهد. ه - در صورتی که بیمار مبتلا به خمیدگی غیر طبیعی انگشتان و مچ دست می‌باشد از حوله یا ملحفه کوچک لوله شده داخل کف دست و اسپلینت مچ استفاده می کند.			
۶	نرده حفاظ را بالا می کشد.			
۷	دست های خود را می شوید.			
۸	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.			
۹	موارد غیرطبیعی را به مسوول بخش و پزشک معالج گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قراردادن بیمار در حالت نشسته^۵ یا نیمه نشسته^۶)

اهداف:

- ۱- بهبود انبساط قفسه سینه و تهویه ریوی
- ۲- تغییر وضعیت بیمار و کمک به حفظ سلامت پوست
- ۳- فراهم کردن آسایش بیشتر برای بیمار
- ۴- تسهیل در انجام برخی فعالیت‌های روزمره زندگی (مثل خوردن غذا)
- ۵- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی و درمانی

وسایل مورد نیاز:

۱ تا ۶ بالش کوچک برحسب نیاز - ۱ تا ۲ ملحفه لوله شده - تخته کف پا - دستکش یک بار مصرف
 عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را می‌شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می‌پوشد.			
۳	درمورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می‌دهد.			
۴	قبل از بالا آوردن تخت از بیمار می‌خواهد زانوهای خود را کمی خم کند.			
۵	باسن بیمار را درست درمحل شکسته شدن تخت قرار می‌دهد.			
۶	با توجه به تجویز پزشک سر تخت بیمار را در وضعیت نشسته (۹۰-۴۵ درجه)، وضعیت نیمه نشسته (۴۵-۴۰ درجه) یا نشسته کامل (۹۰ درجه) بالا می‌آورد.			
۷	از وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می‌کند: - یک بالش کوچک زیر سر بیمار قرار می‌دهد. - یک بالش کوچک را در گودی کمر بیمار قرار می‌دهد. - در صورت لزوم با قرار دادن ملحفه لوله شده در کنار ران‌ها از چرخش آن‌ها به سمت خارج جلوگیری می‌کند.			

^۵ - Fowler's- P.

^۶ - Semi Fowler's- P.

			- یک بالش کوچک زیر ساق پاها از زانو به پائین قرار می دهد. - از تخته کف پا برای جلوگیری از افتادگی پاها استفاده می کند. - در بیماران ضعیف از بالش های اضافی برای قرار دادن در اطراف دست ها و بازوها برای حفظ وضعیت مناسب بدن استفاده می کند.	
۸			دست هایش را می شوید.	
۹			اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.	
۱۰			در صورت مشاهده موارد غیرطبیعی به پرستار مسوول یا پزشک معالج گزارش می دهد.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گذاردن شیاف مقعدی

اهداف:

۱- ایجاد تأثیر موضعی دارو (مانند شیاف ملین)

۲- ایجاد تأثیر عمومی دارو (مانند شیاف آمینوفیلین به منظور گشاد کردن برونش بیمار و تسهیل تنفس، به عنوان راهی جایگزین شونده در صورت وجود استفراغ یا ممنوع بودن مصرف دارو از راه دهان)

۳- ایجاد اثرات ضد التهاب ، ضددرد و تب بر

وسایل مورد نیاز:

کارت دارو - شیاف دستور داده شده - رسیور - دستکش یک بار مصرف - ظرف آبگرم در صورت لزوم - مقدار کافی ماده لغزنده کننده محلول در آب روی دستمال کاغذی- لگن

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کارت دارو را با کاردکس مطابقت می کند.			
۲	شیاف دستور داده شده را از یخچال برمی دارد.			
۳	شیاف و دیگر وسایل مورد نیاز را به اتاق می برد.			
۴	بیمار را به روش صحیح شناسایی می کند.			
۵	بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع می کند و خلوت او را فراهم می آورد.			
۶	دست ها را می شوید.			
۷	از بیمار می خواهد به پهلوی چپ خوابیده پای رویی را کاملاً خم کند.			
۸	ملحفه های رویی بیمار را کنار می زند به طوری که باسن بیمار نمایان شود.			
۹	دستکش می پوشد.			
۱۰	شیاف را از درون پوشش آن خارج می کند.			
۱۱	برای شل شدن و باز شدن هر چه بیشتر اسفنکتر مقعد از بیمار می خواهد از راه دهان نفس عمیق بکشد.			
۱۲	با دست چپ خود اطراف مقعد را باز می کند و با دست دیگر شیاف را به آرامی در مقعد وارد می کند.			

۱۳	با انگشت سبابه خود شیاف را در طول دیواره راست روده به داخل وارد می کند. در بزرگسالان در حدود ۱۰ سانتی متر و در کودکان در حدود ۵ سانتی متر یا کمتر وارد می کند.		
۱۴	انگشت خود را خارج می کند.		
۱۵	برای جلوگیری از خارج شدن شیاف برای چند لحظه دوطرف باسن (اطراف مقعد) را به هم نزدیک کرده و با دست نگه می دارد.		
۱۶	دستکش های خود را به صورت پشت و رو خارج می کند.		
۱۷	لباس و تخت بیمار را مرتب می کند.		
۱۸	از بیمار می خواهد حداقل برای مدت ۵ دقیقه در وضعیت خوابیده به پشت یا پهلوئی چپ باقی بماند.		
۱۹	در صورت استعمال شیاف ملین، زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار می دهد تا برای رفتن به توالت یا گرفتن لگن کمک بگیرد.		
۲۰	وسایل را به محل مربوطه برگردانیده و توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.		
۲۱	دست ها را می شوید.		
۲۲	اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزش یابی شامل نوع شیاف ، در صورت خارج شدن مدت زمانی که نگه داشته شده ، اثرات و نتایج آن را در پرونده بیمار یادداشت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل دستورات پزشک

هدف: اجرای دستورات پزشک طبق روش معین و بدون اشتباه

وسایل مورد نیاز:

کاردکس - کارت دارویی - پرونده بیمار

عامل انجام کار : پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	توجه می کند که یک دستور کامل دارای تاریخ ، ساعت و امضاء پزشکی باشد.			
۲	توجه می کند در یک دستور دارویی باید نوع، نام، مقدار، طریقه مصرف و دفعات مصرف دارو دقیقاً قید شده باشد.			
۳	دقت می کند که دستورات کتبی باشند و در پرونده بیمار قید شده باشد.			
۴	درموارد اضطراری دستورات شفاهی بخش را دریافت می کند و بلافاصله درورقه «دستور پزشک» وارد می کند تا در اولین فرصت توسط پزشک امضاء شود.			
۵	دستورات شفاهی را یک بار برای پزشک قرائت می کند.			
۶	دستورات کتبی را اول از پرونده بیمار وارد کاردکس و سپس وارد کارت دارویی می کند.			
۷	پس از وارد کردن دستورات درکاردکس وکارت دارویی در مقابل هر دستور در ورقه دستور پزشک علامت ✓ می گذارد.			
۸	در صورت خوانا نبودن دستورات و یا هر گونه اشکال بلافاصله از پزشک سؤال می کند.			
۹	پس از کنترل کردن دستورات، در زیر آخرین دستور پزشک خطی افقی رسم نموده و درمحل مخصوص امضا می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کمک به بیمار جهت انجام فرائض دینی

اهداف:

۱- دادن آرامش روحی به بیمار

۲- کمک به انجام یک فریضه واجب

۳- همراهی با بیمار

وسایل موردنیاز:

ظرف آب و لگن تمیز - سنگ تیمم - سجاده و مهر - چادر نماز جهت خانم ها - کتب مذهبی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را جهت حصول اطمینان از کمک به وی در انجام فرائض دینی در بخش آگاه می کند.			
۲	بیمار را رو به قبله می نشانند.			
۳	جهت انجام فرائض دینی نظیر گرفتن وضو، تیمم، وضوی جبیره و غیره به بیمار کمک می کند.			
۴	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استفاده از کفش های محافظ

اهداف:

۱- پیشگیری از افتادگی پا و جراحات پوست

۲- تصحیح پوزیشن نامناسب

۳- محافظت از پاها

وسایل مورد نیاز: کفش های محافظ

عامل انجام کار: کلیه ی پرسنل گروه پرستاری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر استفاده از کفش محافظ بررسی می کند.			
۲	اندازه مناسب کفش را برای بیمار انتخاب می کند.			
۳	تکنیک کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۴	شکاف صفحه ی فوقانی کفش را باز می کند.			
۵	پای بیمار را در کفش می گذارد.			
۶	بندهای پا و زانو را محکم می کند.			
۷	در صورتی که بیمار به پهلو خوابیده است، کفش را فقط جهت کف پاها تهیه می کند.			
۸	در صورت فوق جهت حمایت پاها از خم شدگی از یک بالش استفاده می کند.			
۹	در صورت لزوم یک پا را روی پای دیگر قرار می دهد.			
۱۰	جهت پیشگیری از وارد آمدن فشار روی لیگامان ها و برجستگی استخوان به پاهای بیمار وضعیت مناسب می دهد.			
۱۱	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - نام وسیله ای که انتخاب کرده است و پایی را که جهت درمان انتخاب کرده است. ب - مشکلات و بررسی ها و اقداماتی که در جهت رفع آن انجام داده است. د - زمان و تاریخ شروع استفاده از وسیله. ج - ساعت و نحوه ارزیابی.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: کنترل درناژ بسته زخم
- اهداف:
- ۱- بهبود زخم
 - ۲- جلوگیری از تورم زخم با ساکشن کردن مایعات تجمع یافته روی زخم
 - ۳- کاهش خطر عفونت
 - ۴- حفظ تمامیت پوست ناحیه زخم
- وسایل مورد نیاز:
- لوله مدرج - ظرف استریل جمع آوری نمونه آزمایشگاه - پدهای الکلی - دستکش - گان - محافظ صورت - کیسه زباله - پدهای گازی استریل - عوامل ضد عفونی کننده - سواب های آغشته به بتادین
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می کند.			
۲	وضعیت بیمار را کنترل می کند.			
۳	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۴	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	واکیوم را از تخت یا گان بیمار دور می کند.			
۸	موقع باز کردن در محفظه، روش آسپتیک را رعایت می کند.			
۹	محتوی محفظه را در لوله مدرج می ریزد.			
۱۰	به میزان و ظاهر مایع درناژ شده توجه می کند.			
۱۱	در صورت لزوم، برای انجام تست، مایع درناژ شده را در ظرف استریل جمع آوری نمونه می ریزد.			
۱۲	دهانه و درب محفظه را با پنبه الکلی پاک می کند.			
۱۳	برای ایجاد حالت خلأ، محفظه را با یک دست فشار می دهد و با دست دیگر در دهانه را روی آن محکم می کند.			
۱۴	محفظه و کل سیستم را از نظر وجود نشت کنترل می کند.			
۱۵	اطمینان می یابد که لوله ها دچار پیچ خوردگی نمی باشد.			

۱۶	برای تسهیل در درناژ ترشحات، محفظه را پایین تر از بدن بیمار قرار می دهد.		
۱۷	برای جلوگیری از جدا شدن اتصالات در هنگام بسته بودن در محفظه، از ایجاد فشار به لوله ها خودداری می کند.		
۱۸	بخیه های محل ورود لوله به پوست را کنترل می کند.		
۱۹	پوست اطراف آن را از نظر وجود هر گونه علامت کشیدگی، پارگی، التهاب یا عفونت بررسی می کند.		
۲۰	با گازهای استریل آغشته به ماده ضد عفونی یا سواب های حاوی بتادین محل بخیه ها را با ملایمت تمیز می کند.		
۲۱	وسایل آلوده را در کیسه زباله قرار می دهد.		
۲۲	دستکش ها را خارج می کند.		
۲۳	زمان و تاریخ تخلیه ظرف درناژ، ویژگی محل درن ها، وجود علایم عفونت و تورم، اختلال در عملکرد وسیله، عملکرد متعاقب آن و تحمل بیمار نسبت به روش را ثبت می کند. روی برگه جذب و دفع بیمار، رنگ، قوام، نوع و میزان مایع درناژ شده را ثبت می کند. اگر بیمار بیش از یک سیستم درناژ دارد با ذکر شماره اطلاعات آن را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: درمان با سیستم واکيوم بسته

اهداف:

۱- کمک به بهبود زخم هنگام تأخیر در بهبود یا وجود اختلال

۲- خروج مایعات از زخم

۳- تحریک گرانولاسیون بافتی

وسایل مورد نیاز:

کیسه زباله ضد آب - عینک محافظ - گان - محلول نرمال سالین - دستکش تمیز - دستکش استریل - قیچی استریل - پدهای نگه دارنده - سرنگ ۳۵ سی سی با کاتتر ۱۹ G - اسفنج مشبک - لوله تخلیه - محافظ پوست - شان شفاف با نفوذپذیری نسبت به هوا

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می کند.			
۲	وضعیت بیمار را بررسی می کند.			
۳	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۴	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	از عینک محافظ استفاده می کند.			
۷	گان می پوشد.			
۸	از پدهای نگه دارنده استفاده می کند.			
۹	بیمار را در وضعیتی قرار می دهد که زخم به خوبی دیده شود.			
۱۰	ظرف را زیر زخم قرار می دهد تا ترشحات به داخل آن وارد شود.			
۱۱	دستکش تمیز می پوشد.			
۱۲	پانسمان های آلوده را برمی دارد و در کیسه زباله ضد آب می ریزد.			
۱۳	با استفاده از نرمال سالین و سرنگ ۳۵ سی سی زخم را به طور کامل شست و شو می دهد.			
۱۴	اجازه می دهد پوست به طور کامل خشک شود.			
۱۵	دستکش های آلوده را در می آورد.			

۱۶	دستکش استریل می پوشد.		
۱۷	با استفاده از قیچی استریل اسفنج را به شکل زخم می برد.		
۱۸	با دقت اسفنج را روی زخم قرار می دهد.		
۱۹	سپس لوله سوراخ دار را درست وسط اسفنج قرار می دهد. این لوله در زخم فشار منفی ایجاد می کند.		
۲۰	شان شفاف و نفوذ پذیر نسبت به هوا را روی اسفنج قرار می دهد.		
۲۱	شان شفاف و اسفنج را در جای خود محکم می کند.		
۲۲	دستکش ها را در می آورد.		
۲۳	انتهای دیگر لوله را به لوله ساکشن متصل به دستگاه واکيوم وصل می کند.		
۲۴	دستگاه را روشن می کند.		
۲۵	از راحتی بیمار اطمینان حاصل می کند.		
۲۶	پس از اتمام کار درناژ، محلول ها، پدها و دیگر وسایل آلوده را به طور صحیح دور می اندازد.		
۲۷	تکرار و طول زمان درمان، میزان فشار منفی به کار برده شده، محل و شرایط زخم و پاسخ بیمار نسبت به درمان را ثبت می کند.		

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: ثبت و گزارش نویسی
- اهداف:
- ۱- مشخص شدن اقدامات انجام شده برای بیمار
 - ۲- کامل و قابل استفاده بودن محتویات پرونده برای مسوولین درمانی و مراقبتی
 - ۳- به حداقل رسانیدن احتمال خطا
 - ۴- استفاده از تعرفه های پرستاری
 - ۵- جواب گو بودن در مقابل قانون
 - ۶- راهنمایی مراقبت برای شیفت های بعدی
- وسایل مورد نیاز:
- پرونده بیمار - خودکار آبی یا مشکی
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده می کند.			
۲	جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده می کند.			
۳	گزارش را خوانا و مرتب می نویسد.			
۴	مشخصات بیمار بایستی در بالای اوراق گزارش به طور کامل درج شود.			
۵	جهت ثبت تاریخ وساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده می کند.			
۶	وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت می کند.			
۷	تعداد و ریتم ضربان قلب و تنفس بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت می کند.			
۸	در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و ...) جهت مراقبت از بیمار، توضیحات لازم یادداشت شده، وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را ثبت می کند.			

۹	بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت می کند.		
۱۰	تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آن ها و ذکر واکنش های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت می کند.		
۱۱	از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آن ها اجتناب می کند.		
۱۲	پس از مشاهده هر گونه مورد غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی می کند.		
۱۳	انحصاراً در گزارش، مراقبت هایی را که خود ارائه داده است یا برای اجرای آن ها نظارت داشته است ثبت می کند.		
۱۴	اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پی گیری شوند گزارش می کند (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و ...).		
۱۵	در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها و موارد مشاهده شده، علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع می دهد.		
۱۶	در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می کند یا نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد علاوه بر چارت در برگه های گرافیکی استاندارد، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستاری قید می کند.		
۱۷	هر گونه علایم و نشانه ای را در صورت بروز به پزشک اطلاع می دهد و ثبت می کند.		
۱۸	هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و ...) ثبت می کند.		
۱۹	دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت می کند.		
۲۰	در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی، دستور تلفنی را به امضاء پرستار دیگری می رساند.		
۲۱	دستور تلفنی را ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه می رساند.		
۲۲	زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده و اطلاعات گرفته شده را ثبت می کند.		
۲۳	از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آن ها اجتناب می کند.		
۲۴	در قسمت بالا یا جلوی مورد کلمه اشتباه یا Error می نویسد و		

			گزارش صحیح را بعد از کلمه اشتباه یا Error ادامه می دهد.	
۲۵			تاریخ، ساعت و سمت پس از ثبت مورد فوق را در گزارش می نویسد.	
۲۶			اگر مواردی بعداً به گزارش اضافه شود آن را قید می کند.	
۲۷			برای تکمیل گزارش پرستاری هر چه راجع به بیمار شنیده است را نمی نویسد.	
۲۸			در صورتی که متوجه شود گزارشی که نوشته ، اشتباه است آن را معدوم نمی کند.	
۲۹			برای تکمیل گزارش، مواردی را به یادداشت های دیگران اضافه نمی کند.	
۳۰			در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی نمی گذارد.	
۳۱			در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات رایج جهانی را به کار می برد.	
۳۲			آموزش های ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر می کند.	
۳۳			در صورتی که بیمار، وی یا مسوولین بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی کند، دقیقاً گزارش می کند.	
۳۴			انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی را به طور کامل می بندد.	
۳۵			نام و سمت خود را به طور خوانا ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: چک آمبولانس

اهداف:

- ۱- فراهم کردن امکانات مراقبتی و درمانی برای بیماران اورژانسی
 - ۲- حصول اطمینان از امکانات و تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات پزشکی و ابزار مورد نیاز
- وسایل مورد نیاز: آمبولانس - چک لیست - فرم مخصوص کنترل آمبولانس
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از اینکه آمبولانس نقص فنی ندارد مطمئن می شود.			
۲	وضعیت اکسیژن رسانی شامل: کپسول اکسیژن، سوند و ماسک اکسیژن را بررسی و کنترل می کند.			
۳	وضعیت ساکشن اعم از شارژ دستگاه، مخزن و لوله های رابط و سوند را بررسی و از سالم و تمیز بودن آنها اطمینان حاصل می کند.			
۴	از وجود ست پانسمان، بخیه، انواع باند، سرنگ و سوزن، انواع سرم ها، محلول های ضد عفونی، ملحفه و ۰۰۰ اطمینان حاصل می کند.			
۵	دستگاه فشارخون، گوشی پزشکی، ست لارنگوسکپی و کیف احیاء را مورد بررسی قرار می دهد و از سالم بودن آنها اطمینان حاصل می کند.			
۶	داروهای مورد نیاز را بررسی و کنترل می کند. از نظر تاریخ مصرف و تعداد مورد نیاز مطابق با دستورالعمل مصوب وزارت بهداشت کنترل می کند.			
۷	از وجود ست زایمان و ابزار مورد نیاز برای مراقبت مادر و نوزاد اطمینان حاصل می کند.			
۸	از سالم و تمیز بودن برانکارد اطمینان حاصل می کند.			
۹	تاریخ شارژ کپسول اطفای حریق را بررسی می کند.			
۱۰	پس از کنترل آمبولانس، در فرم مخصوص تاریخ بازدید و نام خود را قید کرده و امضاء می کند.			
۱۱	در صورت مشاهده هر گونه نقص مراتب را به مسوول بخش اورژانس گزارش می دهد و سریعاً نسبت به رفع آن اقدام می کند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: درست کردن تخت بدون بیمار
- اهداف:
- ۱- ایجاد محیط آماده برای پذیرش مددجو در هر زمان
 - ۲- آمادگی جهت موارد اضطراری
 - ۳- ایجاد وضعیت تمیز همراه با آسایش برای مددجو
- وسایل مورد نیاز:
- دو ملحفه، رو بالشی، رو تختی، دستکش
- در صورت لزوم:
- پتوی حمام، کیسه مخصوص حمل به رختشویخانه، دروشیت
- آماده سازی وسایل:
- ملحفه تمیزی آماده کنید که از درازا چهار تا شده باشد (دو بار از درازا تا خورده باشد)، اگر ملحفه اشتباه تا شده آن را درست کنید. قسمت درز دوخته شده بایستی رو قرار گیرد که پس از پهن کردن، سمت صاف در زیر مددجو قرار گیرد تا پوست تحریک نشود.
- عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دست های خود را شسته، دستکش پوشیده و وسایل را کنار تخت مددجو می برد. اگر مددجو تخت را اشغال کرده برایش مراحل و هدف کار را توضیح می دهد.
۲	در صورت لزوم به خروج وی از تخت و نشستن وی روی صندلی کمک می کند.
۳	برای ایجاد محیط وسیع جهت انجام کار، کلیه وسایل و مبلمان را از کنار تخت دور می کند.
۴	سر تخت را برای دسترسی راحت به تشک و راحتی در فیکس کردن ملحفه ها پایین آورده و سپس خود تخت را در حد لازم جهت انجام کار راحت بالا می برد.
۵	زمانی که ملحفه را جمع می کند، مراقب است که از لوازم شخصی مددجو داخل ملحفه و روی تشک نیفتاده باشد.
۶	روکش بالش را در آورده و داخل کیسه رختشویخانه می ریزد یا با آویزان کردن سر آن به دسته صندلی به عنوان کیسه رختشویخانه از آن استفاده می کند. بالش را هم در کناری قرار می دهد.

۷	کناره‌های تشک را به آرامی بالا آورده و با حرکت در اطراف تخت لبه‌های ملحفه‌ها را شل می‌کند. اگر می‌خواهد ملحفه رو انداز را دوباره استفاده کند، بالای آن را روی پایین تا کرده و پس از چهار تا کردن آن را روی صندلی قرار می‌دهد. در مورد دروشیت هم همین کار را انجام داده، آن‌ها را آرام تا کرده و در کیسه بین یا روی صندلی قرار می‌دهد.
۸	جهت جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها، از تکان دادن، ریختن روی زمین یا چسباندن آن به لباس خودش خودداری می‌کند.
۹	ملحفه‌های کثیف زیر را جمع کرده و در کیسه بین (رختشوی خانه) می‌اندازد.
۱۰	اگر تشک پایین آمده، سر آن را گرفته و در جای خود به بالا می‌کشد (جابه‌جا کردن تشک پس از کشیدن ملحفه‌های تمیز آن‌ها را جابه‌جا و شل می‌کند).
۱۱	ملحفه زیر را در وسط تشک قرار می‌دهد، قسمت بالا و پایین آن را از نزدیکترین سمت خود باز می‌کند. برای این که ملحفه صاف قرار گیرد اول انتهای ملحفه را به انتهای تشک ثابت می‌کند و سپس قسمت بالا را بالای تخت به آرامی زیرتشک می‌برد.
۱۲	برای صاف کردن لبه‌ها ابتدا سر ملحفه را تو گذاشته و سپس قسمت اضافی را در زاویه راست پایین آورده و زیر تشک می‌برد.
۱۳	بعد از درست کردن بالا و پایین یک طرف در صورت نیاز دروشیت را در فاصله حدود ۳۸ سانتی متر از بالای تخت پهن می‌کند طوری که در وسط تخت قرار گیرد. سپس لبه‌های دروشیت را زیر تشک ثابت می‌کند.
۱۴	همین مراحل را برای سمت دیگر انجام می‌دهد.
۱۵	برای پهن کردن ملحفه روانداز نیز آن را در وسط تخت قرار داده و سمت درز آن را در مقابل دید خود قرار می‌دهد.
۱۶	قسمتی از بالای ملحفه را اضافه نگه داشته و رو تختی را پهن می‌کند و قسمت بالای ملحفه را روی رو تختی برمی‌گرداند.
۱۷	پایین ملحفه را به نحو مناسب به زیر تشک برده فیکس می‌کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در استحمام بیمار

اهداف:

۱- تامین بهداشت فردی به منظور تحریک گردش خون و کاهش تنفس بیمار

۲- تحریک قدرت عضلات

۳- مشاهده پوست

وسایل مورد نیاز:

لیف - حوله حمام - صابون و شامپوی ملایم - زیرپایی لاستیکی - صندلی - لباس یا گان تمیز- دماسنج -
پتوی حمام - کلاه حمام (در صورت لزوم)

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	حمام را قبل از ورود بیمار آماده می کند، کلیه درب و پنجره ها را بسته و دمای حمام را تنظیم می کند.			
۲	زیر پایی ها را به منظور جلوگیری از سُر خوردن بیمار در حمام یا وان قرار می دهد.			
۳	یک صندلی را در کنار وان یا دوش جهت نشستن بیمار قرار می دهد و پتوی حمام را جهت جلوگیری از لرز بیمار روی آن قرار می دهد.			
۴	در صورت استفاده از وان آن را از آب گرم (۳۷/۸-۴۴/۳) پر می کند.			
۵	با دماسنج دمای آب و حمام را کنترل می کند (در صورت نبودن دماسنج از آرنج خود استفاده می کند).			
۶	با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را توضیح می دهد.			
۷	بیمار را تا حمام همراهی کرده و به او در بیرون آوردن لباس هایش کمک می کند.			
۸	در صورتی که بیمار تمایل به شستن مو ندارد از کلاه حمام جهت جلوگیری از خیس شدن موها استفاده می کند.			
۹	با استفاده از لیف و صابون ملایم بدن بیمار را شست و شو و وی را همراهی می کند.			

۱۰	در صورتی که بیمار خود تمایل به انجام حمام کردن داشته باشد هر ۱۰-۱۵ دقیقه به وی سر می زند.		
۱۱	در زمان انجام حمام، حریم بیمار را حفظ کرده و روی درب حمام تابلوی «اشغال می باشد» نصب می کند.		
۱۲	پس از اتمام حمام بیمار به وی کمک می کند تا به نحو مقتضی روی زیرپایی قرار گیرد و به وی در خشک کردن و پوشیدن لباس کمک می کند.		
۱۳	بیمار را تا بازگشت به اتاق و تختش همراهی می کند.		
۱۴	حوله و لباس های کثیف را در بین انداخته و حمام را تمیز می کند.		
۱۵	در مدت انجام حمام پوست بیمار را از نظر وجود تغییرات و زخم بررسی می کند.		
۱۶	چنان چه بیماری آتل یا پانسمان در ناحیه اندام ها دارد، آن را با پلاستیک می پوشاند و بعد وی را به حمام می برد.		
۱۷	مراحل انجام کار، تاریخ و واکنش های بیمار را در گزارش به طور دقیق ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شامپو کردن موهای بیماران بستری

هدف:

تمیزی مو و ایجاد نظافت و راحتی برای بیماران بستری

وسایل مورد نیاز:

شانه و برس - حوله دستی - شامپوی ملایم - سینی - ۳ عدد پارچ با آب گرم و سرد - پوشش جاذب آب - دستکش - نرم کننده مودر صورت لزوم - پتوی حمام - پنبه - سطل زباله - زیرپایی

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را در صورت هوشیاری برای وی توضیح می دهد.			
۳	وسایل را داخل سینی آماده کرده و به کنار تخت بیمار می برد.			
۴	دستکش و پیش بند می پوشد.			
۵	پوزیشن بیمار و وضعیت تخت را به صورتی قرار می دهد که کشیدگی پشت ایجاد نکند (سر تخت پایین).			
۶	بیمار را با پتوی حمام که دارای لایه ضد آب می باشد می پوشاند و سپس ملحفه و روتختی را به سمت پایین تخت می برد.			
۷	یک سطل زباله را روی پوشش جاذب آب روی یک زیرپایی زیر سر بیمار در پایین تخت قرار می دهد.			
۸	پارچ یا ظرف آب را پر از آب گرم کرده روی میز کنار تخت می گذارد.			
۹	یک پوشش پلاستیکی را به صورت ناودان از سمت سر و شانه های بیمار به شکلی که انتهای آن داخل سطل قرار گیرد آماده می سازد.			
۱۰	قبل از شامپو زدن گلوله های پنبه ای را داخل گوش بیمار قرار می دهد.			
۱۱	با مقداری آب سر بیمار را خیس کرده و شامپو می زند.			
۱۲	با انگشتان تمام سر بیمار را ماساژ می دهد و مواظب زخم ها و جراحات سر بیمار است.			

۱۳	سپس با پارچ یا ظرف کوچک از داخل ظرف بزرگتر آب را برداشته آن را ولرم کرده و به آرامی روی سر بیمار می ریزد.		
۱۴	در صورت لزوم از نرم کننده استفاده می کند و موهای بیمار را شانه می زند.		
۱۵	موهای بیمار را داخل حوله پیچیده و تمام وسایل و پلاستیک و پتوی حمام را از اطراف وی باز می کند.		
۱۶	موهای بیمار را با مالش توسط حوله خشک کرده و سپس شانه زده و مرتب می کند.		
۱۷	در صورت نیاز لباس و ملحفه های بیمار را تعویض و بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.		
۱۸	کلیه وسایل را جمع آوری و درجای خود قرار می دهد.		
۱۹	دستکش و پیش بند را بیرون می آورد.		
۲۰	مراحل انجام کار و تمامی حالات بیمار و موارد غیر طبیعی را در گزارش به طور دقیق ثبت می کند. مشخصات بیمار و تاریخ انجام کار را در دفتر حمام ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از پشت

اهداف:

- ۱- برقراری و حفظ بهداشت اولیه بیمار
- ۲- برقراری آسایش و تن آرامی عضلات برای مددجو
- ۳- تحریک گردش خون ناحیه به منظور پیشگیری از زخم بستر
- ۴- بررسی وضعیت پوست
- ۵- تسکین انقباض عضلانی یا درد

وسایل مورد نیاز:

لگن- صابون - پتوی حمام- حوله حمام- لیف - لوسیون نرم کننده دارای لانولین - دستکش (در صورت وجود زخم باز یا بی اختیاری ادراری)- پودر تالک (اختیاری).

آماده سازی وسایل :

دو سوم لگن را از آب گرم پر کنید. ظرف لوسیون را در لگن آب قرار دهید تا گرم شود. استفاده از لوسیون گرم باعث جلوگیری از لرزیدن بیمار شده، در نتیجه از انقباض عضلانی و فشار روی عضلات پیشگیری می کند.

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را بالای سر بیمار می برد.			
۲	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد و محیط خلوت برای وی فراهم می آورد.			
۳	از او می خواهد که اگر فشار خیلی زیاد یا خیلی کم وارد می آورد به وی تذکر دهد.			
۴	تخت را در وضعیت دلخواه تنظیم کرده و سرتخت را اگر بالا قرار دارد، پایین می آورد.			
۵	دست ها را شسته و در صورت لزوم دستکش می پوشد.			
۶	بیمار را با توجه به شرایط جسمانی روی شکم یا پهلو قرار می دهد.			
۷	بیمار را در راستای لبه تخت جهت پیشگیری از فشار به پشت خودش در نزدیکترین وضعیت به سمت خود قرار می دهد.			
۸	لباس یا گان بیمار را کنار زده و پشت ، شانه ها و باسن را نمایان می سازد. سپس پتوی حمام را جهت جلوگیری از لرزیدن یا نمایان شدن			

			اضافه‌ی اعضا روی وی می اندازد.
۹			یک حوله کنار یا زیر بیمار می اندازد تا از خیس شدن ملحفه ها جلوگیری شود.
۱۰			لیف را به دست می پوشاند، آن را طوری می پیچاند که از چکیدن آب از انتهای آن و سرد شدن سریع جلوگیری شود. سپس مقداری صابون به آن می مالد.
۱۱			با حرکات نرم و بلند ، پشت بیمار را می شوید. ابتدا از گردن و شانه‌ها شروع کرده و به سمت باسن حرکت می کند.
۱۲			محل را خوب آب کشی و خشک می کند چرا که رطوبت بین دو باسن اگر گرفته نشود می‌تواند باعث لیچ افتادن پوست و تشکیل زخم شود.
۱۳			در حین انجام کار به دقت پوست را به خصوص در نواحی استخوانی شانه، کتف و دنبالچه از جهت زخم و قرمزی بررسی می کند.
۱۴			لوسیون گرم را از ظرف بیرون آورده، کمی در گودی کف دست ریخته و جهت پخش شدن دست ها را به هم می مالد. سپس با حرکات نرم و طولانی لوسیون را به پشت بیمار می مالد. لوسیون از شکنندگی پوست جلوگیری کرده و ماساژ را آسان می‌کند.
۱۵			پشت بیمار را از قاعده ستون فقرات به سمت بالا و شانه ها ماساژ می‌دهد. -ماساژ را برای ایجاد تاثیر آرام سازی، آرام و برای تاثیر تحریکی ،سریع انجام می دهد. -سه نوع ضربه استفاده می کند: حرکات ماساژ مستقیم به بالا و پایین ، چرخشی دورانی و حرکات دورانی در حالی که مچ به چپ و راست حرکت می‌کند(مانند زمان گرفتن آب مرکبات).
۱۶			هر زمان که نیاز بوداز لوسیون استفاده نموده و جهت قطع نشدن ماساژ یک دست را روی پشت بیمار ثابت نگه می دارد.
۱۷			عضله تراپزیوس (نوزنقه‌ای) را فشار داده ، رها کرده، به بالا می کشد تا بیمار احساس آرامش کند.
۱۸			ماساژ را با حرکات نرم و کشیده خاتمه داده، لوسیون اضافی را با حوله پاک می کند.
۱۹			سپس لباس مدجو را به او می پوشاند و ملحفه‌ها را صاف یا در صورت لزوم تعویض می کند.
۲۰			تخت را به وضعیت اصلی برگردانده، بیمار را در وضعیت راحت قرار می‌دهد.
۲۱			لگن را خالی و تمیز می کند.
۲۲			وسایل یک بار مصرف را دور ریخته و مابقی وسایل را به جای خود برمی گرداند.
۲۳			مراقبت از پشت را در فلو چارت ثبت می کند.
۲۴			هر نوع قرمزی ، گسیختگی یا هر نوع تغییر در پوست را یادداشت می‌کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به تغذیه یک فرد بزرگسال

هدف:

حفظ وضعیت مناسب تغذیه در بیمار

وسایل مورد نیاز:

وسایل مورد نیاز برای صرف غذا

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط مناسبی برای تغذیه فراهم می کند.			
۲	لوله ها، لگن ها، ظرف پانسمان و ظرف آشغال را از محیط خارج می کند.			
۳	برای خروج بوها تهویه را روشن نموده یا درب ها را باز می کند.			
۴	میز روی تخت را تمیز می کند.			
۵	در صورت نیاز به دفع ادرار یا مدفوع به مددجو کمک می کند.			
۶	به مددجو کمک می کند که صورت و دست هایش را بشوید.			
۷	در آماده کردن دندان مصنوعی، لیوان یا سایر وسایل مخصوص به مددجو کمک می کند.			
۸	به مددجو کمک می کند که در تخت یا روی صندلی بنشیند.			
۹	قبل از لمس غذا دست ها را می شوید.			
۱۰	از نظر وجود غذای مناسب بیمار، سینی غذا را کنترل می کند.			
۱۱	سینی را روی میز نزدیک مددجو می گذارد.			
۱۲	پوشش غذا را برداشته و آن را به قطعات دلخواه تقسیم می کند.			
۱۳	چاشنی می زند.			
۱۴	زیر چانه مددجو دستمال یا حوله پهن می کند.			
۱۵	اگر مددجو می تواند به تنهایی غذا بخورد او را ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تنها می گذارد.			
۱۶	در صورتی که مددجو می تواند در صندلی بنشیند، او رانشانده و خود روبروی او روی صندلی می نشیند.			
۱۷	اگر مددجو باید در تخت بماند در هنگام غذا خوردن کنار وی می ماند.			

۱۸	اجازه می دهد مددجو غذای خود را انتخاب کند.		
۱۹	در صورت داغ یا سرد بودن غذا آن را اعلام می کند.		
۲۰	برای جویدن و بلعیدن هر لقمه غذا به مددجو فرصت کافی می دهد.		
۲۱	در صورت نیاز بین هر لقمه به وی مایعات می دهد.		
۲۲	با انتخاب موضوع مورد علاقه مددجو، حین غذا با وی صحبت می کند.		
۲۳	به مددجو برای شستن دست ها، صورت و دهان شویه کمک می کند.		
۲۴	در برقراری وضعیت راحت به بیمار کمک می کند.		
۲۵	در صورت لزوم میزان مایعات و غذای خورده شده را ثبت می کند.		
۲۶	باقیمانده سینی را تخلیه می کند.		
۲۷	دست ها را می شوید.		
۲۸	مشاهدات و یافته های خود و وضعیت اشتهای بیمار را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پاشویه

هدف:

کاهش درجه حرارت بیمار

وسایل مورد نیاز:

دماسنج جهت کنترل درجه حرارت بدن - دماسنج آب - دوعده ملحفه - مشمع - لگن حمام - محلول با درجه حرارت مناسب - ۶ عدد لیف - حوله حمام

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	اقدام مورد نظر را برای بیمار توضیح می دهد و خلوت او را فراهم می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	درجه حرارت، نبض و تنفس بیمار را اندازه گیری و یادداشت می کند.			
۵	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۶	مشمع و رویه را زیر بدن بیمار پهن می کند.			
۷	پوشش های بیمار را بر می دارد.			
۸	گاز یا لیف ها را درون محلول قرار می دهد.			
۹	صورت بیمار را با استفاده از لیف آغشته به آب ساده شسته و خشک می کند.			
۱۰	کیسه یخ را روی سر بیمار قرار می دهد.			
۱۱	چهار عدد از لیف های خیس شده را از درون محلول خارج کرده، کمی فشار داده سپس زیر بغل ها و کشاله ران قرار می دهد.			
۱۲	حوله حمام را زیر دست بیمار پهن می کند. لیف را از درون محلول بیرون آورده، سپس دست بیمار را به آهستگی می شوید.			
۱۳	هر چند لحظه لیف ها را با لیف دیگری که درون محلول است عوض می کند.			
۱۴	علامت حیاتی بیمار را هر ۱۵ دقیقه یک بار کنترل می کند.			
۱۵	اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی در پرونده بیمار یادداشت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: خالی کردن بگ ادراری بیمار

اهداف:

۱- کنترل میزان ادرار دفع شده

۲- جلوگیری از عفونت ادراری

وسایل مورد نیاز:

ظرف مدرج تخلیه ادرار - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۲	ظرف مدرج را زیر بگ ادراری قرار می دهد.			
۳	پیچ انتهایی بگ ادراری را جهت تخلیه ادرار به داخل ظرف مدرج باز می کند.			
۴	پیچ انتهایی بگ ادراری را محکم می بندد.			
۵	مقدار ادرار تخلیه شده را در ظرف مدرج اندازه گیری می کند.			
۶	دستکش ها را در می آورد.			
۷	دست ها را می شوید.			
۸	زمان خالی کردن بگ ادرار را به پرستار بخش گزارش می دهد تا در پرونده بیمار ثبت شود.			
۹	هر گونه مورد غیر طبیعی را به پرستار بخش گزارش می کند تا در پرونده بیمار ثبت شود.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: دادن لوله و لگن به بیمار

اهداف:

۱- کمک به راحتی و آسایش

۲- رفع نیاز فیزیولوژیک

۳- همراهی با بیمار

وسایل مورد نیاز:

لگن توالت با پوشش - پاراوان - لگن و پارچ آب جهت شست و شوی دست بیمار - صابون در جابابونی - حوله

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به موقع بر بالین بیمار حضور می یابد.			
۲	اطراف تخت بیمار پاراوان می کشد.			
۳	درجه حرارت لگن را با دمای بدن تنظیم می کند.			
۴	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۵	لگن را زیر بیمار قرار می دهد.			
۶	روی بیمار را می پوشاند.			
۷	پرینه بیمار را می شوید.			
۸	لگن را از زیر بیمار برمی دارد.			
۹	روی لگن را می پوشاند.			
۱۰	به شست و شوی دست های بیمار کمک می کند.			
۱۱	بیمار را در وضعیت مناسب بدنی قرار می دهد.			
۱۲	لگن را می شوید.			
۱۳	دست های خود را می شوید.			
۱۴	وضعیت ادرار و مدفوع بیمار را به پرستار مسوول گزارش می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از پا و ناخن

هدف: حفظ تمامیت پوست اطراف ناخن ها و عملکرد پا

وسایل مورد نیاز:

لگن حمام-آب گرم-پد ضد آب-دستکش یک بار مصرف-چوب نازک-سوهان ناخن - حوله-لوسیون نرم

کننده - زنگ اخبار

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	هدف از انجام کار را برای مددجو توضیح می دهد تا همکاری وی را جلب کند.			
۳	در صورت امکان مددجو را در صندلی قرار می دهد.			
۴	اگر منع پزشکی وجود دارد، مددجو روی تخت قرار گرفته و سر تخت بالا باشد.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	لگن را با آب گرم (۴۰-۳۷ درجه سانتی گراد) پر می کند.			
۷	پد ضد آب را زیر لگن قرار می دهد.			
۸	دست ها و پاهای مددجو را در لگن آب قرار می دهد.			
۹	زنگ اخبار را در اختیار مددجو قرار می دهد.			
۱۰	۱۰ تا ۲۰ دقیقه دست ها و پاها در آب بماند.			
۱۱	یک دست یا پا را از لگن خارج کرده و خشک می کند.			
۱۲	به آرامی زیر ناخن ها را با چوب نازک تمیز می کند.			
۱۳	از شستن پا یا دست شروع می کند.			
۱۴	ناخن ها را به صورت مستقیم کوتاه می کند.			
۱۵	آن ها را با سوهان فرم می دهد.			
۱۶	با چوب نازک پوست اطراف ناخن را به عقب فشار می دهد.			
۱۷	روش کار را برای سایر ناخن ها تکرار می کند.			
۱۸	دست یا پا را با آب گرم آبکشی می کند.			
۱۹	انتها ها، به خصوص بین انگشتان را کاملاً با حوله خشک می کند.			
۲۰	به دست ها و پاها لوسیون می زند.			
۲۱	کمک می کند مددجو در وضعیت راحت قرار گیرد.			
۲۲	وسایل مصرفی را دور می اندازد.			
۲۳	دست ها را می شوید.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: حمام در تخت
- اهداف:
- ۱- تمیزی پوست
 - ۲- تحریک جریان خون
 - ۳- ایجاد فعالیت ملایم
 - ۴- برقراری آسایش جسمی و روانی بیمار
 - ۵- فرصت بررسی پوست ، مفاصل و قدرت عضلات
- وسایل مورد نیاز:
- لگن حمام - پتوی حمام (پتوی سبک) - صابون - حوله - لیف - لوسیون پوست - دستکش - اسپری ضدعرق (در صورت دسترسی)
- در صورت نیاز:
- روغن حمام - پد جهت پرینه - پد شکمی - پد جاذب ادرار و مدفوع - ناخن گیر
- عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار توضیح داده و محیط خلوت جهت بیمار فراهم می آورد.			
۲	اگر شرایط بیمار اجازه دهد او را جهت ایجاد فعالیت ملایم و کاهش وابستگی تشویق می کند که در فعالیت شرکت کند.			
۳	دمای اتاق بیمار را بالا می برد و تمام درها و پنجره ها را می بندد.			
۴	از بیمار در مورد صابون یا شامپوی بدن مورد مصرفش سوال می کند چون بعضی بیماران به علت حساسیت پوستی از صابون ها یا شامپوهای خاص استفاده می کنند.			
۵	وسایل را آماده کرده کنار تخت بیمار می برد.			
۶	تخت را بالا آورده و آن را تا حد امکان به سمت خود می کشد تا از صدمه به پشت خودش جلوگیری شود.			
۷	در صورت نیاز لگن یا لوله را در اختیار بیمار قرار می دهد.			

۸	۲/۳	لگن را از آب گرم پر کرده (حدود ۴۱ درجه) و کنار تخت بیمار می برد. اگر دماسنج در دسترس نیست دمای آب را با پوست ساعد خود چک می کند.			
۹		اگر ملحفه ها بایستی تعویض شوند سرملحفه ها را شل می کند، در غیراین صورت آن ها را به سمت پایین تخت جمع می کند.			
۱۰		دستکش پوشیده و بیمار را به پشت می خواباند(در صورت امکان).			
۱۱		لباس و کلیه پوشش ها از قبیل جوراب، شلوار، باندهای الاستیک و ... را بیرون می آورد و بیمار را با پتوی حمام یا پوشش مناسب می پوشاند.			
۱۲		زیرچانه بیمار یک حوله پهن کرده و شست و شوی صورت را از چشم ها به صورت داخل به خارج و بدون صابون انجام می دهد.			
۱۳		برای هر چشم از یک قسمت جداگانه لیف یا گاز استفاده می کند.			
۱۴		اگر بیمار صابون را تحمل می کند، لیف را به صابون آغشته کرده و صورت، گوش ها و گردن بیمار را می شوید (از حرکات ملایم استفاده می کند).			
۱۵		پس از شست و شو، صورت و نواحی شسته شده را آب کشی می کند تا از تحریک، خارش و خشکی پوست در اثر به جا ماندن صابون جلوگیری شود.			
۱۶		تمام قسمت ها به خصوص حفرات را کامل خشک می کند. در ضمن کار به تمام موارد غیر طبیعی از قبیل: خارش یا زخم و ... توجه می کند.			
۱۷		پتوی حمام را تا ناحیه زیر قفسه سینه پایین کشیده و قفسه سینه و زیربغل را شسته و خشک می کند. در ضمن کار به نحوه تنفس بیمار توجه می کند.			
۱۸		در صورت دسترسی و تحمل بیمار از مواد ضدعرق در زیربغل استفاده می کند.			
۱۹		پتو را به سمت دورتر بدن برده و آرنج و شانه و مچ دست نزدیک به خود را می شوید.			
۲۰		در ضمن کار با ضربه های ملایم جریان خون وریدی را تسریع می کند.			
۲۱		در صورت امکان دست های بیمار را داخل لگن حمام شسته و ناخن ها را می گیرد. در ضمن کار جهت بررسی گردش خون محیطی به رنگ ناخن ها و انگشتان توجه می کند.			
۲۲		قسمت شکم و نواحی ژنیتال را برهنه کرده، می شوید و خشک می کند.			

۲۳	جهت پیشگیری از لرزیدن بیمار ناحیه بالاتنه و قفسه سینه را می پوشانند. در ضمن کار به وجود حساسیت و نفخ شکم هم توجه می کند.		
۲۴	لگن را داخل تخت برده و پا را خم کرده و داخل لگن قرار داده و می شوید.		
۲۵	پاها را از نواحی مچ، زانو و لگن حرکت می دهد ولی از ماساژ پا به علت احتمال حرکت لخته و ایجاد آمبولی خودداری می کند.		
۲۶	پس از شستن پاها، نرده کنار تخت را بالا برده، بیمار را پوشانده و آب لگن را تعویض می کند.		
۲۷	پس از آمادگی مجدد، بیمار را به پهلو یا شکم برگردانده و پشت و باسن بیمار را می شوید و خشک می کند.		
۲۸	پشت بیمار را با لوسیون ماساژ داده و به نواحی استخوانی، وجود هر نوع قرمزی، گسیختگی پوست و زخم های فشاری توجه می کند.		
۲۹	ناحیه پرینه را از جلو به عقب شسته و خشک می کند.		
۳۰	آب لگن را به طور مجدد تعویض کرده و پس از برگرداندن بیمار به پشت، ناحیه ژنیتال را کامل و به آرامی می شوید.		
۳۱	از قسمت های مختلف لیف یا گاز جهت شستن نواحی استفاده می کند.		
۳۲	شست و شو را از بالا به پایین و از جلو به عقب انجام می دهد.		
۳۳	اگر کاتتر ادراری وجود دارد اطراف آن را کاملاً تمیز می کند.		
۳۴	لباس یا گان تمیز به بیمار پوشانده و کلیه وسایلی که خارج کرده است مانند جوراب ها یا باندهای الاستیک، پد جاذب ادرار و مدفوع و ... را مجدد به بیمار می پوشانند.		
۳۵	تخت را مجدد درست کرده، ملحفه های کثیف را تعویض می کند.		
۳۶	زیر سر بیمار یک حوله پهن کرده و موها را شانه می زند.		
۳۷	تخت را به حالت اصلی برگردانده، بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.		
۳۸	ملحفه های آلوده را با رعایت احتیاطات لازم جهت جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم ها جمع آوری می کند.		
۳۹	دستکش ها را خارج می کند.		
۴۰	میزان تحمل بیمار نسبت به حمام، دامنه حرکات، میزان توانایی مراقبت از خود، و هر یافته غیر معمول، تاریخ و ساعت حمام را در چارت بیمار ثبت می کند.		



فصل دوم

کنترل عفونت

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: شستن دست ها

هدف:

جلوگیری از انتقال بیماری از پرسنل به بیمار و از بیماری به بیمار دیگر

وسایل مورد نیاز:

مایع صابون - ماده ضدعفونی کننده (آنتی سپتیک) - ماده مالش دهنده دست - آب گرم جاری - دستمال کاغذی - برس جهت تمیز کردن ناخن و انگشتان - برس پلاستیکی جهت تمیز کردن دست عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	انگشت، ساعت، ناخن مصنوعی (وسایل زینتی) را از دست خارج می کند.			
۲	ناخن ها باید کوتاه تر از ۵/۰ سانتی متر باشند.			
۳	طبق قوانین بین المللی، کار با ناخن های بلند و مصنوعی و وجود لاک در بخش های ویژه و اتاق عمل و نوزادان و هنگام تماس مستقیم با بیمار ممنوع است.			
۴	ابتدا دست ها را از آرنج خیس کرده، سپس با مایع صابون به خوبی مالش می دهد. استفاده از صابون جامد باعث ایجاد آلودگی متقابل می شود.			
۵	دست ها را طوری نگه می دارد که آب قسمت آلوده به قسمت تمیز جریان پیدا نکند.			
۶	حدود ۱۰ ثانیه دست های خود را با محلول مالش دهنده دست مالش می دهد.			
۷	به علت این که میکروارگانیسم ها در زیر ناخن و اطراف انگشت ها متمرکز هستند، به این نواحی توجه خاص می کند.			
۸	از پاشیده شدن آب روی خود یا کف زمین اجتناب می کند زیرا رشد میکروارگانیسم ها روی سطوح مرطوب سریع تر است.			
۹	از لمس و تماس با سینک دستشویی اجتناب می کند، زیرا به شدت آلوده می باشد.			
۱۰	پس از شستن کامل دست ها آن ها را به خوبی با دستمال کاغذی خشک می کند.			
۱۱	در صورتی که شیر دستشویی مجهز به کنترل بازویی یا پایی نمی باشد جهت بستن شیر آب از دستمال کاغذی خشک استفاده می کند که باعث انتقال دوباره آلودگی نشود.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ عنوان فعالیت : پوشیدن و خارج کردن ماسک صورت
- اهداف :
- ۱- پیشگیری از استنشاق میکروب‌های عفونی هوازی
 - ۲- پیشگیری از انتشار میکروب های هوازی از سیستم تنفسی پرستار به بیماران در معرض خطر یا به یک محیط استریل
- وسایل مورد نیاز :
- ماسک تمیز
- عامل انجام کار : پرستار- بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ماسک صورت را به روش زیر می پوشد: الف: ماسک های یک بار مصرف با کیفیت مناسب بیش از ماسک های پارچه‌ای موثر هستند. ب - لبه بالای ماسک را مشخص می کند. ج - ماسک را از دو بند لبه بالا به دست می گیرد. د - لبه بالای ماسک را روی پل بینی قرارداده و بندها را در پشت سرگرمی می زند. در صورت استفاده از عینک ، لبه بالای ماسک باید در زیر عینک قرار گیرد. هـ - لبه پایینی ماسک را زیر چانه قرار داده و بندهای پایینی را در قسمت بالای پشت گردن گره می زند (ماسک باید کاملاً دهان و بینی را بپوشاند). در صورت نیاز به استفاده از عینک محافظ آن را می پوشد. و - در هنگام استفاده از ماسک از صحبت کردن غیر ضروری و در صورت امکان از عطسه کردن یا سرفه کردن اجتناب می کند. ز - از یک ماسک تنها یک بار استفاده می کند و مدت زمان استفاده از آن طبق زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده می باشد. در صورت خیس شدن ماسک آن را تعویض می کند.			

			ح- هرگز ماسک صورت را دور گردن آویزان نمی کند. ط - در صورت تماس دست با ماسک آلوده ، حتماً دست های خود را می شوید.	
			ماسک را به روش زیر خارج می کند: الف - در صورت استفاده از دستکش آن ها را خارج می کند یا دست های خود را می شوید. ب - ابتدا بندهای قسمت پایینی ماسک را باز می کند. ج - سپس بندهای قسمت بالای ماسک را باز کرده و با گرفتن بندها آن را از روی صورت برمی دارد. د - ماسک یک بار مصرف را در سطل زباله می اندازد . ماسک پارچه ای را در محل مربوط به ماسک های استفاده شده قرار می دهد. هـ دست ها را می شوید.	۲

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : پوشیدن و خارج کردن گان

اهداف :

- ۱- پیشگیری از آلوده شدن لباس پرستار
 - ۲- پیشگیری از انتقال میکروب ها از پرستار به بیمار در معرض خطر
- وسایل مورد نیاز : گان تمیز
- عامل انجام کار : پرستار- بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را به طور کامل می شوید.			
۲	در صورت لزوم از ماسک استفاده می کند.			
۳	گان تمیز را در مقابل خود طوری باز می کند که سطح داخلی آن با قسمت های آلوده تماس پیدا نکند.			
۴	دست ها و بازوهای خود را به درون آستین های گان وارد می کند.			
۵	بندهای پشت گردن گان را می بندد.			
۶	لبه های پشت گان را تا جای ممکن روی هم آورده ، بندهای ناحیه کمر یا کمر بند را می بندد.			
۷	در صورت لزوم دستکش ها را می پوشد.			
۸	وظایف محوله را انجام می دهد.			
۹	برای خارج کردن گان به روش زیر اقدام می کند: الف - در صورت پوشیدن دستکش آن ها را خارج کرده و در کیسه زباله قرار می دهد. ب - بند پشت کمر گان را باز می کند. ج - دست ها را با آب و صابون می شوید. د - بند گان را در قسمت پشت گردن باز می کند. هـ - گان را در آورده طوری جمع می کند که دست وی فقط با قسمت داخلی آن تماس پیدا کند، سپس آن را در کیسه مخصوص لباس های کثیف می اندازد. و - در صورت استفاده از ماسک آن را باز می کند و در محل مربوط به ماسک های استفاده شده قرار می دهد. ز - در صورت استفاده از عینک محافظ آن را برمی دارد و در محل مخصوص جهت تمیز شدن و استفاده مجدد قرار می دهد. ح - قبل از ترک اتاق بیمار ، دست های خود را می شوید.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : پوشیدن و خارج کردن دستکش استریل

اهداف :

۱- قادر ساختن پرستار به جابه جا کردن آزادانه وسایل استریل

۲- پیشگیری از آلوده شدن بیماران در معرض خطر (مانند افراد دارای زخم‌های باز) با میکروب‌های دست‌های پرستار

وسایل مورد نیاز :

بسته حاوی یک جفت دستکش استریل در اندازه مناسب

عامل انجام کار : پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	هنگام پوشیدن دستکش استریل توجه دارد که فقط قسمت داخلی دستکش با دست‌ها تماس داشته باشد.			
۲	ابتدا دست‌ها را شسته و خشک می‌کند.			
۳	پوشش دستکش را باز می‌کند.			
۴	با دست چپ، دستکش مربوط به دست راست را از قسمت داخلی آن گرفته، دست راست را داخل دستکش می‌کند.			
۵	با دست راست، دستکش چپ را از قسمت تای خارجی آن گرفته، دست چپ را داخل آن می‌کند.			
نحوه خارج ساختن دستکش آلوده				
۷	ابتدا توسط دست چپ، دستکش سمت راست را از ناحیه زیر مچ گرفته، دستکش را از دست خارج می‌کند.			
۸	دستکش آلوده را از کف دست چپ نگه می‌دارد.			
۹	توسط دست راست، سمت داخلی دستکش دست چپ را گرفته، آن را به طرف بیرون برمی‌گرداند و از دست خارج می‌کند، به طوری که دستکش آلوده دست چپ نیز درون آن قرار گیرد.			
۱۰	در صورت آلوده شدن دستکش‌ها، آن‌ها را در یک پاکت یا کیسه پلاستیکی گذاشته و پس از بستن در پاکت، مجدداً درون پاکت یا کیسه پلاستیکی دیگری قرار می‌دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : پوشیدن و خارج کردن دستکش‌های یک بار مصرف

اهداف :

- ۱- پیشگیری از انتقال میکروب‌ها از دست‌های پرستار به بیمار
- ۲- کاهش احتمال آلوده شدن با میکروب‌های دست پرستار که ممکن است به دیگران منتقل شود. اگرچه شستن کامل دست‌ها، معمولاً از انتقال میکروب‌ها جلوگیری می‌کند لیکن پوشیدن دستکش هم وسیله‌ای برای پیشگیری به شمار می‌رود.

وسایل مورد نیاز :

یک جفت دستکش یک بار مصرف در اندازه مناسب

عامل انجام کار : پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌ها را به طور کامل شسته و خشک می‌کند.			
۲	در صورت لزوم ماسک و گان می‌پوشد.			
۳	تکنیک خاصی برای پوشیدن دستکش‌های یک بار مصرف وجود ندارد.			
۴	در صورتی که گان پوشیده است دستکش‌ها را روی مچ گان بالا می‌کشد، در صورت عدم استفاده از گان، دستکش‌ها مچ دست وی را می‌پوشانند.			
۵	برای خارج کردن دستکش‌ها به روش زیر عمل می‌کند: الف - اولین دستکش را با گرفتن سطح دستکش در کف دست، درست زیر مچ خارج می‌کند. دقت می‌کند دستکش آلوده با پوست دست تماس پیدا نکند. ب - دستکش اول را به طور کامل وارونه کرده از دست خارج و در دست دیگر نگه می‌دارد. ج - دو انگشت از دست بدون دستکش را داخل مچ دستکش دوم کرده و آن را به طور وارونه خارج می‌کند. در این حالت دستکش اول داخل دستکش دوم باقی می‌ماند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: ایجاد و برقراری یک محیط استریل

هدف: حفظ حالت استریل وسایل

وسایل مورد نیاز:

بسته حاوی شان استریل - وسایل استریل برحسب نیاز شامل: الف - بسته گاز استریل ب - بسته حاوی

کاسه استریل ج - محلول ضد عفونی کننده د - فورسپس استریل

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از استریل بودن بسته اطمینان حاصل می کند : الف - دقت می کند که بسته تمیز و خشک باشد، در صورت مرطوب بودن، بسته آلوده است و نباید استفاده شود. ب - تاریخ انقضای بسته استریل را کنترل می کند و بسته را از نظر اینکه قبلاً باز نشده باشد بررسی می کند. ج - به تغییر رنگ برچسب بسته استریل که نشان دهنده استریل بودن آن است توجه می کند.			
۲	بسته استریل را باز می کند. برای بازکردن یک بسته استریل روی یک سطح صاف به روش زیر عمل می کند: الف - بسته استریل را طوری در مقابل خود قرار می دهد که اولاً در مرکز سینی قرار گرفته ثانیاً اولین پوشش آن به دور از وی باز شود. ب - برای باز کردن اولین پوشش دست خود را از روی بسته استریل عبور نمی دهد. با دو انگشت شست و سبابه لایه رویی را گرفته آن را به دور از خود باز می کند. دقت می کند دست با قسمت داخل پوشش تماس پیدا نکند. ج - لایه های کناری را به طرف پهلوها با رعایت موارد مطرح شده باز می کند. دقت می کند لایه ای که رو قرار دارد اول باز شود. از دست راست برای باز کردن لایه راست و از دست چپ برای باز کردن لایه چپ استفاده می کند. د - لایه چهارم را با دقت به طرف خود باز می کند. دقت می کند این			

			لایه با لباس یا هر شیئی غیر استریل دیگر تماس پیدا نکند. جهت باز کردن یک بسته استریل در دست خود به روش زیر عمل می کند: الف - بسته را در یک دست طوری می گیرد که لایه رویی دور از وی قرار گیرد. ب - با استفاده از دست دیگر بسته را به روش قبلی باز می کند در حالی که گوشه لایه های بسته استریل کاملاً دور از وسیله استریل قرار گیرد. دقت می کند دست وی با محتویات بسته تماس حاصل نکند. جهت باز کردن بسته های استریل تجارتي به روش زیر عمل می کند: الف - این بسته ها معمولاً برای باز کردن دارای راهنمای لازم از طرف شرکت سازنده می باشند. ب - چنان چه در یکی از گوشه های بسته، محل مخصوصی برای باز کردن وجود دارد، بسته را در یک دست خود گرفته، با دست دیگر پوشش روی بسته را از محل مشخص شده گرفته و باز می کند. ج - چنان چه یک طرف بسته دارای محل مشخصی برای باز کردن است، حفظ استریل بودن آن نیاز به همکاری هر دو دست دارد. لبه های محل مشخص را در دو دست گرفته، بسته را باز می کند.	
۳			پوشانیدن بسته استریل باز شده برای انتقال به کنار تخت بیمار: الف - در صورت ضرورت، برعکس روش باز کردن بسته استریل روی یک سطح صاف عمل می کند، بدین ترتیب که ابتدا لایه نزدیک به خود، سپس طرفین و در انتها لایه دورتر از خود را روی سطح استریل قرار می دهد، دقت می کند که همواره دست وی با سطح بیرونی پوشش تماس داشته باشد.	
۴			ایجاد یک سطح استریل با استفاده از شان: الف - بسته حاوی شان را به روش آموخته شده قبلی باز می کند. ب - با یک دست یکی از گوشه های شان را که روی آن تا شده می گیرد. ج - شان را از پوشش آن خارج می کند و آن را دور از بدن خود باز می کند. د - پوشش را کنار می گذارد. و - شان را طوری روی سطح تمیز و خشک پهن می کند که قسمت	

			پایینی آن دور از وی قرار گیرد.	
			وسایل استریل را روی سطح استریل قرار می دهد. جهت قرار دادن وسایل بسته بندی شده به روش زیر عمل می کند: الف - هر بسته را به روش آموخته شده قبلی باز می کند. ب - با دست آزاد خود گوشه های پوشش بسته را جمع می کند و تا مجاورت مچ کنار می کشد. ج - برای قرار دادن وسایلی نظیر کاسه، شان یا دیگر وسایل آنها را از گوشه روی سطح استریل قرار می دهد بدون این که دست وی از روی سطح استریل عبور کند. د - پوشش بسته را کنار می گذارد.	۵

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: احتیاطات هنگام نوتروپنی

هدف:

محافظت بیماران در معرض خطر از مواجهه با عوامل بیماری زا

وسایل مورد نیاز:

دستکش - ماسک - گان - کارت احتیاطات نوتروپنی برای نصب روی در ورودی - دیگر وسایل نظیر دماسنج - گوشی پزشکی و دستگاه فشار سنج

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را در یک اتاق مجزا با فشار مثبت هوا قرار می دهد.			
۲	برای کاهش اضطراب و جلب مشارکت، روش ایزوله را برای بیمار و خانواده وی توضیح می دهد.			
۳	برای اطلاع دیگر افراد، کارت " احتیاطات نوتروپنی " را روی در نصب می کند.			
۴	قبل از پوشیدن دستکش و پس از در آوردن آن، دست ها را با محلول آنتی سپتیک می شوید.			
۵	گان می پوشد.			
۶	ماسک می زند.			
۷	تا حد امکان بیمار از اتاق خارج نمی کند.			
۸	در صورتی که بیمار باید از اتاق خارج شود از گان و ماسک استفاده می کند.			
۹	به افراد بیمار یا مبتلا به بیماری های عفونی اجازه ملاقات نمی دهد.			
۱۰	نیاز به احتیاطات نوتروپنی را در برنامه خود ذکر می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: احتیاطات تماسی

هدف: پیشگیری از انتقال بیماری های عفونی منتقله از راه تماس با ترشحات آلوده بیمار

وسایل مورد نیاز:

دستکش - گان یا پیش بند - ماسک - کارت مخصوص نصب روی در - کیسه پلاستیکی - دیگر وسایل

مورد نیاز نظیر دماسنج ، گوشی پزشکی و دستگاه فشارخون

عامل انجام کار: پرستار-بہیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را در اتاق مجزا با سرویس جداگانه قرار می دهد.			
۲	می توان دو بیمار با بیماری مشترک را در یک اتاق قرار داد.			
۳	روش ایزوله را برای بیمار و خانواده وی توضیح می دهد.			
۴	کارت ((احتیاطات تماسی)) را روی در نصب می کند.			
۵	قبل از ورود به اتاق و پس از ترک اتاق دست های خود را می شوید.			
۶	نمونه های آزمایشگاهی را در ظروف دارای بر چسب قرار می دهد و هر چه سریع تر به آزمایشگاه می فرستد.			
۷	اطمینان می یابد که تمام ملاقات کنندگان از گان و دستکش استفاده می کنند.			
۸	هر وسیله ای را که با بیمار تماس داشته است در کیسه پلاستیکی جداگانه ای قرار می دهد و آن ها را دور انداخته یا استریل می کند.			
۹	تا حد امکان بیمار از اتاق خارج نمی شود.			
۱۰	در صورتی که بیمار باید از اتاق خارج شود هر نوع زخم دارای ترشح را با پانسمان تمیز می پوشاند.			
۱۱	وجود هر نوع احتیاطات تماسی را در برنامه خود در نظر می گیرد.			
۱۲	تحمل بیمار نسبت به روش را ذکر می کند.			
۱۳	زمان قطع احتیاطات تماسی را ذکر می کند.			
۱۴	اقدامات اولیه را ثبت می کند. هر نوع آموزش به بیمار و خانواده را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: احتیاطات ریز قطرات

هدف: پیشگیری از انتشار بیماری های عفونی از طریق ترشحات بینی یا دهان

وسایل مورد نیاز: ماسک - گان - در صورت لزوم: دستکش، کیسه پلاستیکی، کارت مخصوص نصب روی در با نوشته « احتیاطات ریز قطرات » - دیگر وسایل نظیر دماسنج - گوشی پزشکی - دستگاه فشارخون

عامل انجام کار: پرستار-بہیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در صورت امکان بیمار را در اتاق مجزا با سرویس دستشویی جدا قرار می دهد.			
۲	دو بیمار با یک بیماری مشترک را می توان در یک اتاق قرار داد.			
۳	روش ایزوله را برای بیمار و خانواده توضیح می دهد.			
۴	برای اطلاع دیگر افراد، کارت « احتیاطات ریز قطرات » را روی در اتاق نصب می کند.			
۵	قبل از ورود به اتاق و پس از ترک اتاق دست های خود را می شوید.			
۶	ماسک را به طور مناسب روی دهان و بینی محکم می کند.			
۷	فلز قابل انعطاف روی قسمت بینی ماسک را به طور مناسب محکم می کند.			
۸	به بیمار آموزش می دهد که دهان و بینی خود را هنگام عطسه و سرفه با دستمال کاغذی بپوشاند.			
۹	یک کیسه پلاستیکی نزدیک تخت بیمار قرار می دهد تا دستمال های آلوده خود را در آن قرار دهد.			
۱۰	اطمینان می یابد که تمام ملاقاتی ها از ماسک استفاده می کنند.			
۱۱	در صورتی که بیمار باید اتاق را ترک کند مطمئن می شود که دهان و بینی خود را با ماسک پوشانده است.			
۱۲	نیاز به رعایت احتیاطات ریز قطرات را در برنامه خود در نظر می گیرد.			
۱۳	اقدامات اولیه را ذکر می کند، هر نوع آموزش به بیمار و خانواده را ثبت می کند.			
۱۴	تحمل بیمار نسبت به روش را ثبت می کند.			
۱۵	تاریخ قطع احتیاطات ریز قطرات را ذکر می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: احتیاط لازم در انتشار ذرات از راه هوا

هدف:

پیشگیری از انتقال بیماری های عفونی منتقل شونده از راه هوا، که به وسیله ی تنفس، عطسه یا سرفه در هوا منتشر می شود.

وسایل مورد نیاز:

وسایل تهویه تنفسی (رسیپراتور N ۹۵ ، رسیپراتور با فیلتر مخصوص با کیفیت بالا HEPAU ، رسیپراتور با قدرت تخلیص هوا PAPR)، ماسک جراحی – کارت مخصوص نصب روی در حاوی کلمه « ایزولاسیون »، دیگر وسایل لازم برای رعایت استانداردهای احتیاطی – دیگر وسایل نظیر دماسنج – گوشی پزشکی و دستگاه اندازه گیری فشار خون
عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را در یک اتاق در بسته با فشار منفی هوا قرار می دهد.			
۲	در صورت امکان اتاق دارای قسمت کفش کن است.			
۳	وجود هوای فشار منفی در اتاق را کنترل می کند.			
۴	در صورت امکان می توان دو بیمار با بیماری یکسان را در یک اتاق قرار داد.			
۵	اقدامات احتیاطی را برای بیمار و خانواده وی توضیح می دهد.			
۶	برای حفظ فشار منفی داخل اتاق و جلوگیری از ورود ذرات منتشر در هوا، مراقب است که درب اتاق و قسمت کفش کن همیشه بسته باشد.			
۷	فهرست اقدامات احتیاطی را روی در نصب می کند تا برای تمام افراد قابل مشاهده باشد.			
۸	بر اساس راهنمایی های کارخانه سازنده از رسیپراتورها استفاده می کند.			
۹	به بیمار آموزش می دهد هنگام سرفه یا عطسه دهان و بینی خود را با دستمال بپوشاند.			
۱۰	یک کیسه در کنار تخت بیمار در نظر می گیرد که بیمار دستمال های آلوده را داخل آن بیندازد.			

۱۱	اطمینان می یابد که تمام افراد حاضر در اتاق از وسایل محافظتی تنفسی استفاده می کنند.		
۱۲	مراقب است که تا حد امکان بیمار از اتاق خارج نشود.		
۱۳	در صورتی که بیمار لازم است اتاق را ترک کند اطمینان می یابد که بیمار با ماسک جراحی بینی و دهان خود را پوشانده باشد.		
۱۴	نیاز به برقراری استانداردهای ذرات معلق در هوا را در برنامه خود در نظر می گیرد.		
۱۵	اقدامات اولیه، تحمل بیمار نسبت به روش و هر نوع آموزش به بیمار و خانواده را ثبت می کند.		
۱۶	تاریخ قطع احتیاطات ذرات معلق را ذکر می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استانداردهای احتیاطی

هدف: پیشگیری از عفونت های قابل انتقال

وسایل مورد نیاز:

دستکش - ماسک - عینک محافظ - محافظ صورت - گان یا پیش بند - ماسک های احیاء - کیسه برای نمونه گیری - محلول های ضد عفونی توبرکلوزیس - محلول های سفید کننده رقیق شده (۱ در ۱۰ و ۱ در ۱۰۰ که هر روز به طور تازه تهیه شود) - مواد ضد ویروس هپاتیت B و هپاتیت C - مواد ضد میکروبی (از جمله توبرکلوزیس) - عوامل ضد ویروس HIV - صفحه ای که آلوده به عوامل ضد میکروبی یا تجمع میکروبی نباشد.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به محض آلودگی دست ها با خون، مایعات بدن، عرق، ترشحات، یا مواد در ناژ شده آن ها را می شوید.			
۲	قبل و پس از مراقبت از بیمار دست های خود را می شوید.			
۳	پس از در آوردن دستکش ها دست های خود را می شوید.			
۴	هنگامی که امکان شست و شوی دست ها وجود ندارد دست ها را با پدهای الکلی پاک می کند.			
۵	در صورتی که با خون یا مایعات بدن بیمار تماس دارد دستکش می پوشد.			
۶	برای پیش گیری از انتقال آلودگی از بیماری به بیمار دیگر دستکش ها را تعویض کرده و دست های خود را می شوید.			
۷	در طی انجام روش هایی نظیر جراحی، آندوسکوپی، دیالیز، کمک در اینتوبه کردن یا جای گذاری لاین های شریانی که امکان پاشیده شدن ترشحات و مایعات بدن یا خون وجود دارد از ماسک، محافظ صورت، عینک محافظ و گان ضد آب استفاده می کند.			
۸	سر سوزن ها و دیگر وسایل تیز را با احتیاط حمل می کند.			
۹	از خم کردن و شکستن سوزن ها خودداری می کند.			
۱۰	سر سوزن ها را از سرنگ جدا می کند.			
۱۱	به محض استفاده از سوزن ها آن ها را در محفظه های غیر قابل نفوذ می اندازد.			

۱۲	برای برداشتن قطعات شکسته شده یا وسایل تیز از وسیله مخصوص استفاده می کند.		
۱۳	عملکرد خود را بررسی می کند که اطمینان یابد روش کار وی برای خود، بیمار و همکارانش ایمن می باشد.		
۱۴	برای ثبت، درمان مناسب و بررسی میزان رخداد حوادث، وقوع آسیب های ناشی از اجسام نوک تیز یا دیگر صدمات را هر چه سریع تر گزارش می دهد.		
۱۵	تمام نمونه های جمع آوری شده از بیماران را به طور صحیح بر چسب می زند.		
۱۶	نمونه های مورد نظر را در کیسه های پلاستیکی قرار می دهد.		
۱۷	تمام وسایلی که یک بار مصرف نیستند و با ترشحات بیمار، تعریق، خون و در ناژ در تماس مستقیم هستند قبل از خارج کردن از اتاق در یک کیسه جداگانه قرار می دهد.		
۱۸	ملحفه ها و زباله ها را در کیسه های جداگانه قرار می دهد.		
۱۹	ضخامت کیسه های زباله به گونه ای باشد که بتواند محتویات خود را به خوبی نگه دارد.		
۲۰	سطوحی که با خون و مایعات بدن در تماس بوده اند با مواد ضد عفونی کننده پاک می کند.		
۲۱	لزومی به استفاده از ظروف یک بار مصرف برای غذا وجود ندارد.		
۲۲	در صورت وجود زخم ترشخی تا بهبود آن از تماس مستقیم با بیمار خودداری می کند.		
۲۳	در صورتی که دست های وی دچار درماتیت یا شکنندگی پوستی است از قرار گرفتن در وضعیت هایی که نیاز به تماس مستقیم با خون و مایعات بدن بیمار است خودداری می کند.		
۲۴	ثبت: - نیاز ویژه به احتیاطات ایزولاسیون در برنامه مراقبت پرستاری - آموزش به بیمار و خانواده وی در مورد ایزواسیون		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

انجام کارهای مربوط به کمک بهیاران توسط پرستاران و بهیاران کنترل می شود.

★ نوع فعالیت: مراقبت و بسته بندی وسایل مصرف شده

اهداف:

۱- پیشگیری از تماس مراقبین بهداشتی با وسایل آلوده به ترشحات و مواد دفعی بدن بیمار

۲- پیشگیری از آلوده شدن بیمار

وسایل مورد نیاز: کیسه نایلونی دارای برچسب مخصوص

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	زباله ها و وسایل یک بار مصرف کثیف شامل پانسمان های آلوده به مواد ترشحاتی و عفونی مثل چرک ، خون و ... را در کیسه نایلونی دارای علامت عفونی گذاشته و داخل سطل مخصوص قرار می دهد.			
۲	وسایل چند بار مصرف آلوده را طبق مقررات موسسه در کیسه نایلونی علامت گذاری شده قرار داده و به بخش مخصوص ضد عفونی کردن وسایل می فرستد، یا در بخش در محل مخصوص با آب و صابون شسته و بر حسب نوع محلول ضد عفونی کننده به مدت لازم ضد عفونی می کند. - سپس آن ها را شسته ، خشک کرده و در محل مخصوص قرار می دهد.			
۳	در صورت استفاده از ظروف غذای یک بار مصرف، آن ها را داخل کیسه نایلونی علامت گذاری شده می گذارد، سپس داخل سطل مخصوص قرار می دهد. - در صورت استفاده از ظروف غذای معمولی آن ها را با آب و صابون به طور کامل شسته، سپس برای مدت زمان لازم در محلول ضد عفونی کننده قرار می دهد.			
۴	حداقل تماس را با ملحفه آلوده دارد و آن ها را در کیسه مخصوص لباس های کثیف که علامت گذاری شده است قرار می دهد.			

۵	هنگام جمع‌آوری نمونه‌های آزمایشگاهی دقت می‌کند که سطح بیرونی ظروف جمع‌آوری آلوده نشوند. - در صورت آلوده شدن سطح بیرونی، قبل از فرستادن به آزمایشگاه آن را در یک پوشش پلاستیکی شفاف قرار می‌دهد.		
۶	لباس‌های آلوده را قبل از فرستادن به منزل یا رختشوی خانه بسته‌بندی و علامت‌گذاری می‌کند.		
۷	کتاب، مجلات و اسباب بازی‌ها را طبق مقررات موسسه ضدعفونی کرده و سپس دور می‌اندازد.		
۸	وسایل کنترل فشارخون را در صورت آلوده بودن، طبق مقررات موسسه ضدعفونی می‌کند.		
۹	در صورت محکم نبودن کیسه بسته‌بندی وسایل آلوده یا آلوده شدن سطح خارجی کیسه اول، از کیسه دوم استفاده می‌کند.		
۱۰	وسایل یک بار مصرف تیز و برنده نظیر سوزن، ارنه و شیشه‌های شکسته را قبل از دور انداختن، در ظروف غیرقابل نفوذ و مقاوم قرار می‌دهد.		



فصل سوم

نمونه گیری

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در انجام پونکسیون کمری

هدف: تشخیص بیماری

وسایل مورد نیاز:

ست LP (شامل دو عدد لوله آزمایش، گاز، پنبه، رسیور، گالی پات، پنس، شان) - بر چسب -

لکوپلاست - محلول ضد عفونی کننده - سوزن LP

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	جهت انجام روش از بیمار رضایت نامه کتبی اخذ می کند.			
۳	مراحل انجام کار را برای بیمار شرح می دهد.			
۴	بیمار را قبل از انجام این روش به دفع ادرار و مدفوع تشویق می کند.			
۵	بیمار را جهت انجام این روش در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۶	به بیمار در رابطه با انجام تنفس طبیعی در حین کار آموزش می دهد.			
۷	همزمان با پیشرفت کار، مرحله به مرحله روش کار را برای بیمار شرح می دهد.			
۸	روی نمونه های گرفته شده بر چسب مشخصات بیمار را می چسباند.			
۹	در محل انجام روش، از پانسمان کوچک استفاده می کند.			
۱۰	نمونه ها را بلافاصله به روش صحیح به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۱۱	بیمار را پس از انجام روش ۲-۳ ساعت در وضعیت دمر قرار می دهد.			
۱۲	بیمار را از نظر عوارض ناشی از این روش تشخیصی کنترل می کند و در صورت بروز عوارض به پزشک اطلاع می دهد.			
۱۳	در صورت نداشتن ممنوعیت مصرف مایعات، بیمار را به خوردن مایعات تشویق می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اندازه گیری قند خون از طریق سوزن پوستی

اهداف:

۱- اندازه گیری سطح قند خون

۲- تشخیص وضعیت هیپرگلیسمی یا هیپوگلیسمی

وسایل مورد نیاز:

دستگاه گلوکومتر - سوزن مخصوص (لانست) - نوار تست - پنبه الک - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های مددجو را با آب گرم و صابون می شوید.			
۲	مددجو را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۳	دستگاه را روشن می کند.			
۴	نوار تست را درون دستگاه قرار می دهد.			
۵	دقت دارد که کد دستگاه و نوار تست یکسان باشد.			
۶	یکی از انگشتان را برای سوزن زدن انتخاب می کند.			
۷	انگشت مورد نظر را به آهستگی ماساژ می دهد.			
۸	محل ورود سوزن را با پنبه الک ضد عفونی می کند.			
۹	اجازه می دهد محل الک خشک شود.			
۱۰	دستکش می پوشد.			
۱۱	پوشش لانست را بر می دارد و سریع و عمودی وارد محل می کند.			
۱۲	قطره اول خون خارج شده را با پنبه الک خشک می کند.			
۱۳	محل سوراخ شده را فشار می دهد تا قطره خون بزرگی خارج شود.			
۱۴	نوار تست را به قطره خون نزدیک می کند.			
۱۵	بدون تماس دست با سطح نوار توجه می کند که تمام سطح نوار به خون آغشته شود.			
۱۶	در صورت لزوم طبق دستور کارخانه زمان سنج را فشار می دهد.			
۱۷	صبر می کند تا دستگاه جواب را به شما اعلام کند.			
۱۸	پس از حصول نتیجه نوار را از دستگاه خارج می کند.			
۱۹	دستگاه را خاموش می کند.			
۲۰	نتیجه تست را به پزشک و مددجو اطلاع می دهد.			
۲۱	نتیجه را در پرونده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: خون گیری وریدی

هدف:

جمع آوری نمونه خون جهت انجام بررسی های آزمایشگاهی

وسایل مورد نیاز:

تورنیکه- دستکش - سرنگ و شیشه و لوله های جمع آوری خون - پنبه الکلی - برچسب - گاز کوچک ۵×۵

سانتی متر استریل - برگه درخواست آزمایش و جعبه وسایل خونگیری

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را کاملاً می شوید و دستکش می پوشد.			
۲	بیمار را با صدا کردن نامش شناسایی می کند.			
۳	به بیمار توضیح می دهد که نمونه را برای چه منظوری می خواهد و چه کاری انجام خواهد داد.			
۴	از بیمار سؤال می کند آیا هنگام خون دادن دچار حالت غش یا حالت تهوع و ضعف می شود؟			
۵	اگر بیمار در تخت دراز کشیده است از او می خواهد که در وضعیت به پشت خوابیده قرار گیرد.			
۶	در بیماری که نشسته است از او می خواهد که دست خود را روی لبه صندلی یا میز بگذارد.			
۷	وریدهای بیمار را برای انتخاب محل خون گیری بررسی می کند.			
۸	تورنیکه را ۵ سانتی متر بالای محل موردنظر می بندد.			
۹	برای راحتی دسترسی به عروق از بیمار می خواهد که چند بار مچ خود را باز و بسته کند.			
۱۰	محل خونگیری را با پنبه الکلی یا بتادین به شکل دایره ای ضد عفونی می کند.			
۱۱	اجازه می دهد تا محل ضد عفونی کاملاً خشک شود.			
۱۲	ورید را با فشار دادن شست خود زیر ناحیه خونگیری می کشد تا پوست به طرف پایین ثابت شود.			
۱۳	سوزن را با زاویه ۳۰ درجه در حالی که سمت شیب دار سوزن رو			

			به بالاست وارد ورید می کند.	
۱۴			هنگامی که خون وارد سرنگ شد به آرامی خون را می کشد تا میزان مورد نیاز خون بگیرد.	
۱۵			تورنیکه را باز می کند.	
۱۶			بعد از نمونه گیری، گاز کوچک را روی محل سوزن گذاشته و به آرامی سوزن را از ورید خارج می کند.	
۱۷			فشار ملایمی روی محل ورود سوزن به مدت ۲ الی ۳ دقیقه وارد می کند تا خون بند بیاید.	
۱۸			بعد از توقف خونریزی روی آن چسب می زند.	
۱۹			اگر از سرنگ استفاده کرده است نمونه را به شیشه مخصوص نمونه انتقال می دهد.	
۲۰			نمونه را در محل نگهداری نمونه قرار می دهد.	
۲۱			در پایان، محل خونگیری را از نظر توقف خونریزی چک می کند.	
۲۲			اگر خونریزی متوقف نشده بود محل مورد نظر را مجدداً حدود ۵ دقیقه فشار می دهد.	
۲۳			وسایل را جمع می کند.	
۲۴			زمان، تاریخ، ناحیه خونگیری، نام تست، زمانی که خون به آزمایشگاه فرستاده شده، میزان خون جمع آوری شده، درجه حرارت بیمار و هر نوع عکس العمل بیمار به خونگیری را ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کشت خون

هدف:

جمع آوری خون جهت بررسی از نظر وجود باکتری می و سپتی سمی

وسایل مورد نیاز:

تورنیکه - دستکش - الکل یا بتادین - سرنگ ۱۰ سی سی برای کودکان - شیشه کشت خون (شیشه ۵۰ میلی لیتر برای بالغین، ۲۵ میلی لیتر برای کودکان و نوزادان) - برگه درخواست آزمایش - جعبه مخصوص وسایل خونگیری

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار می گوید که نیاز به چند بار خون گیری است.			
۲	فرایند کار را به بیمار شرح می دهد.			
۳	دستان خود را می شوید و دستکش می پوشد.			
۴	ناحیه خونگیری را با پنبه الکل یا بتادین ضدعفونی می کند.			
۵	به صورت دورانی ضدعفونی را انجام می دهد.			
۶	۳۰ تا ۶۰ ثانیه صبر می کند تا الکل یا بتادین خشک شود.			
۷	سوزن را وارد رگ کرده و خونگیری می کند (۱۰ سی سی در بالغین، ۲-۶ سی سی در کودکان).			
۸	درب شیشه کشت خون را با بتادین ضدعفونی می کند.			
۹	سوزن را وارد کرده و خون را آهسته داخل شیشه می ریزد.			
۱۰	۵ میلی لیتر از خون را به شیشه ۵۰ میلی لیتری و ۲ میلی لیتر را به شیشه ۲۰ میلی لیتری وارد می کند.			
۱۱	بر چسب حاوی نام، شماره اتاق، نام پزشک، زمان و تاریخ جمع آوری را به شیشه می چسباند.			
۱۲	سرنگ و سر سوزن را معدوم می کند.			
۱۳	دستکش ها را خارج می کند.			
۱۴	زمان و تاریخ نمونه گیری، نام آزمایش، میزان خون گرفته شده، تعداد شیشه های مورد استفاده، درجه حرارت بیمار و عکس العمل های بیمار به خونگیری را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تست قند خون

اهداف:

۱- بررسی و اندازه گیری میزان قند خون در مواردی مثل دیابت

۲- غربالگری دیابت و هیپوگلیسمی نوزادان

۳- کمک به افتراق کمای دیابتیک از کمای غیردیابتیک

وسایل مورد نیاز:

دستکش - گلوکومتر (در صورت در دسترس بودن) - پنبه الکل - گاز استریل - لانست - چسب - ساعت دارای ثانیه شمار

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار یا والدین شرح می دهد.			
۲	محل خونگیری را مشخص می کند(معمولاً نوک انگشتان و لاله گوش در کودکان و بالغین و پاشنه پا در نوزادان).			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	در صورت نیاز به گشادی عروق ناحیه را برای ۱۰ دقیقه گرم می کند.			
۶	محل خونگیری را با پنبه الکل ضدعفونی کرده و با گاز استریل خشک می کند.			
۷	برای نمونه گیری از نوک انگشت با استفاده از لانست، لانست را به نوک انگشت بیمار می زند. این کار را سریع و با دقت انجام می دهد.			
۸	یک قطره از خون را روی نوار قرار می دهد.			
۹	بعد از خونگیری، از فشار مستقیم برای جلوگیری از تشکیل هماتوم ، استفاده می کند.			
۱۰	اجازه می دهد خون به مدت ۶۰ ثانیه روی نوار بماند.			
۱۱	تغییر رنگ موجود در نوار را با نمودار رنگ استاندارد که روی جعبه وجود دارد مقایسه می کند.			
۱۲	اگر از گلوکومتر استفاده می کند، براساس دستورالعمل کار دستگاه عمل می کند.			
۱۳	در صورتی که محل خونگیری ، خونریزی نداشت روی آن چسب می زند.			
۱۴	جواب آزمایش ، زمان و تاریخ تست را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: نمونه‌گیری خون به منظور اندازه‌گیری گازهای خون شریانی

هدف:

بررسی کارکرد تهویه به وسیله اندازه‌گیری PH ، فشار اکسیژن شریانی (PaO_2) و فشار دی‌اکسیدکربن (Paco_2)

وسایل مورد نیاز:

سرنگ (در حال حاضر بعضی سرنگ‌های مخصوص ABG وجود دارد) - هپارین - دستکش - پنبه الکلی یا بتادین - ۲ عدد گاز استریل ۵×۵ سانتی متر - ظرف محتوی یخ - برچسب - برگه درخواست آزمایش - چسب - لیدوکائین (۱٪) در صورت لزوم

وسایل را به شرح زیر آماده می‌کند:

الف - دستان خود را می‌شوید.

ب - برچسب روی نمونه را آماده می‌کند که شامل نام بیمار، شماره اتاق ، درجه حرارت ، زمان جمع آوری، در صورت وصل بودن به ونتیلاتور (فشار اکسیژن شریانی و روش اکسیژن‌رسانی و نام پزشک) می‌باشد.

ج - ظرف حاوی یخ را آماده می‌کند.

د - سرنگ را هپارینه می‌کند (هپارین را به داخل سرنگ می‌کشد، سرنگ را مستقیم نگه می‌دارد و پیستون را می‌کشد تا همه جای سرنگ به هپارین آغشته شود. سپس به آرامی همه هپارین را خارج می‌کند. باقی ماندن هپارین PH و PaO_2 را تغییر می‌دهد).

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (ویژه کار)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	مراحل انجام کار را به بیمار شرح می‌دهد.			
۲	دست‌های خود را می‌شوید و دستکش می‌پوشد.			
۳	یک دستمال کاغذی زیر مچ بیمار قرار می‌دهد.			
۴	شریان را با استفاده از نبضی که دارد پیدا می‌کند.			
۵	محل خونگیری را با بتادین ضدعفونی می‌کند.			
۶	از حرکت چرخشی مرکز به بیرون استفاده می‌کند.			
۷	با انگشت اشاره و میانی شریان را پیدا می‌کند، سپس انگشتان را دو طرف رگ قرار می‌دهد.			
۸	سوزن را با زاویه ۳۰ تا ۴۵ درجه گرفته و وارد می‌کند و در خونگیری شریان براکیال با زاویه ۶۰ درجه انجام می‌دهد.			

۹	با یک حرکت سوزن را وارد شریان می کند.		
۱۰	ورود خون در سرنگ را مشاهده می کند، هیچگاه برای خونگیری پیستون رانمی کشد چرا که خون شریانی بایستی خودش وارد سرنگ شود.		
۱۱	به اندازه ۱ تا ۳ میلی لیتر خون می گیرد.		
۱۲	بعد از خونگیری، گاز استریل را روی محل به مدت ۵ دقیقه فشار می دهد.		
۱۳	در صورتی که بیمار داروی ضد انعقاد مصرف می کند برای ۱۰ تا ۱۵ دقیقه فشار می دهد و از همکار خود کمک می خواهد و خودش نمونه را برای انتقال آماده می کند.		
۱۴	حباب های هوا را از سرنگ خارج می کند.		
۱۵	سوزن را با درپوش پلاستیکی مخصوص مسدود می کند تا هوا وارد سرنگ نشود.		
۱۶	برچسب نوشته شده را روی ظرف یخ یا کیف پلاستیکی یخ می چسباند.		
۱۷	برگه درخواست آزمایش را همراه با نمونه آزمایش، بلافاصله به آزمایشگاه ارسال می کند.		
۱۸	علائم حیاتی بیمار را بررسی می کند و علائم مشکل در خونرسانی مثل تورم، تغییر رنگ، درد، بی حسی و خونریزی محلی که خونگیری انجام شده است را چک می کند.		
۱۹	نتیجه تست آلن، زمان خونگیری، دمای بدن بیمار، محل خونگیری، مقدار زمان صرف شده برای فشار به محل و توقف خونریزی و در صورت دریافت اکسیژن، میزان اکسیژن دریافتی را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جمع‌آوری ادرار تصادفی

اهداف:

۱- به عنوان بخشی از بررسی و معاینه بیمار در بدو پذیرش جهت تکمیل پرونده.

۲- جهت غربالگری اختلالات سیستمیک یا دستگاه ادراری

وسایل مورد نیاز:

لگن یا لوله ادراری- دستکش - ظرف نمونه گیری - برگه درخواست آزمایش -آب و صابون- دستمال کاغذی - ظرف نمونه‌گیری استریل - گاز استریل ۵×۵ سانتی متر- محلول بتادین- لگن و لوله ادراری در صورت نیاز - برگه درخواست آزمایش.

عامل انجام کار: پرستار و بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار می‌گویند که نمونه را برای آزمایش ادرار و بررسی ادرار نیاز دارد و روش کار را شرح می‌دهد.			
۲	خلوت بیمار را حفظ می‌کند.			
۳	به بیماری که ملزم به استراحت در تخت است آموزش می‌دهد که ادرار خود را در لگن یا لوله ادراری تخلیه کند.			
۴	دستکش می‌پوشد.			
۵	میزان ۱۲۰ میلی لیتر از ادرار را درون ظرف نمونه‌گیری می‌ریزد.			
۶	اگر بیمار ثبت جذب و دفع دارد کل ادرار را در ظرف مدرج می‌ریزد و میزان آن را ثبت می‌کند.			
۷	برچسب حاوی نام بیمار، شماره اتاق، زمان و تاریخ جمع‌آوری ادرار را روی ظرف می‌چسباند.			
۸	برگه درخواست آزمایش را به ظرف جمع‌آوری ادرار الصاق می‌کند و به آزمایشگاه ارسال می‌کند.			
۹	لگن و ظرف مدرج جمع‌آوری را می‌شوید و به محل اولیه‌اش بازمی‌گردانند.			
۱۰	دستان خود را می‌شوید.			
۱۱	آب و صابون در اختیار بیمار قرار می‌دهد تا خود را تمیز کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جمع آوری نمونه تمیز وسط ادرار

اهداف:

۱- به عنوان بخشی از بررسی و معاینه بیمار در بدو پذیرش جهت تکمیل پرونده.

۲- جهت غربالگری اختلالات سیستمیک یا دستگاه ادراری

وسایل مورد نیاز:

لگن یا لوله ادراری - دستکش - ظرف نمونه گیری - برگه درخواست آزمایش - آب و صابون - دستمال کاغذی - ظرف نمونه گیری استریل - گاز استریل ۵ × ۵ سانتی متر - محلول بتادین - لگن و لوله ادراری در صورت نیاز - برگه درخواست آزمایش.

عامل انجام کار: پرستار و بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به دقت به بیمار شرح می دهد.			
۲	تأکید می کند که نمونه بایستی بدون آلودگی و تمیز باشد.			
۳	به بیمار می گوید قبل از ادرار کردن ناحیه پرینه را با آب و صابون بشوید و سه بار با گازهای استریل ۵×۵ سانتی متر آغشته به محلول بتادین شستشو دهد) به شستن از جلو به عقب ناحیه تناسلی در خانمها تاکید می کند).			
۴	به بیمار خانم می گوید که هنگام ادرار کردن با انگشت شست و اشاره لبهای فرج را از هم باز کند و تا پایان ادرار به همان حالت نگه دارد.			
۵	به بیمار می گوید که شروع به ادرار کردن سپس بدون اینکه جریان ادرار را قطع کند ظرف را زیر ادرار نگه دارد و حدود ۵۰-۳۰ سی سی ادرار جمع آوری کند.			
۶	در صورتی که بیمار برگه جذب و دفع دارد بقیه ادرار بیمار را نیز جمع کرده و اندازه گیری می کند.			
۷	ظرف استریل حاوی ادرار را از بیمار می گیرد.			
۸	از دست زدن به قسمت داخلی ظرف پرهیز می کند.			
۹	دستکش های خود را خارج می کند.			
۱۰	دستان خود را می شوید.			
۱۱	برچسب حاوی نام بیمار، شماره اتاق ، نوع نمونه ، زمان جمع آوری و تشخیص را روی ظرف نمونه می چسباند.			
۱۲	در صورتی که نمونه ادرار جهت کشت تهیه می شود هر نوع درمان آنتی بیوتیکی را یادداشت می کند.			
۱۳	نمونه را بلافاصله به آزمایشگاه می فرستد یا اینکه در یخچال مخصوص نمونه ها قرار می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گرفتن نمونه از سوند ادراری

اهداف:

۱- به عنوان بخشی از بررسی و معاینه بیمار در بدو پذیرش جهت تکمیل پرونده.

۲- جهت غربالگری اختلالات سیستمیک یا دستگاه ادراری

وسایل مورد نیاز:

دستکش - پنبه الک - کلامپ - سرنگ ۱۰ میلی لیتر - سوزن ۲۱ یا ۲۲ - ظرف نمونه گیری استریل - برچسب

نام و مشخصات بیمار - برگه درخواست آزمایش.

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	حدود ۳۰ دقیقه قبل از نمونه گیری، سوند را کلامپ می کند.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	اگر خود سوند محل مخصوص نمونه گیری دارد آنرا با پنبه الک ضد عفونی می کند.			
۴	سوزن را با زاویه ۹۰ درجه وارد قسمت مخصوص نمونه گیری می کند.			
۵	ادرار را داخل سرنگ می کشد.			
۶	اگر سوند قسمت مخصوص نمونه گیری ندارد و پلاستیکی است، روی سوند درست بالای محل اتصال سوند به لوله جمع آوری را با پنبه الک ضد عفونی می کند.			
۷	سوزن را با زاویه ۴۵ درجه وارد می کند.			
۸	نمونه ادرار را با سرنگ می کشد.			
۹	نمونه را به یک ظرف استریل مخصوص نمونه گیری انتقال می دهد.			
۱۰	برچسب می چسباند.			
۱۱	نمونه ادرار را همراه با برگه آزمایش بلافاصله به آزمایشگاه می فرستد یا درون یخ می گذارد.			
۱۲	اگر سوند پلاستیکی نیست و دریچه مخصوص نمونه گیری ندارد، سوند را از لوله جدا می کند.			
۱۳	اجازه می دهد میزان لازم از نمونه به درون ظرف استریل ریخته شود.			

۱۴	از دست زدن به قسمت مدخل سوند و داخل سوند خودداری می‌کند.		
۱۵	از برخورد سوند با داخل ظرف نمونه‌گیری خودداری می‌کند.		
۱۶	پس از پایان نمونه‌گیری سر لوله و سر سوند را با پنبه الک ضد عفونی می‌کند.		
۱۷	روی ظرف برچسب مشخصات بیمار را می‌چسباند و سریع به آزمایشگاه می‌فرستد.		
۱۸	زمان و تاریخ نمونه‌گیری و ارسال به آزمایشگاه را ثبت می‌کند.		
۱۹	نمونه را از نظر شفافیت، بو، رنگ و ویژگی‌های غیرعادی بررسی کرده و ثبت می‌کند.		
۲۰	در صورت نیاز حجم جذب و دفع بیمار را نیز می‌نویسد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جمع آوری نمونه ادرار زمان بندی شده

اهداف:

۱- بررسی اختلالات متابولیک

۲- بررسی روند درمان بیماری ها

وسایل مورد نیاز:

ظرف بزرگ نمونه گیری ادرار - دستکش - لگن یا لوله ادرار در صورتی که بیمار سوند ندارد - ظرف مدرج در صورتی که بیمار ثبت جذب و دفع مایعات دارد - ظرف بزرگ حاوی یخ در صورتی که یخچال وجود ندارد - برچسب مشخصات - برگه درخواست آزمایش - ماده نگه دارنده

عامل انجام کار: پرستار و بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را به بیمار و خانواده اش به طور کامل شرح می دهد.			
۲	توضیح می دهد که هر نوع سهلانگاری در جمع آوری حتی به میزان یک نمونه در طول جمع آوری، آزمون را بی تأثیر می کند و نیاز خواهد بود که دوباره نمونه گیری تکرار شود.			
۳	به بیمار آموزش می دهد که همه نمونه های ادرار خود را جمع آوری کند.			
۴	اگر هر نوع محدودیت غذایی یا دارویی برای بیمار مطرح است به او شرح می دهد.			
۵	برای جمع آوری ادرار ۲ ساعته در صورت امکان به بیمار می گوید که ۲ یا ۴ لیوان آب یا مایعات، ۳۰ دقیقه قبل از شروع به نمونه گیری استفاده کند.			
۶	سپس از بیمار می خواهد ادرار کند.			
۷	به بیمار می گوید که جمع آوری ادرار را باید از مثانه خالی شروع کند.			
۸	در صورت دستور پزشک دارو به بیمار می دهد (محلول گلوکز یا کورتیکوتروپین).			
۹	زمان خالی کردن مثانه و جمع آوری ادرار ۲ ساعته را ثبت می کند.			

۱۰	در صورت امکان، به بیمار می گوید که در هر ۱ ساعت از زمان جمع آوری ادرار ۱ لیوان آب بنوشد.		
۱۱	بعد از هر بار ادرار کردن بیمار دستکش می پوشد و نمونه را وارد ظرف جمع آوری می کند.		
۱۲	به بیمار آموزش می دهد که ۱۵ دقیقه قبل از پایان زمان جمع آوری در صورت امکان ادرار کند.		
۱۳	این نمونه را نیز به ظرف جمع آوری اضافه می کند.		
۱۴	در پایان زمان نمونه گیری، دستکش خود را خارج می کند.		
۱۵	روی ظرف، برچسب مشخصات بیمار را می چسباند و سریع به آزمایشگاه می فرستد.		
۱۶	ظرف را بلافاصله به آزمایشگاه ارسال می کند.		
۱۷	تاریخ و زمان نمونه گیری و زمان ارسال نمونه به آزمایشگاه را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جمع آوری ادرار ۱۲ و ۲۴ ساعته

اهداف:

۱- بررسی اختلالات متابولیک

۲- بررسی روند درمان بیماری ها

وسایل مورد نیاز:

ظرف بزرگ نمونه گیری ادرار - دستکش - لگن یا لوله ادرار در صورتی که بیمار سوند ندارد - ظرف مدرج در صورتی که بیمار ثبت جذب و دفع مایعات دارد - ظرف بزرگ حاوی یخ در صورتی که یخچال وجود ندارد - برچسب مشخصات - برگه درخواست آزمایش - ماده نگه دارنده.

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را به بیمار شرح می دهد.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	از بیمار می خواهد ادرار کند و سپس آن را دور می ریزد.			
۴	زمان شروع جمع آوری را ثبت می کند.			
۵	ظرف جمع آوری را در یخچال قرار می دهد.			
۶	همه حجم ادرار بیمار را جمع آوری می کند.			
۷	قبل از اینکه زمان جمع آوری به پایان برسد به بیمار می گوید که در صورت داشتن ادرار، ادرار کند.			
۸	آخرین نمونه را نیز وارد ظرف می کند.			
۹	دستکش های خود را خارج می کند.			
۱۰	برچسب مشخصات را روی ظرف می چسباند.			
۱۱	نمونه را به همراه برگه درخواست آزمایش به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۱۲	تاریخ و زمان جمع آوری و زمان ارسال نمونه به آزمایشگاه را ثبت می کند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ☆ نوع فعالیت: کنترل قند ادرار
- اهداف:
- ۱- غربالگری دیابت
 - ۲- بررسی کتواسیدوز دیابتیک
 - ۳- افتراق بین کمای دیابتی و غیر دیابتی
- وسایل مورد نیاز:
- ظرف نمونه گیری- دستکش، نوارهای شیمیایی تست گلوکز - چارت رنگی مرجع (جهت مقایسه رنگ نوار با آن و تشخیص طبیعی یا غیرطبیعی بودن نتیجه)
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار شرح می دهد.			
۲	در صورتی که تازه تشخیص دیابت برای او مسجل شده است به او یاد می دهد چگونه اینکار را خودش انجام دهد.			
۳	بررسی می کند که آیا داروهایی که در نتایج تست مداخله می کنند مصرف کرده است ؟			
۴	قبل از انجام تست آموزش می دهد که نمونه ادرار نباید با مدفوع آلوده شود.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	به بیمار می گوید ادرار کند.			
۷	به او می گوید یک لیوان آب بخورد و سپس ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بعد ادرار کند.			
۸	به روش استفاده از نوار روی بسته آن توجه می کند.			
۹	نوار را داخل ادرار فرو می کند.			
۱۰	براساس نکات آموزشی نوار را خارج می کند (زمان باقی ماندن نوار در ادرار از ۲ ثانیه تا ۱ دقیقه بوده و بستگی به نوع نوار دارد).			
۱۱	رنگ نوار را با چارت رنگی مرجع مقایسه می کند.			
۱۲	نتیجه تست و آموزش های داده شده را یادداشت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کنترل کتون ادرار

اهداف:

۱- کنترل و بررسی متابولیسم چربی

۲- بررسی کتواسیدوز دیابتی

۳- افتراق بین کمای دیابتی و غیردیابتی

وسایل مورد نیاز:

ظرف نمونه‌گیری- دستکش - نوارهای شیمیایی تست کتون - چارت رنگی مرجع (جهت مقایسه رنگ

نوار با آن و تشخیص طبیعی یا غیرطبیعی بودن نتیجه)

عامل انجام کار: پرستار و بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	در صورت نیاز به اینکه بیمار خودش نیز این کار را انجام دهد به او آموزش می دهد.			
۳	دستکش می پوشد.			
۴	از بیمار می خواهد ادرار کند و آن را دور می ریزد.			
۵	از بیمار می خواهد یک لیوان آب بنوشد.			
۶	در هنگام ادرار کردن از وسط ادرار نمونه می گیرد.			
۷	نوار شیمیایی را داخل ادرار می کند (به دستورات آموزشی محصول توجه می کند).			
۸	پس از خارج کردن نوار آن را با چارت رنگی مرجع مقایسه می کند.			
۹	دستکش ها را خارج می کند.			
۱۰	نتیجه تست و آموزش های ارائه شده را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آزمون PH ادرار

هدف: بررسی PH ادرار (اسیدی یا بازی بودن)

وسایل مورد نیاز:

ظروف نمونه گیری - دستکش - نوار شیمیایی مخصوص اندازه گیری PH

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	نوار را درون ادرار قرار می دهد و با توجه به نکات آموزشی نوار آن را خارج می کند.			
۴	نوار را افقی نگه می دارد.			
۵	رنگ آن را با چارت رنگی مرجع مقایسه می کند.			
۶	نمونه را دور می ریزد.			
۷	در صورتی که بیمار کنترل جذب و دفع دارد میزان آن را اندازه گیری کرده و ثبت می کند.			
۸	دستکش ها را خارج می کند.			
۹	دستان خود را می شوید.			
۱۰	نتیجه تست ، زمان انجام و میزان ادرار را یادداشت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: تست پاپ اسمیر (نمونه واژینال ، نمونه سرویکال و نمونه داخل سرویکس)

هدف:

شناسایی سریع کانسرسرویکس

وسایل مورد نیاز:

اسپکولوم واژن - دستکش - اپلیکاتور - ۳ عدد لام میکروسکوپ - فیکساتور (اسپری تجاری یا محلول الکل اتیلیک ۹۵٪) - نور قابل تنظیم - برگه درخواست آزمایش - شان - آبسلانگ

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط - ماما

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	اسپکولوم سایز مناسب را انتخاب می کند.			
۲	لام های شیشه ای را برچسب می زند که شامل نام بیمار و محل نمونه گیری (نمونه واژینال، نمونه سرویکال و نمونه داخل سرویکس) باشد.			
۳	روش کار را به بیمار شرح می دهد.			
۴	دستان خود را می شوید.			
۵	از بیمار می خواهد که ادرار کند.			
۶	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۷	از بیمار می خواهد لباس پایین تنه خود را خارج کند.			
۸	به او آموزش می دهد که روی تخت معاینه بخوابد.			
۹	ناحیه پرینه را با شان می پوشاند.			
۱۰	بیمار را در وضعیت لیتوتومی قرار می دهد.			
۱۱	چراغ را طوری تنظیم می کند که کل ناحیه ژنیتال را روشن کند.			
۱۲	سپس پارچه را از ناحیه واژن کنار می زند.			
۱۳	اگر قرار است خود وی نمونه گیری کند، دستکش می پوشد.			
۱۴	اسپکولوم را در دست غالب خود می گیرد و با آب گرم آغشته می کند (از لوبریکنت استفاده نمی کند).			
۱۵	به آرامی لب های فرج را با انگشت شست و اشاره دست غیر غالب می گیرد.			
۱۶	به بیمار آموزش می دهد که چند نفس عمیق بکشد.			
۱۷	اسپکولوم را به آرامی وارد می کند.			

۱۸	به آرامی دهانه اسپکولوم را درون سرویکس از هم باز می کند.		
۱۹	سپس آنرا قفل می کند تا بسته نشود.		
۲۰	اپلیکاتور را از درون اسپکولوم به اندازه ۵ میلی متر درون سرویکس می کند.		
۲۱	اپلیکاتور را ۳۶۰ درجه درون سرویکس می چرخاند و از داخل سرویکس نمونه می گیرد.		
۲۲	سپس اپلیکاتور را به آرامی خارج می کند و نمونه را با کشیدن اپلیکاتور روی لام پخش می کند.		
۲۳	بلافاصله لام را در محلول تثبیت کننده قرار می دهد یا اسپری می زند.		
۲۴	یک آبسلانگ چوبی بر می دارد.		
۲۵	آبسلانگ را از طریق اسپکولوم وارد سرویکس می کند و ۳۶۰ درجه می چرخاند.		
۲۶	سپس اپلیکاتور را به آرامی خارج می کند و نمونه را با کشیدن اپلیکاتور روی لام پخش می کند.		
۲۷	بلافاصله لام را در محلول تثبیت کننده قرار می دهد یا اسپری می زند.		
۲۸	سر دیگر آبسلانگ (یا یک اپلیکاتور دیگر) را از میان اسپکولوم وارد می کند و به فورنیکس خلفی یا داخل خود واژن تماس می دهد تا نمونه گرفته شود.		
۲۹	سپس اپلیکاتور را به آرامی خارج می کند و نمونه را با کشیدن اپلیکاتور روی لام پخش می کند.		
۳۰	بلافاصله لام را در محلول تثبیت کننده قرار می دهد یا اسپری می زند.		
۳۱	اسپکولوم را از حالت قفل خارج می کند و از واژن بیرون می آورد.		
۳۲	دستکش خود را خارج می کند.		
۳۳	به بیمار کمک می کند از وضعیت لیتوتومی خارج شود.		
۳۴	خلوت مورد نیاز را فراهم می کند تا بیمار لباس خود را بپوشد.		
۳۵	برگه درخواست آزمایش را که شامل تاریخ آخرین عادت ماهیانه بیمار نیز می باشد پر می کند.		
۳۶	نمونه ها را به آزمایشگاه ارسال می کند.		
۳۷	زمان و تاریخ نمونه گیری ، هر نوع عارضه به وجود آمده و اقدامات پرستاری انجام شده را می نویسد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: نمونه‌گیری به وسیله ی سواب از حلق

هدف:

شناسایی پاتوژن ها به وسیله بررسی ترشحات

وسایل مورد نیاز:

دستکش - چراغ قوه - سواب استریل قابل انعطاف - لوله کشت استریل - برچسب - برگه درخواست

آزمایش - اسپکولوم بینی (انتخابی) - چوب زبان

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار شرح می دهد.			
۲	به بیمار می گوید که ممکن است در حال انجام کار دچار حالت تهوع شود ولی کار بیش از ۱ دقیقه طول نمی کشد.			
۳	از بیمار می خواهد صاف در تخت خود یا روی صندلی روبه روی وی بنشیند.			
۴	دستان خود را می شوید.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	از بیمار می خواهد سر خود را به عقب ببرد.			
۷	با چوب زبان، زبان را به پایین فشار می دهد.			
۸	ناحیه کار را با نور روشن می کند.			
۹	اگر بیمار احساس تهوع داشت چوب را خارج می کند و از بیمار می خواهد چند نفس عمیق بکشد و در صورتی که آرام شد مجدداً آبسلانگ را وارد می کند.			
۱۰	سواب استریل را وارد دهان می کند و به طرفین حلق تماس می دهد (مراقب است که سواب به دندانها، زبان و فکها نخورد).			
۱۱	سواب را خارج می کند و بلافاصله در شیشه نمونه‌گیری قرار می دهد.			
۱۲	دستکش خود را خارج می کند.			
۱۳	دستان خود را می شوید.			
۱۴	برچسب حاوی نام بیمار، شماره اتاق، نام پزشک، زمان و تاریخ و محل جمع‌آوری نمونه را تهیه می کند و به ظرف می چسباند.			
۱۵	برگه آزمایش را تکمیل می کند و نمونه را به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۱۶	زمان و تاریخ، محل جمع‌آوری نمونه، درمان آنتی‌بیوتیک بیمار و رنگ و بوی غیرطبیعی نمونه (در صورت وجود) را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: نمونه‌گیری به وسیله سواب از ناحیه حلق - بینی (nasopharyngeal)

هدف:

تهیه نمونه جهت بررسی میکروسکوپی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - چراغ قوه - سواب استریل قابل انعطاف - چوب زبان - ظرف استریل جهت نمونه - برچسب - برگه درخواست آزمایش - اسپکولوم بینی (اختیاری)

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار می‌گویند که ممکن است در حین انجام کار دچار حالت تهوع شود ولی نمونه‌گیری بیش از ۱ دقیقه طول نمی‌کشد.			
۲	از بیمار می‌خواهد صاف روی تخت یا روی صندلی روبه‌روی وی بنشیند.			
۳	دستان خود را می‌شویند.			
۴	دستکش می‌پوشد.			
۵	از بیمار می‌خواهد بینی خود را برای کمک به عبور سواب تمیز کند.			
۶	بینی بیمار را از نظر باز بودن با نور چراغ قوه چک می‌کند.			
۷	به بیمار می‌گویند سرفه کند (تا ترشحات به ناز و فارنکس بیایند و نمونه‌گیری بهتر باشد).			
۸	سواب استریل را بدون اینکه با آن تماس داشته باشد باز می‌کند.			
۹	از بیمار می‌خواهد سر خود را به عقب بدهد و به آرامی سواب را از طریق بینی به اندازه ۳ تا ۴ اینچ (۷/۵ تا ۱۰ سانتی‌متر) داخل ناز و فارنکس می‌کند.			
۱۰	سواب را به آرامی می‌چرخاند و سپس خارج می‌کند.			
۱۱	در ظرف نمونه را باز می‌کند و سواب را درون آن قرار داده و انتهای آن را می‌شکند و جدا می‌کند.			
۱۲	دستکش خود را خارج می‌کند و دستان خود را می‌شویند.			
۱۳	نمونه را برچسب می‌زند.			
۱۴	برگه درخواست آزمایش را تکمیل کرده و با نمونه به آزمایشگاه ارسال می‌کند.			
۱۵	زمان، تاریخ، محل نمونه‌گیری و هر نوع درمان آنتی‌بیوتیکی را ثبت می‌کند، همچنین هر نوع بو یا ظاهر غیرطبیعی را ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: نمونه‌گیری به وسیله سواب از زخم

هدف:

تهیه نمونه جهت بررسی آزمایشگاهی زخم از نظر وجود عفونت

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - فورسپس استریل - پنبه الکلی یا بتادین - سواب استریل - ظرف مخصوص کشت - برچسب - وسایل پانسمان جهت پانسمان مجدد زخم - برگه درخواست آزمایش.

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را می‌شوید.			
۲	نحوه انجام کار را به بیمار شرح می‌دهد.			
۳	دستکش استریل می‌پوشد.			
۴	با فورسپس استریل پانسمان روی زخم را بر می‌دارد.			
۵	ناحیه دور زخم را با پنبه الکلی یا بتادین تمیز می‌کند.			
۶	اجازه می‌دهد محل خشک شود.			
۷	با سواب استریل مقداری از ترشحات روی زخم را بر می‌دارد (یا سواب را داخل زخم می‌کند و به آرامی می‌چرخاند).			
۸	سواب را از روی زخم بر می‌دارد و بلافاصله درون ظرف کشت قرار می‌دهد.			
۹	ظرف را بلافاصله به همراه برگه درخواست آزمایش به آزمایشگاه ارسال می‌کند.			
۱۰	دستکش‌های خود را خارج می‌کند.			
۱۱	دستکش‌های استریل می‌پوشد.			
۱۲	زخم را پانسمان می‌کند.			
۱۳	زمان، تاریخ و محل نمونه‌گیری و هر نوع بو و ظاهر غیرطبیعی را ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در نمونه‌گیری گوش میانی

هدف:

تهیه نمونه جهت بررسی آزمایشگاهی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - محلول نرمال سالین - گاز استریل ۵×۵ سانتی متر - ظرف نمونه‌گیری - برچسب، سرنگ ۱۰ میلی (

برای انجام تمپانوستن) - برگه درخواست آزمایش

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دلایل انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	قسمت‌های خارجی گوش را با محلول نرمال سالین و گاز استریل می شوید.			
۴	دستکش‌های خود را خارج می کند.			
۵	در زمانی که پزشک در حال سوراخ کردن پرده گوش با سوزن و کشیدن مایع است، او برچسب‌ها را آماده می کند.			
۶	برچسب را روی ظرف می چسباند.			
۷	برگه درخواست آزمایش را تکمیل کرده و با نمونه به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۸	زمان ، تاریخ، محل نمونه‌گیری و هر نوع بو یا ظاهر غیرطبیعی نمونه را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: نمونه‌گیری به وسیله سواب از گوش

هدف:

تهیه نمونه جهت بررسی آزمایشگاهی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - محلول نرمال سالین - گاز استریل ۵×۵ سانتی متر - ظرف نمونه‌گیری - سواب استریل - برگه درخواست آزمایش

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	با نرمال سالین و گاز ترشحات روی گوش را می شوید.			
۴	سواب استریل را وارد گوش می کند و می چرخاند.			
۵	سواب را خارج می کند (مواظب است سواب استریل به قسمت‌های دیگر گوش نخورد).			
۶	سواب استریل را داخل ظرف قرار می دهد.			
۷	دستکش‌های خود را خارج می کند و دور می اندازد.			
۸	دستان خود را می شوید.			
۹	ظرف نمونه را برچسب می زند.			
۱۰	برگه درخواست آزمایش را پرکرده و با نمونه به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۱۱	ساعت، تاریخ و محل نمونه‌گیری و هر گونه بو یا ظاهر غیر طبیعی را یادداشت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: نمونه گیری به وسیله سواب از چشم

هدف:

جمع آوری نمونه جهت بررسی آزمایشگاهی

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - نرمال سالین - ۲ عدد گاز استریل ۵×۵ سانتی متر - سواب استریل - ظرف نمونه - برچسب - برگه درخواست آزمایش

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را می شوید.			
۲	دستکش استریل می پوشد.			
۳	به کمک نرمال سالین و گاز به آرامی ترشحات را از روی چشم می شوید (از گوشه داخلی چشم به سمت خارج).			
۴	پلک داخلی را برای آشکار شدن ساک ملتحمه پایین می کشد.			
۵	سواب استریل را به قسمت داخلی ملتحمه تماس می دهد(مراقب است سر سواب به جاهای دیگر برخورد نکند).			
۶	بلافاصله سواب را داخل ظرف نمونه قرار می دهد.			
۷	دستکش های خود را خارج می کند.			
۸	دست های خود را می شوید.			
۹	ظرف نمونه را برچسب می زند و به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۱۰	ساعت و تاریخ ، محل نمونه گیری و هر نوع بو یا ظاهر غیرطبیعی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: نمونه گیری به وسیله سواب از مقعد

هدف:

جمع آوری نمونه جهت بررسی آزمایشگاهی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - صابون و آب - سواب استریل - محلول نرمال سالین - ظرف نمونه گیری استریل - برچسب - برگه درخواست آزمایش

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دلایل و روش انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۳	دستان خود را می شوید.			
۴	دستکش استریل می پوشد.			
۵	ناحیه را با آب و صابون می شوید.			
۶	سواب را به نرمال سالین آغشته می کند.			
۷	سواب را به اندازه ۱ سانتی متر در نوزادان و ۴ سانتی متر در بزرگسالان وارد مقعد می کند.			
۸	در حالی که سواب را خارج می کند به آرامی می چرخاند و به دیواره های رکتوم تماس می دهد.			
۹	سواب را داخل ظرف قرار می دهد.			
۱۰	برگه درخواست آزمایش را تکمیل می کند و نمونه را به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۱۱	ساعت، تاریخ و محل نمونه گیری و هر نوع درمان آنتی بیوتیکی و بو و ظاهر غیرطبیعی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کمک در بیوپسی پوست

هدف:

جهت تشخیص زخم های مشکوک به بدخیمی یا امراض پوستی دیگر

وسایل مورد نیاز:

دستکش - تیغ بیستوری شماره ۱۵ برای بیوپسی برشی و تراشی - داروی بی حسی موضعی - شیشه های نمونه محتوی محلول فرمالدئید ۱۰٪ - نخ ۴/۰ برای بیوپسی برشی یا punch - بانداژ چسبدار - فورسپس - برچسب نمونه آزمایشگاه - کیف های حمل به آزمایشگاه

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار توضیح می دهد که با بیوپسی، یک نمونه از پوست را جهت مطالعه میکروسکوپی آماده می کند.			
۲	انجام پروسیجر را برای بیمار شرح می دهد.			
۳	به کلیه سوالات بیمار برای کاهش اضطراب او پاسخ می دهد و او را به همکاری تشویق می کند.			
۴	به بیمار اطلاع می دهد احتیاجی به محدودیت غذا و مایع نیست.			
۵	به بیمار می گوید که یک بی حسی موضعی برای اینکه درد را حس نکند خواهد داشت.			
۶	به بیمار می گوید بیوپسی ۱۵ دقیقه زمان می برد.			
۷	تاریخچه بیمار را برای حساسیت به داروی بی حسی کنترل می کند.			
۸	بیمار را در وضعیت راحتی قرار می دهد و قبل از اینکه بی حسی موضعی انجام شود، موضع بیوپسی را تمیز می کند.			
۹	به پزشک برای بیوپسی برشی، قسمت برآمده پوست با تیغ شماره ۱۵ کمک می کند. این بافت فوراً در شیشه مخصوص نمونه که قبلاً آماده شده و برچسب زده شده و حاوی فرمل ۱۰ درصد است قرار داده می شود.			
۱۰	به پزشک جهت فشار ناحیه بیوپسی کمک می کند تا خونریزی متوقف شود. سپس از بانداژ چسبدار استفاده می کند.			
۱۱	برای بیوپسی پانچ (punch)، پوست اطراف زخم را می کشد و برای محکم فرو بردن و چرخاندن پانچ روی زخم به پزشک کمک			

			می‌کند و نهایتاً در تهیه نمونه بافت کمک می‌کند.
۱۲			به پزشک در برداشتن برش با فورسپس یا سرسوزن و جدا کردن آن از لایه‌های چربی کمک می‌کند.
۱۳			نمونه را در شیشه‌های مخصوص که قبلاً آماده شده و برچسب زده شده است و حاوی محلول فرمالدئید ۱۰٪ یا نگهدارنده استریل است قرار می‌دهد.
۱۴			با توجه به اندازه پانچ به پزشک در بستن زخم کمک می‌کند
۱۵			برای بیوپسی تراشی: پزشک از تیغ بیستوری شماره ۱۵ برای تراشیدن استفاده می‌کند. اگر نیاز است برش عمیق و پهن می‌دهد و نمونه بافت را بر می‌دارد و فوراً در شیشه‌ای که از قبل آماده شده است و حاوی فرمالدئید ۱۰٪ می‌باشد قرار می‌دهد.
۱۶			ناحیه بیوپسی را فشار می‌دهد تا خونریزی متوقف شود.
۱۷			پزشک برای بستن زخم از بخیه استفاده می‌کند. اگر برش بزرگ است ممکن است به گرافت پوستی نیاز باشد.
۱۸			محل بیوپسی را از نظر خونریزی کنترل می‌کند.
۱۹			نمونه برچسب زده شده را فوراً با کیف مخصوص حمل به آزمایشگاه می‌فرستد.
۲۰			جهت کاهش درد از ضد درد تجویز شده استفاده می‌کند.
۲۱			زمان و محلی که نمونه برداری شده است را ثبت می‌کند.
۲۲			اگر محل نمونه برداری شده در زمان بیوپسی خونریزی داشته است، ثبت می‌کند.

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- انجام کارهای مربوط به کمک بهیاران توسط پرستاران و بهیاران کنترل می شود.
- ★ عنوان فعالیت: گرفتن نمونه مدفوع
- اهداف:
- ۱- فرستادن نمونه مدفوع به آزمایشگاه
 - ۲- تشخیص وجود خون، انگل و تخم انگل، صفرا، چربی، پاتوژن‌ها در مدفوع
 - ۳- تشخیص رنگ، غلظت و بوی مدفوع
- وسایل مورد نیاز:
- لگن و لوله - دستکش - پاراوان - چوب مخصوص یا آبسلانگ - ظرف مخصوص نمونه برداری
- عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از بیمار می خواهد هر وقت احساس دفع داشت وی را خبر کند.			
۲	روش انجام کار را برای بیمار شرح می دهد.			
۳	دور بیمار پاراوان می کشد.			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	لگن تمیز و خشک را زیر بیمار می گذارد.			
۶	بیمار را راهنمایی می کند فقط مدفوع را در لگن بریزد.			
۷	با استفاده از آبسلانگ مقداری از مدفوع را بر می دارد و در ظرف مخصوص نمونه گیری می گذارد و پس از نوشتن نام بیمار و بخش به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۸	لگن را برمی دارد و دست های بیمار را می شوید.			
۹	لگن را به اتاق نظافت می برد.			
۱۰	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۱۱	دستکش را در می آورد.			
۱۲	دست ها را می شوید.			
۱۳	چگونگی انجام کار و ساعت آن را به مسئول بخش گزارش می کند.			



فصل چهارم

دارو دادن

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دادن داروی دستور داده شده

اهداف:

۱- اجرای صحیح داروی تجویز شده

۲- پیشگیری و به حداقل رساندن شدت عوارض دارویی

وسایل مورد نیاز:

سینی یا تریالی دارو- کارت مخصوص دارو - داروی دستور داده شده - ظرف دارو (یک بار مصرف جهت قرص و کپسول و ظرف مدرج جهت داروهای مایع) - قاشق مخصوص دارو - هاون در صورت لزوم- نی آشامیدنی در صورت لزوم - دستمال کاغذی یا گاز مرطوب - رسیور جهت قراردادن ظرف دارویی مصرف شده - پارچ آب برای دارو دادن در صورت لزوم - چوب زبان در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار- بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	سینی و تریالی دارو را تمیز و آماده می کند.			
۲	کارت دارو را با کاردکس از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق، نام دارو، نوع دارو، مقدار دارو، ساعت دارو، طریقه دادن دارو، تاریخ شروع و قطع دارو و توجهات لازم در مورد دادن دارو چک می کند.			
۳	در صورت برخورد با هر گونه مغایرت در دستور دارویی پرستار مسوول یا پزشک را مطلع می کند.			
۴	سینی و تریالی آماده شده را در جای مناسبی نزدیک قفسه دارو قرار می دهد.			
۵	دست های خود را به خوبی می شوید.			
۶	داروی مورد نظر را براساس کارت دارویی از قفسه دارویی پیدا می کند.			
۷	داروی مورد نظر را از نظر نام دارو و تاریخ مصرف چک می کند.			
۸	پس از برداشتن دارو مجدداً برچسب دارو را چک کرده و در قفسه دارویی قرار می دهد.			
۹	کلیه داروهای مربوط به یک بیمار را بدون تماس با دست در ظرف مخصوص همان بیمار قرار می دهد.			

۱۰	چنانچه بیمار قادر به فرو دادن مایعات نیست دارو را به صورت پودر درآورده و به صورت محلول به او می خوراند.		
۱۱	چنانچه دارو به صورت مایع باشد در صورت لزوم آنرا به خوبی تکان می دهد.		
۱۲	شیشه محلول دارویی را طوری در دست می گیرد که برچسب آن در کف دست قرارگیرد.		
۱۳	برای داروهایی که نیاز به ظرف مدرج دارند سطح دارویی، باید هم سطح با چشم قرار گیرد.		
۱۴	سرشیشه را با یک گاز مرطوب پاک کرده و درب آنرا می بندد.		
۱۵	در صورتی که دارو به صورت پودر است به وسیله قاشق بیشتر از گنجایش آن ریخته و سطح آن را با چوب زبان صاف می کند.		
۱۶	درب ظرف محتوی پودر دارویی را می بندد.		
۱۷	برچسب روی شیشه دارو (قرص) را برای بار سوم کنترل و در قفسه دارو قرار می دهد.		
۱۸	دارو را طوری روی کارت دارویی قرار می دهد که نام بیمار خوانده شود.		
۱۹	درب قفسه دارو را قفل کرده و کلید را به پرستار مسوول تحویل می دهد.		
۲۰	سینی یا ترالی دارو را به همراه وسایل مورد نیازبر بالین بیمار می برد.		
۲۱	کارت دارویی را با کارت شناسایی بیمار کنترل کرده و سپس نام بیمار را از وی سؤال می کند.		
۲۲	پس از شناسایی دقیق بیمار، هدف از مصرف دارو و اثرات مورد انتظار آن را برای وی شرح می دهد.		
۲۳	شرایط بیمار از نظر حساسیت دارویی و پروتکل موجود در کارت راکتترل و اجرا می کند. علایمی مانند نبض، فشار خون، تنفس و وزن را کنترل کرده و طبق دستور عمل می کند و در موارد خاص پزشک معالج را مطلع می سازد(داروهای مدر، پایین آورنده فشار خون،ضد انعقاد، دیژیتال و ...).		
۲۴	در صورت امکان وی را در وضعیت نشسته یا به پهلو خوابیده قرار می دهد.		
۲۵	یک لیوان آب یا نوشیدنی مورد نظر را در اختیار بیمار قرار می دهد.		
۲۶	داروهای مایع به جز ترکیبات آنتی اسید و شربت های سینه را برای جذب بهتر با ۱۵ سی سی آب رقیق می کند.		
۲۷	در صورتی که چند دارو برای بیمار تجویز شده است هر کدام را به		

			طور جداگانه به وی می دهد.	
۲۸			به هشدار بیمار در مورد تفاوت دارویی توجه می کند.	
۲۹			تا خوردن دارو نزد بیمار باقی می ماند و برخوردن دارو و سپس نوشیدن آب توسط بیمار نظارت می کند.	
۳۰			بیمار را از نظر بروز علایم و عوارض کوتاه مدت کنترل می کند.	
۳۱			ظرف دارویی مصرف شده را در محل مناسب قرار می دهد.	
۳۲			وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آنها به عمل می آورد.	
۳۳			دست ها را می شوید.	
۳۴			در پرونده بیمار از روی کارت دارویی، نام، نوع، مقدار و طریقه تجویز دارو را با ذکر تاریخ و ساعت ثبت می کند.	
۳۵			موارد خاص از قبیل خودداری کردن بیمار از خوردن دارو به هر دلیلی، یا شکایت بیمار را گزارش و در پرونده بیمار ثبت می کند.	
۳۶			کارت های دارویی را در جای خود قرار می دهد.	
۳۷			پس از پایان دارو دادن ارزشیابی لازم را از نظر حساسیت و سایر عوارض داروها انجام می دهد.	
۳۸			زمان و تاریخ، نام دارو، میزان دارو، شکل استفاده و عوارض موجود را ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق عضلانی به روش Z

هدف:

دادن دارو طبق نیاز بیمار

وسایل مورد نیاز:

کارت دارویی - ویال یا آمپول دارو - سرنگ ۵-۳ میلی لیتری - شماره و طول سر سوزن بسته به نوع عضله - محلول تزریقی - پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده - دستکش

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کارت دارو را با کاردکس تطبیق می دهد.			
۲	کلیه وسایل را آماده می کند.			
۳	داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی ، یخچال یا قفسه داروهای مخدر برمی دارد.			
۴	برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت می خواند و دوباره با کارت دارو مقایسه می کند.			
۵	دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل می کند.			
۶	از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی می کند بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را : الف - قبل از برداشتن از قفسه دارویی ب - قبل از کشیدن دارو ج - هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل می کند.			
۷	دست های خود را به روش جراحی می شوید.			
۸	سرنگ و سوزن را به طریق استریل آماده می کند.			
۹	از ثابت بودن سوزن به گردن سرنگ مطمئن می شود، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار می دهد.			
۱۰	دارو را به روش زیر در سرنگ می کشد: الف - در صورتی که از ویال حاوی داروی مایع استفاده می کند: - در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی می چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نمی دهد. - حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است			

		برمی‌دارد. - لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی کننده (الکل ۷۰٪) تمیز می‌کند. بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه آغشته به الکل تمیز می‌کند. - پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سوزن را برمی‌دارد. دراین حال دقت می‌کند که آن را به طور مستقیم خارج کند تا از آلوده شدن سوزن جلوگیری شود، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ می‌کشد. - با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد می‌کند، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق می‌کند. - ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم خود می‌گیرد. در حالی که سر سوزن داخل محلول دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ می‌کشد. - سوزن را از داخل ویال خارج کرده و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار می‌دهد. - سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرار می‌دهد. - ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد درمحل مربوطه قرار می‌دهد. - تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید می‌کند. ب- در صورتی که از ویال حاوی پودر استفاده می‌کند : - دستورکارخانه سازنده را به دقت می‌خواند. - با رعایت تکنیک استریل ، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج می‌کند. - آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه می‌کند. - در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی می‌چرخاند. - حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ می‌کشد.	
۱۱		چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو درهر میلی لیتر و نام خود را به صورت برچسب روی ویال می‌نویسد. الف- ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل می‌کند. در صورتی که از آمپول	

			استفاده می کند دارو را به طریق ذیل در سرنگ می کشد : - آمپول را برداشته به صورت دورانی می چرخاند به طوری که تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد. در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل می کند. - در صورتی که در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک می کند سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش می دهد. - پنبه الکلی را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف داخل یا خارج، سر آمپول را از بدنه جدا می کند. - پوشش روی سوزن را به طریق مناسب بر می دارد. - سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ می کشد. در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج دارد با کج کردن آمپول با دقت ، کل محتوی را در سرنگ می کشد. - پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد. - آمپول مصرف شده را به دور می اندازد. - ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو ، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام می دهد .	
۱۲			بیمار را در وضعیت به پهلو یا خوابیده به شکم قرار می دهد و محل مورد نظر را با پنبه حاوی محلول ضدعفونی کننده تمیز می کند.	
۱۳			در صورت لزوم دستکش می پوشد.	
۱۴			با دست غیر غالب خود پوست محل تزریق را در حدود ۳/۵ - ۲/۵ سانتی متر به یک طرف می کشد.	
۱۵			سوزن را طبق دستور با زاویه ۹۰ درجه وارد می کند، طبق روش آموخته شده دارو را تزریق می کند.	
۱۶			پس از تزریق به مدت ۱۰ ثانیه سوزن را خارج می کند، سپس اجازه می دهد پوست به حالت اولیه خود برگردد(این عمل راه خروج دارو از عضله به بافت زیر جلدی و پوست را مسدود می کند).	
۱۷			از انجام ماساژ محل تزریق در این روش اجتناب می کند.	
۱۸			دستان خود را می شوید.	
۱۹			اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق داخل جلدی

اهداف:

۱- تست های حساسیتی

۲- ایجاد برخی از انواع ایمنی

وسایل مورد نیاز:

کارت دارویی - ویال یا آمپول حاوی داروی استریل - سرنگ ۱ میلی لیتری که به صورت قسمتی مدرج شده است - سوزن به طول ۱ - ۰/۶ سانتی متر به شماره های ۲۵، ۲۶ یا ۲۷ - پنبه آغشته به الکل یا محلول ضدعفونی کننده بی رنگ - دستکش طبق مقررات موسسه - اپی نفرین - داروی گشاد کننده برنش و آنتی هیستامین

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کارت دارو را با کاردکس تطبیق می دهد.			
۲	کلیه وسایل را آماده می کند.			
۳	داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه داروهای مخدر بر می دارد.			
۴	برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت می خواند و دوباره با کارت دارو مقایسه می کند.			
۵	برای بیمار توضیح می دهد که تزریق دارو برجستگی کوچکی شبیه یک تاول ایجاد می کند.			
۶	بسته به محل تزریق (قسمت داخلی و تحتانی ساعد، قسمت بالای سینه یا زیر کتف در قسمت پشت)، بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۷	محل دقیق تزریق را در سطح داخلی ساعد چهار انگشت پایین تر از فضای کوبیتال در نظر می گیرد.			
۸	محل انتخابی باید عاری از حساسیت در لمس، التهاب، تورم و ضایعه باشد.			
۹	در صورت لزوم دستکش می پوشد.			
۱۰	محل تزریق را با پنبه آغشته به الکل یا محلول ضدعفونی کننده بیرنگ از مرکز به طرف بیرون به صورت دایره ای تمیز می کند و اجازه می دهد پوست بیمار خشک شود.			

۱۱	پنبه الکلی را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر غالب خود برای استفاده بعدی قرار می دهد.		
۱۲	در حالی که منتظر خشک شدن پوست از ماده ضدعفونی کننده است پوشش روی سر سوزن را برداشته و برای این منظور به طریقی اقدام می کند که سوزن آلوده نشود.		
۱۳	هوای داخل سرنگ را خارج می کند.		
۱۴	سرنگ را در دست غالب خود بین شست و انگشتان درحالی که کف دست به طرف بالا باشد، نگه می دارد.		
۱۵	با دست غیر غالب خود پوست اطراف محل تزریق را می کشد تا سطح محکمی برای ورود سوزن به وجود آید.		
۱۶	سوزن را با زاویه ۱۵-۱۰ درجه با پوست در حالی که سطح مورب سوزن به طرف بالا قرار دارد از لایه فوقانی پوست عبور داده و وارد جلد می کند، از آسیب زدن سرنگ خودداری می کند.		
۱۷	دارو را به دقت و به آرامی تزریق می کند به طوری که برجستگی کوچک روی پوست ظاهر شود.		
۱۸	در حالی که خلاف جهت ورود سوزن، روی پوست کشش ایجاد شد به سرعت سوزن را خارج می کند، در صورت لزوم محل تزریق را به آرامی با محلول ضدعفونی کننده پاک می کند.		
۱۹	در مواردی که این نوع تزریق جهت تست های حساسیتی و نظایر آن انجام می شود محل تزریق را به شعاع یک سانتی متر به صورت یک دایره مشخص نموده و تاریخ و ساعت انجام تست را دقیقاً در کنار محل تزریق یادداشت می کند.		
۲۰	پس از اتمام تزریق بدون گذاشتن سرپوش سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار می دهد.		
۲۱	وسایل را به محل مربوطه برگردانیده و توجه لازم را از آنها به عمل می آورد. سوزن استفاده شده را در سیفتی باکس می اندازد.		
۲۲	در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج می کند و دست ها را می شوید.		
۲۳	اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، داروی تست شده ، غلظت، روش و محل تزریق با ذکر ساعت و تاریخ ثبت می کند.		
۲۴	واکنش بیمار به ماده تست شده را ارزیابی می کند.		
۲۵	وضعیت محل تزریق را طی مدت لازم (مثلاً ۲۰ دقیقه یا ۴۸-۲۴ ساعت) بسته به نوع تست ارزیابی می کند. در این مورد قرمزی و سفیدی محل تزریق را در بزرگترین وسعت آن بر حسب میلی متر اندازه گیری و ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق زیر جلدی

اهداف:

۱- دادن دارو طبق نیاز بیمار

۲- دادن دارو به منظور جذب آهسته تر در مقایسه با تزریق عضلانی یا وریدی

وسایل مورد نیاز:

کارت دارویی - ویال یا آمپول حاوی داروی استریل - سرنگ ۲ میلی لیتری یا انسولین بر حسب نیاز -

سوزن شماره ۲۵ تا ۲۷ به طول ۱/۵ - ۱ سانتی متر - پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده (الکل ۷۰

درصد) - گاز استریل ۵×۵ سانتی متر - دستکش

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کارت دارو را با کاردکس تطبیق می دهد.			
۲	کلیه وسایل را آماده می کند.			
۳	داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه داروهای مخدر بر می دارد.			
۴	برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت می خواند و دوباره با کارت دارو مقایسه می کند.			
۵	دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل می کند.			
۶	از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی می کند بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را : الف - قبل از برداشتن از قفسه دارویی ب - قبل از کشیدن دارو ج - هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل می کند.			
۷	دست های خود را به روش جراحی می شوید.			
۸	سرنگ و سوزن را به طریق استریل آماده می کند.			
۹	از ثابت بودن سوزن به گردن سرنگ مطمئن می شود، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار می دهد.			

۱۰	دارو را به روش زیر در سرنگ می کشد: الف - در صورتی که از ویال حاوی داروی مایع استفاده می کند: در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی می چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نمی دهد. - حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برمی دارد. - لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی کننده (الکل ۷۰٪) تمیز می کند. بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه آغشته به الکل تمیز می کند. - پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سوزن را برمی دارد. در این حال دقت می کند که آن را به طور مستقیم خارج کند تا از آلوده شدن سوزن جلوگیری شود، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ می کشد. - با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد می کند، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق می کند. - ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم خود می گیرد. در حالی که سر سوزن داخل محلول دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ می کشد. - سوزن را از داخل ویال خارج کرده و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار می دهد. - سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد. - ویال را دورانداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرار می دهد. - تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید می کند. ب - در صورتی که از ویال حاوی پودر استفاده می کند : - دستورکارخانه سازنده را به دقت می خواند. - با رعایت تکنیک استریل ، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج می کند.	

		- آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه می کند. - در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی می چرخاند. - حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ می کشد. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام خود را به صورت برچسب روی ویال می نویسد. - ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل می کند. ج - در صورتی که از آمپول استفاده می کند دارو را به طریق ذیل در سرنگ می کشد : - آمپول را برداشته به صورت دورانی می چرخاند به طوری که تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد. در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل می کند. - در صورتی که در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک می کند سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش می دهد. - پنبه الکلی را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف داخل یا خارج، سر آمپول را از بدنه جدا می کند. - پوشش روی سوزن را به طریق مناسب بر می دارد. - سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ می کشد، در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج دارد با کج کردن آمپول با دقت ، کل محتوی را در سرنگ می کشد. - پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد. - آمپول مصرف شده را به دور می اندازد. - ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو ، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام می دهد .	

۱۱	کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق مقایسه کرده، از بیمار نام او را سؤال می کند.		
۱۲	خلوت بیمار را فراهم می کند.		
۱۳	بسته به محل تزریق، بیمار را در وضعیتی قرار می دهد که عضلات بازو، ران یا شکم شل باشند.		
۱۴	محل را برای تزریق انتخاب می کند که قبلاً زیاد مورد استفاده قرار نگرفته است، همچنین عاری از حساسیت نسبت به لمس، سفتی، تورم، جوشگاه، خارش، سوختگی یا التهاب موضعی باشد.		
۱۵	محل انتخاب شده را برهنه می کند.		
۱۶	در صورت لزوم دستکش می پوشد.		
۱۷	محل انتخابی را طبق مقررات موسسه با ماده ضدعفونی کننده، به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج و به وسعت پنج سانتی متر پاک می کند.		
۱۸	پنبه الکلی را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر فعال خود (معمولاً دست چپ) برای استفاده بعدی قرار می دهد.		
۱۹	اجازه می دهد پوست بیمار خشک شود.		
۲۰	درحالی که منتظر خشک شدن ماده ضدعفونی کننده بر پوست است، پوشش روی سر سوزن را برمی دارد، برای این منظور به طریقی اقدام می کند که سوزن آلوده نشود.		
۲۱	هوای موجود در سرنگ را کاملاً خالی می کند تا قطره ای از دارو روی سطح مورب نوک سوزن دیده شود. چنانچه حباب های هوا به دیواره سرنگ چسبیده است با وارد کردن ضرباتی آنها را خارج می کند.		
۲۲	سرنگ را به طریق صحیح در دست غالب (معمولاً دست راست) خود، بین شست و انگشتان دیگر می گیرد.		
۲۳	با استفاده از دست دیگر پوست اطراف محل تزریق را کشیده یا فشار می دهد.		
۲۴	با یک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را وارد پوست می کند.		
۲۵	با دست چپ خود بدنه سرنگ را گرفته، فشار دست خود را به دسته پیستون منتقل می کند.		
۲۶	با دست راست خود پیستون را به آهستگی به طرف خارج کشیده، اگر خون وارد سرنگ شد، آن را خارج می کند، سرنگ و سوزن را		

			دور انداخته و محلول تزریق دیگری آماده می کند، در غیر این صورت تمام محلول را به آرامی تزریق می کند.
۲۷			پنبه الکلی را که بین انگشتان ۳ و ۴ دست چپ خود گرفته، در اطراف محل تزریق قرار داده، سوزن را به سرعت، در امتداد مسیر تزریق، از داخل پوست خارج و پنبه الکلی را در محل خروج سوزن قرار می دهد.
۲۸			پنبه الکلی را به آرامی در محل تزریق فشار می دهد، در صورت ادامه خونریزی محل را با گاز استریل خشک فشار می دهد تا خونریزی قطع شود (در تزریق زیر جلدی به ندرت خونریزی وجود دارد).
۲۹			پس از اتمام تزریق، بدون برگرداندن سرپوش روی سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار می دهد.
۳۰			وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آنها به عمل می آورد، سوزن استفاده شده را در ظرف سیفتی باکس می اندازد.
۳۱			در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج می کند و دست ها را می شوید.
۳۲			اطلاعات خود را در مورد نوع داروی تزریقی، مقدار، روش تجویز و هرگونه بررسی انجام شده، با ذکر تاریخ، ساعت و نام پرستار در پرونده بیمار یادداشت می کند.
۳۳			تاثیر داروی تزریقی را در زمان مورد انتظار ارزشیابی می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مخلوط کردن انسولین با استفاده از سرنگ انسولین

اهداف:

۱- تجویز انسولین طبق نیاز بیمار

۲- آهسته کردن تاثیر انسولین کوتاه اثر

وسایل لازم:

کارت دارویی - دو ویال حاوی انواع متفاوت انسولین - پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده - سرنگ انسولین استریل و سوزن با شماره مناسب

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از صحت نوع انسولین دستور داده شده، میزان و روش تزریق آن اطمینان حاصل می کند.			
۲	دستور دارویی توسط پرستار دیگری دوباره کنترل می شود.			
۳	تاریخ مصرف ویال های انسولین کوتاه اثر و طول اثر یا متوسط اثر را کنترل می کند.			
۴	دقیقی قبل از مصرف، انسولین ها را بیرون از یخچال می گذارد.			
۵	ظاهر داروها را از نظر یخ زدگی کنترل می کند.			
۶	دست های خود را می شوید.			
۷	با رعایت تکنیک استریل سرنگ انسولین و سوزن را آماده می کند.			
۸	قبل از استفاده از انسولین طولانی اثر یا متوسط اثر با غلطاندن در کف دست آن را مخلوط می کند.			
۹	ابتدا به مقدار دوز انسولین طولانی اثر یا متوسط اثر هوا به داخل ویال انسولین طولانی اثر یا متوسط اثر تزریق می کند و بدون کشیدن دارو سوزن را خارج می کند.			
۱۰	سوزن را عوض کرده و به اندازه دوز داروی کوتاه اثر هوا به داخل ویال انسولین کوتاه اثر تزریق می کند.			
۱۱	بدون خارج کردن سوزن، دوز انسولین کوتاه اثر را می کشد و سپس سوزن را خارج می کند.			
۱۲	سوزن را وارد ویال انسولین طولانی اثر کرده و دوز انسولین طولانی اثر یا متوسط اثر را می کشد.			
۱۳	تزریق دارو را به روش صحیح در محل مناسب انجام می دهد.			
۱۴	زمان، تاریخ، محل تزریق، دوز تزریق و واکنش بیمار را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق زیر جلدی هپارین

اهداف:

۱- تنظیم وضعیت انعقاد خون بیمار

۲- رسانیدن داروی هپارین به بیمار طبق تجویز پزشک

وسایل مورد نیاز:

سرنگ ۱ سی سی - سر سوزن ۱ سانتی متری - ویال یا آمپول هپارین - پنبه آغشته به ماده ضد عفونی

کننده- دستکش یکبار مصرف (در صورت لزوم)

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محل را روی شکم، به دور از ناف واقع در قسمت فوقانی خارخاصره انتخاب می کند.			
۲	سوزنی را به طول ۱ سانتی متر، با شماره ۲۵ یا ۲۶ انتخاب می کند.			
۳	هپارین را در سرنگ می کشد، طبق روش آموخته شده با رعایت تکنیک استریل تزریق را انجام می دهد.			
۴	پس از تزریق محل را ماساژ نمی دهد.			
۵	محل تزریقات بعدی را به صورت چرخشی انتخاب می کند.			
۶	زمان، تاریخ، محل تزریق، دوز تزریق و واکنش بیمار را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استعمال داروهای پوستی

اهداف:

- ۱- کاهش خارش پوست، نرم کردن پوست
- ۲- ایجاد انقباض یا انبساط موضعی عروق
- ۳- افزایش یا کاهش ترشحات پوست، ایجاد یک پوشش محافظ برای پوست
- ۴- استعمال داروی ضد عفونی کننده یا آنتی بیوتیک برای درمان یا کاهش عفونت پوست

وسایل مورد نیاز:

دستکش یک بار مصرف - محلول دستور داده شده برای شست و شوی محل - گاز استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر- داروی دستور داده شده - نوار چسب

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می کند: الف: دستور پزشک را در مورد نوع دارو بررسی می کند. ب: کارت دارویی را با کاردکس مطابقت می دهد. ج: داروی صحیح را از محل مخصوص برداشته، برچسب روی ظرف دارو را با کارت دارویی مطابقت می دهد.			
۲	دارو را همراه با دیگر وسایل لازم به اتاق بیمار می برد.			
۳	بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع کرده و خلوت او را فراهم می آورد.			
۴	ناحیه مورد نظر را برای استعمال دارو آماده می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	ناحیه مورد نظر را از نظر تمیزی بررسی کرده و در صورت نیاز طبق دستور محل را به آرامی شسته و خشک می کند.			
۸	در صورتی که دارو به شکل کرم می باشد، مقدار کمی از آن را روی دست قرار داده پس از گرم و نرم کردن، آن را روی پوست به صورت طولی در جهت رویش موها می مالد.			
۹	در صورتی که دارو به صورت لوسیون می باشد مقداری از آن را			

			روی گاز ریخته و روی پوست قرار می دهد.	
			در صورتی که دارو به صورت پماد یا محلول مالیدنی می باشد آن را با حرکات مالشی روی پوست استعمال می کند.	۱۰
			استعمال دارو را ادامه می دهد تا ناحیه مورد نظر با دارو پوشیده شود.	۱۱
			در صورت لزوم از پانسمان استریل استفاده می کند.	۱۲
			در صورت آلوده شدن لباس به دارو، لباس بیمار را تعویض می کند.	۱۳
			دستکش ها را خارج می کند.	۱۴
			وسایل اضافی را به محل مربوطه برمی گرداند و توجه لازم را از آنها به عمل می آورد.	۱۵
			دست ها را می شوید.	۱۶
			اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی در پرونده بیمار یادداشت می کند: الف : نوع داروی مورد استفاده، محل تحت درمان، واکنش بیمار شامل ناراحتی، خارش و .. را در پرونده بیمار یادداشت می کند. ب: پس از انقضای مدت اثر بخشی دارو، واکنش بیمار را نسبت به آن بررسی می کند (شامل قرمزی پوست، خارش، سوزش ، تورم و ناراحتی بیمار).	۱۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: درمان داخل وریدی - آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی

اهداف:

- ۱- تأمین مایعات بدن بیمار
 - ۲- برقراری تعادل الکترولیت ها
 - ۳- تأمین ویتامین های محلول در آب
 - ۴- برقراری رگ باز به منظور تجویز سریع داروها
 - ۵- رساندن گلوکز کافی و ...
- وسایل مورد نیاز: ست تزریق وریدی مناسب - محلول استریل وریدی دستور داده شده - پایه سرم - دارو و برچسب زمان بندی در صورت لزوم - برچسب برای ست سرم - پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را در مورد مایع درمانی وریدی کنترل کرده، از صحیح بودن نوع محلول جهت بیمار مطمئن می شود.			
۲	وسایل را آماده کرده به اتاق بیمار می برد.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	ست تزریق را از داخل پوشش آن خارج کرده، پیچ خوردگی لوله ها را صاف می کند.			
۵	کلمپ روی ست را در طول لوله می لغزاند، به نحوی که درست زیر محفظه قطره ریز قرار گرفته و قابل دسترسی باشد، سپس آن را می بندد.			
۶	به منظور تأمین استریل بودن دو انتهای ست تزریق ، تا شروع تزریق وریدی ، پوشش های دو انتهای ست را خارج نمی کند.			
۷	برای متصل کردن ست سرم به ظرف حاوی محلول به طریق زیر عمل می کند: چنانچه از محلول هایی که در بطری های شیشه ای با درب لاستیکی قرار دارند استفاده می کند دیسک فلزی درب بطری را برداشته و قسمت لاستیکی را با پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده پاک می کند، سپس درپوش سر لوله ست را برداشته و نوک آن را با فشار وارد سوراخ درب لاستیکی می کند. روش استریل را رعایت می کند.			

			در مورد کیسه های پلاستیکی، پوشش محافظتی محل ورود ست را برداشته و سر ست را وارد سرم می کند.
۸			ظرف حاوی محلول را به پایه سرم آویزان می کند (ارتفاع ظرف حاوی محلول تا سطح تخت بیمار معمولاً یک متر می باشد).
۹			چنانچه از محفظه قطره ریز قابل ارتجاع استفاده کرده است، آن را به آرامی می فشارد تا نیمی از آن پر از محلول شود. محفظه های غیر قابل ارتجاع معمولاً به طور خود به خود پر از محلول می شوند، این کار از ورود هوا به داخل ست سرم جلوگیری می کند.
۱۰			برای پرکردن لوله ها از محلول، درپوش انتهای لوله را برداشته و سر آن را داخل رسیور می گیرد (مراقب استریل بودن سر ست و پوشش آن است)، کلمپ را باز کرده و اجازه می دهد محلول وارد لوله شده و از آن خارج شود، تا هنگامی که تمام حباب های هوا از بین برود، با انگشت خود روی لوله ضربه وارد می کند تا حباب ها زودتر خارج شوند.
۱۱			کلمپ را دوباره می بندد.
۱۲			در پوش سر لوله را با رعایت نکات استریل مجدداً روی آن قرار می دهد.
۱۳			در صورت استفاده از پمپ کنترل الکترونیکی از راهنمای کارخانه سازنده جهت وارد کردن ست تزریق و برقراری جریان محلول وریدی استفاده می کند.
۱۴			لوله را به پایه سرم می آویزد.
۱۵			در صورت اضافه کردن دارو به ظرف حاوی محلول، برچسبی را که شامل اطلاعات لازم می باشد (نام بیمار، شماره اتاق و تخت، تعداد قطرات، تاریخ و زمان شروع، تاریخ و زمان قطع، نام دارو، مقدار دارو، نام پرستار) در سمت پایین ظرف حاوی محلول می چسباند تا به سادگی قابل خواندن باشد.
۱۶			- تاریخ و زمان انفوزیون، محل ورود IV، نوع و اندازه کاتتر IV را ثبت می کند. - به تحمل بیمار نسبت به این جریان توجه می کند. - فعالیت های یادگیری بیمار و والدین را مشخص می کند. - با توجه به سیاست بیمارستان، شرایط محل IV را ثبت می کند. - در صورتی که در محل IV نشت رخ دهد، شرایط محل IV را در هر تغییر شیفت تا هنگام پایدار شدن شرایط ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه ای یا آنژیوکت

اهداف:

۱- تامین مایعات بیمار در زمانی که وی قادر به دریافت مایعات کافی از راه دهان نباشد.

۲- تامین املاح موردنیاز بدن جهت برقراری تعادل الکترولیتی

۳- رساندن گلوکز کافی به منظور تامین سوخت لازم برای متابولیسم

۴- تامین ویتامین های محلول در آب و داروها

۵- برقراری یک رگ باز به منظور تجویز سریع داروهای مورد نیاز

وسایل مورد نیاز:

تسمه های محدود کننده جهت بیماران با کاهش هوشیاری - اطفال و بیماران مبتلا به اختلالات روانی - ست تزریق وریدی - محلول استریل وریدی دستور داده شده - پایه سرم - نوار چسب معمولی یا ضد حساسیت و قیچی - دستکش یک بار مصرف - تورنیکت - پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده - سوزن پروانه ای به طول ۲/۵ سانتی متر با شماره ۲۳-۲۱ برای اکثر تزریقات و شماره ۱۹ برای خون کامل یا آنژیوکت در اندازه مناسب (شماره ۲۲ برای تزریق محلول های شفاف و شماره ۲۰ برای محلول های حاوی دارو یا محلول های چرب) - پمپ کنترل جریان محلول وریدی در صورت لزوم - گاز استریل یا پانسمان شفاف - آتل در صورت لزوم - حوله و رسیور

عامل انجام کار: پرستار- بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با توضیح برنامه مورد نظر ، بیمار را برای شروع یک تزریق وریدی آماده می کند. ورود سوزن به پوست برای چند ثانیه باعث ناراحتی بیمار شده، لیکن در خلال جریان داشتن مایعات وریدی ناراحتی وجود نخواهد داشت. در صورتی که طبق دستور پزشک، طول زمان تزریق وریدی مشخص شده، بیمار را در جریان امر قرار می دهد.			
۲	در صورت فوری نبودن درمان وریدی، برنامه های مراقبتی روزانه را قبل از آغاز تزریق وریدی جهت به حداقل رسیدن حرکت عضو انجام می دهد.			
۳	مطمئن می شود بیمار لباسی به تن دارد (با آستین گشاد) که تزریق وریدی مانع از تعویض آن نمی شود.			
۴	دست ها را می شوید.			

۵	وسایل را آماده کرده، به اتاق بیمار می برد و طبق روش آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی آن را مهیا می کند.		
۶	قطعات چسب را برای ثابت کردن سوزنی که داخل ورید خواهد کرد، آماده می کند.		
۷	محل مناسب را برای تزریق انتخاب می کند.		
۸	در صورت امکان تزریق وریدی را در دست غیر غالب بیمار با استفاده از عروقی که مستقیم و بدون پیچ خوردگی هستند انجام می دهد.		
۹	هر وریدی را که انتخاب کرده است، از قسمتی از آن که دور از مرکز بدن قرار دارد استفاده می کند تا در صورت ایجاد اسکروز، نواحی از ورید که نزدیک مرکز بدن هستند قابل استفاده باقی بمانند.		
۱۰	در صورت لزوم موهای قسمتی را که چسب روی آن قرار خواهد گرفت می تراشد.		
۱۱	حوله را زیر محل تزریق پهن می کند.		
۱۲	برای متسع کردن ورید به روش زیر اقدام می کند: الف- دستی را که می خواهد در آن تزریق وریدی انجام دهد، پایین تر از سطح قلب قرار می دهد. ب- تورنیکت را ۲۰-۱۵ سانتی متر بالاتر از محل ورود سوزن محکم می بندد. تورنیکت باید به قدری محکم بسته شود که جریان خون وریدی را متوقف سازد ولی جریان خون شریانی دچار وقفه نشود. ج - چنانچه رگ به قدر کافی متسع نشده است به طریق زیر عمل می کند: (۱) قسمتی از رگ را که در ناحیه پایین محل تزریق قرار دارد، در جهت جریان وریدی به طرف قلب ماساژ می دهد. (۲) از بیمار می خواهد سریع مشت خود را باز و بسته کند. (۳) با انگشتان خود به آرامی بر ورید ضربه می زند.		
۱۳	چنانچه با اجرای مرحله ۱۲ باز هم ورید متسع نشد، تورنیکت را باز کرده و برای مدت ۱۵-۱۰ دقیقه از گرمای موضعی در محل استفاده می کند تا عروق محیطی متسع شده و پرخون شوند، سپس مرحله ۱۲ را تکرار می کند.		
۱۴	دستکش ها را می پوشد.		

۱۵	پوست محل تزریق را ابتدا با پنبه آغشته به الکل به طریق دورانی از مرکز ناحیه تزریق به سمت خارج آن تمیز می کند. برای مدت ۱ دقیقه فرصت می دهد تا محلول ضدعفونی کاملاً خشک شده و اثر ضد میکروبی خود را اعمال کند.		
۱۶	با آن دست خود که سوزن را با آن نگرفته است، عضو را محکم نگه داشته و با انگشت شست، پوست روی ورید را در زیر ناحیه تزریق به طرف پایین می کشد تا ورید به طور ثابت در جای خود قرار گرفته و ورود سوزن تسهیل گردد و بیمار درد کمتری احساس کند.		
۱۷	در صورتی که از سوزن پروانه ای استفاده می کند به روش زیر عمل می کند: الف: در حالی که قسمت اریب سوزن رو به بالا قرار دارد آن را با زاویه ۳۰ درجه با پوست در دست گرفته، پوست مجاور ورید را تقریباً یک سانتی متر در زیر محل در نظر گرفته شده برای وارد شدن به ورید سوراخ می کند.		
۱۸	ب- به محض وارد شدن سوزن به داخل پوست آن را پایین می آورد به نحوی که تقریباً به موازات پوست قرار بگیرد، سپس سوزن را از کنار وارد ورید می کند. ج - هنگامی که خون به داخل لوله متصل به سوزن جریان یافت سوزن را به اندازه ۲-۲/۵ سانتی متر یا تا انتها وارد ورید می کند. د- تورنیکت را باز می کند . ست سرم را به انتهای سوند وصل کرده و جریان سرم را با سرعت زیاد به منظور جلوگیری از لخته شدن خون در سوزن برقرار می سازد.		
۱۹	در صورتی که از آنژیوکت استفاده می کند به روش زیر عمل می کند: الف: در حالی که قسمت اریب آنژیوکت رو به بالا قرار دارد، آن را با زاویه ۳۰-۱۵ درجه در دست گرفته سر آن را در یک مرحله وارد پوست و ورید می کند. ب: به محض آشکار شدن خون در آنژیوکت یا احساس کاهش مقاومت، آنژیوکت را پایین می آورد تا به موازات پوست قرار بگیرد، سپس آن را به اندازه ۱- ۰/۵ سانتی متر به طرف جلو می راند. ج- تورنیکت را باز می کند.		

			د- پوشش محافظ انتهای ست سرم را از روی آن برداشته و برای وصل کردن به آنژیوکت آماده می کند، مراقب استریل بودن انتهای ست است. هـ - برجستگی انتهای لوله آنژیوکت را با شست و انگشت سبابه نگه داشته و سوزن را با دست بیرون می کشد. و- لوله آنژیوکت را تا برجستگی انتهای آن وارد ورید می کند. در صورت مواجهه با مقاومت تا انتها وارد نمی کند.	
۲۰			دستکش ها را خارج می کند.	
۲۱			سوزن پروانه ای یا آنژیوکت را به روش زیر در محل ثابت می کند: الف- سوزن پروانه ای را با استفاده از چسب به روش ضربدری در محل ثابت می کند. در صورت لزوم برای حفظ وضعیت سوزن در ورید ، قطعه گاز ۵×۵ سانتی متری را زیر انتهای سوزن قرار می دهد. ب- لوله آنژیوکت را به شکل U به روش زیر ثابت می کند: - قطعه اول چسب را در حالی که سطح چسبنده آن به طرف بالا قرار دارد، زیر برجستگی انتهای لوله آنژیوکت قرار داده، دوطرف چسبناک آن را به سمت پایین روی پوست در امتداد ورود سوزن ثابت می کند. - دومین قطعه چسب را در حالی که سطح چسبنده آن به طرف پایین قرار گرفته در عرض برجستگی انتهای لوله آنژیوکت ثابت می کند. - سومین قطعه چسب را در حالی که سطح چسبنده آن به طرف پایین قرار گرفته در عرض برجستگی انتهای ست تزریق ثابت می کند.	
۲۲			طبق مقررات موسسه ، مقدار کمی پماد آنتی سبتیک را در محل سوراخ شدن پوست یا سوند قرار داده سپس آن را با قطعه ای گاز یا پانسمان شفاف می پوشاند.	
۲۳			آن قسمت از ست سرم را که به سوزن وصل است با چسب به صورت حلقه ای روی پانسمان متصل می کند، تا سوزن در اثر حرکت بیمار به خارج کشیده نشود.	
۲۴			روی قطعه ای چسب، موارد زیر را نوشته و روی پانسمان می چسباند :	

			تاریخ و ساعت وارد کردن سوزن یا سوند آنژیوکت ، نوع و اندازه سوزن یا سوند و حرف اول نام و نام خانوادگی پرستار.	
			در صورت لزوم از یک آتل که به دور آن پد و باند پیچیده شده است، برای ثابت کردن آرنج یا مچ دست استفاده می کند.	۲۵
			تعداد قطرات سرم را طبق دستور پزشک محاسبه و تنظیم می کند.	۲۶
			وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آنها به عمل می آورد.	۲۷
			دست ها را می شوید.	۲۸
			موارد لازم را به سرپرستار گزارش می دهد.	۲۹

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم یا آنژیوکت

هدف:

دست یابی به حداکثر تاثیر فوری یک دارو

وسایل مورد نیاز:

کارت دارویی - داروی دستور داده شده - سرنگ استریل در اندازه مناسب (۱۰-۵ میلی لیتر) - دستکش در صورت لزوم - گلوله های پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده - سوزن شماره ۲۵-۲۱ به طول ۲/۵ سانتی متر.

در صورت داشتن هپارین لاک وسایل زیر مورد نیاز است:

- سرنگ ۳-۵ میلی لیتر جهت آماده کردن دارو
- سرنگ استریل ۳ میلی لیتر حاوی سرم فیزیولوژی یا هپارین
- سوزن استریل شماره ۲۱

عامل انجام کار: پرستار یا بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را از نظر نوع دارو، مقدار، روش تجویز و سرعت تزریق کنترل می کند.			
۲	دست ها را می شوید.			
۳	بر حسب ضرورت دارو، هپارین یا سرم فیزیولوژی را آماده می کند: الف: دارو را طبق روش آماده کردن دارو از آمپول یا ویال در سرنگ می کشد، روی سرنگ برچسب می زند تا با هپارین اشتباه نشود. ب: در صورت لزوم محلول هپارین را بر حسب مقررات موسسه در یک سرنگ جداگانه می کشد. در بسیاری از موسسات از محلول ۱۰۰ واحد هپارین در یک میلی لیتر استفاده می شود و ۰/۵ یا ۱ میلی لیتر از آن تزریق می شود. این سرنگ را هم با برچسب مشخص می کند. ج: در صورت لزوم در سرنگ دیگر محلول سرم فیزیولوژی را می کشد. این سرنگ را نیز با برچسب مشخص می کند.			

۴	دارو را تزریق می کند.			
در صورت استفاده از ست سرم برای تزریق دارو به داخل ورید به روش زیر اقدام می کند:				
۵	در صورت لزوم دستکش می پوشد.			
۶	محل تزریق وریدی را از نظر نشت زیر جلدی بررسی می کند.			
۷	محل ورود سوزن روی ست سرم را ضدعفونی می کند.			
۸	جریان محلول وریدی را با بستن کلمپ ست یا تا کردن ست سرم قطع می کند.			
۹	در حالی که ست سرم (محل ورود سوزن) را محکم نگهداشته است سوزن را به آن وارد می کند.			
۱۰	پیستون را کمی بیرون می کشد تا خون داخل ست آشکار شود(نه در سرنگ).			
۱۱	دارو را با سرعت مناسب تزریق می کند، سپس سوزن را بیرون می کشد. کلمپ ست را باز می کند و جریان محلول وریدی را با سرعت مناسب برقرار می کند. در صورت تحریک ورید توسط دارو در حدود یک دقیقه جریان محلول وریدی را سریع می کند تا دارو رقیق شود و سپس قطرات را تنظیم می کند.			
۱۲	در صورت استفاده از آنژیوکت برای تزریق دارو به داخل ورید به روش زیر اقدام می کند:			
۱۳	بر حسب نوع آنژیوکت مصرفی محل ورود سوزن به آنژیوکت برای تزریق دارو را ضدعفونی کرده یا دریچه آن را باز می کند. در صورت استفاده از ماده ضدعفونی کننده اجازه می دهد محل خشک شود.			
۱۴	بر حسب نوع آنژیوکت مصرفی سوزن متصل به سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را به محل ضدعفونی شده وارد کرده یا به طور مستقیم سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را به دریچه وصل می کند. سپس مقداری از خون را از طریق سوزن یا سرنگ آسپیره می کند تا خون در ابتدای سرنگ ظاهر شود.			
۱۵	در صورت لزوم ۲-۱/۵ میلی لیتر از محلول سرم فیزیولوژی را تزریق می کند.			
۱۶	سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را از آنژیوکت جدا می کند.			
۱۷	بر حسب نوع آنژیوکت مصرفی سوزن متصل به سرنگ حاوی دارو را به محل تزریق دارو وارد کرده و یا به طور مستقیم سرنگ حاوی دارو			

			را به آنژیوکت وصل می کند.	
۱۸			دارو را به آرامی و با سرعت مناسب تزریق می کند. در این حال بیمار را از نظر هر گونه واکنش نامطلوب بررسی می کند . پس از اتمام دارو سرنگ را از آنژیوکت جدami کند.	
۱۹			از سرنگ دیگری که حاوی سرم فیزیولوژی است طبق مراحل برای شستشوی آنژیوکت استفاده می کند.	
۲۰			در صورت نیاز به استفاده از هپارین، سرنگ حاوی هپارین را به آنژیوکت وصل کرده و دارو را به آرامی تزریق می کند.	
۲۱			حداقل هر ۸ ساعت یک بار باز بودن آنژیوکت را به روش زیر کنترل می کند: - با استفاده از سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی خون را از آنژیوکت آسپیره می کند. - با ۲-۵/۱ میلی لیتر سرم فیزیولوژی آنژیوکت را می شوید. - در صورت لزوم هپارین به داخل آنژیوکت تزریق می کند.	
۲۲			تعویض هپارین لاک را هر ۷۲-۴۸ ساعت یک بار انجام می دهد.	
۲۳			در صورت استفاده از دستکش آن را خارج می کند، وسایل را به محل مربوطه برمی گرداند، توجه لازم را از آنها به عمل می آورد و دست ها را می شوید.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استفاده از وسیله کنترل کننده حجم (میکروست)

اهداف:

۱- پیشگیری از جریان بیش از حد مایعات وریدی

۲- تجویز داروهای وریدی

وسایل مورد نیاز:

میکروست - محلول وریدی - داروی وریدی - پایه سرم - ست تزریق وریدی - پنبه الک - نوار چسب

عامل انجام کار: پرستار یا بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	باز بودن سوزن یا آنژیوکت را به روش آموخته شده بررسی می کند.			
۴	ست کنترل کننده حجم مایعات را به روش زیر به ظرف حاوی محلول وریدی وصل می کند. الف: کلمپ های بالا و پایین محفظه میکروست را می بندد. ب: دریچه هوای بالای محفظه میکروست را باز می کند. ج: نوک تیز بالای محفظه میکروست را به ظرف حاوی محلول وریدی وارد می کند. د: ظرف حاوی محلول وریدی را به پایه سرم آویزان می کند.			
۵	محفظه میکروست را به روش زیر از محلول وریدی پر می کند: چنانچه محفظه میکروست دارای فیلتر غشایی می باشد به روش زیر اقدام می کند: الف: کلمپ بالای محفظه میکروست (بین محفظه و ظرف حاوی محلول وریدی) را باز می کند و اجازه می دهد محفظه تا حجم معین مورد نظر مثلاً ۵۰ میلی لیتر از محلول پر شود. کلمپ بالای محفظه میکروست را می بندد و از باز بودن دریچه هوا مطمئن می شود. کلمپ پایین محفظه میکروست را باز می کند و با فشردن محفظه قطره ریز آن را تا یک - دوم حجم از محلول پر می کند. دقت می کند در حین فشردن محفظه قطره ریز، کلمپ ست سرم بسته باشد تا محفظه قطره ریز با ایجاد خلاء از محلول پر شود.			

			فشار انگشتان خود را از روی محفظه قطره ریز برمی دارد تا محفظه به حالت اولیه خود بر گردد. کلمپ ست سرم را باز می کند تا محلول داخل ست جریان یافته و هوای داخل لوله خارج شود سپس، کلمپ ست سرم را می بندد.
چنانچه محفظه میکروست دارای دریچه شناور باشد به روش زیر اقدام می کند:			
۶			کلمپ بالای محفظه میکروست را باز می کند و اجازه می دهد محفظه تا حجم معین مورد نظر (مثلاً ۵۰ میلی لیتر) از محلول پر شود. کلمپ بالای محفظه میکروست را می بندد و به آرامی محفظه قطره ریز را فشار می دهد تا یک دوم حجم از محلول پر شود. کلمپ ست سرم را باز می کند تا محلول داخل ست جریان یافته و هوای داخل لوله خارج شود، کلمپ ست سرم را می بندد.
۷			در صورت لزوم داروی مورد نظر را به محلول داخل محفظه میکروست اضافه می کند، دقت می کند که حجم کافی محلول وریدی برای رقیق کردن مناسب دارو وجود داشته باشد. برچسب دارویی را به محفظه میکروست متصل می کند.
۸			جریان مایع وریدی را به روش زیر آغاز، تنظیم و کنترل می کند: الف: ست سرم را طبق روش آموخته شده به سوزن یا آنژیوکت داخل ورید بیمار وصل می کند. ب: کلمپ ست سرم را باز کرده و قطرات را طبق تجویز پزشک تنظیم می کند (هر ۴ قطره میکروست معادل یک قطره ست معمولی می باشد). ج: حداقل هر یک ساعت یک بار محفظه میکروست را کنترل کرده در صورت لزوم تا حجم مورد نظر از محلول وریدی پر می کند.
۹			از آسایش و امنیت بیمار اطمینان حاصل می کند: - بیمار را در وضعیت راحت و مناسبی قرار می دهد. - زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار می دهد.
۱۰			وسایل رابه محل مربوطه بر می گرداند و توجه لازم را از آنها به عمل می آورد.
۱۱			دست ها را می شوید.
۱۲			اطلاعات زیر را در پرونده بیمار یادداشت می کند: الف: نوع و مقدار محلول داروی تجویز شده و زمان شروع و اتمام جریان محلول ب: حجم مایع دریافتی در برگه مخصوص جذب و دفع مایعات

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: ترانسفوزیون فرآورده های خون

اهداف:

- ۱- حفظ حجم خون بعد از خونریزی شدید و جراحی های بزرگ
- ۲- فراهم کردن فاکتورهای پلاسمایی از قبیل فاکتور ضد هموفیلی (VIII) و پلاکت برای پیشگیری یا درمان خونریزی

وسایل مورد نیاز:

ست خون - فرآورده خونی - نرمال سالین - کاتتروریدی (با سر سوزن شماره ۲۰ و بزرگتر) - پایه سرم - چسب - دستکش - فرم رضایت نامه

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را به دقت کنترل می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و دلایل انجام کار و مراحل آن را برای وی توضیح می دهد.			
۳	هر گونه واکنش های قبلی نسبت به تزریق خون را از بیمار سؤال می کند.			
۴	فرم رضایت نامه تزریق خون را توسط بیمار یا همراه وی به امضاء می رساند.			
۵	به بیمار توصیه می کند که لرز، سرگیجه، خارش و راش یا هر گونه علائم غیر طبیعی را گزارش دهد.			
۶	برگه درخواست خون را با بر چسب کیسه خون از نظر نوع گروه خونی - RH - تاریخ انقضاء - شماره کیسه و نام بیمار کنترل می کند.			
۷	کیسه خون را از نظر وجود لخته حباب یا هر گونه موارد غیر طبیعی در کیسه خون بررسی و در صورت اشکال به بانک خون برمی گرداند.			
۸	در صورت نیاز به گرم کردن خون از گرمکن مخصوص استفاده کرده و از روش هایی چون فن کوئل و استفاده نمی کند.			
۹	در صورتی که چند واحد برای بیمار خون تجویز شده، بقیه کیسه را داخل یخچال نگهداری می کند (دمای ۴ درجه سانتی گراد).			
۱۰	دست های خود را می شوید، دستکش می پوشد و کلیه وسایل لازم را بر بالین بیمار می برد.			

۱۱	یک خط وریدی مناسب از بیمار (طبق استاندارد خط وریدی) می‌گیرد.		
۱۲	در صورت تزریق نرمال سالین همراه با خون به طور همزمان از یک ورید از رابط Y شکل استفاده می‌کند.		
۱۳	ست خون را به کیسه خون وصل می‌کند، به پایه سرم آویزان می‌کند و ست خون را هواگیری می‌کند.		
۱۴	قبل از شروع تزریق خون علایم حیاتی بیمار را کنترل و در فرم علایم حیاتی ثبت می‌کند.		
۱۵	جریان خون را به آرامی شروع می‌کند (برای ۱۵ دقیقه اول بیشتر از ۲۵ تا ۵۰ میلی لیتر نباشد، یعنی ۱۰ الی ۱۵ قطره در دقیقه).		
۱۶	به مدت ۵ تا ۱۵ دقیقه اول تزریق کنار بیمار مانده و به دقت وی را از نظر علایم حساسیت کنترل می‌کند.		
۱۷	در صورت بروز برافروختگی، تنگی نفس، خارش، سرگیجه یا راش جریان خون را سریعاً قطع کرده و نرمال سالین تزریق می‌کند و پزشک را در جریان قرار می‌دهد.		
۱۸	برای نیم ساعت اول هر ۱۵ دقیقه یکبار و بعد از آن هر نیم تا یک ساعت علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می‌کند.		
۱۹	در صورت عدم واکنش نسبت به خون، سرعت تزریق را به تدریج افزایش می‌دهد.		
۲۰	بعد از اتمام تزریق خون، نرمال سالین را تزریق و علایم حیاتی را مجدداً کنترل و ثبت می‌کند.		
۲۱	کیسه خون مصرف شده را جمع آوری و طبق مقررات بیمارستان به بانک خون برمی‌گرداند.		
۲۲	نحوه اجرای تزریق خون، شماره کیسه خون، زمان شروع و اتمام، مقدار و نوع فرآورده خونی، واکنش‌های بیمار، میزان سرم تزریقی و مداخلات پزشکی و پرستاری حین تزریق خون را به صورت دقیق در گزارش پرونده ثبت می‌کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تغذیه کامل وریدی (T.P.N.)

هدف:

برآوردن نیازهای تغذیه ای بیمارانی که قادر به تغذیه دهانی نمی باشند.

وسایل مورد نیاز:

ست تزریق وریدی مناسب - محلول تغذیه ای تجویز شده - خط وریدی مناسب - دستکش

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از شروع کار نوع محلول را با دستور پزشک کنترل می کند.			
۲	محلول تجویز شده را یک ساعت قبل از استفاده از یخچال خارج می کند و از نظر نوع محلول، تاریخ انقضاء، موارد غیر طبیعی در محلول نظیر کدر بودن و وجود ذرات معلق بررسی می کند. محلول لیپیدی را از نظر وجود لایه قهوه ای رنگ در آن بررسی و در صورت مشاهده به داروخانه بر می گرداند.			
۳	مراحل انجام کار را در صورت هوشیاری برای بیمار توضیح می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار خط وریدی مناسب نداشته باشد، یک خط وریدی مناسب می گیرد.			
۵	در صورتی که تغذیه وریدی از طریق CVP انجام می شود، قبل از شروع، CVP را از نظر کارکرد صحیح کنترل می کند.			
۶	دستکش استریل پوشیده و به روش استریل اتصالات لوله ها را برقرار می کند.			
۷	سرعت انفوزیون را با توجه به میزان دستور داده شده تنظیم و تزریق را شروع می کند.			
۸	تزریق را با سرعت کم شروع کرده و با توجه به تحمل بیمار با سرعت ۴۰ تا ۵۰ میلی لیتر در ساعت ادامه می دهد (توجه به دستور پزشک در این مورد الزامی است). محلول های دکستروز با دوز بالا را به علت جلوگیری از نوسانات قند خون با سرعت ثابت به بیمار می دهد.			

۹	محلول جدید را با حفظ شرایط آسپتیک آماده و وصل می کند.		
۱۰	دستکش استریل می پوشد.		
۱۱	سر محفظه محلول را با پنبه الکل تمیز کرده و کلمپ وریدی را می بندد و محلول جدید را به جای محلول قبلی آویزان می کند.		
۱۲	در صورتی که از پمپ انفوزیون استفاده می کند، پمپ را خاموش کرده و با توجه به رعایت شرایط آسپتیک محلول جدید را وصل و مجدداً پمپ را روشن و تنظیم می کند.		
۱۳	در زمان انجام تزریق وریدی، پوست بالای محل تزریق را از نظر وجود قرمزی، داغی و درد (علائم فلبیت) بررسی می کند.		
۱۴	در صورت وجود فلبیت، خط وریدی جدیدی برای بیمار می گیرد.		
۱۵	علائم حیاتی بیمار را هر ۴-۳ ساعت کنترل و چارت می کند.		
۱۶	بیمار را از نظر نوسانات قند خون کنترل می کند.		
۱۷	بعد از اتمام محلول تزریقی، وسایل و لوله ها را به طور مناسب از بیمار جدا می کند.		
۱۸	مراحل انجام کار از قبیل ساعت شروع و اتمام تزریق، واکنش های بیمار در حین تزریق و مداخلات پزشکی و پرستاری را به صورت دقیق در گزارش ثبت می کند.		

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: مصرف دارو از طریق افشانه
- اهداف:
- ۱- کمک به خروج ترشحات ریه
 - ۲- پیشگیری از تجمع ترشحات در بیماران مستعد عفونت، به طور مثال آن هایی که به دستگاه تهویه مکانیکی متصل هستند.
 - ۳- تسکین تنگی نفس
- وسایل مورد نیاز:
- افشانه
- عامل انجام کار: پرستار و بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را به دقت کنترل می کند.			
۲	کارت دارویی را با کاردکس کنترل می کند.			
۳	داروی دستور داده شده را از محل مورد نظر برداشته و همراه با کارت دارویی به اتاق بیمار می برد.			
۴	مشخصات بیمار را کنترل می کند.			
۵	بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع می کند و به او اطلاع می دهد که افشانه با هر فشار، مقدار معینی از دارو را وارد دهان می کند.			
۶	دست ها را می شوید.			
۷	نحوه استفاده از افشانه را به شرح زیر به بیمار آموزش می دهد: الف - بازدم عمیقی از طریق بینی انجام می دهد. ب - قسمت دهانی افشانه را به صورتی داخل دهان قرار می دهد که سوراخ آن به طرف گلو قرار گیرد. در برخی از انواع افشانه ها قسمت دهانی در فاصله ۵-۲/۵ سانتی متری دهان باز نگه داشته شود و در صورت استفاده از افشانه برای بینی یکی از مجاری بینی را بسته و قسمت خروج داروی افشانه را ابتدای مجرای دیگر بینی قرار می دهد. ج - در حالی که به آرامی و به طور عمیق از دهان عمل دم را انجام می دهد مقدار داروی مورد نیاز را با فشردن روی کپسول حاوی			

			دارو آزاد می کند. د- برای چند ثانیه نفس خود را نگه می دارد. ه- به آرامی از طریق لب های غنچه شده عمل بازدم را انجام می دهد . و - در صورت مصرف دارو از طریق بینی، روش فوق را برای مجرای دیگر بینی نیز انجام می دهد.	
۸			از بیمار می خواهد دهان خود را با آب ساده شسته و ترشحات بینی خود را خارج کند تا از احتمال تحریک مخاط و خطر عفونت کاسته شود.	
۹			به بیمار درمورد مصرف بیش از اندازه افشانه هشدار می دهد زیرا مصرف بیش از اندازه دارو عوارض شدیدی از قبیل اسپاسم برونش یا علایم قلبی ایجاد می کند.	
۱۰			بعد از هر بار استفاده، قسمت دهانی افشانه را با آب و صابون شسته و خشک می کند، سپس آن را به محل مربوط برمی گرداند.	
۱۱			دست ها را می شوئید.	
۱۲			اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی در پرونده بیمار ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دارو دادن بنا به تقاضای بیمار یا تشخیص پرستار (P.R.N)

اهداف:

- ۱- دادن دارو جهت تسکین درد
 - ۲- پایین آوردن درجه حرارت بدن
 - ۳- کمک به اجابت مزاج، رفع بی خوابی، تسکین هیجانات عصبی و رفع حالت تهوع و استفراغ
- وسایل مورد نیاز:

کارت مخصوص دارویی « P.R.N » که رنگ آن طبق مقررات هر مرکز مشخص می شود.

وسایل مورد نیاز برای تجویز دارو مورد نظر

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کارت دارویی مورد نیاز را برمی دارد.			
۲	کارت را با کاردکس طبق روش آموخته شده کنترل می کند.			
۳	از روی پرونده بیمار ساعت آخرین تجویز دارو را در نظر می گیرد.			
۴	چنانچه فاصله زمانی با دستور پزشک تطبیق می کند درمورد دادن دارو اقدام می کند.			
۵	اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، داروی تجویز شده و نکات مورد ارزشیابی در پرونده بیمار یادداشت می کند.			
۶	کارت دارویی را درمحل مخصوص خود قرار می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: چکاندن قطره چشمی

اهداف:

۱- استعمال داروی چشمی به منظور درمان عفونت

۲- گشاد کردن مردمک در انجام آزمایشات

۳- بررسی وضعیت قرنیه یا گلوکوم

وسایل مورد نیاز:

کارت داروی دستور داده شده- دستکش استریل - گلوله های پنبه آغشته به محلول سرم فیزیولوژی در صورت لزوم - پد استریل چشمی وچسب در صورت لزوم - داروی دستور داده شده - گاز یا پنبه استریل - کیسه نایلونی در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	کارت دارویی را با کاردکس از نظر نوع دارو، غلظت، تعداد قطرات ، دفعات مصرف و چشم مورد معالجه کنترل می کند.			
۳	تاریخ انقضای دارو را کنترل می کند.			
۴	وسایل را آماده کرده و به اتاق بیمار می برد.			
۵	بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع می کند(استعمال داروی چشمی معمولاً دردناک نیست، لیکن برخی ترکیبات دارویی درابتدا باعث سوزش چشم می شوند).			
۶	بیمار را در وضعیت نشسته یا به پشت خوابیده در حالی که سر به عقب متمایل شده است قرار می دهد.			
۷	در صورت وجود پانسمان چشمی آن را از روی چشم بیمار برمی دارد.			
۸	دست ها را شسته و دستکش استریل می پوشد.			
۹	در صورت نیاز با پنبه آغشته به محلول سرم فیزیولوژی مژه ها و پلک ها را از گوشه داخلی به طرف گوشه خارجی تمیز کرده و از هرپنبه فقط یک بار استفاده می کند.			
۱۰	داروی چشمی را از نظر نام ، غلظت و تعداد قطرات کنترل می کند.			

۱۱	یک گلوله پنبه استریل یا قطعه ای گاز استریل را در اختیار بیمارقرار می دهد تا پس از ریختن قطره، با فشار دادن آن روی مجرای بینی مانع از ورود دارو به بینی شده و پمادهای اضافی را از پلک ها و مژه ها پاک کند.		
۱۲	در کنار بیمار قرار می گیرد و از او می خواهد که به طرف سقف نگاه کند، سپس پلک پایین را با قراردادن انگشتان یا شست دست چپ روی استخوان گونه درست زیر چشم، به طرف پایین می کشد تا حفره تحتانی ملتحمه ظاهر شود (در صورت وجود تورم درپلک ها با احتیاط عمل می کند).		
۱۳	نوک قطره چکان را به فاصله ۱-۲ سانتی متر از حفره پایین چشم نگه داشته و تعداد قطرات دستور داده شده را در ثلث خارجی حفره ملتحمه تحتانی می چکاند (قطره چکان به هیچ عنوان نباید با قرنیه و مخاط پلک تماس پیدا کند).		
۱۴	در صورت استعمال پماد، قسمت ابتدایی دارو را دور ریخته، سپس با نگه داشتن لوله دارو بالای حفره ملتحمه تحتانی، در حدود ۲ سانتی متر از پماد را به آرامی از گوشه داخلی به طرف گوشه خارجی چشم می فشارد.		
۱۵	دست خود را از روی گونه بیمار بر می دارد تا پلک به حالت اولیه خود برگردد.		
۱۶	از بیمار می خواهد تا به آرامی چشم خود را ببندد، لیکن پلک ها رانفشارد، تا دارو سطح کره چشم را آغشته کند (در مورد قطرات چشمی با استفاده از پنبه یا گاز استریل باید حداقل به مدت ۳۰ ثانیه به دهانه مجرای اشکی - بینی فشار وارد می آورد، تا از خروج دارو از این طریق جلوگیری شود).		
۱۷	در صورت لزوم با استفاده از پنبه استریل پلک ها را از داخل به طرف خارج تمیز کرده و داروی اضافی را پاک می کند.		
۱۸	دستکش ها را خارج می کند.		
۱۹	در صورت نیاز با استفاده از پد چشمی، چشم را پوشانیده و با چسب آن را در محل ثابت می کند.		
۲۰	واکنش فوری بیمار را پس از چکانیدن قطره و مجدداً پس از اثر بخشی دارو بررسی می کند.		
۲۱	وسایل را به محل مربوطه برمی گرداند و توجه لازم را از آنها به عمل می آورد.		

			دست ها را می شوید.	۲۲
			اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل نام، غلظت، تعداد قطره، چشم مورد معالجه و عکس العمل بیمار با ذکر ساعت در پرونده یادداشت می کند.	۲۳
			دست ها را می شوید.	۲۴

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق عضلانی

هدف:

تجویز دارو طبق نیاز بیمار

وسایل مورد نیاز:

کارت دارویی - ویال یا آمپول حاوی داروی استریل - سرنگ ۵-۳ میلی لیتری - شماره و طول سوزن بسته به نوع عضله، نوع محل تزریق، میزان بافت چربی که عضله مورد نظر را پوشانیده و سن بیمار متفاوت است (در مواردی که بافت چربی زیادی روی عضله را پوشانیده از سوزنهای بلندتر (۷/۵ سانتی متر) و در بیماران لاغر از سوزن های کوتاهتر استفاده می شود) - پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده - گاز استریل ۵×۵ سانتی متر - دستکش طبق مقررات موسسه

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کارت دارو را با کاردکس تطبیق می دهد.			
۲	کلیه وسایل را آماده می کند.			
۳	داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه داروهای مخدر بر می دارد.			
۴	برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت می خواند و دوباره با کارت دارو مقایسه می کند.			
۵	دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل می کند.			
۶	از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی می کند بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را: الف - قبل از برداشتن از قفسه دارویی ب - قبل از کشیدن دارو ج - هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل می کند.			
۷	از صحت داروی دستور داده شده اطمینان حاصل می کند.			
۸	دست های خود را به روش جراحی می شوید.			
۹	سرنگ و سوزن را به طریق استریل آماده می کند.			
۱۰	از ثابت بودن سوزن به گردن سرنگ مطمئن می شود، مجدداً			

		سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار می دهد. دارو را به روش زیر در سرنگ می کشد: الف - در صورتی که از ویال حاوی داروی مایع استفاده می کند: - در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی می چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نمی دهد. - حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برمی دارد. - لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی کننده (الکل ۷۰٪) تمیز می کند. بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه آغشته به الکل تمیز می کند. - پیش از خشک شدن سر ویال پوشش روی سوزن را برمی دارد. دراین حال دقت می کند که آن را به طور مستقیم خارج می کند تا از آلوده شدن سوزن جلوگیری شود، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ می کشد.	
۱۱		با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد می کند، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق می کند. - ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم خود می گیرد. در حالی که سر سوزن داخل محلول دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ می کشد. - سوزن را از داخل ویال خارج کرده و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار می دهد. - سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد. - ویال را دورانداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد درمحل مربوطه قرار می دهد. - تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید می کند. ب - در صورتی که از ویال حاوی پودر استفاده می کند : - دستورکارخانه سازنده را به دقت می خواند. - با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج می کند.	

		- آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه می کند. - در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی می چرخاند. - حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ می کشد. - تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید می کند. - چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام خود را به صورت برچسب روی ویال می نویسد. - ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل می کند. در صورتی که از آمپول استفاده می کند: - آمپول را برداشته به صورت دورانی می چرخاند به طوری که تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد. در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل می کند. - در صورتی که در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک می کند سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش می دهد. - پنبه الکلی را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف داخل یا خارج سر آمپول را از بدنه جدا می کند. - پوشش روی سوزن را به طریق مناسب بر می دارد. - سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ می کشد. در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج دارد با کج کردن آمپول با دقت ، کل محتوی را در سرنگ می کشد. - پوشش روی سوزن را روی آن قرار داده مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد. - آمپول مصرف شده را دورمی اندازد. - ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو ، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام می دهد.	

۱۲	چنانچه دارو موجب تحریک بافت زیر جلدی می شود قبل از تزریق سوزن را عوض می کند.		
۱۳	کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار ، شماره تخت و اتاق مقایسه کرده، نام بیمار را از او سؤال می کند.		
۱۴	خلوت بیمار را فراهم می کند، او را از اقدام مورد نظر مطلع می کند.		
۱۵	دست های خود را می شوید.		
۱۶	بسته به حجم محلول تزریقی و جثه و سن بیمار، محل تزریق را انتخاب کرده و بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.		
۱۷	محل را که برای تزریق انتخاب می کند باید عاری از هرگونه ضایعه ، حساسیت به لمس، تورم، سفتی و التهاب موضعی بوده و به طور مکرراستفاده نشده باشد.		
۱۸	در صورت نیاز به تزریق مکرر ،محل تزریق را به طور چرخشی انتخاب می کند.		
۱۹	محل انتخاب شده را برهنه می کند.		
۲۰	در صورت لزوم دستکش می پوشد.		
۲۱	محل انتخابی را طبق مقررات موسسه با ماده ضدعفونی کننده به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج به وسعت ۵ سانتی متر ضدعفونی می کند.		
۲۲	پنبه الکلی را برای استفاده بعدی بین انگشت سوم و چهارم دست غیرفعال خود (معمولاً دست چپ) قرار می دهد.		
۲۳	در حالی که منتظر خشک شدن پوست از ماده ضدعفونی کننده است پوشش روی سوزن را بر می دارد. برای این منظور به طریقی اقدام می کند که سوزن آلوده نشود.		
۲۴	سرنگ را طوری در دست می گیرد که هوای داخل آن به طرف نوک سرنگ متمایل باشد. در این حال تنها ۰/۲ میلی لیتر هوا در سرنگ باقی گذاشته و بقیه هوای اضافی را خارج می کند (این عمل خصوصاً جهت داروهایی که موجب تحریک پوست و بافت های زیرجلدی می شوند مفید خواهد بود).		
۲۵	سرنگ را در دست راست خود بین انگشتان و شست می گیرد.		
۲۶	با استفاده از دست دیگر پوست را کشیده یا جمع می کند. انتخاب این روش بسته به محل تزریق و وضعیت بیمار (قطر بافت زیرجلدی) می تواند متفاوت باشد.		

۲۷	قبل از وارد کردن سوزن، بیمار را از نظر ایجاد حس سوزش ناشی از وارد کردن سوزن مطلع می کند.		
۲۸	با یک حرکت ثابت ، آرام و سریع بسته به محل تزریق ، سوزن را با زاویه ۹۰ درجه وارد عضله می کند.		
۲۹	با دست چپ بدنه سرنگ و با دست راست دسته پیستون را می گیرد.		
۳۰	با دست راست خود پیستون را به آهستگی به طرف خارج می کشد. اگر خون وارد سرنگ شد آن را خارج کرده سرنگ و سوزن را دور انداخته و سرنگ دیگری آماده می کند. در غیراینصورت تمام محلول را به آرامی تزریق می کند.		
۳۱	پنبه الکلی را به آرامی در محل تزریق فشار می دهد. در صورت ادامه خونریزی محل را با گاز استریل خشک فشار می دهد تا خونریزی قطع شود.		
۳۲	پس از اتمام تزریق، بدون برگرداندن سرپوش روی سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار می دهد.		
۳۳	وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آنها به عمل می آورد، سوزن استفاده شده را در ظرف سیفتی باکس می اندازد.		
۳۴	در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج می کند و دست ها را می شوید.		
۳۵	اطلاعات خود را در موردنوع داروی تزریقی، مقدار، روش تجویز و هرگونه بررسی انجام شده، با ذکر تاریخ، ساعت و نام پرستار در پرونده بیمار یادداشت می کند.		
۳۶	تاثیر داروی تزریقی را در زمان مورد انتظار ارزشیابی می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول و ویال

هدف: تجویز دارو طبق نیاز بیمار

وسایل مورد نیاز:

کارت دارویی - ویال یا آمپول حاوی داروی استریل - سینی تزریق شامل: سوزن و سرنگ استریل (متناسب با حجم دارو، نحوه تزریق و وضعیت بیمار) - ظرف محتوی پنبه الک ۷۰٪ یا ماده ضدعفونی کننده دیگر - اره در صورت لزوم - آب مقطر یا سرم فیزیولوژی استریل در صورتی که دارو به صورت پودر است - ظرف تزریق و رسیور

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کارت دارو را با کاردکس تطبیق می دهد.			
۲	کلیه وسایل را آماده می کند.			
۳	داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه داروهای مخدر برمی دارد.			
۴	برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت می خواند و دوباره با کارت دارو مقایسه می کند.			
۵	دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل می کند.			
۶	از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی می کند بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را: الف - قبل از برداشتن از قفسه دارویی ب - قبل از کشیدن دارو ج - هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل می کند.			
۷	دست های خود را به روش جراحی می شوید.			
۸	سرنگ و سوزن را به طریق استریل آماده می کند.			
۹	از ثابت بودن سوزن به گردن سرنگ مطمئن می شود، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار می دهد.			
۱۰	دارو را به روش زیر در سرنگ می کشد: الف - در صورتی که از ویال حاوی داروی مایع استفاده می کند: - در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی می چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نمی دهد.			

		- حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برمی دارد. - لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی کننده (الکل ۷۰٪) تمیز می کند. بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه آغشته به الکل تمیز می کند. - پیش از خشک شدن سر ویال پوشش روی سوزن را برمی دارد - دراین حال دقت می کند که آن را به طور مستقیم خارج کند تا از آلوده شدن سوزن جلوگیری شود، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ می کشد. - با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد می کند، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق می کند. - ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم خود می گیرد. در حالی که سر سوزن داخل محلول دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ می کشد. - سوزن را از داخل ویال خارج کرده و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار می دهد. - سرنگ محتوی محلول دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد. - ویال را دورانداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد درمحل مربوطه قرار می دهد. - تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید می کند. ب - در صورتی که از ویال حاوی پودر استفاده می کند : - دستورکارخانه سازنده را به دقت می خواند. - با رعایت تکنیک استریل ، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال، هوا خارج می کند. - آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه می کند. - در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را

			کف دست قرار داده به آرامی می چرخاند. - حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ می کشد. - چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام خود را به صورت برچسب روی ویال می نویسد. - ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل می کند. - آمپول را برداشته به صورت دورانی می چرخاند به طوری که تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد. در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل می کند. - در صورتی که در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک می کند سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش می دهد. - پنبه الکلی را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف داخل یا خارج سر آمپول را از بدنه جدا می کند. - پوشش روی سوزن را به طریق مناسب بر می دارد. - سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ می کشد. در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج دارد با کج کردن آمپول با دقت ، کل محتوی را در سرنگ می کشد. - پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد. - آمپول مصرف شده را به دور می اندازد. - ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو ، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام می دهد. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای

		تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد، تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام خود را به صورت برچسب روی ویال می نویسد. - ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل می کند. ج - در صورتی که از آمپول استفاده می کند دارو را به طریق زیر در سرنگ می کشد : - آمپول را برداشته به صورت دورانی می چرخاند به طوری که تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد. در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل می کند. - در صورتی که در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک می کند سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش می دهد. - پنبه الکلی را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف داخل یا خارج سر آمپول را از بدنه جدا می کند. - پوشش روی سوزن را به طریق مناسب بر می دارد. - سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ می کشد. در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج دارد با کج کردن آمپول با دقت ، کل محتوی را در سرنگ می کشد. - پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است. - سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد. - آمپول مصرف شده را به دور می اندازد. - ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو ، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام می دهد .

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در دادن دارو از طریق لوله تراشه

اهداف:

۱- رساندن دارو به بیمار در صورت نداشتن خط وریدی از طریق دستگاه تنفسی

۲- رساندن دارو به بیمار در وضعیت اورژانس

وسایل مورد نیاز:

لوله ی داخل تراشه - دستکش - گوشی پزشکی - وسایل احیاء - داروی تجویز شده - سرنگ - آب

مقطریا محلول نرمال سالین

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - تکنسین اورژانس

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را از نظر نوع دارو چک می کند.			
۲	در موقعیت اورژانس دستور شفاهی پزشک را دریافت می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	موقعیت لوله تراشه را با استفاده از آمبویگ و گوشی پزشکی بررسی می کند.			
۵	میزان دارو را محاسبه می کند.			
۶	دارو را داخل سرنگ می کشد.			
۷	دارو را با ۱۰ میلی لیتر نرمال سالین رقیق می کند.			
۸	دستکش می پوشد.			
۹	بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد و سر را کمی بالاتر قرار می دهد.			
۱۰	به بیمار ۳ تا ۵ بار به کمک آمبویگ تنفس می دهد.			
۱۱	سوزن را از سرنگ جدا می کند.			
۱۲	سر سرنگ را داخل مدخل لوله تراشه قرار می دهد.			
۱۳	دارو را به داخل لوله تراشه تزریق می کند.			
۱۴	پس از تزریق دارو، با آمبویگ چند تنفس سریع به بیمار می دهد.			
۱۵	سرنگ را به روش صحیح معدوم می کند.			
۱۶	دستکش ها را خارج می کند.			
۱۷	دستان خود را می شوید.			
۱۸	زمان و تاریخ تجویز دارو، داروی استفاده شده و پاسخ بیمار را ثبت می کند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: کمک در دادن داروهای داخل پرده جنب
- اهداف:
- ۱- رساندن دارو به داخل پرده ی جنب در بیماری های ریه
- ۲- تزریق داروها از قبیل دارو های شیمی درمانی
- وسایل مورد نیاز:
- چست تیوب یا سوزن مخصوص تزریق داخل پرده جنب (اپی دورال) شماره ۱۶ تا ۱۸ G - دستکش استریل - پد گازی استریل - محلول بتادین - داروی تجویز شده - سرنگ و سوزن مناسب - لیدوکائین ۱٪ (در صورت نیاز) - وسایل پانسمان
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار توضیح می دهد که می خواهد چه کار می کند.			
۲	دست هایش را می شوید.			
۳	خلوت بیمار را فراهم می آورد.			
۴	بیمار را به پهلوی سالم قرار می دهد.			
۵	به پزشک در برداشتن پانسمان دور کاتتر یا چست تیوب کمک می کند.			
۶	در صورتی که بیمار چست تیوب دارد آن را کلامپ می کند.			
۷	میزان داروی دستور داده شده را درون سرنگ می کشد.			
۸	پس از این که پزشک دارو را تزریق کرد، اطراف کاتتر را پانسمان می کند.			
۹	داروی تجویز شده، میزان دارو و پاسخ بیمار به درمان را ثبت می کند.			



فصل پنجم
شیمی درمانی و
پرتوتابی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: آماده سازی داروهای شیمی درمانی

اهداف:

۱- حفظ امنیت پرستار و بیمار در برابر عوارض داروهای شیمی درمانی

۲- جلوگیری از آلودگی محیط

وسایل مورد نیاز:

داروهای تجویز شده- کارت ثبت داروی بیمار - گان با آستین های بلند - دستکش های جراحی بدون پودر لاتکس - محافظ صورت یا عینک - مایع شستشوی چشم - پد پلاستیکی جاذب رطوبت - پنبه الکلی- گاز استریل - روکش کفش - ظرف مخصوص با برچسب: « آلودگی بیولوژیکی» برای تجهیزات و داروهای غیر قابل استفاده - محلول IV - رقیق کننده (در صورت لزوم) - برچسب دارویی - محفظه با امنیت بیولوژیکی کلاس II - حوله یکبار مصرف - فیلترهای جذب کننده آب - سر سوزن شماره ۱۸G، سرنگ و سر سوزن در اندازه های مختلف - ست IV همراه با کلمپ - پمپ انفوزیون (در صورت لزوم) - بسته های مخصوص شیمی درمانی شامل: محفظه ضد آب و غیر قابل نفوذ- گان با آستین بلند و پشت بسته - پوشش کفش- دو جفت دستکش- عینک - ماسک - چنگک پلاستیکی برای جمع آوری خرده شیشه- حوله پلاستیکی جاذب رطوبت - ظرف حاوی پودر یا دانه های خشک (برای جذب رطوبت) - دو عدد پد یکبار مصرف - ظرف مخصوص ضد سوراخ شدگی و نشست با برچسب «خطر بیولوژیکی»، ظرف حاوی الک ۷۰٪.

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل و بعد از آماده سازی داروهای شیمی درمانی، دست های خود را می شوید.			
۲	دارو را در محفظه با امنیت بیولوژیکی کلاس II آماده می کند.			
۳	البسه محافظ نظیر گان با دستکش بلند، دستکش بدون پودر و محافظ صورت یا عینک را می پوشد.			
۴	قبل از آماده سازی دارو و پس از اتمام آن سطوح داخلی محفظه را با الک ۷۰٪ و حوله یکبار مصرف پاک می کند.			
۵	حوله ها را در ظرف مخصوص ضد نشست می اندازد.			
۶	به منظور پیشگیری از آلودگی ناشی از پاشیده شدن ذرات، تمام			

			سطوح را با پدهای پلاستیکی جاذب رطوبت و تمیز می پوشانند.	
۷			در صورت پاشیده شدن ترشحات پدهای جاذب را تعویض می کنند.	
۸			تمام تجهیزات و داروهای غیر قابل استفاده را پس از مصرف در ظرف مخصوص می ریزد.	
۹			روی محصولات شیمی درمانی دور ریخته شده بر چسب زده و آن را در کیسه های غیر قابل نفوذ و غیر قابل نشت قرار می دهد.	
۱۰			هر مورد از برخورد یا مواجهه با مواد شیمیائی را با توجه به پروتکل بیمارستان خود ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اجرای دستور داروهای شیمی درمانی

اهداف:

۱- رساندن میزان صحیح دارو و پیشگیری از عوارض آن

۲- درمان بیماری در کنار روش هایی نظیر جراحی یا رادیوتراپی

۳- افزایش میزان بقاء بیماران

وسایل مورد نیاز:

داروی تجویز شده - دستکش - فویل آلومینیومی یا کیسه کاغذی تیره رنگ (برای محافظت دارو از نور) - نرمال سالین - سرنگ و آدابتور بدون سوزن - برچسب: « خطر بیولوژیکی » - پمپ انفوزیون - ظرف مخصوص با برچسب

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را از نظر میزان داروی تجویز شده و روش تجویز آن کنترل می کند.			
۲	در مورد اثرات نامناسب داروی مورد نظر آگاهی کسب می کند.			
۳	وضعیت فیزیکی بیمار و تاریخچه پزشکی وی را کنترل می کند.			
۴	از نوع داروی تجویزی و روش تجویز آن اطمینان دوباره حاصل می کند.			
۵	از هویت بیمار با پرسیدن نام بیمار، شماره اتاق و شماره تخت یا دستبند بیمار اطمینان حاصل می کند.			
۶	بهترین محل را برای تجویز دارو انتخاب می کند.			
۷	در انتخاب محل، قدرت سازگاری دارو و دفعات تجویز را در نظر می گیرد.			
۸	در هنگام تجویز داروهای تاول زا به پروتکل بیمارستان خود مراجعه می کند.			
۹	وضعیت بیمار را ارزیابی می کند. به ویژه به نتایج آزمایشات اخیر، شمارش سلول های خونی، سطح ازت اوره خون، پلاکت، کراتینین ادرار و تست های عملکرد کبدی توجه می کند.			

۱۰		در صورتی که بیمار قبلاً داروهای شیمی درمانی گرفته است به وجود هر نوع عارضه سوء یا شدید دقت می کند.
۱۱		از نظر تداخل اثر داروهای دیگر با داروهای شیمی درمانی، دیگر داروهای مصرفی بیمار را مورد توجه قرار می دهد.
۱۲		نام بیمار، نام دارو و میزان آن، روش تجویز دارو و تعداد دفعات تجویز را از روی پروتکل تجویز شده برای بیمار به طور مجدد کنترل می کند.
۱۳		قبل، حین و پس از شیمی درمانی دستور پزشک را از نظر تجویز داروهای ضد تهوع، مایعات، دیورتیک ها و مکمل های الکترولیتی کنترل می کند.
۱۴		درک بیمار و خانواده وی را از شیمی درمانی بررسی می کند.
۱۵		از بیمار یا خانواده وی درخواست می کند رضایت نامه را امضاء کنند.
۱۶		دستکش می پوشد و در تمام مراحل تجویز دارو آن را خارج نمی کند.
۱۷		قبل از تجویز دارو یک خط وریدی جدید در قسمت بالای محل قبلی می گیرد.
۱۸		از این خط وریدی جدید داروی شیمی درمانی نمی دهد.
۱۹		محل تجویز دارو را مشخص می کند.
۲۰		کفایت ورید بیمار را بررسی می کند.
۲۱		۱۰ تا ۲۰ سی سی محلول نرمال سالین برای بررسی وضعیت رگ به داخل آن تزریق می کند.
۲۲		به هیچ وجه رگ را با تزریق داروی شیمی درمانی امتحان نمی کند.
۲۳		داروهای غیر تاول زای مجاز را به طور مستقیم تزریق می کند یا آن را با محلول سرم رقیق می کند.
۲۴		داروهای تاول زا را به داخل ستی که به خط وریدی متصل است تزریق می کند.
۲۵		در طی تجویز دارو از طریق خط وریدی، بیمار را از نظر علائم واکنش حساسیتی یا نشأت دارو از نزدیک کنترل می کند.
۲۶		پس از تجویز ۵ سی سی دارو از برگشت خون کافی اطمینان حاصل می کند.
۲۷		پس از تجویز دارو یا در فواصل بین تزریق دو دارو ۲۰ سی سی

			نرمال سالین به داخل ورید تزریق می کند.	
۲۸			سرنگ یا سر سوزن های مصرفی را با دقت دور می اندازد.	
۲۹			به منظور پیشگیری از پراکنده شدن قطرات شیمی درمانی در هوا از جداکردن سر سوزن و سرنگ خودداری می کند.	
۳۰			دستکش، سرم و لوله ها را به روش صحیح دور می اندازد.	
۳۱			پس از اتمام کار، دست های خود را به خوبی با آب گرم و صابون می شویند.	
۳۲			قبل از شروع به تجویز دارو، توصیف محل و وضعیت خط وریدی را ثبت می کند. همچنین نام و میزان دارو، توالی تجویز دارو، نوع سر سوزن و اندازه آن، حجم مایع تزریق شده و وضعیت محل پس از تزریق را نیز ثبت می کند.	
۳۳			بروز هر نوع عارضه، تحمل بیمار نسبت به تجویز دارو، نگرانی های بیمار و خانواده را یادداشت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در لکوپنی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	میزان WBC را با توجه به تست های آزمایشگاهی بیمار بررسی می کند.			
۲	پوست و غشاء مخاطی بیمار را از نظر علائم و نشانه های عفونت بررسی می کند.			
۳	مجرای گوارشی و تنفسی بیمار را از نظر علائم عفونت بررسی می کند.			
۴	شواهد، مدارک و مداخلات انجام شده را یادداشت و ثبت می کند.			
۵	بیمار و خانواده اش را در مورد اینکه میزان WBC به علت شیمی درمانی کاهش می یابد، آموزش می دهد.			
۶	بیمار را در مورد راه های پیشگیری از عفونت که شامل موارد زیر می باشد آموزش می دهد: الف: حفظ تغذیه و دریافت مایعات در حد مناسب ب: پرهیز از رفت و آمد در مکان های شلوغ ج: انجام مراقبت از دهان بعد از غذا و زمان خواب د: داشتن فعالیت و استراحت کافی و متعادل ه: گزارش فوری علائم و نشانه های عفونت به پزشک یا پرستار و: حفظ بهداشت عمومی از جمله بهداشت ناحیه پرینه			
۷	هنگام انجام اقدامات مراقبتی بیمار، دستان خود را می شوید.			
۸	به خاطر دارد که افراد دارای بیماری های عفونی اجازه ورود به اتاق بیمار را ندارند.			
۹	در بیماری که دارای نوتروپنی است مراقبت ها و اقدامات پیشگیرانه انتقال عفونت را انجام می دهد.			
۱۰	اتاق بیمار را همیشه تمیز نگه می دارد.			
۱۱	وسایل اتاق، کف اتاق و تجهیزات عاری از گرد و غبار هستند.			
۱۲	اطمینان حاصل می کند که پرسنل بهداشتی دیگر مانند تکنسین آزمایشگاه وارد اتاق بیمار نشوند.			
۱۳	تمامیت پوست را حفظ می کند.			

۱۴	از تزریق عضلانی خودداری می کند.		
۱۵	وسایل تزریق وریدی را هر روز تعویض می کند.		
۱۶	برای خونگیری محل را با محلول بتادین ضد عفونی می کند.		
۱۷	هر ۸ ساعت محل خونگیری را چک می کند.		
۱۸	ناحیه دهان را هر ۸ ساعت بررسی می کند و نتایج را ثبت می کند.		
۱۹	ناحیه پرنیه را هر روز بررسی می کند و نتایج را ثبت می کند.		
۲۰	داروهای ضد ویروس و ضد قارچ را در صورت تجویز به او می دهد.		
۲۱	به بیمار آموزش می دهد که هر بار پس از دفع از پرنیه مراقبت کند.		
۲۲	از بروز اسهال و یبوست در بیمار پیشگیری می کند.		
۲۳	علائم حیاتی را هر ۴ ساعت کنترل می کند و هر گونه تغییر را گزارش می کند.		
۲۴	جذب و دفع را کنترل می کند. سوزش ادرار، تکرر ادرار و تغییر در ویژگی های ادرار را گزارش می کند.		
۲۵	در صورت نیاز به سوند گذاری، نکات استریل را رعایت می کند، مراقبت سوند را هر ۸ تا ۱۲ ساعت انجام می دهد.		
۲۶	نمونه های کشت دستور داده شده شامل خون، ادرار، خلط و ترشحات را انجام می دهد.		
۲۷	وضعیت تنفسی بیمار را هر ۴ ساعت بررسی می کند، تغییر در صداها، تنفسی، سرفه، خلط و تعداد تنفس را بلافاصله گزارش می دهد.		
۲۸	بیمار را در مورد تنفس عمیق و سرفه مؤثر آموزش می دهد.		
۲۹	بیمار بی حرکت را برای پیشگیری از زخم فشاری هر ۲ ساعت جابه جا می کند.		
۳۰	در صورت تجویز، ایمونوگلوبولین تزریق می کند. بیمار را از نظر واکنش آنافیلاکتیک، فلبیت، تهوع، درد شکمی یا درد پشت و لرز کنترل می کند.		
۳۱	بیمار را آموزش می دهد که گل و گیاه را از محیط خود دور نگه دارد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری ترومبوسیتوپنی (کاهش پلاکت)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	آزمایشات بیمار را از نظر میزان پلاکت بررسی می کند.			
۲	هر نوع علائم و نشانه های خونریزی را بررسی می کند.			
۳	حفره دهان را از نظر خونریزی هر ۸ ساعت چک می کند.			
۴	بیمار را هر ۸ ساعت از نظر پتشی، اکیموز و تورم بررسی می کند.			
۵	مفاصل را هر ۸ ساعت از نظر افزایش اندازه و کاهش دامنه حرکت کنترل می کند.			
۶	وضعیت عصبی و حسی-حرکتی بیمار را هر ۸ ساعت بررسی می کند.			
۷	در صورتی که بیمار خونریزی از بینی داشته، هر ۸ ساعت حفره بینی را بررسی می کند.			
۸	در صورت بروز خونریزی بینی اقدامات زیر را انجام می دهد: الف: بیمار را با زاویه ۹۰ درجه می نشاند. ب: به بینی فشار وارد می کند (به قسمت نرم بینی). ج: از کمپرس سرد در قسمت پل بینی و پیشانی استفاده می کند. د: اگر خونریزی در عرض ۱۰ تا ۱۵ دقیقه متوقف نشد پزشک را مطلع می کند. ه: در صورت تجویز پلاکت بلافاصله آن را وصل می کند.			
۹	از تزریق عضلانی خودداری می کند.			
۱۰	از قرار دادن درجه در مقعد، استفاده از شیاف و دادن انما خودداری می کند.			
۱۱	تا حد امکان از گذاشتن سوند ادراری خودداری می کند.			
۱۲	فشار خون را فقط در صورت لزوم اندازه گیری می کند و کاف را به اندازه مورد نیاز باد می کند.			
۱۳	به بیمار می گوید از وسایلی مثل تیغ ریش تراش و لباس تنگ استفاده نکند.			

۱۴	از نور کافی برای پیشگیری از برخورد با اشیاء و افتادن بیمار استفاده می کند.		
۱۵	اقدامات مناسب مراقبت از دهان را برای پیشگیری از شکنندگی مخاط انجام می دهد.		
۱۶	بیمار را به شست و شوی دهان هر ۲ تا ۴ ساعت یک بار ترغیب می کند.		
۱۷	خط های وریدی و مرکزی را هر ۲۰ تا ۳۰ دقیقه از نظر هماتوم بررسی می کند.		
۱۸	بعد از کشیدن خط وریدی ۵ دقیقه روی محل فشار وارد می کند.		
۱۹	مدفوع و ادرار بیمار را از نظر وجود خون بررسی می کند.		
۲۰	به بیمار برای پیشگیری از یبوست و در صورت تجویز پزشک، ملین می دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری آنمی (کم خونی)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	علائم و نشانه هایی مثل خستگی، تاکی کاردی و سرگیجه را بررسی می کند.			
۲	تست های آزمایشگاهی بیمار نظیر هموگلوبین، هماتوکریت، MCHC, MCV, MCH را کنترل می کند.			
۳	خواب و استراحت متعادل جهت افزایش انرژی بیمار برنامه ریزی می کند.			
۴	انرژی بیمار را برای فعالیت های مفید و مورد نیازش ذخیره می کند.			
۵	هنگامی که مشکل بیمار برطرف شد فعالیت وی را تحت نظر خود به تدریج افزایش می دهد.			
۶	بیمار را گرم نگه می دارد زیرا لرز باعث از دست دادن انرژی می شود (لباس مناسب و پتوی اضافی در اختیارش قرار می دهد).			
۷	سیستم های زیر را از نظر شناسایی کم خونی بررسی می کند: سیستم اعصاب مرکزی: تحریک پذیری، سردرد، سرگیجه پوست: رنگ پریدگی، پتشی، پورپورا، زردی بستر ناخن ها: رنگ پریدگی غشاهای مخاطی: زردی، پتشی استخوان: حساسیت در ناحیه استرنوم و دنده ها			
۸	علائم حیاتی را هر ۸ ساعت کنترل می کند.			
۹	در صورت وجود مشکل تنفسی بیمار را در وضعیت ۶۰ درجه جهت تسهیل تنفس قرار می دهد.			
۱۰	در صورتی که بیمار اکسیژن درمانی در دستور درمان خود دارد، اکسیژن به بیمار وصل می کند.			
۱۱	اندام ها، شکم و قسمت خاجی را از نظر وجود ادم بررسی و گزارش می کند.			
۱۲	رژیم غذایی حاوی آهن بالا به بیمار می دهد.			
۱۳	در صورت تجویز پزشک، خون یا اجزای خون تزریق می کند (یک واحد خون حدود ۱ گرم در دسی لیتر هموگلوبین و ۳ درصد هماتوکریت را افزایش می دهد).			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در یبوست

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	الگوی دفع بیمار را بررسی می کند که شامل استفاده از ملین، مسهل و ... است.			
۲	فاکتورهایی را که می تواند سبب تغییر در الگوی دفع شوند مانند بی حرکتی، داروهای شیمی درمانی، مخدرها، رژیم غذایی کم فیبر یا دریافت کم مایعات را شناسایی می کند.			
۳	بیمار را از نظر مدفوع سفت شده بررسی می کند.			
۴	زمان و خصوصیات مدفوع را بررسی و ثبت می کند.			
۵	شکم بیمار را از نظر صداهای روده ای هر ۸ ساعت بررسی می کند.			
۶	در صورت انجام انما، نوع انمای انجام شده، میزان و نوع محلول را ثبت می کند.			
۷	در صورت نیاز به خارج کردن انگشتی مدفوع، قوانین مؤسسه خود را در این زمینه مرور می کند.			
۸	اگر در طی ۲۴ ساعت بعد از انما، هیچ نوع حرکت روده ای وجود نداشت، (در صورت تجویز پزشک) از مسهل یا ملین استفاده می کند.			
۹	جذب و دفع مایعات را کنترل می کند.			
۱۰	در صورت عدم وجود محدودیت مایعات، ۳ لیتر مایعات در روز به بیمار می دهد.			
۱۱	رژیم غذایی پر فیبر می دهد.			
۱۲	بیمار را به ورزش و تحرک در صورت تحمل فعالیت تشویق می کند.			
۱۳	مفاصل بیمار را در محدوده حرکت طبیعی هر ۴ تا ۸ ساعت در بیماران بی حرکت، حرکت می دهد.			
۱۴	مراقبت از ناحیه پرینه را بعد از عمل دفع انجام می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در مشکلات پوست

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	تاریخچه آلرژی بیمار را بررسی می کند.			
۲	علایم حیاتی بیمار را چک می کند.			
۳	مطمئن می شود که تمام وسایل و داروهای مورد نیاز برای شرایط اورژانس در دسترس باشند شامل: - دیفن هیدرامین - اپی نفرین - اکسیژن - ایروی - ساکشن			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات پرستاری در آلوپسی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	رابطه درمانی با بیمار برقرار می کند.			
۲	قبل از شروع ریزش مو به بیمار اطلاعات مورد نیاز را می دهد تا برای بهبود ظاهر خود از کلاه گیس استفاده کند.			
۳	به بیمار شرح می دهد که ریزش مو حدوداً ۲۱-۱۰ روز بعد از شروع شیمی درمانی رخ می دهد.			
۴	به بیمار می گوید که انتظار تغییر در رنگ و فرم مو را داشته باشد.			
۵	به ماهیت موقتی بودن از دست دادن موها تأکید می کند.			
۶	به لزوم استفاده متناوب از کلاه گیس تأکید می کند تا پوست سر بتواند در معرض هوا نیز قرار گیرد.			
۷	به بیمار می گوید سر را با شامپوی دارای PH متعادل شست و شو دهد.			
۸	پوست سر را هرچه قدر که امکان دارد در معرض هوا قرار می دهد تا تمامیت پوست سر حفظ شود.			
۹	هنگام در معرض آفتاب قرار گرفتن، پوست سر را جهت جلوگیری از آفتاب سوختگی می پوشاند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در التهاب دهان و مخاط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در هنگام شیمی درمانی، بهداشت دهان را رعایت می کند.			
۲	با استفاده از چوب زبان و چراغ قوه به طور روزانه حفره دهان را بررسی می کند و به رنگ، رطوبت و وجود خراشیدگی در دهان توجه می کند.			
۳	به رنگ، حجم و غلظت بزاق توجه می کند.			
۴	۳۰ دقیقه قبل و پس از هر وعده غذایی و هر ۲ تا ۴ ساعت در هنگام بیداری، بهداشت دهان را انجام می دهد.			
۵	با استفاده از مسواک های نرم، دندان ها را می شوید.			
۶	در صورت پایین بودن پلاکت ها یا عدم تحمل بیمار نسبت به استفاده از مسواک، از یک ابر ضخیم برای شستشوی دهان و پاک کردن مخاط استفاده می کند.			
۷	از محلول های دهان شویه بدون الکل استفاده می کند.			
۸	هنگام شستشوی دهان، دندان های مصنوعی را خارج می کند.			
۹	در صورت وجود درد از یک مسکن استفاده می کند.			
۱۰	بیمار را از نظر سابقه مصرف الکل، استعمال دخانیات، پرتو درمانی و وجود سابقه شیمی درمانی بررسی می کند.			
۱۱	در مورد عوارض دهانی شیمی درمانی و چگونگی بررسی دهان و مراقبت از آن به بیمار آموزش می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری استئوماتیت

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	استئوماتیت معمولاً ۵ تا ۷ روز پس از شیمی درمانی ایجاد می‌شود و تا ۱۰ روز باقی می‌ماند.			
۲	در صورت استئوماتیت خفیف: - از محیط دهان کشت تهیه می‌کند. - حفره دهان را هر ۸ ساعت بررسی می‌کند.			
۳	به منظور کاستن از فعالیت میکروارگانیسم ها بیمار را تشویق می‌کند هنگام بیداری هر ۲ ساعت و شب ها هر ۶ ساعت مراقبت دهان را انجام دهد.			
۴	هر ۴ ساعت با مسواک نرم دندان ها را می‌شوید.			
۵	به بیمار می‌گوید با محلول‌های دهانشویه بدون الکل یا نرمال سالین غرغره کند.			
۶	هر ۲ ساعت هنگام بیداری از نرم کننده لب استفاده می‌کند.			
۷	در صورت نیاز از عوامل ضد میکروبی و ضد قارچ استفاده می‌کند.			
۸	برای تأمین راحتی و مراقبت دهان، قبل از صرف غذا از محلول های بی حس کننده (زایلوکائین) استفاده می‌کند.			
۹	هر ۳ یا ۴ ساعت از یک مسکن خفیف استفاده می‌کند.			
۱۰	برای بهبود هرچه بیشتر، رژیم غذایی نرم و پر پروتئین را توصیه می‌کند.			
۱۱	به بیمار توصیه می‌کند روزانه ۲ لیتر مایع دریافت کند و از مصرف آب مرکبات خودداری کند.			
۱۲	در صورت استئوماتیت شدید: - به منظور تعیین وجود میکروارگانیسم درخواست انجام کشت می‌کند. - حفره دهان را هر ۸ ساعت بررسی می‌کند. - در صورتی که خوردن غذا یا مایعات برای بیمار مشکل باشد، تغذیه وریدی مورد نیاز است. - در صورتی که انجام مراقبت دهان به دلیل وجود درد مشکل باشد، ۱۵ دقیقه قبل از اجرای مراقبت از دهان، یک قاشق چایخوری لیدوکائین برای غرغره به بیمار می‌دهد. - در صورت وجود قارچ در دهان، بیمار را به غرغره نیستاتین تشویق می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در ضایعات مخاط واژن و رکتوم

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از غذاهای کم باقی مانده که به راحتی هضم می شوند استفاده می کند.			
۲	از داروهای ضد اسهال استفاده می کند.			
۳	به بیماران خانم آموزش می دهد وجود هر گونه درد، زخم یا خونریزی از غشاء مخاطی پرینه و واژن را اطلاع دهند.			
۴	به بیمار آموزش می دهد پس از ادرار کردن ناحیه پرینه را با آب و صابون ملایم شستشو دهد.			
۵	به بیمار آموزش می دهد برای احساس راحتی بیشتر از حمام نشیمن استفاده کند.			
۶	به منظور پیشگیری از تحریک بیشتر از دوش واژینال استفاده نمی کند.			
۷	با بیمار صحبت می کند تا هنگام وجود علائم تحریک مخاط واژن از فعالیت جنسی خودداری کند.			
۸	به بیماران مذکر آموزش می دهد که علایم و نشانه های درگیری پرینه را گزارش کنند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در تهوع و استفراغ

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار و همراهان وی در مورد داروهایی نظیر نیتروژن موستارد یا دیگر داروهائی که موجب بروز حالت تهوع و استفراغ می شوند آگاهی می دهد.			
۲	به بیمار و همراهان وی در مورد روش های کاهش عوارض داروئی آموزش می دهد.			
۳	تاریخچه تهوع و استفراغ را در بیمار بررسی می کند.			
۴	وجود دیگر بیماری ها نظیر دیابت یا هیپرگلیسمی را در بیمار بررسی می کند.			
۵	برای کنترل بهتر تهوع از داروهای ضد تهوع قبل از استفاده از داروهای شیمی درمانی و سپس هر ۴ تا ۶ ساعت تا ۲۴ ساعت استفاده می کند.			
۶	برای کاهش تحریک مرکز استفراغ در صورت تجویز پزشک از آنتی هیستامین ها یا بار بیتورات ها استفاده می کند.			
۷	در صورت استفاده از داروی متوکلوپرامید (رگلان) به عوارض اکستراپیرامیدال آن توجه می کند. برای کنترل این عوارض از دیفن هیدرامین (بنادریل) استفاده می کند.			
۸	از لورازپام (آویتان) در طی شیمی درمانی برای کنترل تهوع و استفراغ استفاده می کند.			
۹	برای مصرف وعده های غذایی بدون داروی ضد تهوع، شیمی درمانی را در انتهای بعد از ظهر یا شب انجام می دهد.			
۱۰	به منظور کنترل تأثیرات ناشی از ترکیب کردن داروها، به طور مداوم مصرف داروهای ضد تهوع را ارزیابی می کند.			
۱۱	روش های پیشگیری از تهوع و استفراغ نظیر صرف غذا در وعده های کوچک و به طور مکرر، صرف یک وعده غذایی کوچک قبل از شروع شیمی درمانی و اجتناب از مصرف غذاهای چرب و پر ادویه را آموزش می دهد.			
۱۲	نتایج آزمایشگاهی نظیر CBC و الکترولیت ها را کنترل می کند.			
۱۳	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۱۴	برای انجام بهترین مداخله، زمان شروع علائم، واکنش بیمار به دوزهای مختلف دارویی و تعداد دفعات انجام روش را ثبت می کند.			

۱۵			برای بررسی هیدراتاسیون کافی، جذب و دفع را کنترل می کند.
۱۶			در صورت نیاز، به جایگزینی مایع از طریق IV اقدام می کند.
۱۷			وزن بیمار را به طور روزانه (در زمان یکسان، با وزنه یکسان و لباس های مشخص) اندازه گیری می کند.
۱۸			برای کاهش یا تخفیف تهوع و استفراغ قبل و بعد از شیمی درمانی از روش های مختلف استفاده می کند: - برای ۴ تا ۶ ساعت، بیمار غذا یا مایعات دریافت نمی کند، سپس غذاهای نرم و سبک بخورد. در صورت تهوع شدید فقط هر ۴ تا ۶ ساعت یک بار مایعات مصرف کند، از غذاهای خشک استفاده کند. - از تغییر ناگهانی وضعیت که موجب بروز تهوع می شود خودداری کند.
۱۹			از دیگر روش ها برای کنترل شدت علائم استفاده می کند: گفتگوهای جالب، انجام فعالیت های مورد علاقه، استفاده از روش های آرام سازی، انجام تمرینات تنفسی ریتمیک، تصویر سازی، خود هیپنوتیزمی، روش های تعدیل سازی رفتاری، موسیقی درمانی
۲۰			برای کنترل بوی عطر از یک اتاق با تهویه مناسب استفاده می کند. اتاق عاری از غذاهای آماده، ملحفه های آلوده و مواد زائد است.
۲۱			سطح های زباله به طور مکرر خالی می شود.
۲۲			ظرف مخصوص استفراغ، لگن و لوله های ادراری بلافاصله پس از استفاده از اتاق خارج می شود.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در بی اشتهایی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	برای بهبود وضعیت اشتهای بیمار از غذاهای مورد علاقه وی استفاده می کند.			
۲	غذا را با تزئینات جذاب و دمای مناسب ارائه می دهد.			
۳	تا حد امکان غذا در میان جمع های دوستانه صرف می شود.			
۴	همراه غذا، آب خورده نمی شود.			
۵	برای خالی شدن سریع معده از غذاهای پر کربوهیدرات استفاده می کند.			
۶	غذاهای نرم، صاف شده یا بدون طعم و بو با دمای خنک بهتر تحمل می شوند.			
۷	اغلب غذاهای شیرین ترجیح داده می شود.			
۸	با افزودن مکمل های غذایی (نظیر مکمل هائی با پروتئین بالا، و شیر خشک) کالری و مواد مغذی غذا را افزایش می دهد.			
۹	برای هضم بهتر غذا، بیمار را تشویق می کند تا غذا را به خوبی بجود.			
۱۰	وعده صبحانه معمولاً بهتر تحمل می شود. به همین دلیل یک سوم از میزان کالری روزانه بیمار را در این وعده قرار می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در اسهال

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	استفاده از داروهای مسهل را بررسی می کند.			
۲	دیگر علل اسهال نظیر رژیم غذایی نامناسب، عفونت، استرس یا پیشرفت بیماری را بررسی می کند.			
۳	وضعیت هیدراتاسیون و الکترولیت های بیمار را با بررسی موارد زیر کنترل می کند: - جذب و دفع بیمار، وزن، الکترولیت ها، دفعات، ویژگی و حجم مدفوع دفع شده. - وجود صداهای روده ای، نفخ یا کرامپ			
۴	وضعیت پوست ناحیه پرینه را بررسی می کند.			
۵	رژیم غذایی بیمار را تصحیح می کند: از موز و پنیر استفاده می کند، از مصرف مایعات داغ، قهوه، میوه های تازه و آب آلو خودداری می کند.			
۶	هنگامی که نتایج آزمایشگاهی نشان دهنده کمبود پتاسیم است برای پیشگیری از بروز ضعف بدنی، از غذاهای پر پتاسیم استفاده می کند.			
۷	در صورت نبود منع پزشکی، بیمار را تشویق می کند تا روزانه ۳ لیتر مایعات بنوشد. مایعاتی نظیر نوشیدنی های سرشار از الکترولیت، آب انگور و آب میوه جات را پیشنهاد می کند.			
۸	در صورت تجویز پزشک برای کنترل اسهال از داروهای نظیر کائوپکتات یا دیفنوکسیلات استفاده می کند.			
۹	علایم یبوست را بررسی کرده و گزارش می دهد.			
۱۰	به بیمار آموزش می دهد یک پروتکل مشخص برای مراقبت از پرینه داشته باشد: - ناحیه پرینه را پس از هر بار دفع به ملایمت با آب و صابون می شوید و در هنگام خشک کردن ناحیه آن را از نظر وجود شکنندگی بررسی می کند. - پمادهای تجویز شده را مصرف کند.			

			- از حمام نشسته برای ایجاد راحتی بیشتر استفاده کند. - برای پیشرفت بهبود از محافظ های پوست استفاده کند.	
۱۱			تمام موارد دفع را از نظر موارد زیر کنترل می کند: دفعات، حجم، غلظت، وجود خون واضح یا مخفی	
۱۲			در صورت عدم توانایی بیمار، مراقبت از پرینه را به عهده می گیرد.	
۱۳			وضعیت پرینه را هر ۸ ساعت کنترل می کند و در صورتی که اسهال شدید است هر ۴ ساعت این کار را انجام می دهد.	
۱۴			بیمار را روزانه وزن می کند.	
۱۵			هنگام عدم تعادل الکترولیت و دفع پروتئین، بیمار را از نظر ادم بررسی می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در سمیت داروهای شیمی درمانی بر قلب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ریتم و تعداد نبض را کنترل می کند.			
۲	تغییرات اساسی در علائم حیاتی، رنگ پوست، افزایش برون ده ادراری و تنگی نفس را بررسی می کند.			
۳	به خاطر دارد که داروهایی مانند دوکسورابین در بالغین نباید بیش از ۴۵۰ تا ۵۵۰ میلی گرم در لیتر مربع باشد و داروهایی مثل دائونوروبیسین (daunorubicin) نباید بیش از ۵۵۰ میلی گرم در لیتر مربع باشد زیرا بیمار را در خطر کاردیوتوکسیسیتی قرار می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در اثرات سمی داروهای شیمی درمانی بر ریه

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به خاطر دارد که تغییرات ناگهانی در عملکرد ریه زمانی ظاهر می‌شود که اغلب، بیماری پیشرفت کرده است.			
۲	قفسه سینه را برای صداهای تنفسی هر ۴ ساعت در طول شیمی‌درمانی سمع می‌کند و یافته‌های غیر عادی را گزارش می‌کند.			
۳	فشار خون، نبض، تنفس و درجه حرارت را هر ۴ ساعت اندازه‌گیری می‌کند و دمای بالای ۱۰۰ درجه فارنهایت (۳۸ درجه سانتی‌گراد) را گزارش می‌دهد.			
۴	عملکرد ریه‌ها را با آزمون‌های دستور داده شده بررسی می‌کند.			
۵	به بیمار روش سرفه و تنفس عمیق را آموزش می‌دهد.			
۶	به بیمار کمک می‌کند هر ۴ ساعت تنفس عمیق و سرفه را انجام دهد.			
۷	اکسیژن را در صورت تجویز و با احتیاط به بیمار وصل می‌کند.			
۸	در صورت عدم وجود محدودیت مایعات به بیمار ۳ لیتر در روز مایعات می‌دهد.			
۹	در صورت دستور پزشک سرم درمانی را شروع می‌کند.			
۱۰	جذب و دفع مایعات را هر ۸ ساعت بررسی و ثبت می‌کند.			
۱۱	در صورت تجویز پزشک داروهای نظیر کورتیکو استروئیدها و گشاد کننده‌های برونش را به بیمار می‌دهد.			
۱۲	در صورت وجود درمان با نبولایزر و فیزیوتراپی در انجام آن کمک می‌کند.			
۱۳	نشانه‌ها و علائم سندرم دیسترس تنفسی را بررسی می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در سمیت داروهای شیمی درمانی بر کلیه

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از هیدراتاسیون کافی به بیمار از ۲۴ ساعت قبل، حین و ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از شیمی درمانی اطمینان حاصل می کند.			
۲	در صورت عدم وجود محدودیت به بیمار روزانه ۳ تا ۴ لیتر مایعات می دهد.			
۳	مایعات وریدی را در صورت دستور پزشک به بیمار می دهد.			
۴	جذب و دفع مایعات را ثبت می کند و زمانی که کمتر از ۱۲۰ میلی لیتر دفع داشت گزارش می دهد.			
۵	ادرار را از نظر خون مخفی در طی ۸ ساعت زمان شیمی درمانی بررسی می کند و در صورت وجود، سرعت انفوزیون را کم کرده و خونریزی را به پزشک اطلاع می دهد.			
۶	علائم حیاتی را کنترل می کند تا در اولین فرصت تغییرات را تشخیص داده و درمان را شروع کند.			
۷	از داروهای ضد فشار خون برای کاهش فشار خون بیمار در صورت تجویز پزشک استفاده می کند.			
۸	PH ادرار را در صورت تجویز پزشک کنترل می کند.			
۹	بیکربنات سدیم را در صورت تجویز پزشک برای نگهداری PH به بیمار انفوزیون می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در اثرات سمی بر سیستم اعصاب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را از نظر ضعف و بی حسی در بازوها، دست ها، پاها (علائم اولیه سمیت) بررسی می کند.			
۲	بیمار را از نظر درد چانه و گرفتگی آن بررسی می کند.			
۳	کرامپ های شکمی، یبوست و ایلئوس پارالیتیک را بررسی می کند.			
۴	بررسی عصبی را قبل از دادن داروها برای به دست آوردن اطلاعات اولیه جهت بررسی اثر دارو هر ۴ تا ۸ ساعت انجام می دهد.			
۵	توانایی بیمار را از نظر انجام فعالیت های روزمره بررسی می کند.			
۶	محیط را از وسایل اضافی تخلیه می کند و محیط امن جهت جلوگیری از افتادن بیمار فراهم می کند.			
۷	به بیمار آموزش می دهد برای جلوگیری از افت فشار خون وضعیتی ابتدا روی لبه تخت بنشیند، سپس بایستد و بعد راه برود.			
۸	رنگ و حرارت انتهاها به خصوص دست ها را بررسی می کند.			
۹	به بیمار و خانواده اش می گوید که علائم موجود موقتی هستند و بعد از قطع داروها برطرف خواهند شد.			
۱۰	در صورت تجویز داخل تراشه متوترکسات و سیتارابین، علائم سمیت CNS را بررسی می کند و توجه دارد که بیمار حداقل تا ۱ ساعت بعد از تجویز دارو بایستی به حالت خوابیده قرار داده شود.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در سمیت داروهای شیمی درمانی بر دستگاه تولید مثل

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	تاریخچه مختصری از فعالیت جنسی، آموزش های جنسی و نگرش های جنسی بیمار و اثرات بیماری یا درمان بر عملکرد جنسی تهیه می کند.			
۲	در صورت وجود مراکز نگهداری اسپرم به بیمار در مورد تکنیک های ذخیره اسپرم و امکان انجام این کار قبل از شروع شیمی درمانی اطلاعات می دهد.			
۳	قرص های ضد بارداری بایستی قبل از شروع شیمی درمانی به بیمار داده شود.			
۴	به بیمار در مورد احتمال عقیمی آموزش می دهد و پاسخ های انطباقی مناسب او و همسرش را تقویت می کند.			
۵	به بیمار در مورد اینکه ممکن است عقیمی موقت یا دائم باشد توضیح می دهد.			
۶	بیمار را در صورت نیاز برای مشاوره ارجاع می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری در سمیت کبدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
الف- تخریب و گسستگی پوست به علت خارش				
۱	هر ۸ ساعت وضعیت پوست را بررسی می کند.			
۲	بیمار را روزانه با آب حاوی مواد چرب کننده پوست جهت پیشگیری از خشکی و خارش پوست حمام می دهد.			
۳	رطوبت پوست را با استفاده از لوسیون بعد از حمام کردن، حفظ می کند.			
۴	در صورت تجویز پزشک داروهای ضد خارش به بیمار می دهد.			
۵	استفاده از مایعات به اندازه ۳ تا ۴ لیتر در روز (در صورت عدم وجود محدودیت مایعات) را تشویق می کند.			
ب- احتمال خونریزی به علت تغییر در مکانیسم انعقادی				
۱	تغییراتی نظیر افزایش خواب آلودگی را گزارش می کند.			
۲	بیمار را از نظر علائم حسی هر ۲ تا ۴ ساعت بررسی می کند.			
۳	از مصرف داروهای نارکوتیک و باریتورات ها به علت سرکوب CNS خودداری می کند.			
۴	علائم خونریزی، ملنا، استفراغ خونی و پتشی را بررسی می کند.			
۵	بیمار را از نظر نفخ شکمی بررسی می کند.			
۶	صداهای روده را بررسی می کند.			
۷	علائم حیاتی و مطالعات آزمایشگاهی را کنترل می کند.			
۸	مراقبت از دهان را برای بیمار انجام می دهد.			
۹	بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار می دهد (در صورت عدم ممنوعیت).			
۱۰	تغییر در رنگ پوست، خونریزی و ادم را به پزشک گزارش می کند.			
۱۱	تغییرات در رنگ ادرار و مدفوع را که نشان دهنده خونریزی است بررسی و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: تزریق داخل وریدی فلودارابین fludarabine

اهداف:

۱- ارتقاء وضعیت خونی بیمار

۲- کنترل فرایند بدخیمی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - ماسک - گان - عینک - سرنگ ۵ سی سی - آب مقطر - سرم قندی یا نمکی ۲۵۰ میلی لیتر

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، گان، ماسک و عینک می پوشد.			
۲	لوازم مورد نیاز را زیر هود منتقل می کند.			
۳	محتویات ویال را با 2 ml آب مقطر رقیق می کند.			
۴	محلول رقیق شده را در ۱۲۵-۱۰۰ ml سرم ۵٪ D/W یا نمکی ۰/۹٪ رقیق کرده و طی ۳۰ دقیقه تزریق می کند.			
۵	کلیه وسایل یک بار مصرف را با رعایت اصول داروهای خطرناک دفع می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: تزریق داخل رگی فلوئورواوراسیل Fluorouracil

هدف: کنترل فرآیند بدخیمی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - گان - ماسک - سرم قندی یا نمکی ۲۵۰ ml - سرنگ ۲۰ سی سی

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، گان، ماسک و عینک می پوشد.			
۲	هود را روشن می کند.			
۳	دارو را با سرم قندی یا نمکی رقیق می کند.			
۴	در صورت تشکیل کریستال، ویال را در آب گرم قرار می دهد.			
۵	در صورتی که کریستال ها در آب گرم ناپدید نشد، دارو غیر قابل مصرف است.			
۶	قبل از تزریق دارو، دهان بیمار را معاینه می کند.			
۷	دارو را به صورت تزریق سریع وریدی یا انفوزیون مداوم تزریق می کند.			
۸	کلیه وسایل یک بار مصرف را با رعایت اصول صحیح دفع می کند.			
۹	بیمار را از نظر بروز عوارض بررسی می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق داخل رگی دانوروبیسین Daunorubicin

هدف: سرکوب تکثیر سلول های سرطانی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - ماسک - گان - ویال دارو - سرنگ ۲۰ سی سی - وسایل گرفتن Ivline (آنژیوکت، پنبه الک، گارو، چسب) - سرم قندی یا نمکی ۲۵۰ ml

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، ماسک، گان و عینک می پوشد.			
۲	لوازم مورد نیاز را زیر هود منتقل می کند.			
۳	محتویات ویال را با ۴ ml آب مقطر رقیق می کند.			
۴	محتویات ویال را با سرنگ ۲۰ سی سی می کشد.			
۵	باقی مانده حجم سرنگ را با ۱۵-۱۰ ml آب مقطر رقیق می کند.			
۶	یک رگ باز و مطمئن از بیمار تهیه می کند.			
۷	جریان سرم را آزاد می گذارد.			
۸	دارو را به همراه جریان آزاد سرم، طی ۵-۳ دقیقه تزریق می کند.			
۹	کلیه وسایل یک بار مصرف را در کیسه نایلونی ریخته، درب آن را محکم می بندد و سپس دفع می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق داخل وریدی داکتینومایسین Dactinomycin

اهداف:

۱- کاهش اندازه تومور

۲- جلوگیری از انتشار سلول های سرطانی از طریق سرکوب فرآیند تکثیر

وسایل مورد نیاز:

لوازم ایمنی فردی (گان، ماسک، عینک، دستکش) - هود - سرنگ ۵ سی سی - آب مقطر - سرم قندی

پنج درصد یا نمکی به میزان ۵۰ سی سی

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ماسک، عینک، گان و دستکش می پوشد.			
۲	وسایل مورد نیاز را زیر هود منتقل می کند.			
۳	هر ۵ mg از دارو را با ۱/۱ ml آب مقطر رقیق می کند.			
۴	یک رگ باز کاملاً مطمئن از ناحیه ساعد بیمار می گیرد (دارو بسیار تاول زا است).			
۵	محتویات ویال را با ۵ ml سرم دکستروز ۵٪ یا N.S رقیق کرده طی ۱۰-۱۵ دقیقه تزریق می کند.			
۶	کلیه وسایل یک بار مصرف استفاده شده را با رعایت اصول مواد خطرناک دفع می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: تزریق داخل رگی داکاربازین Dacarbazine

اهداف:

۱- کاهش اندازه تومور

۲- جلوگیری از انتشار سلول های سرطانی به وسیله سرکوب فرآیند تکثیر

وسایل مورد نیاز:

سرنگ ۵ سی سی - سرم ۵٪ D.W (۲۰۰-۱۰۰ سی سی) - ست سرم - پنبه الک - ویال حاوی دارو -
 دستگاه هود

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، گان، ماسک و عینک می پوشد.			
۲	هود را روشن می کند.			
۳	۳-۵ سی سی آب مقطر را به داخل ویال تزریق می کند.			
۴	قبل از خارج کردن سر سوزن، هوای داخل ویال را آسپیره می کند تا از تشکیل آئروسول جلوگیری شود.			
۵	محتویات ویال را به داخل سرنگ می کشد.			
۶	محتویات سرنگ را در ۲۰۰-۱۰۰ سی سی سرم قندی ۵٪ می ریزد و طی ۳۰ دقیقه تزریق می کند.			
۷	ویال های استفاده شده را داخل کیسه نایلونی ریخته با دقت سر کیسه را گره می زند و سپس در سطل زباله می اندازد.			
۸	دور سرم و ست سرم فویل می پیچید، زیرا دارو به نور حساس است.			
۹	نشت دارو موجب سوزش در ناحیه می شود، اما به ندرت موجب تاول می شود.			
۱۰	هیدروتراپی را از ۶-۴ ساعت قبل شروع می کند تا اثرات تهوع زایی دارو کاهش یابد.			
۱۱	بعد از اتمام تزریق، کلیه وسایل یک بار مصرف استفاده شده را در کیسه نایلونی ریخته، درب آن را محکم می بندد. سپس با نصب بر چسب ((خطر داروهای سرطان زا)) به خارج بخش منتقل می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق داخل رگی اپیروبیسین Epirubicin

هدف:

کنترل رشد و تکثیر سلول های سرطانی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - گان - عینک - ماسک - سرنگ ۲۰ سی سی - آنژیوکت - پنبه الک - گارو - چسب - ۵۰۰ سی سی

سی سرم N.S یا قندی ۵٪

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، گان، ماسک و عینک می پوشد.			
۲	لوازم مورد نیاز را زیر هود منتقل می کند.			
۳	دارو را با غلظت ۱ mg /ml با جریان آزاد سرم طی ۳-۵ دقیقه تزریق می کند.			
۴	از رگ مطمئن و باز استفاده می کند.			
۵	کلیه وسایل یک بار مصرف را با رعایت اصول داروهای خطرناک دفع می کند.			
۶	دارو را با هیپارین و فلوروآوراسیل ترکیب نمی کند، زیرا واکنش می دهد.			
۷	دست هایش را می شوید.			
۸	اقدامات انجام شده و واکنش بیمار را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق داخل رگی متوترکسات Methotrexate

اهداف:

۱- سرکوب سلول های بدخیم

۲- کاهش اندازه تومور

۳- کاهش تورم و درد و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار

وسایل مورد نیاز:

دستکش - عینک - پنبه الک - سرم نرمال سالین یا $\frac{1}{3}$ با حجم مناسب - ماسک - سرنگ ۲۰ سی سی -

گارو - گان - آنژیوکت - چسب

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، ماسک، گان و عینک می پوشد.			
۲	لوازم مورد نیاز را زیر هود منتقل می کند.			
۳	دارو را با توجه به دوز و مدت تزریق، رقیق و تزریق می کند.			
۴	حین آماده سازی از تماس پوست و استنشاق دارو خودداری می کند.			
۵	کلیه وسایل یک بار مصرف استفاده شده را طبق اصول مواد خطرناک دفع می کند.			
۶	مقدار، غلظت و مدت زمان تزریق با توجه به نظر پزشک متفاوت است.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق داخل وریدی کارموستین Carmustine

اهداف:

۱- مهار فرآیند رشد تومور

۲- مهار انتشار تومور

وسایل مورد نیاز: دستکش - گان - ماسک - عینک - سرم قندی یا نمکی ۲۵۰ سی سی - سرنگ ۵ سی

سی - ویال دارو

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، ماسک، عینک و گان می پوشد.			
۲	دارو را با حجم مناسب از سرم رقیق می کند.			
۳	سرم را طی ۱۵ دقیقه تا ۳ ساعت (با توجه به دستور پزشک) تزریق می کند.			
۴	تزریق دارو ممکن است موجب سوزش ناحیه تزریق شود، در صورت درد از کیسه یخ استفاده می کند.			
۵	کلیه وسایل یک بار مصرف را داخل کیسه نایلونی ریخته و طبق اصول مواد خطرناک دفع می کند.			
۶	دستانش را می شوید.			
۷	اقدامات انجام شده را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق داخل وریدی سیس پلاتین Cisplatin

اهداف:

۱- کاهش اندازه تومور

۲- مهار افزایش تعداد سلول

وسایل مورد نیاز: سرم ۵٪ D/W ۱۰۰۰ سی سی - دستکش یک بار مصرف - ماسک - گان - سرنگ ۵۰ سی سی - ویال دارو - فویل آلومینیومی - ترالی کد - ست سرم

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، گان، ماسک و عینک را می پوشد.			
۲	محتویات ویال را داخل سرم رقیق می کند.			
۳	ست سرم را به سرم وصل می کند.			
۴	دور ست سرم و بطری آن را با فویل می پوشاند (دارو به نور حساس است و تجزیه می شود).			
۵	سرم را طی یک ساعت یا مطابق دستور پزشک تزریق می کند.			
۶	در صورت واکنش حساسیتی ترالی کد در دسترس است.			
۷	بعد از اتمام تزریق، کلیه وسایل یک بار مصرف را داخل کیسه نایلونی ریخته و بعد از بستن آن داخل سطل زباله می اندازد.			
۸	دست هایش را با آب و صابون می شوید.			
۹	مقدار دارو و واکنش بیمار را به دارو ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: تزریق داخل وریدی Irinotecan

هدف:

مهار افزایش سلول های بدخیم

وسایل مورد نیاز:

سرم ۱۰۰۰ سی سی N.S - دستکش یک بار مصرف - ماسک - گان - سرنگ ۱۰ سی سی - ویال دارو -

ست سرم

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، گان و ماسک را می پوشد.			
۲	محتویات ویال را با سرنگ ۱۰ سی سی می کشد.			
۳	داخل سرم رقیق سازی را انجام داده (غلظت نهایی بیشتر از ۰/۱۲-۲/۸mg/ml نباشد).			
۴	دارو را طی ۹۰ دقیقه تزریق می کند.			
۵	بعد از تزریق، کلیه وسایل یک بار مصرف را داخل کیسه نایلونی ریخته و بعد از بستن، داخل سطل زباله می اندازد.			
۶	دست هایش را با آب و صابون می شوید.			
۷	مقدار دارو و واکنش بیمار را به دارو ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق داخل رگی اتوپوسید Etoposide

اهداف:

۱- کاهش تکثیر سلول های سرطانی

۲- ارتقاء پارامترهای خونی در لوسمی

وسایل مورد نیاز:

دستکش - ماسک - گان - سرم N.S ۱۰۰۰ سی سی - سر سوزن ۱۸ - سرنگ ۲۰ سی سی

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش، ماسک، گان و عینک می پوشد.			
۲	لوازم مورد نیاز را به زیر هود منتقل می کند.			
۳	دارو را با غلظت ۲ mg/ml %۲ طی ۳۰ دقیقه تزریق می کند.			
۴	از سرم نرمال سالین جهت رقیق سازی استفاده می کند.			
۵	کلیه وسایل یک بار مصرف را با رعایت اصول داروهای خطرناک دفع می کند.			
۶	دست هایش را می شوید.			
۷	مقدار دارو و واکنش احتمالی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: درمان با ید رادیو اکتیو ۱۳۱

اهداف:

۱-پیشگیری از عود بیماری

۲-تهاجم به کپسول تیروئید

۳-پیشگیری از متاستاز

وسایل مورد نیاز:

فیلم نشانگر - دوزیمتر جیبی - کارت « احتیاطات پرتوتابی » - بر چسب احتیاط - گان ضد آب - کیسه پلاستیکی تمیز برای ذرات آلوده - پوشش پلاستیکی - پد جاذب - دستکش های مقاوم به اشعه - سطل زباله - در صورت لزوم: محافظ سربی

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار و خانواده وی توضیح می دهد.			
۲	اهداف را با یکدیگر مرور می کنند.			
۳	قبل از شروع روش، از پروتوکل حفظ ایمنی بیمارستان، عوارض سوء این روش، مداخلات و مراقبت در خانه آگاهی می یابد.			
۴	از بیمار رضایت نامه آگاهانه می گیرد.			
۵	از بیمار در مورد حساسیت به ید (نظیر ماهی، میگو و ...) سوال می کند.			
۶	از بیمار در مورد تاریخچه ی داروهای مصرفی سوال می کند (مصرف کربنات لیتیوم می تواند جذب ید را افزایش دهد).			
۷	تاریخچه وضعیت سلامتی بیمار نظیر وجود تهوع، اسهال، سرفه همراه خلط و ترشحات سینوس را کسب می کند (وجود این ترشحات می تواند خطر انتشار مواد رادیو اکتیو را افزایش دهد).			
۸	دندان های مصنوعی بیمار را در می آورد.			
۹	بیمار را تشویق می کند به جای استفاده از لگن یا لوله در بستر، از توالت استفاده کند و پس از دفع سه بار سیفون توالت را بکشد.			
۱۰	به بیمار تذکر می دهد که تا اتمام روش در اتاق خود باقی بماند.			

۱۱	در صورت نبود منع پزشکی، بیمار را تشویق می کند روزانه ۳ لیتر مایعات بنوشد.		
۱۲	بیمار را تشویق می کند در ۲۴ ساعت اول پرتوتابی برای تحریک ترشحات غدد بزاقی و جلوگیری از التهاب، از آدامس یا آب نبات استفاده کند.		
۱۳	قبل از شروع روش اطمینان می یابد که تمام تست های آزمایشگاهی انجام شده است.		
۱۴	در تمام طول شیفت کاری از فیلم نشانگر یا دوزیمتر استفاده می کند.		
۱۵	برای لمس بیمار یا وسایل موجود در اتاق دستکش مخصوص می پوشد.		
۱۶	اجازه نمی دهد ملاقات کنندگان در ۲۴ ساعت بیش از ۳۰ دقیقه نزد بیمار بمانند.		
۱۷	فقط مراقبت های پرستاری ضروری برای بیمار صورت می گیرد و روش هایی نظیر حمام در تخت انجام نمی شود.		
۱۸	در صورت ریختن استفراغ یا ادرار بیمار در کف اتاق به بخش پرتوتابی اطلاع می دهد و به خدمه توصیه می کند از دستکش مقاوم به اشعه استفاده کنند.		
۱۹	اتاق بیمار را به طور روزانه بازنگری می کند.		
۲۰	پس از ترخیص بیمار اتاق باید توسط پرسنل دیپارتمان انکولوژی پاکیزه شود.		
۲۱	برای ویزیت های پیگیری برنامه ای برای بیمار تهیه می کند.		
۲۲	احتیاطات رادیوتراپی، آموزش به بیمار و خانواده، تحمل بیمار نسبت به روش ایزولاسیون و ارجاع به مراکز مشاوره سرطان را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پرتو درمانی کاشتنی

اهداف:

۱- درمان سرطان با نابودی کامل آن

۲- کنترل سرطان و جلوگیری از پیشرفت بیماری

۳- تخفیف علائم بیماری

وسایل مورد نیاز: فیلم نشانگر یا دوزیمتر - کارت احتیاط پرتو درمانی برای نصب روی در - ظروف سربی -

فورسپس با دسته بلند - در صورت لزوم: محافظ سربی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	هدف از درمان را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	قبل از شروع درمان، ایمن بودن روش، پروتکل های بیمارستانی، عوارض سوء استفاده و مداخلات مورد نظر را بررسی می کند.			
۳	کارت احتیاطات پرتو درمانی را روی در نصب می کند.			
۴	اطمینان می یابد که از بیمار رضایت نامه گرفته شود.			
۵	قبل از شروع روش از انجام تست های آزمایشگاهی اطمینان حاصل می کند.			
۶	یک دستبند حاوی «توجهات پرتو درمانی» به مچ دست بیمار می بندد.			
۷	در تمام طول شیفت از فیلم های بیج یا دوزیمتر استفاده می کند و فقط افرادی که دارای بیج هستند اجازه ورود به اتاق بیمار را دارند.			
۸	برای مواجهه با حداقل اشعه سه اصل زمان، فاصله و استفاده از محافظ را به کار می برد.			
۹	فقط مراقبت های پرستاری ضروری را برای بیمار انجام می دهد.			
۱۰	هنگام تعویض پانسمان ناحیه پرتو درمانی، تکنیسین پرتو درمانی حضور دارد.			
۱۱	قبل از ترخیص ماده کاشتنی خارج شده و به صورت مناسب دور انداخته می شود.			
۱۲	در افرادی که پرتو درمانی دائمی دارند فقط هنگامی که سطح رادیو اکتیویته آن ها به کمتر از ۵ میلی گرم در ساعت در فاصله ۱ متر برسد می توانند مرخص شوند.			
۱۳	وجود پرتو درمانی، عوارض سوء، آموزش به بیمار و خانواده وی، واکنش بیمار، تحمل ایزولاسیون برای بیمار، مشارکت خانواده در این روش و ارجاع به سرویس های محلی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پرتو درمانی خارجی

اهداف:

۱- درمان سرطان با نابودی کامل آن

۲- کنترل سرطان و جلوگیری از پیشرفت بیماری

۳- تخفیف علایم بیماری

وسایل مورد نیاز:

دستگاه پرتو درمانی - فیلم (Badge) بج یا دوزیمتر جیبی

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را برای بیمار و خانواده توضیح می دهد.			
۲	هدف از انجام این روش را توضیح می دهد.			
۳	عوارض ناشی از انجام این روش و همچنین راه های تسکین آن را بیان می کند.			
۴	عوارض طولانی مدت را عنوان می کند.			
۵	از بیمار رضایت نامه آگاهانه می گیرد.			
۶	نتایج آخرین تست های آزمایشگاهی را بررسی می کند.			
۷	موارد غیر طبیعی موجود در تست های آزمایشگاهی را به پرستار بخش پرتو درمانی اطلاع می دهد.			
۸	بیمار را به بخش پرتو درمانی منتقل می کند.			
۹	برای اطمینان از محل پرتو درمانی، ناحیه مورد نظر را با مایک علامت گذاری می کند.			
۱۰	بیمار را زیر دستگاه شبیه ساز (Simulator) قرار می دهد.			
۱۱	وضعیت مناسب به بیمار می دهد.			
۱۲	پس از پایان کار بیمار را به بخش هدایت می کند.			
۱۳	احتیاطات پرتو درمانی حین درمان، مداخلات انجام شده و تأثیر آن، میزان شدت عوارض سوء آموزش به بیمار و خانواده و واکنش بیمار، تحمل بیمار نسبت به روش های ایزولاسیون، رعایت این موارد از سوی خانواده، آموزش برای ترخیص و ارجاع به سرویس های سرطان را ثبت می کند.			
۱۴	روش انجام کار را برای بیمار و خانواده توضیح می دهد.			
۱۵	هدف از انجام این روش را توضیح می دهد.			
۱۶	عوارض ناشی از انجام این روش و همچنین راه های تسکین آن را بیان می کند.			



فصل ششم

اتاق عمل

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تنظیم و کنترل لیست اعمال جراحی روزانه

اهداف:

۱- ثبت مشخصات بیماران به همراه نوع عمل جراحی جهت آشنایی کلیه پرسنل

۲- تامین عوامل مورد نیاز ، نیروی انسانی، تجهیزات و زمان برای هر گروه جراحی

وسایل مورد نیاز:

لیست های جراحی گروه های مختلف، قلم یا کامپیوتر

عامل انجام کار: سوپروایزر- سرپرستار - مسوول اتاق عمل

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کلیه لیست ها را از گروه های مختلف جراحی می گیرد (لیست اولیه توسط جراح تنظیم می شود).			
۲	براساس نوع اعمال جراحی، زمان مورد نیاز و تجهیزات موجود اتاق مورد نظر را مشخص می کند.			
۳	با توجه به ترکیب تیم اتاق عمل، افراد مورد نیاز جهت دستیاری جراح را تعیین و ثبت می کند.			
۴	کلیه مشخصات مورد نیاز بیماران را در لیست ثبت می کند. این مشخصات شامل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، شماره پرونده، بخش بستری، نوع عمل جراحی، نام پزشک ورزیدنت مربوطه (در بیمارستان های آموزشی)، ساعت تقریبی شروع عمل، اسامی دستیاران (سیرکولار و اسکراب) می باشد.			
۵	با توجه به شیفت کاری و تعداد نیروهای موجود صبح و عصر و متوسط زمان اعمال جراحی، تعداد اعمال را مجدد کنترل می کند.			
۶	لیست را پس از تایید ریاست اتاق عمل، نهایی کرده و در اختیار قسمت های مربوطه قرار می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: حمل و نقل ست‌ها و پگ‌های مورد نیاز جهت اعمال جراحی از CSR

اهداف:

- ۱- برآورد و تامین وسایل مورد نیاز جراحی قبل از شروع آن
 - ۲- تأمین وسایل مورد نیاز طبق سلیقه جراح (در صورتی که وسیله‌ای خاص مد نظر باشد)
 - ۳- حفاظت و رعایت ایمنی در حمل و نقل وسایل جهت حفظ طول عمر مفید آنها
- عامل انجام کار: پرستار سیرکولار، پرستار اسکراب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	لیست عمل جراحی مربوط به اتاق خود را کنترل می‌کند.			
۲	برحسب عمل و بیمار خود کلیه تجهیزات استریل مورد لزوم را برآورد می‌کند.			
۳	کلیه وسایل مورد نیاز را از اتاق پکینگ یا از CSR درخواست می‌کند.			
۴	در حمل و جابه جایی وسایل به نکات زیر توجه می‌کند: - وسایل نرم و ظریف را به صورت جداگانه جابه جا می‌کند تا صدمه و خراش نبینند. - جهت جلوگیری از صدمه به وسایل و تجهیزات ترجیحاً آنها را روی هم قرار نداده و در کنار هم روی میز قرار می‌دهد. - وسایل میکروسرجری، اعمال چشمی و سایر وسایل ظریف را با احتیاط حمل کند چون در جابه جایی شدید و محکم ممکن است صدمه ببینند.			
۵	از پرت کردن و جابه جایی محکم وسایل، مخصوصاً سینی‌های سنگین که دارای وسایل متعدد هستند خودداری می‌کند.			
۶	وسایل خاص که به سلیقه جراح آماده می‌شود می‌تواند به صورت تک پیچ جداگانه آماده شده و در اختیار وی قرار داده شود و لزومی ندارد که در ست بسته شود.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: کنترل تجهیزات مصرفی و تخصصی مثل: کوتر، ساکشن، تخت جراحی، ...
 اهداف:

- ۱- پیش‌بینی وسایل مورد نیاز و تامین آن قبل از شروع جراحی
 - ۲- اطمینان یافتن از سلامت کارکرد وسایل جهت پیشگیری از اتلاف وقت در جراحی
 - ۳- کنترل ایمنی اتاق عمل و پیشگیری از بروز حوادث
- وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار اسکراب - سیرکولار - کاردان بیهوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	لیست عمل جراحی را از روز قبل کنترل کرده و از موجود بودن وسایل مورد نیاز اطمینان حاصل می‌کند.			
۲	قبل از شروع کار در روز جراحی کلیه تجهیزات را به شرح زیر کنترل می‌کند: - دستگاه کوتر را از نظر سلامت الکتریکی امتحان و کنترل می‌کند. - کلیه سیم‌ها و مسیر آنها را تا دستگاه از نظر وجود صدمه، بریدگی و پوسیدگی حتماً بررسی کرده و موارد خطرناک را جهت تامین جایگزین به مسوول اتاق عمل تحویل و وسیله سالم تحویل می‌گیرد. - ساکشن (وکیوم) را روشن کرده و سلامت کارکرد و رابط های آن را کنترل می‌کند. - تخت جراحی را از لحاظ ثبات، قابلیت انعطاف و دادن وضعیت (برحسب عمل مورد لزوم) کاملاً کنترل می‌کند. - وسایل محافظت کننده سر، بدن، دست ها و پاها را از لحاظ سلامت کاملاً کنترل می‌کند. - در صورتی که نقصی در وسایل محافظ وجود دارد که قابل برطرف کردن باشد، آنرا با قراردادن حوله، پنبه و وسایل کمکی اصلاح نموده، در غیراین صورت آن را تعویض می‌کند. - سطح تخت را پس از ضدعفونی کردن روزانه، کاملاً خشک می‌کند چون رطوبت باعث هدایت الکتریکی و سوختگی بیمار می‌شود. - چراغ سیالتیک را از نظر سلامت لامپ، قابلیت چرخش و نور کافی کنترل می‌کند (از آن جا که بعضی جراحان ترجیح می‌دهند نور محل عمل را خود تنظیم کنند، بایستی دسته چراغ تک پیچ استریل همیشه حاضر باشد).			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: نقل و انتقال بیمار از بخش به اتاق عمل

هدف:

انتقال بیمار جهت جراحی با حفظ ایمنی و حریم

وسایل مورد نیاز:

برانکارد با پوشش - کلاه یک بار مصرف - ملافه و پتو (در صورت لزوم) - لیست عمل

عامل انجام کار: پرسنل اتاق عمل و پرستار بخش

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از رفتن به بخش مربوطه، مشخصات بیمار، بخش، نوع عمل، اتاق و ... را با جراح، مسوول اتاق عمل و پرستار اسکراب چک می کند.			
۲	قبل از رفتن به بخش با هماهنگی مسوول اتاق عمل از آگاهی و آمادگی بخش اطمینان حاصل می کند.			
۳	پس از ورود به بخش، مشخصات بیمار را با مسوول بخش به طور مجدد کنترل می کند.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار کرده و پس از معرفی خود، در مورد نحوه انتقال به وی توضیح می دهد.			
۵	مشخصات بیمار و نوع عمل را با خود بیمار، پرونده و دستبند وی مطابقت می دهد.			
۶	خلوت بیمار را با کشیدن پرده، بستن درب یا قرار دادن پاراوان فراهم می کند.			
۷	برانکارد را کنار تخت برده و پس از قفل کردن آن، به بیمار در انتقال کمک می کند.			
۸	جهت حفظ حریم بیمار پوشش مناسب برای وی فراهم می کند.			
۹	در حین و بعد از انتقال در صورت داشتن سرم، سوند یا انواع کاتترها آن ها را به نحو صحیح و ایمن حفظ و ثابت می کند.			
۱۰	کلیه وسایل مورد نیاز بیمار (گرافی ها، CT، MRI، تجهیزات مانند شنت و ...) را پس از کنترل مسوول بخش با توجه به تعداد و نوع آن تحویل می گیرد.			
۱۱	نرده های دو طرف برانکارد را بالا می کشد.			
۱۲	اجازه انتقال بیمار را از مسوول بخش می گیرد و بیمار را از بخش خارج می کند.			
۱۳	در طول انتقال، بیمار را به آرامی منتقل کرده و با او ارتباط برقرار می کند (این امر به کاهش اضطراب بیمار کمک می کند).			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پذیرش بیمار به اتاق عمل

اهداف:

۱- کنترل و آماده‌سازی بیمار جهت عمل جراحی

۲- کاهش اضطراب بیمار

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: سوپروایزر - سر پرستار اتاق عمل - پرستار - بهیار - تکنسین اتاق عمل (اسکراپ و سیرکولار)-کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	خود را به بیمار معرفی کرده و با او ارتباط برقرار می‌کند.			
۲	مشخصات بیمار، نوع بیماری، نوع عمل جراحی و سمت عمل را با پرونده خود بیمار و لیست عمل مطابقت می‌کند.			
۳	برگه مراقبت های قبل از عمل و داروهای مصرف شده را کنترل کرده و موارد غیرطبیعی را به جراح اطلاع می‌دهد.			
۴	بیمار را از نظر سوابق اعمال جراحی، بیماری های زمینه‌ای، حساسیت های دارویی، سوابق بیماری های خانوادگی و محدودیت های حرکتی بررسی کرده و نکات غیرطبیعی را در پرونده ثبت کرده و به جراح اطلاع می‌دهد.			
۵	بیمار را از نظر موارد زیر کنترل می‌کند: - بهداشت و حمام - نداشتن عضو مصنوعی - ناخن یا دندان مصنوعی - نداشتن زیور آلات - نداشتن آرایش و لاک ناخن (جهت خانم ها) - تعیین محل یا عضو مورد عمل - شیو ناحیه عمل - داشتن رضایت عمل با امضاء و اثرانگشت بیمار یا ولی قانونی وی - درخواست خون - آزمایشات، مشاوره‌ها - وسایل یا پروتزهای مورد نیاز (در صورت لزوم).			
۶	بیمار را با حفظ حریم از برانکارد بخش به برانکارد اتاق عمل منتقل می‌کند و وسایل محافظتی (نرده کنار تخت) را اعمال می‌کند.			
۷	در مورد نحوه عمل، وضعیت بیمار پس از جراحی (درن ها، کاتترها و...) و مراقبت های اتاق ریکاوری به بیمار توضیح می‌دهد.			
۸	آموزش های پس از عمل مانند تمرینات تنفس عمیق و حرکت در تخت را با بیمار مرور کرده و در صورت لزوم به وی آموزش می‌دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: باز کردن پک و وسایل استریل

اهداف:

- ۱- در دسترس قرار دادن وسایل استریل جهت تیم اتاق عمل با حفظ استریلیتی
- ۲- پیشگیری از عفونت حین عمل جراحی

وسایل مورد نیاز:

بر حسب مورد متفاوت است.

عامل انجام کار: پرستار و تکنسین اتاق عمل

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پکها را از نظر مشخصات ثبت شده روی آن کنترل می کند. این مشخصات شامل: تاریخ استریل، تاریخ انقضاء ، نوع پک، نام یا کد شخص استریل کننده می باشد.			
۲	سلامت بسته بندی را از نظر خشک بودن ، عدم فرسودگی و سوراخ شدگی و نحوه صحیح بسته بندی کنترل می کند.			
۳	قبل از گذاشتن بسته روی میز، محل را از نظر تمیزی و خشکی کنترل می کند.			
۴	لایه اول را دور از خود باز می کند(توسط پرستار سیار باز می شود).			
۵	نوار چسب اتو کلاو را به طور کامل از بسته جدا می کند.			
۶	وسایل پک را با شناسنامه داخل پک کنترل می کند.			
۷	تست اندیکاتور داخل پک را کنترل می کند.			
۸	لایه های باز شده را طوری در دست نگه می دارد که با سطوح غیر استریل برخورد نکند.			
۹	در تمام مراحل، جهت جلوگیری از تماس با سطوح داخلی پک روش آسپتیک را رعایت می کند.			
۱۰	وجود هر گونه نقص در پک را بلافاصله به مسوول اتاق عمل اطلاع می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اسکراب کردن

اهداف:

۱- خارج کردن رطوبت، چربی، پوست های مرده و میکروارگانیسم های دست

۲- به حداقل رساندن جمعیت میکروارگانیسم های موجود روی پوست در حین عمل جراحی با توقف در رشد آن ها

وسایل مورد نیاز:

وجود اتاق اسکراب- سینک های اسکراب با شیرهای پدالی یا چشم الکترونیک - محلول ضد عفونی کننده مثل (بتادین زرد) یا صابون های آنتی سپتیک یک بار مصرف (پک شده) - برس استریل یک بار مصرف (پک شده)

عامل انجام کار: پرستار اسکراب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
بلافاصله قبل از شروع اسکراب				
۱	قبل از شروع کار کلیه وسایل اضافی (ناخن مصنوعی، حلقه، انگشتر، ساعت، دستبند) را خارج می کند.			
۲	ناخن ها بایستی کوتاه و بدون گوشه باشند، در غیر این صورت ناخن ها را کوتاه نموده و با سوهان صاف می کند.			
۳	قبل از شروع دست شستن، کلاه خود را کاملاً مرتب کرده و از پوشیده بودن کامل موها و گوش ها مطمئن می شود (کلاه بایستی به طور کامل موهای سر و گوش ها را بپوشاند).			
۴	ماسک خود را طوری که کاملاً دهان و بینی را بپوشاند و زیاد شل و سفت نباشد، می زند. ماسک زیاد سفت و زیاد شل می تواند میکروارگانیسم های مجرای تنفس را با هر نفس به محیط عمل برساند.			
۵	اگر عینک دارد، شیشه های آن را کاملاً تمیز کرده و پوشش محافظ چشم یا شیلد صورت (هر کدام که در دسترس و مطابق سیاست بیمارستان می باشد) را می پوشد.			
۶	دمای آب را به میزان دلخواه می رساند.			
۷	توجه دارد در تمام مراحل حین و بعد از اسکراب انگشتان و مچ			

			بایستی بالاتر از بازوها نگه داشته شوند.	
مرحله اسکراب				
۹			روش اسکراب ممکن است بر اساس روش زمانی یا روش ضربه با برس باشد.	
اسکراب ۵ دقیقه: الف- روش زمانی:				
۱۱			دست ها را تا آرنج با آب مرطوب می کند.	
۱۲			به میزان ۲ تا ۳ میلی لیتر (حدود ۶ قطره) از ماده آنتی سپتیک روی دست می ریزد.	
۱۳			دست ها و ساعد را تا حدود ۵ سانتی متر بالای آرنج چندین بار می شوید. با گرفتن دست ها در جهت بالا و بردن آن ها به زیر شیر آب، آن ها را آب کشی می کند. بازوها را به نحوی خم می کند که آب از نوک انگشتان به سمت آرنج رفته و از آن جا به پایین بچکد.	
۱۴			یک برس یا اسفنج استریل را از بسته بندی خود باز کرده و ماده ضد عفونی کننده را روی آن می ریزد. سپس هر انگشت را از سمت ناخن به قاعده انگشت می شوید. مدت شستن هر دست نیم دقیقه می باشد.	
۱۵			برس را در یک دست گرفته و هر دو دست را زیر آب روان می برد. زیر ناخن ها را با ناخن پاک کن فلزی یا ناخن پاک کن های یک بار مصرف (در صورت دسترسی) تمیز می کند و پس از تمیز کردن آن را کناری می گذارد.	
۱۶			مجدداً هر انگشت را از ناخن تا دست با برس می شوید. برای هر دست نیم دقیقه وقت کافی است.	
۱۷			دست ها و برس را آبکشی کرده و برس را کنار می گذارد.	
۱۸			مجدداً با ماده ضد عفونی کننده به مدت ۳ دقیقه هر دست را از انگشتان تا آرنج ها می شوید. انگشت ها را برای تمیز کردن مابین آن ها در هم فرو برده و می شوید.	
۱۹			دست ها و آرنج ها را مطابق قبل، آبکشی می کند.	
ب- روش ضربه با برس به شرح زیر است:				
۲۰			دست ها و ساعدها را مرطوب می کند.	
۲۱			دست ها و ساعدها را تا ۵ سانتی متر بالای آرنج با ماده ضد عفونی می شوید.	

۲۲	در حالی که دست ها را بالاگرفته و زیر آب می برد زیر ناخن ها را با ناخن پاک کن فلزی یا پلاستیکی تمیز می کند (ناخن پاک کن را پس از استفاده کنار می گذارد).		
۲۳	در همان حالت دست ها را کاملاً زیر آب، آب کشی می کند، طوری که دست ها بالاتر از آرنج باشد و آب از سمت انگشت ها به سمت آرنج رفته و به پایین بچکد.		
۲۴	یک برس یا اسفنج استریل را از بسته بندی خارج کرده و پس از آغشته کردن به ماده ضدعفونی شروع به اسکراب می کند.		
۲۵	ناخن ها را در هر دست با ۳۰ ضربه، تمام سطوح یک انگشت با ۲۰ ضربه، کف دست را ۲۰ ضربه و هر یک سومساعد تا ۵ سانتی متر بالای آرنج را ۲۰ ضربه برس می زند.		
۲۶	مرحله ۶ را برای دست دیگر هم اجرا می کند.		
۳۰	دست ها و ساعد ها را کاملاً آبکشی می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پوشیدن گان و دستکش

اهداف:

۱- دورکردن پوست به عنوان منبع آلودگی بالقوه از محیط جراحی

۲- به وجود آوردن مانع بین منطقه استریل و غیر استریل

وسایل مورد نیاز:

میز جداگانه - پکیج گان که شامل یک گان استریل می باشد که سمت داخل آن به طرف بیرون قرار گرفته و تا شده است تا دست ها قسمت خارجی گان را لمس نکند- یک حوله استریل برای خشک کردن دست ها

عامل انجام کار: پرستار و تکنسین اتاق عمل، بهیار اسکراب، کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
الف- پوشیدن گان جهت پوشیدن دستکش به روش بسته				
۱	پکیج گان را روی یک میز باز می کند و گان تا شده را مستقیماً به طرف بالا گرفته و تای آن را رها می کند. دقت می کند در محلی بایستد که رفت و آمد نبوده و احتمال آلودگی گان وجود نداشته باشد و خود را نیز از میز و گان دور نگه می دارد.			
۲	گان تا شده را نگه داشته و محل گردن را مشخص می کند.			
۳	قسمت داخل و جلوی گان را درست از قسمت خط گردن با دو دست گرفته و تای آن را کامل باز می کند طوری که داخل گان به سمت بدن باشد. بیرون گان را لمس نمی کند.			
۴	دست ها را در حد شانه نگه داشته و هر دو بازو را داخل آستین کرده و به سمت داخل می راند.			
۵	دست ها را تا حدی داخل می برد که گان روی شانه قرار گیرد.			
۶	بندهای پشت گردن و کمر توسط فرد سیرکولار بسته می شود. تنها قسمت خارجی که قابل لمس است همان گره های پشت می باشد. درحین کار توجه می کند که دست ها با سمت جلوی گان تماس نیابد.			
۷	با دست های دستکش پوشیده قسمت بند گره خورده در جلو را بازکرده و از سمت راست به فردی که دستکش استریل پوشیده می دهد (فرد باید ثابت بماند).			
۸	با رعایت تمیز و استریل نگه داشتن لبه های گان به سمت چپ می چرخد به طوری که لبه آزاد گان کاملاً پشت را بپوشاند.			

۹	اگر شما اولین نفری هستید که گان و دستکش استریل می پوشد، پس از چرخیدن انتهای بند را توسط یک پنس بلند گرفته و دسته پنس را با رعایت کامل نکات استریل به سیرکولار می دهد.		
۱۰	از فرد سیرکولار قسمت گرفته شده با پنس بلند را گرفته و بند جلو را گره می زند.		
۱۱	از فرد سیرکولار قسمت گرفته شده با پنس را گرفته و بند را گره می زند.		
۱۲	بعضی گان های یک بار مصرف دارای پوشش یک بار مصرف دو انتهای یک سر بند هستند که بایستی به دست سیرکولار داده شود به نحوی که دست هایش آلوده نشود.		
۱۳	پس از مرحله ۱۲ به سمت مخالف می چرخد، تا پشت گان پوشیده شود، سپس بند را از فاصله دور از انتها می گیرد.		
۱۴	سیر کولار قسمت نواری را برداشته و اسکراب بندها را در قسمت پهلوی یا جلو گره می زند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پوشیدن دستکش به روش بسته

اهداف:

۱- ایجاد پوشش استریل کامل جهت پرستار اسکراب

۲- رعایت حداکثر استریلیتی جهت پیشگیری از آلودگی دستکش

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل

عامل انجام کار: پرستار - کاردان اتاق عمل و هوشبری - بهیار اسکراب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با استفاده از دست چپ که داخل آستین گان است و بدون تماس خود دست، لنگه راست دستکش را از لبه تا شده برداشته و به صورتی روی ساعد و مچ قرار می دهد که محل انگشتان به سمت بالا قرار گیرد.			
۲	با حفظ وضعیت قبلی طوری دست ها را به صورت مشت داخل دستکش می کند که انگشتان به سمت داخل رفته و پس از ورود دست با دست چپ لبه دستکش را به سمت بالا می کشد.			
۳	قسمت مچ دستکش را تا قسمت مچ کشیده و سپس هم زمان دست را به سمت داخل دستکش می راند.			
۴	قسمت بالای دستکش را با آستین گان گرفته و آن را در دست جا می اندازد.			
۵	برای دست چپ هم با کمک دست راست همین کار را تکرار می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پوشیدن دستکش به روش باز

هدف:

ایجاد پوشش کامل استریل جهت تماس با وسایل استریل

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل

عامل انجام کار: پرستار - کاردان اتاق عمل و هوشبری - بهیار اسکراب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با دست چپ، لبه لنگه دستکش راست را به نحوی می گیرد که خارج دستکش با دست تماس نیابد و فقط لبه گرفته شود.			
۲	دست راست را در دستکش برده و با کشیدن دستکش آن را جا می اندازد. در حین کار تای لبه نباید باز شود.			
۳	با دست دستکش پوشیده، قسمت تا خورده لنگه چپ را از سمت تا خورده خارجی می گیرد.			
۴	دست را در دستکش فرو برده و آن را به نحوی می کشد که لبه داخلی روی آستین جا بیفتد به نحوی که دست دستکش پوشیده داخل دستکش لنگه چپ را لمس نکند.			
۵	با دست دستکش پوشیده چپ لبه تا خورده را به نحوی می گیرد که سمت تا خورده را که به داخل می رود لمس نکند.			
۶	لبه دستکش را کاملاً روی آستین می کشد تا انتهای آن آستین را بپوشاند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پوشاندن گان و دستکش به فرد دیگر

هدف:

کمک به فرد دوم یا جراح جهت پوشیدن لباس استریل

وسایل مورد نیاز:

پک گان (شامل حوله استریل- گان استریل) که توسط سیرکولار باز شده است- دستکش

عامل انجام کار: پرستار اسکراب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
الف- پوشاندن گان				
۱	حوله دستی را باز کرده و با دقت روی دست جراح قرار می دهد. مراقب است که دست وی با دست جراح تماس نیابد.			
۲	گان را در حالی که تا حدود گردن بالا گرفته است با احتیاط باز می کند.			
۳	دست خود را به نحوی که لبه داخلی گان را لمس نکند (با ایجاد یک تا در ناحیه گردن و شانه گردن) به طرف شانه ها برده و با گرفتن آن ها، سمت داخل گان را به سمت جراح یا فرد دوم می گیرد. آن فرد دست های خود را داخل آستین ها می برد.			
۴	گان را رها می کند. وقتی جراح بازوها را به سمت داخل می کشد، فرد سیرکولار می تواند از پشت با گرفتن لبه داخلی گان در جا انداختن بالای بازو و شانه بدون تماس قسمت خارجی گان به جراح یا فرد دوم کمک کند.			
ب- پوشاندن دستکش				
۵	لنگه راست دستکش را برداشته و در حالی که با انگشتان لبه تاخورد را از سمت خارج گرفته است با کشش آرام به سمت جراح (یا فرد دوم) می گیرد.			
۶	با ایجاد کشش مورد نیاز حفره ای جهت ورود دست فرد درست می کند. دقت می کند در حین کار شست ها به سمت خارج گرفته شده و طوری حفره باز شود که دست وی با دست فرد دوم تماس نیابد.			
۷	با فشار و کشش به سمت بالا فرد دوم را در درست قرار گرفتن دستکش کمک می کند.			
۸	لبه تاخورد دستکش را روی آستین گان می کشد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل رفت و آمد در اتاق عمل

اهداف:

۱- پیشگیری از آلودگی وسایل استریل در اثر تردد

۲- پیشگیری از جابه جایی میکروارگانیسم ها از فضای بیرون به داخل اتاق عمل و کاهش خطر عفونت

وسایل مورد نیاز:

کارت مشخصات مخصوص به علاوه برگه تقسیم کار روزانه

عامل انجام کار: سرپرستار - پرستار سیرکولار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بر حسب نوع عمل، تقسیم کار روزانه، تعداد افراد مجاز به ورود در اتاق عمل را تعیین می کند.			
۲	در مورد نام و تعداد حضور دستیاران با جراح ارشد مشورت می کند.			
۳	جهت پیشگیری از تردد اضافی و دادن پیام به جراح یا پرسنل از حداقل رفت و آمد استفاده می کند.			
۴	پس از ورود بیمار و شروع عمل درهای اتاق عمل را کاملاً می بندد.			
۵	روی در ورودی یک کارت مشخصات می گذارد که در آن نام بیمار، نوع عمل، نام جراح، و ساعت شروع عمل ثبت شده باشد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار جهت اعمال مختلف

اهداف:

۱- امکان دسترسی مناسب به عضو مورد نظر به نحو مطلوب

۲- حفظ ایمنی بیمار جهت جلوگیری از صدمات اضافی

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار-کاردان اتاق عمل و هوشبری - بهیار به همراه جراح (در مراکز آموزشی دستیاران ممکن است به جای پرستار یا تکنسین اقدام کنند).

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از دادن وضعیت از مسوول بیهوشی اجازه می گیرد.			
۲	در مورد وضعیت مناسب با توجه به نوع عمل و نظر جراح اقدام می کند.			
۳	با توجه به این که بیمار بیهوش است برای جلوگیری از افتادن از افراد دیگر جهت حفاظت بیمار کمک می خواهد.			
۴	پس از ایجاد وضعیت مناسب باید اندام ها به وسیله وسایل محافظت کننده، به نحو ایمن ثابت و حفظ شوند.			
۵	پس از ثابت شدن وضعیت بیمار محل قرار دادن پلیت کوتر را مشخص کرده و آن را قرار می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: چیدن ست جراحی

اهداف:

۱- تعیین نیازهای وسیله ای جراح و تأمین آن

۲- ایجاد نظم و ترتیب جهت استفاده به موقع و جلوگیری از سردرگمی

وسایل مورد نیاز:

ست جراحی مربوطه

عامل انجام کار: پرستار- کاردان اتاق عمل - بهیار اسکراب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
قبل از شروع جراحی				
۱	کلیه وسایل مورد نیاز را پیش بینی کرده و در دسترس قرار می دهد (قبل از چیدن از تمیزی و ضدعفونی شدن میز مایو مطمئن می شود).			
پس از استریل شدن				
۲	وسایل داخل ست را به ترتیب استفاده به نحو صحیح روی میز می چیند.			
۳	بهرتر است وسایل مشابه به ترتیب اندازه چیده شوند.			
۴	جهت جلوگیری از به هم ریختگی، کلیه پنس ها را به ترتیب اندازه قرارداده و روی میز می گذارد.			
۵	وسایل ظریف را جهت جلوگیری از خرابی و محافظت آن ها در کنار، دور از وسایل سنگین و بزرگ می گذارد.			
۶	در جراحی های طولانی اگر داخل ست وسایلی هست که در مراحل اولیه از آنها استفاده نمی شود به نحو مقتضی توسط شان استریل پوشانده و محافظت می شود.			
۷	هر نوع وسیله که به دست جراح داده می شود پس از استفاده پس گرفته شده و شمارش می شود.			
۸	همیشه بیستوری را به دسته وصل کرده و آماده می کند و با دسته به جراح می دهد.			
۹	نخ های مورد نیاز را نیز به سوزن گیر زده و نخ های احشاء و زیر جلد را پس از خارج کردن از بسته استریل حاوی محلول با N/S استریل می شوید و به سوزن گیر می زنند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آماده کردن پک پرپ و پک درپ به علاوه کمک به جراح در درپ و پرپ بیمار

اهداف:

۱- کمک به جراح در شست و شوی مناسب پوست و کاهش میکروارگانیزم ها

۲- کمک به جراح جهت محدود کردن منطقه عمل و جدا کردن محیط استریل از غیر استریل

وسایل مورد نیاز:

پک پرپ- بتادین اسکراب- هر محلول ضد عفونی استاندارد- پک درپ

عامل انجام کار: پرستار -کاردان اتاق عمل - بهیار (سیرکولار و اسکراب)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محل مورد نیاز جهت پرپ را مشخص می کند و به جراح یا پزشک بیهوشی در وضعیت دادن به بیمار کمک می کند.			
۲	پک ها را از نظر سلامت بسته بندی و تاریخ انقضای استریل کنترل می کند.			
۳	پک های مخصوص پرپ و درپ را روی یک میز در دسترس جراح می گذارد.			
۴	ست پرپ را طوری باز می کند که ابتدا لایه دورتر از خودش باز شود.			
۵	بتادین اسکراب یا محلول ضد عفونی استاندارد را برداشته و با حفظ فاصله خودش با ست، محلول را به آرامی داخل ظرف مخصوص پرپ می ریزد.			
۶	جهت جلوگیری از خیس شدن تخت، در اطراف محیط درپ شان قرار می دهد.			
۷	پس از اتمام پرپ توسط جراح یا کمک جراح، وسایل را بدون تماس با دست جراح از وی گرفته و از محیط خارج می کند (این کار با گرفتن پنس در لبه گالی پات توسط جراح و گذاشتن گالی پات روی میز و برداشتن توسط سیرکولار انجام می شود).			
۸	پس از پایان پرپ، پک درپ را برای جراح و اسکراب باز می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: درپ کردن

اهداف:

۱- فراهم کردن محیطی استریل برای عمل جراحی

۲- جدا کردن منطقه ی استریل از غیر استریل

وسایل مورد نیاز:

شان استریل - انواع پنس شان گیر یا هر وسیله جای گزین

عامل انجام کار: پرستار اسکراب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	شان های استریل را با کمک جراح طوری روی بیمار قرار می دهد که قسمت عمل را بپوشاند.			
۲	هنگام باز نمودن شان اول، دو شخص استریل در دو طرف بیمار ایستاده ،بدون خم شدن یا تکیه دادن روی بیمار، شان را روی پای او قرار می دهند.			
۳	در عمل جراحی شکم، شان اول را از محل انسزیون به پایین و شان دوم را از محل انسزیون به بالا قرار می دهد.			
۴	پس از مرحله ۳ شان های طرفی را برای پوشاندن اطراف ناحیه انسزیون می اندازد (لبه های تا شده شان ها به طرف محل عمل و لبه های تا نشده به عکس قرار داده می شوند).			
۵	برای حفاظت بیشتر روی همه پوشش ها یک شان پرفوره می اندازد.			
۶	کلیه شان ها را با پنس شان، یا هر وسیله ی جای گزین ثابت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: شمارش گازها، سواپ ها، اسپانچ ها، سوزن ها، لنگازها و ..

اهداف:

- ۱- ایجاد ایمنی و جلوگیری از باقیماندن وسایل در محل عمل بیمار
 - ۲- جلوگیری از عفونت و عوارض ثانویه در اثر باقی ماندن احتمالی سواپ ها و اسپانچ ها در بدن بیمار
 - ۳- اندازه گیری میزان خونریزی
- وسایل مورد نیاز: یک عدد پنس جهت گرفتن و جابه جا کردن گازها
- عامل انجام کار: پرستار اسکراب - پرستار سیرکولار- کاردان هوشبری و اتاق عمل

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از ایجاد برش جراحی تعداد بسته های مورد نیاز را در دسترس قرار می دهد.			
۲	تمام اسپانچ ها، بسته ها و سواپ ها را به طور مجزا شمارش کرده و جداگانه قرار می دهد.			
۳	شمارش را هم زمان هر دو نفر با صدای بلند انجام داده و پرستار سیرکولار بلافاصله آنرا ثبت می کند.			
۴	در حین شمارش پرستار اسکراب هر وسیله را جداگانه نشان داده و جزو شمارش محسوب می کند.			
۵	کلیه سوزن ها را با پنس به جراح تحویل داده و از او دوباره تحویل می گیرد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: الکتروسرجری و مراقبت های آن (تک قطبی - دو قطبی)

اهداف:

۱- استفاده از وسیله ایمن جهت جلوگیری از خونریزی بیمار

۲- حفظ ایمنی جهت جلوگیری از سوختگی بیمار

وسایل مورد نیاز:

ژل - دستگاه کوتر شامل (صفحه کوتر، بازوبند، لیدهای اتصال، قلم کوتر، سیم های رابط) - پنس شان

عامل انجام کار: پرستار سیر کولار و پرستار اسکراب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
در وصل قلم کوتر				
۱	قبل از استفاده از کوتر آنرا از لحاظ سلامت اتصالات، سیم ها و قابلیت روشن شدن کنترل می کند (توسط سیرکولار و اسکراب قبل از شروع عمل جراحی).			
۲	قسمت انتهایی سیم قلم کوتر را پس از بازکردن ست در اختیار فرد غیر استریل قرار می دهد.			
۳	قسمت محل اتصال را گرفته و دستگاه را به قلم متصل می کند (پرستار سیرکولار).			
۴	حساسیت دستگاه را با توجه به امتحانی که جراح به عمل می آورد و با نظری تنظیم می کند.			
۵	سیم های رابط را طوری جمع آوری می کند که زیر دست و پا نباشد چرا که کشیدگی و له شدگی سیم به اتصالات دستگاه آسیب رسانده و عمر آن ها را کوتاه می کند.			
مراحل اجرا در قراردادن پلیت کوتر				
۶	سطح پلیت و پوست بیمار را از لحاظ رطوبت بررسی می کند و در صورت وجود رطوبت آن را خشک می کند زیرا وجود رطوبت در حین کار با کوتر باعث سوختگی پوست می شود.			
۷	پس از قراردادن پلیت آن را با بند پارچه ای یا هر وسیله مناسب دیگر ثابت می کند.			
۸	در صورت نیاز به جابه جایی بیمار در طی جابه جایی مجدد محل پلیت را کنترل می کند.			
۹	پس از پایان عمل و برداشتن پلیت محل را مجدداً بررسی می کند.			
۱۰	در گزارش، وضعیت پوست و محل پلیت قبل و بعد از عمل را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: نگهداری و ارسال نمونه ها

اهداف:

۱- کمک به تشخیص صحیح بیماری

۲- پیشگیری از بروز اشتباه در تشخیص و درمان بیماری

وسایل مورد نیاز:

ظرف تمیز، خشک و در دار که اندازه ی آن به تناسب حجم نمونه انتخاب شود- برچسب- قلم- محلول فرمالین یا هر محلول دیگری که جراح دستور داده باشد به میزانی که نمونه را بپوشاند.

عامل انجام کار: پرستار اسکراب به علاوه پرستار سیرکولار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
پرستار اسکراب				
۱	نمونه را به دقت از جراح تحویل گرفته و در ظرف نمونه به پرستار سیرکولار تحویل می دهد.			
پرستار سیرکولار				
۲	ظرف مورد نظر را به تناسب نمونه انتخاب کرده و در اتاق آماده می گذارد.			
۳	پس از قرار گرفتن نمونه در ظرف توسط پرستار اسکراب آن را با مقدار مناسب محلول نگه دارنده محافظت می کند.			
۴	برچسب مشخصات را پر کرده و روی ظرف می چسباند(پرستار سیرکولار). مشخصات شامل نام و نام خانوادگی صحیح بیمار- نوع نمونه - محل و سمت برداشت نمونه (برای اعضاء زوج مانند تخمدان ها، حفرات بینی، دست و ...) - نام بخش- نام جراح - ساعت و تاریخ برداشت نمونه - سن بیمار و شماره پرونده می باشد.			
۵	نمونه ها را پس از بستن در ظرف در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۶	همراه هر نمونه فرم درخواست بامشخصات کامل توسط پزشک و خودش پر کرده و ارسال می کند.			
۷	کلیه مشخصات بالا را در دفتر مخصوص ارسال نمونه های اتاق عمل ثبت نموده، پس از ارسال از پاتولوژی امضای رسید دریافت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: در آوردن گان و دستکش

اهداف:

۱- دور کردن آلودگی از اسکراب

۲- جلوگیری از انتقال آلودگی به سایر افراد یا بیماران

عامل انجام کار: پرستار اسکراب با کمک پرستار سیرکولار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
پرستار سیرکولار				
۱	بند گردنی گان را بازمی کند (در صورتی که بند بسته شده باشد).			
۲	گان را از سمت شانه راست، با دست چپ گرفته و با پایین آوردن آستین آن را آزاد می کند.			
۳	ضمن تکان دادن و چرخاندن دست و بازو گان را پایین آورده و در ضمن آن را از سمت خارج به داخل و وسط تا می کند.			
۴	پس از آزاد کردن بازو و ساعد، با دست دستکش دار، سمت چپ گان را هم به همین ترتیب آزاد می کند.			
۵	ضمن خروج بازو و ساعد از گان، سمت چپ را هم به طرف وسط تا نموده و آن را در کیسه خروج وسایل پارچه ای کثیف می اندازد.			
۶	پس از خروج گان، دستکش ها را به روش های دستکش به دستکش برای دست چپ و پوست به پوست برای دست راست خارج می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: آماده کردن نهایی و انتقال بیمار به ریکاوری

اهداف:

- ۱- مراقبت و محافظت از بیمار تا به دست آوردن هوشیاری و اعزام به بخش
 - ۲- کنترل وضعیت ارگان‌های حیاتی و پیشگیری از مرگ و میر احتمالی در اثر عوارض عمل و بی‌هوشی
- عامل انجام کار: پرستار - کاردان اتاق عمل و هوشبری - بهیار - اسکراب یا سیرکولار - مسوول بی‌هوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از پایان عمل و شمارش وسایل مصرفی در پانسمان محل به جراح کمک می‌کند.			
۲	پلیت دیاترمی را پس از خاموش کردن دستگاه از زیر بیمار برداشته و پوست محل را از نظر سوختگی احتمالی معاینه می‌کند.			
۳	کلیه‌شان‌ها و وسایل آلوده را از اطراف بیمار دور کرده و وی را با پتوی گرم و سبکی می‌پوشاند.			
۴	بالش‌ها و وسایلی که جهت محافظت و وضعیت دادن به بیمار قرار داده بود بر می‌دارد. از اندام‌ها در این موقع کاملاً محافظت می‌کند.			
۵	سوندها، درن‌ها، سرم‌ها را کنترل کرده و به نحو صحیح آن‌ها را ثابت می‌کند.			
۶	پس از گرفتن اجازه از بی‌هوشی بیمار را به آرامی روی برانکارد قفل دار و پوشش دار منتقل می‌کند (حین انتقال، کمک چند نفر برای حفاظت بیمار مورد نیاز است).			
۷	سر برانکارد را به میزان ۳۰ درجه جهت جلوگیری از آسپیراسیون احتمالی و کاهش خون ریزی (به خصوص در جراحی‌های سر و صورت) بالا می‌آورد.			
۸	پس از قرار دادن کیسه‌ها و درن‌ها در جای مناسب روی برانکارد و ثابت کردن آن‌ها، بیمار را به ریکاوری منتقل می‌کند.			
۹	پس از انتقال به ریکاوری گزارش وضعیت بیمار، نوع عمل، مدت عمل، اتفاقات حین عمل و ... را به صورت شفاهی و کتبی به اطلاع پرستار ریکاوری می‌رساند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: ثبت و گزارش نویسی در اتاق عمل و ریکاوری
- اهداف:
- ۱- برقراری ارتباط با سایر افراد کادر درمان در مورد بیمار
 - ۲- ایجاد مستندات قانونی
 - ۳- ایجاد مستندات جهت مسائل حسابداری و مالی
 - ۴- ایجاد مستندات پژوهشی
- وسایل مورد نیاز:
- قلم - فرم گزارش
- عامل انجام کار: پرستار یا کاردان اتاق عمل و هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
قبل از عمل				
۱	نحوه تحویل بیمار به اتاق عمل، وضعیت بیمار هنگام پذیرش، نوع عمل و وسایل همراه را با ذکر تاریخ و ساعت ورود ثبت می کند.			
۲	برگه مراقبت های قبل از عمل را کنترل کرده و کلیه فاکتورهای موثر در جراحی (آزمایشات ، مشاوره ها ، علائم حیاتی ، داروهای قبل از عمل، بیماری های زمینه ای) و نکات غیرطبیعی را ثبت می کند.			
۳	وضعیت روانی بیمار و آموزش های مورد نیاز قبل از عمل را نیز ثبت می کند.			
حین عمل				
۴	ساعت شروع عمل، نوع بیهوشی، برش و محل قرار دادن پلیت کوتر را ثبت می کند.			
۵	هر نوع اتفاق حین عمل (خونریزی زیاد، شوک، ایست قلبی و ...) را با ذکر اقدامات انجام شده و نتیجه آن ثبت می کند.			
۶	در صورت برداشتن نمونه، محل نمونه برداری ، نوع و تعداد نمونه، اندازه تقریبی ، را گزارش و ثبت می کند.			
۷	تعداد گازها و لنگازها، کلیه وسایل مصرفی را در زمان قبل از دوختن فاشیا و قبل از دوختن جلد شمارش کرده و ثبت می کند (بهتر است از فرم مخصوص استفاده شود).			
۸	هر نوع داروی مصرف شده حین عمل (داروهای بی هوشی،			

			داروهای افزایشنده یا کاهشنده فشار خون و ...) را که توسط مسوول بی هوشی تجویز و ثبت شده، مشاهده کرده و عکس العمل بیمار نسبت به این داروها را حین عمل ثبت می کند.
۹			ساعت پایان عمل را ثبت می کند.
۱۰			زمان خروج لوله تراشه و وضعیت بیمار در حین و بعد از خروج لوله را ثبت می کند.
۱۱			وضعیت بیمار (سطح هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی، میزان جذب و دفع، را با ذکر ساعت خروج از اتاق عمل و ورود به ریکاوری ثبت می کند.
پس از عمل : (ریکاوری)			
۱۲			وضعیت بیمار هنگام ورود به ریکاوری با ذکر ساعت ورود را ثبت می کند.
۱۳			وضعیت بیمار (هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی، میزان جذب و دفع، عکس العمل بیمار نسبت به داروها، وضعیت پانسمان و درن ها، وضعیت و رنگ پوست) را در طول اقامت در ریکاوری تا خروج از آن را به طور منظم در برگه ریکاوری و گزارش ثبت می کند.
۱۴			هر نوع تغییر در وضعیت همودینامیک بیمار را با ذکر اقدامات انجام شده و نتایج آن در پرونده ثبت می کند.
۱۵			وضعیت بیمار در هنگام انتقال به بخش را با ذکر اقدامات انجام شده و اقداماتی که بایستی در بخش انجام و پیگیری شود به صورت مکتوب در پرونده درج می کند.
۱۶			ساعت خروج از ریکاوری و اعزام به بخش را نیز در پرونده درج می کند.
قوانین کلی			
۱۷			گزارشات را خوانا و با سازماندهی (نظم و ترتیب در اقدامات) ثبت می کند.
۱۸			بین سطرهای گزارش فاصله نمی اندازد.
۱۹			در صورت بروز اشتباه روی آن فقط خط کشیده و کلمه خطا را در بالای آن ذکر کرده و جمله را به صورت صحیح کنار آن می نویسد.
۲۰			کلیه گزارشات را در زمان وقوع هر اتفاق، انجام هر اقدام با ذکر ساعت و تاریخ ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مراقبت از بیمار در ریکاوری

اهداف:

۱- محافظت از جان بیمار در مقابل عوارض عمل و بی هوشی

۲- کنترل دقیق وضعیت بیمار و حفظ ایمنی تا زمان اعزام به بخش

وسایل مورد نیاز:

بر حسب مورد از وسایل استفاده می شود

عامل انجام کار: پرستار ریکاوری - کاردان اتاق عمل و هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بعد از ورود بیمار، گزارش کامل وضعیت بیمار را از پزشک و پرستار انتقال دهنده می گیرد. این گزارش شامل مشخصات کامل بیمار، نوع عمل، نوع اقدامات انجام شده، نوع مراقبت ها و دستورات بعد از عمل، میزان خونریزی، میزان مایعات دریافت شده و دفع شده، وضعیت علایم حیاتی و ... می باشد.			
۲	بسته به نوع عمل، سر تخت را ۳۰ درجه بالا آورده و در صورت عدم مشکل در مهره های گردنی، وضعیت ریکاوری به سر و چانه بیمار می دهد (وضعیت ریکاوری بیمار عبارت است از کشیدن سر به عقب، دادن چانه به سمت بالا و وضعیت لاترال در صورت امکان).			
۳	در صورت بروز دیسترس تنفسی، علاوه بر وضعیت ریکاوری از Air way هم استفاده می کند و وضعیت تنفسی را کنترل می کند.			
۴	بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری و اکسیژن متصل می کند.			
۵	رنگ پوست و مخاط دهان، لب ها، ناخن ها و لاله ی گوش را از نظر کبودی کنترل می کند.			
۶	سرم ها را راه اندازی کرده و داروهای دستور داده شده را تجویز می کند.			
۷	محل پانسمان و درن ها را از نظر خونریزی غیر طبیعی کنترل می کند.			
۸	علایم حیاتی را کنترل کرده و در برگه مخصوص ثبت می کند.			

۹	داروهای مسکن و مخدر را طبق نیاز بیمار و دستور پزشک برایش تجویز می کند.		
۱۰	در صورت داشتن گچ و بانداز محکم، حتماً سیستم عصبی، عروقی ناحیه را کنترل می کند. در صورت نیاز به هر نوع تغییر در گچ و بانداز، جراح را در جریان قرار می دهد.		
۱۱	برای کنترل سیستم عصبی- عروقی اندام های گچ گرفته، انتهای اندام را از نظر سردی زیاد و کبودی کنترل کرده و با فشار روی ناخن از برقراری جریان خون اطمینان می یابد.		
۱۲	کلیه موارد غیر طبیعی را ثبت نموده و به جراح گزارش می کند.		
۱۳	حین انتقال بیمار به بخش نیز، شرح مختصر و کاملی از وضعیت بیمار به صورت تلفنی و حضوری به پرستار مسوول بیمار می دهد.		
۱۴	چون بعضی بیماران حین به هوش آمدن تقلا می کنند، توجهات خاص برای محافظت بیمار و جلوگیری از صدمه به خود به عمل می آورد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل وسایل و تجهیزات ریکاوری در آغاز و پایان روز

اهداف:

- ۱- آمادگی جهت پذیرش بیماران
 - ۲- حفظ نهایت ایمنی در نجات جان بیماران
 - ۳- جلوگیری از اتلاف وقت در مواقع ضروری
 - ۴- پیدا کردن خرابی ها و اقدام به موقع در تعمیر و رفع وسایل خراب
- عامل انجام کار: پرستار-کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از ورود به بخش گزارش شیفت قبل را می گیرد.			
۲	کلیه وسایل را از نظر کمی (تعداد) و کیفی (کارکرد) کنترل می کند. این وسایل شامل: مانیتورینگ - سیستم محافظت کننده - بالش های محافظ کنار نرده ها - ونتیلاتور - میکرودریپ ها (در صورت موجود بودن) - فشار سنج و گوشی - ماسک ها و سوندهای اکسیژن - پالس اکسی متر - وسایل سونداژ و پانسما - ملحفه و پتو - رسیورها - کیسه های آب گرم و سرد - لوله و لگن - وارمر - سایر وسایل عمومی مانند: انواع برگه ها، ساعت، تلفن، یخچال، پاراوان و... می باشد.			
۳	نور، دما و میزان رطوبت اتاق را نیز کنترل می کند.			
۴	هر گونه خرابی در وسایل را فوراً به سوپروایزر اتاق عمل اطلاع داده و آن ها را با وسایل سالم جایگزین می کند.			
۵	مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: رعایت احتیاطات همه جانبه در اتاق عمل و ریکاوری

اهداف:

۱- جلوگیری از انتقال عفونت

۲- محافظت پرسنل و بیماران در مقابل بیماری های منتقله از راه خون و ترشحات

وسایل مورد نیاز:

ماسک- کلاه - عینک محافظ - گان آپرون (ضدآب) - پنس بلند - چکمه یا کفش جلوبسته مخصوص
اتاق عمل - محلول ضدعفونی استاندارد - سیفتی باکس- دستکش محکم
عامل انجام کار: کلیه پرسنل اتاق عمل که در تماس با بیمار، وسایل و تجهیزات ، خون، ترشحات و بافتها
هستند.

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از شروع به کار کلیه وسایل را از نظر تمیزی، کارایی و کافی بودن کنترل می کند (وسایل شامل وسایل نام برده در بالا).			
۲	قبل از شروع به کارهایی که در تماس با خون و ترشحات بیمار هستند پوشش های محافظ را می پوشد. پوشش ها شامل: کلاه، ماسک، عینک محافظ، دستکش، گان ضد آب، چکمه یا کفش جلوبسته اتاق عمل می باشند.			
۳	در حین کار با وسایل تیز و برنده تا حد امکان از پنس استفاده کرده و هرگز وسایل تیز را به سمت خود نمی گیرد.			
۴	کلیه سوزن ها و تیغه ها را پس از استفاده بلافاصله با پنس گرفته و در سیفتی باکس (جعبه ایمنی) می اندازد.			
۵	هنگام دادن سوزن به جراح حتماً از پنس سوزن گیر استفاده کرده و جهت دادن بیستوری آن را از سمت دسته گرفته و ترجیحاً داخل رسیور به جراح داده و پس می گیرد.			
۶	پس از اتمام کارها کلیه وسایل جراحی را به نحو صحیح شسته و ضدعفونی می کند (در حین کار حتماً از وسایل محافظتی استفاده می کند).			
۷	پس از خارج کردن گان و دستکش، حتماً دست ها را می شوید و ضدعفونی می کند.			
۸	کلیه وسایل پارچه ای و وسایل یک بار مصرف استفاده شده را پس از بسته بندی در کیسه های زرد قرار داده و با زدن برچسب «خطرناک» مشخص می کند.			
۹	در صورت ریختن خون و ترشحات روی سطوح، ابتدا آن ها را با محلول ضدعفونی استاندارد و کاغذ یا پارچه پوشانده و پس از ۲۰ دقیقه، آن ها را تمیز می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: نحوه آماده سازی وسایل جراحی جهت ارسال به CSR

هدف: آماده کردن وسایل جهت جراحی های بعدی

وسایل مورد نیاز:

ست مربوطه - سینک شست و شوی بزرگ - برس یا پارچه - محلول ضد عفونی استاندارد - وسایل محافظت فردی (گان آپرون، شیلد، دستکش) - تست اندیکاتور - چسب اتوکلاو - شان استاندارد عامل انجام کار: پرستار - کاردان اتاق عمل - بهیار اسکراب - بر حسب مورد توسط کمک بهیار با نظارت افراد نام برده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از خاتمه جراحی و خروج بیمار از اتاق، کلیه لوازم را مجدداً کنترل و شمارش می کند.			
۲	ست ها و لوازم جراحی را از خون و ترشحات پاک می کند.			
۳	سوزن ها و بیستوری ها را که حین عمل داخل گالی پات گذاشته است برمی دارد و با کمک پنس در جعبه ایمنی (Safety box) می اندازد. هرگز این وسایل را با دست نمی گیرد.			
۴	کلیه ست ها را با شناسنامه آن تطبیق داده و تحویل مسوول اتاق واشینگ می دهد.			
در صورتی که وسایل داخل اتاق عمل شسته و پاک می شود:				
۵	وسایل را ابتدا در محلول ضد عفونی کننده ی استاندارد به مدتی که توسط کارخانه ی سازنده اعلام می شود قرار می دهد.			
۶	سپس وسایل هر ست را به طور جداگانه با استفاده از آب سرد ابتدا شسته و از بقایای خون و ترشحات پاک می کند.			
۷	پنس های دندان دار و وسایل دارای حفره و خمیدگی و دندان را با برس غیر سیمی کاملاً پاک می کند.			
۸	داخل لوله ها و ماندن ها را با استفاده از سرنگ و آب سرد کاملاً تخلیه می کند.			
۹	پس از آب کشی وسایل را در محلول ضد عفونی کننده استاندارد به مدت دستور داده شده توسط کارخانه سازنده می اندازد.			
۱۰	پس از خروج از محلول، مجدد وسایل آب کشی شده و پس از خشک کردن پک می کند.			
۱۱	روی پک با چسب اتوکلاو بسته شده و نوع ست، نام یا کد پک کننده، تاریخ استریل و تاریخ انقضای استریل زده می شود.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استریل کردن وسایل در اتوکلاو

هدف:

تهیه وسایل جهت اتاق عمل و کلیه بخش های بیمارستان

وسایل مورد نیاز:

اتوکلاو - ست های مورد نیاز - سبد

عامل انجام کار: پرستار - بهیار - تکنسین شاغل در اتاق استریلیزاسیون یا بخش CSR

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از گذاشتن وسایل داخل اتوکلاو آن را از نظر سلامت چک می کند. بسته به نوع اتوکلاو استفاده شده (اتوکلاو با فشار بخار یا دارای خلاء) کنترل کارکرد را انجام می دهد.			
۲	بسته های آماده شده را به ترتیب وزن از زیر تا بالا داخل سبد ها می چیند.			
۳	درب اتوکلاو را بسته و با تنظیم درجه های فشار و حرارت و زمان، استریلیزاسیون را شروع می کند.			
۴	پس از اتمام زمان و سیکل استریلیزاسیون با اطمینان از خروج بخار در اتوکلاو را باز می کند.			
۵	برای خشک شدن کامل، وسایل را با همان سبد روی یک سطح تمیز قرار می دهد و از تماس مستقیم دست با آن ها خودداری می کند.			
۶	پس از اطمینان از خشک شدن وسایل آن ها را در انبار وسایل چیده یا تحویل اتاق عمل می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پک کردن (پیچیدن) کلیه وسایل استریل

هدف:

تأمین کلیه وسایل، روغن ها و محلول های استریل جهت مصارف کلیه بخش های بیمارستان

وسایل مورد نیاز:

۱- کاغذ دو لایه مخصوص یا کاغذ گراف که دو لایه پیچیده می شود.

۲- شان دو لایه در اندازه های مورد نیاز

عامل انجام کار: پرستار - کاردان اتاق عمل - بهیار شاغل در مراکز استریل

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کلیه وسایل را آماده کرده و پوشش های کاغذی و پارچه ای را از نظر سلامت و پاره نبودن کنترل می کند.			
۲	کاغذ یا شان را به صورت لوزی در مقابل دید پهن کرده و وسیله را در مراکز آن قرار می دهد.			
۳	ابتدا گوشه پایین نزدیک به خود را به سمت مرکز تا می کند.			
۴	بعد از مرحله ی سوم، گوشه های طرفی را به سمت مرکز تا می کند به نحوی که گوشه ها کاملاً صاف شوند و زیاد شل یا زیاد سفت و چروک نباشند.			
۵	انتهای لبه ی مقابل را به سمت مقابل آورده و در تایی که به وجود آمده به نحوی قرار می دهد که نوک انتهایی آن بیرون بماند. این حالت باعث می شود که موقع باز کردن ست استفاده از لبه آزاد مانع از غیر استریل شدن لایه های داخلی شود.			
۶	در انتها روی ست یا بسته را با بر چسب اتوکلادو در محل تا خوردگی ثابت می کند.			
۷	روی چسب مشخصات ست یا بسته، تاریخ استریل، تاریخ انقضای استریل و نام و یا کد خود را می نویسد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گرفتن کشت از قسمت های مختلف اتاق عمل

اهداف:

۱- پیش گیری از رشد میکروارگانیسم.

۲- تعیین نوع میکروارگانیسم احتمالی جهت مبارزه با آن

۳- انتخاب محلول ضد عفونی مناسب

وسایل مورد نیاز:

لوله های کشت برای هر اتاق عمل ۳-۴ مورد - آب مقطر یا NS استریل

عامل انجام کار: پرستار، تکنیسین اتاق عمل و هوشبری، بهیار اتاق عمل

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده کرده و لوله ها را بر چسب می زند و به اتاق می برد. روی بر چسب شماره اتاق و مشخصات محل نمونه گیری شده و تاریخ نمونه گیری را ثبت می کند.			
۲	لوله کشت را در دست چپ گرفته، سواب یا درپوش استریل را به نحوی که قسمت داخلی با جایی برخورد نکند برمی دارد.			
۳	سواب را برداشته و از محل مورد نظر با انجام حرکات افقی و عمودی نمونه می گیرد.			
۴	جهت جلوگیری از خشک شدن سواب روی آن ۲-۳ قطره NS یا آب مقطر استریل می ریزد.			
۵	سواب را بدون این که به بیرون یا دیواره لوله برخورد کند داخل لوله برده و از قسمت انتهایی که در دست وی است می شکند.			
۶	سواب پنبه ای را با دقت روی در لوله می گذارد.			
۷	نمونه ها را به محض جمع آوری با برگه درخواست به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۸	اقدامات انجام شده را به سوپروایزر گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل اقلام مصرفی و موجود اتاق عمل و CSR (مدیریتی)

اهداف:

۱- تعیین موارد کمبود و وسایل تاریخ گذشته یا نزدیک به تاریخ انقضاء

۲- ایجاد آمادگی جهت موارد عادی و اضطراری

عامل انجام کار: پرستار، تکنیسین، بهیار اتاق عمل

نظارت: سرپرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کلیه وسایل را با آمار موجود کنترل می کند.			
۲	ست ها را از لحاظ تاریخ انقضاء و وضعیت ظاهری کنترل کرده و اگر نزدیک به تاریخ انقضاست آن ها را جهت استریل شدن به اتاق استریل یا CSR می فرستد.			
۳	کلیه کمبودها را در صورت امکان جایگزین کرده و جهت تعمیر وسایل خراب درخواست می نویسد.			
۴	وسایل نیازمند به تعمیر را لیست و درخواست کرده و جهت بازدید مهندسی تجهیزات به وی اطلاع می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: تحویل گرفتن و تحویل دادن بیمار از بخش به اتاق عمل و برعکس

هدف:

انتقال بیمار به اتاق عمل و برعکس با در نظر گرفتن اصول ایمنی

وسایل مورد نیاز:

برانکارد- ملحفه- پتو

عامل انجام کار: پرستار، بهیار، کاردان اتاق عمل و هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را به نام شناسایی می کند.			
۲	در مورد فضای اتاق عمل و نوع عمل جراحی برای بیمار توضیح می دهد.			
۳	بیمار را ۳۰ تا ۶۰ دقیقه قبل از عمل به اتاق انتظار می برد.			
۴	بیمار را با تخت یا برانکارد با پوشش کافی به اتاق عمل تحویل می دهد.			
۵	به بیمار گان می پوشاند، دستبند مشخصات بیمار را چک کرده و به دست وی می بندد.			
۶	پرونده بیمار را چک می کند: آزمایشات- سونوگرافی- نتیجه عکس ها- رضایت نامه عمل و حتی اسم پرونده را چک می کند و فرم اتاق عمل را امضاء می کند.			
۷	بررسی می کند که بیمار زیور آلات و دندان مصنوعی خود را خارج کرده باشد.			
۸	ساعت آخرین دفع ادرار را بررسی می کند.			
۹	تاریخچه بیمار را مجدداً کنترل می کند.			
۱۰	شیو ناحیه و وضعیت انمای بیمار را چک می کند.			
۱۱	یک بار دیگر دستبند مشخصات را کنترل می کند.			
۱۲	ابتدا تخت بیمار، اتاق او و لوازم مورد احتیاج را فراهم می کند.			
۱۳	در زمان تحویل گرفتن، وضعیت جسمی و هوشیاری بیمار را کنترل می کند.			

۱۴	اسم بیمار را با پرونده مطابقت می دهد و با صدای بلند صدا می کند.		
۱۵	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.		
۱۶	باز بودن راه هوایی و علایم حیاتی را کنترل می کند.		
۱۷	هر مشکل حاد در حین عمل (شوک- خونریزی وسیع- ایست قلبی) را سؤال می کند.		
۱۸	میزان مایعات تجویز شده، اتلاف خون و سایر موارد را کنترل می کند.		
۱۹	در انتقال بیمار از تخت ریکاوری به برانکارد به پرستار بخش و ریکاوری کمک می کند.		
۲۰	بیمار را به طور کامل می پوشانند.		
۲۱	یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مراقبت از نوزاد در عمل سزارین

اهداف:

۱- پیشگیری از هیپوترمی یا هیپرترمی نوزاد

۲- برقراری راه هوایی (تهویه و گردش خون مناسب در صورت نیاز)

۳- برقراری ارتباط عاطفی اولیه بین مادر و نوزاد

وسایل مورد نیاز:

گرم کننده نوزاد (وارمر) - دو تا سه عدد شان گرم - وسایل احیاء نوزاد - سرنگ و لوله آزمایش (در صورت لزوم) - دماسنج رکتال - انکوباتور پرتابل

آماده سازی تجهیزات :

۱- قبل از شروع سزارین از حضور پزشک اطفال و متخصص بیهوشی ماهر در احیای نوزاد اطمینان حاصل می کند.

۲- کلیه وسایل احیا نوزاد را در سینی مخصوص آماده کرده و در دسترس قرار می دهد.

این وسایل شامل : لارنگوسکوپ با تیغه مخصوص نوزاد (شماره ۱ و ۰) - سرنگ ۲ و ۵ سی سی -

لوله تراشه از سایز ۲ تا ۴ - ماسک گرد نوزاد جهت آمبویگ - سوند اکسیژن متصل به منبع اکسیژن -

ساکشن با سوند سایز ۸ و ۱۰، چسب - آمبویگ نوزاد با سوند متصل به اکسیژن و داروهای احیا می باشد.

۳- اتاق را کاملاً گرم کرده و بین (۲۵-۲۸) درجه سانتی گراد ثابت نگه می دارد.

۴- گرم کننده نوزاد را روشن کرده و دو عدد شان تمیز درون آن قرار می دهد. همچنین انکوباتور پرتابل را آماده می کند.

عامل انجام کار: پرستار - بهیار - تکنسین اتاق عمل و هوشبری، مسوول بیهوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از خروج نوزاد با یک شان گرم و تمیز وی را پوشانده و سریع خشک می کند. خشک کردن را از ناحیه سر شروع می کند.			
۲	پس از دور کردن شان خیس از نوزاد وی را روی شکم مادر قرار می دهد تا تماس پوست با پوست برقرار شود. این تماس دو فایده دارد: الف- گرم شدن نوزاد و جلوگیری از هیپوترمی ب - برقراری ارتباط عاطفی با مادر			

۳	راه هوایی نوزاد را چک کرده و توسط پوار تمیز می کند.		
۴	در صورت RH منفی بودن مادر ، از بند ناف نمونه خون می گیرد.		
۵	پس از قطع اتصال بندناف توسط پزشک، نوزاد را زیر وارمر می برد.		
۶	وضعیت تنفس و آپکار نوزاد را در دقایق اول و پنجم کنترل می کند.		
۷	در صورت عدم تنفس، پوست بدن یا کف پا را با ماساژ و ضربات ملایم تحریک می کند. در ضمن خشک کردن و گرم کردن نوزاد را قطع نمی کند.		
۸	در صورت نیاز به ادامه احیاء از پزشک بیهوشی و اطفال کمک می گیرد.		
۹	پس از ثابت شدن وضعیت نوزاد و در صورتی که مادر تحت بیهوشی عمومی نباشد، وی را به مادر نشان داده و در آغوش مادر می گذارد.		
۱۰	کلیه اطلاعات مورد نیاز مربوط به نوزاد، نوع ، عامل زایمان، جنسیت، ساعت و تاریخ انجام سزارین، آپکار دقیقه اول و پنجم را در دستبند نوزاد ثبت کرده و به دست وی می بندد.		
۱۱	کلیه اقدامات انجام شده و اطلاعات مربوط به زایمان (نوع بیهوشی - عامل زایمان - آپکار دقیقه اول و پنجم) جنسیت نوزاد ،ساعت و تاریخ انجام سزارین - وضعیت نهایی، وجود یا عدم وجود آنومالی - و سایر اطلاعات مورد نیاز را در پرونده ثبت می کند.		
۱۲	قبل از تحویل نوزاد به بخش درجه حرارت وی را کنترل کرده و در پرونده ثبت می کند. در صورت پایین بودن درجه حرارت پوشش نوزاد را افزایش داده (به خصوص پوشش سر) و زیر گرم کننده نگه می دارد.		
۱۳	پس از کسب اجازه از پزشک بیهوشی و اطفال ، نوزاد را با دادن گزارش به پرسنل بخش تحویل می دهد.		
۱۴	جهت تحویل و انتقال نوزاد به بخش از انکوباتور پرتابل استفاده می کند.		
۱۵	در صورت موجود نبودن انکوباتور پرتابل، نوزاد را با پوشش اضافی در کاتی که از قبل گرم شده می گذارد و منتقل می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اجرای اصول ایمنی جهت بیماری که تحت جراحی با لیزر قرار می گیرد.

هدف:

حفظ بیمار از صدمه و آسیب

وسایل مورد نیاز:

گازهای مرطوب - درپ های پارچه ای مرطوب - فویل های محافظ (بر حسب موقعیت) - پدهای چشمی

عامل انجام کار: کلیه کارکنان اتاق عمل برحسب نیاز حضور

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در مورد نحوه ی انجام کار و عوارض بالقوه لیزر قبل از تصمیم به استفاده آن به بیمار توضیح می دهد.			
۲	چشم ها و پلک های بیمار را کاملاً در حین استفاده از لیزر و پرتو آن محافظت می کند. برای این کار از پد آغشته به نرمال سالین استفاده نموده و آن ها را با چسب روی پلک ثابت می کند (بخصوص در عمل های سر و گردن).			
۳	در مورد بیماریانی که عمومی نگرفته و بیدار هستند چشم ها را با عینک های محافظی مشابه آنچه تمام گروه استفاده می کنند، پوشش می دهد.			
۴	از شیلدهای محافظ چشم در طول اعمال جراحی چشم استفاده می کند. به خصوص جهت محافظت از قرنیه از شیلدهای مخصوص که روی قرینه قرار می گیرد استفاده می کند.			
۵	برای شستن و اسکراب پوست از محلول های آنتی سپتیک غیر قابل اشتعال استفاده می کند.			
۶	کلیه پارچه هایی که آغشته به الکل یا تنتور می باشند از محیط خارج می کند (به علت اشتعال).			
۷	پارچه های بافته یا نبافته جاذب دارای سلولز که آغشته به نرمال سالین می باشند را روی درپ ها در اطراف محل برش جراحی قرار می دهد.			
۸	قسمت دستی لیزر را هنگام عدم استفاده روی سطح مرطوب قرار می دهد.			

۹	از پدها و حوله های مرطوب در اطراف بافت مورد عمل استفاده می کند (به جز مواردی که از لیزر Nd : YAG استفاده می شود چون ممکن است باعث اشتعال شود).		
۱۰	زمانی که عمل در ناحیه روده صورت می گیرد داخل رکتوم را از گاز مرطوب پر می کند.		
۱۱	قرار دادن گاز مرطوب در رکتوم و خروج آن را در گزارش ثبت می کند.		
۱۲	در هنگام اعمال جراحی قسمت فوقانی تنفس و سر و گردن تجمع گازهای اکسیژن و اکسید نیتروژن را به حداقل می رساند.		
۱۳	در هنگام استفاده از لیزر در محوطه اوروفارنکس دندان ها را جهت کاهش اثر رفلکسی آن می پوشاند.		
۱۴	در هنگام استفاده از لیزر CO2 ، از ماسک با فیلتراسیون بالا جهت اکسیژن رسانی بیمار استفاده می کند (در مورد بیماران بیدار).		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: حفاظت از خود در زمان استفاده از لیزر در اعمال جراحی

هدف:

حفظ پرستار از آسیب و صدمه

وسایل مورد نیاز:

عینک های محافظ - گان مقاوم به آتش گرفتگی - ماسک مناسب - خارج کننده ی دود (ساکشن)

عامل انجام کار: جراح - پرستار - تکنسین - بهیار اتاق عمل و کلیه افراد حاضر در اتاق عمل

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	عینک های محافظ مخصوص را پوشیده و جهت دیگران نیز در دسترس قرار می دهد.			
۲	در هنگام استفاده از لیزر از ورود افراد دیگر، بدون عینک محافظ به محیط عمل جلوگیری می کند.			
۳	قسمت های چشمی میکروسکوپ و اندوسکوپ ها را با پوشش مناسب محافظت می کند.			
۴	جهت محافظت پوست، جواهرات را خارج می کند.			
۵	از گان های محافظ مقاوم به آتش استفاده می کند.			
۶	در حین استفاده از لیزر از یک ساکشن خارج کننده دود از محیط استفاده می کند.			
۷	از ماسک هایی با قدرت فیلتراسیون ذرات تا حد ۱ صدم میلی متر به صورت کاملاً فیکس روی صورت استفاده می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: آماده سازی بیمار و محیط قبل، حین و بعد از استفاده از لیزر

هدف:

حفظ سلامت بیمار

وسایل مورد نیاز:

تجهیزات مربوط به لیزر - پوشش های مناسب سطوح و شیشه - وسایل نظافت لیزر

عامل انجام کار: پرستار لیزر بالینی - سیرکولار - کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را آماده کرده و قبل ، حین و بعد از عمل آموزش های مورد نیاز را به وی می دهد.			
۲	تجهیزات مورد نیاز مربوط به لیزر را کامل آماده و کنترل می کند.			
۳	قبل از آوردن لیزر محیط اطراف و کف را از نظر وجود مایعات و آب کنترل نموده و سپس دستگاه را می آورد.			
۴	به همراه پرستار اسکراب با استفاده از تکنیک استریل دستگاه را کالیبره می کند.			
۵	پدال پایی را در دسترس جراح قرار می دهد.			
۶	دستگاه را روشن کرده و عملکرد آن را کنترل می کند.			
۷	میزان وات و زمان خروج اشعه را با نظر جراح تنظیم می کند.			
۸	فیبرهای لیزر را پس از استفاده تمیز کرده و برای استریل شدن آماده می کند.			
۹	گزارش استفاده از لیزر را تکمیل می نویسد.			
۱۰	با مهندس تجهیزات یا تکنیسین مربوطه در مورد نحوه ی استفاده ایمن و صحیح از لیزر همکاری می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از میکروسکوپ در اتاق عمل

هدف:

حفظ دستگاه از آسیب

وسایل مورد نیاز:

پوشش های محافظ - پارچه نرم آغشته به محلول ضد عفونی استاندارد

عامل انجام کار: پرستار سیرکولار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	سطوح خارجی به جز لنزها را با یک پارچه تمیز آغشته به محلول ضد عفونی و گند زدا تمیز می کند.			
۲	پایه ها و چرخ ها را جهت جلوگیری از آلودگی تمیز نگه می دارد.			
۳	لنزهای میکروسکوپ را با توجه به دستور کارخانه سازنده تمیز نموده و در محلول یا آب غوطه ور نمی کند.			
۴	در زمان تعویض چشمی مراقب است که لنز را لمس نکند و از افتادن آن جلوگیری می کند.			
۵	اتصالات الکتریکی و سیم ها را از جهت قرارگیری صحیح و پیشگیری از صدمه کنترل می کند.			
۶	سیم ها و اتصالات را طوری جمع آوری و آرایش می دهد که زیر چرخ وسایل سنگین قرار نگیرند و صدمه نبینند.			
۷	کنترل پایی را در وضعیتی قرار می دهد که جراح مجبور به گشتن برای یافتن آن نباشد.			
۸	میکروسکوپ و قطعات آن را دور از رفت و آمد زیاد و نزدیک به محل استفاده نگه داری می کند.			
۹	پس از استفاده از میکروسکوپ، بازوها و قطعات را برای جلوگیری از تجمع گرد و خاک در پوشش های مخصوص کارخانه سازنده قرار می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: چک دستگاه بی هوشی

اهداف:

۱- آماده کردن دستگاه برای بی هوشی

۲- اطمینان از صحت عمل دستگاه

وسایل مورد نیاز:

دستگاه بیهوشی - سیستم برق - گازها

عامل انجام کار: کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ماشین بیهوشی را آماده می کند.			
۲	سالم بودن دستگاه را کنترل می کند.			
۳	گازها، فلومترها و فلوتکها را کنترل می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: آماده کردن دستگاه برای اینداکشن بر حسب نوع بیهوشی و نوع عمل و بیماری های زمینه ای بیماران

اهداف:

- ۱- تنظیم حجم تنفس بر حسب وزن و وضعیت عمومی بیمار
 - ۲- آماده نمودن دستگاه برای تنفس دستی یا اتوماتیک
 - ۳- تنظیم درصد داروهای تبخیری بر حسب وضعیت عمومی بیمار با نظر پزشک
 - ۴- تنظیم ونتیلاتور دستگاه و لوله های مربوطه بر حسب نیاز برای بیماران بزرگسال و اطفال
 - ۵- تنظیم درصد گازهای بیهوشی در حجم تنفسی بر حسب نوع بیهوشی و بیماری
- وسایل مورد نیاز:

ماشین بیهوشی - لوله های خرطومی و رابط ها

عامل انجام کار: کاردان بیهوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	حجم و تعداد تنفس دستگاه را بر حسب وزن و سن بیمار تنظیم می کند.			
۲	درصد داروهای تبخیری را بر حسب وضعیت عمومی بیمار با نظر پزشک تنظیم می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کمک در انجام اینداکشن

وسایل مورد نیاز:

داروها - دستگاه پالس اکسی متر - EKG - پکنوگراف - لارنکوسکوپ - لوله تراشه - ساکشن

عامل انجام کار: کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	داروهای مصرفی را برای اینداکشن و در طول بی هوشی آماده می کند.			
۲	به پزشک برای انجام اینداکشن شامل دادن اکسیژن و لوله گذاری کمک می کند.			
۳	پالس اکسی متر و پکنوگراف را به بیمار وصل می کند.			
۴	در صورت نیاز دستگاه EKG را به بیمار وصل می کند.			
۵	هر ۵ تا ۱۰ دقیقه یک بار بر حسب وضعیت بیمار علایم حیاتی را کنترل می کند.			
۶	تکرار داروهای بی هوشی (شل کننده ها- مخدرها) را طبق نیاز انجام می دهد.			
۷	داروها و گازهای بی هوشی را در خاتمه عمل قطع می کند.			
۸	ترشحات دهان و لوله تراشه را ساکشن می کند.			
۹	لوله تراشه را خارج می کند.			
۱۰	بیمار را از تخت عمل با برانکارد به ریکاوری منتقل می کند و تحویل پرستار ریکاوری می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شو و ضد عفونی وسایل بیهوشی

هدف:

جلوگیری از انتقال بیماری های واگیر و عفونت ها به سایرین

وسایل مورد نیاز:

ماشین و لوازم بیهوشی - محلول ضد عفونی کننده

عامل انجام کار: کاردان بیهوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل یک بار مصرف را جمع آوری می کند.			
۲	لوازم آلوده قابل استفاده را مجدداً شست و شو و ضد عفونی می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

انجام کارهای مربوط به کمک بهیاران توسط پرستاران و بهیاران کنترل می شود.

★ نوع فعالیت: شست و شوی اتاق عمل

اهداف:

۱- حذف میکروارگانیسم ها از محیط اتاق عمل تا حد امکان

۲- پیشگیری از عفونت زخم عمل

وسایل مورد نیاز:

محلول ضد عفونی استاندارد - دستکش - پارچه نخی

عامل انجام کار: کمک بهیار - خدمات اتاق عمل

نظارت: سرپرستار - پرستار اسکراب - پرستار سیرکولار-کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کلیه وسایل را آماده می کند.			
۲	محلول ضد عفونی را به اندازه ی دستور داده شده رقیق می کند (محلول ضد عفونی بایستی تازه تهیه شود).			
۳	شست و شو را از بالاترین قسمت مثل چراغ سیالتیک شروع می کند.			
۴	کلیه قسمت ها حتی پایه ی وسایل را با حرکت دورانی پارچه تمیز می کند.			
۵	پس از نظافت محیط جراحی، قفسه ها و دیوارها را تمیز می کند.			
۶	کلیه تجهیزات اتاق عمل اعم از ثابت و متحرک مانند: نگاتوسکوپ، فلوراسکوپ، ماشین بیهوشی، چراغ های سیالتیک و ... را به دقت تمیز و ضد عفونی می کند.			
۷	پس از اتمام سطوح، کف را کاملاً تمیز می کند.			



فصل هفتم

تنفس

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: پالس اکسی متری در بزرگسالان

اهداف :

- ۱- بررسی در صد اکسیژن اشباع شده شریانی (بررسی درصد اشباع اکسیژن خون شریانی)
- ۲- یک روش غیر تهاجمی جهت سنجش اشباع هموگلوبین ها از اکسیژن در بیماران با احتمال هیپوکسی
- ۳- همراهی و حمایت از بیمار تا زمان رفع اشکالات مربوط به اختلالات تنفسی در بیماران.
- ۴- بررسی میزان اکسیژن خون در طی عمل جراحی در اتاق عمل.
- ۵- بررسی میزان اکسیژن خون در ضمن اقدام درمانی در راه هوایی بیمار، گذاشتن لوله تراشه، ساکشن کردن ترشحات و راه هوایی
- ۶- بررسی میزان اکسیژن خون در ضمن انتقال بیمار
- ۷- بررسی میزان اکسیژن خون در ضمن نقل و انتقال بیمارانی که اختلالات تنفسی دارند.
- ۸- بررسی میزان افزایش اکسیژن خون در بیمارانی که اکسیژن دریافت می کنند .
- ۹- همراهی با بیمار
- ۱۰- بررسی میزان اکسیژن خون شریانی در بیمارانی که از دستگاه تهویه مصنوعی جدا شده و تحت مراقبت جداسازی از دستگاه می باشند.

وسایل موردنیاز:

دستگاه پالس اکسی متر - پروب انگشتی- محلول مناسب- سنسور در صورت لزوم - برس ناخن - پنبه الک

عامل انجام کار: پرستار-کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دفترچه راهنمای کارخانه تولید کننده پالس اکسی متر مورد نظر را مطالعه می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۳	نوع مناسب سنسور را براساس سن بیمار و محل اتصال مشخص می کند (نوزاد - اطفال - بزرگسال)			
۴	از انگشت اشاره بیمار استفاده می کند.			
۵	در صورتی که مشکلی در انگشتان دست بود از سنسورهای انگشتان پا یا لاله گوش استفاده می کند.			

۶	اگر انگشتان دست بیمار خیلی بزرگ باشد انگشت کوچک تر بیمار را برای پروب انتخاب می کند.		
۷	مطمئن می شود که ناخن مربوطه با لاک یا ماده دیگری پوشانده نشده است.		
۸	اگر مورد نیاز است ناخن را با برس ناخن تمیز می کند.		
۹	اگر مورد نیاز است روی سنسور پروب را با پنبه الکلی تمیز می کند.		
۱۰	سنسور را به انگشت بیمار که انتخاب نموده است طوری وصل می کند که چراغ نوری و سنسور پروب در دو نقطه مقابل هم قرار گیرند.		
۱۱	اگر ناخن های بیمار خیلی بلند باشد پروب را به حالت عمودی به انگشت انتخاب شده وصل می کند.		
۱۲	در صورت لزوم ناخن بیمار را کوتاه می کند.		
۱۳	دست بیمار را هم سطح قلب او قرار می دهد.		
۱۴	میزان SO ₂ (علامتی که میزان اشباع اکسیژن شریانی را نشان می دهد) یادداشت می کند.		
۱۵	تعداد نبض بیمار را با نبض ثبت شده روی دستگاه پالس اکسی متری مقایسه می کند.		
۱۶	پس از انجام دستور العمل ، پروب را خارج می کند.		
۱۷	دستگاه را خاموش می کند.		
۱۸	پروب را با پارچه نرم و پد الکلی تمیز می کند.		
۱۹	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تفاوت نبض اندازه گیری شده به وسیله خود با نبض اندازه گیری شده توسط دستگاه ب- مقایسه میزان SO ₂ با وضعیت بالینی بیمار مقایسه و در چارت مربوطه ثبت می کند. پ- اطلاع به پزشک در صورت غیر طبیعی بودن میزان SO ₂ . ت- تغییرات ایجاد شده در بیمار		

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: تجویز اکسیژن با کانولای بینی
- مقدمه: بیماری نیاز به اکسیژن تراپی دارد که دچار اورژانس‌های تنفسی یا قلبی باشد یا افزایش عمل متابولیسم داشته باشد که افزایش متابولیسم در زمان وارد شدن تروما، زخم‌ها یا تب بالا دیده می‌شود.
- اهداف:
- ۱- اکسیژن رسانی به روش ساده و ایمن به بیمار مبتلا به هیپوکسی.
 - ۲- اکسیژن رسانی به بیمار به آسان‌ترین و راحت‌ترین وضعیت.
 - ۳- اکسیژن رسانی برای بیمارانی که نیاز به حجم و سرعت کم اکسیژن دارند.
 - ۴- اکسیژن رسانی در بیمارانی که قادر به خوردن، آشامیدن یا صحبت کردن می‌باشند.
 - ۵- اکسیژن رسانی در افرادی که تحرک کافی داشته و نیاز به بستری در بیمارستان ندارند.
- وسایل مورد نیاز:
- منبع اکسیژن - فلومتر - مخزن آب مقطر - آب مقطر غیراستریل - وسیله رساندن اکسیژن (کانولای بینی) - کانکشن در اندازه‌های مختلف
- عامل انجام کار: پرستار، بهیار، کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار
۱	نحوه کار با وسایل اکسیژن رسانی را می‌آموزد.
۲	خروجی اکسیژن را جهت اطمینان از وجود جریان مناسب بررسی می‌کند.
۳	دستور پزشک مبنی بر اکسیژن رسانی را بررسی می‌کند.
۴	دست‌های خود را می‌شوید.
۵	وضعیت بیمار را بررسی می‌کند (وضعیت اورژانس با وضعیتی که راه هوایی بیمار باز است فرق می‌کند).
۶	با بیمار ارتباط برقرار می‌کند و مراحل پروسیجر را به وی توضیح داده و بیان می‌کند که چرا به اکسیژن نیاز دارد.
۷	اتاق بیمار را از نظر امنیت در زمان اکسیژن رسانی بررسی می‌کند.
۸	در صورت لزوم دو شاخه وسایل برقی را از پریز خارج می‌کند.
۹	تابلوی کشیدن سیگار ممنوع را در اتاق بیمار نصب می‌کند.
۱۰	درمورد بچه‌ها و بیمارانی که از چادر اکسیژن استفاده می‌کنند وسایل مولد جرقه را از اتاق خارج می‌کند.
۱۱	تابلو «در حال اکسیژن گرفتن» را بالای تخت بیمار و در پشت در اتاق وی نصب می‌کند.
۱۲	چنگک‌های کانولا را در سوراخ‌های بینی بیمار وارد می‌کند و مطمئن می‌شود که انحنای آن متناسب با سوراخ‌های بینی بیمار می‌باشد.

۱۳	لوله های کانولا را از پشت گوش ها به پایین و زیر چانه آورده و محکم می کند.
۱۴	پیچ اکسیژن را به اندازه دستور داده شده باز می کند.
۱۵	حین اکسیژن تراپی بیمار را بررسی می کند (تعداد و نوع تنفس).
۱۶	ABG بیمار را چک می کند. در صورت نیاز و صلاحدید پزشک ABG کنترل می شود.
۱۷	بیمار را به تنفس از راه بینی با دهان بسته تشویق می کند.
۱۸	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - زمان و تاریخ دریافت اکسیژن ب - نوع وسیله ای که جهت اکسیژن رسانی استفاده کرده است. ج - میزان جریان اکسیژن، علایم حیاتی بیمار، رنگ پوست، مشکلات تنفسی، صداهای تنفسی بیمار و پاسخ های قبل و بعد از درمان د - زمان و تاریخ پایان اکسیژن تراپی و تغییرات گازهای خون شریانی در پاسخ به اکسیژن رسانی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: رساندن اکسیژن با ماسک ساده صورت به بیمار

هدف:

رساندن اکسیژن به میزان ۶۰٪ - ۴۰٪ به بیمار دچار هیپوکسی

وسایل مورد نیاز:

منبع اکسیژن - فلومتر - مخزن آب مقطر - آب مقطر غیراستریل - وسیله رساندن اکسیژن (ماسک ساده

صورت) - پدهای گازی

عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نحوه کار با وسایل اکسیژن رسانی را می آموزد.			
۲	خروجی اکسیژن را جهت اطمینان از وجود جریان مناسب بررسی می کند.			
۳	دستور پزشک مبنی بر اکسیژن رسانی را بررسی می کند.			
۴	دست های خود را می شود.			
۵	وضعیت بیمار را بررسی می کند (وضعیت اورژانس با وضعیتی که راه هوایی بیمار باز است فرق می کند).			
۶	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل کار را به وی توضیح داده و بیان می کند که چرا به اکسیژن نیاز دارد.			
۷	اتاق بیمار را از نظر ایمنی در زمان اکسیژن رسانی بررسی می کند.			
۸	در صورت لزوم دو شاخه وسایل برقی را از پریز خارج می کند.			
۹	تابلوی «کشیدن سیگار ممنوع» را در اتاق بیمار نصب می کند.			
۱۰	تابلوی «در حال اکسیژن گرفتن» را بالای تخت بیمار و روی درب اتاق وی نصب می کند.			
۱۱	اندازه مناسب ماسک را انتخاب می کند.			
۱۲	ماسک را بالای بینی، دهان و چانه بیمار قرار می دهد.			
۱۳	باند قابل انعطاف را روی پل بینی بیمار محکم می کند.			
۱۴	باند کشی را دور سر بیمار قرار می دهد.			
۱۵	برای افراد مسن یا بسیار لاغر اندام، بالای گونه بیمار پدهای گازی در ماسک قرار می دهد.			

۱۶	به مقدار مورد نیاز (معمولاً ۸-۶ لیتر در دقیقه) پیچ اکسیژن را باز می کند (بسته به دستور پزشک و جواب ABG).		
۱۷	واکنش بیمار را به اکسیژن تراپی بررسی می کند.		
۱۸	به بیمار آموزش می دهد که به جز موارد غذا خوردن ، تمیز کردن بینی یا خارج کردن خلط، ماسک را بردارد.		
۱۹	به بیمار و اطرافیان آموزش می دهد که از سیگار کشیدن امتناع ورزند.		
۲۰	در زمان غذا خوردن طبق نظر پزشک معالج از کانولای بینی استفاده می کند.		
۲۱	در صورت نیاز و صلاحدید پزشک، ABG بیمار را کنترل می کند.		
۲۲	علائم حیاتی بیمار را چک می کند.		
۲۳	مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان شروع اکسیژن تراپی ب - نوع وسیله‌ای که با آن به بیمار اکسیژن می‌رساند ج - میزان جریان اکسیژن ، علائم حیاتی بیمار، رنگ پوست، واکنش ها و صداهای تنفسی د - تاریخ و زمان قطع اکسیژن رسانی و تفسیر ABG و اقدامات انجام شده		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اکسیژن رسانی از طریق ماسک ونچوری

هدف:

تجویز دقیق اکسیژن در بیماران COPD

وسایل مورد نیاز:

ماسک ونچوری (اندازه ماسک مطابق با بیمار انتخاب می شود) - آداپتورهای ونچوری - مخزن اکسیژن

(مرکزی با سیلندر) - رابط اکسیژن

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر استفاده بیمار از ونچوری کنترل می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را توضیح می دهد.			
۳	مزایای استفاده این نوع ماسک را جهت پذیرش بهتر بیمار، برایش توضیح می دهد.			
۴	آداپتور را مطابق با دستور پزشک و میزان اکسیژنی که فرد باید بگیرد انتخاب می کند.			
۵	ماسک را از طریق خرطومی مربوط به آداپتور وصل می کند.			
۶	ماسک ونچوری کامل شده را از طریق انتهای آداپتور به سوند اکسیژن متصل می کند.			
۷	میزان اکسیژن را مطابق با آداپتور تنظیم می کند.			
۸	ماسک ونچوری را روی صورت بیمار در ناحیه بینی و دهان و چانه قرار داده و کش آن را پشت سر بیمار می اندازد.			
۹	برای مدتی نزد بیمار مانده و وضعیت تنفسی و قدرت تحملش را نسبت به ماسک بررسی می کند.			
۱۰	در صورت نیاز ABG، بیمار را کنترل می کند.			
۱۱	تمامی مراحل انجام کار را در گزارش ثبت می کند: الف - نوع ونچوری استفاده شده ب- تاریخ و زمان استفاده از ونچوری پ- تحمل بیمار نسبت به استفاده از ماسک ونچوری			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اکسیژن رسانی از طریق T- piece

اهداف:

۱- تجویز اکسیژن در بیمارانی که لوله تراشه یا تراکئوستومی دارند.

۲- استفاده هنگامی که اقدام به جداسازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور می کند.

وسایل مورد نیاز:

ست کامل T- piece استاندارد (قطعه T شکل، آداپتور ونچوری، لوله خرطومی نسبت به سن بیمار، رابط اکسیژن) -
 مخزن اکسیژن (سیلندر یا مرکزی- کانکشن لوله تراشه)

عامل انجام کار: پرستار-کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر استفاده از T- piece و میزان اکسیژن کنترل می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و دلایل استفاده از T- piece را شرح می دهد.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	قطعات T- piece را مطابق با دستور العمل استفاده به هم متصل نموده و انتهای آن از قسمت آداپتور ونچوری را به رابط اکسیژن متصل می کند.			
۵	پس از کامل شدن، اگر بیمار لوله تراشه دارد از طریق کانکشن لوله تراشه، T- piece را از قسمت وسط قطعه T شکل به لوله تراشه وصل می کند.			
۶	چنانچه بیمار تراکئوستومی دارد، از قسمت وسط قطعه T شکل T- piece را به تراکئوستومی وصل می کند.			
۷	میزان اکسیژن را مطابق دستور تنظیم می کند.			
۸	بخش بازدمی T- piece (انتهای لوله خرطومی که به اکسیژن وصل نمی باشد) را همیشه باز می گذارد.			
۹	به گونه ای T- piece را تثبیت می کند که سبب کشیدگی لوله ی داخل تراشه و تراکئوستومی نشده و خراش پوستی ایجاد نکند.			
۱۰	تمامی مراحل انجام کار، دلایل آن و واکنش های بیمار را در گزارش ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کمک در لوله گذاری داخل تراشه

مقدمه: لوله گذاری داخل تراشه شامل وارد نمودن یک کاتتر خمیده از طریق حلق به تراشه جهت کنترل راه هوایی در هنگام استفاده از ونتیلاسیون مکانیکی بیمار می باشد.

اهداف:

۱ - داشتن یک راه هوایی مطمئن و انجام تهویه مکانیکی

۲ - حفظ راه هوایی در بیمارانی که خود نمی توانند راه هوایی را باز نگه دارند

۳ - دسترسی مستقیم به ریه ها برای تهویه و ساکشن کردن آسان ترشحات ریه

۴ - فراهم نمودن امکان استفاده از یک سری داروهای اورژانس جهت جذب سریع از راه ریه ها به بیمار برای شرایطی که دسترسی اورژانسی به وریدهای محیطی و مرکزی ممکن نباشد.

وسایل مورد نیاز:

لوله تراشه در اندازه مناسب - سرنگ ۱۰ سی سی - گوشی پزشکی - دستکش استریل - لارنگو سکوپ لامپدار با دسته و تیغه ها با اندازه مختلف - آرام بخش - اسپری بی حس کننده - داروهای کاهش دهنده ترشحات مخاطی در صورت نیاز - میز بالا سرتخت بیمار - ژل لوبریکانت محلول در آب - دستکش یک بار مصرف - عینک محافظ - شیلد صورت - ایروی در اندازه مناسب - ساکشن و تجهیزات ساکشن - منبع اکسیژن - گاز استریل - استیلت - پنس مگیل - آب مقطر - رسیور استریل - باند جهت فیکس کردن لوله تراشه - چند قطعه گاز - رابط مخصوص لوله تراشه متناسب با اندازه لوله تراشه - آمبوبگ با ماسک مربوطه و رابط اکسیژن

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (پرستار آموزش دیده - پرستار بیهوشی)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در شرایط غیر اورژانس دستور پزشک را مبنی بر لوله گذاری در پرونده بررسی می کند.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	وسایل را به ترتیب ضرورت استفاده می چیند.			
۴	لارنگوسکوپ و کاف لوله تراشه را از نظر سالم بودن بررسی می کند.			
۵	در صورت هوشیار بودن بیمار با وی ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۶	به بیمار می گوید که با کار گذاشتن لوله تراشه قادر به صحبت کردن نمی باشد.			

۷	به بیمار توضیح می دهد که قورت دادن آب دهان احتمال استفراغ را در وی کم می کند.		
۸	از بیمار می خواهد که به هیچ عنوان لوله تراشه را جابه جا نکند (در صورت هوشیار بودن).		
۹	دست های خود را می شوید.		
۱۰	دستکش استریل می پوشد.		
۱۱	دستورات دارویی جهت کاهش ترشحات و بی حس کننده های ته حلق و شل کننده های عضلانی (جهت بیماران هوشیار کاندید لوله گذاری) را اجرا می کند.		
۱۲	آب استریل را داخل رسیور استریل می ریزد.		
۱۳	۲/۵ سانتی متر اول لوله داخل تراشه انتخابی را به ژل لوبر یکاننت به روش استریل آغشته می کند.		
۱۴	با اکسیژن ۱۰۰٪ بیمار را هیپرونتیله می کند.		
۱۵	تعداد تنفس و وضعیت تنفسی بیمار و رنگ وی را بررسی می کند.		
۱۶	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت طوری قرار می دهد که سر وی به حدی به عقب برود که دهان و حلق و لوله تراشه باز شود (گذاشتن رول زیر گردن بیمار یا رول مخصوص بی هوشی).		
۱۷	دستکش و تجهیزات پزشکی محافظتی را می پوشد.		
۱۸	جهت لوله گذاری از راه دهان یک بی حس کننده موضعی مانند اسپری لیدوکائین به عقب حلق بیمار می پاشد تا رفلکس تهوع کنترل شود و از بی قراری بیمار کاسته شود.		
۱۹	در صورت نیاز بیمار را مهار فیزیکی می کند.		
۲۰	جهت لوله گذاری از راه بینی از اسپری بی حس کننده و کم کننده ترشحات و شل کننده عضلانی به داخل لوله بینی استفاده می کند.		
۲۱	در صورت داشتن ترشح قبل از داخل نمودن لوله داخل تراشه ته حلق را ساکشن می کند.		
۲۲	هر تلاشی جهت لوله گذاری را در کمتر از ۳۰ ثانیه انجام می دهد.		
۲۳	در صورتی که لوله گذاری با مشکل مواجه شد غضروف کریکویید را فشار می دهد (جهت کمک به لوله گذاری آسان).		
۲۴	پس از انجام لوله گذاری، با سرنگ ۱۰-۵ سی سی حداقل هوا را وارد می کند که با تهویه بیمار با آمبوبگ از اطراف کاف هوایی به داخل دهان نشت نکند.		
۲۵	جهت اطمینان از لوله گذاری صحیح به بالا آمدن قفسه سینه توجه می کند و صداهای تنفسی در دو طرف قفسه سینه را گوش می کند.		
۲۶	در صورتی که صداهای تنفسی شنیده نشد موقعی که با آمبوبگ بیمار را تهویه می کند به بالای معده توجه می کند (اتساع معده نشان دهنده ورود لوله به مری می باشد).		

۲۷	در صورت لوله‌گذاری داخل معده بلافاصله کاف را تخلیه و لوله را خارج می‌کند.		
۲۸	به بیمار اکسیژن می‌دهد.		
۲۹	لوله‌گذاری را تکرار می‌کند.		
۳۰	دو طرف ریه‌های بیمار را از نظر لوله‌گذاری داخل یک برونش معاینه می‌کند.		
۳۱	اگر موفق به شنیدن صداهای تنفسی در هر دو طرف قفسه سینه نشد، به دلیل احتمال ورود لوله به یک برونش، فوراً کاف را تخلیه و لوله را جا به جا می‌کند.		
۳۲	لوله را ۱-۲ سانتی متر به خارج می‌کشد.		
۳۳	صداهای تنفسی در دو طرف قفسه سینه را گوش می‌کند تا مطمئن شود که لوله‌گذاری صحیح می‌باشد.		
۳۴	کاف را مجدداً پر می‌کند.		
۳۵	در صورت اطمینان از صحت لوله‌گذاری به بیمار اکسیژن می‌دهد یا وی را به دستگاه ونتیلاتور وصل می‌کند.		
۳۶	در صورت لزوم ته حلق بیمار را ساکشن می‌کند.		
۳۷	لوله را با باند فیکس می‌کند.		
۳۸	جهت جلوگیری از زخم شدن کناره‌های دهان از پدهای گاز در گوشه لب‌ها استفاده می‌کند.		
۳۹	ایروی را در دهان بیمار قرار می‌دهد.		
۴۰	جهت اطمینان یک chest-x-Ray از بیمار می‌گیرد.		
۴۱	بیمار را به پهلو قرار می‌دهد (جهت جلوگیری از انسداد لوله تراشه).		
۴۲	وسایل را جمع‌آوری کرده و می‌شوید.		
۴۳	مرتباً صداهای تنفسی و حرکت ریه‌ها را بررسی می‌کند.		
۴۴	مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت می‌کند: الف - تاریخ و زمان لوله‌گذاری ب - علت لوله‌گذاری یا لوله‌گذاری مجدد پ - مقدار هوای وارد شده به کاف ت - مشکلات و تحمل بیمار نسبت به لوله‌گذاری ث - تعداد و نظم تنفس ج - شماره و اندازه لوله تراشه ای که به کار برده است. خ - عددی را که لوله تراشه روی آن فیکس شده است.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: لوله گذاری داخل تراشه در شرایط اورژانس

اهداف:

- ۱- داشتن یک راه هوایی مطمئن جهت انجام تهویه مکانیکی
 - ۲- حفظ راه هوایی در بیمارانی که خود نمی توانند راه هوایی را باز نگه دارند.
 - ۳- دسترسی مستقیم به ریه ها برای تهویه و ساکشن کردن آسان ترشحات ریه
 - ۴- فراهم نمودن امکان استفاده از یک سری داروهای اورژانس جهت جذب سریع از راه ریه ها به بیمار برای شرایطی که دسترسی اورژانسی به وریدهای محیطی و مرکزی ممکن نباشد.
- وسایل مورد نیاز:

لوله تراشه در اندازه مناسب- سرنگ ۱۰ سی سی - گوشی پزشکی - دستکش استریل - لارنگو سکوپ لامپدار با دسته و تیغه ها با اندازه مختلف - آرام بخش - اسپری بی حس کننده - داروهای کاهش دهنده ترشحات مخاطی در صورت نیاز - میز بالا سرتخت بیمار - ژل لوبریکانت محلول در آب - دستکش یک بار مصرف - عینک محافظ - شیلد صورت در صورت نیاز - ایروی در اندازه مناسب - ساکشن و تجهیزات ساکشن - منبع اکسیژن - گاز استریل، استیل، پنس مگیل، آب مقطر، رسیوراستریل- آمبوبگ و رابط مخصوص لوله تراشه - آمبوبگ اکسیژنه (با کاتتر اکسیژن)

عامل انجام کار: پرستار آموزش دیده - پرستار بیهوشی - کاردان بیهوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	تا آماده نمودن وسایل مورد نیاز توسط همکاران به CPR ادامه می دهد.			
۲	بیمار را با اکسیژن ۱۰۰٪ با آمبوبگ ونتیله می کند.			
۳	بالای سر تخت بیمار می ایستد.			
۴	دهان بیمار را با استفاده از انگشتان دست راست باز می کند (انگشت شست بالای دندان های فک فوقانی و انگشت اشاره روی دندان های فک تحتانی قرار گیرد). این روش اهرم خوبی برای باز کردن دهان می باشد.			
۵	با دست چپ دسته ی لارنگوسکوپ را در دست گرفته و تیغه ی آن را به آرامی به طرف راست دهان بیمار هدایت می کند.			
۶	تیغه را به سمت مرکز دهان هدایت می کند طوری که زبان بیمار را به طرف چپ منتقل کند.			
۷	لب پایین بیمار را از دندان های وی دور می کند تا از ایجاد تروما			

			و ضربه به وسیله ی تیغه در امان باشد.
۸			تیغه را به طرف جلو آن قدر هدایت می کند تا اپی گلوت نمایان شود.
۹			هنگامی که تیغه ی صاف به کار می برد نوک آن را زیر اپی گلوت قرار می دهد.
۱۰			هنگامی که تیغه ی خمیده به کار می برد نوک تیغه را بین قاعده ی زبان و اپی گلوت قرار می دهد.
۱۱			تیغه ی لارنگوسکوپ را به طور عمودی برای آشکار شدن تارهای صوتی به طرف بالا می کشد، بعد با زاویه ۴۵ درجه از خودش دور می کند.
۱۲			از فشار تیغه لارنگوسکوپ روی دندان ها پرهیز می کند.
۱۳			در صورت نیاز از همکاری می خواهد ناحیه ی کریکویید را فشار دهد تا دهانه ی مری بسته و خطر برگشت محتویات معده را به حداقل برساند.
۱۴			در انتوباسیون دهانی، لوله تراشه را در طرف راست دهان بیمار قرار می دهد.
۱۵			در انتوباسیون از راه بینی، لوله تراشه را از داخل بینی به طرف حلق هدایت می کند.
۱۶			سپس از فورسپس مگیل جهت هدایت لوله تراشه از میان تارهای صوتی استفاده می کند.
۱۷			در هر بار تلاش جهت لوله گذاری روش کار را بیشتر از ۳۰ ثانیه ادامه نمی دهد.
۱۸			بین تلاش ها جهت لوله گذاری بیمار، با اکسیژن ونتیله می کند.
۱۹			برای تأیید صحت لوله گذاری آن را به بگ وصل نموده و تهویه را آغاز می کند (قرینه بودن سمع و حرکت قفسه ی سینه نمایانگر صحت قرارگیری لوله می باشد).
۲۰			کاف لوله تراشه را به میزان مناسب و کافی از هوا پر می کند (مقدار هوای تزریق شده به داخل کاف آن قدر باشد که تهویه با فشار مثبت هوا از کنار لوله تراشه نشت نکند).
۲۱			نوک لوله تراشه را حدوداً در فاصله ی ۲ سانتی متر محل کارینا ثابت می کند (با این کار در آقایان اعداد ۲۴-۲۳ روی لوله تراشه و در خانم ها اعداد ۲۳-۲۲ روی لوله تراشه در مقابل دندان ها قرار می گیرد).

۲۲	پس از اطمینان از لوله گذاری صحیح، لوله را با باند و یا چسب یا فیکساتور مخصوص به اطراف دهان بیمار فیکس می کند و انتهای آن را برای کنترل جا به جایی علامت می زند.		
۲۳	بلافاصله پس از لوله گذاری، بیمار را مجدداً با اکسیژن ۱۰۰ درصد تهویه می کند.		
۲۴	وسایل را جمع آوری می کند و به روش صحیح منتقل می کند.		
۲۵	بیمار را تا دسترسی به امکانات مراقبت های ویژه از نظر تهویه گردش خون حمایت می کند.		
۲۶	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان لوله گذاری - اندازه لوله - عددی که لوله تراشه روی آن فیکس شده است. ب- علت و اندیکاسیون لوله گذاری یا لوله گذاری مجدد پ- مقدار هوای وارد شده به کاف ت- مشکلات و تحمل بیمار نسبت به پروسیجر ث- تعداد نبض و تنفس و فشار خون بیمار		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
نام بخش: شیفت:
نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
★ نوع فعالیت: اتصال بیمار به دستگاه ونتیلاتور
اهداف:

- ۱- پیشگیری از صدمات جدی به ارگان های حیاتی بیمار به علت عدم توانایی در تنفس
- ۲- دادن تنفس مصنوعی به مددجو به صورت موقت و یا طولانی مدت
- ۳- حفظ ثبات حیات بیمار

وسایل مورد نیاز:

آمبوبگ - گوشی پزشکی - ساکشن و ملزومات آن - ونتیلاتور مکانیکی - دستکش - منبع اکسیژن - ژل لوبریکنت - کانکشن با شماره مناسب (رابط سوند ساکشن) - لوله های هوایی رابط
عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط - مسوول بیهوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور العمل استفاده از ونتیلاتور را مطالعه می کند.			
۲	ونتیلاتور را به منبع اکسیژن وصل می کند.			
۳	ونتیلاتور را روشن می کند (بسته به نوع ونتیلاتور مطمئن می شود که دستگاه کالیبر شده است).			
۴	لوله های هوایی را بررسی کرده و از سالم بودن آن ها اطمینان حاصل می کند.			
۵	محفظه ی رطوبت ساز را با آب مقطر استریل تا خط مربوطه پر می کند.			
۶	لوله رابط را به کانکشن لوله داخل تراشه وصل می کند.			
۷	Mod دستگاه را طبق دستور انتخاب می کند.			
۸	در صورتی که مدهای فشاری استفاده می شود Tidal volume را طبق دستور انتخاب می کند. میزان فشار را طبق دستور انتخاب می کند (بسته به نوع مُد فشاری).			
۹	میزان تنفسی دستگاه را طبق دستور تنظیم می کند.			
۱۰	Fio2 دستگاه را طبق دستور تنظیم می کند.			
۱۱	Trigger دستگاه را در صورت لزوم تنظیم می کند.			
۱۲	محدوده آلارم های دستگاه را تنظیم می کند.			
۱۳	ABG را طبق دستور کنترل می کند.			
۱۴	تغییرات ABG را پس از دریافت به پزشک اطلاع می دهد.			
۱۵	نتایج ABG را در فلوچارت ثبت می کند.			

۱۶	چنان چه بیماری نیاز به مسکن دارد طبق دستور پزشک داروهای بیمار را تزریق می کند.		
۱۷	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- مد و پارامترهای تنظیم شده روی دستگاه ب- نتایج اولیه ABG پ- عکس العمل های بیمار در طی اتصال به دستگاه ت - مقدار و نوع داروهای مسکن		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به دستگاه تهویه مصنوعی

اهداف:

۱- خارج کردن ترشحات تراشه یا برونش از راه دهان ، بینی ، استومای تراشه، لوله تراکیاستومی و از راه لوله داخل تراشه ETT (لوله داخل تراشه)

۲- کمک به خروج ترشحات تراشه و برونش و در نتیجه پیشگیری از ابتلا به پنومونی و عفونت های تنفسی

۳- بهبود وضعیت تنفسی بیمار و رفع هیپوکسی در اثر ایجاد سرفه ناشی از ساکشن کردن

۴- انجام نمونه برداری از خلط داخل تراشه و برونش جهت آزمایش

وسایل مورد نیاز:

منبع اکسیژن - ساکشن دیواری یا پرتابل - لوله کانکشن- کاتتر ساکشن با شماره مناسب - دستکش استریل و یک بار مصرف- محلول استریل - ژل نرم کننده حلال در آب (جهت ساکشن بینی تراشه ای) - سرنگ - پالس اکسی متر

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط-کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر ساکشن کردن بیمار بررسی می کند.			
۲	کاتتر ساکشن با اندازه مناسب را انتخاب می کند.			
۳	دستگاه ساکشن را بالای سر بیمار به حالت آماده به کار قرار می دهد.			
۴	کانکشن مناسب را به لوله جمع کننده ساکشن وصل می کند.			
۵	روی نرمال سالین یا آب مقطر بر چسب و تاریخ می زند.			
۶	با بیمار ارتباط برقرار می کند (در صورت امکان) و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۷	قبل از شروع ساکشن کردن، علایم حیاتی ، صداهای تنفسی و تظاهرات عمومی بیمار را بررسی می کند تا پایه ای برای بررسی های حین ساکشن کردن باشد.			
۸	در صورت وجود جواب ABG سطح O ₂ Sat بیمار را بررسی می کند.			
۹	توانایی بیمار در سرفه و تنفس عمیق را بررسی می کند.			
۱۰	دست هایش را می شوید.			
۱۱	وسایل را با توجه به نیاز با استفاده از آن ها آماده کرده و می چیند.			

۱۲	به بیمار توضیح می دهد که در اثر ساکشن ممکن است به سرفه و یا تهوع بیفتد که نگران نباشد زیرا در این صورت به خروج ترشحات کمک می شود.		
۱۳	پروپ پالس اکسی متر را به انگشت بیمار وصل می کند.		
۱۴	اگر بیمار قبلاً ساکشن شده است، به طور خلاصه علت این ساکشن را توضیح می دهد.		
۱۵	در طول انجام پروسیجر به منظور کاستن هیجان بیمار، ایجاد آرامش و کاهش مصرف اکسیژن به بیمار قوت قلب و اطمینان خاطر می دهد.		
۱۶	تجهیزات را آماده می کند.		
۱۷	تا زمانی که مورد نیاز است بیمار را به وضعیت نیمه نشسته قرار می دهد.		
۱۸	سر نرمال سالین یا آب مقطر را باز می کند.		
۱۹	پاکت حاوی محلول استریل را باز می کند.		
۲۰	با استفاده از روش استریل دستکش محافظ کاتتر ساکشن را باز می کند.		
۲۱	دستکش استریل می پوشد.		
۲۲	از عینک محافظ و شیلد صورت استفاده می کند.		
۲۳	در صورت لزوم به دست غیرغالب خود دستکش غیراستریل و به دست غالب خود دستکش استریل می پوشاند.		
۲۴	با استفاده از دست غیرغالب خود نرمال سالین یا آب مقطر استریل به داخل ظرف می ریزد.		
۲۶	مقدار کمی از ژل لوبریکانت را با استفاده از دست غیرغالب خود در محیط استریل می گذارد (در ساکشن از راه بینی، کانال بینی را نرم می کند).		
۲۷	در صورت لزوم جهت حفظ محیط استریل، یک پارچه استریل روی سینه بیمار پهن می کند.		
۲۸	با استفاده از دست غالب (استریل) خود کاتتر را از داخل پوشش خود خارج می کند.		
۲۹	مراقب است که با سطح یا شیئی غیراستریل تماس پیدا نکند.		
۳۰	با استفاده از دست دیگر رابط لوله را وصل می کند.		
۳۱	کاتتر را به لوله وصل می کند.		
۳۲	با استفاده از دست غیرغالب خود، فشار ساکشن را در حد مجاز تنظیم می کند (معمولاً بین ۸۰-۱۲۰ میلی متر جیوه) (فشار بالاتر باعث کندی شدن ترشحات نمی شود بلکه ممکن است باعث زخم تروماتیک شود).		
۳۳	لوله ساکشن را با دست مسدود می کند.		
۳۴	نوک کاتتر را در محلول نرمال سالین تمیز می کند.		

۳۵	جهت اطمینان از مکش ساکشن، مقدار کمی محلول را ساکشن می کند.		
۳۶	جهت ساکشن تراشه از راه بینی، سوند را به ژل لوبر یکانت آغشته می کند.		
۳۷	بیمار را به ۶-۳ تنفس عمیق تشویق می کند. در صورت نیاز در طول زمان ساکشن کردن با گذاشتن کانونلای بینی اکسیژن به بیمار می دهد (در بیماران هوشیار).		
۳۸	اگر بیمار به صورت مکانیکی ونتیله می شود ، با آمبوبگ یا مد مشابه آن در دستگاه ونتیلاتور به بیمار اکسیژن صددرد می دهد.		
۳۹	جهت استفاده از آمبوبگ و هیپرونتیله کردن بیمار میزان فلومتر اکسیژن را روی ۱۵ لیتر در دقیقه تنظیم می کند.		
۴۰	بیمار را از ونتیلاتور جدامی کند و با آمبوبگ ۶-۳ تنفس به او می دهد (در بیماران غیر هوشیار).		
۴۱	در صورتی که بیمار وابسته به PEEP باشد، نیاز به استفاده از آمبوبگ با دریچه PEEP را بررسی می کند.		
۴۲	برای رساندن اکسیژن با درصد بالا با استفاده از ونتیلاتور، ابتدا به FIO2 و TV و قوانین آن و نیاز بیمار توجه می کند.		
۴۳	سپس ، همراه با استفاده از مد Sigh یا به صورت دستی ۳ تا ۶ تنفس می دهد.		
۴۴	اگر با نیروی کمکی پروسیجر را انجام می دهد، زمانی که بیمار را ساکشن می کند همکاری اکسیژن می دهد.		
۴۵	با استفاده از دست غیرغالب خود، نوک بینی بیمار را بالا می کشد تا کانال خروجی باز شود.		
۴۶	کاتتر را به داخل سوراخ بینی بیمار وارد می کند.		
۴۷	طول کاتتر را دور انگشتان خود می پیچد.		
۴۸	همان طور که سر بیمار به عقب می باشد، کاتتر را هر چقدر ممکن است داخل می برد.		
۴۹	اگر در اثر عبور کاتتر از میان حلق، بیمار به سرفه افتاد مختصری کاتتر را بیرون می کشد و دوباره در حالی که سر بیمار به عقب است وارد کردن کاتتر را ادامه می دهد.		
۵۰	پس از وارد کردن کاتتر ، به طور متناوب ساکشن می کند (با استفاده از دست غیرغالب و غیراستریل خود دریچه کنترل را باز و بسته می کند).		
۵۱	کاتتر را در دست غالب خود دور چهار انگشت می پیچد.		
۵۲	هر بار ساکشن، بیش از ۱۰ ثانیه طول نمی کشد.		
۵۳	در صورت امکان اکسیژن را با وصل مجدد منبع اکسیژن به ونتیلاتور از سر می گیرد.		

۵۴	بیمار را بررسی می کند و اجازه می دهد چند دقیقه ای قبل از ساکشن بعدی استراحت کند.		
۵۵	ساکشن کردن را زمان بندی می کند و پایان هر دوره استراحت تحمل بیمار نسبت به پروسیجر و عدم وجود مشکل را در نظر می گیرد.		
۵۶	جهت خروج ترشحات، در بین هر بار ساکشن کردن بیمار را به سرفه کردن تشویق می کند.		
۵۷	ترشحات را مشاهده می کند.		
۵۸	ترشحات اگر غلیظ هستند، کاتتر را به صورت دوره ای با مکش مقداری محلول سالین به وسیله ساکشن تمیز می کند.		
۵۹	وقتی که خلط حاوی خون باشد برای بررسی علت خونریزی، توجه می کند که آیا لخته است یا مخلوط شده است.		
۶۰	اگر در مانیتورینگ اختلال ریتم قلب مشاهده شد، به نوع آن توجه می کند، و ساکشن را متوقف و بیمار را ونتیله می کند.		
۶۱	پس از اتمام ساکشن کردن، به بیمار اکسیژن صد در صد می دهد و وی را هایپراکسیژنه می کند ، بیمار را روی ونتیلاتور می برد یا آمبوبگ می زند یا با مد sigh و ونتیلاتور که قبلاً توضیح داده شده بیمار را هایپراکسیژنه می کند.		
۶۲	FIO2 را می خواند و در بیماران ونتیله و Fio2 و TV را تنظیم می کند.		
۶۳	پس از ساکشن راه های هوای تحتانی اگر نیاز باشد راه های هوایی فوقانی را ساکشن می کند.		
۶۴	کاتتر و دستکش استریل را قبل از ساکشن کردن مجدد راه هوایی تحتانی عوض می کند.		
۶۵	دستکش استریل و کاتتر استفاده شده را داخل کیسه زباله می اندازد.		
۶۶	لوله کانکشن را با آسپیره کردن محلول سالین یا آب مقطر به داخل آن تمیز می کند.		
۶۷	وسایل ساکشن و لوله های رابط آن را طبق مقررات داخلی جمع آوری می کند.		
۶۸	دستانش را می شوید.		
۶۹	ریه های بیمار را جهت بررسی موثر بودن روش ساکشن در هر دو طرف معاینه می کند.		
۷۰	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : مراقبت و ساکشن تراکئوستومی

هدف :

حفظ راه هوایی و جلوگیری از انسداد راه هوایی

وسایل مورد نیاز:

ساکشن پرتابل یا دیواری لوله رابط ساکشن تراکئوستومی - مخزن اکسیژن و وسایل تجویز اکسیژن - گان - دستکش تمیز- دستکش استریل - نرمال سالین - آب مقطر- اپلیکاتور با سرپنبه‌ای - برس تمیزکننده - گاز استریل ۱۰ × ۱۰ سانتی متر یا پانسمان تراکئوستومی

عامل انجام کار : پرستار-کاردان هوشبری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را آماده می کند، روش را شرح داده و وضعیت مناسب به بیمار می دهد.			
۲	تنفس بیمار و نیاز به مراقبت از تراکئوستومی را بررسی می کند (باد شدن یا خالی بودن کاف، ساکشن کردن، تعویض پانسمان - مراقبت از نواحی اطراف سوراخ یا تمیز کردن کانولای داخلی).			
۳	دست ها را می شوید و وسایل را آماده می کند.			
۴	ست استریل را باز نموده و در دسترس قرار می دهد.			
۵	یک کاتتر استریل ساکشن را باز می کند.			
۶	ساکشن را روشن می کند و بین ۸۰-۱۲۰ میلی متر جیوه قرار می دهد.			
۷	دستکش تمیز به دست غیرغالب و دستکش استریل را به دست غالب می پوشاند.			
۸	کاتتر استریل ساکشن را با دست استریل کنترل نموده و لوله های رابط را با دست تمیز وصل می کند.			
۹	مقدار کمی سالین را توسط کاتتر ساکشن می کشد (جهت چک کردن کارکرد ساکشن).			
۱۰	از بیمار می خواهد چند تنفس عمیق انجام دهد و بیمار را هیپرونتیله می کند.			
۱۱	بدون روشن کردن ساکشن، سریعاً کاتتر ساکشن را تا زمانی که مقاومت حس شود وارد نموده و به آرامی به عقب می کشد.			
۱۲	بیمار را تشویق به سرفه می کند، درحالی که از ساکشن متناوب با فشار انگشت شست به روی دریچه واکيوم استفاده می کند، کاتتر را به ملایمت بیرون کشیده و می چرخاند.			

۱۳	از لحظه ورود تا خروج کاتتر بیش از ۱۰-۸ ثانیه طول نمی کشد.		
۱۴	در فواصل ساکشن کاتتر را با نرمال سالین می شوید.		
۱۵	ساکشن را برحسب نیاز ۲ تا ۳ بار در حالی که وضعیت تنفس بیمار را کنترل کرده است، تکرار می کند.		
تمیز کردن کانولای داخلی تراکئوستومی (تراکئوستومی فلزی)			
۱۶	پس از پایان ساکشن از اکسیژن استفاده می کند.		
۱۷	دستکش تمیز پوشیده، کانولای داخلی را باز کرده و آن را در جهت خمیدگی خارج می کند و کانولای داخلی را در پر اکسید هیدروژن قرار می دهد.		
۱۸	دستکش استریل پوشیده، سریعاً کانولا را با برس و پراکسید هیدروژن تمیز می کند.		
۱۹	کانولا را با نرمال سالین استریل آبکشی می کند و تکان می دهد تا آب اضافی آن بریزد.		
۲۰	کانولای تمیز شده را سر جای خود قرار می دهد.		
۲۱	کانولای داخلی را در جای خود بسته و از نظر ایمنی آن را کنترل می کند.		
مراقبت از نواحی اطراف استوما			
۲۲	دستکش می پوشد (در صورت جدید بودن تراکئوستومی از دستکش استریل استفاده می کند) و پانسمان کثیف تراکئوستومی را برمی دارد.		
۲۳	از نرمال سالین واپلیکاتورهای سرپنبه ای و یا سواب گاز برای تمیز کردن لبه خارج و استومای تراکئوستومی استفاده نموده و از داخل به خارج می شوید.		
۲۴	ناحیه تمیز شده را خشک می کند.		
۲۵	نوار تراکئوستومی را از یک سمت لبه خارجی تراکئوستومی وارد کرده، هر دو انتهای بند را از دور گردن بیمار عبور می دهد. از پیچ خوردگی نوار جلوگیری می کند.		
۲۶	نوار را از پشت گردن بیمار به طرف قسمت دیگر لبه خارجی کشیده ، گره جدید را در طرف مخالف گره قبلی می زند.		
۲۷	توسط قرار دادن یک یا دو انگشت زیر بند در ناحیه خمیدگی گردن، از سفت نبودن بیش از حد بند اطمینان حاصل می کند.		
۲۸	انتباهای بند را دوباره گره می زند.		
۲۹	یک گاز ۱۰×۱۰ سانتی متر استریل و یا پانسمان آماده تراکئوستومی را از زیر تراکئوستومی رد می کند به صورتی که در اطراف آن فیکس شود.		
۳۰	وسایل کثیف و استفاده شده را به نحو مقتضی دور ریخته دستکش ها را در آورده و دست ها را می شوید.		
۳۱	وضعیت قلبی و تنفسی بیمار را بررسی می کند.		
۳۲	بیمار را به وضعیت اولیه برمی گرداند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : مراقبت از بیماری که تحت عمل جراحی رزکسیون آناستوموز تراشه قرار گرفته است.

اهداف :

۱- جلوگیری از عوارض بعد از عمل و ایجاد راحتی برای بیمار

۲- ترمیم تراشه در بیمارانی که تنگی تراشه داشته اند

وسایل مورد نیاز :

ست پانسمان - بخور سرد

عامل انجام کار : پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و اهمیت موارد مراقبتی را برای وی توضیح می دهد.			
۲	از بیمار می خواهد که پوزیشن سر و گردن را تا یک هفته بعد از عمل حفظ کند.			
۳	از بخور سرد برای راحتی تنفس بیمار به صورت متناوب استفاده می کند.			
۴	به جهت جلوگیری از عفونت و تجمع خلط ، بیمار را تشویق به سرفه می کند.			
۵	ناحیه عمل را از نظر ورم کنترل می کند.			
۶	ناحیه عمل را از نظر آمفیژم و عفونت مورد بررسی قرار می دهد.			
۷	وضعیت صوت و صدای بیمار را از نظر آسیب به تارهای صوتی بعد از عمل مورد بررسی قرار می دهد.			
۸	وضعیت تنفسی بیمار را به صورت دقیق کنترل می کند.			
۹	به دلیل اشکال در برقراری ارتباط بنا به نوع عمل، شکایات بیمار را جدی می گیرد.			
۱۰	هر گونه عوارض غیرطبیعی را به پزشک معالج جراح اطلاع می دهد.			
۱۱	در صورت آلوده بودن پانسمان، طبق استاندارد آن را تعویض می کند (روز دوم عمل پانسمان برداشته می شود).			
۱۲	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - وضعیت تنفسی بیمار ب- بررسی وضعیت گردن بیمار از نظر وجود ادم یا آمفیژم پ- انجام موارد آموزش های تنفسی که به بیمار داده می شود			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کمک به پزشک در گذاشتن چست تیوب

هدف:

بهبود تخلیه هوا و مایعات سروزی خونی و عفونی از فضای داخل جنب

وسایل مورد نیاز:

سینی چست تیوب - چست تیوب (برحسب نوع تجویز شده) - سیستم درناژ بسته (چست باتل) - دستکش و گان استریل جراحی - آب مقطر - ساکشن دیواری یا پرتابل با لوله‌های رابط - گاز وازلین استریل - محلول ضد عفونی کننده - بی حس کننده موضعی - چسب - دو عدد گیره لاستیکی

عامل انجام کار: پزشک - پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار نموده و او را آماده می کند.			
۲	مراحل انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۳	وضعیت تنفسی و قلبی بیمار را بررسی می کند.			
۴	دست ها را شسته و وسایل را فراهم می کند.			
۵	پرده‌های اطراف تخت را می کشد.			
۶	سیستم درناژ قفسه سینه را به طور استریل آماده می کند (به دستور پزشک برای نوع سیستم تخلیه (یک شیشه ای - دو شیشه ای و/ یا ...) توجه دارد.			
۷	توسط قیف، محفظه آب یا Water - Seal را تا حد ۲۰۰-۱۰۰ cc پر می کند.			
۸	محفظه کنترل ساکشن را با آب استریل بر حسب دستور پزشک پر می کند (معمولاً ارتفاع آب در محفظه کنترل ۱۰ - ۷ سانتی متر است).			
۹	در یک محل خشک ست ساکشن و درناژ را طبق دستور پزشک آزمایش می کند.			
۱۰	توسط یک لوله رابط قسمت کوتاه محفظه ساکشن را به مخزن ساکشن متصل می کند.			
۱۱	تا زمانی که چست تیوب وارد شده و وصل شود لوله را کلامپ می کند.			
۱۲	بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پهلوی مبتلا قرار می دهد.			

۱۳	از طریق باز کردن ست استریل و اضافه کردن محلول آنتی سپتیک و بی‌حسی موضعی به پزشک کمک می‌کند.		
۱۴	در طول انجام عمل، بیمار را حمایت می‌کند.		
۱۵	چست تیوب را با دقت به سیستم درناژ وصل می‌کند.		
۱۶	لوله بلند لاتکس مربوط به محفظه جمع‌آوری سیستم درناژ را به چست تیوپ وصل کرده، نکات استریل را رعایت می‌کند.		
۱۷	ساکشن را روشن می‌کند به طوری که به آرامی غل غل کند (جهت کنترل چست تیوب).		
۱۸	کلیه رابط‌ها را با چسب ضد آب می‌چسباند.		
۱۹	لوله درناژ چست تیوب را همیشه زیر سطح مایع حفظ می‌کند.		
۲۰	کلیه مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت می‌کند: الف - میزان درد ب - وضعیت تنفس پ - میزان و رنگ ترشحات خارج شده		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: مراقبت از چست تیوب و درناژ تخلیه پلور

هدف:

به منظور ایجاد فشار منفی طبیعی و اتساع ریه و جلوگیری از شیفیت مدیاستن

وسایل مورد نیاز:

ساکشن - گاز استریل - دستکش

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار کرده و روش کار را توضیح می دهد.			
۲	وضعیت تنفسی و قلبی بیمار را بررسی می کند.			
۳	تمرینات تنفسی را به بیمار آموزش داده و از بیمار می خواهد که در طول روز آن را انجام دهد.			
۴	طبق دستور پزشک به بیمار مسکن کافی می دهد.			
۵	به بیمار نحوه استفاده از اسپرومتری انگیزشی را آموزش می دهد.			
۶	چست تیوپ را از نظر باز بودن کنترل می کند.			
۷	کلیه لوله ها را صاف و بدون پیچ خوردگی نگه داشته، به بیمار یادآوری می کند که روی لوله ها نخوابد.			
۸	تمرینات ورزشی شانه و بازو را به بیمار آموزش می دهد.			
۹	در صورت ایجاد لخته در لوله از روش های تمیز کردن چست تیوپ طبق نظر پزشک استفاده می کند.			
۱۰	کلیه رابط های بین چست تیوپ ها، لوله های رابط، محفظه جمع کننده و دستگاه ساکشن را مورد توجه قرار می دهد.			
۱۱	کلیه رابط ها را توسط چسب ضد آب می چسباند.			
۱۲	محفظه کنترل آب را از نظر غل غل کردن و جریان متناوب بررسی می کند.			
۱۳	مایع داخل محفظه را از نظر رنگ، مقدار و نوع مواد درناژ شده بررسی کرده و هر گونه مورد غیرطبیعی را گزارش می کند. با نصب طولی نوار چسب روی شیشه تخلیه ترشحات، میزان تخلیه را در ساعات مختلف علامت گذاری می کند.			
۱۴	اطراف محل چست تیوپ را از نظر آمفیزم - لیک مایع - مورد بررسی قرار می دهد.			
۱۵	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - مقدار و رنگ ترشحات ب - کنترل درد در بیمار پ - وجود لیک یا آمفیزم در ناحیه عمل ت - وضعیت تنفسی			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : نمونه‌گیری خلط

اهداف :

۱- تجزیه و تحلیل خلط جهت پی‌بردن به علت اختلال ریوی

۲- تشخیص بیماری

وسایل مورد نیاز:

ظرف نمونه - فرم آزمایشگاه - بخور سرد و داروهای خلط آور (در صورت لزوم)

عامل انجام کار : پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را بر ای بیمار توضیح می دهد.			
۲	از بیمار می خواهد هنگام دادن نمونه، ناشتا باشد (قبل از دادن نمونه دهان خود را می شوید).			
۳	از بیمار می خواهد قبل از دادن نمونه یک نفس عمیق کشیده سپس با انجام تک سرفه به کنده شدن خلط کمک کند.			
۴	در بیمارانی که خلط چسبنده دارند از بخور سرد و داروهای خلط آور استفاده می کند.			
۵	نمونه خلط را در ظرف نمونه انداخته و کنترل می کند که آب دهان نباشد.			
۶	روی ظرف نمونه، مشخصات بیمار را نوشته و به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۷	جمع آوری نمونه را در پرونده ثبت می کند.			
۸	پس از گرفتن نمونه، به بیمار محلول دهان شویه یا آب می دهد تا طعم ناخوشایند را از بین ببرد.			
۹	تاریخ و ساعت جمع‌آوری ، شماره نمونه‌های سریال، روش جمع‌آوری نمونه و اینکه بیمار چگونه این روش را تحمل کرده است را با مشخصات خلط و انتقال مناسب آن به آزمایشگاه ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گرفتن نمونه خلط در بیماران اینتوبه

هدف:

تشخیص بیماری از طریق آزمایش خلط در بیمارانی که قادر به دادن نمونه خلط نمی باشند.

وسایل مورد نیاز:

ظرف مخصوص نمونه استریل (یک استوانه درب دار که دو رابط به سر آن متصل باشد) - رابط ساکشن -
مقداری آب مقطر- ماسک - گان - عینک محافظ صورت - دستگاه ساکشن - سوند نلاتون - اکسیژن
عامل انجام کار: پزشک - پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستگاه ساکشن را از نظر درست بودن و مکش کافی بررسی می کند.			
۲	بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته یا نشسته قرار می دهد.			
۳	در صورت هوشیاری بیمار، مراحل کار را برای وی توضیح می دهد.			
۴	قبل از انجام کار، بیمار را هیپرونتیله می کند.			
۵	دست ها را به دقت می شوید.			
۶	دستکش استریل و وسایل حفاظتی از قبیل گان، عینک ، ماسک و محافظ صورت می پوشد.			
۷	رابط ساکشن را به ساکشن متصل می کند و یک سر ظرف نمونه را به رابط ساکشن متصل می کند.			
۸	رابط دوم را که به سر ظرف متصل است به سوند نلاتون متصل به ساکشن وصل می کند.			
۹	چنان چه بیمار ترشحات غلیظ دارد مقدار کمی آب مقطر داخل لوله تراشه می ریزد .			
۱۰	بیمار را به مدت ۱۰-۵ ثانیه ساکشن می کند(رجوع شود به طریقه ساکشن کردن).			
۱۱	اگر عمل ساکشن کردن جهت گرفتن نمونه نیاز به تکرار داشت ۴ تا ۶ تنفس به بیمار می دهد (با استفاده از آمیوبگ یا دستگاه ونتیلاتور) و مجدداً ساکشن کردن را ادامه می دهد.			
۱۲	بعد از این که نمونه خلط گرفته شد دو سر رابط سر نمونه را درهم فرو می برد تا مانع ریختن نمونه خلط شود.			
۱۳	سریعاً بیمار را به ونتیلاتور وصل کرده و وی را جهت جلوگیری			

			از هیپوکسی هیپرونتیله می کند.	
۱۴			برچسب مخصوص آزمایشگاه را روی بدنه ظرف می چسباند و با فرم نمونه آزمایش به آزمایشگاه ارسال می کند.	
۱۵			وسایل را جمع آوری و دفع می کند، وسایل حفاظتی را در می آورد.	
۱۶			دست ها را به دقت می شوید.	
۱۷			مراحل انجام کار، ساعت و تاریخ انجام آن و حالت های بیمار را در گزارش به صورت دقیق ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دق کردن و ارتعاش سینه به منظور تخلیه ترشحات تنفس

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات از لوب های ریه بیمار

۲- پیشگیری از پیشرفت پنومونی

۳- بهبود تهویه وضعیت تنفسی بیمار

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود) یا میز جلوی بیمار - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن - وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن و آمبوبگ (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست هایش را می شوید.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۳	چنانچه بیمار دستور مسکن دارد قبل از انجام دق، مسکن بیمار را می دهد.			
۴	بیمار را به شکم می خواباند تا بدن وی شل و ریلکس شود.			
۵	مطمئن می شود که بیمار غذا نخورده باشد (یک تا دو ساعت بعد از غذا).			
۶	دستانش را به شکل فنجان در می آورد (انگشت ها خمیده، مشت را کمی روی انگشت آخری خود فشار می دهد).			
۷	اگر بیمار عمل جراحی قفسه سینه دارد از وی می خواهد یک بالش را محکم در بغل بگیرد که این عمل به کاهش درد وی کمک خواهد کرد.			
۸	به صداهای تنفسی که نشانه تخلیه ریه از ترشحات می باشد گوش فرا می دهد.			
۹	هر قسمت ریه را از پشت ۲-۱ دقیقه با دست هایش به طور متناوب و آرام دق می کند.			

۱۰	پس از اتمام کار از بیمار می خواهد به منظور خروج ترشحات سرفه کند.		
۱۱	پس از انجام سرفه و خروج ترشحات، دهان شویه را انجام می دهد.		
۱۲	چنانچه بیمار دچار مشکل تنفسی شد، از وسایل کمک اکسیژن رسانی نظیر سوند نازال یا ماسک استفاده می کند.		
۱۳	چنانچه بیمار قادر به تخلیه ترشحات نبود (در بیمارانی که هوشیاری کامل ندارند) جهت تخلیه ترشحات از ساکشن استفاده می کند (داخل تراشه، بینی تراشه، ...).		
۱۴	در صورت افزایش و یا وجود تنگی نفس، درد، ضعف، سر درد یا هموپتیزی عمل را متوقف می کند.		
۱۵	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش تنفس لب غنچه ای (Pursed – lip Breathing)

اهداف:

- ۱- جلوگیری از به تله افتادن هوا در آلونول ها
 - ۲- بهبود اکسیژناسیون در بیماران با مشکلات مزمن تنفسی
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۲	بیمار را در وضعیت راحت می نشاند.			
۳	از بیمار می خواهد که دهان خود را ببندد و از راه بینی یک دم عمیق انجام دهد.			
۴	در حالی که لب های خود را به حالت غنچه ای (حالت سوت زدن یا بوسیدن) در آورده، بازدم انجام دهد.			
۵	به بیمار می گوید طوری نفس خود را خارج کند که زمان بازدم حداقل ۲ برابر زمان دم طول بکشد (۲ ثانیه زمان دم، ۴ ثانیه زمان بازدم).			
۶	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان آموزش و طول مدت آموزش ب - میزان تحمل بیمار به پروسیجر			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

نوع فعالیت: آموزش تنفس دیافراگماتیک

اهداف:

- ۱- بهبود وضعیت اکسیژناسیون بیمار
 - ۲- تقویت عضله ی دیافراگم
 - ۳- کمک به خاتمه تنفس های تند و سریع
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و به وی انجام پروسیجر را توضیح می دهد.			
۲	از بیمار می خواهد که یک دست را روی سینه و دست دیگر خود را روی شکم قرار دهد.			
۳	از وی می خواهد که دم را طوری انجام دهد که دست روی شکم به طرف جلو کشیده شود.			
۴	به بیمار می گوید که تنفس لب غنچه ای را انجام داده و در حالی که با دست روی شکم به داخل فشار می دهد به آرامی باز دم کند.			
۵	از او می خواهد که دست روی سینه را در همان حالت نگه دارد.			
۶	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان و طول مدت آموزش ب - میزان تحمل بیمار نسبت به پروسیجر			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش سرفه ی موثر

اهداف:

۱- کمک به پاک کردن ریه از ترشحات

۲- جلوگیری از اتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

رسیور یا ظرف مخصوص تخلیه ترشحات - دستمال کاغذی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف خود را از انجام پروسیجر به وی توضیح می دهد.			
۲	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد (در حالی که نشسته، پاهای خود را به طرف داخل شکم کمی خم کند).			
۳	از بیمار می خواهد که نفس عمیق بکشد یا دم عمیق انجام دهد.			
۴	از بیمار می خواهد که نفس خود را به مدت ۲ ثانیه نگه دارد (با انجام این کار بیمار برای مرحله ی بازدم آماده می شود).			
۵	از بیمار می خواهد که فقط ۲ بار سرفه کند (سرفه ی اول باعث شل شدن ترشحات و کنده شدن آن ها و سرفه ی دوم باعث حرکت و خروج ترشحات می شود).			
۶	به بیمار می گوید که به اندازه ی کافی مکث کند تا کنترل مجدد را به دست آورد.			
۷	از او می خواهد که مجدداً از راه بینی سریع و کوتاه نفس بکشد.			
۸	چنانچه بیمار عمل جراحی داشته است، به او آموزش می دهد در حین سرفه محل برش جراحی را به کمک فشار دست نگه دارد یا با بالش یا پتوی تا شده حمایت کند.			
۹	بیمار را تشویق می کند که استراحت کند.			
۱۰	کلیه یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند: الف - زمان و تاریخ شروع آموزش به سرفه ب- میزان تحمل بیمار به انجام پروسیجر پ - میزان تخلیه ترشحات			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فیزیوتراپی تنفسی (وقتی که لوب های تحتانی - قطعه خلفی درگیر می باشد)

مقدمه:

فیزیوتراپی سینه شامل درناژ پوسچرال ، ماساژ پشت و ایجاد لرزش و کوبش، سرفه، تمرینات و تنفس عمیق است. تمام این ها با هم ترشحات را تخلیه، بافت ریه را منبسط و توانایی استفاده از ماهیچه های تنفسی را افزایش می دهد.

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات ریه

۲- پیشگیری از بروز آتلکتازی

۳- کاهش میزان عفونت پس از عمل جراحی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از درناژ وضعیتی نظیر کوبش و لرزش جهت تخلیه ترشحات استفاده می کند.			
۲	اگر بیمار CBR است هر یک الی دو ساعت روی تخت بچرخد و سرفه و تنفس عمیق انجام دهد.			
۳	بخور مرطوب می گذارد.			
۴	بیمار را تشویق به استفاده از اسپیرومتری انگیزشی می کند: الف- قطعه دهانی اسپیرومتر را بین لب های خود قرار دهد به طوری که نشت هوا نداشته باشد. ب- عمل دم را شروع کند و آن را ادامه دهد تا حدود ۲ تا ۳ ثانیه و آرام بازدم را انجام دهد. ج- تعداد تنفس ها ۱۰ تا ۱۲ عدد در دقیقه باشد.			
۵	بیمار را تشویق به انجام سرفه کنترل شده می کند: الف- در وضعیت نشسته بیمار ۲ نفس آرام و عمیق (دم از بینی و بازدم از دهان) بکشد. ب- بلافاصله دم عمیق سوم را انجام داده، ۳ ثانیه نفس خود را			

			نگه دارد و سپس ۲ یا ۳ سرفه پشت هم کند. در حین سرفه عمل دم را انجام دهد. ج- سرفه‌ها باید عمیق باشد. د- در صورت وجود برش، یک بالش روی آن گذاشته و با دست فشار دهد. ه- هر ۲ تا ۳ ساعت، ۲ تا ۳ مرتبه سرفه کند.	
۶			بیمار را تشویق به انجام تنفس دیافراگماتیک می‌کند: الف- بیمار در وضعیت نشسته، دستانش را به صورتی زیر دیافراگم بگذارد که سرانگشتان میانی به هم برسد. ب- بیمار باید توسط بینی، نفس‌های عمیق و آرام بکشد و در طول دم، سرانگشتان از هم فاصله بگیرد و هنگام بازدم به هم برسد. ج- بیمار حین تنفس فقط از دیافراگم استفاده کند و نه از عضلات قفسه سینه و شانه‌ها د- بیمار توسط بینی با سه شماره دم عمیق انجام دهد و از دهان بازدم کند.	
۷			یافته‌ها و مشاهدات خود را ثبت می‌کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ **نوع فعالیت:** فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (وقتی که لوب های تحتانی - قطعه خلفی درگیر می باشند)

مقدمه:

فیزیوتراپی سینه شامل درناژ پوسچرال، ماساژ پشت، ایجاد لرزش و کوبش، سرفه، تمرینات تنفسی و تنفس عمیق می باشد. تمام این ها با هم ترشحات را تخلیه، بافت ریه را منبسط و توانایی استفاده از ماهیچه های تنفسی را افزایش می دهد.

اهداف:

۱- خروج ترشحات از ریه

۲- پیشگیری از بروز عفونت ریه پس از اعمال جراحی

۳- پیشگیری از بروز آتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود) یا میز جلوی بیمار - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن - وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن و آمبوبگ (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	وسایل مربوط به ساکشن را آماده و آن ها را بررسی می کند.			
۳	دست های خود را می شوید .			
۴	وسایل مربوط به ونتیلاتور مکانیکی را آماده و ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند و مسیر اصلی تنفس او را پیدا می کند.			
۷	بخور مرطوب کنار تخت بیمار می گذارد.			
۸	پای تخت بیمار را ۳۰ درجه بالا می برد.			
۹	بیمار را به حالت خوابیده به شکم قرار می دهد، در حالی که سر			

			به یک طرف باشد.	
۱۰			تعدادی بالش زیر قفسه سینه و شکم بیمار قرار می دهد.	
۱۱			دنده های تحتانی بیمار را در دو طرف پهلوها دق می کند.	
۱۲			بیمار را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در همان پوزیشن نگه می دارد.	
۱۳			بیمار را تشویق به سرفه و خروج خلط می کند.	
۱۴			از بیمار می خواهد که از راه بینی تنفس عمیق کند و در سه مرحله کوتاه بازدم داشته باشد.	
۱۵			بیمار را تشویق به تنفس عمیق و سپس سرفه می کند (سرفه مداوم و سه تایی).	
۱۶			حدود ۱ دقیقه تمرین و ۲ دقیقه استراحت به بیمار می دهد .	
۱۷			دهان شویه انجام می دهد.	
۱۸			ریه های بیمار را از نظر اثربخشی تکنیک بررسی می کند.	
۱۹			مشاهدات و یافته های خود را طبق موارد زیر ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان فیزیوتراپی ب - نام پوزیشن مورد استفاده و طول زمان فیزیوتراپی ج - رنگ، میزان ، قوام و محتویات ترشحات و وجود خون د - مشکلات و توجهات پرستاری و میزان تحمل بیمار	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب‌های تحتانی - قطعه قدامی)

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات از قسمت های قدامی ریه‌ها

۲- پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت ریوی

۳- پیشگیری از بروز آتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود) یا میز جلوی بیمار - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن - وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن و آمبوبگ (در صورت نیاز).

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	وسایل مربوط به ساکشن را آماده و آن ها را بررسی می کند.			
۳	دست ها را می شوید .			
۴	وسایل مربوط به ونتیلاتور مکانیکی را آماده و ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند و مسیر اصلی تنفس او را پیدا می کند.			
۷	بخور مرطوب کنار تخت بیمار می گذارد.			
۸	پایین تخت بیمار را ۳۰ درجه بالا می برد.			
۹	بیمار را به پهلو متمایل به سمت سطح شکم قرار می دهد.			
۱۰	پای رویی بیمار را به حالت خمیده در می آورد.			
۱۱	یک عدد بالش زیر پای او می گذارد.			
۱۲	زیر سر بیمار را بالا می آورد و یک عدد بالش زیر آن می گذارد.			
۱۳	به نرمی با قسمت گوشتی پاشنه دست از بالای دنده‌های تحتانی تا زیر خط حفرة زیر بغل را دق می کند.			

۱۴	بیمار را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در همان پوزیشن نگه می دارد.		
۱۵	بیمار را تشویق به سرفه و خروج خلط می کند.		
۱۶	از بیمار می خواهد که از راه بینی نفس عمیق بکشد و در سه مرحله کوتاه بازدم کند.		
۱۷	بیمار را تشویق به تنفس عمیق و سپس سرفه می کند (سرفه مداوم و سه تایی).		
۱۸	حدود ۱ دقیقه تمرین و ۲ دقیقه استراحت به بیمار می دهد .		
۱۹	دهان شویه می دهد.		
۲۰	ریه های بیمار را از نظر اثربخشی تکنیک بررسی می کند.		
۲۱	مشاهدات و یافته های خود را از موارد زیر ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان فیزیوتراپی ب - نام پوزیشن مورد استفاده و طول زمان فیزیوتراپی ج - رنگ، میزان ، قوام و محتویات ترشحات و وجود خون د - مشکلات و توجهات پرستاری و میزان تحمل بیمار		
۲۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فیزیوتراپی سینه جهت تخلیه لوب های تحتانی - قطعه فوقانی

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات از قسمت های فوقانی ریه ها

۲- پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت های ریوی

۳- پیشگیری از بروز آتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود و یا میز جلوی بیمار) - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن - وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن - آمبویگ (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	وسایل مربوط به ساکشن را آماده و آن ها را بررسی می کند.			
۳	دست ها را می شوید .			
۴	وسایل مربوط به ونتیلاتور مکانیکی را آماده و ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند و مسیر اصلی تنفس او را پیدا می کند.			
۷	بخور مرطوب کنار تخت بیمار می گذارد.			
۸	تخت را به حالت صاف در می آورد.			
۹	بیمار را به شکم می خواباند.			
۱۰	پاها را نسبت به شکم به حالت خمیده در می آورد.			
۱۱	دو عدد بالش زیر ران های بیمار قرار می دهد.			
۱۲	روی هر دو شانه بیمار دق می کند.			
۱۳	دنده های تحتانی بیمار را در دو طرف پهلوها دق می کند.			
۱۴	بیمار را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در همان پوزیشن نگه می دارد.			

۱۵	بیمار را تشویق به سرفه و خروج خلط می کند.		
۱۶	از بیمار می خواهد که از راه بینی تنفس عمیق کند و در سه مرحله کوتاه بازدم داشته باشد.		
۱۷	بیمار را تشویق به تنفس عمیق و سپس سرفه می کند (سرفه مداوم و سه تایی).		
۱۸	حدود ۱ دقیقه تمرین و ۲ دقیقه استراحت به بیمار می دهد .		
۱۹	دهان شویه می دهد.		
۲۰	ریه های بیمار را از نظر اثربخشی تکنیک بررسی می کند.		
۲۱	مشاهدات و یافته های خود را طبق موارد زیر ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان فیزیوتراپی ب - نام پوزیشن مورد استفاده و طول زمان فیزیوتراپی ج - رنگ، میزان ، قوام و محتویات ترشحات و وجود خون د - مشکلات و توجهات پرستاری و میزان تحمل بیمار		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب راست میانی - قطعه میانی و کناری)

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات از قسمت های میانی و کناری لوب های میانی ریه

۲- پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت های ریوی

۳- پیشگیری از بروز آتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود) یا میز جلوی بیمار - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن - وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن و آمبوبگ (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	وسایل مربوط به ساکشن را آماده و آن ها را بررسی می کند.			
۳	دست ها را می شوید .			
۴	وسایل مربوط به ونتیلاتور مکانیکی را آماده و ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند و مسیر اصلی تنفس او را پیدا می کند.			
۷	بخور مرطوب کنار تخت بیمار می گذارد.			
۸	پای تخت بیمار را ۱۵ درجه بالا می آورد.			
۹	بیمار را به سمت چپ می چرخاند در حالی که پای بالایی خمیده باشد.			
۱۰	سر بیمار را پایین می آورد.			
۱۱	بدن بیمار را به اندازه ی یک چهارم بدن به سمت پشت می چرخاند.			
۱۲	زیر او یک عدد بالش قرار می دهد.			
۱۳	دستان خود را به حالت خمیده در می آورد و آرام بالای نوک			

			پستان بیمار را دق می کند.	
۱۴			در خانم ها دست ها را طوری قرار می دهد که پاشنه کف دست زیر حفره زیر بغل و انگشتان به صورت باز در اطراف و دور پستان وی قرار گیرد.	
۱۵			دنده های تحتانی بیمار را در دو طرف پهلوها دق می کند.	
۱۶			بیمار را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در همان پوزیشن نگه می دارد.	
۱۷			بیمار را تشویق به سرفه و خروج خلط می کند.	
۱۸			از بیمار می خواهد که از راه بینی نفس عمیق بکشد و در سه مرحله کوتاه بازدم کند.	
۱۹			بیمار را تشویق به تنفس عمیق و سپس سرفه می کند (سرفه مداوم و سه تایی).	
۲۰			حدود ۱ دقیقه تمرین و ۲ دقیقه استراحت به بیمار می دهد .	
۲۱			دهان شویه می دهد.	
۲۲			ریه های بیمار را از نظر اثربخشی تکنیک بررسی می کند.	
۲۳			مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان فیزیوتراپی ب - نام پوزیشن مورد استفاده و طول زمان فیزیوتراپی ج - رنگ، میزان ، قوام و محتویات ترشحات و وجود خون د - مشکلات و توجهات پرستاری و میزان تحمل بیمار	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب چپ بالایی - قطعات تحتانی و فوقانی)

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات از قسمت های تحتانی و فوقانی لوب چپ ریه بیمار

۲- پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت های ریوی

۳- پیشگیری از بروز آتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود) یا میز

جلوی بیمار - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن - وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند

نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن و آمبویگ (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	وسایل مربوط به ساکشن را آماده و آن ها را بررسی می کند.			
۳	دست ها را می شوید .			
۴	وسایل مربوط به ونتیلاتور مکانیکی را آماده و ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند و مسیر اصلی تنفس او را پیدا می کند.			
۷	بخور مرطوب کنار تخت بیمار می گذارد.			
۸	پایین تخت بیمار را ۱۵ درجه بالا می آورد.			
۹	بیمار را به سمت چپ می چرخاند در حالی که پای بالایی خمیده باشد.			
۱۰	سر بیمار را پایین می آورد.			
۱۱	بدن بیمار را به اندازه ی یک چهارم بدن به سمت پشت می چرخاند.			

۱۲	زیر او یک عدد بالش قرار می دهد.		
۱۳	دست های خود را به حالت خمیده در می آورد و آرام بالای نوک پستان های بیمار را دق می کند.		
۱۴	در خانم ها دست ها را طوری قرار می دهد که پاشنه کف دست زیر حفره زیر بغل و انگشتان به صورت باز در اطراف و دور پستان وی قرار گیرد.		
۱۵	دنده های تحتانی بیمار را در دو طرف پهلوها دق می کند.		
۱۶	بیمار را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در همان پوزیشن نگه می دارد.		
۱۷	بیمار را تشویق به سرفه و خروج خلط می کند.		
۱۸	از بیمار می خواهد که از راه بینی نفس عمیق بکشد و در سه مرحله کوتاه بازدم کند.		
۱۹	بیمار را تشویق به تنفسی عمیق و سپس سرفه می کند(سرفه مداوم و سه تایی)		
۲۰	حدود ۱ دقیقه تمرین و ۲ دقیقه استراحت به بیمار می دهد .		
۲۱	دهان شویه می دهد.		
۲۲	ریه های بیمار را از نظر اثربخشی تکنیک بررسی می کند.		
۲۳	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان فیزیوتراپی ب - نام پوزیشن مورد استفاده و طول زمان فیزیوتراپی ج - رنگ، میزان، قوام و محتویات ترشحات و وجود خون د - مشکلات و توجهات پرستاری و میزان تحمل بیمار		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب های بالایی - قطعات قدامی)

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات از قسمت های قدامی لوب بالایی ریه بیمار

۲- پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت های ریوی

۳- پیشگیری از بروز آتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود) یا میز جلوی بیمار - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن - وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن و آمبوبگ (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	وسایل مربوط به ساکشن را آماده و آن ها را بررسی می کند.			
۳	دست ها را می شوید .			
۴	وسایل مربوط به ونتیلاتور مکانیکی را آماده و ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند و مسیر اصلی تنفس او را پیدا می کند.			
۷	بخور مرطوب کنار تخت بیمار می گذارد.			
۸	تخت را در وضعیت صاف قرار می دهد.			
۹	یک عدد بالش زیر ران ها و زانوهای وی قرار می دهد.			
۱۰	بیمار را به آرامی در کنار تخت نگه می دارد.			
۱۱	بین کلاویکول و نوک پستان بیمار دق می کند.			
۱۲	دنده های تحتانی بیمار را در دو طرف پهلوها دق می کند.			
۱۳	بیمار را به مدت ۱۰-۱۵ دقیقه در همان پوزیشن نگه می دارد.			
۱۴	بیمار را تشویق به سرفه و خروج خلط می کند.			
۱۵	از بیمار می خواهد که از راه بینی نفس عمیق بکشد و در سه مرحله کوتاه بازدم کند.			

۱۶	بیمار را تشویق به تنفس عمیق و سپس سرفه می کند(سرفه مداوم و سه تایی).		
۱۷	حدود ۱ دقیقه تمرین و ۲ دقیقه استراحت به بیمار می دهد .		
۱۸	دهان شویه می دهد.		
۱۹	ریه های بیمار را از نظر اثربخشی تکنیک بررسی می کند.		
۲۰	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان فیزیوتراپی ب - نام پوزیشن مورد استفاده و طول زمان فیزیوتراپی ج - رنگ، میزان ، قوام و محتویات ترشحات و وجود خون د - مشکلات و توجهات پرستاری و میزان تحمل بیمار		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دادن فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب های بالایی - قطعات اپیکال)

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات از قسمت های اپیکال لوب های فوقانی ریه بیمار

۲- پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت های ریوی

۳- پیشگیری از بروز آتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود) یا میز

جلوی بیمار - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن - وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند

نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن و آمبوبگ (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	وسایل مربوط به ساکشن را آماده و آن ها را بررسی می کند.			
۳	دست ها را می شوید .			
۴	وسایل مربوط به ونتیلاتور مکانیکی را آماده و ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند و مسیر اصلی تنفس او را پیدا می کند.			
۷	بخور مرطوب کنار تخت بیمار می گذارد.			
۸	تخت را در وضعیت صاف در می آورد.			
۹	پشت بیمار را ۳۰ درجه نسبت به خودش قرار می دهد.			
۱۰	یک عدد بالش در پشت بیمار قرار می دهد.			
۱۱	کف دستان خود را به حالت خمیده روی کلاویکول و روی استخوان های شانه قرار می دهد و از دو طرف دق می کند.			
۱۲	دنده های تحتانی بیمار را در دو طرف پهلوها دق می کند.			
۱۳	بیمار را به مدت ۱۵ - ۱۰ دقیقه در همان پوزیشن نگه می دارد.			

۱۴	بیمار را تشویق به سرفه و خروج خلط می کند.		
۱۵	از بیمار می خواهد که از راه بینی نفس عمیق بکشد و در سه مرحله کوتاه بازدم کند.		
۱۶	بیمار را تشویق به تنفس عمیق و سپس سرفه می کند (سرفه مداوم و سه تایی).		
۱۷	حدود ۱ دقیقه تمرین و ۲ دقیقه استراحت به بیمار می دهد .		
۱۸	دهان شویه می دهد.		
۱۹	ریه های بیمار را از نظر اثربخشی تکنیک بررسی می کند.		
۲۰	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان فیزیوتراپی ب - نام پوزیشن مورد استفاده و طول زمان فیزیوتراپی ج - رنگ، میزان ، قوام و محتویات ترشحات و وجود خون د - مشکلات و توجهات پرستاری و میزان تحمل بیمار		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فیزیوتراپی سینه در وضعیت پوسچرال (لوب های فوقانی - قطعه خلفی)

اهداف:

۱- تخلیه ترشحات از قسمت های پشتی لوب های فوقانی ریه بیمار

۲- پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت های ریوی

۳- پیشگیری از بروز آتلکتازی

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - تعدادی بالش - تخت مخصوص یا میز مخصوص درناژ (در صورت وجود) یا میز جلوی بیمار - رسیور - ساکشن و تجهیزات آن، وسایل دهان شویه - کیسه زباله - منبع اکسیژن - سوند نازال یا ماسک اکسیژن - دستگاه تهویه مکانیکی و تجهیزات آن و آمبوبگ (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	وسایل مربوط به ساکشن را آماده و آن ها را بررسی می کند.			
۳	دست ها را می شوید .			
۴	وسایل مربوط به ونتیلاتور مکانیکی را آماده و ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند و مسیر اصلی تنفس او را پیدا می کند.			
۷	بخور مرطوب کنار تخت بیمار می گذارد.			
۸	تخت را در وضعیت صاف در می آورد.			
۹	بیمار را روی یک بالش در زاویه ۳۰ درجه تکیه می دهد.			
۱۰	قسمت بالایی پشت در هر دو طرف شانه های بیمار را دق می کند.			
۱۱	دنده های تحتانی بیمار را در دو طرف پهلوها دق می کند.			
۱۲	بیمار را به مدت ۱۵ - ۱۰ دقیقه در همان پوزیشن نگه می دارد.			
۱۳	بیمار را تشویق به سرفه و خروج خلط می کند.			
۱۴	از بیمار می خواهد که از راه بینی نفس عمیق بکشد و در سه			

			مرحله کوتاه بازدم کند.	
			بیمار را تشویق به تنفس عمیق و سپس سرفه می کند(سرفه مداوم و سه تایی).	۱۵
			حدود ۱ دقیقه تمرین و ۲ دقیقه استراحت به بیمار می دهد .	۱۶
			دهان شویه می دهد.	۱۷
			ریه های بیمار را از نظر اثربخشی تکنیک بررسی می کند.	۱۸
			مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان فیزیوتراپی ب - نام پوزیشن مورد استفاده و طول زمان فیزیوتراپی ج - رنگ، میزان ، قوام و محتویات ترشحات و وجود خون د - مشکلات و توجهات پرستاری و میزان تحمل بیمار	۱۹

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به بیمار در استفاده از اسپرومتری انگیزشی

اهداف:

- ۱- دستیابی به یک تهویه کامل ریوی
- ۲- کمک در انجام تنفس عمیق و در نتیجه انبساط آلوئولی و افزایش حجم ریه‌ها
- ۳- افزایش بازگشت وریدی از ریه‌ها و بهبود وضعیت تنفسی بیمار
- ۴- پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت های ریوی در بیماران تحت جراحی های قسمت‌های فوقانی شکم، جراحی های قفسه صدری و جراحی در بیماران با بیماری‌های مزمن ریوی
- ۵- کمک به برگشت قدرت انقباضی ریه‌ها در بیمارانی که دچار فلج اندام ها یا دیافراگم می باشند.
- ۶- پیشگیری از بروز آتلکتازی در بیمارانی که در معرض خطر می‌باشند.
- ۷- کمک به برگشت الگوی طبیعی تنفسی در بیمارانی که به مدت طولانی استراحت مطلق بوده‌اند به خصوص پس از اعمال جراحی بزرگ
- ۸- کمک به بازگشت قدرت سرفه کردن و خروج ترشحات در سیگاری ها و بیمارانی که کاهش قدرت سرفه کردن دارند

وسایل مورد نیاز:

دستگاه اسپرومتری مخصوص بیماران بستری (معمولاً شخصی و انحصاری استفاده می‌شود و یا دستگاه اسپرومتری حجمی که سر یک بار مصرف دارد) - گوشی پزشکی - ساعت - خودکار و کاغذ - محلول ضد عفونی در یک ظرف استریل - برچسب مشخصات

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر انجام اسپرومتری بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۴	لوله جریان هوای استریل و قطعه دهانی استریل را باز می کند.			
۵	قطعه دهانی را به لوله و لوله را به دستگاه اسپرومتر وصل می کند.			
۶	تعداد و حجم تنفسی دستور داده شده توسط پزشک را روی دستگاه تنظیم می کند.			

۷	در صورت لزوم دستگاه را روشن می کند.		
۸	بیمار را ارزیابی می کند (از نظر تعداد و الگوی تنفسی).		
۹	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی آموزش می دهد.		
۱۰	بیمار را در پوزیشن مناسب (نیمه نشسته یا نشسته) قرار می دهد.		
۱۱	مطمئن می شود که بیمار نکات آموزشی را که به وی گفته شده است کاملاً درک کرده و قادر به همکاری می باشد.		
۱۲	ریه های بیمار را با گوشی پزشکی معاینه می کند.		
۱۳	مسیر اصلی را جهت فیزیوتراپی تنفسی پیدا می کند.		
۱۴	از بیمار می خواهد که قطعه دهانی دستگاه را درست در وسط لب های خود قرار دهد طوری که لب های وی دو قطعه را بپوشاند.		
۱۵	بیمار را تشویق می کند که به شکل طبیعی بازدم کند و سپس یک دم آرام و تا جای ممکن عمیق داشته باشد.		
۱۶	اگر مرحله فوق برای بیمار مشکل است، از او می خواهد که عمل مکیدن داخل لوله را خیلی آرام انجام دهد.		
۱۷	از بیمار می خواهد که حجم هوای وارد شده در هنگام دم را ۳ ثانیه نگه دارد (این تنفس عمیق فشار هوای انتهای دمی را افزایش می دهد).		
۱۸	از بیمار می خواهد که قطعه دهانی را خارج کرده و به طور طبیعی بازدم کند.		
۱۹	اجازه می دهد که بیمار قبل از شروع مرحله بعدی عضلات تنفسی را شل کند و چند تنفس طبیعی انجام دهد.		
۲۰	از بیمار می خواهد که این مرحله را ۱۰-۵ بار در طول ساعت انجام دهد.		
۲۱	Tidal volume (TV) را یادداشت می کند.		
۲۲	قدرت سرفه کردن بیمار را ارزیابی می کند و او را تشویق به سرفه می کند.		
۲۳	ریه های بیمار را معاینه می کند.		
۲۴	پس از پایان، قطعه دهانی را از بیمار می گیرد.		
۲۵	قطعه دهانی را در آب گرم می شوید.		
۲۶	آن را خشک می کند.		
۲۷	اسپیرومتر را در جایی که در دسترس بیمار باشد قرار می دهد.		

			در بین تمرینات قطعه دهانی را در پاکت خودش قرار می دهد.	۲۸
			به آن برچسب تاریخ و زمان و نام بیمار و شماره تخت را می زند.	۲۹
			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - هر آنچه به بیمار آموزش داده است. ب - سطح حجم یا ریت تنظیم شده. ج - تاریخ ، زمان ، نوع دستگاه، حجم و تعداد تنظیم شده روی دستگاه و تعداد تنفس بیمار د - حالات بیمار قبل و بعد از اسپرومتری (تعداد و حجم الگوی تنفسی) و تحمل بیمار نسبت به تکنیک و علت انجام اسپرومتری	۳۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: درمان بانبولايزر با حجم بزرگ

اهداف:

۱- بهداشت برونشبول ها با نگهداری پوشش مخاطی به طور مداوم

۲- مرطوب کردن راه هوایی

۳- خروج ترشحات باقیمانده، خروج خلط

۴- مرطوب کردن اکسیژن تنفسی

۵- رساندن داروهای کمکی

وسایل مورد نیاز:

نبولایزر با حجم بزرگ از قبیل : منبع گاز تنظیم شده - کنتور جریان - اکسیژن فشار قوی - آب مقطر - دستکش - داروهای تجویز شده - گوشی معاینه - دستگاه گرم کننده (heater) - اکسیژن - لیوان نبولایزر، ساکشن

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست هایش را می شوید.			
۲	انجام پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	علایم حیاتی بیمار را می گیرد.			
۴	برای اینکه یک ارزیابی اولیه از بیمار داشته باشد ریه های بیمار را معاینه می کند.			
۵	بیمار را در وضعیت نشسته قرار می دهد یا سر بیمار را تا جایی که امکان دارد بالا می آورد تا از باز بودن راه هوایی به طور کامل و انتشار آئروسول ها مطمئن شود.			
۶	مطمئن می شود بیمار آرام است و حین درمان تنفس های مساوی دارد.			
۷	محفظه آب را تا سطح نشان داده شده از آب مقطر استریل پر می کند.			
۸	اگر پزشک دستور داده است دستگاه گرم کننده را به نبولایزر اضافه می کند.			
۹	یک دماسنج بین قسمت خروجی و بیمار قرار می دهد (اگر ممکن است نزدیک به بیمار نصب شود).			

۱۰	دمای واقعی گازهای تنفسی را برای این که از سوزاندن بیمار جلوگیری کند مانیتور می کند.		
۱۱	جریان اکسیژن را در لوله هایی که به بیمار متصل است بررسی می کند تا از درصد اکسیژن رسانی مطمئن شود.		
۱۲	وسیله جذب دارو را به بیمار وصل می کند.		
۱۳	مطمئن است بیمار سرفه می کند و خلط را خارج می کند یا در صورت نیاز ساکشن می کند.		
۱۴	سطح آب را در نبولایزر مکرراً کنترل می کند و مجدداً تا جایی که مشخص شده است پر می کند.		
۱۵	اگر نبولایزر گرم شده است، از بیمار می خواهد تا دمای آن را گزارش دهد.		
۱۶	دمای گازی که بیمار تنفس می کند را به وسیله دماسنج مانیتور می کند.		
۱۷	اگر درمان با نبولایزر بیش از ۵ دقیقه فاصله می افتد کلیه اتصال های گرم کننده را قطع می کند تا از گرمای بیش از حد آب جلوگیری کند.		
۱۸	تاریخ، زمان و مدت درمان را ثبت می کند.		
۱۹	مقدار، نوع دارو و درصد اکسیژن را ثبت می کند.		
۲۰	علائم حیاتی اولیه و بعدی، صداهای تنفسی و پاسخ بیمار به درمان را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: درمان بانبولايزر با حجم کوچک

اهداف:

۱- بهداشت برونشبول ها با نگهداری پوشش مخاطی به طور مداوم

۲- مرطوب کردن راه هوایی

۳- خروج ترشحات باقیمانده

۴- خروج خلط

۵- مرطوب کردن اکسیژن تنفسی

۶- رساندن داروهای کمکی

وسایل مورد نیاز:

نبولایزر با حجم کوچک - منبع گاز اکسیژن تنظیم شده - کنتور جریان - اکسیژن - لیوان نبولایزر -

ماسک - محلول نرمال سالین - داروهای تجویز شده - ساکشن - دستکش - گوشی معاینه

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	انجام پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	علائم حیاتی بیمار را می گیرد.			
۴	برای این که یک ارزیابی اولیه از بیمار داشته ریه های بیمار را معاینه می کند.			
۵	بیمار را در وضعیت نشسته قرار می دهد یا سر بیمار را تا جایی که امکان دارد بالا می برد تا از باز بودن راه هوایی به طور کامل و انتشار آئروسول ها مطمئن شود.			
۶	مطمئن می شود بیمار آرام است و تنفس های مساوی حین درمان دارد.			
۷	بعد از بستن کنتور جریان به منبع گاز، نبولایزر را به کنتور جریان می بندد تا جریان گاز را اندازه بگیرد، سپس جریان را به ۱۰-۱۴ لیتر در دقیقه تعدیل می کند تا ضمن عملکرد کافی از تنفس اضافی جلوگیری کند.			
۸	قسمت خروجی جریان را کنترل می کند تا مطمئن شود بخار تولید			

			شده به اندازه کافی باشد.
۹			۲۰-۱۵ دقیقه آخر درمان را کنار بیمار می ماند و علایم حیاتی او را می گیرد تا هر گونه واکنش منفی به داروها را ببیند.
۱۰			بیمار را به سرفه و خروج ترشحات تشویق می کند یا در صورت لزوم ساکشن می کند.
۱۱			داروهای تجویز شده را آماده می کند و آنرا به داخل لیوان نبولایزر می ریزد و مقدار آب مقطر یا نرمال سالین تجویز شده را اضافه می کند.
۱۲			ماسک دهانی یا هر وسیله مخصوص جذب گاز را می بندد.
۱۳			تاریخ، زمان و مدت درمان را ثبت می کند.
۱۴			نوع و مقدار دارو، درصد اکسیژن را ثبت می کند.
۱۵			علایم حیاتی اولیه و بعدی و صداهای تنفسی و پاسخ بیمار به درمان را ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: درمان با نبولایزر اولتراسونیک

اهداف:

۱- بهداشت برونشیول ها با نگهداری پوشش مخاطی به طور مداوم

۲- مرطوب کردن راه هوایی

۳- خروج ترشحات باقیمانده

۴- خروج خلط

۵- مرطوب کردن اکسیژن تنفسی

۶- رساندن داروهای کمکی

وسایل مورد نیاز:

نبولایزرهای اولتراسونیک (مافوق صوت) - دستگاه رساندن گاز اولتراسونیک - لوله های با فشار قوی اکسیژن - نبولایزرهای دو قسمتی - دستکش - داروهای گشاد کننده برونش - داروهای تجویز شده - گوشی معاینه - ساکشن

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	انجام پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۴	برای این که یک ارزیابی اولیه از بیمار داشته است ریه های بیمار را معاینه می کند.			
۵	بیمار را در وضعیت نشسته قرار می دهد یا سر بیمار را تا جایی که امکان دارد بالا می آورد تا از باز بودن ریه به طور کامل و انتشار آئروسول ها مطمئن شود.			
۶	مطمئن می شود بیمار آرام است و تنفس های مساوی یکسان دارد.			
۷	قبل از شروع به کار، از گشاد کننده های ریه استفاده می کند تا از اسپاسم ریه جلوگیری شود.			
۸	نبولایزر دو قسمتی را تا سطح نشان داده شده پرمی کند.			
۹	دستگاه را روشن می کند.			
۱۰	قسمت خروجی جریان را جهت خروج مناسب بخار تولید شده کنترل می کند.			

۱۱	بیمار را به طور مکرر، حین انجام پروسیجر برای مشاهده عکس‌العمل‌های مخالف کنترل می‌کند.		
۱۲	علائم حیاتی بیمار را می‌گیرد و ریه‌های بیمار را معاینه می‌کند.		
۱۳	تاریخ، زمان و مدت درمان را ثبت می‌کند.		
۱۴	مقدار و نوع دارو، درصد اکسیژن را ثبت می‌کند.		
۱۵	علائم حیاتی اولیه و بعدی و صداهای تنفسی و پاسخ بیمار به درمان را ثبت می‌کند.		
۱۶	دست‌های خود را می‌شود.		
۱۷	انجام پروسیجر را به بیمار توضیح می‌دهد.		
۱۸	علائم حیاتی بیمار را کنترل می‌کند.		
۱۹	برای این که یک ارزیابی اولیه از بیمار داشته باشد ریه‌های بیمار را معاینه می‌کند.		
۲۰	بیمار را در وضعیت نشسته قرار می‌دهد یا سر بیمار را تا جایی که امکان دارد بالا می‌آورد تا از باز بودن ریه به طور کامل و انتشار آئروسول‌ها مطمئن شود.		
۲۱	مطمئن می‌شود بیمار آرام است و تنفس‌های مساوی یکسان دارد.		
۲۲	قبل از شروع به کار، از گشاد کننده‌های ریه استفاده می‌کند تا از اسپاسم ریه جلوگیری شود.		
۲۳	نیولایزر دو قسمتی را تا سطح نشان داده شده پرمی‌کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: جداسازی از دستگاه ونتیلاتور

مقدمه: جداسازی موفق بستگی به توان تنفسی بیمار دارد، بدین صورت که تنفس خودبه خودی باید نیازهای تنفسی را تامین کند.

اهداف:

- ۱- پیشگیری از وابسته شدن بیمار به ونتیلاتور مکانیکی.
 - ۲- کمک به برگشت تنفس بیمارانی که بدون کمک ونتیلاتور قادر به جدایی از دستگاه نمی باشند.
 - ۳- کاهش اضطراب بیمار و کاهش اختلالات روحی و روانی بر اثر تنفس مصنوعی طولانی مدت
- وسایل مورد نیاز:
- دستگاه ونتیلاتور مکانیکی - منبع اکسیژن - T- Piece در صورت نیاز - سوند اکسیژن - وسایل اندازه گیری ABG - گوشی پزشکی - دستگاه اندازه گیری فشار خون - دستگاه پالس اکسی متری
- عامل انجام کار: پزشک - پرستار دوره دیده، یا پرستار بیهوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از تخلیه ترشحات معده بیمار قبل از شروع جداسازی اطمینان حاصل می کند.			
۲	در مورد نحوه انجام کار و هدف پروسیجر به بیمار توضیحات کافی می دهد.			
۳	از نظر همراه بودن با بیمار و تحت نظر قرار دادن وی و کنترل پاسخ های او به جداسازی از دستگاه به او اطمینان می دهد.			
۴	مثبت بودن معیارهای جدایی بیمار از دستگاه ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	دستور جداسازی بیمار از سوی پزشک را بررسی می کند.			
۶	پوزیشن نشسته و نیمه نشسته به بیمار می دهد.			
۷	بیمار را به دستگاه پالس اکسی متری وصل می کند و تا اتمام جداسازی وی را جدا نمی کند.			
۸	اطلاعات پایه شامل ضربان قلب، آریتمی ها، فشارخون، تعداد تنفس، دفع ادرار، ABG و GCS بیمار را قبل از جداسازی ثبت می کند.			
۹	تعدادی تنفس اجباری با حجم و تعداد و درصد اکسیژن مشخص به بیمار می دهد.			
۱۰	به صورت تدریجی تعداد تنفس های اجباری ارائه شده توسط ونتیلاتور، و Tidal volume را کم می کند (سرعت کاهش بستگی به پاسخ و سطح تحمل بیمار دارد).			

۱۱	ABG را ۲۰ دقیقه پس از هر بار تغییر پارامترهای ونتیلاتور کنترل می کند.		
۱۲	از مُد CPAP با کاهش تعداد تنفس اجباری به ۴-۲ تنفس در دقیقه استفاده می کند.		
۱۳	بیمار را از نظر قدرت تنفس خودبه خودی ارزیابی می کند.		
۱۴	در صورتی که از T.piece استفاده می کند، قطعه آنرا پس از جدا کردن لوله ونتیلاتور ETT یا لوله تراکیاستومی، به کانکشن مربوط وصل می کند.		
۱۵	رابط اکسیژن را به محل مخصوص در سر T.piece وصل می کند.		
۱۶	اکسیژن را به میزان دستور داده شده باز می کند.		
۱۷	بیمار را از نظر قدرت تنفس خودبه خودی ارزیابی می کند.		
۱۸	یک نمونه ABG پس از ۲۰ دقیقه انجام می دهد.		
۱۹	در صورت مطلوب بودن جواب ABG ، بیمار را از T.piece جدا کرده و لوله تراشه را خارج می کند.		
۲۰	ساکشن ترشحات ته حلق انجام می شود.		
۲۱	جواب ABG را تفسیر می کند.		
۲۲	علائم حیاتی، الگوی تنفسی ، آریتمی‌های احتمالی، جواب ABG و GCS بیمار را کنترل می کند .		
۲۳	از طریق ماسک برای بیمار اکسیژن ۶۰ - ۴۰ درصد می دهد.		
۲۴	ABG را کنترل می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: جداسازی بیمار بزرگسال از دستگاه ونتیلاتور به روش (Weaning cpap)

اهداف:

۱- بهبود قدرت عضلات تنفسی

۲- کاهش تلاش تنفسی و پیشگیری از خستگی عضلات در بیماران با عملکرد حرفه‌ای تنفسی

۳- جلوگیری از عوارض مربوط به دستگاه ونتیلاتور

وسایل مورد نیاز:

دستگاه ونتیلاتور - منبع اکسیژن - سوند اکسیژن - دستگاه ساکشن - گاز - چسب - وسایل اندازه گیری ABG - گوشی پزشکی - دستگاه فشارخون - دستگاه پالس اکسی متری

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از شروع جداسازی به میزان کافی به بیمار استراحت می دهد.			
۲	از چند ساعت قبل تا چند ساعت پس از جداسازی از دستگاه به بیمار چیزی برای خوردن نمی دهد.			
۳	از انجام پروسیجرهای بزرگی چون دیالیز، فیزیوتراپی و استحمام قبل از شروع فرایند جداسازی خودداری می کند.			
۴	مثبت بودن معیارهای جدایی بیمار از دستگاه ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۵	دستور جداسازی بیمار از دستگاه را در پرونده بیمار چک می کند.			
۶	اطلاعات پایه از جمله ضربان قلب ، آریتمی‌ها، فشار خون، تعداد تنفس ، دفع ادرار ، ABG و GCS قبل از جداسازی را ثبت می کند.			
۷	در مورد نحوه و هدف انجام کار به بیمار توضیح می دهد.			
۸	به بیمار اطمینان می دهد که با وی همراه است و پاسخ های وی به جداسازی از دستگاه را بررسی خواهد کرد.			
۹	پوزیشن نشسته و یا نیمه نشسته به بیمار می دهد.			
۱۰	دستگاه پالس اکسی متری را به بیمار وصل می کند.			
۱۱	در صورت لزوم داخل تراشه و دهان بیمار را به روش صحیح ساکشن می کند.			

۱۲	جهت اصلاح حرکات تنفسی و قادر شدن بیمار به تنفس در اولین قدم تلاش برای جداسازی، ونتیلاتور را به مدت ۵ دقیقه روی مد CPAP قرار می دهد.		
۱۳	پس از هر مرحله جداسازی بیمار را مجدداً روی حمایت تهویه ای (مد Psv یا SIMV) با سرعتی که تنفس ارادی را از بین ببرد قرار می دهد.		
۱۴	برای جداسازی در روز، بسته به طول دوره جداسازی و زمان استراحت بیمار در بین دوره های جداسازی ۶-۲ بار در روز تلاش می کند.		
۱۵	۲۰ دقیقه پس از هر بار تغییر در پارامترهای ونتیلاتور برای بیمار ABG انجام می دهد.		
۱۶	پس از بررسی بیمار و اطمینان از توانایی او برای انجام تنفس، حمایت تهویه ای را قطع می کند.		
۱۷	علائم و نشانه های عدم تحمل بیمار به فرآیند جداسازی را مورد توجه قرار می دهد.		
۱۸	در طول مدت جداسازی علائم حیاتی و ABG بیمار را ثبت می کند.		
۱۹	علائم و نشانه های عدم تحمل بیمار به فرآیند جداسازی را مورد توجه قرار می دهد.		
۲۰	در صورت مشاهده ی هر گونه علائم غیر عادی و اختلالات مربوطه به ABG و نشانه های عدم تحمل، فرآیند را قطع می کند.		
۲۱	تمام اقدامات انجام شده، واکنش بیمار و نتیجه کار را گزارش و ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جداسازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور با استفاده از لوله T (T.piece)

اهداف:

- ۱- بهبود قدرت عضلات تنفسی
 - ۲- کاهش تلاش تنفسی و پیشگیری از خستگی عضلات در بیماران با عملکرد حد مرزی تنفسی
 - ۳- پیشگیری از به تاخیر افتادن روند جداسازی
- وسایل مورد نیاز:
- دستگاه ونتیلاتور - منبع اکسیژن - سوند اکسیژن - لوله (T.piece) - چسب در صورت لزوم - گاز - وسایل اندازه گیری ABG - گوشی پزشکی - دستگاه فشار خون - دستگاه پالس اکسی متری - دستگاه ساکشن

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده - پزشک

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از شروع فرایند جداسازی به میزان کافی به بیمار استراحت می دهد.			
۲	از انجام پروسیجرهای بزرگی چون دیالیز، فیزیوتراپی تنفسی و استحمام بیمار خودداری می کند.			
۳	از مثبت بودن معیارهای جدایی بیمار از دستگاه ونتیلاتور مطلع می شود و بررسی می کند (طبق دستور العمل) .			
۴	دستور جداسازی بیمار از دستگاه را در پرونده بیمار چک می کند.			
۵	اطلاعات پایه شامل ضربان قلب - آریتمی ها - فشار خون - تعداد تنفس - دفع ادرار - ABG و GCS قبل از شروع جداسازی را ثبت می کند.			
۶	از چند ساعت قبل تا چند ساعت بعد از جداسازی، معده بیمار را خالی نگه می دارد.			
۷	در مورد نحوه ی انجام کار و هدف انجام پروسیجر به بیمار توضیح کافی می دهد.			
۸	به بیمار از همراه بودن با وی و این که وی مرتباً تحت نظر است و پاسخ هایش به دستگاه در زمان جداسازی کنترل			

			می شود اطمینان می دهد.
۹			جهت انجام فرآیند به بیمار پوزیشن نیمه نشسته می دهد.
۱۰			داخل تراشه را به روش صحیح در صورت لزوم ساکشن می کند.
۱۱			لوله رابط هوایی دستگاه ونتیلاتور را از کانکشن متصل به لوله داخل تراشه جدا می کند.
۱۲			T.piece را به کانکشن لوله داخل تراشه اتصال می دهد.
۱۳			سوند اکسیژن را به محل مخصوص روی T.piece وصل می کند.
۱۴			به میزان اکسیژن تجویزی با دستگاه تهویه مصنوعی یا ۱۰ درصد بیشتر از آن میزان به بیمار اکسیژن می دهد.
۱۵			دوره های T.piece را در شروع جداسازی به میزان ۵-۱۰ دقیقه کوتاه می کند.
۱۶			بر حسب تحمل بیمار تا حد ۶۰-۳۰ دقیقه زمان T.piece را تدریجاً افزایش می دهد.
۱۷			۲۰ دقیقه پس از هر مرحله جداسازی ABG انجام می دهد.
۱۸			پس از هر مرحله جداسازی مجدداً بیمار را روی دستگاه با حمایت کامل تهویه ای نظیر مد A/C قرار می دهد.
۱۹			دوره های جداسازی را به میزان ۶-۲ بار در روز بسته به طول زمان جداسازی و مقدار استراحتی که بیمار قبل از مرحله جداسازی بعدی نیاز دارد تکرار می کند.
۲۰			تعداد دفعات جداسازی را با افزایش طول زمان جداسازی کاهش می دهد.
۲۱			به علت تمایل به هیپوونتیلیاسیون درضمن خواب، به بیمار در طول شب استراحت می دهد (بیمار در طول شب مجدداً زیر دستگاه قرار گیرد).
۲۲			در صورتی که بیمار برای تمام طول روز قادر به تهویه ارادی باشد جداسازی را در شب انجام می دهد.
۲۳			تا زمانی که بیمار قادر باشد برای تمام طول روز از دستگاه جدا باشد روش قطع و وصل متناوب را ارایه می دهد.
۲۴			در صورتی که بیمار بتواند برای تمام طول شبانه روز از دستگاه جدا باشد حمایت ونتیلاتوری را قطع می کند.
۲۵			تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جداسازی بیمار از ونتیلاتور به روش حمایت فشاری

اهداف:

- ۱- بهبود قدرت عضلات تنفسی
 - ۲- کاهش تلاش تنفسی و پیشگیری از خستگی عضلات در بیماران با عملکرد حد مرزی تنفسی
 - ۳- پیشگیری از به تاخیر افتادن روند جداسازی
- وسایل مورد نیاز:

دستگاه ونتیلاتور - منبع اکسیژن - سوند اکسیژن - چسب در صورت لزوم - گاز - وسایل اندازه‌گیری ABG - گوشی پزشکی - دستگاه فشار خون - دستگاه پالس اکسی متری - دستگاه ساکشن

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در مورد نحوه انجام کار و هدف پروسیجر به بیمار توضیح کافی می‌دهد.			
۲	به بیمار در رابطه با همراه بودن با وی و تحت نظر بودن وی و کنترل پاسخ‌های بیمار به جداسازی وی از دستگاه اطمینان می‌دهد.			
۳	مثبت بودن معیارهای جدایی بیمار از دستگاه ونتیلاتور را بررسی می‌کند.			
۴	داروهای وازوپرسور را ۱۲-۲۴ ساعت قبل از جداسازی قطع می‌کند.			
۵	چارت علایم حیاتی بیمار را از ۱۲-۲۴ ساعت قبل از جداسازی بررسی می‌کند.			
۶	دستور جداسازی بیمار از سوی پزشک مربوطه را کنترل می‌کند.			
۷	وضعیت نشسته و نیمه نشسته به بیمار می‌دهد.			
۸	اطلاعات پایه از قبیل ضربان قلب، آریتمی ها، فشار خون، تعداد تنفس، دفع ادرار، ABG قبل از جداسازی را ثبت می‌کند.			
۹	بیمار را به پالس اکسی متر وصل می‌کند.			
۱۰	سطحی از P.SV که حجم جاری به میزان ۵ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن و تعداد تنفس ۲۰ بار در دقیقه ایجاد می‌کند را روی ونتیلاتور تنظیم می‌کند.			

۱۱	به صورت تدریجی p.sv را به میزان ۲-۵ cm H2O کاهش می دهد.		
۱۲	هم زمان با کاهش تدریجی P.SV ، بیمار را از نظر تحمل سطح کاهش کمک ونتیلاتوری بررسی می کند.		
۱۳	۲۰ دقیقه پس از هر بار تغییر در پارامترهای مانیتورینگ، ABG انجام می دهد.		
۱۴	به روند جداسازی تا رسیدن سطح P.SV به ۲-۵ cm H2O جهت غلبه بر مقاومت موردی ادامه می دهد.		
۱۵	زمان جداسازی در هر مرحله را افزایش می دهد.		
۱۶	در زمان استراحت بین مراحل جداسازی PSVmax می دهد.		
۱۷	در جداسازی با p.sv همراه با SIMV به اندازه ای p.s می دهد که به تنفس ارادی جهت غلبه بر مقاومت ارادی مد تهویه ای کمک کند.		
۱۸	جداسازی را به روش SIMV به همراه کاهش تدریجی در سطح p.sv ادامه می دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جداسازی بیمار از ونتیلاتور به روش SIMV

اهداف:

- ۱- پیش گیری از وابسته شدن بیمار به ونتیلاتور
 - ۲- کمک به برگشت تنفس ارادی بیمارانی که بدون کمک ونتیلاتور قادر به جدایی از دستگاه نمی باشند.
 - ۳- کاهش اضطراب بیمار و کاهش اختلالات روانی بر اثر تنفس مصنوعی طولانی مدت
- وسایل مورد نیاز:
- دستگاه ونتیلاتور - منبع اکسیژن - سوند اکسیژن - چسب در صورت لزوم - گاز - وسایل اندازه گیری ABG - گوشی پزشکی - دستگاه فشار خون - دستگاه پالس اکسی متری - دستگاه ساکشن
- عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در مورد نحوه انجام کار و هدف پروسیجر به بیمار توضیحات کافی می دهد.			
۲	به بیمار از همراه بودن با وی و تحت نظر بودن وی و کنترل پاسخ های بیمار به جداسازی وی از دستگاه اطمینان می دهد.			
۳	مثبت بودن معیارهای جدایی بیمار از دستگاه ونتیلاتور را بررسی می کند.			
۴	دستور جداسازی از سوی پزشک مربوطه را کنترل می کند.			
۵	جهت انجام فرآیند به بیمار پوزیشن نشسته و نیمه نشسته می دهد.			
۶	بیمار را به پالس اکسی متر وصل می کند.			
۷	اطلاعات پایه شامل ضربان قلب، آریتمی ها، فشارخون، تعداد تنفس، دفع ادرار، ABG و GCS بیمار را قبل از جداسازی ثبت می کند.			
۸	تعدادی تنفس اجباری با حجم و تعداد و درصد اکسیژن مشخص به بیمار می دهد.			
۹	تعداد تنفس های اجباری ارائه شده توسط ونتیلاتور را تا رسیدن به تنفس خود به خودی بیمار به تدریج کم می کند.			
۱۰	ABG را ۲۰ دقیقه پس از هر بار تغییر پارامترهای ونتیلاتور کنترل می کند.			
۱۱	از مُد CPAP یا T.piece با کاهش تعداد تنفس اجباری به ۴-۲ تنفس در دقیقه استفاده می کند.			
۱۲	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: خارج کردن چست تیوب

هدف: جلوگیری از ایجاد عفونت در پرده جنب

وسایل مورد نیاز: ست بخیه - گاز وازلین - گاز استریل - دستکش استریل

عامل انجام کار: پزشک و پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را برای وی توضیح می دهد.			
۲	نیاز به استفاده از مسکن را بررسی نموده، در صورت لزوم ۳۰ دقیقه قبل از انجام روش آن را تزریق می کند.			
۳	دست ها را شسته، ست استریل را برای کشیدن بخیه ها و پانسمان مجدد باز می کند.			
۴	بیمار را برحسب دستور پزشک در پوزیشن مناسب قرار داده از نظر جسمی و عاطفی مورد حمایت قرار می دهد.			
۵	از بیمار می خواهد که بعد از کشیده شدن بخیه ها یک نفس عمیق بکشد و تا زمانی که پزشک لوله ها را خارج می سازد نفس خود را نگه دارد.			
۶	گاز وازلین را به همراه چند عدد گاز در محل کشیده شدن چست تیوپ قرار داده و با چسب پانسمان را فیکس می کند.			
۷	علاوه بر بررسی تجهیزات، بیمار را از نظر وضعیت سرفه و تنفس عمیق یا محل ورود چست تیوپ، بررسی و شناخت قفسه سینه و علایم حیاتی در صورت لزوم مورد مشاهده قرار می دهد.			
۸	بیمار را مجدداً در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۹	وسایل استفاده شده را برداشته و برچسب مواد مترشحه از بدن را روی آن می چسباند.			
۱۰	پانسمان قفسه سینه را بررسی می کند. مقدار، رنگ و نوع مواد درناژ شده از قفسه سینه را بررسی و به هر گونه عوارض توجه می کند و مراقبت های پرستاری مورد نیاز را به عمل می آورد.			
۱۱	بعد از خارج شدن چست تیوب بیمار را از نظر وجود آمفیژم چک می کند.			
۱۲	تمام موارد انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: خارج نمودن لوله تراشه (اکستیوب کردن)

هدف: خروج کامل یا تعویض لوله تراشه

وسایل مورد نیاز:

آمبوبگ - سیلندر اکسیژن - سرنگ ۲۰ سی سی یا ۱۰ سی سی - آب مقطر - تجهیزات مربوط به ساکشن - پالس اکسی متر - وسایل ایتنوباسیون

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر اکستیوب کردن بیمار کنترل می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و به وی می گوید که به علت برگشت وضعیت تنفس به حالت طبیعی طبق نظر پزشک تصمیم به خروج لوله تراشه گرفته شده است.			
۳	پوزیشن نیمه نشسته به بیمار می دهد.			
۴	مطمئن می شود که بیمار از یک ساعت قبل چیزی نخورده است.			
۵	لوله تراشه و مجاری تنفس، دهان و حلق بیمار را ساکشن می کند.			
۶	پروپ پالس اکسی متر را به بیمار وصل می کند و تا ثابت شدن وضعیت بیمار ادامه داشته باشد.			
۷	کاف لوله تراشه را خالی می کند.			
۸	در حین تنفس عمیق در انتهای بازدم لوله تراشه را به آرامی خارج می کند.			
۹	جهت ارزیابی سریع عملکرد بیمار را تشویق به سرفه و حرف زدن می کند.			
۱۰	توسط ماسک اکسیژن، اکسیژناسیون مرطوب برای بیمار ایجاد می کند.			
۱۱	تا ثابت شدن وضعیت و تعداد تنفس، نحوه عملکرد عضلات تنفسی و ABG را کنترل می کند.			
۱۲	کلیه مشاهدات و یافته های خود را از مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: ساکشن فارنکس (ساکشن بینی حلقی، ساکشن لوزه ای)

اهداف :

- ۱- در بیماران با هوشیاری پایین که با کمک ایروی تنفس می کنند، با کمک ساکشن اورو فارنکس، دهان و بینی و حلق را از ترشحات پاک می کند.
- ۲- در بیماران هوشیار به وسیله قطعه لوزه ای حلق بیمار را پاک می کند.
- ۳- در بیمارانی که ریسک خونریزی دارند یا نشت مایع نخاعی به داخل حلق دارند از این نوع ساکشن جهت پاک سازی حلق از خون و ترشحات مایع نخاعی استفاده می شود.
- ۴- تمیز کردن راه هوایی بیمارانی که خود قادر به این کار نیستند.
- ۵- حفظ راه هوایی بیمار و رساندن حداکثر اکسیژن به بیمار
- ۶- جهت تحریک تنفس عمیق بیماری که لوله گذاری نشده است.
- ۷- ایجاد حس همراه بودن و حمایت از جانب پرستار در بیمار

ابزار مورد نیاز:

ساکشن دیواری یا قابل حمل - کانکش ۷ شکل - نرم کننده قابل حل در آب - دستکش استریل - کاتتر ساکشن استریل به شماره ۱۸-۱۴ - آب استریل یا سرم نرمال سالین - رسیور جهت استفرغ بیمار - حوله - دستکش یکبار مصرف - ایروی در صورت نیاز با شماره مناسب - ماسک - عینک محافظ در صورت نیاز - گان در صورت نیاز - پالس اکسی متر -

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک مبنی بر ساکشن اورو فارنکس را بررسی می کند.			
۲	جواب ABG بیمار را در صورت وجود بررسی می کند.			
۳	علامت حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۴	میزان توانایی بیمار در سرفه کردن و تنفس عمیق را بررسی می کند.			
۵	تاریخچه بیمار از نظر وجود انحراف سپتوم بینی، پولیپ بینی، شکستگی بینی، جراحات ها، خونریزی از بینی و ترشحات بررسی می کند و بینی باز را انتخاب می کند.			
۶	دست های خود را می شوید.			
۷	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۸	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی			

			توضیح می دهد.	
۹			به بیمار می گوید که ممکن است دچار سرفه یا تهوع بشود اما نگران نباشد زیرا سرفه به خروج ترشحات کمک می کند.	
۱۰			وسایل را به اتاق بیمار می برد.	
۱۱			نرده های حفاظ تخت را بالا می آورد.	
۱۲			شیشه ساکشن را روی ساکشن در محل خود قرار می دهد.	
۱۳			کانکشن لوله را به لوله اتصال وصل می کند.	
۱۴			محلول نرمال سالین یا آب مقطر استریل را باز می کند.	
۱۵			بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته یا در صورت تحمل نشسته قرار می دهد.	
۱۶			قبل از شروع ساکشن اکسیژن صد درصد به بیمار می دهد (به مدت ۱ دقیقه).	
۱۷			ساکشن دیواری یا پرتابل را روشن می کند.	
۱۸			فشار مناسب جهت ساکشن انتخاب می کند (بین ۸۰-۱۲۰ میلی متر جیوه).	
۱۹			انتهای کانکشن لوله را با انگشت مسدود می کند و فشار ساکشن را چک می کند.	
۲۰			با استفاده از تکنیک استریل ، کاتتر ساکشن را باز می کند.	
۲۱			دستکش را می پوشد.	
۲۲			دست غالب خود را استریل فرض می کند.	
۲۳			پروپ پالس اکسی متر را تا پایان ساکشن کردن به بیمار وصل می کند.	
۲۴			دست غیرغالب خود را استریل فرض کرده و به وسیله آن مقداری از نرمال سالین داخل ظرف استریل می ریزد.	
۲۵			با دست غیرغالب خود مقداری ژل لوبریکانت داخل فضای استریل روی گاز می گذارد.	
۲۶			با دست استریل کاتتر را برمی دارد.	
۲۷			آن را به لوله متصل کننده وصل می کند.	
۲۸			با دست غیرغالب خود درجه ساکشن را کنترل می کند.	
۲۹			بیمار را تشویق به انجام سرفه می کند و توصیه می کند چندین بار قبل از شروع ساکشن نفس آرام و عمیق بکشد.	
۳۰			جهت ساکشن بینی حلقی، سوراخ بینی انتخاب شده را با دست غیرغالب خود بالا می گیرد.	
۳۱			بدون روشن کردن ساکشن به آرامی کاتتر ساکشن را به داخل بینی بیمار فرو می برد.	

۳۲	کاتتر را بین انگشتان خود می پیچد.		
۳۳	۱۵-۱۲ سانتی متر کاتتر را داخل می برد تا وقتی که بیمار به سرفه بیافتد.		
۳۴	جهت ساکشن دهانی، بدون روشن کردن ساکشن به آرامی کاتتر را به داخل دهان بیمار فرو می برد.		
۳۵	کاتتر را ۱۰-۷/۵ سانتی متر از کنار دهان بیمار تا جایی داخل دهان می برد که بیمار به سرفه بیافتد.		
۳۶	ساکشن را روشن می کند.		
۳۷	کناره های دهان و ناحیه حلق را ساکشن می کند.		
۳۸	به آرامی دهان و بینی و حلق را ساکشن می کند.		
۳۹	۱۵-۱۰ ثانیه ساکشن کردن آرام را ادامه می دهد.		
۴۰	با حرکت آرام و چرخشی کاتتر را خارج می کند.		
۴۱	در حین خروج کاتتر، آن را دور دست غالب خود جمع می کند.		
۴۲	بیمار را ارزیابی می کند و به صداهای تنفسی وی توجه می کند تا متوجه شود که ساکشن موثر بوده است یا خیر.		
۴۳	مقداری اکسیژن به بیمار می دهد.		
۴۴	در صورتی که مخاط غلیظ به لومن کاتتر چسبیده باشد لومن کاتتر را به وسیله ساکشن نمودن مقداری آب استریل تمیز می کند.		
۴۵	تکنیک را تا زمانی که صداهای غیرطبیعی تنفسی بیمار قطع شود ادامه می دهد.		
۴۶	پس از اتمام ساکشن کردن ، دستکش استریل خود را خارج می کند.		
۴۷	با دستکش یکبار مصرف ظرف آب را تخلیه می کند.		
۴۸	کانکشن را با فشار آب یا نرمال سالین می شود.		
۴۹	قسمت های یکبار مصرف را دور می ریزد.		
۵۰	دست های خود را می شود.		
۵۱	مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند. الف - تاریخ ، زمان ، علت وقوع تکنیک استفاده شده ب - مقدار ، رنگ ، غلظت ، محتویات ترشحات ج - وضعیت تنفسی بیمار قبل و بعد از انجام تکنیک د - مشکلات بیمار و اقدامات پرستاری انجام شده حین تکنیک هـ- میزان تحمل بیمار نسبت به تکنیک		



نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی سیستم عصبی بیمار

مقدمه: بررسی سیستم عصبی بیمار شامل اندازه گیری درجه حرارت، نبض، تنفس، ارزیابی سطح هوشیاری (Level of consciousness)، فعالیت مردمک ها و آگاهی بیمار به شخص، زمان و مکان می باشد.

هدف:

بررسی بیمار از نظر وجود اختلالات عصبی

وسایل مورد نیاز:

چراغ قوه - ترمومتر - اپلیکاتور با نوک پنبه ای - گوشی - دستگاه فشارخون - چارت اندازه مردمک - خودکار یا مداد

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	علت و نحوه انجام کار را به بیمار توضیح می دهد حتی اگر بیمار قادر به پاسخ نباشد.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	خلوت و امنیت بیمار را رعایت می کند.			
۴	Loc (Level of consciousness) یا سطح هوشیاری بیمار را بررسی می کند.			
۵	وضعیت مردمک ها و حرکات چشم بیمار را بررسی می کند.			
۶	وضعیت حرکتی بیمار را بررسی می کند.			
۷	درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون بیمار را کنترل می کند.			
۸	عملکرد اعصاب حسی را مورد بررسی قرار می دهد.			
۹	رفلکس هایی مانند بابنسکی، گگ، رفلکس های عضلات و رفلکس های سطحی مانند کف پا را چک می کند.			
۱۰	کارکرد عقلانی بیمار را بررسی می کند.			
۱۱	محتوای فکر بیمار را از نظر توهم و هذیان بررسی می کند.			
۱۲	وضعیت هیجانی بیمار را بررسی می کند.			
۱۳	اطلاعات به دست آمده را به شرح زیر ثبت و گزارش می کند.			

۱۴	علی رغم عدم تغییر شرایط بالینی اطلاعات پایه بیمار را: - در صورت تغییر شرایط بیمار نکات مورد نیاز در مورد تغییر شرایط را ثبت می کند. - سطح هوشیاری بیمار و وضعیت آگاهی بیمار به فرد، مکان و زمان را ثبت می کند. - فعالیت مردمکها، عملکرد حرکتی و علایم حیاتی بیمار را ثبت می کند. - با توجه به علائم اختصاری زیر نکات مورد نیاز در بررسی وضعیت نرولوژیک بیمار را ثبت می کند: ۱- $A+O \times 3 =$ آگاه و آشنا به شخص، مکان و تاریخ می باشد که: $O =$ Oriented و $A =$ Alert و ضربدر ۳ به معنای زمان، مکان و شخص است. ۲- PERRL : مردمک ها مساوی، گرد و واکنش مثبت به نور دارند که: Reactive =R Round =R Equal=E pupil =P Light =L است. ۳- EOMI حرکات خارجی کره ی چشم سالم است که : Intact =I Movement =M Ocular =O Extra =E ۴- رفتار بیمار را نیز ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل درد بیمار

مقدمه: درد یک تجربه حسی و عاطفی همراه با آسیب بالقوه و واقعی بافتی است. به خاطر دارید که گزارش خود بیمار مبنی بر درد شاخص قابل اطمینانی از وجود درد می باشد. عموماً بیماران هنگام درد شدید به سیستم مراقبت بهداشتی مراجعه می کنند زیرا آن ها نیز می دانند که درد نشان دهنده یک مشکل جدی است.

اهداف:

۱- کاهش یا از بین بردن درد بیمار

۲- ایجاد راحتی و آسایش بیمار

وسایل مورد نیاز:

ابزار بررسی درد یا مقیاس ارزیابی درد

وسایل بهداشت دهان، آب، مسکن های غیر مخدر (مانند استامینوفن یا آسپرین)، داروهای مخدر با اثر متوسط (کدئین)، داروی مخدر با اثر قوی (مرفین)

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	درد بیمار را بررسی می کند: الف - وضعیت درد بیمار را با پرسیدن سوالات کلیدی و پاسخ وی به سوالات بررسی می کند. ب - از بیمار می خواهد که طول مدت، شدت، و مکان درد را بیان کند. پ- درد بیمار را به وسیله مقیاس درد در فواصل منظم، به طور مثال هر ۲ ساعت (بر اساس مقرارت موسسه) بررسی می کند.			
۲	درد بیمار را با استفاده از متدهای زیر تسکین می بخشد: الف) استفاده از داروها: ۱- در صورتی که بیمار می تواند از راه دهان غذا بخورد از مسکن های غیر مخدر مانند استامینوفن و داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی عموماً هر ۴ تا ۶ ساعت و با توجه به دستور پزشک استفاده می کند.			

		۲- در صورت عدم تسکین درد بیمار با استفاده از روش بالا از مسکن های مخدر با اثر متوسط مانند کدئین و غیره طبق تجویز پزشک استفاده می کند. ۳- در صورتی که با اقدامات بالا درد بیمار هنوز ادامه دارد طبق تجویز پزشک از داروهای مخدر با اثرات قوی تر مانند مرفین و پتیدین استفاده می کند. ب) حمایت روانی: ۱- نگرانی خود را نسبت به درد بیمار با محبت کردن به او نشان می دهد، زیرا درد و ناتوانی وی را ناراحت و نگران می کند که این خود سبب تشدید درد بیمار می شود. ج) در دسترس قرار دادن وسایل راحتی جهت بیمار و ایجاد آسایش برای وی: ۱- بیمار را هر ۲ ساعت یک بار تغییر پوزیشن می دهد (جهت کاهش اسپاسم عضلانی برداشتن فشار از روی بر جستگی های استخوانی ضروری است). ۲- در صورت درد اندام ها، اندام بیمار را جهت کاهش التهاب بالا نگه می دارد. ۳- در صورت داشتن برش زخم جراحی در ناحیه شکم زاویه تخت بیمار را کاهش می دهد. ۴- برش های زخم جراحی روی ناحیه شکم و قفسه سینه بیمار را با یک بالش حمایت می کند. ۵- جهت کاهش ناراحتی و درد بیمار در صورت لزوم از کمپرس سرد استفاده می کند. ۶- جهت ریلکس شدن عضلات بیمار از ماساژ پشت استفاده می کند. ۷- از تمرینات حرکتی غیر فعال استفاده می کند (passive-range of motion) این نوع تمرینات به شل شدن عضلات، ایجاد راحتی و کاهش سختی عضلات کمک می کند. ۸- به بیمار دهان شویه می دهد. لیوان آب را در کنار وی قرار می دهد زیرا بسیاری از داروهای ضد درد، دهان بیمار را خشک می کند. ۹- دست ها و صورت بیمار را می شوید.	
		مراقبت های جانبی:	۳

			الف - از بیمار می خواهد که با تکنیک هایی مانند تنفس عمیق و تن آرامی اثرات ضد درد مسکن ها را روی درد خود افزایش دهد. ب- سر و صدای محیط را کاهش می دهد، نور اتاق را کم می کند. پ- از بیمار می خواهد که تجربیات خوشایند خود را یادآوری کند یا به فعالیت های مورد علاقه و لذت بخش خود فکر کند. ت- با پخش کردن موزیک یا روشن کردن رادیو و تمرکز دادن بیمار به آن، دردهایی که در مدت کوتاهی بعد از انجام پروسیجرهای دردناک ایجاد می شوند را می کاهد.	
۴			تنفس عمیق: الف - از بیمار می خواهد که به یک شی خیره شود و سپس به آرامی دم و باز دم کند و به بالا و پایین رفتن شکم خود تمرکز کند. ب- او را تشویق می کند که در هر تنفس احساس بی وزنی کند.	
۵			آرام سازی عضلانی: الف - از بیمار می خواهد که بر یک گروه از عضلات خود متمرکز شود. ب- وی را تشویق می کند که عضلات خود را منقبض کند و بعد از ۵ تا ۷ ثانیه مجدداً عضلات خود را شل کند. ضمناً روی نواحی که شل نموده است تمرکز کند. ج- از او می خواهد که تفاوت میان وضعیت انقباض و انبساط عضلات خود را بیان کند. د - بعد از آن به ترتیب گروه های دیگر عضلات خود را منقبض و منبسط کند.	
۶			هر مرحله گام های برداشته شده جهت اداره درد بیمار را ثبت می کند.	
۷			اطلاعاتی را که به صورت ذهنی و عینی از بیمار کسب کرده است، یادداشت می کند.	
۸			مکان، کیفیت و طول مدت درد و هر فاکتور تسریع کننده یا تخفیف دهنده درد را ثبت می کند.	
۹			در صورتی که درد بیمار کاهش پیدا نکرده آن را ثبت می کند.	
۱۰			همچنین عوارض درمان دارویی را ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست (TENS)
Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

مقدمه:

Tens بر مبنای تئوری دریچه ای (gate) کنترل درد می باشد. در این تئوری تصور می شود که محرکات دردناک از طریق یک دریچه به مغز وارد می شوند. Tens از طریق یک وسیله پرتابل که با باتری کار می کند انجام می شود. امواج الکتریکی را به اعصاب محیطی یا به طور مستقیم به ناحیه دردناک بالای فیبرهای عصبی بزرگ انتقال می دهد.

اهداف:

- ۱- با بلوکه کردن محرک دردناک باعث کاهش درک بیمار از درد شده و در نتیجه درد بیمار کنترل می شود.
- ۲- جهت درمان بیماران با درد مزمن

وسایل مورد نیاز:

وسيله TENS، - پدهای الکلی، الکترودها، ژل الکتروود، صابون و آب گرم، سیمهای لید، باتری با قابلیت شارژ، چسب پانسمان یا چسب ضد آلرژی

کیت های تجاری TENS نیز در دسترس می باشند، شامل محرک، سیم های لید، الکترودها، باتری با قابلیت شارژ و چسب

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	خلوت و امنیت بیمار را فراهم می کند.			
۳	در صورتی که بیمار واحد TENS را ندیده است وسایل را به او نشان می دهد و پروسیجر را برای او شرح می دهد.			
۴	قبل از انجام Tens با پدهای الکلی تمام پوست را تمیز می کند و به نواحی که الکترودها به کار می رود بیشتر دقت می کند.			
۵	پوست را خشک می کند.			
۶	موهای مکانی که الکترودها قرار می گیرند را شیو می کند یا کلیپس می زند.			
۷	انتهای الکترودها را به ژل آغشته می کند.			
۸	الکترودها را به تعداد مناسب در ناحیه مناسب پوست قرار می دهد. حدود ۵ سانتی متر بین آن فاصله می گذارد.			
۹	سپس آن ها را با نوار چسب یا چسب ضد حساسیت فیکس می کند. کلیه جوانب الکترودها را با چسب فیکس می کند.			
۱۰	رابط های pin را به داخل سوکت الکتروود وصل می کند.			
۱۱	نواحی که در آن الکتروود گذاشته شده و تحمل بیمار نسبت به روش را ثبت می کند. کنترل درد، محل و میزان درد بیمار را ارزیابی می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل تشنج در بیمار (SEIZURE)

هدف:

پیشگیری از صدمه به بیمار به علت تشنجات مغزی

وسایل مورد نیاز:

راه هوایی دهانی (oral airway)، اکسیژن و تجهیزات آن (ماسک، منبع، لوله) ، وسایل ساکشن ، نرده های کنار تخت .

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در صورتی که بیمار مرحله اورا (aura) را تجربه می کند به او کمک می کند که در تخت بخوابد.			
۲	نرده های کنار تخت بیمار را بالا می آورد.			
۳	فاصله تخت بیمار از زمین را تنظیم می کند.			
۴	اگر بیمار از اتاق خود دور است او را به سمت اتاقش راهنمایی می کند. بالشی را زیر سر بیمار قرار می دهد.			
۵	در طول تشنج در کنار بیمار می ماند.			
۶	اگر عوارضی مانند مشکلات تنفسی پیشرونده برای بیمار اتفاق افتاد از همکاران دیگر کمک می خواهد.			
۷	وسایل مناسب را آماده می کند و به پزشک اطلاع می دهد.			
۸	در صورت امکان خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۹	در صورتی که بیمار در شروع فاز تونیک تشنج قرار دارد در صورت نیاز راه هوایی وی را با air way باز می کند.			
۱۰	اجسام تیز و سخت را از اطراف بیمار دور می کند و لباس های او را شل می کند.			
۱۱	به هیچ عنوان حرکت بیمار را در هنگام تشنج محدود نمی کند.			
۱۲	بیمار را در طول تشنج به طور مداوم بررسی می کند.			
۱۳	اگر بیمار برای اولین بار دچار تشنج شده است سریعاً به پزشک اطلاع می دهد.			
۱۴	در صورت دستور پزشک سریعاً جهت بیمار خط وریدی می گیرد.			
۱۵	محلول نرمال سالین را جهت باز ماندن رگ بیمار طبق دستور پزشک شروع می کند.			

۱۶		اگر تشنج طولانی شد و بیمار دچار هیپوکسی گردید اکسیژن را طبق دستور پزشک شروع می کند.
۱۷		برای بیماران شناخته شده دیابت در صورت تشنج طبق دستور پزشک ، دکستروز ۵۰ درصد ۵۰ میلی لیتر به صورت Ivpush می دهد. برای بیماران الکلی ۱۰۰ mg بلوس تیامین می دهد (در صورت تجویز پزشک) تا تشنج متوقف شود.
۱۸		بعد از تشنج، بیمار را در پوزیشن مناسب قرار می دهد و در صورت نیاز او را ساکشن می کند.
۱۹		بیمار را از نظر جراحات چک می کند.
۲۰		بیمار را در صورت امکان بروز تشنج مجدد آگاه می کند.
۲۱		زمانی که وضعیت بیمار تثبیت شد، اقدامات و وضعیت بیمار را حین تشنج ثبت می کند.
۲۲		بعد از تشنج علائم حیاتی و وضعیت مغزی بیمار را هر ۲۰-۱۵ دقیقه به مدت ۲ ساعت کنترل می کند.
۲۳		از بیمار در مورد مرحله او را و فعالیت هایی که تشنج وی را تسریع می کند سوال می کند.
۲۴		کلیه مشاهدات و یافته ها و اقدامات انجام شده را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان شروع تشنج ب- طول مدت تشنج پ- وجود بی اختیاری ادرار ت- وجود بی اختیاری مدفوع ث- آب ریزش از دهان ج- پاسخ بیمار به تشنج چ- آیا بیمار وارد خواب عمیق شده است یا خیر ح- هر عارضه ای که در طول تشنج اتفاق افتاده است خ- اقدامات انجام شده توسط پرستار د- تشنج از کدام قسمت بدن شروع شده است ذ- آیا چشم به یک طرف منحرف شده یا خیر ر- آیا شکل، اندازه و واکنش به نور مردمک ها تغییر پیدا کرده است یا خیر ز- وضعیت مغزی بیمار بعد از تشنج را ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در درناژ مایع مغزی نخاعی

اهداف:

- ۱- کاستن از فشار مایع مغزی نخاعی
 - ۲- کمک در بهبودی سخت شامه در جراحی یا صدمات سر و طناب نخاعی
 - ۳- مانیتور فشار داخل مغز از طریق ونتریکولوستومی
 - ۴- وارد کردن هوا یا ماده حاجب به طور مستقیم در آزمون های آزمایشگاهی
- وسایل مورد نیاز:
- میز کنار تخت- دستکش استریل - اپلیکاتور با نوک پنبه ای- محلول بتادین - پدهای الکلی - شان پرفوره استریل- سرنگ ۳ سی سی برای بی حسی موضعی- سر سوزن G ۲۵ (سه چهارم اینچ) - محلول بی حسی موضعی (معمولاً لیدوکائین ۱ درصد) - سوزن های کمری استریل شماره ی ۲۰- لوله های مخصوص ونتریکولوستومی ۵ عدد - ست تخلیه خارجی (لوله تخلیه و کیسه جمع آوری استریل) - وسایل مورد نیاز برای بخیه - گازهای ۱۰×۱۰ سانتی متر- نوارهای کاغذی- منبع نور- گیره IV
- عامل انجام کار: پزشک - پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار و خانواده اش شرح می دهد.			
۲	از بیمار یا فرد مسئول وی رضایت نامه آگاهانه می گیرد.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	بررسی عصبی را به منظور تعیین بدتر شدن علایم (شدت یافتن علایم) انجام می دهد.			
جای گذاری درن داخل بطنی				
۵	بیمار را در وضعیت نشسته قرار می دهد.			
۶	وسایل را روی میز کنار تخت قرار می دهد.			
۷	ست را باز می کند.			
۸	ارتفاع تخت را برای انجام مناسب رویه درمانی تنظیم می کند.			
۹	محل ورود کاتتر را مشخص می کند.			
۱۰	در مراحل انجام کار به پزشک کمک می کند.			
جای گذاری درن تحت عنکبوتی کمری				
۱۱	بیمار را به پهلو در حالی که چانه با قفسه سینه تماس داشته و پاها در شکم جمع شده است قرار می دهد (همانند پوزیشن پونکسیون کمری).			

۱۲	به بیمار تأکید می کند که تا پایان کار در این وضعیت بماند.		
۱۳	در مراحل انجام کار به پزشک کمک می کند.		
مانیتورینگ تخلیه مایع مغزی نخاعی			
۱۴	هر ساعت میزان تخلیه مایع مغزی نخاعی را کنترل می کند.		
۱۵	برای تسهیل خروج CSF محفظه درناژ را به طور مستقیم و کمی پایین تر از محل ورود درن قرار می دهد.		
۱۶	با بستن کلامپ، میزان مایع جمع شده در محفظه در ناژ را بررسی و ثبت می کند.		
۱۷	پانسمان محل ورود کاتتر را به طور مکرر از نظر نشت مایع مغزی نخاعی بررسی می کند.		
۱۸	لوله را از نظر سوراخ شدگی بررسی می کند.		
۱۹	مایع CSF را از نظر رنگ، شفافیت، حجم، وجود خون و رسوب بررسی می کند.		
۲۰	پر شدن کیسه ی جمع آوری CSF را حداکثر هر ۸ ساعت یا مطابق با سیاست محل کار خود ثبت می کند. میزان CSF تخلیه شده در ۲۴ ساعت را نیز ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در کنترل فشار داخل جمجمه (ICP)

مقدمه: کنترل ICP به چهار روش کاتتر داخل بطنی، پیچ های تحت عنکبوتیه، سدهای اپیدورال و کنترل فشار داخل پارانشیمی می باشد.

اهداف:

۱- بررسی وجود تروما توأم با خونریزی یا ادم.

۲- بررسی تولید بیش از حد مایع CSF یا جذب ناکافی آن.

۳- بررسی وجود افزایش فشار ICP و پیشگیری از بروز آسیب.

۴- انجام مداخله به موقع قبل از بروز آسیب عصبی.

وسایل مورد نیاز:

وسيله کنترل فشار و ترانسديوسر- ۱۶ تا ۲۰ قطعه گاز استريل ۱۰×۱۰ سانتی متر - پدهای نگه دارنده - ست شیو کردن یا قیچی مو - شان استريل - محلول بتادین - گان استريل - ماسک جراحی - دو جفت دستکش استريل - پانسمان سر حاوی ۲ رول باند گازی الاستیک و ۱ رول باند گازی معمولی - در صورت لزوم ساکشن.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار و خانواده وی توضیح می دهد.			
۲	اطمینان می یابد که بیمار یا فرد مسئول وی فرم رضایت نامه را امضا کرده باشد.			
۳	وجود حساسیت به ید را جویا می شود.			
۴	در صورتی که این روش در اورژانس یا ICU انجام می شود، حریم خصوصی بیمار را حفظ می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	علائم حیاتی عصبی بیمار را کنترل می کند.			
۷	سر بیمار را طبق دستور یا به میزان ۳۰ درجه بالا می آورد.			
۸	پدهای نگه دارنده را زیر سر بیمار قرار می دهد.			
۹	برای جلوگیری از عفونت، موهای محل ورود کاتتر به جمجمه را می تراشد یا کلیپس می کند.			
۱۰	به پزشک در انجام پرپ سر با محلول بتادین و به مدت ۲ دقیقه کمک می کند.			

۱۱	پزشک گان استریل، ماسک و دستکش می پوشد.		
۱۲	پوشش اولیه پگ استریل را باز می کند.		
۱۳	سر بیمار را در میان دستان خود و در وضعیت مناسب می گیرد.		
۱۴	برای کنترل اضطراب بیمار از آرام بخش ها استفاده می کند.		
۱۵	برای تعیین سطح هوشیاری بیمار با وی صحبت می کند.		
۱۶	پس از وارد شدن کاتتر، محل را با محلول بتادین تمیز و پانسمان می کند.		
۱۷	کاتتر را به دستگاه کنترل وصل می کند.		
۱۸	پس از تنظیم دستگاه توسط پزشک آن را با گیره نگهدارنده به کنار تخت متصل می کند.		
۱۹	محل ورود کاتتر را هر ۴ ساعت از نظر وجود قرمزی، التهاب و نشت کنترل می کند.		
۲۰	در صورت خیس شدن پانسمان آن را تعویض می کند.		
۲۱	با توجه به دستور پزشک یا هر ساعت وضعیت بالینی و علایم حیاتی عصبی بیمار را کنترل می کند.		
۲۲	فشار پرفیوژن مغزی (CPP) را هر ساعت محاسبه می کند. برای محاسبه آن فشار داخل جمجمه ای (ICP) را از متوسط فشار سرخرگی (MAP) کم می کند تا فشار پرفیوژن مغزی به دست آید. CPP:MAP-ICP		
۲۳	فشار ICP و موج آن را کنترل می کند.		
۲۴	ویژگی های مایع مغزی نخاعی را ثبت می کند.		
۲۵	زمان و تاریخ اجرای روش، ویژگی های پانسمان، واکنش بیمار، محل ورود کاتتر و نوع سیستم مانیتورینگ را ثبت می کند. علایم حیاتی عصبی را هر ساعت یا بر حسب نیاز بیمار ثبت می کند. میزان، ویژگی و تعداد دفعات در ناژ CSF را ثبت می کند.		



فصل نهم

گوارش

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کار گذاشتن لوله بینی - معده ای

هدف:

معاینه ، درمان و تغذیه از طریق لوله معدی - روده ای

وسایل مورد نیاز:

لوله بینی، معده ای (معمولاً شماره های ۱۲، ۱۴، ۱۶ یا ۱۸ برای بالغین، ۱۰ الی ۱۴ برای کودکان و ۵ الی ۸ برای نوزادان و شیر خواران) - ظرف برای استفرغ - تجهیزات ساکشن (سوند نلاتون - دستگاه ساکشن) - چسب - لیوان آب - دستکش - ژل محلول در آب - سرنگ ۵۰ سی سی مخصوص گاوآژ - محلول سرم فیزیولوژی - گوشی پزشکی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند .			
۲	محیط امن و خلوت برای بیمار فراهم می کند.			
۳	وسایل را از قبل آماده کرده و در دسترس قرار می دهد.			
۴	قبل از انجام کار، دستور پزشک را کنترل می کند .			
۵	قبل از گذاشتن لوله چند دقیقه آن را در جای سرد می گذارد. چنانچه بیمار بیهوش است و نیاز به ساکشن حلق و دهان دارد قبل از گذاشتن NGT ، آن را انجام می دهد.			
۶	دستان خود را قبل از انجام پروسیجر می شوید و دستکش می پوشد.			
۷	به بیمار کمک می کند در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد (اگرکنتراندیکاسیون ندارد) .			
۸	اگر راست دست است در سمت راست بیمار قرار می گیرد .			
۹	اندازه لوله را تا قسمتی که باید داخل شود علامت می زند.			
۱۰	چند سانت اول لوله را با ژل محلول در آب چرب می کند .			
۱۱	لوله را از یک سوراخ بینی وارد می کند .			
۱۲	وقتی لوله به حلق بیمار رسید به بیمار می گوید سرش را کمی به جلو خم کند و یک جرعه آب بنوشد.			
۱۳	آنقدر لوله را داخل می کند تا به محل علامت زده برسد .			

			برای این که از قرارگیری لوله در محل صحیح مطلع شود، محتویات معده را آسپیره می کند یا هوا داخل لوله تزریق می کند و با گوشی سمع می کند .	۱۴
			پس از اطمینان از قرار گرفتن لوله در معده، آن را به وسیله چسب ثابت می کند.	۱۵
			وسایل را جمع کرده و دستکش را خارج می کند.	۱۶
			مراحل انجام کار و حالات بیمار را درگزارش ثبت می کند.	۱۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: تغذیه از طریق لوله غذایی

هدف:

تأمین مواد غذایی بیمارانی که قادر به دریافت مواد غذایی از راه دهان نمی‌باشند.

وسایل مورد نیاز:

ماده غذایی میکس شده طبق دستور و رژیم غذایی خاص بیمار- ظرف مدرج - آب به میزان کافی (۸۰ سی سی) - کلمپ - حوله یا پد ننگه دارنده - سرنگ ۶۰ سی سی - گوشی - ست گاوآژ

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند .			
۲	محیط امن برای بیمار ایجاد می کند .			
۳	دستان خود را می شوید.			
۴	دستکش تمیز می پوشد.			
۵	وسایل مورد نیاز را از قبل آماده می کند.			
۶	به بیمار کمک می کند تا در وضعیت نشسته یا نیمه نشسته قرار گیرد.			
۷	از محل صحیح لوله غذایی اطمینان حاصل می کند (با آسپیراسیون).			
۸	ماده غذایی را از نظر دما کنترل می کند (درجه حرارت باید ولرم باشد).			
۹	قبل از انجام گاوآژ ۳۰ سی سی آب گاوآژ می کند .			
۱۰	لوله را کلامپ کرده، سرنگ حاوی ماده غذایی را سر لوله قرار می دهد.			
۱۱	سرنگ را بالا می گیرد تا با نیروی جاذبه، مواد غذایی وارد معده شود.			
۱۲	اگر لوله غذایی ژژنوستومی و گاستروستومی است مواد را به آهستگی تزریق می کند.			
۱۳	بعد از انجام گاوآژ مقدار ۵۰ سی سی آب مجدداً گاوآژ می کند تا داخل لوله شسته شود .			
۱۴	پوزیشن سر بیمار را حداقل به مدت نیم ساعت ۳۰ درجه نگه می دارد.			
۱۵	در صورت عدم تحمل بیمار گاوآژ را متوقف کرده و به پزشک اطلاع می دهد .			
۱۶	وسایل را جمع آوری کرده ، دست ها را می شوید.			
۱۷	میزان مایع گاوآژ شده ، ساعت آن و موارد عدم تحمل بیمار را ثبت می کند.			
۱۸	میزان مایعات گاوآژ شده را در فرم جذب و دفع ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: شست و شوی معده از طریق لوله بینی - معده ای

هدف:

خارج نمودن خون و مواد سمی از داخل معده

وسایل مورد نیاز:

سرم فیزیولوژی - رابط - ست مخصوص لاواژ

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	لوله را کلامپ می کند و از دستگاه ساکشن یا تغذیه جدا می کند.			
۲	قبل از انجام رویه، کنترل می کند تا لوله در معده باشد.			
۳	سرنگ ۵۰ سی سی را با سرم فیزیولوژی پر می کند، بعد کلمپ را باز کرده و به آهستگی تزریق می کند، اگر محلول به راحتی وارد نشد از نظر مسدود شدن و نحوه قرار گیری پزشک را مطلع می کند.			
۴	پیستون سرنگ را می کشد تا مایع شست و شو برگردد.			
۵	مواد خارج شده را اندازه گیری می کند و خصوصیات مواد خارج شده را ثبت می کند.			
۶	اگر لوله کدر بود چند بار دیگر آن را می شوید.			
۷	دوباره لوله را کلامپ کرده سرنگ را بیرون می کشد و لوله را به دستگاه ساکشن یا تغذیه وصل می کند و کلامپ را باز می کند.			
۸	بعد از در آوردن لوله، بهداشت دهان بیمار را حفظ می کند.			
۹	مواردی را که ثبت می کند شامل ساعت گذاشتن و خارج کردن لوله، نوع و اندازه لوله، مشکلاتی که در حین گذاشتن لوله پیش آمده و مواردی که محدودیت ایجاد کرده می باشد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از لوله بینی - معده ای

اهداف:

۱- اطمینان از کارکرد صحیح لوله بینی، معدی

۲- کنترل عملکرد گوارشی بیمارانی که لوله بینی معدی دارند.

وسایل مورد نیاز:

سرنگ CC ۵۰ - تجهیزات ساکشن - تجهیزات دهان شویه - دستکش - گوشی پزشکی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	با بیمار ارتباط برقرار می کند و فرآیند کار را توضیح می دهد.			
۴	لوله بینی ، معده ای را هر ۴ ساعت یکبار از نظر باز بودن کنترل می کند.			
۵	به رنگ موادی که از لوله خارج می شود توجه دارد.			
۶	هر ۸ ساعت میزان دریافت و دفع مایع را از طریق لوله بینی ، معده ای اندازه گیری می کند .			
۷	مراقبت از دهان را به طور روتین انجام می دهد.			
۸	مراقبت از سوراخ بینی را به طور روتین انجام می دهد.			
۹	مقدار CC ۱۰ از هوا با سرنگ وارد NGT نموده و آسپیراسیون را انجام می دهد.			
۱۰	به مقدار برگشت مواد غذایی در لوله توجه می کند (رنگ ، مقدار ، بو).			
۱۱	با گوشی ناحیه معده را سمع می کند تا از محل درست NGT اطمینان حاصل می کند.			
۱۲	حالات بیمار و مراحل انجام کار را در گزارش ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: درآوردن لوله بینی - معده ای

اهداف:

۱- جلوگیری از ترومای وارده به دستگاه گوارش

۲- پیشگیری از ایجاد عفونت در سیستم گوارشی

۳- کمک به برگشت مکانیسم طبیعی گوارش

وسایل مورد نیاز:

دستگاه ساکشن - سوند نلاتون - دستکش

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را توضیح می دهد.			
۲	محل امن و خلوت برای بیمار ایجاد می کند.			
۳	بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار می دهد. دست ها را شسته و دستکش می پوشد.			
۴	نوار چسب را به آرامی از اطراف بینی بیمار باز می کند.			
۵	لوله را کلمپ کرده و به بیمار می گوید که نفس خود را نگه دارد.			
۶	وقتی بیمار بازدم انجام می دهد لوله بینی ، معده ای را به آهستگی و با یک حرکت خارج می کند.			
۷	برای اطمینان، ساکشن دهان و ته حلق را انجام می دهد.			
۸	دهان شویه برای بیمار انجام می دهد.			
۹	مواد دفعی را به روش صحیح دفع می کند.			
۱۰	دستکش ها را درآورده و دست ها را می شوید.			
۱۱	بیمار را به مدت ۲-۳ ساعت تا برگشت رفلکس بلع، NPO نگه می دارد.			
۱۲	مراحل انجام کار و حالات بیمار را به طور دقیق ثبت می کند و گزارش می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت مربوط به مشکل بلع

اهداف:

۱- درعمل بلع بیمار پیشرفت حاصل شود.

۲- بیمار اظهار کند که عمل بلع را بهتر انجام می‌دهد.

۳- فرد هنگام خوردن و آشامیدن دچار سرفه و خفگی نشود.

وسایل مورد نیاز: طبق نیاز

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط فیزیکی را برای غذا خوردن بیمار تا حد امکان آرام و بدون استرس می‌کند.			
۲	بیمار را در وضعیت کاملاً نشسته (۹۰ درجه) قرار می‌دهد.			
۳	با مشورت متخصص تغذیه به بیمار غذاهایی می‌دهد که راحت‌تر بلعیده شود (مثل پوره).			
۴	به بیمار آموزش می‌دهد که ترکیبات مختلف غذایی را هم زمان داخل دهان نگذارد.			
۵	از مصرف غذاهای چسبنده نظیر نان نرم، موز و ... برای بیمار خودداری می‌کند.			
۶	پشت بیمار را هنگام تغذیه به نرمی ماساژ می‌دهد.			
۷	مواد غذایی سرد و گرم را به طور همزمان به بیمار می‌دهد.			
۸	نمی‌گذارد بیمار لقمه‌های بزرگ در دهان بگذارد و در صورت لزوم خودش برایش لقمه می‌گیرد (مثلاً در بیماران روانی).			
۹	زمان کافی به غذا خوردن بیمار اختصاص می‌دهد و به وی می‌گوید لقمه هایش را خوب بجود و موقع غذا خوردن عجله نکند.			
۱۰	همیشه دستگاه ساکشن در دسترس دارد.			
۱۱	با یک آسیب شناس گفتار و زبان در مورد اختلال بلع در بیمار و تمهیدات مورد نیاز دراین مورد مشورت می‌کند.			
۱۲	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و برگه گزارش پرستاری ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: مراقبت های قبل و بعد از انجام آندوسکوپی (دستگاه گوارش تحتانی)

اهداف:

۱- آماده کردن بیمار جهت انجام آندوسکوپی

۲- کنترل بیمار از نظر عوارض بعد از انجام آندوسکوپی

وسایل مورد نیاز: طبق نیاز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد آندوسکوپی و آمادگی های قبل (انما) و عوارض بعد از انجام رویه تشخیصی توضیح می دهد.			
۲	رضایت نامه قانونی از بیمار می گیرد.			
۳	از ۲۴ ساعت قبل از انجام آندوسکوپی، مصرف مایعات را در بیمار محدود می کند.			
۴	برای بیمار از ۲۴ ساعت قبل، رژیم مایعات صاف شده در نظر می گیرد.			
۵	از روش های مختلف برای پاک کردن کولون نظیر انمای پاک کننده استفاده می کند.			
۶	۱۲ ساعت قبل از انجام رویه، بیمار را ناشتا نگه می دارد.			
۷	تزریق آرام بخش قبل از انجام رویه را طبق دستور پزشک انجام می دهد.			
۸	بیمار را تحویل بخش آندوسکوپی می دهد.			
۹	هنگام تحویل بیمار از بخش آندوسکوپی، بیمار را از نظر وضعیت هوشیاری، خونریزی و علایم حیاتی کنترل می کند.			
۱۰	علایم حیاتی بیمار را تا ۴ ساعت (هر ۳۰-۱۵) دقیقه کنترل می کند.			
۱۱	بیمار را از نظر وجود تب، خونریزی از رکتوم، درد غیر طبیعی، تغییر در اجابت مزاج یا نفخ کنترل می کند.			
۱۲	پزشک را در صورت مشاهده عوارض مطلع می کند.			
۱۳	مراحل انجام کار و حالات بیمار را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : مراقبت های قبل و بعد از انجام آندوسکوپی (دستگاه گوارش فوقانی: مری، معده، دوازدهه)

اهداف :

۱- آماده کردن بیمار جهت انجام آندوسکوپی

۲- کنترل بیمار از نظر عوارض آندوسکوپی

وسایل مورد نیاز:

طبق نیاز

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد آندوسکوپی و نحوه انجام کار توضیح می دهد.			
۲	رضایت نامه قانونی از بیمار می گیرد.			
۳	از ۶-۴ ساعت قبل از آندوسکوپی ، بیمار را ناشتا نگه می دارد.			
۴	بیمار را تا بخش آندوسکوپی همراهی می کند.			
۵	هنگام تحویل بیمار از بخش آندوسکوپی، وی را از نظر وضعیت هوشیاری ، خونریزی و علایم حیاتی کنترل می کند.			
۶	تا برگشت رفلکس بلع (۴-۲ساعت بعد از انجام آندوسکوپی) بیمار را ناشتا نگه می دارد.			
۷	جهت رفع سوزش حلق نحوه استفاده از سرم نمکی را به بیمار آموزش می دهد.			
۸	علایم حیاتی را تا ۴ ساعت هر ۳۰-۱۵ دقیقه کنترل می کند.			
۹	بیمار را از نظر علایم عوارض آندوسکوپی (سوراخ شدن دستگاه گوارش، پنومونی آسپیراسیون) کنترل می کند.			
۱۰	ثبت دقیق گزارش پرستاری را انجام می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک درکار گذاشتن تامپوناد بالون مری

هدف:

توقف خونریزی در مری

وسایل مورد نیاز:

بالون (مری، معده) - سوند ساکشن - دستکش استریل - فشار سنج - دستگاه کشش - وزنه کشش -
 دستگاه ساکشن - سرنگ ۵۰ سی سی - وسایلی برای محدود کردن حرکت مچ بیمار - چسب ضد
 حساسیت - گاز استریل - ژل محلول در آب - رسیور - گیره برای لوله

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند.			
۲	محیط امن و خلوتی برای بیمار فراهم می کند.			
۳	وسایل مورد نیاز را از قبل آماده می کند.			
۴	داروهای مورد نیاز را داخل سرنگ کشیده و آماده می کند .			
۵	به بیمار کمک می کند تا در وضعیت به پهلوی چپ بخوابد .			
۶	پزشک لوله را به آرامی وارد می کند. بالون لوله باید با ۵۰ سی سی هوا پر شود (قبل از انجام پروسیجر بالون باید حتماً چک شود) و تمام لوله با ژل محلول در آب چرب شود .			
۷	بعد از گذاشتن لوله بلافاصله یک عکس رادیولوژی از بیمار گرفته شود.			
۸	بعد از معین کردن محل لوله، پزشک ترشحات معده را آسپیره کرده و شست و شو می دهد.			
۹	بالن معده را با ۱۵۰ تا ۳۰۰ سی سی هوا پر می کند.			
۱۰	به پزشک در جا انداختن لوله کمک می کند .			
۱۱	فشار بالن مری را چک می کند که حدود ۲۰ تا ۳۰ سانتی متر آب باشد .			
۱۲	گازی که از قبل آماده کرده است دور لوله زیر بینی بیمار می پیچد.			
۱۳	سر تخت بیمار را بالا می آورد.			
۱۴	لوله را از دو جا ثابت می کند تا هوا نفوذ نکند .			

۱۵	هر وقت مورد نیاز باشد لوله را با آب ولرم شست و شو می دهد تا لخته داخل آن گیر نکند .		
۱۶	بهداشت دهان را رعایت می کند تا دهان بوی بد ندهد.		
۱۷	اگر مورد نیاز بود دستان بیمار را می بندد تا لوله را نکشد.		
۱۸	به طور دائم فشار کاف را اندازه گیری می کند و به فواصل معین فشار مری را کم می کند.		
۱۹	مقدار و نوع مایعی که خارج می شود را کنترل می کند مراقب علایم پارگی مری مانند کاهش فشار خون ، افزایش نبض همراه با درد پشت و شکم است و فوراً این علایم را به پزشک اطلاع می دهد.		
۲۰	ساعت، تاریخ و مواردی که در حین لوله گذاری ممکن است پیش آید و انجام رادیوگرافی و مقدار ترشحات و مشخصات ظاهری آن را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گرفتن شیر مده کودكان

هدف:

انجام نمونه گیری جهت بررسی T.B.

وسایل مورد نیاز:

لوله مده - سرنگ - آب مقطر استریل - گاز - لوله استریل درب دار تهیه شده از آزمایشگاه

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را به والدین توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده و کنترل می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	کودک را در وضعیت طاق باز و راحت قرار می دهد.			
۵	با کمک همکار خود، کودک را محدود نموده و لوله مده را از راه بینی یا دهان وارد مده می کند.			
۶	با سرنگ شیر مده را آسپیره می کند.			
۷	در صورتی که شیر مده آسپیره نشود مقداری آب مقطر را با سرنگ وارد مده می کند.			
۸	سپس مجدداً ترشحات مده را آسپیره می کند.			
۹	بلافاصله شیر مده را وارد لوله کرده و درب آن را می بندد.			
۱۰	لوله مده را خارج نموده و دهان و بینی کودک را با گاز تمیز می کند.			
۱۱	کودک را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۱۲	روی نمونه برچسب مشخصات بیمار، تاریخ، نوع آزمایش، نوبت چندم و نام بخش و مرکز را قید می کند.			
۱۳	شیر مده معمولاً در ۳ نوبت باید گرفته شود و روی هر نوبت نمونه اول، دوم و سوم را ذکر می کند.			
۱۴	در پرونده بیمار اقدامات انجام شده و کیفیت مایعات برگشتی و نمونه گیری و دفعات انجام شده را دقیقاً ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در پاراسنتز شکمی

اهداف:

۱- داخل کردن تروکار به داخل شکم برای خارج کردن مایع آسیت در فضای صفاق

۲- تسکین بیمار به علت کاستن از فشار شکم که باعث زجر تنفسی می شود .

وسایل مورد نیاز:

کاتتر تروکار - پارچه و دستکش استریل - بی حس کننده موضعی (لیدوکائین ۱ یا ۲ درصد) - سرنگ و سوزن - ظرف جمع آوری مایع در صورت ارسال نمونه به آزمایشگاه - بطری جمع آوری مایع آسیت معمولی یا خلاء - ترالی پاراسنتز - فرم درخواست آزمایشگاه - گاز استریل جهت پانسمان - گان - عینک محافظ

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط مناسب برقرار می کند.			
۲	روش کار را برای بیمار شرح داده و به سوالات وی پاسخ می دهد.			
۳	موارد خطر و ضرورت انجام این کار را به صورت واضح و روشن به او توضیح می دهد .			
۴	از بیمار رضایت نامه می گیرد .			
۵	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند .			
۶	دور شکم بیمار را اندازه می گیرد .			
۷	آخرین وزن بیمار را با تاریخ ثبت می کند .			
۸	قبل از عمل، اطمینان می یابد که مthane بیمار خالی باشد.			
۹	پوزیشن عمل به بیمار می دهد (لبه تخت نشسته پاهایش آویزان باشد) .			
۱۰	پوزیشن بیمار را تا پایان عمل پاراسنتز حفظ می کند و در کنار وی می ماند.			
۱۱	در طول عمل به پزشک کمک می کند .			
۱۲	در طول درناژ هر ۱۵ دقیقه علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۱۳	رنگ و قوام مایع آسیت را کنترل می کند.			

۱۴	به محض خارج شدن تروکار روی محل سوراخ را پانسمان می کند.		
۱۵	مقدار مایع آسیت را روی برگه جذب و دفع بیمار ثبت می کند.		
۱۶	اگر مورد نیاز است مایع را برای آسیب شناسی می فرستد و اگر مورد نیاز نیست آن را دور می ریزد .		
۱۷	تا ثابت شدن علائم حیاتی بیمار ، در کنار او می ماند.		
۱۸	فشار خون بیمار را از نظر افت ناگهانی کنترل می کند.		
۱۹	مراقب عدم تعادل مایعات و الکترولیت های بیمار است (مایع زیاد از سوراخ پاراستنز خارج نشود).		
۲۰	گزارش کامل پرستاری را در پرونده بیمار ثبت می کند و به مهر نظام پرستاری مهمور می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : کمک در بیوپسی کبد و مراقبت های پرستاری آن

هدف :

بررسی قسمتی از بافت کبد برای بررسی وضع کبد و بیماری های آن

وسایل مورد نیاز:

سوزن بیوپسی اندازه ۱۸ و ۱۴ - داروی بی حسی - سرنگ - دستکش تمیز - حوله تمیز - اسلاید شیشه ای - لوله های جمع آوری نمونه وفیکساتور - بتادین برای تمیز کردن موضعی پوست - گاز ۱۰×۱۰ سانتی متر برای پوشاندن محل ورود سوزن - چسب ضد حساسیت - بالش و کیسه شن عامل انجام کار : پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	مراحل انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	NPO بودن بیمار را ۶-۴ ساعت قبل از انجام بیوپسی کنترل می کند.			
۳	مصرف داروی تجویز شده (آرام بخش) را نیم ساعت قبل از انجام بیوپسی کنترل می کند.			
۴	بیمار را در وضعیت طاق باز قرار می دهد یا به پهلو چپ می خواباند (دست راست تا بالای سر).			
۵	در تمام مدت بیوپسی ، کنار بیمار می ماند.			
۶	در طرف چپ بیمار ایستاده و دست چپ بیمار را گرفته و دست دیگرش را به آرامی روی دست راست او می گذارد.			
۷	نحوه صحیح تنفس عمیق قبل از وارد شدن سوزن بیوپسی را به بیمار آموزش می دهد.			
۸	در زمان انجام بیوپسی ، به پزشک کمک می کند.			
۹	به محض این که سوزن خارج شد روی محل آن پانسمان فشاری قرار می دهد.			
۱۰	نمونه جمع آوری شده را به همراه فرم آزمایشگاه ، ارسال می کند.			
۱۱	بعد از انجام بیوپسی ۲۴-۸ ساعت بیمار را در بستر نگه می دارد.			
۱۲	بیمار را به پهلو راست خوابانده و کیسه شن را در محل بیوپسی می گذارد.			

۱۳	هر ۳۰-۱۵ دقیقه علایم حیاتی بیمار را کنترل می کند (ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و بعد هر ۳۰ دقیقه تا ۴ ساعت).		
۱۴	بیمار را از نظر علایم پنوموتوراکس کنترل می کند.		
۱۵	بیمار را از نظر علایم خونریزی و وجود درد کنترل می کند.		
۱۶	در صورت مشاهده هر گونه عارضه در بیمار ، پزشک را مطلع می کند.		
۱۷	تاریخ و ساعت انجام کار، علایم حیاتی بیمار قبل و بعد از بیوپسی و هر گونه یافته غیر طبیعی را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : آماده سازی بیمار جهت انواع رادیوگرافی سیستم گوارشی

هدف :

بررسی سیستم گوارشی از نظر تشخیص بیماری ها

وسایل مورد نیاز:

طبق دستورالعمل های واحد رادیوگرافی

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد نوع و نحوه انجام رادیوگرافی آموزش می دهد.			
۲	بیمار را حمایت عاطفی می کند.			
۳	از بیمار یا ولی او رضایت نامه کتبی می گیرد.			
۴	آمادگی های مورد نیاز جهت انجام رادیوگرافی را برحسب پروتکل بخش رادیولوژی انجام می دهد.			
۵	ثبت دقیق گزارش پرستاری را انجام می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از T تیوب

مقدمه: T تیوب را پس از کوله سیستمکتومی در مجرای مشترک صفراوی قرار می دهند تا خروج ترشحات صفراوی تسهیل شود. T تیوب بین ۷ تا ۱۴ روز در محل باقی می ماند.

اهداف:

۱- جلوگیری از انسداد راه خروج صفرا

۲- پیشگیری از تخریب پوست ناحیه و جدا شدن تیوب

۳- پیشگیری از عفونت

وسایل مورد نیاز:

ظرف جمع آوری - کیسه پلاستیکی - دستکش استریل و تمیز - کلامپ - پد گازی ۱۰ × ۱۰ سانتی متر استریل - پانسمان ترانسپارانت - باند پلاستیکی - محلول نرمال سالین - پدهای آغشته به بتادین - پانسمان استریل جاذب - چسب ضد حساسیت - مواد محافظ پوست از جمله وازلین، اکسید دوزنگ، ژل محتوی آلومینیوم - در صورت لزوم پانسمان مونتگومری

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	۵۰ سی سی محلول ضد عفونی کننده و ۵۰ سی سی نرمال سالین در ظرف های استریل به طور جداگانه می ریزد.			
۳	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۴	دست هارا می شوید.			
۵	دستکش تمیز می پوشد.			
۶	ظرف جمع آوری را در زیر دریچه درناژ کیسه قرار می دهد.			
۷	محتویات کیسه را به داخل ظرف، تخلیه می کند.			
۸	میزان ترشحات تخلیه شده را با دقت اندازه می گیرد.			
۹	ویژگی های ترشح از قبیل رنگ و حجم ترشحات را ثبت می کند.			
۱۰	دستکش ها را در آورد.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	دستکش های تمیز می پوشد.			

۱۳	پانسمان های قبلی را برمی دارد و دور می اندازد.		
۱۴	دست ها را می شوید.		
۱۵	دستکش استریل می پوشد.		
۱۶	محل تیوب را از نظر علایم عفونت از جمله قرمزی، تورم، گرمی، حساسیت، قوام پوستی، اختلال پوستی یا ترشحات بررسی می کند.		
۱۷	با توجه به تجویز پزشک از محلول ضد عفونی در اطراف محل ورود تیوب استفاده می کند.		
۱۸	پس از آن از محلول نرمال سالین برای شست و شوی ناحیه استفاده می کند.		
۱۹	ناحیه را با گازهای استریل خشک می کند.		
۲۰	اطراف محل ورود تیوب را با پنبه حاوی بتادین به طور چرخشی خشک می کند.		
۲۱	اجازه می دهد پوست در مجاورت هوا خشک شود.		
۲۲	از مواد محافظ پوست نظیر وازلین، اکسید دوزنگ یا ژل آلومینیوم استفاده می کند.		
۲۳	برای جذب ترشحات در اطراف لوله T از پانسمان جاذب استفاده می کند.		
۲۴	روی پانسمان جاذب از گاز استریل و پانسمان استفاده می کند.		
۲۵	پانسمان را با چسب ضد حساسیت محکم می کند.		
۲۶	تاریخ و زمان تعویض پانسمان و ویژگی های محل اطراف زخم را ثبت می کند. همچنین رنگ پوست و غشاء مخاطی اطراف لوله T را ذکر می کند. درجه حرارت بیمار و میزان تحرک روده ها را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تخلیه و تعویض کیسه ایلئوستومی و کلستومی

اهداف:

۱- برقراری راحتی و آسایش بیمار

۲- مراقبت از ناحیه استوما

وسایل مورد نیاز:

کیسه ایلئوستومی یا کلستومی - وسیله اندازه گیری استوما - چسب استوما - کیسه پلاستیکی - آب - حوله یا پارچه - کلامپ - توالت یا لگن - آب یا محلول تمیز کننده کیسه - دستکش - دستمال کاغذی - در صورت لزوم: کمربند استومی، نوار چسب، صابون ملایم بدون مرطوب کننده، وسایل اصلاح پوست، مایع درزگیر، خوش بو کننده کیسه

عامل انجام کار: پرستار یا بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	مراحل انجام کار را توضیح می دهد.			
۲	محیط امن و خلوتی فراهم می کند.			
۳	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۴	در ابتدا برای انتخاب کیسه مناسب، دهانه استوما را اندازه گیری می کند.			
۵	کیسه ای را انتخاب می کند که دهانه آن ۳۲ میلی متر بزرگ تر از دهانه استوما باشد.			
۶	وسایل آماده شده را نزد بیمار می برد.			
۷	دست های خود را می شوید.			
۸	دستکش می پوشد.			
۹	دروشیت را زیر بیمار قرار می دهد.			
۱۰	کیسه قبلی را به روش صحیح جدا می کند.			
۱۱	ناحیه استوما را به آرامی با دستمال خشک می کند.			
۱۲	ناحیه استوما را به ملایمت با صابون ملایم و آب می شوید.			
۱۳	پوست را به آرامی خشک می کند و اجازه می دهد در معرض هوا به طور کامل خشک شود.			

۱۴	پوشش روی چسب پشت کیسه را برمی دارد.		
۱۵	آن را روی استوما قرار داده و به ملایمت فشار می دهد.		
۱۶	اطراف ناحیه استوما را از قسمت پایین به ملایمت فشار می دهد تا کیسه به خوبی چسبیده شود.		
۱۷	به بیمار می گوید به مدت ۵ دقیقه در وضعیتی ثابت قرار گیرد.		
۱۸	کیسه را به آرامی می کشد تا از چسبیدن آن اطمینان یابد.		
۱۹	در صورت امکان برای حفظ بهتر کیسه از کمربند مخصوص استفاده می کند.		
۲۰	برای درناژ بهتر، اجازه می دهد مقداری هوا در کیسه باقی بماند.		
تخلیه کیسه			
۲۱	کلامپ قسمت انتهایی کیسه را باز می کند.		
۲۲	اجازه می دهد محتویات کیسه به داخل لگن یا توالت تخلیه شود.		
۲۳	در صورت امکان انتهای کیسه را داخل آب قرار می دهد اما مراقب است چسب آن خیس نشود.		
۲۴	پس از تخلیه مواد دفعی کلامپ انتهایی کیسه را می بندد.		
۲۵	زمان و تاریخ تعویض یا تخلیه کیسه را ثبت می کند. ویژگی های مواد دفعی از جمله رنگ، حجم، نوع و قوام آن را ثبت می کند. ویژگی های استوما و پوست اطراف آن را ذکر می کند. موارد آموزش داده شده به بیمار، توانایی مراقبت از خود و فرآیند یادگیری وی را ثبت می کند.		



فصل دهم

اداری - تناسلی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گذاشتن کاتتر ادراری

اهداف:

- ۱- اندازه‌گیری حجم ادرار باقی مانده
- ۲- اندازه‌گیری مداوم ادرار دفع شده
- ۳- گرفتن نمونه ادرار جهت انجام تست های تشخیصی
- ۴- تخلیه مثانه در زمان احتباس ادراری
- ۵- کمک به پرشدن مثانه جهت انجام تست های پاراکلینیکی تشخیصی
- ۶- کم کردن فشار مثانه روی بافت های اطراف، جهت اعمال جراحی
- ۷- جهت درمان احتباس ادراری ناشی از تنگی های لوله ادراری ، تکرر ادرار، عفونت یا مثانه نوروژنیک

وسایل مورد نیاز:

کاتتر باقی ماندنی استریل (از جنس لاتکس یا سلیکون) معمولاً شماره‌های ۱۴ تا ۱۶ در بزرگسالان -
 سرنگ ۱۰ CC - نرمال سالین - صابون مایع - مشمع و رویی آن - دستکش استریل - محلول ضد عفونی
 کننده - ژل لوبریکانت استریل - کیسه جمع‌آوری ادرار استریل، برگه کنترل جذب و دفع در صورت نیاز -
 چسب ضد حساسیت - برگه درخواست آزمایش در صورت نیاز - منبع نور - بالش یا ملحفه‌های رول
 شده- رسیور

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک مبنی بر سونداژ را بررسی می کند.			
۲	در صورتی که اندازه یا نوع مشخصی از کاتتر مورد نظر پزشک است آن را آماده می کند.			
۳	دست هایش را می شوید.			
۴	وسایل را آماده می کند و آن ها را به اتاق بیمار می آورد.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند.			
۶	چارت بیمار را چک می کند و زمان خالی شدن مثانه در نوبت قبلی را سوال می کند.			
۷	مثانه را معاینه و لمس می کند تا زمان تخلیه آن را حدس بزنند.			
۸	از همکاری می خواهد که چراغ را طوری تنظیم کند که وی بتواند ناحیه را به خوبی ببیند.			

۹	تخت را طوری تنظیم می کند که مجرای ادراری را به وضوح ببیند.		
۱۰	در مورد بیماران زن : الف : بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد (supine). ب - زانوهای وی را کاملاً خم می کند. پ - زانوها را از هم دور می کند. ت - پاهای او را به صورت شل دو طرف تخت می گذارد (به صورت جدا از هم). ث - اگر بیمار در این وضعیت ناراحت است، یک زانوی او را خم می کند و پای دیگر او را به حالت صاف روی تخت قرار می دهد. ج - در صورت ضعف شدید بیمار زیر زانوهای او بالش می گذارد تا به حالت خمیده دربیاید.		
۱۱	در مورد بیماران مرد : الف - بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد. ب - پاهایش را باز می کند و صاف روی تخت می گذارد. ج - از بیمار می خواهد که وضعیت خود را به همین شکل حفظ کند. د - در صورت نیاز از یک نفر کمک می خواهد تا وضعیت بیمار را حفظ کند و چراغ را تنظیم کند.		
۱۲	دست هایش را می شوید و دستکش می پوشد.		
۱۳	شستشوی پرینه را به روش صحیح انجام می دهد.		
۱۴	ناحیه ژنیتال را خشک می کند.		
۱۵	مشمع و رویی آنرا زیر باسن و پاهای بیمار پهن می کند.		
۱۶	پک استریل را در بیماران خانم بین دو پای او قرار می دهد.		
۱۷	پک را به روش استریل بازمی کند.		
۱۸	در بیماران آقا، پک استریل را روی ران های او باز می کند.		
۱۹	دستکش استریل می پوشد.		
۲۰	شان استریل را روی ران های بیمار پهن می کند (یا تعدادی گاز استریل).		
۲۱	ناحیه ژنیتال را باز نگه می دارد.		
۲۲	از عدم حساسیت بیمار به ید یا محلول های ضد عفونی مطمئن می شود.		
۲۳	درب ظرف محتوی محلول ضد عفونی کننده را باز می کند.		
۲۴	به آرامی بدون ریختن محلول روی وسایل کمی از محلول را در ظرف محتوی پنبه می ریزد.		

۲۵	درب تیوپ ژل لوبریکانت استریل را باز می کند.		
۲۶	پاکت کاتتر را به روش استریل باز می کند و در محیط استریل قرار می دهد.		
۲۷	مقداری از ژل لوبریکانت را در محیط استریل می گذارد.		
۲۸	در صورت آلوده شدن دستکش ها، آن ها را عوض می کند.		
۲۹	با دست پوشیده شده به وسیله دستکش استریل، سرکاتتر را به ژل لوبریکانت آغشته می کند.		
۳۰	انتهای کاتتر را به سر کیسه تخلیه ادرار استریل وصل می کند.		
۳۱	اطمینان پیدا می کند که در پوش انتهایی کیسه جمع آوری ادرار بسته است.		
۳۲	تمام کاتتر را استریل نگه می دارد.		
۳۳	قبل از انجام سوندگذاری، بالون آن را با ۱۰ سی سی آب مقطر امتحان می کند (جهت اطمینان از عدم وجود منفذ).		
۳۴	با سرنگ ۱۰ سی سی آب مقطر به داخل بالون تزریق می کند.		
۳۵	مجدداً آن را خالی می کند.		
۳۶	در بیماران خانم : الف - لب های مژور و مینور را از هم بازمی کند (توسط انگشتان شست، اشاره و میانی دست غیرغالب خود). ب - در طول انجام پروسیجر فاصله لب ها را از هم حفظ می کند. پ - با دست غالب خود، با استفاده از پنبه سوآپ آغشته به محلول ضدعفونی، دور تا دور مجرای خروج ادرار را به صورت دورانی ضدعفونی می کند. ت - قسمت های دیگر را با یک پنبه سوآپ دیگر ضدعفونی می کند (به همان روش). ث - با یک گاز ناحیه خروج ادرار و ژنیتال را خشک می کند. ج - دستکش هایش را استریل حفظ می کند.		
۳۷	در بیماران آقا: الف - پنیس بیمار را با دست غیرغالب خود نگه می دارد . ب - پنیس را از ۶۰-۹۰ درجه زاویه می دهد. پ - تا آخر پروسیجر این وضعیت را حفظ می کند. ت - با دست غالب خود نوک آلت را به کمک پنبه سوآپ ضدعفونی می کند. ث - با یک حرکت دورانی نوک آلت را تمیز می کند.		

			ج - ناحیه اطراف را در مرحله بعد ضدعفونی می کند .	
۳۸			دستکش هایش را استریل حفظ می کند.	
۳۹			کاتتر را با دست غالب خود برمی دارد.	
۴۰			کاتتر را به ژل لوبریکانت آغشته می کند.	
۴۱			از بیمار می خواهد همزمان با فرو بردن کاتتر سرفه کند.	
۴۲			از بیمار می خواهد که تنفس آرام و عمیق داشته باشد تا اسفنجکتر ادراری شل شود.	
۴۳			کاتتر را از سمت سر آن برمی دارد.	
۴۴			در بیماران خانم : الف - کاتتر را ۷/۵ سانتی متر داخل می برد. ب - در ضمن فرو بردن کاتتر لب ها از هم دور نگه می دارد (تا زمانی که ادرار شروع به خارج شدن کند). پ - اگر کاتتر اشتبهاً وارد واژن شد آنرا خارج می کند. ت - در دوشیزگان تا مطمئن نشود که کاتتر وارد مجرای ادراری می شود کاتتر را وارد نمی کند. ث - مجدداً اجرای مراحل پروسیجر را شروع می کند.	
۴۵			در بیماران آقا : الف - کاتتر را ۱۹-۱۲/۵ سانتی متر داخل می کند. ب - خروج ادرار را بررسی می کند.	
۴۶			وقتی که خروج ادرار قطع شد، سرنگ را به محل مجرای بالون کاتتر وصل می کند.	
۴۷			بالون کاتتر را پر می کند.	
۴۸			کاتتر را به بغل ران بیمار با چسب ضد حساسیت ثابت می کند.	
۴۹			کیسه جمع آوری ادرار را در محل مخصوص در سطح پایین تر از مثانه آویزان می کند.	
۵۰			اطمینان پیدا می کند که لوله ادراری در لای ریل نرده کنار تخت قرار نگرفته باشد.	
۵۱			در صورتی که بیمار دستور جمع آوری نمونه جهت آزمایش دارد، نمونه را از طریق پیچ انتهای بگ ادراری به طریق استریل جمع آوری می کند.	
۵۲			نمونه جمع آوری شده را به آزمایشگاه ارسال می کند (به روش صحیح).	
۵۳			جهت اندازه گیری مقدار ادرار دفع شده بیمار (جهت کنترل)، بگ	

			ادرار را هر ۸ ساعت تخلیه می کند.	
			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند : الف - تاریخ و زمان گذاشتن کاتتر ب - اندازه و نوع کاتتر ج - میزان، رنگ و دیگر مشخصه های ادرار د - در صورت داشتن دستور کنترل میزان حجم ادرار، ثبت در برگه چارت جذب و دفع ه - میزان تحمل و همکاری بیمار در انجام رویه ی - میزان و نمونه آزمایش در خواست شده.	۵۴

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: خارج کردن سوند دایمی

هدف:

خارج کردن سوند دایمی جهت برقراری جریان طبیعی ادرار

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گاز استریل - نوار چسب - سرنگ ۱۰ سی سی - پد ضد آب

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	تخت را تا ارتفاع مناسب بالا می آورد.			
۳	تجهیزات را آماده می کند.			
۴	بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می دهد.			
۵	پد ضد آب را زیر بیمار قرار می دهد .			
۶	در صورت نیاز، نمونه ادرار جهت کشت می گیرد.			
۷	نوار چسب یا نگه دارنده سوند را بر می دارد .			
۸	مایع تزریق شده داخل بالن کاتتر را آسپیره می کند.			
۹	کاتتر را خارج می کند.			
۱۰	کیسه ادرار و تیوب را از تخت جدا می کند.			
۱۱	بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۱۲	در صورت نیاز ، مراقبت مورد نیاز را از قسمت پرینه بیمار به عمل می آورد.			
۱۳	حجم ادرار داخل کیسه را اندازه می گیرد و سپس محتویات آن را خالی می کند.			
۱۴	لبه تخت را پایین می آورد .			
۱۵	وسایل آلوده را در ظرف مخصوص زباله می ریزد.			
۱۶	دست های خود را می شوید.			
۱۷	یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی سوند یا مثانه با استفاده از سوند دو راهی (سیستم بسته)

اهداف:

۱- باز نگه داشتن سوند ادراری

۲- رفع انسداد سوند ادراری

وسایل مورد نیاز: مشمع و رویه - کاسه استریل - محلول دستور داده شده - رسیور استریل - سرنگ

استریل ۳۰ یا ۵۰ سی سی با سوزن شماره ۲۳-۱۹ - کلمپ در صورت لزوم - گلوله های پنبه استریل

آغشته به محلول ضد عفونی کننده - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از انسداد قطعی سوند به روش زیر مطمئن می شود: الف : ضرورت انجام شست و شو را با لمس مثانه بیمار از نظر احتباس ادرار مشخص می کند. ب- میزان دفع ادرار بیمار را با میزان دفع ادرار وی در شیفت قبل مقایسه می کند. ج- چنانچه ادرار به راحتی در سوند جریان ندارد، لوله را از طرف بدن بیمار به طرف کیسه ادرار می دوشد. د- در صورت عدم رفع انسداد عمل شست و شو را انجام می دهد.			
۲	دستور پزشک را از نظر نوع، حجم و غلظت محلول کنترل می کند.			
۳	وسایل رابه اتاق بیمار برده، وی را از برنامه مورد نظر مطلع می کند.			
۴	خلوت بیمار را فراهم می آورد.			
۵	بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد.			
۶	پوشش های روی بیمار را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری ادرار، کنار می زند.			
۷	مشمع و رویه را در محل پهن می کند.			
۸	دست های خود را می شوید.			
۹	دستکش می پوشد.			
۱۰	کاسه استریل را از محلول دستور داده شده با درجه حرارت مناسب پر می کند.			
۱۱	رسیور را زیر قسمت انتهایی سوند قرار می دهد.			

۱۲	سوزن را به روش استریل به سرنگ وصل کرده و به مقدار مورد نیاز از محلول دستور داده شده در سرنگ می کشد.		
۱۳	در صورت شست و شوی مثانه، زیر محل ورود سرنگ به سوند را کلمپ می کند تا از جریان یافتن محلول تزریقی و ادرار به درون کیسه جمع آوری ادرار جلوگیری شود.		
۱۴	محل ورود سرنگ به سوند را با پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده، تمیز می کند.		
۱۵	سرنگ را به محل مناسب وارد و محلول را به آرامی تزریق می کند: الف: برای هر بار شستشوی سوند ۴۰-۳۰ CC تزریق می کند. ب- برای هر بار شستشوی مثانه ۲۰۰-۱۰۰ CC تزریق می کند.		
۱۶	پس از تزریق محلول ، سرنگ را خارج می کند.		
۱۷	محلول تزریق شده را تخلیه می کند: الف - در شستشوی سوند بلافاصله سوند را پایین می آورد تا محلول تزریق شده به راحتی به طرف کیسه جمع آوری ادرار جریان یابد. ب- در شستشوی مثانه ، کلمپ را باز می کند تا محلول تزریق شده از طریق سوند به داخل کیسه جمع آوری ادرار جریان یابد.		
۱۸	در صورت لزوم روش را تکرار می کند تا محلول دستور داده شده تمام شود یا به هدف مورد نظر، دست یابد.		
۱۹	مقدار ادرار بیمار را اندازه گیری و مقدار محلول شست و شوی استفاده شده را از آن کسر می کند.		
۲۰	وضعیت بیمار و چگونگی تخلیه ادرار را بررسی می کند: الف- به میزان رفع مشکلات بیمار توجه می کند. ب- ادرار تخلیه شده را از نظر رنگ و شفافیت و وجود محتویات غیر طبیعی بررسی می کند. ج- جریان ادرار را در سوند و لوله کیسه جمع آوری بررسی می کند.		
۲۱	وسایل را به محل مربوطه بر می گرداند و توجه مورد نیاز را از آنها به عمل می آورد.		
۲۲	دست ها را می شوید.		
۲۳	مشاهدات و اطلاعات خود را در مورد مقدار ، شفافیت و رنگ ادرار ، مقایسه مایعات ورودی و خروجی، وجود اتساع مثانه و میزان ناراحتی بیمار ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی مثانه با استفاده از سوند فولی سه راهی

اهداف:

۱- باز نگه داشتن سوند ادراری

۲- رفع انسداد سوند ادراری

وسایل مورد نیاز:

مشمع و رویه - کاسه استریل - محلول دستور داده شده - رسیور استریل - سرنگ استریل ۳۰ یا ۵۰ سی سی با سوزن شماره ۱۹-۲۳ - کلمپ در صورت لزوم - گلوله های پنبه استریل آغشته به محلول ضد عفونی کننده - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند: الف: هوای داخل لوله متصل به ظرف حاوی محلول شست و شو را تخلیه می کند. ب- لوله متصل به ظرف حاوی محلول شستشو را به مجرای شستشو در سوند سه راهی وصل می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	دستکش می پوشد.			
۴	شست و شوی مثانه را به یکی از دو روش زیر انجام می دهد: الف- شست و شوی مداوم - کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار باید باز باشد. - کلمپ لوله متصل به ظرف حاوی محلول شست و شو را باز می کند. تعداد قطرات را طبق دستور پزشک تنظیم می کند. - مایع برگشتی را از نظر مقدار، رنگ و شفافیت بررسی می کند. مقدار مایع برگشتی باید متناسب با مقدار مایع وارد شده به مثانه باشد. ب- شست و شوی مثانه - دستور پزشک را از نظر باقی ماندن محلول شست و شو در مثانه یا خروج فوری آن کنترل می کند.			

			- کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار را می بندد. - بعد از ورود مقدار محلول دستور داده شده، کلمپ ظرف حاوی محلول شست و شو را می بندد و اجازه می دهد محلول برای مدت زمان مشخص شده در مثانه باقی بماند. - پس از انقضای مدت زمان مورد نیاز کلمپ متصل به لوله کیسه جمع آوری ادرار را بازمی کند تا محلول خارج شود. - طبق دستور پزشک ممکن است مورد نیاز باشد شست و شوی متناوب را به دفعات انجام دهد.	
۵			مشاهدات و اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی سوند یا مثانه با استفاده از سوند دو راهی (سیستم باز)

اهداف:

۱- باز نگه داشتن سوند ادراری

۲- رفع انسداد سوند ادراری

وسایل مورد نیاز:

مشمع و رویه - کاسه استریل - محلول دستور داده شده - رسیور استریل - سرنگ استریل ۳۰ یا ۵۰ سی سی با سوزن شماره ۲۳-۱۹ - کلمپ در صورت لزوم - گلوله های پنبه استریل آغشته به محلول ضد عفونی کننده - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از انسداد قطعی سوند به روش زیر مطمئن می شود: الف : ضرورت انجام شست و شو را با لمس مثانه بیمار از نظر احتباس ادرار مشخص می کند. ب- میزان دفع ادرار بیمار را با میزان دفع ادرار وی در شیفت قبل مقایسه می کند. ج- چنانچه ادرار به راحتی در سوند جریان ندارد، لوله را از طرف بدن بیمار به طرف کیسه ادرار می دوشد. د- در صورت عدم رفع انسداد عمل شست و شو را انجام می دهد.			
۲	دستور پزشک را از نظر نوع، حجم و غلظت محلول کنترل می کند.			
۳	وسایل رابه اتاق بیمار برده، وی را از برنامه مورد نظر مطلع می کند.			
۴	خلوت بیمار را فراهم می آورد.			
۵	بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد.			
۶	پوشش های روی بیمار را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری ادرار، کنار می زند.			
۷	مشمع و رویه را در محل پهن می کند.			
۸	دست های خود را می شوید.			
۹	دستکش می پوشد.			
۱۰	کاسه استریل را از محلول دستور داده شده با درجه حرارت مناسب پر			

			می کند.	
۱۱			رسیور استریل را باز کرده و در زیر قسمت انتهایی سوند قرار می دهد.	
۱۲			به منظور پیشگیری از ورود میکروارگانیسم ها به سیستم ادراری تکنیک استریل را دقیقاً رعایت می کند.	
۱۳			در این مرحله لوله ها را در محل اتصال سوند به لوله کیسه جمع آوری ادرار از هم جدا می کند. دقت می کند که دست در فاصله ۲/۵ سانتی متر از سرلوله ها باشد.	
۱۴			سرلوله متصل به کیسه جمع آوری ادرار را داخل گاز استریل گذاشته و در کنار رسیور قرار می دهد.	
۱۵			سر سرنگ حاوی محلول شستشو را داخل سوند متصل به بیمار می کند و محلول را به آرامی داخل مثانه تزریق می کند.	
۱۶			سوند را از سرنگ جدا می کند و اجازه می دهد تا محلول وارد شده به مثانه از طریق سوند به داخل رسیور وارد شود.	
۱۷			عمل شست و شو را ادامه می دهد تا محلول دستور داده شده تمام شود یا هدف مورد نظر تامین شود.	
۱۸			دو سرسوند فولی و لوله کیسه جمع آوری ادرار را به هم وصل می کند.	
۱۹			دقت می کند هنگام اتصال لوله ها به همدیگر پیچ خوردگی ایجاد نشود.	
۲۰			در صورت لزوم روش را تکرار می کند تا محلول دستور داده شده تمام شود یا به هدف مورد نظر، دست یابد.	
۲۱			مقدار ادرار بیمار را اندازه گیری و مقدار محلول شست و شوی استفاده شده را از آن کسر می کند.	
۲۲			وضعیت بیمار و چگونگی تخلیه ادرار را بررسی می کند: الف- به میزان رفع مشکلات بیمار توجه می کند. ب- ادرار تخلیه شده را از نظر رنگ و شفافیت و وجود محتویات غیر طبیعی بررسی می کند. ج- جریان ادرار را در سوند و لوله کیسه جمع آوری بررسی می کند.	
۲۳			وسایل را به محل مربوطه بر می گرداند و توجه مورد نیاز را از آنها به عمل می آورد.	
۲۴			دست ها را می شوید.	
۲۵			مشاهدات و اطلاعات خود را در مورد مقدار ، شفافیت و رنگ ادرار، مقایسه مایعات ورودی و خروجی، وجود اتساع مثانه و میزان ناراحتی بیمار ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در بیوپسی کلیه

اهداف:

۱- کمک به تشخیص و بررسی وسعت بیماری های کلیه

۲- بررسی دلایل رد پیوند کلیه

۳- ارزیابی پیشرفت بیماری های مزمن کلیه

وسایل مورد نیاز:

محلول استریل- حوله - دستکش استریل - سرنگ ۵ سی سی - سرسوزن شماره ۲۲ و ۲۵ - سوزن

بیوپسی- ست پانسمان استریل - اولتراسوند - سوزن اسپینال شماره ۲۲

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را ۴ تا ۸ ساعت قبل از آزمون ناشتا نگه می دارد.			
۲	آزمایشات انعقادی بیمار (INR. CT . PTT . PT) را کنترل می کند.			
۳	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۴	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۵	نواحی مورد نظر را با محلول استریل ضد عفونی می کند.			
۶	مراحل اجرای روش را برای بیمار توضیح می دهد.			
۷	راه وریدی مناسب برای بیمار برقرار می کند.			
۸	قبل از انجام روش، به روش های جاری نمونه ادرار می گیرد.			
۹	به بیمار مراقبت های مورد نیاز بعد از بیوپسی را آموزش می دهد (۱۴ تا ۲۴ ساعت ادرار بیمار را از نظر رنگ مشاهده می کند).			
۱۰	دست ها را می شوید.			
۱۱	در حین انجام آزمون بیمار را همراهی و حمایت می کند.			
۱۲	پزشک ناحیه مورد نظر را بی حس می کند.			

۱۳	برای انجام روش، بیمار را در وضعیت رو به شکم قرار می دهد.		
۱۴	هنگام ورود سوزن بیوپسی از بیمار می خواهد نفس خود را حبس کند.		
۱۵	یک کیسه شن زیر شکم بیمار قرار می دهد.		
۱۶	پس از بیوپسی علایم حیاتی بیمار را هر ۵-۱۵ دقیقه یکبار کنترل می کند.		
۱۷	پس از بیوپسی بیمار را بر روی شکم قرار می دهد.		
۱۸	با کیسه شن به محل بیوپسی فشار وارد می کند.		
۱۹	وسایل را به محل مربوطه بر می گرداند و توجهات مورد نیاز را از آنها به عمل می آورد.		
۲۰	دست های خود را می شوید.		
۲۱	مشاهدات و اقدامات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.		
۲۲	بیمار را به مدت ۶ تا ۸ ساعت تحت نظر قرار می دهد.		
۲۳	هر گونه نشانه ای از کمردرد، دردشانه، احساس سبکی سر، وجود خون در ادرار و سوزش ادرار را گزارش می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: یورودینامیک تست

اهداف:

۱- بررسی وضعیت مثانه در حالات مختلف هنگام پر و خالی شدن

۲- بررسی فعالیت اسفنکتر مثانه به صورت ارادی، حجم ها و فشارها و الگوی دفع

۳- بررسی طول اسفنکتر مثانه و فشار آن در حالات مختلف

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - سوند مخصوص دو راه - سوند رکتال - پیچ پوستی - سرنگ ۲۰ سی سی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند.			
۲	نحوه انجام تست را برای بیمار توضیح می دهد.			
۳	آزمایشات مورد نیاز قبل از تست برای بیمار را کنترل می کند (کشت و کامل ادرار).			
۴	داروهای خاص بیمار را قبل از انجام تست با نظر پزشک قطع می کند.			
۵	بیمار را در پوزیشن لیتوتومی قرار می دهد.			
۶	سوندهای مخصوص رکتال و مجرا را برای بیمار ثابت می کند.			
۷	میزان ادرار باقی مانده بیمار را کنترل و ثبت می کند.			
۸	پیچ های مخصوص را در اطراف مقعد می چسباند.			
۹	بیمار را به دستگاه متصل می کند.			
۱۰	تست را به روش صحیح انجام می دهد و نمودارهای خاص را ثبت می کند.			
۱۱	وسایل را از بیمار جدا می کند.			
۱۲	به بیمار در مورد مراجعه به پزشک و مصرف آنتی بیوتیک آموزش می دهد.			
۱۳	گزارش آزمایش بیمار را به وی تحویل می دهد.			
۱۴	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : تعویض سوند سیستوستومی

هدف:

پیشگیری و کنترل عفونت ادراری در اثر باقی ماندن طولانی مدت سوند سوپراپوبیک

وسایل مورد نیاز:

دستکش یک بار مصرف و دستکش استریل - سرنگ - آب مقطر - سوند فولی با شماره مناسب - کیسه ادرار

- ست پانسمان - محلول ضد عفونی کننده - نوار چسب

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نحوه انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	ست استریل را باز می کند.			
۵	سوند سوپراپوبیک را به روش صحیح خارج می کند.			
۶	سرنگ حاوی آب مقطر را آماده می کند.			
۷	سوند فولی متناسب با سن و جثه بیمار را باز می کند.			
۸	دستکش استریل می پوشد.			
۹	کاف سوند فولی را امتحان می کند و از سوراخ نبودن آن مطمئن می شود.			
۱۰	محل ورود سوند سوپراپوبیک را با محلول ضد عفونی تمیز و سپس خشک می کند.			
۱۱	سر سوند فولی را وارد محل سوند سوپراپوبیک می کند.			
۱۲	پس از خروج ادرار از سوند ، کاف سوند را با آب مقطر پر می کند.			
۱۳	جهت اطمینان از قرار گرفتن سوند در مثانه ، آن را کمی به سمت بیرون می کشد.			
۱۴	کیسه ادرار را به سوند وصل می کند.			
۱۵	سوند را به بدن بیمار ثابت می کند.			
۱۶	وسایل را جمع آوری می کند.			
۱۷	دست هایش را می شوید.			
۱۸	کلیه مشاهدات و اقدامات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در جای گذاری کاتتر دیالیز صفافی

وسایل مورد نیاز:

ماسک صورت ۳ عدد - پدهای گازی - پدهای بتادین - پگ استریل - دستکش استریل - چاقوی کوچک
 جراحی - پروپ صفافی - وسیله بخیه زدن - محلول بتادین (برای پرپ شکم) - ویال لیدوکائین ۱ یا ۲
 درصد - شان استریل پرفوره - سرنگ ۲۰ سی سی - نرمال سالین

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	بیمار توسط صابون آنتی باکتریال حمام می کند.			
۳	روده های بیمار را با استفاده از ملین وانما آماده می کند (آنتی بیوتیک پروفیلاکسی طبق پروتکل علمی).			
۴	۱ ساعت قبل از جای گذاری کاتتر با دستور پزشک ۱ گرم سفازولین به بیمار می دهد.			
۵	محل کارگذاری کاتتر دیالیز صفافی را علامت گذاری می کند.			
۶	علامت گذاری را در وضعیت نشسته یا ایستاده و با پوشش معمولی انجام می دهد.			
۷	برای کاهش خطر سوراخ شدن مثانه از بیمار می خواهد قبل از گذاشتن کاتتر ادرار کند. در صورت عدم توانایی ادرار کردن از سوند ادراری برای بیمار استفاده می کند.			
۸	بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد.			
۹	از وی می خواهد ماسک بزند.			
۱۰	دست های خود را می شوید.			
۱۱	ماسک می پوشد.			
۱۲	وسایل ذکر شده را آماده می کند.			
۱۳	پزشک نیز ماسک می زند و دستکش می پوشد.			
۱۴	شکم بیمار را با محلول بتادین پرپ می کند.			
۱۵	به پزشک در استفاده از ویال لیدوکائین جهت بی حس کردن موضع کمک می کند.			

۱۶	پزشک ناحیه کوچکی زیر ناف را بی حس می کند.		
۱۷	پزشک برش کوچکی توسط چاقو زیر ناف ایجاد می کند.		
۱۸	پزشک کاتتر را وارد فضای پریتوئن می کند.		
۱۹	کاتتر را در جای خود بخیه می زند.		
۲۰	برای اطمینان از باز بودن کاتتر با ۲۰ سی سی نرمال سالین آن را شست و شو می دهد.		
۲۱	ناحیه کاتتر را با پانسمان فشاری می پوشاند. قسمت رابط کاتتر را به پانسمان نمی پوشاند تا کاملاً در دسترس قرار گیرد.		
۲۲	کاتتر را با ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ واحد هپارین + ۱۰ سی سی نرمال سالین هپارینه می کند.		
۲۳	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.		
۲۴	وسایل را جمع آوری می کند.		
۲۵	دست های خود را می شوید.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دیالیز صفاقی حاد

اهداف:

۱- پیش گیری از نیاز به همودیالیز

۲- پیش گیری از بیش بار مایعات یا عدم تعادل الکترولیت

وسایل مورد نیاز:

محلول دیالیز شماره ۱ یا ۲ (با توجه به دستور پزشک) - وسیله گرمای یا پدهای حرارتی - حداقل ۳ ماسک صورت - داروهایی از قبیل هپارین در صورت دستور پزشک - ست دیالیز و کیسه همراه آن - دو جفت دستکش استریل - کاتتر IV - پدهای بتادینه - سرنگ ۳۰ سی سی با سوزن G ۲۵ - کاتتر صفاقی نایلونی چند دهانه - پانسمان جاذب - درپوش محافظ برای کاتتر - گاز - کلمپ پلاستیکی استریل کوچک - به طور دلخواه: سرنگ ۱۰ سی سی با سوزن G ۲۲ - مکمل های پروتئینی و پتاسیم - ظرف نمونه گیری - برچسب - فرم درخواست آزمایش

وسایل مورد نیاز برای تعویض پانسمان:

یک جفت دستکش استریل - ۱۰ اپلیکاتور پنبه ای یا گاز کوچک - پماد بتادین - دو پانسمان درن از پیش بریده شده - چسب نواری - محلول بتادین یا نرمال سالین - گاز استریل
عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	هنگام گرم کردن مایع دیالیز به شفافیت و بی رنگ بودن مایع دقت می کند.			
۳	ماسک می پوشد.			
۴	وسایل ذکر شده را آماده می کند.			
۵	قبل از آویزان کردن محلول های دیالیز داروهای مورد نظر را به آن اضافه می کند.			
۶	ست دیالیز را آماده می کند.			
۷	برای تسهیل در خروج مایعات، کیسه درناژ را در سطحی پایین تر از بیمار قرار می دهد.			
۸	ست دیالیز را به کیسه محلول دیالیز وصل می کند.			

۹	کیسه محلول دیالیز را با استفاده از گیره به کنار تخت بیمار آویزان می کند.		
۱۰	به منظور پرایم کردن، راه محلول را بازکرده و اجازه می دهد محلول در ست دیالیز جریان یابد.		
۱۱	در صورتی که ست قبلاً در جای خود تعبیه شده است اطراف آن را با استفاده از پد و بتادین به طور چرخشی ضدعفونی می کند.		
۱۲	با روش استریل ست دیالیز صفاقی را به کاتتر وصل می کند.		
۱۳	در اطراف کاتتر از پانسمان جاذب استفاده می کند.		
۱۴	این پانسمان را با گاز می پوشاند و چسب می زند.		
۱۵	برای امتحان کاتتر صفاقی مسیر ست را بازمی کند تا ۵۰۰ سی سی مایع وارد فضای پریتوئن شود.		
۱۶	ست دیالیز صفاقی را کلمپ می کند.		
۱۷	بلافاصله مسیر ست درناژ را باز می کند تا مایع وارد کیسه درناژ شود.		
۱۸	در صورت نبود مشکل، مسیر ست درناژ را کلمپ می کند.		
۱۹	مسیر ست دیالیز صفاقی را باز می کند تا به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه محلول وارد فضای صفاقی شود.		
۲۰	قبل از اتمام محلول موجود در کیسه، مسیر ست را کلمپ می کند تا هوا وارد مسیر نشود.		
۲۱	با توجه به زمان توصیه شده اجازه می دهد محلول به مدت ۱۰ دقیقه تا ۴ ساعت در فضای شکم باقی بماند.		
۲۲	محلول بعدی را برای تزریق گرم نگه می دارد.		
۲۳	پس از اتمام زمان مورد نظر مسیر کیسه در ناژ را باز نموده و اجازه می دهد مایعات در عرض ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به کیسه درناژ تخلیه شود.		
۲۴	با توجه به تعداد دوره های تجویز شده، روش فوق را دوباره تکرار می کند.		
۲۵	در صورت نیاز به جمع آوری نمونه در زمان تخلیه مایع به کیسه درناژ این کار را انجام می دهد.		
۲۶	ورودی تزریق مسیر درناژ را با بتادین ضدعفونی می کند.		
۲۷	یک سرنگ ۱۰ سی سی با سر سوزن یک و یک دوم یا ۲۲ G وارد ورودی تزریق می کند.		
۲۸	میزان نمونه مورد نیاز را آسپیره می کند.		

۲۹	نمونه را در ظرف مورد نظر می ریزد.		
۳۰	ظرف را برچسب می زند.		
۳۱	نمونه را به آزمایشگاه می فرستد.		
۳۲	پس از اتمام تعداد دوره‌های تجویز شده ، کاتتر را کلمپ می کند.		
۳۳	دستکش استریل می پوشد.		
۳۴	مسیر ورودی را از کاتتر صفاقی جدا می کند.		
۳۵	درپوش استریل را روی دیالیز صفاقی قرار می دهد.		
۳۶	وسایل را جمع می کند.		
۳۷	میزان مایع وارد شده و خارج شده از فضای پریتون ، هر نوع داروی اضافه شده به محلول دیالیز و رنگ و ویژگی مایع برگشتی را ثبت می کند.		
۳۸	وزن روزانه بیمار و تعادل مایعات را یادداشت می کند.		
۳۹	از فلوچارت‌های دیالیز برای ثبت میزان تغییرات مایع پس از هر بار دیالیز استفاده می کند.		
۴۰	به علایم حیاتی بیمار و تحمل وی نسبت به روش توجه می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش دیالیز صفاقی مداوم سرپایی به بیمار

اهداف:

۱- پیشگیری از نیاز به همودیالیز

۲- پیشگیری از بیش بار مایعات یا عدم تعادل الکترولیتها

۳- حفظ استقلال و تحرک بیمار

وسایل مورد نیاز:

برای انفوزیون مایع دیالیز: مایع دیالیز تجویز شده - آب گرم یا دستگاه حرارتی - ۳ عدد ماسک صورت - لوله اتصال ۴۲ اینچ (۱۰۶/۷ سانتی متر) با کلمپ درن - پدهای گازی (۱۰ × ۱۰ سانتی متر) ۶ تا ۸ عدد، - داروها در صورت تجویز پزشک - پدهای بتادین - چسب بدون حساسیت - ظرف پلاستیکی - محلول بتادین - ظرف استریل - ظرف حاوی الکل - دستکش استریل - کمر بند یا کیسه فابریک - دو عدد شان پارچه‌ای استریل ضد آب (یکی از آن ها پرفوره باشد) - در صورت نیاز: سرنگ ، برچسب، ظرف نمونه‌گیری

برای توقف جریان دیالیز به طور موقت:

سه عدد شان کاغذی ضد آب استریل (دو عدد آن پرفوره باشد) - گاز ۱۰ × ۱۰ سانتی متر برای تمیز کردن و پانسمان کاتتر) - ۲ عدد ماسک صورت - ظرف استریل - چسب بدون حساسیت - محلول بتادین - دستکش استریل - درپوش پلاستیکی - کاتتر استریل

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	غلظت محلول دیالیز دستور داده شده را با دستور پزشک مقایسه می کند.			
۲	محلول مایع دیالیز را با استفاده از وسایل گرمایز یا پدهای گرم ، گرم می کند.			
۳	وسایل را آماده می کند.			
۴	دست‌های خود را می شوید.			
۵	ماسک می پوشد.			
۶	کیسه محلول دیالیز را از نظر وجود نشت کنترل می کند.			
۷	در صورت تجویز پزشک داروهای مورد نظر را به محلول اضافه می کند.			

۸	مسیر ست‌های دیالیز را به کیسه دیالیز متصل می‌کند.		
۹	برای پرایم کردن مسیر، کلمپ را باز می‌کند تا مایع جریان یابد.		
۱۰	سپس کلمپ را می‌بندد.		
۱۱	دهانه ورودی مسیر را با بتادین ضدعفونی می‌کند.		
۱۲	دهانه را با یک گاز خشک پوشانده و چسب می‌زند.		
۱۳	وسایل و تجهیزات را نزد بیمار برده و آن را نصب می‌کند.		
۱۴	روش کار را برای وی توضیح می‌دهد.		
۱۵	یک کاغذ استریل پهن کرده و محیطی مناسب فراهم می‌کند.		
۱۶	ظرف مخصوص را از بتادین پر می‌کند و روی کاغذ قرار می‌دهد.		
۱۷	لگن استریل را روی کاغذ قرار می‌دهد.		
۱۸	چهار عدد گاز استریل در لگن قرار داده و روی آنها بتادین می‌ریزد.		
۱۹	ظرف الکل را روی کاغذ استریل می‌گذارد.		
۲۰	ماسک تمیز می‌پوشد.		
۲۱	پانسمان روی کاتتر را برداشته و دور می‌اندازد.		
۲۲	کاتتر یا پوست ناحیه را لمس نمی‌کند.		
۲۳	محل کاتتر را از نظر یکپارچگی پوست، وجود علایم عفونت و محل صحیح قرار گرفتن کاتتر کنترل می‌کند.		
۲۴	در صورت وجود ترشح، یک نمونه از آن تهیه کرده و به آزمایشگاه می‌فرستد.		
۲۵	وجود ترشح را به پزشک اطلاع می‌دهد.		
۲۶	انتهای کاتتر را با گاز آغشته به بتادین ضدعفونی می‌کند و ۵ دقیقه صبر می‌کند.		
۲۷	با گاز، دیگر قسمت‌های کاتتر و محل ورود را تمیز می‌کند (برای تمیز کردن از محل ورود کاتتر شروع کرده و به طور چرخشی به سمت بالا می‌آید).		
۲۸	برای حمایت کاتتر یک گاز در انتهای آن قرار می‌دهد.		
۲۹	یک گاز آغشته به بتادین روی درپوش کاتتر می‌گذارد.		
۳۰	یک شان پر فوره اطراف کاتتر می‌گذارد.		
۳۱	گاز آغشته به بتادین و درپوش کاتتر را برمی‌دارد.		
۳۲	مسیر ست دیالیز را به ورودی کاتتر متصل می‌کند.		
۳۳	از عدم نشت ناحیه اتصال اطمینان حاصل می‌کند.		

۳۴	مسیر ست دیالیز را باز کرده و اجازه می دهد به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه مایع وارد فضای پریتون شود.		
۳۵	قبل از تمام شدن مایع کیسه دیالیز آن را کلمپ می کند.		
۳۶	کیسه را تا کرده و با یک کمربند به لباس بیمار متصل می کند.		
۳۷	پس از مدت زمان مجاز (معمولاً ۴ تا ۶ ساعت) تای کیسه را باز کرده، کلمپ مسیر را باز می کند و اجازه می دهد با نیروی ثقل مایع وارد کیسه شود.		
۳۸	هنگامی که تخلیه به اتمام رسید مسیر را کلمپ می کند.		
۳۹	کیسه جدیدی وصل کرده و مراحل بالا را تکرار می کند.		
۴۰	حجم و نوع مایع مبادله شده در هر مرحله دیالیز، زمان و طول مدت دیالیز و هر نوع داروی اضافه شده به مایع دیالیز را ذکر کند. به رنگ و شفافیت مایع بازگشتی، وجود موکوس، چرک و خون توجه می کند. همچنین به وجود تعادل در جذب و دفع و همچنین هر نوع علامت و نشانه عدم تعادل مایع نظیر تغییرات وزنی، کاهش صداهای تنفسی، ادم محیطی، آسیت و تغییر در تورگور پوست دقت می کند. وزن بیمار، فشار خون و میزان نبض را پس از تبادل مایع به طور روزانه ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: همودیالیز

اهداف:

۱- خارج کردن مواد زائد و آب اضافی از خون بیمار در هنگام نارسائی کلیوی مزمن یا موارد دیگر در صورت لزوم

۲- تأمین حمایت موقت در هنگام نارسائی کلیوی حاد

تجهیزات استاندارد مورد نیاز در بخش های همودیالیز: ماشین همودیالیز - محلول دیالیز - ست تجویز دارو و دیگر تجهیزات مرتبط - هپارین - سرنگ انفوزیون - برچسب دارو - ست شریانی و وریدی

تجهیزات همودیالیز با کاتتر دو مجرای: پدهای آغشته به بتادین - دو گاز استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر - سرنگ ۳ و ۵ سی سی - چسب - سرنگ حاوی هپارین - دستکش تمیز.

تجهیزات برای همودیالیز با فیستول AV: دو سوزن پروانه ای - پد نگه دارنده - پد حاوی بتادین - گازهای استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر - تورنیکه - دستکش تمیز - چسب ضد حساسیت - آنژیوکت شماره ۱۶

تجهیزات جدا کردن همودیالیز از کاتتر دو مجرای: گاز استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر - پد آغشته به بتادین - گاز پانسمان بریده شده - پد آغشته به بتادین - محلول هپارین - بر اساس پروتکل استاندارد شده پانسمان ترانس پرانت - وسایل آماده سازی پوست - چسب - وسایل مورد نیاز کشت از ترشحات در صورت لزوم - سرنگ ۵ سی سی - نرمال سالین

وسایل مورد نیاز قطع کردن بیمار از همودیالیز با فیستول AV:

دستکش تمیز - گاز استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر - دو عدد بانداژ چسبی (صفربند) - در صورت نیاز: اسفنج های ژلاتینی استریل با قابلیت جذب (ژل فوم)

دیگر وسایل و تجهیزات مورد نیاز:

ترالی اورژانس مجهز به پایه سرم، تخته احیاء - کپسول O₂ به همراه مانومتر - داروهای مورد نیاز در ترالی بر اساس مصوبات و استانداردها - دستگاه الکتروشوک - حداقل یک فشارسنج و گوشی به ازای هر دو ماشین دیالیز در بخش - برنامه مدون کنترل و نظارت بر کارکرد ماشین های همودیالیز از طرف شرکت مربوطه - ماشین های همودیالیز مجهز به تصفیه آب مرکزی (RO) - صافی دیالیز به مقدار کافی در اندازه های مختلف - وجود یک ماشین دیالیز اضافی در بخش برای جایگزین کردن ماشین های خراب - کانداکتیویته متر - دستگاه الکتروکاردیوگرام - محلول دیالیز - محلول ضد عفونی ماشین دیالیز شامل بلیچ، اسیدسیتریک - سرم های هیپرتونیک - راهنمای استفاده از دستگاه های موجود در بخش

ردیف	استانداردهای محل دیالیز	بلی	خیر	ملاحظات
۱	اتاق از نور کافی جهت انجام مراقبت پرستاری برخوردار است.			
۲	دمای بخش بین ۲۰-۲۵ درجه سانتیگراد است.			
۳	پنجره ها دارای توری های سالم است.			
۴	بخش مجهز به برق اضطراری است.			
۵	ترجیحاً امکانات رفاهی و سرگرمی و آموزش در بخش در نظر گرفته شده است.			
۶	لوله های تخلیه آب ماشین های دیالیز، حدوداً ۲۰ سانتی متر بالاتر از سطح زمین قرار دارد.			
۷	فاصله تخت ها از یکدیگر ۱/۵ متر است.			
۸	اتاق معاینه در کنار بخش همودیالیز است.			
۹	اتاق جهت صرف غذای بیمار به طور مجزا وجود دارد.			
۱۰	اتاقی جهت استراحت پرسنل بخش وجود دارد.			
۱۱	مکانی مجزا جهت دیالیز بیماران اورژانس در نظر گرفته شده است.			
۱۲	مکانی مجزا جهت شست و شو و نگهداری ست پانسمان وجود داشته باشد.			
استاندارد پذیرش بیمار در بخش همودیالیز				
۱۳	پذیرش بیمار از طریق درخواست دیالیز موقت، اورژانس یا معرفی نامه دائم دیالیز به بخش صورت می گیرد.			
۱۴	مشخصات فردی بیمار را کنترل و ثبت می کند.			
۱۵	وضعیت آزمایشات HCV ، HIV ، HbsAg مشخص است.			
۱۶	وضعیت واکسیناسیون علیه هپاتیت ب مشخص است.			
۱۷	در صورت عدم واکسیناسیون یا تکمیل آن بیمار را به مراکز بهداشت معرفی می کند.			
۱۸	جهت بیماران تازه وارد، آشنائی با محیط بخش و توضیحات مورد نیاز در مورد دیالیز به زبان ساده داده می شود.			
۱۹	در صورت پذیرش بیماران آنتی ژن مثبت: الف - اتاق ایزوله وجود دارد. ب - سرویس بهداشتی مجزا وجود دارد. ج - غذاخوری مجزا جهت بیماران وجود دارد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آماده سازی دستگاه همودیالیز (Fresenius - 4008)

اهداف:

۱- عاری از هوا کردن صافی و لاین ها

۲- آماده سازی صافی و لاین ها برای پذیرش خون و استفاده کامل از فضاهای صافی

۳- شست و شوی مواد یا گازهای ضد عفونی و استریل کننده

۴- حصول اطمینان از سالم بودن صافی

وسایل مورد نیاز:

جهت پرایم دستگاه همودیالیز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با فشار دادن کلید ON/OFF (نشانگر سبز) دستگاه را روشن می کند.			
۲	در صورت استفاده از محلول استات، ساکشن قرمز را داخل گالن محلول استات سدیم قرار می دهد.			
۳	در صورت استفاده از محلول بی کربنات ساکشن قرمز را داخل گالن محلول اسیدی قرار می دهد.			
۴	درب قسمت Bi Bag را با فشار دکمه آبی باز می کند و آن را ۱۸۰ درجه می چرخاند.			
۵	در پوش Bi Bag را برداشته و با رعایت نکات استریل آنرا در محل مربوطه روی دستگاه ثابت می کند.			
۶	کلید Test را فشار می دهد تا نشانگر از حالت چشمک زن خارج و ثابت (زرد رنگ) شود.			
۷	تا پایان مراحل تست که به صورت اتوماتیک انجام می شود صبر می کند.			
۸	روی مانیتور دستگاه، پیام های زیر ثبت می شود. Test version xx Test in progress			
۹	بررسی Alarm چراغ های LED (نشانگر) check status IEDS			
۱۰	بررسی Alarm چراغ های LED (نشانگر) - off - Display - All u.f-			

۱۱	تمام قسمت‌های نمایشگر روشن هستند و Check u.f. for 888 را نمایش می دهند. نمایشگرهای خطی همواره با صدا رو به بالا حرکت می کنند.		
۱۲	نمایش متن Test Display		
۱۳	پیام‌های نمایش داده شده روی صفحه نمایشگر در هنگام تست به طور متوالی عبارتند از:		
۱۴	۱- By pass ۲- Blood system ۵- Airdetector ۷- Apterial ۹- Blood leak ۱۱- NegPlesswe ۱۲- Uf function ۱۵- optional (Diasafe)		
۱۵	پیام پایان تست به صورت روبرو روی نمایشگر ظاهر می شود. در این حالت نشانگر تست خاموش و نشانگرهای prim Dialysis Alarm Tone, Mute , Reset , Alarm چشمک زن می‌شود و پیام روبرو روی نمایشگر ظاهر می شود: preparation.		
۱۶	لوله‌های شریانی - وریدی را روی دستگاه در محل‌های مربوطه قرار می دهد.		
۱۷	از تماس لوله‌های شریانی - وریدی به سطوح آلوده (زمین، سطل آشغال و ...) جلوگیری می کند.		
۱۸	صافی دیالیز را در محل خود قرار می دهد (قسمت وریدی بالا و قسمت شریانی پایین قرار گیرد)		
۱۹	سرم نرمال سالین را در جای خود نصب و به لاین شریانی در قسمت مربوطه وصل می کند.		
۲۰	سرم نرمال سالین را باز کرده لوله شریانی را شست و شو و هوا گیری می کند.		
۲۱	لاین شریانی را کلمپ می کند.		
۲۲	با فشار دادن کلید prim که در حالت چشمک زن می باشد آن را ثابت و پرایم خشک را آغاز می کند.		
۲۳	با فشار دادن کلید پمپ خون و تغییر رنگ سبز و با سرعت ۱۸۰ در دقیقه پرایم خشک را شروع می کند.		
۲۴	لاین هپارین را با سرم نرمال سالین هواگیری و در صورت عدم		

			استفاده در پوش و کلمپ آن را محکم می کند.	
۲۵			جهت تخلیه بهتر صافی به لاین وریدی از فشار مثبت هوا استفاده می کند.	
۲۶			پرایم خشک را با ۵۰۰ سی سی سرم نرمال سالین انجام می دهد.	
۲۷			با فشار دان دکمه کنار چمبر وریدی سطح سرم نرمال سالین را در چمبر وریدی بالا می برد.	
۲۸			درب محفظه شانت ها در سمت راست و بغل (shunt cover) را باز کرده تا جریان محلول قطع شود (By pass).	
۲۹			لوله های آوران (محلول قرمز) و وابران (محلول آبی) را به صافی وصل می کند (غیرهمسو با لاین شریانی - وریدی).	
۳۰			درب محفظه شانت ها را می بندد.	
۳۱			صافی را ۱۸۰ درجه می چرخاند تا صافی از محلول پر شود (شریان بالا- ورید پایین).	
۳۲			با ۱۰۰۰ سی سی نرمال سالین پرایم را به اتمام می رساند.	
۳۳			پمپ را خاموش می کند.	
۳۴			سرم را کلمپ می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وصل بیمار به دستگاه Fresenius 4008

هدف: وصل بیمار به دستگاه

وسایل مورد نیاز: جهت وصل بیمار به دستگاه

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وزن بیمار را کنترل و ثبت می کند.			
۲	پرونده بیمار را از فایل مربوطه درمی آورد.			
۳	گزارش پرستاری دیالیز قبلی بیمار را مطالعه می کند.			
۴	علامه حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	بر شست و شوی دست ها و محل سوزن توسط بیمار با آب و صابون نظارت می کند.			
۸	از عینک استفاده می کند.			
۹	ماسک می زند.			
۱۰	به بیمار تاکید می کند که از ماسک استفاده کند.			
۱۱	سوزن های شریانی و وریدی را با سرم نرمال سالین شست و شو می دهد.			
۱۲	راه دستیابی به عروق بیمار را کنترل می کند.			
۱۳	دو رگ مناسب جهت دیالیز برای بیمار انتخاب می کند.			
۱۴	محل تزریق سوزن ها را به طریقه دورانی با پنبه استریل ضد عفونی می کند.			
۱۵	در هنگام استفاده از الکلی یا بتادین جهت ضد عفونی کردن محل سوزن ها بعد از خشک شدن ناحیه، سوزن ها را وارد می کند.			
۱۶	سوزن ها را به طریقه صحیح (برش سوزن رو به پایین) وارد شریان و ورید بیمار می کند.			
۱۷	لوله شریانی را به سوزن شریانی وصل می کند.			
۱۸	مطمئن می شود که سرم نرمال سالین کلمپ است.			
۱۹	کلمپ شریانی را باز می کند.			

۲۰	کلید Reset alarm و Dialysis start را فشار می دهد.		
۲۱	کلید پمپ خون را فشار داده (سرعت آن را تنظیم می کند) تا روشن شود (سبز رنگ).		
۲۲	محل تزریق هپارین را ضد عفونی می کند.		
۲۳	هپارین اولیه بیمار را تزریق می کند.		
۲۴	سر سوزن سرنگ هپارین را تعویض می کند.		
۲۵	سر سوزن آلوده را در ظرف غیرقابل نفوذ می ریزد.		
۲۶	تایپ شدن چمبر ورودی از خون صبر می کند (در این زمان Alarm دستگاه زنگ می زند).		
۲۷	لوله ورودی را به سوزن ورودی وصل می کند.		
۲۸	از باز بودن کلید کلمپ های شریانی و ورودی مطمئن می شود.		
۲۹	کلید Dialysis start یا Reset alarm را فشار می دهد.		
۳۰	دور پمپ خون را فشار می دهد تا پمپ شروع به حرکت کند.		
۳۱	دور پمپ خون را براساس وزن بیمار تنظیم می کند.		
۳۲	دوباره صحت محل اتصال لوله های شریانی و ورودی به صافی را کنترل می کند.		
۳۳	همچنین صحت محل اتصال لوله های محلول به صافی را کنترل می کند.		
۳۴	از بسته بودن (کلمپ) سرم اطمینان حاصل می کند.		
۳۵	سرم بیمار را تعویض می کند.		
۳۶	بالا بودن سطح خون در چمبر ورودی را کنترل می کند.		
۳۷	اضافه وزن مورد نظر UF را در قسمت program تنظیم می کند (این کار را قبل از وصل بیمار انجام می دهد).		
۳۸	ساعت دیالیز مورد نظر را در قسمت program تنظیم می کند (قبل از وصل بیمار).		
۳۹	در صورت استفاده از محلول استات ۱۳۵ Bas - Na غلظت را تنظیم می کند.		
۴۰	در صورت استفاده از محلول بی کربنات ۱۴۰ Bas - Na غلظت را تنظیم می کند.		
۴۱	کلید UF را فشار می دهد تا با روشن شدن چراغ UF برنامه داده شده فعال شود.		
۴۲	گزارش پرستاری و وضعیت بیمار را در پرونده وی ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی دستگاه B.Braun

اهداف :

- ۱- عاری از هوا کردن صافی و لاین ها
- ۲- آماده سازی صافی و لاین ها برای پذیرش خون و استفاده کامل از فضاهای صافی
- ۳- شست و شوی مواد یا گازهای ضد عفونی و استریل کننده
- ۴- حصول اطمینان از سالم بودن صافی

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۲	کانکشن قرمز را از محلول بیرون آورده و در جایگاه پپیٹ در قسمت پایین و راست کنار دستگاه ثابت می کند.			
۳	روی صفحه مانیتور پیام Disinfection attention ظاهر می شود که آن را با دکمه، ok می کند.			
۴	با لمس هر یک از موارد یاد شده روی صفحه مانیتور، نوع شست و شو را انتخاب و آنرا با دکمه ok می کند. الف - شست و شوی کوتاه مدت ۱۹ دقیقه با اسید سیتریک ۵۰٪ ب - شست و شوی بلند مدت ۲۹ دقیقه با اسید سیتریک ۵۰٪ ج - شست و شو با درجه حرارت بالا			
۵	دکمه stop دستگاه را خاموش می کند تا کلمپ وریدی آزاد شود.			
۶	ست شریانی و وریدی را به آرامی از روی دستگاه جدا می کند.			
۷	در پمپ خون قسمت SAD را برای محافظت دستگاه می بندد.			
۸	به وسیله یک پنبه نمناک با آب به آرامی صفحه مانیتور را تمیز می کند.			
۹	رولر پمپ خون را از جایش خارج کرده، بین و داخل بولبرینگ آن را با الکل پاک می کند.			
۱۰	با یک تنظیف تمیز آغشته به محلول ۱/۴۹ هیپوکلریت سدیم سطح خارجی دستگاه را تمیز می کند.			

			با ظاهر شدن پیام اتمام شست و شو و روشن شدن دکمه ok، دکمه پایان مرحله شست و شو را لمس می کند.	۱۱
			دریچه ی خروج در قسمت راست و پایین صفحه مانیتور را دو بار لمس می کند تا وارد برنامه بعدی شود.	۱۲
			پس از ظاهر شدن پیام Hemodialysis disinfection دستگاه را از طریق کلید اصلی پشت آن خاموش می کند.	۱۳

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پرایم دستگاه B.Braun

اهداف:

- ۱- عاری از هوا کردن صافی و لاین ها
 - ۲- آماده سازی صافی و لاین ها برای پذیرش خون و استفاده کامل از فضاهای صافی
 - ۳- شست و شوی مواد یا گازهای ضد عفونی و استریل کننده
 - ۴- حصول اطمینان از سالم بودن صافی
- وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دکمه power را در پشت دستگاه روشن می کند.			
۲	تا ظاهر شدن تصویر B.Braun در صفحه مانیتور صبر می کند.			
۳	تا ظاهر شدن پیام hemodialysis Disinfection در مانیتور صبر می کند.			
۴	برنامه Hemodialysis را با لمس انگشت روی صفحه مانیتور انتخاب می کند.			
۵	دستگاه به طور اتوماتیک وارد تست می شود.			
۶	منتظر می شود تا کلیه تست های دستگاه انجام شود. تست ها شامل : ۱- Heater Rely test ۲- Blood leak test ۳- Blood leak calibration ۴- D – F – S presute test ۵- UF pumptest S-A-D Function test			
۷	با ظاهر شدن پیام connect acid acetat concentrate کانکتور قرمز را در محلول استات قرار می دهد.			
۸	لوله های وریدی و شریانی مربوط را در جای مناسب قرار می دهد و سرم را نصب می کند.			
۹	سرم نرمال سالین را باز می کند تا لوله شریانی شست و شو و هواگیری شود.			
۱۰	از افتادن انتهای لوله های شریانی و وریدی روی زمین و سطل			

			زباله جلوگیری می کند.
۱۱			لاین شریانی را کلمپ می کند.
۱۲			پمپ خون را روشن و سرعت آن را روی ۱۵۰ سی سی در دقیقه قرار می دهد.
۱۳			جهت صافی را به طریقی قرار می دهد که ورید به سمت بالا و شریان به سمت پایین باشد.
۱۴			لاین هپارین را هواگیری می کند و در صورت عدم استفاده از گره در پوش و کلمپ آن را محکم می کند.
۱۵			سطح چمبر وریدی را تا ۱/۳ پرمی کند.
۱۶			پس از اتمام ۵۰۰ سی سی سرم اول پمپ را خاموش می کند.
۱۷			منتظر پیام Coupling dialyzer در صفحه مانیتورینگ بعد از پیام Conductivity Tempreature می شود.
۱۸			کانکتورهای آوران و وابران را در محل های صحیح صافی (قرمز به قرمز ، آبی به آبی) وصل می کند.
۱۹			پیام توجه به رنگ های quick را ok می کند.
۲۰			به منظور تخلیه بهتر حباب های هوا ، صافی را به آرامی تکان می دهد و با دست ۱۸۰ درجه می چرخاند.
۲۱			صافی را برمی گرداند به نحوی که شریان بالا- ورید پایین باشد.
۲۲			پمپ خون را روشن و پرایم را با ۵۰۰ سی سی باقی مانده سرم ادامه می دهد.
۲۳			پیام آیا می خواهید با سرم نرمال سالین تمام لوله ها را شستشو دهد را ok می کند.
۲۴			پس از انجام این تست، ایزولایتور را به قسمت مربوطه متصل می کند.
۲۵			در زمان انجام Test Blood system احتمال یکی از دو پیام زیر وجود دارد: الف : Blood side pressure sensor test not ok: در این صورت ایزولایتور را چند لحظه باز کرده مجدداً ثابت می کند تا alarm مربوطه از بین برود. ب: Blood side leakage not ok: در این صورت ست شریانی و وریدی و صافی را از نظر پارگی کنترل می کند و در صورت عدم موارد فوق محل اتصال لاین شریانی و وریدی به صافی را محکم می کند.

۲۶	پرایم دستگاه را با ۱۰۰۰ سی سی سرم نرمال سالین به اتمام می‌رساند.		
۲۷	پمپ خون را خاموش می‌کند.		
۲۸	سرم را کلمپ می‌کند.		
۲۹	سرم را تعویض می‌کند.		
۳۰	در حین انجام کلیه مراحل پرایم از دستکش استفاده می‌کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وصل بیمار به دستگاه دیالیز B.Braun

هدف:

وصل بیمار به دستگاه دیالیز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پرونده بیمار را از فایل مربوطه خارج می کند.			
۲	گزارش پرستاری جلسه قبلی دیالیز بیمار را مطالعه می کند.			
۳	وزن بیمار را کنترل و ثبت می کند.			
۴	راه عروقی بیمار را شست و شو می دهد.			
۵	دست ها را می شوید.			
۶	علام حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می کند.			
۷	ماسک می زند.			
۸	ماسک زدن بیمار را کنترل می کند.			
۹	دستکش می پوشد.			
۱۰	سوزن ها را پریم می کند.			
۱۱	راه های دستیابی به عروق بیمار را کنترل نموده و رگ مناسب را انتخاب می کند.			
۱۲	از عینک استفاده می کند.			
۱۳	پگ استریل را باز می کند.			
۱۴	محل تزریق را به صورت دورانی از مرکز به اطراف ضدعفونی می کند.			
۱۵	هنگام استفاده از بتادین یا الکل برای شست و شوی ناحیه بعد از خشک شدن محل، سوزن ها را وارد می کند.			
۱۶	هنگام وارد کردن سوزن پروانه ای جهت آن را برعکس وارد می کند.			
۱۷	با گذاشتن گاز استریل روی سوزن ها به طور صحیح آن را با چسب ثابت می کند.			
۱۸	لاین شریانی را به سوزن شریانی متصل می کند.			
۱۹	از باز بودن کلمپ ها و لاین های شریانی و وریدی مطمئن می شود.			
۲۰	پمپ خون را روشن می کند.			

۲۱	محل تزریق هپارین را ضدعفونی می کند.		
۲۲	دوز اولیه هپارین را تزریق می کند.		
۲۳	در صورت استفاده از سرنگ هپارین جهت دوز ثانویه سر سوزن آن را re-cap نمی کند.		
۲۴	پس از ورود خون به چمبر وریدی ، پمپ را خاموش می کند.		
۲۵	لاین وریدی را به سوزن وریدی متصل می کند.		
۲۶	کلیه کلمپ‌های سوزن ها و لاین‌های شریانی و وریدی را باز می کند.		
۲۷	از بسته بودن راه های فرعی اطمینان حاصل می کند.		
۲۸	پمپ خون را با دور پایین روشن می کند.		
۲۹	از بسته بودن سرم مطمئن می شود.		
۳۰	بر حسب میزان اضافه وزن بیمار و فشار خون وی، به دستگاه برنامه می دهد. در صورت استفاده از پمپ هپارین میزان آن را تنظیم می کند.		
۳۱	با لمس دکمه key Bord نمایانگر زیر ظاهر می شود: - treatment .without heparin ok - Required , time(4h/min) net a mut (2000 cc), - therapy Ultrafiltration volume minimal uf Rate 2000 (mil/h) / Desired uf profile up limit uf Rate/ 2000(mil/h) conductivity 14oms/ cm - Dialysis fluid temprature - Dialystate flow 500 (ml/ min)-		
۳۲	تصویر آدمک وصل بیمار به دستگاه را لمس می کند.		
۳۳	صفحه برنامه روی مانیتور را چک می کند.		
۳۴	برنامه را با دکمه ok تأیید می کند.		
۳۵	دکمه BY pass را لمس می کند.		
۳۶	پمپ خون را روشن می کند.		
۳۷	دور پمپ را تنظیم می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: قطع بیمار از دستگاه دیالیز B.Braun

هدف:

قطع بیمار از دستگاه دیالیز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	
			دستکش یک بار مصرف می پوشد.	۱
			فشار خون بیمار را کنترل می کند.	۲
			میزان سرم را از لحاظ کافی بودن کنترل می کند.	۳
			دست ها را می شوید.	۴
			دستکش می پوشد.	۵
			از عینک استفاده می کند.	۶
			ماسک می زند.	۷
			ماسک بیمار را کنترل می کند.	۸
			جهت تخلیه بهتر خون از صافی، صافی را ۱۸۰ درجه می چرخاند.	۹
			لاین شریانی را کلمپ می کند.	۱۰
			با ۱۰۰ سی سی سرم نرمال سالین سیستم را می شوید.	۱۱
			با لمس آدمک قرمز بر صفحه مانیتور پیام End treatment ظاهر می شود.	۱۲
			با ok کردن پیام End treatment پمپ خاموش می شود.	۱۳
			سرم را باز می کند تا لاین شریانی شسته شود.	۱۴
			سرم را می بندد، شریان را کلمپ می کند.	۱۵
			سوزن شریانی را به آرامی با گذاردن پنبه استریل و بتادین یا الکل در محل سوزن، می کشد.	۱۶
			پمپ ماشین را روشن می کند.	۱۷
			کلمپ شریانی را باز می کند.	۱۸
			جهت تخلیه بهتر، لاین شریانی را به سمت بالا نگه می دارد.	۱۹
			پس از تخلیه لاین شریانی، شریان را کلمپ و سرم را باز می کند.	۲۰
			جهت بهتر پاک شدن صافی از خون فشار مثبت به لوله های	۲۱

			شریانی و وریدی وارد می کند.	
۲۲			پس از پاک شدن ست و صافی از خون و بررسی وضعیت بیمار سرم را قطع می کند.	
۲۳			پمپ را خاموش می کند.	
۲۴			ورید را کلمپ می کند.	
۲۵			سوزن وریدی را به آرامی با گذاردن پنبه استریل آغشته به بتادین یا الکل درمحل سوزن می کشد.	
۲۶			محل سوزن ها را پس از اطمینان از عدم خونریزی ناحیه با گاز استریل پانسمان می کند.	
۲۷			با لمس صافی و مشاهده علامت خارج از صافی، نشانگر دستگاه وارد By pass می شود.	
۲۸			پیام Drain Dialyzer را ok می کند.	
۲۹			quick و ابران را در محل اتصال خود (کنار دستگاه سمت راست) قرار می دهد.	
۳۰			تا تخلیه محلول دیالیز صبر می کند.	
۳۱			وزن بیمار را کنترل و ثبت می کند.	
۳۲			علائم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می کند.	
۳۳			تا اطمینان بر ثبات وضعیت بیمار، او را در تخت نگه می دارد.	
۳۴			برگه دیالیز بیمار را کنترل می کند.	
۳۵			گزارش پرستاری پرونده بیمار را تکمیل می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی دستگاه دیالیز HOSPAL

هدف:

شست و شو و ضدعفونی دستگاه دیالیز جهت پیشگیری از آلودگی و انتقال عفونت

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	
			از دستکش نایلونی تمیز و مجزا جهت پاک کردن سطح دستگاه استفاده می کند.	۱
			از محلول ۱/۴۹ هیپوکلریت سدیم جهت تمیز کردن سطح دستگاه استفاده می کند.	۲
			دکمه Rinse را روشن می کند تا به حالت چشمک زن درآید.	۳
			پس از گذشت ۶ دقیقه دکمه چشمک زن Rinse را خاموش می کند.	۴
			از پر بودن گالن بلیچ مطمئن می شود.	۵
			کانکتور زرد را داخل گالن بلیچ قرار می دهد.	۶
			کانکتور زرد را به دستگاه (جای آن با کانکتور آبی مشترک است) وصل می کند.	۷
			برنامه شستشوی Disinf – and Autom Rinse را انتخاب می کند.	۸
			بعد از کشیدن بلیچ که در حدود ۳۵۰ سی سی می باشد و روشن شدن چراغ connect Conc کانکتور زرد را جدا می کند.	۹
			کانکتور آبی را در جای اولیه قرار می دهد.	۱۰
			۴۵ دقیقه صبر می کند تا چراغ Disinfand Aution Rinse چشمک زن شده و آنرا با لمس کردن خاموش می کند.	۱۱
			دکمه اصلی (Main switch) را در کنار سمت راست قرار داده و خاموش می کند.	۱۲
			درب بلیچ استفاده شده را می بندد.	۱۳

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پرایم دستگاه دیالیز HOSPAL

هدف:

آماده کردن دستگاه دیالیز برای استفاده بعدی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	
			دستکش می پوشد.	۱
			کلید اصلی دستگاه (Main switch) را که در سمت راست و کنار دستگاه قرار دارد روشن می کند.	۲
			کانکتور کوچک قرمز که در قسمت پایین سمت چپ قرار دارد برای ساکشن محلول دیالیز به پیپت وصل کرده و داخل محلول قرار می دهد.	۳
			دکمه Acetat را روشن می کند.	۴
			لوله های وریدی و شریانی را در جای مناسب روی دستگاه قرار می دهد.	۵
			سرم را در جای مناسب نصب کرده و به لاین شریانی وصل می کند.	۶
			تا خارج شدن دستگاه از حالت wait صبر می کند.	۷
			در این حالت قسمت Test up چشمک زن می شود.	۸
			دکمه No delivery Reset را روشن می کند.	۹
			کانکتورهای آوران و وایران را به صافی وصل می کند.	۱۰
			سرم نرمال سالین را باز می کند تا لاین شریانی هواگیری شود.	۱۱
			لاین شریانی را کلمپ می کند.	۱۲
			جهت روشن کردن پمپ خون دکمه چپ را که در کنار سمت راست دستگاه قرار دارد روشن می کند.	۱۳
			روی صفحه مانیتور پمپ خون منتظر می ماند تا مرحله Self	۱۴

			test طی شود. پس از یک دقیقه Double Needle ظاهر می شود.
۱۵			دکمه شماره ۱ از دست چپ page Select را لمس می کند.
۱۶			سرم را باز و سرعت دور پمپ را روی ۱۵۰ سی سی در دقیقه تنظیم می کند.
۱۷			جهت صافی را به گونه ای قرار می دهد که ورید به سمت بالا و شریان به سمت پایین باشد.
۱۸			فشار مثبت به لاین های شریانی و وریدی وارد می کند.
۱۹			جریان محلول را در صافی برقرار می کند (شریان بالا و ورید پایین).
۲۰			پس از پرشدن صافی از محلول دیالیز آن را به حالت اولیه برمی گرداند.
۲۱			دکمه No delivery priming را لمس می کند تا عمل پرایم به طور خودکار انجام شود.
۲۲			لاین هپارین را هواگیری و در صورت عدم استفاده آن را گره می زند.
۲۳			چراغ priming چشمک زن می شود.
۲۴			دکمه priming را لمس می کند تا خاموش شود.
۲۵			عمل پرایم را با ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ سی سی سرم نرمال سالین ادامه می دهد.
۲۶			پمپ را خاموش می کند.
۲۷			سرم را کلمپ می کند.
۲۸			سرم را تعویض می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وصل بیمار به دستگاه HOSPAL

هدف:

انجام دیالیز برای بیمار بعدی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	
			پرونده بیمار را از فایل مربوطه درمی آورد.	۱
			گزارش پرستاری جلسه قبلی دیالیز بیمار را مطالعه می کند.	۲
			وزن بیمار را کنترل و ثبت می کند.	۳
			فشار خون بیمار را کنترل و ثبت می کند.	۴
			دست های خود را می شوید.	۵
			دستکش می پوشد.	۶
			ماسک می پوشد.	۷
			از عینک استفاده می کند.	۸
			به بیمار می گوید که از ماسک استفاده کند.	۹
			بر شست و شوی محل تزریق سوزن ها با آب و صابون توسط بیمار نظارت می کند.	۱۰
			سوزن های خود را با سرم پریم می کند.	۱۱
			محل تزریق سوزن ها را به طریق دورانی از مرکز به اطراف ضد عفونی می کند.	۱۲
			حداقل ۳ دقیقه جهت خشک شدن بتادین یا الکل روی پوست صبر می کند و بلافاصله سوزن را وارد می کند.	۱۳
			سوزن ها را به طریق صحیح وارد شریان و ورید می کند.	۱۴
			با قراردادن گاز استریل در محل ورود سوزن ها روی پوست آن را ثابت می کند.	۱۵
			لاین شریانی را به سوزن شریانی وصل می کند.	۱۶
			مطمئن می شود که سرم بسته است.	۱۷
			کلمپ لاین شریانی را باز می کند.	۱۸
			دور پمپ را روی ۱۵۰ سی سی در دقیقه قرار می دهد.	۱۹

۲۰	محل تزریق هپارین را ضدعفونی می کند.		
۲۱	دوز اولیه هپارین را تزریق می کند.		
۲۲	سرنگ هپارین را recap نمی کند.		
۲۳	سرنگ هپارین را داخل ظرف غیرقابل نفوذ می اندازد.		
۲۴	از باز بودن کلمپ های شریانی و وریدی مطمئن می شود.		
۲۵	پس از رسیدن خون به چمبر وریدی و پرشدن آن ، ورید را کلمپ می کند.		
۲۶	پمپ خون را خاموش می کند.		
۲۷	لاین وریدی را به سوزن وریدی وصل می کند.		
۲۸	از اتصال کامل سوزن ها به لاین ها مطمئن می شود.		
۲۹	از باز بودن کلمپ های شریانی و وریدی مطمئن می شود.		
۳۰	دور پمپ را روی ۱۵۰ سی سی در دقیقه قرار می دهد.		
۳۱	صافی را برمی گرداند (شریان بالا - ورید پایین) .		
۳۲	محل قرارگیری کانکتورها و اتصال لاین های شریانی و وریدی را به صافی کنترل می کند.		
۳۳	دور پمپ را براساس وضعیت و وزن بیمار حداقل روی ۲۰۰ سی سی در دقیقه یا بالاتر قرار می دهد.		
۳۴	بالا بودن سطح چمبر وریدی را کنترل می کند.		
۳۵	اضافه وزن و زمان دیالیز را در قسمت program تنظیم می کند.		
۳۶	Start Reset را جهت فعال شدن برنامه دیالیز لمس می کند.		
۳۷	جهت وارد کردن میزان فشار وریدی به حافظه دستگاه و ثابت شدن آن در قسمت پایین و راست دستگاه دو دکمه venuse Memory .pressure را باهم لمس می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: قطع بیمار از دستگاه HOSPAL

هدف:

جدا کردن بیمار از دستگاه دیالیز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	
			دست ها را می شوید.	۱
			دستکش می پوشد.	۲
			عینک می زند.	۳
			ماسک می پوشد.	۴
			به بیمار می گوید از ماسک استفاده کند.	۵
			میزان سرم را از نظر کافی بودن کنترل می کند.	۶
			فشار خون بیمار را کنترل می کند.	۷
			کلمپ سرم را باز می کند و لاین شریانی را می بندد.	۸
			جهت جلوگیری از ایجاد لخته در صافی ۱۰۰ سی سی سرم نرمال سالین از طریق لاین وریدی داده شود	۹
			پمپ خون را خاموش می کند.	۱۰
			لاین شریانی را باز می کند تا خون موجود در لاین شریانی شسته شود.	۱۱
			سرم را کلمپ می کند.	۱۲
			با گذاردن پنبه بتادین استریل در محل ورود سوزن به آرامی سوزن شریانی را خارج می کند.	۱۳
			پمپ خون را روشن می کند.	۱۴
			جهت تخلیه بهتر، لاین شریانی را به سمت بالا نگه می دارد.	۱۵
			پس از تخلیه لاین شریانی آنرا کلمپ می کند.	۱۶
			کلمپ سرم را باز می کند.	۱۷
			به منظور بهتر پاک شدن صافی دیالیز، ورید بالا و شریان پایین قرار گیرد (۱۸۰ درجه می چرخاند).	۱۸
			فشار مثبت به لوله های شریانی و وریدی وارد می کند.	۱۹

۲۰	پس از پاک شدن صافی و بررسی حال بیمار سرم را قطع می کند.		
۲۱	بعد از تخلیه چمبر وریدی بلافاصله لاین وریدی را کلمپ می کند.		
۲۲	با گذاردن پنبه بتادین استریل در محل ورود سوزن به آرامی سوزن وریدی را خارج می کند.		
۲۳	No delivery Emptying را روشن می کند.		
۲۴	کانکتور آبی را از صافی جدا کرده و سرجای خود وصل می کند تا تخلیه به طور اتوماتیک انجام شود.		
۲۵	با فشار دادن دکمه Reset برنامه را پاک می کند.		
۲۶	دکمه page3 را فشار می دهد تا پیام Doublel needle ظاهر شود.		
۲۷	پمپ خون را از دستگاه خاموش می کند.		
۲۸	منتظر می شود که دکمه Emptying چشمک زن شود، سپس آن را خاموش می کند.		
۲۹	کانکتور قرمز را از صافی جدا کرده و سرجای خودش در روی دستگاه نصب می کند.		
۳۰	پیپت ساکشن قرمز (در محلول دیالیز) را خارج کرده و در محل خود روی دستگاه که زیر کانکتور ها قرار دارد نصب می کند.		
۳۱	محل سوزن ها را از نظره ماتوم کنترل و پانسمان می کند.		
۳۲	علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می کند.		
۳۳	وزن بیمار را کنترل و در پرونده وی ثبت می کند.		
۳۴	تا اطمینان بر ثبات وضعیت بیمار، او را در تخت نگاه می دارد.		
۳۵	پرونده بیمار را تکمیل و گزارش پرستاری را به طور کامل در پرونده وی درج می کند.		
۳۶	پرونده بیمار را در فایل مربوط می گذارد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از کاتتر ورید تحت ترقوه‌ای، در بخش دیالیز (شالدون)

اهداف:

۱- پیشگیری از بروز عفونت و التهاب در ناحیه کاتتر

۲- جلوگیری از تشکیل لخته ها در کاتترها

وسایل مورد نیاز:

ماسک - عینک - دستکش استریل - ست پانسمان استریل - محلول بتادین - نرمال سالین - هپارین - سرنگ ۲سی سی - پماد - سرجی ثابت

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	
			دست های خود را می شوید.	۱
			ماسک می زند.	۲
			عینک می زند.	۳
			بیمار را به استفاده از ماسک تشویق می کند.	۴
			پانسمان محل کاتتر را برمی دارد.	۵
			ست مخصوص پانسمان را آماده می کند.	۶
			دستکش استریل می پوشد.	۷
			از شان پرفوره استفاده می کند.	۸
			محل ورود کاتتر را از نظر هر گونه عفونت، التهاب و جدا شدن بخیه‌ها کنترل می کند.	۹
			محل کاتتر را با بتادین ضد عفونی و سپس با نرمال سالین شست و شو داده و خشک می کند.	۱۰
			در محل ورود کاتتر به پوست پماد می مالد.	۱۱
			محل کاتتر را با پانسمان استریل می پوشاند.	۱۲
			با سرنگ استریل هر دو لاین کاتتر را آسپیره و مسیر را با هپارین شست و شو می دهد.	۱۳
			لاین‌های وریدی و شریانی را به سرکاتتر ساب کلاوین کاملاً ثابت می کند.	۱۴

۱۵	به منظور جلوگیری از کشش و در آمدن کاتتر، لاین شریانی و وریدی را به تخت بیمار با چسب ثابت می کند.		
۱۶	درحین دیالیز محل پانسمان را از نظر نشت خون کنترل می کند.		
۱۷	پس از قطع دیالیز لاین شریانی و وریدی کاتتر را با ۲۰ سی سی نرمال سالین شستشو می دهد.		
۱۸	بلافاصله کلمپ کاتتر را می بندد.		
۱۹	در هر کدام از لاین ها ۲-۱/۵ سی سی سرم هپارینه (۲۵۰۰ واحد هپارین رقیق شده) را با فشار push می کند.		
۲۰	بلافاصله کلمپ کاتتر را می بندد.		
۲۱	پیچ سر ساب کلاوین را با رعایت نکات استریل و استفاده از پنس استریل از محلول خارج کرده و به انتهای لاین ها وصل می کند.		
۲۲	روی پانسمان تاریخ را ثبت می کند.		
۲۳	جهت ثابت شدن کاتتر از سرجی ثابت استفاده می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از سونداژ سوپرا پوبیک

هدف: پیشگیری از عفونت

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گاز استریل - ست استریل - محلول ضد عفونی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	
			پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم می کند .	۱
			دست های خود را می شوید .	۲
			دستکش می پوشد.	۳
			ست استریل را به روش صحیح باز می کند.	۴
			اطراف محل درن را تمیز می کند	۵
			با دست دارای دستکش، گاز استریلی را شکاف داده و اطراف کاتتر قرار می دهد.	۶
خارج نمودن سوند				
			پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.	۷
			دست های خود را می شوید.	۸
			تخت را تا ارتفاع مناسب بالا می آورد.	۹
			تجهیزات را آماده می کند.	۱۰
			بیمار را در پوزیشن صحیح قرار می دهد.	۱۱
			پد ضد آب را زیر بیمار قرار می دهد .	۱۲
			در صورت نیاز، جهت کشت نمونه ادرار می گیرد.	۱۳
			نوار چسب یا نگه دارنده سوند را بر می دارد .	۱۴
			مایع تزریق شده داخل بالن کاتتر را آسپیره می کند.	۱۵
			کاتتر را خارج می کند.	۱۶
			کیسه ادرار و تیوب را از تخت جدا می کند .	۱۷
			مددجو را در پوزیشن خوابیده به پشت قرار می دهد.	۱۸
			در صورت نیاز ، مراقبت مورد نیاز را از قسمت پرینه بیمار به عمل می آورد .	۱۹

۲۰	حجم ادرار داخل کیسه را اندازه می گیرد و سپس محتویات آن را خالی می کند .		
۲۱	لبه تخت را پایین می آورد .		
۲۲	وسایل آلوده را در ظرف مخصوص زباله می ریزد.		
۲۳	یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت می کند.		
۲۴	پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آمادگی بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه جهت پیوند کلیه

اهداف:

- ۱- آمادگی سازی جسمی گیرنده جهت عمل پیوند کلیه
- ۲- آمادگی سازی روانی گیرنده جهت عمل پیوند کلیه
- ۳- نزدیک کردن وضعیت متابولیک بیمار به وضعیت طبیعی
- ۴- تلاش در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران
- ۵- پیشگیری از رد پیوند

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	
			با بیمار و خانواده وی در زمینه هدف جراحی، نحوه ی انجام و عوارض آن صحبت می کند.	۱
			یک معاینه فیزیکی کامل از بیمار انجام می دهد.	۲
			سازگاری خونی (عامل RH) و سازگاری بافتی بین گیرنده و دهنده (زنده یا جسد) را بررسی می کند.	۳
			انجام آزمایشات، مشاوره ها و گرافی ها قبل از عمل بیمار را هماهنگ کرده و نتایج آن را مورد بررسی قرار می دهد.	۴
			موارد غیر طبیعی آزمایشات و گرافی ها را به پزشک گزارش می دهد.	۵
			عملکرد ادراری بیمار را قبل از عمل بررسی می کند.	۶
			وجود هر گونه عفونت را در بیمار مورد ارزیابی قرار می دهد.	۷
			یک روز قبل از جراحی برای بهبود وضعیت جسمی بیمار دیالیز انجام می دهد.	۸
			از روز قبل از عمل جهت پیشگیری از رد پیوند داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را برای بیمار شروع می کند.	۹
			روی دست دارای فیستول، بازوبند مخصوص می بندد تا از هر گونه خون گیری، تزریق یا کنترل فشار خون از این دست اجتناب شود.	۱۰
			قبل از اعزام بیمار به اتاق عمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی (طبق نظر پزشک) برای بیمار تزریق می کند.	۱۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از بیمار پس از عمل جراحی پیوند کلیه (گیرنده کلیه)

وسایل مورد نیاز:

وسایل کنترل علائم حیاتی - ست پانسمان

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از ورود به بخش علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۲	محیطی آرام و مطمئن فراهم می کند.			
۳	بیمار تا ۲۴ ساعت استراحت مطلق باقی می ماند.			
۴	کنترل I/O به طور دقیق هر ساعت تا ۲۴ ساعت و سپس هر ۲ ساعت تا ۴۸ ساعت انجام می دهد.			
۵	علائم حیاتی بیمار را هر ۱۵ دقیقه تا ۲ ساعت، سپس هر نیم ساعت تا ۲ ساعت و پس از آن هر ۲ ساعت تا ۲۴ ساعت به طور دقیق کنترل می کند.			
۶	آزمایشات روتین (BS. Na . K. CBC) را جهت بررسی وضعیت متابولیک بیمار هر ۲ ساعت تا ۲۴ ساعت اول سپس روزانه انجام می دهد.			
۷	محل عمل را از نظر خونریزی کنترل می کند.			
۸	سرم های بیمار را بر اساس میزان حجم ادرار ساعتی و جواب آزمایشات تنظیم می کند.			
۹	در صورت کاهش ناگهانی حجم ادرار، برای اولین اقدام، باز بودن سوند ادراری را کنترل می کند و سپس موارد را به اطلاع پزشک می رساند تا تصمیم مقتضی در این مورد گرفته شود.			
۱۰	از ۶ ساعت بعد از عمل داروهای ایمنوساپرسیو خوراکی را برای بیمار شروع می کند.			
۱۱	کنترل وزن بیمار را در روزهای اول بعد از پیوند به طور دقیق سر یک ساعت معین انجام می دهد.			
۱۲	در هنگام تعویض پانسمان و مراقبت از کاتتر ادراری اصول استریل را رعایت می کند.			

۱۳	در روزهای اول بعد از پیوند تعداد ملاقات کنندگان را به حداقل می رساند.		
۱۴	آموزش مراقبت از خود را به بیماران پیوند کلیه از زمان بستری شدن در بخش آغاز می کند.		
۱۵	علایم رد پیوند را به بیمار به طور کامل آموزش می دهد.		
۱۶	بیمار را به خروج سریع تر از بخش تشویق می کند.		
۱۷	برنامه منظم مراجعه به درمانگاه و زمان خارج کردن سوند حالب را به بیمار آموزش می دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آمادگی جسمی دهندگان کلیه (زنده - جسد) قبل از عمل اهدای کلیه

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
قبل از عمل اهدای کلیه				
۱	در مورد روش انجام کار با بیمار یا خانواده وی صحبت می کند.			
۲	یک معاینه فیزیکی کامل از بیمار انجام می دهد.			
۳	سازگاری خونی و بافتی دهنده و گیرنده را مورد بررسی قرار می دهد.			
۴	آنژیوگرافی عروق کلیه برای بررسی وضعیت عروقی کلیه را حتماً انجام داده و نتیجه را به پزشک جراح گزارش می کند.			
۵	آزمایشات کامل خونی و ادرار ۲۴ ساعته را انجام می دهد.			
۶	وجود هر گونه عفونت (HCV . HIV . HBSAg) را در دهندگان کلیه مورد بررسی قرار می دهد.			
۷	از سه روز قبل از عمل بیمار را انما می دهد تا روده ها کاملاً پاک شود. روز قبل از عمل آخرین نوبت انما داده شود.			
۸	دهندگان را به طور کامل قبل از عمل هیدارته می کند. از ۱۱ ساعت قبل از عمل دو لیتر سرم در طی ۱۰ ساعت و ۵۰۰ سی سی در طی یک ساعت آخر (۳۰۰ سی سی رینگر، ۲۰۰ سی سی مانیتول) به بیمار می دهد.			
۹	ادرار ساعت آخر دهنده کلیه را اندازه گیری و حجم آن را در پرونده ثبت می کند.			
۱۰	آمادگی خون بیمار را قبل از عمل حتماً چک می کند.			
مراقبت های بعد از عمل دهندگان کلیه				
۱۱	بیمار را به محض ورود به بخش مانیتورینگ می کند.			
۱۲	علائم حیاتی بیمار را تا ۲ ساعت هر ۱۵ دقیقه و سپس هر نیم ساعت تا ۲ ساعت و بعد هر ۲ ساعت تا ۲۴ ساعت کنترل می کند.			
۱۳	محل عمل بیمار را از نظر خونریزی و در بیمارانی که لاپاراسکوپی شده اند وضعیت دیستانسیون شکم را مورد بررسی قرار می دهد.			

۱۴	در صورتی که بیمار chest tube دارد از وضعیت عملکرد صحیح آن مطمئن می شود.		
۱۵	حجم ادرار بیمار را هر یک ساعت تا ۸ ساعت و سپس هر ۳ ساعت تا ۲۴ کنترل می کند.		
۱۶	آزمایشات روتین بیمار را از نظر وضعیت الکترولیتی و Hb کنترل می کند.		
۱۷	مایعات دریافتی بیمار از طریق سرم را بر حسب حجم ادرار بیمار تنظیم می کند.		
۱۸	درد بیمار را بر حسب دستور پزشک کنترل می کند.		
۱۹	آموزش مورد نیاز جهت مراقبت از خود را در زمان ترخیص به بیمار می دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تعویض لاین ورید

اهداف:

- ۱- ادامه درمان همودیالیز
 - ۲- آماده سازی لاین ورید در جهت ادامه درمان
 - ۳- عاری کردن لاین ورید از هوا
 - ۴- شست و شوی مواد یا گازهای ضد عفونی کننده از لاین ورید
 - ۵- حصول اطمینان از سالم بودن لاین ورید جدید
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش یک بار مصرف می پوشد			
۲	میزان سرم را از لحاظ کافی بودن کنترل می کند.			
۳	از عینک استفاده می کند.			
۴	ماسک می زند.			
۵	پمپ خون را خاموش می کند.			
۶	تمام کلمپ های شریان و ورید را می بندد.			
۷	کلمپ های سوزن های فیستولا را می بندد.			
۸	لاین ورید را از محل اتصال به سوزن فیستولای ورید جدا می کند.			
۹	لاین ورید را از محل اتصال به صافی جدا می کند (در این مرحله ممکن است مقداری خون از صافی به بیرون بریزد).			
۱۰	لاین ورید جدید را به محل صافی اتصال می دهد.			
۱۱	سرم را باز کرده و پمپ را استارت می کند تا لاین ورید شسته شود.			
۱۲	مراحل پرایم را مثل مراحل پرایم که قبلاً گفته شده انجام می دهد.			
۱۳	پرا از حصول اطمینان از پرایم شدن، لاین ورید را به سوزن فیستولای وریدی وصل می کند.			
۱۴	کلمپ سرم را می بندد.			
۱۵	کلمپ های ستونی شریانی و وریدی و سوزن های فیستولا را باز می کند.			
۱۶	با دور پمپ پایین (۱۰۰) پمپ را شروع (روشن) می کند.			

۱۷	پس از حصول اطمینان از انجام کار، دور پمپ را بالا می برد و دیالیز را ادامه می دهد.		
۱۸	تمام مراحل فوق را در شرایط استریل انجام می دهد.		
۱۹	تمام مراحل کار و واکنش بیمار را گزارش و ثبت می کند.		

نکات آموزشی: می بایستی حتماً از آمبولی هوا به بدن بیمار جلوگیری کرد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تعویض لاین شریان

اهداف:

- ۱- ادامه درمان همودیالیز
- ۲- آماده سازی لاین شریان در جهت ادامه درمان
- ۳- عاری کردن لاین شریان از هوا
- ۴- شست شوی مواد یا گازهای ضد عفونی کننده از لاین شریان
- ۵- حصول اطمینان از سالم بودن لاین شریان جدید
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده)

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۲	میزان سرم را از لحاظ کافی بودن کنترل می کند.			
۳	از عینک استفاده می کند.			
۴	ماسک می زند.			
۵	پمپ خون را خاموش می کند.			
۶	کلمپ های شریانی را می بندد.			
۷	اگر محل پارگی قبل از رول پمپ باشد، سرم نرمال سیلین را باز می کند و پمپ را روشن کرده و تا جای ممکن خون بیمار را به بدن وی باز می گرداند.			
۸	اگر پارگی در رول پمپ یا بعد از آن باشد، سرم نرمال سیلین را باز می کند و لاین قبل از پمپ را می شویید.			
۹	لاین شریان جدید را آماده می کند.			
۱۰	لاین پاره شده را از داخل رول پمپ خارج می کند.			
۱۱	لاین را از محل اتصال به سوزن فیستولا جدا می کند.			
۱۲	لاین را از محل اتصال به صافی جدا می کند.			
۱۳	لاین جدید را داخل رول پمپ قرار می دهد.			
۱۴	لاین سرم را به لاین شریانی متصل می کند.			
۱۵	سرم نرمال را باز می کند تا لاین قبل از پمپ پرایم شود.			
۱۶	پمپ را روشن می کند تا سرم نرمال سالیین در لاین جریان یابد			

			تا به محل اتصال به صافی برسد.	
۱۷			از ورود هوا به داخل سیستم جلوگیری می کند.	
۱۸			لاین شریان را از محل اتصال به سوزن فیستولا وصل می کند.	
۱۹			لاین سرم را می بندد.	
۲۰			کلمپ های شریان را باز می کند.	
۲۱			پمپ را به آرامی (دور پایین) روشن می کند.	
۲۲			در صورت وجود هوا در سیستم، با دقت هواگیری می کند.	
۲۳			دور پمپ را بعد از چند دقیقه به حد مطلوب می رساند.	
۲۴			تمام مراحل فوق را در شرایط استریل انجام می دهد.	
۲۵			مراحل کار و واکنش بیمار را گزارش و ثبت می کند.	

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- نوع فعالیت: تعویض صافی دیالیز
- اهداف:
- ۱- ادامه درمان همودیالیز
 - ۲- آماده سازی صافی در جهت ادامه درمان
 - ۳- عاری کردن صافی از هوا
 - ۴- شست شوی مواد یا گازهای ضد عفونی کننده از صافی
 - ۵- حصول اطمینان از سالم بودن صافی جدید
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (دوره دیده) ۲ نفر

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۲	میزان سرم را از لحاظ کافی بودن کنترل می کند.			
۳	از عینک استفاده می کند.			
۴	ماسک می زند.			
۵	پمپ خون را خاموش می کند.			
۶	کلیه کلمپ های وریدی و شریانی و سوزن های فیستولا را کلمپ می کند.			
۷	تا جای ممکن خون بیمار را به بدن برمی گرداند.			
۸	لاین شریان و ورید را در شرایط کاملاً استریل جدا می کند و در اختیار پرستار دوم قرار می دهد.			
۹	صافی جدید را در محل صافی نصب می کند (شریان پایین - ورید بالا).			
۱۰	لاین شریان را به صافی وصل می کند.			
۱۱	سرم را باز کرده و پمپ را روشن می کند تا صافی توسط سرم نرمال سالین پرآیم شود.			
۱۲	بعد از پرآیم کردن صافی به لاین ورید را به صافی متصل می کند.			
۱۳	پس از حصول اطمینان از پرآیم کامل صافی کلیه کلمپ ها را باز می کند.			
۱۴	کلمپ سرم را می بندد.			

۱۵	پمپ خون را روشن می کند، دور پمپ را پایین می گذارد.		
۱۶	بنا به مقدار لازم و صلاحدید هپارین (حدود ۲۰۰۰ واحد) تزریق می کند.		
۱۷	دیالیز را مجدداً ادامه می دهد.		
۱۸	تمام مراحل فوق را در شرایط کاملاً استریل انجام می دهد.		
۱۹	مراحل انجام کار و واکنش بیمار را گزارش و ثبت می کند.		



فصل یازدهم

ارتوپدی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پوشاندن Sling سه گوش

اهداف:

۱- حمایت و بی حرکتی عضو (دست و مچ و ...)

۲- تسهیل التیام

۳- جلوگیری از بدتر شدن شکستگی

۴- خودداری از کشیدگی عضله

وسایل مورد نیاز:

بانداز سه گوش یا sling آماده - گاز یا پد مخصوص - سنجاق مخصوص (سنجاق کودکان در صورت استفاده از بانداز سه گوش)

عامل انجام کار: پرستار یا بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	فرآیند را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	در صورت استفاده طولانی از sling یک پد زیر ناحیه ی گره خورده قرار می دهد.			
۴	Sling را در قسمت خارجی لباس در ناحیه ی گردن و شانه قرار می دهد.			
۵	در صورت نیاز به بی حرکتی بازو، بعد از قرار دادن دست در sling و با یک نوار دست را ثابت می کند.			
۶	از قرار گرفتن دست در وضعیت مناسب مطمئن می شود.			
۷	راحتی بیمار و جریان خون انگشتان دست را کنترل و بررسی می کند.			
۸	اقدام انجام شده را در برگه گزارش پرستاری ثبت می کند.			
۹	به بیمار و خانواده وی در مورد نحوه تعویض sling و کنترل آسیب پوستی زیر بغل آموزش می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بانداژ 8

اهداف:

۱- خودداری از افزایش شکستگی کلاویکول

۲- خودداری از جابه جایی شکستگی

۳- کاهش درد بیمار

وسایل مورد نیاز:

بانداژ ۱۰ سانتی متر - سنجاق مخصوص - نوار مخصوص - پودر یا پودر نشاسته - پد مخصوص - قلم مخصوص برای علامت گذاری - مسکن طبق دستور

عامل انجام کار: پرستار یا بهیار با سابقه بالاتر از ۱۰ سال

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	فرآیند کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	محیط خلوت فراهم می کند.			
۳	وضعیت عصبی و عروقی را با لمس و کنترل درجه حرارت پوست، کنترل رنگ انگشتان دست، کنترل نبض رادیال، اولنار، براکیال هر دو سمت و مقایسه با سمت آسیب دیده بررسی و ثبت می کند.			
۴	در مورد وجود کرختی و سوزش در قسمت انتهایی دست ها از بیمار سوال می کند.			
۵	وضعیت حرکتی اندام ها (دست ها) را بررسی می کند.			
۶	وجود درد را بررسی و طبق دستور از ضد درد تجویزی استفاده می کند.			
۷	بیمار را در وضعیت نشسته قائم قرار می دهد.			
۸	جهت جلوگیری از سائیدگی پوست با باندکشی، مقدار کمی پودر یا پودر نشاسته زیر بغل و روی شانه ها می مالد.			
۹	مقداری از رول باندکشی را حدود ۴۰ - ۳۰ سانتی متر باز می کند.			
۱۰	قسمت باز شده را از میان کتف و در قسمت پشت به صورت ضربدر از شانه راست به زیر بغل چپ می پیچاند.			
۱۱	قسمت پایین باند را، زیر بغل چپ آورده و آن را به طرف بالای			

			شانه چپ می برد.
۱۲			قسمت بالایی باند را بالای شانه راست و زیر بغل سمت راست می پیچاند.
۱۳			دو انتهای باند را در قسمت مرکزی پشت بیمار به طرف هم می کشد و آن را ثابت می کند. هنگامی که باندکشی از دست پرستار خارج شود، این کار در پیدا کردن محل اصلی کمک خواهد کرد.
۱۴			پد پنبه ای را جهت جلوگیری از آسیب پوستی زیر نوار یا باندکشی و زیر سنجاق ثابت کننده قرار می دهد.
۱۵			محل قرارگیری انتهای باندها را در پشت بیمار با مائیک علامت گذاری می کند.
۱۶			پایان کار را به پزشک معالج گزارش می دهد. امکان تغییر روش درمانی وجود دارد.
۱۷			اقدامات انجام شده و وضعیت عصبی و عروقی قبل و بعد از بانداز را ثبت می کند.
۱۸			به بیمار در خودداری از باز کردن و جابه جایی بانداژ و کنترل وضعیت عصبی- عروقی آموزش می دهد تا در صورت مشاهده تغییر به بیمارستان مراجعه کرده یا پرستار و پزشک را مطلع کند.

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: بستن Collar گردنی
- اهداف:
- ۱- کاهش درد بعد از یک آسیب حاد مثل کشیدگی عضلات گردن
 - ۲- کاهش دردهای مزمن آرتрит گردنی یا متاستاز گردنی
 - ۳- جلوگیری از افزایش آسیب به طناب نخاعی در شکستگی های گردنی ستون مهره ها
 - ۴- بی حرکتی ستون مهره های گردنی
 - ۵- کاهش اسپاسم عضلانی
 - ۶- قرار دادن گردن و چانه در یک وضعیت راحت
 - ۷- کمک در التیام
- وسایل مورد نیاز:
- Collar گردنی با اندازه مناسب بیمار - پد پنبه ای
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	وضعیت عصبی- عروقی بیمار را کنترل می کند.			
۳	سر بیمار را به آرامی به بالا حرکت می دهد.			
۴	صورت بیمار را به صورت مستقیم به جلو حرکت می دهد.			
۵	Collar را از جلوی گردن به بیمار می پوشاند.			
۶	از مناسب بودن اندازه ی Collar با اندازه دور گردن بیمار مطمئن می شود.			
۷	Collar را با ملایمت و به آرامی دور گردن بیمار قرار می دهد.			
۸	بند یا سگک Collar را پشت سر بیمار می بندد.			
۹	راه هوایی بیمار و وضعیت عصبی، عروقی را کنترل می کند (از تنگ نبودن Collar مطمئن می شود).			
۱۰	به بیمار در مورد نحوه پوشیدن مجدد Collar و کنترل وضعیت عصبی- عروقی آموزش می دهد.			
۱۱	نوع و اندازه Collar گردنی، زمان بستن آن، وضعیت عصبی- عروقی و احساس راحتی بیمار را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انواع آتل گذاری

اهداف:

۱- بی حرکتی عضو یا اندام آسیب دیده

۲- کاهش درد

۳- جلوگیری از آسیب بیشتر به استخوان ها، اعصاب و عروق خونی و پوست

۴- کمک در جابه جایی بیمار

وسایل مورد نیاز:

آتل سیمی- انواع آتل های آماده سفت، آتل گچی- تخته ستون مهره ها- انواع بانداژ و پدها - رول گاز-
باند معمولی (باند پارچه ای) - کمپرس استریل - کیسه ی یخ
عامل انجام کار: پرستار - یا بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال کار در بخش ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در صورت امکان شرح حال کامل از بیمار می گیرد.			
۲	به بررسی از سر تا نوک انگشتان می پردازد.			
۳	بیمار را از نظر وجود هر گونه بد شکلی - تورم و خونریزی کنترل می کند.			
۴	از بیمار می خواهد در صورتی که می تواند قسمت آسیب دیده به خصوص اندام های آسیب دیده را حرکت دهد.			
۵	حرکت اندام های آسیب دیده را با طرف سالم مقایسه می کند.			
۶	لباس های بیمار را از قسمت آسیب دیده قیچی کرده یا خارج می کند.			
۷	برای کاهش اضطراب بیمار، فرایند کار را توضیح می دهد.			
۸	اگر آسیب بیشتر به بیمار وارد نمی شود عضو آسیب دیده را در حالت آناتومیک خود قرار می دهد.			
۹	آتلی را انتخاب می کند که مفصل بالایی و پائینی شکستگی را بی حرکت کند.			
۱۰	داخل آتل را با ویبریل یا باند پنبه ای می پوشاند تا از آسیب دیدگی به برجستگی های استخوانی جلوگیری شود.			
۱۱	در صورت وجود زخم یا خراشیدگی، قبل از آتل گذاری آن را			

			شست و شو می‌دهد و پانسمان می‌کند.	
۱۲			پس از اطمینان از راحتی بیمار و قرار گرفتن اندام در وضعیت آناتومیک با کمک باند مناسب آتل را در جای خود ثابت نگه می‌دارد.	
۱۳			بیمار را از نظر علایم آمبولی چربی (تنفس سطحی، آریتاسیون ، تحریک پذیری) ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از آسیب یا دستکاری بررسی و کنترل می‌کند.	
۱۴			کلیه ی اقدامات انجام شده، وضعیت عصبی عروقی، نوع زخم و هر گونه ترشح و زمان آتل گذاری را ثبت و گزارش می‌کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آماده کردن گچ و کمک در گچ گیری

اهداف:

۱- بی حرکتی عضو شکسته یا آسیب دیده

۲- ایجاد راحتی و آرامش برای بیمار

۳- کاهش درد

۴- اصلاح دفورمیتی ها

۵- درمان شکستگی ها

۶- حفظ و ارتقاء التیام بعد از جراحی های پلاستیک، آمپوتاسیون یا ترمیم عصب و عروق

وسایل مورد نیاز: استوکینت (Stockinette) لوله ای - رول گچ (آتل گچی) - لگن آب - سینک (وان

مخصوص) و دستشویی - پد کتانی - یک تکه پارچه - اسفنج - قیچی گچ - اسپریدر گچ - اره ی گچ -

پتو یا بالش حمام - دستکش پلاستیکی - پایه گچ - نوار چسبیده یا متخلخل

عامل انجام کار: بهیار و یا کمک بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز شامل استوکینت، رول گچ، آتل در اندازه مناسب و ... را جمع آوری می کند.			
۲	اگر قرار است گچ فایبرگلاس استفاده کند دستکش پلاستیکی را می پوشد.			
۳	بسته گچ (رول گچ) را کمی فشار می دهد تا از سوراخ نبودن بسته مطمئن می شود (ورود هوا به درون بسته بندی سبب کهنه شدن گچ می شود).			
۴	درجه حرارت آب را کنترل می کند(معمولاً درجه حرارت اتاق یا گرم تر از آن مناسب است).			
۵	همه ی وسایل را در دسترس پزشک روی میز کار قرار می دهد.			
۶	برای کاهش اضطراب بیمار فرایند کار را توضیح می دهد.			
۷	مطمئن می شود او گرمای تولید شده ناشی از عکس العمل شیمیایی بین آب و گچ را روی پوست خود احساس می کند.			
۸	توضیحاتی را در مورد مراقبت از گچ شروع می کند (ابتدا بیمار را برای آموزش آماده می کند و سطح آگاهی او را بررسی می کند).			

۹	زیر عضوی که قرار است گچ گرفته شود پارچه کتانی پهن می‌کند.		
۱۰	اگر مچ یا دست قرار است گچ گیری شود حلقه و دستبند را جهت کاهش فشار به جریان خون موضع خارج می‌کند.		
۱۱	پوست محل گچ گیری را از نظر عدم وجود قرمزی، کوفتگی یا زخم باز کنترل می‌کند (این کار از عوارض بعد از گچ گیری جلوگیری می‌کند).		
۱۲	اگر بیمار کوفتگی شدید یا زخم باز دارد در صورت دستور پزشک او را برای بی حسی موضعی آماده می‌کند.		
۱۳	وضعیت عصبی، عروقی را بررسی می‌کند تا یک معیار قبلی داشته باشد. کنترل عملکرد عروقی شامل: نبض انتهایی، رنگ، حرارت و پرشدگی مویرگی انگشتان و کنترل عملکرد عصبی شامل: حس و حرکت عضو آسیب دیده در مقایسه با عضو آسیب ندیده.		
۱۴	به پزشک در مورد پوزیشن دادن به اندام یا عضو شکسته کمک می‌کند.		
۱۵	هنگامی که پزشک در حال پوشاندن استوکینت لوله ای یا پد و پوشش زیر گچ می‌باشد اندام بیمار را حمایت می‌کند.		
۱۶	در صورت استفاده پزشک از ویبریل به جای استوکینت از تا نخوردن آن مطمئن می‌شود.		
۱۷	با توجه به دستور پزشک نوع و گچ مصرفی را آماده می‌کند: الف - رول گچی را از قسمت انتهایی در ظرف آب قرار می‌دهد. ب- از نفوذ آب در رول گچی مطمئن می‌شود. پ- به محض پایان یافتن خروج حباب های هوا از درون رول گچ آن را به آرامی از آب خارج می‌کند. ت- جهت خروج آب از رول آن را کمی فشار می‌دهد. ث- گچ آماده را در صورت آماده بودن پزشک یک به یک به دست او می‌دهد.		
۱۸	به پزشک در صاف کردن سطح گچ کمک می‌کند.		
۱۹	انتهای استوکینت یا ویبریل را روی گچ بر می‌گرداند(جهت جلوگیری از خراش پوست توسط لبه های گچ).		
۲۰	جریان خون عضو گچ گرفته شده را چک می‌کند.		
۲۱	از پایه یا کف دست جهت شکل دادن به گچ و دادن وضعیت درست درمانی و قوام پیدا کردن گچ استفاده می‌کند (از آوردن		

			فشار با انگشتان روی گچ خودداری می کند چون باعث زخم شدن پوست زیر گچ می شود).
۲۲			عضو گچ گرفته شده را با بالش یا پتوی حمام بالاتر از سطح قلب نگه می دارد.
۲۳			به بیمار در انتقال به رادیولوژی جهت انجام X-Ray کمک می کند.
۲۴			به بیمار در مورد توجه به علایمی نظیر هر گونه درد، بوی بد، ترشح یا احساس سوزش زیر گچ آموزش می دهد.
۲۵			وسایل را جمع آوری و در محل مخصوص شست و شوی گچ، برای جلوگیری از بسته شدن لوله ها در وان مخصوص (sink) قرار می دهد.
۲۶			اقدامات انجام شده را گزارش می کند.
۲۷			به عوارض گچ گیری مثل سندرم کمپارتمان، پaresthesia، پلژی، ایسکمی، نکروز، عدم جوش خوردن یا بد جوش خوردن توجه می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در باز کردن قالب گچی

اهداف:

۱- پایان یافتن دوره ی درمان

۲- بررسی زخم فشاری یا آسیب پوستی زیر گچ

۳- بررسی راحتی و آسایش بیمار

۴- نیاز به دستکاری مجدد

وسایل مورد نیاز:

اره گچ - اسپرایدر - قیچی گچ - دستکش پلاستیکی - گان - ماسک و عینک مخصوص

عامل انجام کار: بهیار، کمک بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش های ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	به او در مورد احساس گرما و لرزش حین خط انداختن گچ یادآوری می کند.			
۳	اگر بیمار بچه است به او در مورد صدای بلند اره یا قیچی گچ و تیز نبودن آن و عدم آسیب به پوست تأکید می کند.			
۴	به بیمار در مورد مشاهده ی پوست رنگ پریده و تون ضعیف عضلات زیر گچ آگاهی می دهد.			
۵	به او اطمینان می دهد که در تمام مراحل کار با او خواهد بود.			
۶	بیمار را مطلع می کند که پزشک ابتدا یک طرف و سپس سمت دیگر گچ را برش می دهد.			
۷	به او می گوید که سپس با اسپرایدر دو تکه ی قطعه گچ را از هم جدا می کند.			
۸	در نهایت به او می گوید که پزشک با قیچی، ویبریل یا پد زیر گچ را قیچی خواهد کرد.			
۹	وقتی گچ برداشته شد عضو را از پوست مرده تمیز می کند تا اندام ظاهر طبیعی خود را پیدا کند.			
۱۰	اقدامات انجام شده را گزارش می کند.			
۱۱	به بیمار در مورد مراقبت از پوست زیر گچ مثل شست و شو و چرب کردن و ... آموزش می دهد.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: بررسی، کنترل و ثبت وضعیت عصبی-عروقی
- اهداف:
- ۱- مشاهده آسیب به اعصاب و عروق
 - ۲- جلوگیری از پیشرفت آسیب
 - ۳- کمک به تشخیص و روش درمانی پزشک
 - ۴- برطرف کردن درد و ناراحتی بیمار
- وسایل مورد نیاز:
- برگه چارت وضعیت عصبی-عروقی و برگه‌ی گزارش پرستاری
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دلیل انجام کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	هنگام بررسی اندام یا عضو آسیب دیده آن را با اندام طرف مقابل مقایسه می کند.			
۳	رنگ انگشتان دست و پا را بررسی می کند.			
۴	وجود ادم به خصوص در انگشتان دست و پا را کنترل می کند.			
۵	انگشتان متورم را به ملایمت لمس و درجه حرارت آن را با عضو مقابل (سالم) مقایسه می کند (زمان مناسب جهت پرشدگی مویرگی پس از فشار روی ناخن ۱ ثانیه است).			
۶	بستر ناخن ها را از نظر پرشدگی مویرگی کنترل و هم زمان با عضو مقابل (سالم) مقایسه می کند.			
۷	انگشتان دست و پای بیمار را لمس می کند و وجود کرختی یا سوزش را از وی سوال می کند.			
۸	درک موقعیت از طریق رسپتورهای بیمار را چک می کند (به بیمار می گوید چشمان خود را ببندد و یکی از انگشتان او را حرکت می دهد) از او می خواهد به وی بگوید کدام انگشت را و به چه وضعیت حرکت داده است.			
۹	نحوه حرکت انگشتان را چک می کند (به بیمار می گوید انگشتان دست را حرکت دهد و انگشتان پا را تکان دهد).			
۱۰	نبض های انتهایی را جهت بررسی انسداد عروقی بررسی می کند.			
۱۱	یافته های خود را در مورد اندام آسیب دیده و طرف سالم با واژه های علمی استاندارد گزارش و ثبت می کند (از واژه های گنگ استفاده نمی کند).			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تراکشن پوستی و استخوانی (تراکشن مکانیکال)

اهداف:

۱- اعمال نیرو جهت کشیدن قسمتی از بدن معمولاً ستون فقرات، لگن، استخوان های بلند دست و پا

۲- کاهش شکستگی ها

۳- درمان جابه جایی استخوان

۴- جلوگیری و اصلاح بد شکلی ها

۵- بهبود یا اصلاح کونتراکچرها یا کوتاه شدگی ها

۶- کم کردن اسپاسم عضلانی

وسایل مورد نیاز:

تراکشن پوستی: چهار چوب بالایی تخت - دو عدد کلمپ پائین تخت - دو عدد کلمپ بالای تخت - تراپیز یا دستگیره با گره ی مخصوص - نخ تراکشن - قرقره مخصوص - وزنه - رول تراکشن پوستی متناسب با سن بیمار.

تراکشن استخوانی: علاوه بر چهارچوب و وسایل مخصوص ذکر شده در بالا، محلول ضد عفونی کننده - اپلیکاتور استریل - گاز استریل - محلول بتادین - پماد آنتی باکتریال (در صورت نیاز و دستور پزشک)

عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش های ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را با توجه به دستور ارتوپد و وضعیت تخت بیمار از نظر استفاده از نوع خاص frame آماده نموده و آن را کنار تخت بیمار می آورد.			
۲	با توجه به پروتکل بیمارستان خود چهارچوب و ضمایم آن را وصل می کند یا جهت انجام آن به پزشک و تکنسین مربوطه اطلاع می دهد.			
۳	هدف از وصل کردن چهارچوب را برای بیمار توضیح می دهد.			
۴	اهمیت حفظ بدن در وضعیت تراکشن تنظیمی را برای بیمار توصیه می کند.			
۵	نوع چهار چوب انتخاب شده را وصل می کند.			
۶	هر نوع چهارچوبی که به کار می برد در پایان کار در دو انتهای میله ی افقی، ضربه گیر دیوار را جهت جلوگیری از آسیب به دیوار			

			وصل یا تعبیه می کند.
۷			به بیمار حرکات مجاز تحت تراکشن را نشان می دهد.
۸			به او در مورد عدم دستکاری و جدا کردن ضمائم تراکشن آموزش می دهد.
۹			به او آموزش می دهد تا در صورت مشاهده علایمی نظیر هر گونه درد یا فشار از طرف وسایل تراکشن به پرستار بخش اطلاع دهد.
۱۰			حداقل یک بار در طول شیفت اتصالات تراکشن را از نظر محکم بودن چک می کند.
۱۱			از عدم وجود وسایل اضافی غیر ضروری در تخت بیمار اطمینان حاصل می کند.
۱۲			مشکلاتی نظیر سائیدگی طناب های تراکشن به وسیله لبه پائین تخت و گیر کردن نخ تراکشن در قرقره را چک می کند (سائیدگی طناب ها یا بلند بودن آن سبب اعمال کشش غیر موثر می شود).
۱۳			وسایل تراکشن را از نظر این که در وضعیت و جهت مناسب قرار دارند کنترل می کند.
۱۴			نخ تراکشن را از نظر فرسودگی یا سائیدگی کنترل می کند (سائیدگی طناب می تواند سبب بریدگی آن شود).
۱۵			مطمئن می شود که نخ تراکشن در جهت و پوزیشن صحیح از بین قرقره رد شده است (پوزیشن غیر صحیح نخ تراکشن می تواند درجه کشش اعمال شده را تغییر دهد).
۱۶			جهت ثبات و امنیت تراکشن از دست کاری آن توسط افراد غیر متخصص جلوگیری به عمل می آورد.
۱۷			از این که قسمت بالایی گره ها در انتهای نخ تراکشن ها با چسب پوشانده شده باشند اطمینان حاصل می کند.
۱۸			کلیه ی وسایل تراکشن را به طور مرتب جهت اطمینان از آزاد بودن وزنه ها بدون اتکاء به جایی کنترل می کند (اگر وزنه ها با تخت، کف زمین یا قسمتی از تخت بیمار تماس پیدا کنند از مقدار کشش کاسته خواهد شد).
۱۹			در گزارش پرستاری نوع تراکشن، عضو تحت تراکشن، مقدار وزنه، وضعیت پوست بیمار و عوارض ناشی از بی حرکتی را با دقت ثبت و گزارش می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از فیکساتور خارجی

اهداف:

- ۱- ثابت کردن استخوان های شکسته با یک چهارچوب خارجی
- ۲- کمک در بی حرکتی مفصل در حین جراحی
- ۳- بلند کردن استخوان های پا در برخی شکستگی های وسیع
- ۴- مشاهده زخم پوستی در شکستگی های توأم با آسیب بافتی
- ۵- امکان حرکت بیمار و کاهش عوارض بی حرکتی

وسایل مورد نیاز:

اپلیکاتور استریل پنبه ای - محلول ضد عفونی کننده - گاز استریل (پد استریل) - محلول بتادین - پماد آنتی باکتریال در صورت دستور پزشک.

عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	جهت کاهش نگرانی بیمار روش کار را به وی توضیح می دهد.			
۲	به بیمار در مورد وجود درد در محل قرارگیری ثابتاتور خارجی که بعد از مدتی به آن عادت خواهد کرد، توضیح می دهد.			
۳	به بیمار در مورد این که با داشتن ثابتاتور خارجی قادر به حرکت و انجام فعالیت های عادی زندگی خواهد بود، توضیح می دهد.			
۴	برای بررسی وجود آسیب عصبی به محض قرار گرفتن ثابتاتور خارجی ابتدا هر ۴-۲ ساعت تا ۲۴ ساعت سپس هر ۸-۴ ساعت وضعیت عصبی-عروقی عضو مربوطه را چک می کند.			
۵	اندام دارای ثابتاتور خارجی را از نظر رنگ، حرکت، حس، ادم و پرشدگی مویرگی نبضها بررسی و با سمت دیگر یا اندام دیگر مقایسه می کند.			
۶	در محل جراحی طبق دستور کیسه ی یخ قرار می دهد (کیسه ی یخ سبب کاهش التهاب، درد و خونریزی موضعی می شود).			
۷	قبل از انجام حرکات ورزشی یا پایین آمدن از تخت یا حرکت اندام آسیب دیده طبق دستور جهت حفظ راحتی بیمار از مسکن یا مخدر استفاده می کند.			
۸	بیمار را از نظر وجود درد، حس سوزش، حس خارش و کرحتی که با مصرف مسکن بهبود نمی یابد بررسی می کند (وجود این			

			علایم می تواند دلیل آسیب عصبی-عروقی باشد).
۹			در صورت نیاز اندام دارای ثابتاتور خارجی را بالاتر از سطح بدن نگه می دارد تا از ادم آن کاسته شود.
۱۰			برای جلوگیری از عفونت مسیر پین ها آن ها را به روش زیر مراقبت می کند: الف- به روش استریل کار می کند. ب- گیره های روی چهارچوب ثابتاتور خارجی را دست کاری نمی کند. این کار به عهده پزشک می باشد. پ- دور پین ها را با اپلیکاتور نوک پنبه ای آغشته به محلول ضد عفونی کننده یا شست و شو دهنده (مثل نرمال سالین) تمیز می کند. ت- با توجه به دستور پزشک از پماد آنتی باکتریال و پوشاندن دور پین با یک لایه گاز استریل استفاده می کند. ث- در صورت ترشح زیاد از پد استریل استفاده می کند.
۱۱			پوست اطراف پین را از نظر قرمزی، حساسیت، ترشح، تورم و وجود گرما چک می کند.
۱۲			درجه حرارت بدن بیمار را که می تواند نشانه عفونت باشد چک می کند.
۱۳			به بیمار مراقبت از ثابتاتور خارجی و توجه به عوارض ناشی از آن را آموزش می دهد تا در صورت مشاهده فوراً پرستار یا پزشک را مطلع سازد.
۱۴			کلیه ی اقدامات انجام شده و مشاهدات خود را ثبت و گزارش می کند.
برای بیمارانی که ثابتاتور خارجی (Ilizarov) الیزاروف دارند موارد زیر را انجام می دهد:			
۱۵			هر ۶- ۴ ساعت پیچ های اطراف ثابتاتور را به اندازه ی یک چهارم دور (یعنی ۱ mm) در جهت عقربه های ساعت می چرخاند.
۱۶			به بیمار در مورد چرخاندن پیچ ها آموزش می دهد و اطمینان حاصل می کند که فرآیند را با توجه به پروتکل یاد گرفته است.
۱۷			به او اطمینان می دهد که کمک در مراقبت از خود جهت موفقیت این شیوه ی درمانی ضروری است.
۱۸			از مصرف پمادهای ضد التهاب غیر استروئیدی اطراف Ilizarov خودداری می کند (سبب تأخیر در تشکیل استخوان به دلیل از بین رفتن التهاب مورد نیاز جهت تشکیل کالوس اولیه می شود).

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت بعد از اعمال جراحی (Internal fixation)

مقدمه: ثابت کردن داخلی تحت عنوان جاندازی به روش جراحی یا ORIF (جا اندازی باز و ثابت کردن داخلی معروف است) نیاز به استفاده از وسایل فلزی مثل plate – Nail – screw و غیره در محل شکستگی می باشد).

اهداف:

- ۱- برای درمان انواع شکستگی ها به کار می رود.
- ۲- امکان جوش خوردن سریع و بهتر بدون جابه جایی استخوان ها را فراهم می آورد.
- ۳- امکان حرکت و راه رفتن زودتر را فراهم می آورد.
- ۴- از طول مدت بستری شدن در بیمارستان می کاهد.

وسایل مورد نیاز:

کیف یا کیسه ی یخ – مسکن یا نارکوتیک – دستگیره بالای تخت (Trapeze) – تشک موج – عصا یا واکر – بالش – بالش abductor (بالش سه گوش در جراحی هیپ) – جوراب های الاستیکی

عامل انجام کار: پرستار – بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش های ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	جهت کاهش ترس بیمار روش جراحی را به وی توضیح می دهد.			
۲	انتظاراتی را که از وی در کمک برای مراقبت بعد از عمل دارد توضیح می دهد مثل تنفس های عمیق، ورزش های Active و passive در تخت، پوزیشن های خاص، نحوه و زمان پایین آمدن از تخت و وجود درد که باید حتماً پرستار و پزشک را مطلع سازد.			
۳	بعد از انجام اعمال ORIF علایم حیاتی بیمار را ابتدا ۴-۲ ساعت یک بار به مدت ۲۴ ساعت، سپس هر ۸-۴ ساعت کنترل می کند.			
۴	عضو عمل شده را از نظر رنگ، حرکت، حساسیت، دامنه ی حرکت مفاصل، تورم و پرشدگی مجدد مویرگی و نبض ها کنترل و با سمت سالم مقایسه می کند.			
۵	طبق دستور پزشک کیسه ی یخ را جهت کاهش تورم، درد و خونریزی در محل جراحی قرار می دهد.			

۶	مسکن یا مخدر دستور داده شده را قبل از حرکت دادن بیمار، قبل از شروع ورزش و ^۱ OOB شدن استفاده می کند (استفاده از مسکن یا مخدر سبب کاهش درد و آسایش بیمار می شود).		
۷	بیمار را از نظر وجود دردی که با مسکن التیام نمی یابد و از نظر احساس سوزش، کمرختی و بی حسی و کبودی عضو چک می کند. وجود این علائم می تواند دال بر عفونت یا آسیب به جریان خون موضع یا عضو باشد.		
۸	با کمک یک یا دو بالش اندام مبتلا یا جراحی شده را بالا نگه می دارد (بالا نگه داشتن عضو از تورم و پر خونی آن می کاهد).		
۹	پانسمان محل عمل را از نظر وجود ترشح زیاد یا خونریزی چک می کند.		
۱۰	محل انسزیون جراحی را از نظر علائم عفونت مثل اریتم، ترشح، تورم یا درد غیر معمول چک می کند.		
۱۱	به بیمار در انجام ورزش های پاسیو و اکتیو در تخت آموزش می دهد و به وی کمک می کند (انجام حرکات مناسب ورزشی در تخت سبب حفظ و بهبود دامنه حرکت مفاصل، بهبود جریان خون، حفظ تون عضلات و حفظ عملکرد مفاصل می شود).		
۱۲	به بیمار تغییر وضعیت در تخت، پائین آمدن از تخت به کمک مانکی بار و دستگیره بالای تخت Trapaze و راه رفتن به کمک عصا یا واکر را طبق دستور آموزش می دهد.		
۱۳	به بیمار قبل از ترخیص نحوه ی مراقبت از محل جراحی، توجه به علائم عفونت محل عمل، چگونگی راه رفتن به کمک وسایلی مثل عصا و واکر، ورزش های مناسب و نحوه ی مصرف داروها را آموزش می دهد.		
۱۴	کلیه اقدامات و مشاهدات خود را ثبت و گزارش می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت پرستاری پس از آمپوتاسیون اندام ها (تحتانی، فوقانی)

اهداف:

- ۱- ترمیم زخم های ناشی از آمپوتاسیون
- ۲- فراهم نمودن استامپ غیر حساس و سالم
- ۳- امکان استفاده به موقع از پروتز
- ۴- جلوگیری از عفونت
- ۵- تأمین آسایش، راحتی و بهبود بیمار
- ۶- کمک به سازگاری بیمار با شرایط جدید (قطع عضو) و مراقبت از خود
- ۷- احساس استقلال و عدم نیاز به کمک

وسایل مورد نیاز:

برای مراقبت از استامپ بعد از جراحی : پانسمان فشاری - پد شکمی (ABP) - ساکشن - مانکی بار و دستگیره بالای تخت - نوار ۲/۵ سانتی متری قابل جذب، گیره باند یا سنجاق مخصوص - کیسه شن یا رول تروکانتر (برای پاها) - باندکشی یا باند جمع کننده استامپ (۱۰ سانتی متری) - تورنیکت در صورت وجود خونریزی.

برای مراقبت از استامپ و پروتز: پد حاوی صابون ملایم یا الکل - جوراب استامپ یا جوراب ورزشی کشی - دو عدد پارچه قابل شست و شو - دو عدد حوله - پماد یا کرم چرب کننده

عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش های ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از عمل به بیمار در مورد آنچه که منتظر اوست و انتظار دارد او کمک کند توضیح می دهد.			
۲	وضعیت سیستم هوشیاری و تنفسی بیمار را بلافاصله بعد از عمل چک می کند.			
۳	علائم حیاتی بیمار را با دقت کنترل و ثبت می کند و مانیتورینگ آن را ادامه می دهد.			
۴	IV انفوزیون بیمار را کنترل می کند.			
۵	وضعیت درن ها و سوندهای متصل به بیمار را از نظر کار کردن چک می کند.			
۶	راحتی و آسایش و امنیت بیمار را با درست کردن بستر وی و کشیدن میله های کنار تخت برقرار می کند.			

۷	درد وی را با تزریق مسکن طبق دستور جراح معالج کنترل می‌کند.		
۸	مقدار ترشح و خونریزی استامپ را به طور مرتب کنترل می‌کند زیرا جاذبه ی زمین سبب جمع شدن مقدار زیادی ترشحات و خون در استامپ یا عضو باقی مانده می‌شود.		
۹	در صورت افزایش ناگهانی ترشحات یا خونریزی استامپ هر چه سریعتر جراح معالج را مطلع می‌سازد.		
۱۰	اگر خونریزی از محل قطع عضو شدت بیشتری پیدا کرد علاوه بر اطلاع فوری به جراح در محل خونریزی پانسمان فشاری قرار می‌دهد.		
۱۱	اگر پانسمان فشاری سبب کنترل خونریزی نشد از تورنیکت به عنوان آخرین راه حل استفاده می‌کند.		
۱۲	همیشه یک تورنیکت مناسب را در دسترس قرار می‌دهد.		
۱۳	در صورت نیاز از پد شکمی در بالای ناحیه ی خیس شده ناشی از خونریزی استفاده می‌کند. با این کار یک محیط خشک جهت جلوگیری از عفونت باکتریایی فراهم می‌آورد.		
۱۴	همواگ یا شیشه ی ساکشن را از نظر مقدار ترشحات خونی موجود در آن مورد توجه قرار می‌دهد و مقدار آن را ثبت و گزارش می‌کند.		
۱۵	اندام باقی مانده را جهت جلوگیری از کوتاه شدگی و چرخش به بیرون در وضعیت آناتومیک در تخت قرار می‌دهد.		
۱۶	اگر اندام فوقانی قطع شده است استامپ دست را طوری در کنار بیمار قرار می‌دهد که آرنج در وضعیت اکستنسیون و شانه در وضعیت ابداکسیون باشد.		
۱۷	اگر اندام تحتانی قطع شده است قسمت پائینی تخت را کمی بالا می‌برد و یک کیسه شن یا ملافه لوله شده (Trochanter roll) در کنار و مقابل مفصل بالای قسمت آمپوته شده و مفصل هیپ قرار می‌دهد.		
۱۸	زیر استامپ بالش قرار نمی‌دهد زیرا ممکن است باعث جمع شدگی مفصل ران در وضعیت فلکسیون شود.		
۱۹	به بیمار در مورد خودداری از نشستن طولانی تأکید می‌کند.		
۲۰	اگر آمپوتاسیون پا زیر مفصل زانو است، جهت جلوگیری از جمع شدگی عضلات هامسترینگ و تاندون های زانو، اکستنسیون زانو را حفظ می‌کند.		
۲۱	بعد از هر نوع آمپوتاسیون پا، بیمار را در یک سطح سفت در پوزیشن prone یا دمر بدون قرار دادن بالش زیر شکم، هیپ، زانوها یا استامپ و نزدیک کردن هر دو پا به یکدیگر به مدت حداقل ۴ ساعت در روز قرار می‌دهد. این کار از فلکسیون، جمع		

			شدگی و ابداکسیون هیپ جلوگیری می کند و سبب کشیدگی عضلات فلکسور می شود.
۲۲			بعد از آمپوتاسیون دست، بیمار را برای انجام ورزش جهت جلوگیری از جمع شدگی قسمت باقیمانده دست آماده و تشویق می کند.
۲۳			به بیمار در انجام ورزش های ایزومتریک و ROM = هر دو شانه با توجه به دستور پزشک و توصیه های فیزیوتراپ کمک کرده و آموزش می دهد، زیرا برای استفاده از پروتز یا اندام مصنوعی به هر دو شانه احتیاج است.
۲۴			بعد از آمپوتاسیون پا اگر مورد نیاز باشد پشت سر بیمار قرار می گیرید و در حالی که او را با گرفتن از پشت یا دور کمر حمایت می می کند به انجام ورزش های تعادلی تشویق می کند.
۲۵			به بیمار در انجام ورزش های دستور داده شده هر دو اندام عمل شده و سالم جهت حفظ تون و قدرت عضلانی آموزش می دهد.
۲۶			به بیماری که آمپوتاسیون پا شده است تقویت عضلات اندام فوقانی، تنه و شکم بخصوص عضلات اکستنسور بازو و دپر سور شانه را آموزش می دهد (زیرا این عضلات نقش مهمی در راه رفتن با چوب زیر بغل بر عهده دارند).
۲۷			به بیمار آموزش می دهد از دستگیره بالای سرش برای تغییر وضعیت در بستر و تقویت عضلات دو سر بازو استفاده کند یا وزنه ای را در دست بگیرد و آرنج اش را خم و راست کند.
۲۸			برای تقویت عضلات سه سر بازو، به وی آموزش می دهد در حالت نشسته تمرین شنا انجام دهد.
۲۹			در انجام کلیه ی تمرین ها میزان قدرت و تحمل بیمار را ارزیابی می کند.
۳۰			هنگام استفاده از صندلی چرخ دار، پروتز یا هر وسیله کمکی حرکت، ایمنی بیمار را در نظر می گیرد.
۳۱			برای جمع کردن باقی مانده ی اندام (Stump) آن را با باندکشی بانداز می کند زیرا Stump به شکل مخروطی در آمده و پروتز به خوبی با آن جفت شود.
۳۲			مانند سایر اعمال جراحی بیمار را از نظر عوارض جراحی، بی هوشی و بی حرکتی بررسی و کنترل می کند.
۳۳			در صورت مشاهده عوارض بی حرکتی در هرکدام از دستگاه های بدن نظیر پنومونی، بی اشتهایی، یبوست و احساس ادرار اقدامات پرستاری را انجام می دهد.
۳۴			به وجود خونریزی شدید که می تواند ناشی از باز شدن یا شل شدن بخیه ها باشد و یک عارضه خطرناک است توجه می کند.
۳۵			کنترل V.S و مشاهده ترشحات زخم را به تناوب و طبق دستور انجام

			می دهد.	
			به علایم عفونت محل آمپوتاسیون (بو، ترشح، رنگ، درد) و غیره توجه می کند.	۳۶
			بعد از بهبود برای جلوگیری از عفونت و زخم پوستی استامپ را حداقل روزی ۲ بار به آرامی شسته و خشک می کند.	۳۷
			پوست Stump را بعد از بهبود از نظر وجود فشار، درماتیت و تاول معاینه و قبل از بروز عوارض جدی به جراح اطلاع داده و درمان می کند.	۳۸
			هنگام استفاده از پروتز، جوراب مناسب به استامپ می پوشاند و هر روز آن را تعویض و خشک می کند.	۳۹
			قبل از ترخیص آموزش های مراقبت از خود، مراقبت از استامپ و حفظ تعادل و ایمنی را به بیمار و خانواده اش آموزش می دهد.	۴۰
			کلیه ی اقدامات انجام شده و آموزش داده شده را در پرونده بیمار ثبت می کند.	۴۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: مراقبت پرستاری بعد از T.H.R (Totall Hip Replacement)

اهداف:

- ۱- مراقبت از بیمار بعد از آرتروپلاستی
- ۲- کمک در حفظ قدرت حرکت طبیعی بعد از عمل جراحی
- ۳- جلوگیری از عفونت بعد از عمل، فلبیت و عوارض ریوی
- ۴- حفظ دامنه حرکتی مفصل جراحی شده و جلوگیری از جابه جایی و در رفتگی پروتز
- ۵- برگشت هر چه سریع تر بیمار به زندگی عادی قبل از جراحی

وسایل مورد نیاز:

مانکی بار یا دسته مثلثی یا trapaze - بالش سه گوش یا abduction pillow splint - جوراب الاستیکی - پانسمان استریل - باند ضد حساسیت - کیسه ی یخ - لوسیون پوستی - آب گرم - عصا یا واکر - مسکن طبق دستور - همواگ - آنتی بیوتیک وریدی طبق دستور - تراکشن در صورت نیاز -
 عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بعد از انتقال بیمار به اتاق عمل تخت او را آماده می کند.			
۲	مانکی بار و دسته سه گوش را برای کمک به وی در جابه جایی در تخت بعد از عمل وصل می کند.			
۳	در صورت نیاز تراکشن را وصل می کند.			
۴	بعد از انتقال بیمار به بخش، علایم حیاتی را هر ۳۰ دقیقه یک بار و سپس هر ۲ تا ۴ ساعت یک بار کنترل و ثبت می کند.			
۵	هر گونه تغییر در علایم حیاتی را هر چه سریعتر گزارش و پی گیری می کند.			
۶	بیمار را تشویق به تنفس عمیق می کند.			
۷	بررسی دو طرفه سیستم عصبی عروقی را هر ۲ ساعت یک بار تا ۴۸ ساعت و سپس هر ۴ ساعت یک بار در ۴۸ ساعت بعدی انجام می دهد.			
۸	پای جراحی شده را از نظر رنگ، درجه حرارت، حرکت انگشت شست، حس، تورم و پرشدگی مویرگی، نبض پدال کنترل کننده و با پای سالم مقایسه می کند.			
۹	در صورت دستور پزشک جوراب الاستیکی را به بیمار می پوشاند و هر ۸ ساعت یک بار آن را از پای بیمار خارج کرده و پا را از			

			نظر وجود زخم فشاری بررسی و دوباره به بیمار می‌پوشاند.
۱۰			طبق دستور پزشک از مسکن استفاده می‌کند.
۱۱			طبق دستور، آنتی بیوتیک وریدی را تزریق و تا ۴۸ ساعت بعد از عمل ادامه می‌دهد.
۱۲			طبق دستور از داروی آنتی کوآگولانت برای بیمار استفاده می‌کند.
۱۳			به علایم فلبیت و خونریزی نظیر گرما، تورم، حساسیت و علامت Homan مثبت توجه می‌کند.
۱۴			آزمایشات PT و PTT را انجام داده و جواب آن را پیگیری می‌کند.
۱۵			پانسمان محل عمل را از نظر ترشح و خونریزی کنترل می‌کند (ترشح خونی و بد بو یا زیاد می‌تواند نشانه عفونت یا خونریزی محل عمل باشد).
۱۶			مقدار جذب و دفع بیمار را به دقت کنترل و ثبت می‌کند.
۱۷			طبق دستور از کیسه یخ در محل عمل برای جلوگیری از تورم، درد و کنترل خونریزی استفاده می‌کند.
۱۸			هر ۲ ساعت یک بار بیمار را با زاویه ی ۴۵ درجه به هر دو سمت می‌چرخاند و از راحتی وی اطمینان حاصل می‌کند (مراقب جا به جا نشدن بالش abductor است).
۱۹			به بیمار جهت جابه جایی در تخت به کمک دستگیره ی بالای تخت کمک می‌کند. این عمل را هر ۲ ساعت یک بار تکرار می‌کند.
۲۰			به بیمار در مورد منقبض کردن عضله و انجام تمرینات غیر فعال در تخت جهت قوی کردن عضلات هر دو پا طبق دستور فیزیوتراپ آموزش می‌دهد.
۲۱			در هر شرایطی در تمام طول مراقبت بعد از عمل پای عمل شده را در وضعیت ابداکسیون قرار می‌دهد. این کار سبب حفظ سرفمور در حفره ی استابلوم شده و از در رفتگی مفصل جلوگیری می‌کند.
۲۲			برای حفظ این وضعیت بالش سه گوش را در وسط پاهای بیمار قرار می‌دهد.
۲۳			در صورت تمایل بیمار بالای تخت را در زاویه ی ۴۵ یا ۶۰ درجه طبق دستور قرار می‌دهد.
۲۴			بالای تخت بیمار را بیشتر از نیم ساعت در این زاویه قرار نمی‌دهد.
۲۵			قبل از پایین آمدن از تخت، به بیمار طبق دستور مسکن تزریق می‌کند.
۲۶			بیمار را تشویق به پایین آمدن از تخت و راه رفتن می‌کند.
۲۷			راه رفتن با عصا یا، واکر را به بیمار آموزش و آن را تکرار می‌کند.
۲۸			به بیمار آموزش می‌دهد که هرگز مفصل ران را بیش از ۹۰ درجه خم نکند.

۲۹	از دادن زاویه ی ۹۰ درجه به مفصل، هنگام نشانیدن بیمار برای تغذیه یا لگن گرفتن و در هر شرایطی خودداری می کند. برای این کار از صندلی ارتوپدی یا صندلی چرخدار خوابیده استفاده می کند.		
۳۰	به بیمار آموزش می دهد بعد از ترخیص، موارد زیر را رعایت کند: وضعیت ابداکسیون پا را حفظ کند و در وضعیت طاق باز یا به پهلو بخوابد. همیشه یک عدد بالش بین پاهایش قرار دهد. بدون نظر پزشک روی پای جراحی شده نخوابد. هرگز پاهایش را روی یکدیگر نیندازد. هنگام پوشیدن جوراب یا کفش کمرش را خم نکند و این موارد را تا ۴ ماه بعد از عمل رعایت کند.		
۳۱	به وی آموزش می دهد در صورت مشاهده علایم زیر هر چه سریع تر پرستار یا پزشک معالج را مطلع سازد: افزایش درد و تورم و بی حرکتی در پای جراحی شده، درد کشاله ران، کوتاه شدن یا چرخش غیر طبیعی پا به داخل یا خارج، احساس ضربه ناگهانی در مفصل ران که همگی علایم در رفتگی پروتزمی باشند.		
۳۲	موارد آموزش داد شده، یافته و مشاهدات و اقدامات خود را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فرآیند مراقبت از بیمار Total knee Replacement T.K.R

اهداف:

- ۱- مراقبت از بیمار بعد از عمل
- ۲- حفظ دامنه حرکتی مفصل عمل شده
- ۳- کمک در برگشت به زندگی عادی
- ۴- جلوگیری از عفونت و عوارض بعد از عمل
- ۵- فراهم نمودن آسایش بیمار

وسایل مورد نیاز:

مانکی بارو دسته مثلثی - Knee Immobilizer - جوراب الاستیکی - پانسمان استریل - کیسه ی یخ -
لوسیون پوستی - عصا یا واکر - مسکن - هموواگ - آنتی بیوتیک.
عامل انجام کار: پرستار - بهیار بالای ۱۰ سال در بخش ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از عمل به بیمار در مورد روش مراقبت و چگونگی همکاری بیمار در این مراقبت ها توضیح می دهد.			
۲	بعد از انجام عمل به طور مرتب علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می کند.			
۳	وضعیت عصبی، عروقی و پرشدگی مویرگی را کنترل و ثبت می کند.			
۴	محل عمل را از نظر خونریزی کنترل می کند.			
۵	محل عمل را از نظر وجود ترشح عفونی کنترل می کند.			
۶	به بیمار در مورد دریافت آنتی بیوتیک وریدی تا ۲ روز بعد از عمل آگاهی می دهد.			
۷	روش های دارویی و غیر دارویی تسکین درد را طبق دستور به کار می برد.			
۸	در مورد ورزش پای عمل شده و استفاده از بی حرکت کننده ی زانو به بیمار آموزش می دهد.			
۹	بعد از عمل، پانسمان فشاری روی زانو را حفظ می کند یا آن را مجدداً پانسمان فشاری می کند.			
۱۰	برای کنترل خونریزی یا ادم، کیسه ی یخ روی زانو قرار می دهد.			

۱۱	هموواگ را از نظر وجود خونریزی و مقدار آن کنترل و ثبت می کند.		
۱۲	افزایش یا کاهش ناگهانی ترشحات خونی را گزارش می کند.		
۱۳	دامنه ی حرکت زانو را با توجه به دستور پزشک شروع و ثبت می کند (در ابتدا معمولاً ۱۰ درجه اکستانسیون و ۵۰ درجه فلکسیون داده می شود و به تدریج دامنه حرکت مقدار اکستانسیون به حد کامل (صفر) و مقدار فلکسیون به ۹۰ درجه می رسد).		
۱۴	هنگام ترخیص به بیمار در مورد نحوه ی حرکت، بالا نگه داشتن زانو هنگام نشستن یا تحمل وزن روی پای جراحی شده طبق دستور پزشک آموزش می دهد.		
۱۵	کلیه ی اقدامات انجام شده برای بیمار و نتایج به دست آمده را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کشیدن پین سطحی

اهداف:

۱- خارج نمودن Pin بعد از عمل جراحی

۲- فراهم نمودن آسایش بیمار

۳- کمک به بیمار در برگشت به زندگی عادی

وسایل مورد نیاز:

ست پانسمان - گلی پات - پنست - پنس - رسیور - گاز استریل - پنبه استریل - سیم چین (در صورتی که pin کوچک باشد) - واکیل یا پین بر (برای بریدن قسمت خارجی پین در عمل جراحی pin and plaster) - آچار و دریل (برای خروج پین از داخل استخوان) - محلول بتادین - عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	وسایل را آماده و به اتاق کار یا پانسمان منتقل می کند.			
۳	محل خروج پین (پوست) بیمار را با بتادین به خوبی تمیز می کند.			
۴	با سیم چین پین را کشیده و از پوست بیمار خارج می کند.			
۵	در صورت عمل جراحی pin and plaster قسمت خارجی پین را قبل از خارج کردن آن با سیم چین یا پین بر می برد.			
۶	در صورتی که pin داخل استخوان باشد به کمک آچار و دریل پین را از داخل استخوان بیرون می کشد.			
۷	برای جلوگیری از خونریزی و عفونت، در محل خروج پین پانسمان فشاری قرار می دهد.			
۸	نحوه ی تعویض پانسمان بعدی و زمان آن را به بیمار آموزش می دهد.			
۹	اقدامات انجام شده را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به جراح در خارج کردن پین داخلی یا عمقی

اهداف:

۱- تسریع بهبود بیمار

۲- کمک به آسایش وی

۳- برگشت هر چه سریع تر بیمار به زندگی عادی

وسایل مورد نیاز:

ست بخیه: پنس - پنست - سوزن گیر - قیچی - گلی پات - رسیور - گاز و پنبه استریل - شان پرفوره - تیغ بیستوری - آمپول زایلوکائین ۲٪ - سرنگ - دستکش استریل - نخ بخیه - محلول بتادین

عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	فرآیند انجام کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	کلیشه‌ی رادیولوژی را به اتاق کار یا پانسمان آورده و روی نگاتوسکوپ قرار می دهد.			
۴	دست ها را شسته و محیط استریل را فراهم می کند.			
۵	ست بخیه را باز کرده و محل مورد نظر را با بتادین می شوید.			
۶	آمپول زایلوکائین را به مقدار مورد نیاز و طبق دستور جراح آماده و به وی می دهد تا بی حسی موضعی انجام شود.			
۷	تیغ بیستوری را به روش استریل روی دسته آن سوار و به دست جراح می دهد (انسزیون توسط جراح داده می شود).			
۸	جهت ردیابی محل پین داخلی، پنس و پنست را به جراح می دهد.			
۹	سپس سیم چین را جهت خروج پین به دست جراح می دهد.			
۱۰	پس از خروج پین، محل را می شوید.			
۱۱	وسایل بخیه زدن را به روش استریل به جراح می دهد.			
۱۲	پس از انجام بخیه توسط جراح محل را پانسمان می کند.			
۱۳	نسخه آنتی بیوتیک خوراکی را به بیمار می دهد.			
۱۴	به بیمار در مورد زمان تعویض پانسمان و کشیدن بخیه توضیح می دهد.			
۱۵	اقدامات انجام شده و نتایج حاصله را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در آسپیراسیون زانو

اهداف:

۱- کمک در خروج مایع جمع شده در زانو

۲- کاهش عفونت

۳- بهبود درد و تورم زانوی بیمار

۴- کمک در تسریع بهبود بیمار

۵- فراهم کردن آسایش و راحتی بیمار

وسایل مورد نیاز:

ست پانسمان - دستکش استریل - آنژیوکت خاکستری یا سبز - سرنگ CC ۲۰ - بتادین

عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	وسایل را آماده می کند.			
۳	دست ها را می شوید.			
۴	دستکش استریل می پوشد.			
۵	محل مورد نظر را با بتادین ضد عفونی و پرپ می کند.			
۶	شان پرفوره را در موضع پهن می کند.			
۷	آنژیوکت خاکستری یا سبز را طبق دستور جراح به روش استریل باز و به دست وی می دهد.			
۸	سرنگ استریل را در اختیار جراح قرار می دهد تا از محل ورود آنژیوکت به جمع آوری مایع بین مفصلی بپردازد.			
۹	مایع جمع آوری شده را داخل لوله آزمایش می ریزد.			
۱۰	مشخصات نمونه را ثبت کرده و آن را به آزمایشگاه می فرستد.			
۱۱	روی محل آسپیراسیون، پانسمان فشاری انجام می دهد.			
۱۲	به بیمار در مورد پی گیری جواب کشت از مایع، قبل از مراجعه بعدی به بیمارستان و نحوه و زمان تعویض پانسمان و علایم هشدار دهنده که نیاز به مراجعه به پزشک دارند را آموزش می دهد.			
۱۳	اقدامات انجام شده و نتایج حاصله را ثبت می کند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: کمک در تخلیه آبنه توسط جراح
- اهداف:
- ۱- کمک به آسایش بیمار
 - ۲- تسریع بهبودی
 - ۳- جلوگیری از عفونت
- وسایل مورد نیاز:
- ست پانسمان - دستکش استریل - شان پرفوره - سرنگ CC۲۰ یا CC۵۰ - آنژیوکت سبز یا خاکستری - بتادین + سرم فیزیولوژی
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال در بخش ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	نحوه ی انجام کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	دست ها را شسته و دستکش استریل می پوشد.			
۴	محل مورد نظر را با بتادین شست و شو داده و ضد عفونی می کند.			
۵	شان پرفوره را پهن می کند.			
۶	سرنگ یا آنژیوکت را طبق دستور پزشک جهت خارج نمودن ترشحات داخل آبنه به دست جراح می دهد.			
۷	ترشحات خارج شده را داخل لوله آزمایش برای انجام کشت جمع آوری می کند.			
۸	مشخصات نمونه را ثبت و آن را به آزمایشگاه منتقل می کند.			
۹	محل آبنه را با پانسمان فشاری پانسمان می کند.			
۱۰	نسخه آنتی بیوتیک خوراکی را به بیمار داده و در مورد مصرف آن به وی آموزش می دهد.			
۱۱	به بیمار در مورد زمان و نحوه تعویض پانسمان و پی گیری جواب آزمایش قبل از مراجعه بعدی به درمانگاه و علایم هشدار دهنده که نیاز به مراجعه به پزشک دارند را آموزش می دهد.			
۱۲	اقدامات انجام شده و نتایج حاصله را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در تزریق کورتون در ناحیه ی آرنج، شانه، مچ دست توسط جراح (کمک به تزریق داخل مفصلی)

هدف: کمک به کاهش درد بیمار

وسایل مورد نیاز:

آنژیوکت (برای شانه) - سرنگ - آمپول زایلوکائین ۲٪ - آب مقطر - آمپول کورتون - دستکش استریل - ست پانسمان - محلول بتادین -

عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال کار در بخش ارتوپدی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده و به اتاق کار یا پانسمان می برد.			
۲	فرآیند انجام کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	دست ها را می شوید.			
۴	دستکش استریل می پوشد.			
۵	محل تزریق را با بتادین پرپ می کند.			
۶	آمپول کورتون را همراه آمپول زایلوکائین و آب مقطر در یک سرنگ کشیده به دست جراح می دهد (تزریق در ناحیه ی آرنج، شانه یا مچ دست توسط جراح انجام می شود).			
۷	محل تزریق را پانسمان می کند.			
۸	به بیمار آگاهی می دهد که تا ۲۴ ساعت درد خواهد داشت.			
۹	نسخه مسکن معمولی را به وی می دهد.			
۱۰	به بیمار در مورد برداشتن پانسمان محل تزریق در فردای روز تزریق و امکان حمام کردن آموزش می دهد.			
۱۱	اقدامات انجام شده و نتایج حاصله را ثبت می کند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: فرآیند کشیدن بخیه
- اهداف:
- ۱- تأمین آسایش و آرامش بیمار
 - ۲- کمک در تسریع بهبودی
 - ۳- جلوگیری از عفونت محل زخم
- وسایل مورد نیاز:
- ست پانسمان - تیغ بیستوری - دسته بیستوری - دستکش استریل ۲ جفت - ویبریل - باندکشی - محلول بتادین - ظرف مخصوص جمع آوری وسایل کثیف - جعبه ایمنی (Safety box) جهت بیستوری
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	نحوه ی انجام کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	محیط خلوت برای بیمار فراهم می آورد.			
۴	دست ها را می شوید.			
۵	دستکش استریل می پوشد.			
۶	پانسمان قبلی را برمی دارد.			
۷	پانسمان آلوده را در محل مخصوص می اندازد.			
۸	مجدداً دستکش استریل می پوشد.			
۹	محل بخیه را با بتادین ضد عفونی می کند.			
۱۰	بخیه ها را با توجه به نوع آن Sub Cutaneous – Far and near – Continous- Simple – می کشد و شمارش می کند.			
۱۱	بخیه را در چند مرحله می کشد و زخم را از نظر وجود ترشح یا باز شدن بخیه ها کنترل می کند.			
۱۲	محل بخیه ها را از نظر وجود بو، التهاب و قرمزی و ... مشاهده می کند و در صورت مشاهده این علائم به جراح معالج اطلاع می دهد (این علائم می تواند نشانه ی عفونت باشد و نیاز به درمان و عدم کشیدن بخیه ها دارد).			
۱۳	بیستوری را با استفاده از پنس داخل جعبه ایمنی می اندازد.			
۱۴	بعد از کشیدن بخیه محل را پانسمان می کند.			
۱۵	اقدامات انجام شده را ثبت می کند.			
۱۶	به بیمار در مورد تعویض مجدد پانسمان در صورت نیاز ، زمان و نحوه ی مراجعه را آموزش می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پانسمان و کشیدن بخیه ترمیم تاندون (پانسمان pullout wire) (سیم + دکمه)

این پانسمان و بخیه تاندون را به استخوان پیوند می دهد.

اهداف:

- ۱- کمک در بهبود بیمار
- ۲- تأمین آسایش و راحتی بیمار
- ۳- کمک به برگشت به زندگی عادی

وسایل مورد نیاز:

تیغ بیستوری - قیچی استریل - دستکش استریل - محلول بتادین

عامل انجام کار: پرستار - بهیار با سابقه بالای ۱۰ سال

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند و به اتاق کار یا پانسمان می برد.			
۲	فرآیند و پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	محیط خلوت فراهم می کند.			
۴	دست ها را می شوید.			
۵	دستکش استریل می پوشد.			
۶	پوست بیمار را با بتادین شست و شو می دهد.			
۷	با قیچی استریل یا تیغ بیستوری سر بخیه سیمی را می چیند.			
۸	دکمه را با پنس آزاد می کند.			
۹	سیم را از داخل بافت با کشیدن به وسیله پنس یا پنس خارج می کند (بخیه یک wire باریک است).			
۱۰	بعد از کشیدن بخیه محل را پانسمان می کند.			
۱۱	محل را از نظر وجود ترشح، التهاب و قرمزی مورد مشاهده قرار داده و هر چیز غیر طبیعی را گزارش و ثبت می کند.			
۱۲	طبق دستور پزشک بیمار را برای رفتن به فیزیوتراپی یا کار درمانی راهنمایی می کند.			
۱۳	به بیمار در مورد زمان تعویض پانسمان و مراجعه بعدی آموزش می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت بعد از عمل PSF و ASF در ICU ارتوپدی

اهداف:

- ۱- کمک در ارتقاء سلامتی بیمار
 - ۲- کمک در تأمین آسایش و راحتی بیمار
 - ۳- کمک به برگشت هر چه سریع تر بیمار به زندگی عادی و استقلال
- وسایل مورد نیاز:

پالس اکسی متر - مانیتور Bed side - ساکشن - اکسیژن - چارت علایم حیاتی - چارت جذب و دفع - ست پانسمان - دستکش استریل - فرم معیار گلاسکو - برانکارد - تخت ICU - ملافه

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده ICU

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
مرحله تحویل گرفتن بیمار از ریکاوری و انتقال به ICU				
۱	بیمار را از نظر هوشیاری (معیار گلاسکو)، علایم حیاتی، موضع عمل، اتصالات (درن ها و ...) کنترل و نیازها را ثبت می کند.			
۲	پرونده بیمار را چک می کند.			
۳	Ivline بیمار و مقدار سرم و نوع آن را کنترل می کند.			
۴	در عمل AsF ، Chest Tube را از نظر داشتن حرکت ترشحات و محکم بودن، روی سینه بیمار کنترل می کند، سایر درن ها مثل همواگ را نیز کنترل می کند.			
۵	تمامی سطح بدن بیمار را از نظر وجود زخم یا سوختگی با کوتر کنترل و ثبت می کند.			
۶	ناحیه عمل و پانسمان روی آن را از نظر احتمال خونریزی کنترل می کند.			
۷	حس ، حرکت و جریان خون اندام های فوقانی و تحتانی را کنترل می کند.			
۸	بیمار را به آرامی و به کمک پرستار ریکاوری از برانکارد ریکاوری به تخت ICU منتقل می کند.			
۹	در طول مسیر از بیمار در تخت محافظت می کند.			
۱۰	بیمار را به یک واحد مناسب در ICU منتقل می کند.			

۱۱	بیمار را به کمک Chest lead به مانیتور کنار تخت و مانیتور مرکزی متصل می کند.		
۱۲	از باز بودن IVline اطمینان حاصل می کند و قطرات سرم را تنظیم می کند.		
۱۳	در صورت ترانسفوزیون خون، باز بودن مسیر و خون باقی مانده را کنترل می کند.		
۱۴	در عمل ASF ، Chest tube را در پایین تخت و در محل مناسب قرار داده و ثابت می کند (و از نظر حرکت ترشحات و وجود ترشح خونی کنترل می کند).		
۱۵	علائم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می کند. این کار را طبق دستور هر نیم ساعت به مدت ۲۴ ساعت ادامه می دهد (کنترل وضعیت تنفس، به خصوص از نظر الگوی تنفسی و وجود دیسترس بسیار مهم است).		
۱۶	بیمار را جهت بررسی اشباع اکسیژنی به پالس اکسی متر وصل می کند.		
۱۷	ناحیه ی پانسمان را از نظر خونریزی کنترل و ثبت می کند.		
۱۸	حس ، حرکت و جریان خون اندام های فوقانی و تحتانی را کنترل و ثبت می کند.		
۱۹	در صورت نیاز بیمار یا طبق دستور اکسیژن تراپی با ماسک را شروع می کند.		
۲۰	از استقرار مناسب بیمار در تخت و ثابت شدن V.S بلافاصله بعد از انتقال، اطمینان حاصل می کند.		
۲۱	پرونده بیمار و دستورات بعد از عمل را چک و در کارت و کاردکس وارد می کند.		
۲۲	گزارش پرستار ریکاوری را برای موارد خاص بررسی و در صورت نیاز پی گیری می کند.		
۲۳	آزمایشات ICU را در خواست و انجام و جواب آن را پی گیری می کند.		
۲۴	بیمار را از نظر وجود درد بررسی و در صورت نیاز طبق دستور مسکن تزریق می کند.		
۲۵	بیمار را ۴۸ - ۲۴ ساعت بعد از عمل NPO و CBR نگه می دارد.		
۲۶	فیزیوتراپی قفسه سینه را طبق دستور پزشک و راهنمایی فیزیوتراپ انجام می دهد.		

۲۷	میزان ترشحات درن و chest butlle و هموواگ را کنترل می کند.		
۲۸	افزایش یا کاهش ناگهانی ترشحات را گزارش می کند.		
۲۹	به جراح در خروج chest tube و هموواگ کمک می کند.		
۳۰	طبق دستور، پانسمان محل عمل را انجام می دهد و وضعیت زخم را گزارش می کند.		
۳۱	بیمار را از نظر عفونت بعد از عمل و داشتن ترشحات محل عمل چک می کند.		
۳۲	باند پنبه ای اسپلینت پشتی بیمار PSF را به طور مرتب تعویض می کند.		
۳۳	بیمار را جهت جلوگیری از زخم فشاری تا حد امکان تغییر وضعیت داده و مراقبت پوستی مورد نیاز را انجام می دهد.		
۳۴	در صورت نیاز، ساکشن ترشحات را به طور مرتب انجام داده و وضعیت تنفس بیمار را کنترل و ثبت می کند.		
۳۵	به بیمار در مورد کمک و همکاری در مراقبت از خود آموزش می دهد.		
۳۶	کلیه اقدامات پرستاری انجام شده و نتایج به دست آمده را گزارش و ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: درست کردن تخت ارتوپدی (با کشش)

اهداف:

- ۱- حفظ بهداشت شخصی بیمار
- ۲- جلوگیری از گسیختگی پوست در اثر چروک یا خیس بودن ملحفه
- ۳- تأمین آسایش بیمار

وسایل مورد نیاز:

ملحفه به تعداد مورد نیاز - روبالشی - دروشیت و شیت پلاستیکی در صورت نیاز

عامل انجام کار: پرستار، بهیار، کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست هایش را می شوید.			
۲	در صورت لزوم دستکش می پوشد.			
۳	ملحفه‌های تمیز را بر بالین بیمار برده و به منظور استفاده به طور مرتب روی صندلی قرار می دهد.			
۴	در مورد انجام کار به بیمار توضیح داده، پس از حفظ خلوت بیمار و خروج وسایل غیرضروری از اطراف بیمار کار را شروع می کند.			
۵	نرده های کنار تخت را پایین می آورد.			
۶	در جهت مخالف همکار خود در بالین بیمار می ایستد.			
۷	به آرامی تشک را به سمت بالای تخت می کشد، از حرکات ناگهانی پرهیز می کند چرا که این حرکات می تواند در تراکشن تداخل کرده و آسایش بیمار را به هم بزند.			
۸	بالش را از روی تخت برمی دارد.			
۹	قسمت بالای ملحفه را از کناره های تشک آزاد کرده و به سمت سر بیمار لوله می کند. سپس رو بالشی کثیف را خارج کرده و آن را با رو بالشی تمیز جایگزین می کند.			
۱۰	یک ملحفه تمیز را در عرض تخت در قسمت بالا پهن کرده و آن را ثابت می کند.			
۱۱	از بیمار می خواهد با گرفتن دستگیره بالای سر قسمت سر و شانه های خود را بلند کند و او با کمک همکار خود ملحفه زیرانداز را از زیر سر و شانه ها رد کرده و تا کنار ملحفه های لوله شده کثیف می کشد. حداقل ۱۲ اینچ (۳۰ سانتی متر) از ملافه را در قسمت بالای تشک تو می گذارد سپس کناره ها را تا می زند.			

۱۲		از بیمار می خواهد با استفاده از دستگیره بالای سر باسن خود را بلند کند. با هماهنگی همکار خود هم زمان با یک حرکت ملحفه را از زیر بیمار رد کرده به سمت پایین پا می آورد.
۱۳		هم زمان با کشیدن ملحفه تمیز، ملحفه کثیف را هم با دقت و سریع لوله کرده و پایین می آورد.
۱۴		به بیمار می گوید می تواند دستگیره را رها کرده و استراحت کند. در همان حال بالش تمیز را زیر سر بیمار می گذارد.
۱۵		اگر پایین تخت، زیر اندام انتهایی بالشی وجود دارد آنرا بر می دارد. اگر این کار ممنوعیت دارد ملحفه را به آرامی از زیر بالش پایین می کشد. در همین حال همکارش با بالا نگه داشتن بالش پای بیمار را حمایت می کند.
۱۶		ملحفه های کثیف را در کیسه بین یا رو بالش کثیف می اندازد.
۱۷		قسمت انتهایی ملحفه را به سمت زیر تشک تا می زند.
۱۸		برای اطمینان از صاف و محکم ثابت شدن ملحفه در حین کار از بیمار می خواهد که با استفاده از دستگیره بالای سر باسن خود را بلند کند و وی ملحفه را کشیده و صاف می کند.
۱۹		در صورت نیاز دروشیت و شیت پلاستیکی پهن می کند و درست کردن تخت را تکمیل می کند.
۲۰		اگر قسمت پایینی ملحفه تخت را کاملاً نمی پوشاند از دروشیت استفاده می کند.
۲۱		بالش ها را دوباره (در صورتی که برداشته اید) زیر پای بیمار قرار داده و یک شیت تمیز روی بیمار می کشد. اگر یک یا هر دو پا تراکشن دارد قسمت پایین ملحفه رو انداز را کاملاً روی تراکشن می کشد ولی نبایستی با نخ های تراکشن ایجاد فشار و تداخل کند. سمت مخالف را در پایین پای بیمار برده به اطراف کشیده و در گوشه های کناری تا می کند.
۲۲		جهت بیرون ماندن ساق و کف پا جهت مشاهده ، آنها را از ملحفه به نحوی که قابل دید باشد بیرون می گذارد.
۲۳		اگر تجهیزات تراکشن باعث بیرون ماندن پهلوه های بیمار می شود ، از یک دروشیت به جای ملحفه کامل یا رو تختی برای پوشاندن بیمار استفاده می کند.
۲۴		تخت را پایین می آورد ولی نه در آن حد که وزنه های تراکشن با کف زمین تماس پیدا کند.
۲۵		سپس نرده های کنار تخت را بالا می آورد. در صورت نیاز بیمار، یک طرف نرده را جهت دسترسی بیمار به وسایل کنار تخت پایین می گذارد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پذیرش بیمار ترومای ارتوپدی در اورژانس

اهداف:

- ۱- انجام تریاژ مناسب بیمار جهت انجام اقدامات مورد نیاز و به موقع
- ۲- جلوگیری از صدمه و بدتر شدن وضعیت بیمار و ثابت نگه داشتن عضو
- ۳- کمک به ثابت نگه داشتن علایم حیاتی در وضعیت هوشیاری بیمار
- ۴- انجام اقدامات درمانی و قانونی صحیح

وسایل مورد نیاز:

دماسنج - فشار سنج - ساعت ثانیه شمار - ست وسایل پانسمان در صورت وجود زخم باز، آتل مناسب (جهت اندام فوقانی یا تحتانی، بلند یا کوتاه بر حسب وضعیت بیمار) گاز و پد - محلول ضد عفونی کننده استاندارد - دستکش - باند - سرم نرمال سالین گرم جهت شست و شو (در صورت وجود زخم باز) -

فرم تریاژ - متر - قلم

عامل انجام کار: پرستار اورژانس

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از ورود بیمار به بخش، بلافاصله معاینات اولیه بالینی را انجام می دهد. این معاینات که ۱ تا ۲ دقیقه به طول می انجامد وجود یا عدم وجود زخم باز، هر نوع تغییر شکل در وضعیت آناتومیک (اندام های فوقانی، تحتانی) را مشخص می کند.			
۲	پس از تهیه اطلاعات اولیه، تریاژ بیمار را تعیین می کند (تعیین تریاژ در فرم مخصوص ثبت شده و بیمار به اتاق عمل هدایت می شود).			
۳	در صورتی که بیمار در تریاژ ۱ قرار دارد بلافاصله احیا را شروع می کند.			
۴	در صورتی که بیمار در تریاژ ۲ و ۳ قرار دارد اقدامات زیر را شروع می کند: الف - به پزشک جراح و ارتوپدی جهت ویزیت فوری اطلاع می دهد. ب - کنترل خونریزی با استفاده از پانسمان فشاری را انجام می دهد. پ - راه وریدی مناسب برقرار می کند، نمونه خون جهت تعیین گروه خون و آزمایشات روتین می گیرد.			

		ث - محل شکستگی را با استفاده از آتل و باند پس از شست و شو، پانسمان ثابت می کند. ج- خون از دست رفته را با خون و مایعات تجویز شده توسط پزشک جایگزین می کند. چ- علایم حیاتی و وضعیت همودینامیک بیمار را به طور مرتب کنترل و به پزشک اطلاع می دهد. ح- بیمار را جهت عمل جراحی در صورت لزوم و طبق دستور پزشک آماده می کند. خ- بیمار را جهت تهیه گرافی های مورد نیاز آماده می کند. د- با همراه و اطرافیان بیمار در مورد وضعیت فعلی بیمار، اقدامات انجام شده و اقدامات مورد نیاز صحبت می کند و سعی می کند با ارتباط صحیح اضطراب همراهان را کاهش دهد. ذ- در صورتی که بیمار همراه ندارد، پس از انجام اقدامات فوق با مسئول نیروی انتظامی و نگهبانی بیمارستان تماس گرفته و آن ها را در جریان قرار می دهد (در صورتی که محل استقرار نگهبان و انتظامات از اورژانس فاصله داشته و در جریان نباشند).	
۵		جهت پی گیری و اطلاع رسانی به همراهان بیمار و پیدا کردن بستگان وی مددکاری را در جریان قرار می دهد.	
۶		قبل از هر نوع نقل و انتقال بیمار دستور کتبی از پزشک جراح، جراحی اعصاب و ارتوپدی می گیرد.	
۷		بیماران تصادفی و ترومایی بایستی از نظر صدمات نخاع گردنی و کمری بررسی شده و گردن و کمر آنها توسط آتل محافظت شود.	
۸		بسته به وضعیت بیمار کلیه فرم های قانونی (رضایت عمل، پذیرش، فرم مخصوص تصادفی، مراقبت قبل از عمل، رضایت قطع عضو، فرم اورژانس، ...) را به نحو صحیح و کامل پر می کند.	
۹		رضایت عمل بیماران اورژانسی بدون همراه بایستی توسط پزشک مربوطه نوشته شود.	
۱۰		کلیه سیستم های بدن را به طور مجدد بررسی کرده و هر نوع وضعیت غیر طبیعی در بدن، علایم حیاتی و وضعیت هوشیاری را به اطلاع پزشک می رساند.	
۱۱		هر گونه تغییر در قطر اندام ها و شکم که نشان دهنده خونریزی می باشد را با متر مشخص کرده و ضمن ثبت به پزشک اطلاع می دهد.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پذیرش بیمار در بخش ارتوپدی

هدف:

بستری نمودن بیمار در بخش جهت ادامه ی درمان

وسایل مورد نیاز:

پرونده - کاردکس - کارت - برگه ی ثبت علایم حیاتی - وسایل معاینه (گوشه و فشار سنج، ساعت ثانیه شمار دار، ترمومتر، متر پارچه‌ای برای اندازه گیری قطر اندام آسیب دیده) - دستگاه الکتروکاردیوگرام

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را از پرستار اورژانس تحویل می گیرد.			
۲	پرونده بیمار را از پرستار اورژانس اخذ می کند.			
۳	مشخصات بیمار را در دفتر پذیرش بخش و در برنامه کامپیوتری ثبت می کند.			
۴	برای بیمار کاردکس تشکیل می دهد.			
۵	سطح مراقبتی بیمار را مشخص و در محل مخصوص در کاردکس ثبت می کند.			
۶	بیمار را به اتاق مربوطه راهنمایی می کند (راهنمایی و استقرار بیمار به اتاق مربوطه توسط پرستار یا کمک بهیار بخش انجام می شود).			
۷	علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می کند (فشار خون، درجه حرارت، نبض، تنفس).			
۸	معاینه اولیه بیمار را انجام داده، تاریخچه ی پرستاری می گیرد و در برگه ی گزارش پرستاری ثبت می کند.			
۹	به انترن مربوطه جهت گرفتن شرح حال پزشکی اطلاع می دهد.			
۱۰	به پزشک معالج جهت ویزیت بیمار اطلاع می دهد.			
۱۱	دستور پزشک را کنترل و در کاردکس بیمار ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات درمانی و مراقبتی اولیه بعد از بستری شدن بیمار اورژانس ارتوپدی در بخش

اهداف:

- ۱- تسریع در بهبودی بیمار
- ۲- شروع اقدامات موثر درمانی
- ۳- فراهم نمودن آسایش بیمار
- ۴- تسکین درد، جلوگیری از خونریزی، عفونت و بدتر شدن شکستگی ها

وسایل مورد نیاز:

وسایل مورد نیاز برای گرفتن Ivline (سرم، ست سرم، برچسب سرم، پایه ی سرم، چسب) - وسایل مورد نیاز جهت گرفتن نمونه خون - وسایل پانسمان فشاری - چارت ثبت علائم حیاتی و جذب و دفع - وسایل و تجهیزات کنترل علائم حیاتی - ساکشن - اکسیژن - پرونده بیمار - وسایل تراکشن پوستی - مانکی بار و دستگیره ی بالای سر - برگه درخواست خون و ...

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در صورتی که در اورژانس برای بیمار Ivline برقرار نشده است Ivline می گیرد.			
۲	به آزمایشگاه جهت گرفتن نمونه خون برای تعیین گروه خون و Hb و HCT اطلاع می دهد و نتیجه را پیگیری می کند.			
۳	پانسمان فشاری محل خونریزی را کنترل می کند و یا به طور مجدد انجام می دهد.			
۴	کنترل می کند بیمار جهت انتقال به اتاق عمل توسط کمک بهیار با توجه به اصول صحیح آماده شود.			
۵	با بیمار در مورد نحوه ی انتقال به اتاق عمل و چگونگی همکاری آن توضیح می دهد (این کار سبب کاهش ترس وی و مطرح نمودن سوالاتی که در ذهن وی وجود دارد خواهد شد).			
۶	به مسئول اتاق عمل جهت هماهنگی برای انتقال بیمار به اتاق عمل اطلاع می دهد.			
۷	تخت بعد از عمل برای بیمار آماده می کند(در صورت حضور کمک بهیار توسط ایشان انجام خواهد شد).			

۸	چهار برگ عمل پرونده ی بیمار را کنترل و آماده می کند.		
۹	بیمار را از نظر آخرین علایم حیاتی، داشتن دستبند مشخصات، آخرین زمان دیورن، نداشتن عضو مصنوعی و وسایل و زیور آلات، کنترل و در صورت مشاهده هر چیز غیر طبیعی گزارش می کند.		
۱۰	در صورت داشتن پریمد طبق دستور آن را انجام می دهد و بیمار را به اتاق عمل منتقل می کند.		
۱۱	بیمار و پرونده ی وی را در ابتدای درب ورودی اتاق عمل تحویل پرستار اتاق عمل می دهد.		
۱۲	پس از انجام پروسیجر جراحی بیمار و پرونده ی وی را در ریکاوری از پرستار ریکاوری تحویل می گیرد.		
۱۳	علایم حیاتی، هوشیاری، کلیه ی اقدامات، وضعیت عصبی-عروقی بیمار را در تخت ریکاوری کنترل و ثبت می کند.		
۱۴	بیمار را به کمک پرستار ریکاوری و کمک بهیار بخش به برانکارد بخش یا تخت بیمار منتقل می کند.		
۱۵	در صورت نیاز به X-Ray، بیمار را تا رادیولوژی همراهی می کند و وی را در طول مسیر محافظت می کند.		
۱۶	بیمار را به بخش منتقل و در صورتی که روی برانکارد می باشد به کمک سایر پرستاران یا کمک بهیاران به تخت آماده وی منتقل می کند.		
۱۷	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد. Ivline، هموواگ، گچ، وجود خونریزی، استفراغ، سوند فولی و ... را کنترل و ثابت می کند.		
۱۸	علایم حیاتی بیمار را کنترل و ثبت می کند.		
۱۹	برگه ی دستورات پزشک را کنترل و در کاردکس و کارت می نویسد.		
۲۰	دستورات پزشک را به ترتیب اولویت بیمار اجرا می کند.		
۲۱	در صورت نیاز به تراکشن طبق دستور تراکشن پوستی با وزنه مربوطه وصل می کند.		
۲۲	در صورت نیاز به اصلاح و گچ گیری وسایل را آماده و پزشک را مطلع می سازد.		
۲۳	به پزشک در هنگام گچ گیری کمک می کند.		
۲۴	جواب آزمایشات را پی گیری می کند و به پزشک معالج اطلاع می دهد.		
۲۵	در صورت نیاز به ترانسفوزیون خون، برگه و درخواست		

			کراس‌ماچ خون را به آزمایشگاه ارسال می کند.	
۲۶			خون درخواستی را پی گیری و طبق پروسیجر ترانسفوزیون می کند.	
۲۷			بیمار را از نظر علایم واکنش احتمالی به تزریق خون کنترل و به وی در مورد توجه به علایم آن آموزش می دهد.	
۲۸			درجه حرارت بدن بیمار تحت ترانسفوزیون خون را کنترل و ثبت می کند.	
۲۹			جذب و دفع بیمار را بعد از عمل کنترل و ثبت می کند.	
۳۰			بیمار را به طور مرتب تا ۴۸ ساعت بعد از عمل از نظر تغییر علایم حیاتی، خونریزی، ترشح، استفراغ، عدم توانایی در ادرار کردن، مشکلات عصبی - عروقی و عضو آسیب دیده کنترل و ثبت می کند.	
۳۱			هر گونه حالت غیر طبیعی را سریعاً گزارش داده و اقدام مناسب را انجام می دهد.	
۳۲			به بیمار در مراقبت از خود آموزش می دهد.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آماده کردن بیمار جهت عمل الکتیو

اهداف:

۱- کمک در بهبود بیمار

۲- کمک در شروع به موقع و صحیح روش درمانی مناسب

۳- تأمین آسایش بیمار و برگشت به زندگی عادی

وسایل مورد نیاز:

نسخه ی مربوط به تجهیزات عمل - تخت عمل - پرونده - کاردکس و کارت - دستبند مشخصات - برگه های مشاوره ی بی هوشی - قلب - داخلی - سایر تخصص ها در صورت نیاز و طبق دستور - نوار ECG - سرم و داروهای پریمد- چارت کنترل ثبت علایم حیاتی و جذب و دفع- جواب کلیه ی آزمایشات درخواستی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستورات قبل از عمل را جهت آمادگی بیمار برای اتاق عمل طبق کاردکس اجرا می کند.			
۲	نسخه تهیه وسیله جراحی مثل پروتز یا پیچ و پلاک را از پزشک معالج دریافت می کند.			
۳	نسخه وسایل عمل را به همراه بیمار تحویل می دهد.			
۴	در صورت نداشتن همراه جهت تهیه وسایل عمل به مددکار بیمارستان اطلاع می دهد.			
۵	وسایل عمل تهیه شده را جهت کنترل و تأیید به پزشک معالج نشان می دهد و یا توسط همراه به اتاق عمل جهت تأیید و تحویل ارسال می کند.			
۶	رسید تحویل وسیله ی عمل را به پرونده ی بیمار ضمیمه می کند.			
۷	آزمایشات قبل از عمل را درخواست و انجام آن را پی گیری می کند.			
۸	جواب آزمایشات را به اطلاع پزشک رسانده و در پرونده بیمار ثبت یا الصاق می کند.			
۹	برگه ی درخواست ECG را نوشته و به مسئول گرفتن ECG اطلاع می دهد.			

۱۰	انجام ECG را پی گیری و آن را ضمیمه پرونده بیمار می کند.		
۱۱	برگه ی درخواست رادیولوژی را از پزشک معالج اخذ می کند.		
۱۲	جهت ارسال بیمار به رادیولوژی هماهنگی های مورد نیاز انجام شده و بیمار را به همراه کمک بهیار بخش به رادیولوژی می فرستد.		
۱۳	جواب رادیولوژی و کلیشه ی مربوطه را پی گیری و در محل مخصوص قرارگیری عکس های بیماران قرار می دهد.		
۱۴	سر برگ درخواست مشاوره بی هوشی، قلب و سایر مشاوره ها را کامل می کند و به پزشک معالج در مورد درخواست و تکمیل آن اطلاع می دهد.		
۱۵	انجام مشاوره ی قلب و عروق، یا بیهوشی و سایر مشاوره ها را پی گیری می کند.		
۱۶	برگه های مشاوره و دستورات پزشکان مشاور را کنترل کرده و جهت تایید دستور به پزشک معالج اطلاع می دهد.		
۱۷	پس از تأیید دستورات مشاوران، آن ها را در کاردکس و کارت اجرا می کند.		
۱۸	در صورت لزوم انجام اکوکاردیوگرافی یا سایر تست های تشخیصی پیشرفته، با بیمار صحبت می کند و وی را آگاه می سازد.		
۱۹	در صورت تکمیل بودن پرونده بیمار از نظر کلیه ی آزمایشات و رادیوگرافی ها و غیره و همچنین آمادگی بالینی بیمار به پزشک معالج جهت برنامه ریزی برای عمل جراحی اطلاع می دهد.		
۲۰	نحوه و محل شیو موضع عمل را به کمک بهیار بخش اطلاع و آموزش می دهد.		
۲۱	نحوه ی انجام شیو محل عمل را کنترل و نظارت می کند.		
۲۲	بعد از انجام شیو طبق پروتکل بیمارستان محل عمل را پرپ و با شان استریل می پوشاند.		
۲۳	بیمار را طبق دستور از ۱۲ شب NPO نگه می دارد و در مورد رعایت آن به بیمار آموزش می دهد و کارت NPO بالای تخت بیمار نصب می کند.		
۲۴	بیمار را از نظر آماده بودن محل عمل، آمادگی بالینی و پرونده را از نظر کامل بودن جواب آزمایشات، رادیوگرافی ها و مشاوره ها و وسایل عمل ... کنترل و ثبت می کند.		

۲۵	در صورت دستور تزریق آنتی بیوتیک به عنوان پروفیلاکسی یا پریمد طبق دستور مشاوره بی هوشی، اقدامات پرستاری را انجام می دهد.		
۲۶	به کمک بهیار بخش در مورد پوشاندن گان و کلاه عمل، دستبند مشخصات و خارج کردن البسه زیر و عضو مصنوعی و زیور آلات و ساعت و ... اطلاع و آموزش می دهد.		
۲۷	آخرین علایم حیاتی و زمان دفع ادرار را کنترل و ثبت می کند.		
۲۸	بیمار را با کمک بیماربر اتاق عمل و کمک بهیار بخش به برانکارد اتاق عمل منتقل می کند.		
۲۹	با هماهنگی پرستار اتاق عمل بیمار را به اتاق عمل منتقل می کند.		
۳۰	بیمار را به پرستار اتاق عمل تحویل می دهد و نکات قابل توجه در مورد بیمار مثل سابقه ی حساسیت، وجود زخم و ... را اطلاع می دهد.		
۳۱	شب قبل از عمل به بیمار در مورد آنچه منتظر وی است توضیح می دهد و از اضطراب وی می کاهد.		
۳۲	نحوه ی حرکت در تخت، تنفس های عمیق، چگونگی دفع ادرار، چگونگی همکاری در مراقبت بعد از عمل را به بیمار آموزش می دهد.		
۳۳	بعد از انتقال بیمار به اتاق عمل، اتاق و تخت وی را آماده می کند.		
۳۴	بیمار را در ریکاوری از پرستار ریکاوری تحویل می گیرد.		
۳۵	پرونده را به طور کامل چک می کند و به یادداشت های ضروری جراح، بیهوشی و پرستار ریکاوری توجه می کند.		
۳۶	علایم حیاتی، هوشیاری، اتصالات به بدن بیمار مثل (سوندفولی، سرم، همواگ و درن ها و ...) را کنترل و ثبت می کند.		
۳۷	محل عمل را از نظر خونریزی کنترل و ثبت می کند.		
۳۸	بدن بیمار را از نظر وجود زخم، سوختگی، هماتوم و ... بررسی و ثبت می کند.		
۳۹	بیمار را به بخش منتقل و در تخت خود استقرار می دهد.		
۴۰	سرم، سوند، درن و عضو عمل شده را ثابت می کند.		
۴۱	علایم حیاتی را ابتدا هر یک ربع به مدت ۲ ساعت و سپس هر نیم ساعت به مدت ۲ ساعت و سپس طبق استاندارد کنترل و ثبت می کند.		
۴۲	بیمار را از نظر وجود خونریزی محل عمل، استفراغ، میزان دیورز		

			و جذب و دفع کنترل و در برگه ی ثبت علایم حیاتی و جذب و دفع ثبت می کند.
۴۳			دستورات بعد از عمل را کنترل و وارد کاردکس و کارت می کند.
۴۴			در صورت لزوم ترانسفوزیون خون قبلی و درخواست جدید را ادامه می دهد.
۴۵			HB و HCT ۶ ساعت بعد از آخرین ترانسفوزیون خون را انجام داده و جواب آن را پی گیری می کند.
۴۶			جواب آزمایشات بعد از عمل را به پزشک معالج یا کشیک اطلاع می دهد.
۴۷			هموواگ، سوند فولی و سرم را از نظر عملکرد و میزان ترشحات خونی، میزان ادرار و میزان قطرات کنترل و تنظیم می کند.
۴۸			در صورت نیاز به رادیوگرافی بعد از عمل (رادیوگرافی کنترل) درخواست آن را از پزشک معالج دریافت و با رادیولوژی هماهنگ و انجام آن را پی گیری می کند
۴۹			نحوه ی کمک در مراقبت از خود را به بیمار آموزش می دهد.
۵۰			کلیه ی اقدامات انجام شده را ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آماده کردن بیمار جهت ترخیص از بخش

اهداف:

۱- کمک به بیمار در برگشت به زندگی عادی

۲- خودداری از بستری شدن طولانی و وابستگی

وسایل مورد نیاز:

پرونده - کاردکس - وسایل پانسمان - کتابچه ها یا پمفلت های آموزش به بیمار - وسایل کشیدن IV - وسیله ی کمکی جهت راه رفتن بیمار - کارت مراجعه ی بعدی و ...

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	همراه با پزشک بیمار را ویزیت می کند.			
۲	دستور نوشته شده ترخیص را کنترل و در کاردکس ثبت می کند.			
۳	به واحد ترخیص اطلاع می دهد یا در کامپیوتر وارد می کند.			
۴	در صورت نیاز به ادامه ی تعویض پانسمان راهنمایی و آموزش های مورد نیاز را به بیمار و خانواده وی ارائه می دهد.			
۵	کلیه ی درن ها و سوندها و غیره را قبلاً از بدن بیمار طبق دستور خارج کرده و محل خروج درن را از نظر وجود خونریزی کنترل می کند و توانایی بیمار را به دفع طبیعی ادرار بعد از خروج سوند فولی کنترل می کند. وجود هر گونه مشکل را گزارش و ترخیص وی را به دستور پزشک موکول می کند.			
۶	پرونده ی بیمار را تکمیل و گزارش پرستاری ترخیص را نوشته و آن را جهت طی مراحل موارد پزشکی به منشی بخش تحویل می دهد (برگه ی خلاصه پرونده، برگه ی شرح عمل، برگه ی کد عمل و تجهیزات و وسایل، کلیه ی نسخ و ... باید در پرونده موجود باشد).			
۷	آخرین آموزش ها در مورد رژیم غذایی، حرکات ایزومتریک و ایزوتونیک، راه رفتن با عصا، واکر، مراقبت از زخم، نحوه و زمان مراجعه بعدی، درخواست رادیولوژی مراجعه بعدی، نسخ دارویی و کارت مراجعه بعدی و ... را به بیمار تحویل و آموزش می دهد.			
۸	بیمار را تا ترک کامل بخش تحت نظر و مشاهده قرار می دهد.			



فصل دوازدهم

پوست

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در لیزرتراپی

هدف:

درمان ضایعات پوستی و ضایعات عروقی پوست

وسایل مورد نیاز:

لیزر - ماسک صورت فیلتردار - عینک محافظ - وکیوم دود - فیلتر وکیوم - پماد آنتی بیوتیک - شان جراحی - گاز استریل - محلول شست و شوی تجویز شده - وسایل پانسمان - اپلیکاتور - تجهیزات جراحی - گان - دستکش - ماسک

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از شروع کار ترالی را آماده می کند.			
۲	تجهیزات جراحی مورد نیاز را روی ترالی استریل می چیند.			
۳	به بیمار نحوه کار لیزر را شرح می دهد.			
۴	بیمار را با تجهیزاتی که به کار گرفته خواهد شد آشنا می کند.			
۵	قبل از شروع کار، جراح بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۶	ناحیه مورد نظر را پرپ می کند.			
۷	مطمئن می شود که تمامی پرسنل حاضر در اتاق و خود بیمار از عینک محافظ استفاده کنند.			
۸	درب را قفل می کند (از ورود افرادی که وسایل ایمنی ندارند به اتاق جلوگیری می کند).			
۹	بعد از اینکه جراح داروی بی حسی را تزریق کرد و دارو اثر کرد، وکیوم لیزر را فعال می کند (وکیوم فیلتری دارد که بافتی که بخار می شود را گیر انداخته و جمع می کند). در صورتی که قدرت ساکشن کاهش یافت فیلتر را عوض می کند.			
۱۰	هنگامی که جراح کار خود را تمام کرد با استفاده از گاز استریل به مدت ۲۰ دقیقه به نواحی خونریزی دهنده فشار مستقیم وارد می کند. اگر خونریزی ادامه داشت به جراح اطلاع می دهد.			
۱۱	بعد از این که خونریزی کنترل شد با رعایت نکات استریل با اپلیکاتور دارای نوک کتان (پنبه ای) که آغشته به محلول شست و شوی تجویز شده است زخم را تمیز می کند.			

۱۲	لایه باریکی از پماد آنتی بیوتیک روی گاز استریل می مالد.		
۱۳	گاز را روی زخم قرار می دهد و پانسمان می کند.		
۱۴	لیزر عروق و پیگمانتاسیون پوست باعث زخم نمی شود فقط پوست کمی تغییر رنگ می دهد.		
۱۵	بیشتر بیماران لیزر درمانی سرپایی انجام می دهند. وضعیت پوست قبل و بعد از درمان، هر نوع خونریزی ، پانسمان استفاده شده را ثبت می کند. آموزش های ارایه شده را نیز ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : مراقبت از بیمار با زخم فشاری

اهداف:

۱- تشخیص زود رس زخم

۲- پیشگیری از گسترش آن

وسایل مورد نیاز:

ست استریل پانسمان - لگن - محلول پاک کننده ملایم - چند عدد بالش - صابون در صورت لزوم - سرنگ ۵۰

سی-سی - گاز استریل - محلول نرمال سالین

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل و علت انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۲	محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.			
۳	یک معاینه عمومی از پوست به خصوص نقاطی که در معرض دید نیستند به عمل می آورد.			
۴	در فواصل زمانی معین وزمانی که پوست کثیف می شود آن را تمیز می کند.			
۵	از آب داغ استفاده نمی کند .			
۶	از پاک کننده های ملایم برای به حداقل رسانیدن خشکی و آزدگی پوست استفاده می کند.			
۷	برای تمیز کردن پوست از روش هایی که باعث اصطکاک می شود استفاده می کند.			
۸	برای پیشگیری از خشکی پوست دمای اتاق را مناسب نگه نمی دارد.			
۹	رطوبت اتاق را بیشتر از ۴۰٪ حفظ می کند.			
۱۰	بیماران در معرض خطر زخم فشاری را هر دو ساعت تغییر وضعیت می دهد.			
۱۱	قبل از تماس با پوست بیمار حتماً دست های خود را جهت جلوگیری از عفونت می شوید.			
۱۲	در صورت نیاز به جابه جایی از کشیدن بیمار روی ملحفه خودداری می کند.			
۱۳	مراقب است که ملحفه بیمار همیشه خشک باشد و چین نخورد.			

۱۴	انجام مشاوره تغذیه جهت بیمار را پیگیری می کند.		
۱۵	تشک مواج را جهت بیمار مستعد به روش صحیح می گذارد.		
۱۶	زیر پاشنه پا و برجستگی های استخوانی بالش قرار می دهد تا عضو به حالت شناور در آمده و تحت فشار قرار نگیرد.		
۱۷	شربت آنتی اسید باعث افزایش PH پوست و افزایش خطر عفونت می شود، برای ماساژ پوست بیماران در معرض خطر از شربت آنتی اسید استفاده نمی کند.		
۱۸	نواحی سالم پوست را ماساژ می دهد.		
۱۹	از الکل و پودر تالک استفاده نمی کند.		
۲۰	در صورتی که از صابون برای تمیز کردن پوست استفاده می کند حتماً آن را به طور کامل از روی پوست پاک می کند.		
۲۱	برای شست و شوی زخم فشاری از یک سرنگ ۵۰CC و سر سوزن شماره ۱۹ استفاده می کند.		
۲۲	از هیت لمپ با مکانیسم افزایش گرمای موضعی و متابولیسم بافتی در ناحیه ای که گردش خون مناسبی ندارد ، استفاده نمی کند زیرا مصرف اکسیژن در عمق زخم را افزایش می دهد.		
۲۳	در زخم های مرحله ۳ و ۴ که نیاز به دبیرد دارند ، ابتدا از مسکن استفاده می کند.		
۲۴	بعد از دبیرد، گازی را به نرمال سالین آغشته کرده و درون زخم می گذارد.		
۲۵	دقت می کند که اطراف زخم خشک باقی بماند.		
۲۶	کلیه مراحل و مشاهدات خود را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از سوختگی

اهداف:

۱- حفظ ثبات روانی - عاطفی بیمار

۲- بازگرداندن تمامیت پوست

۳- جلوگیری از عفونت

۴- ارتقاء عملکرد بیمار

وسایل مورد نیاز:

محلول نرمال سالین - گاز استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر - کاسه استریل - قیچی استریل - باند توری الاستیکی - فورسپس استریل - داروی موضعی دستور داده شده - گان - ماسک - گاز استریل سوختگی - هیت لمپ

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را به شرح زیر آماده می کند: الف - نرمال سالین را با قرار دادن در آبگرم ، گرم می کند. ب - وسایل را روی میز مرتب می کند.			
۲	داروی ضد درد را حدود ۲۰ دقیقه قبل از شروع به اقدامات مراقبت از زخم به بیمار می دهد.			
۳	فرایند انجام کار را به بیمار شرح می دهد.			
۴	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۵	هیت لمپ را روشن می کند.			
۶	نرمال سالین گرم شده را داخل کاسه استریل می ریزد.			
۷	دستان خود را می شوید.			
۸	ماسک و گان می پوشد.			
۹	پانسمان های قبلی را برمی دارد.			
۱۰	اگر لایه های زیرین به زخم چسبیده است آن را با نرمال سالین گرم خیس می کند.			
۱۱	با استفاده از فورسپس استریل پانسمان را بر می دارد.			
۱۲	پانسمان را داخل یک کیسه پلاستیکی قرار داده و مطابق با سیاست مرکز خود معدوم می کند.			
۱۳	دستکش های خود را خارج می کند.			
۱۴	دستان خود را می شوید.			

۱۵	پانسمان استریل انجام می دهد.			
- پانسمان مرطوب				
۱۶	گاز استریل را با نرمال سالین آغشته می کند و هر نوع ترشح قدیمی را از روی زخم پاک می کند.			
۱۷	در صورت دستور پزشک به دقت و به کمک فورسپس و قیچی بافت های مرده را دبرید می کند.			
۱۸	وضعیت زخم را بررسی می کند (زخم بایستی تمیز، بدون ترشح، بافت مرده، التهاب یا محیط تیره باشد).			
۱۹	قبل از پانسمان مجدد، دستکش، ماسک و گان خود را خارج می کند.			
۲۰	دستکش استریل، ماسک و گان تمیز می پوشد.			
۲۱	داروی مورد نظر را آماده می کند.			
۲۲	گاز نرم را به داروی مورد نظر آغشته می کند (مثل نیترات نقره، ...).			
۲۳	گاز را روی زخم قرار می دهد (به بیمار می گوید که اینکار ممکن است درد داشته باشد).			
۲۴	گاز استریل دیگری روی زخم قرار می دهد.			
۲۵	با باند الاستیک، محل را بانداز می کند.			
۲۶	برای جلوگیری از لرز بیمار از هیت لمپ استفاده می کند.			
۲۷	پانسمان را به طور مکرر (با توجه به دستور) برای مرطوب نگهداشتن زخم عوض می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پانسمان بیولوژیک سوختگی

اهداف:

۱- ایجاد پوشش محافظتی موقت برای زخم

۲- تمیز کردن بافت ترمیمی

۳- محافظت از گرافت و محل گرافت در اهدا کننده

وسایل مورد نیاز:

بی‌حس کننده دستور داده شده - ماسک - گان - دو جفت دستکش استریل - روکش کفش - پانسمان

بیولوژیک - محلول نرمال سالین - کاسه - باند الاستیک - گاز پانسمان - فورسپس استریل - قیچی استریل

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را به شرح زیر آماده می‌کند: الف - پانسمان بیولوژیک را در یک کاسه حاوی محلول نرمال سالین می‌ریزد. ب - وسایل را در یک محوطه استریل مرتب می‌چیند. ج - نور کافی برای بررسی و انجام فرایند مهیا می‌کند.			
۲	فرایند کار را برای بیمار شرح می‌دهد.			
۳	خلوت بیمار را حفظ می‌کند.			
۴	در صورت تجویز داروی بی‌حسی آن را ۲۰ دقیقه قبل از انجام کار به بیمار تجویز می‌کند.			
۵	دستان خود را می‌شوید.			
۶	کلاه - ماسک ، دستکش و روکش کفش را می‌پوشد.			
۷	زخم را تمیز می‌کند.			
۸	دستکش‌ها را در می‌آورد.			
۹	دستان خود را می‌شوید و مجدداً دستکش استریل می‌پوشد.			
۱۰	پانسمان را به طور مستقیم روی زخم می‌گذارد.			
۱۱	یک پانسمان سبک روی پانسمان بیولوژیک قرار می‌دهد.			
۱۲	روی پانسمان را بانداز می‌کند.			
۱۳	ناحیه پانسمان شده را در صورت امکان بالا نگه می‌دارد.			
۱۴	تاریخ و زمان تعویض پانسمان را ثبت می‌کند. محل زخم، علایم عفونت، ترشحات چرکی را ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آب درمانی

اهداف:

- ۱- جدا کردن بافت مرده در سوختگی‌های شدید
 - ۲- تسریع فرایند ترمیم در سوختگی
 - ۳- فراهم کردن راحتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق محیطی و اسکلتی - عضلانی مثل آرتروز
- وسایل مورد نیاز:
- وان - افزودنی‌های دارویی (در صورت تجویز) - میز برای این که بیمار روی آن نشسته یا دراز بکشد و ورزش‌ها را انجام دهد - بالا بر هیدرولیک - گان - کلاه - ماسک - دستکش - دستکش بلند - پیش بند - وسایل دبرید کردن - وسایل حمام کردن - اپلیکاتور - پدهای گازی نرم - حوله استریل - پتوی حمام
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط یا فیزیوتراپ

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را به شرح زیر آماده می کند: الف - وان را به طور کامل شست و شو می دهد و ضدعفونی می کند. ب - وان را با آب (۹۸ تا ۱۰۴ درجه فارنهایت) یا (۳۶ تا ۴۰ درجه سانتی گراد) پر می کند. ج - دارو را به آب اضافه می کند (در صورت تجویز). د - از گرم بودن محیط برای جلوگیری از لرز بیمار مطمئن می شود.			
۲	در صورتی که برای دفعه اول این کار را برای بیمار انجام می دهد شیوه کار را برای بیمار شرح می دهد.			
۳	در صورت دستور پزشک داروی بی حس کننده را ۲۰ دقیقه قبل از انجام کار به بیمار می دهد.			
۴	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۵	در صورتی که بیمار سرم دارد از کافی بودن میزان آن در طی انجام کار مطمئن می شود.			
۶	بیمار را به روش مناسب به اتاق درمان منتقل می کند.			
۷	دستکش ، گان، ماسک و کلاه می پوشد.			
۸	دستان خود را می شوید.			

۹	پانسمان‌ها را از روی زخم برمی دارد.		
۱۰	اگر بیمار خودش می‌تواند حرکت کند او را درون آب قرار می‌دهد.		
۱۱	اگر بیمار تحرک ندارد با استفاده از بالا بر (در صورت وجود) او را داخل آب قرار می‌دهد.		
۱۲	اجازه می‌دهد بیمار برای ۳ تا ۵ دقیقه در آب بماند.		
۱۳	دستکش خود را خارج می‌کند.		
۱۴	دستان خود را می‌شوید.		
۱۵	دستکش‌های بلند و پیش بند را می‌پوشد.		
۱۶	ابتدا نواحی سالم را می‌شوید.		
۱۷	موهای سالم اطراف ناحیه سوختگی را شویو می‌کند (در صورتی که بیمار خود قادر به این کار است او را تشویق می‌کند خودش این کار را انجام دهد).		
۱۸	بدن بیمار را تمیز می‌شوید.		
۱۹	به آرامی ناحیه سوخته را با گاز نرم جهت برداشتن داروهای موضعی، ترشحات و بافت مرده می‌ساید (در صورت موجود بودن دستگاه گرداننده آب، آن را روشن می‌کند).		
۲۰	اندام‌های بیمار را به روش‌های فعال و غیرفعال حرکت و ورزش می‌دهد (فیزیوتراپ نیز می‌تواند این کار را انجام دهد).		
۲۱	بیمار را از آب خارج می‌کند.		
۲۲	او را با حوله استریل گرم می‌پوشاند (از پتو نیز برای گرم کردن بیشتر بیمار استفاده می‌کند).		
۲۳	دستکش، گان و ماسک را خارج می‌کند.		
۲۴	نواحی مورد نیاز را پانسمان می‌کند.		
۲۵	لباس بیمار را می‌پوشاند.		
۲۶	وان را خالی می‌کند و با توجه به قوانین محل کار خود ضدعفونی می‌کند.		
۲۷	تاریخ، ساعت و عکس‌العمل بیمار را ثبت می‌کند. شرایط بیمار (علایم حیاتی و ظاهر زخم)، درمان انجام شده، علایم خونریزی، عفونت و تعویض پانسمان را ثبت می‌کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پانسمان گرافت

اهداف:

۱- ایجاد آرامش و راحتی بیمار

۲- جلوگیری از ایجاد عفونت در زخم

۳- پیشرفت ترمیم بافتی

وسایل مورد نیاز:

پگ پانسمان استریل - شان برای پوشاندن ناحیه - محلول نرمال سالین استریل - چسب ضد حساسیت -

قیچی - رسیور برای لوازم آلوده یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد .			
۲	دست ها را می شوید و دستکش می پوشد.			
۳	برای برداشتن پانسمان قبلی از دستکش استفاده می کند.			
۴	برای راحت جداشدن پانسمان قبلی، پانسمان را با نرمال سالین کاملاً مرطوب می کند.			
۵	برای انجام پانسمان از دستکش دوم استفاده می کند.			
۶	دست های خود را درحد فاصل تعویض پانسمان می شوید .			
۷	روش آسپتیک را رعایت می کند.			
۸	پانسمان های آلوده را در کیسه ضد آب گذاشته و کاملاً می بندد .			
۹	پس از انجام کار نیز دست خود را می شوید.			
۱۰	در صورت وجود ترشح و علایم عفونت آن را ثبت و گزارش می کند .			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دبیردما ن مکانیکی

اهداف:

۱- برداشتن ترشحات و بافت مرده از زخم سوختگی

۲- جلوگیری از عفونت یا کنترل عفونت

۳- تسریع ترمیم زخم

۴- آماده کردن محل سوختگی برای گرافت

وسایل مورد نیاز:

داروی ضد درد تجویز شده برای بیمار- دو جفت دستکش استریل- ۲ عدد گان- ماسک - کلاه - قیچی

استریل- فورسپس استریل - گاز استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر- محلول استریل یا داروی تجویز شده دیگر

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	فرایند کار را به بیمار شرح می دهد.			
۲	در صورت لزوم روش های آرام سازی را آموزش می دهد.			
۳	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۴	داروی ضد درد تجویز شده را ۲۰ دقیقه قبل از شروع کار به بیمار می دهد یا این که از شروع کار، آغاز می کند.			
۵	بیمار را گرم نگه می دارد و فقط ناحیه ای که بایستی دبیردما شود را نمایان می کند.			
۶	دستان خود را می شوید.			
۷	ماسک می پوشد.			
۸	گان استفاده می کند.			
۹	دستکش استریل می پوشد.			
۱۰	پانسمان را بر می دارد.			
۱۱	زخم را تمیز می کند.			
۱۲	دستکش های خود را خارج می کند.			

۱۳	قسمت‌های مرده پوست را با فورسپس می گیرد و با قیچی استریل می برد.		
۱۴	در هنگام بریدن، ۳ سانتی‌متر (۱/۲ اینچ) از اسکار را باقی می گذارد تا احتمال صدمه به بافت زنده کاهش یابد.		
۱۵	اگر خونریزی اتفاق افتاد، با گاز استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر روی ناحیه را آرام فشار می دهد.		
۱۶	اگر خونریزی ادامه داشت به پزشک اطلاع می دهد.		
۱۷	تا رسیدن پزشک به اعمال فشار ادامه می دهد.		
۱۸	با توجه به دستور پزشک به زخم پماد می مالد و پانسمان می کند.		
۱۹	تاریخ، ساعت، ناحیه دبرید شده و دارو یا محلول استفاده شده را ثبت می کند، وضعیت زخم را از نظر علایم عفونت یا شکنندگی پوست مشاهده و ثبت می کند. تحمل و عکس العمل بیمار و اقدامات دیگری که انجام داده است را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از گرافت

هدف: انجام اقداماتی در جهت جلوگیری از عفونت و سایر عوارض که پیوند را با مشکل روبرو می کنند.

وسایل مورد نیاز:

داروی بی حسی تجویز شده- دستکش تمیز و دستکش استریل- گان- ماسک- کلاه- فورسپس استریل

- قیچی استریل- چاقوی جراحی- گاز استریل برای پانسمان- نرمال سالین گرم- کرم مرطوب کننده

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	مراحل انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۳	داروی بی حسی را ۲۰ تا ۳۰ دقیقه قبل از شروع کار به بیمار می دهد.			
۴	دستان خود را می شوید.			
۵	ماسک، دستکش استریل، گان و کلاه (در آقایان) استفاده می کند.			
۶	به آرامی پانسمان های رویی را برمی دارد.			
۷	پانسمان های زیری را با استفاده از نرمال سالین خیس می کند.			
۸	پانسمان ها را به آرامی و به دقت برمی دارد.			
۹	دستکش ها را خارج می کند.			
۱۰	دستان خود را می شوید.			
۱۱	دستکش استریل می پوشد.			
۱۲	وضعیت گرافت را بررسی می کند و در صورت وجود ترشحات چرکی به پزشک اطلاع می دهد.			
۱۳	ناحیه را در صورت لزوم تمیز می کند.			
۱۴	ناحیه پیوند را از نظر علایم رد پیوند مانند عفونت و ترمیم به تاخیر افتاده بررسی می کند.			
۱۵	ناحیه گرافت را از نظر وجود تاول به طور مکرر بررسی می کند.			

۱۶	در صورت دستور پزشک تاول ها را با یک تیغ بیستوری استریل خالی می کند.		
۱۷	روی گرافت را با یک گاز وازلینه می پوشاند.		
۱۸	روی گرافت گاز استریل گذاشته و بانداز می کند.		
۱۹	نواحی سالم دور گرافت را تمیز می کند.		
۲۰	دور نواحی سالم دور گرافت یک کرم مرطوب کننده می مالد.		
۲۱	تاریخ و زمان پانسمان، داروهای استفاده شده ، پاسخ بیمار به دارو را ثبت می کند. همچنین وضعیت گرافت، هر نوع علامت عفونت و درمان های به کار رفته را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از ناحیه دهنده گرافت

هدف:

محافظت از ناحیه دهنده در مقابل عوارضی مانند عفونت، خونریزی، اسکار و ...

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گاز استریل - کرم دارای پایه لانولین

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را می شوید.			
۲	دستکش استریل می پوشد.			
۳	پانسمان رویی محل اهدا را بعد از ۲۴ ساعت اول می دارد.			
۴	ناحیه را از نظر عفونت بررسی می کند.			
۵	سپس محل را در معرض هوا قرار می دهد تا بهبود آن تسریع شود.			
۶	ترشحات اضافی را هنگام پانسمان خشک می کند.			
۷	یک کرم دارای پایه لانولین برای ترمیم محل اهدا به طور روزانه استفاده می کند.			
۸	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: درمان با اشعه اولتراویولت (ماوراء بنفش) مایکوزیس
- هدف:
- درمان همراه در بیماری‌هایی نظیر پسوریازیس، فونگویدوس، درماتیت آتروپیک
- وسایل مورد نیاز:
- داروی خوراکی یا موضعی همراه با فتوتراپی - اتاکن‌های اندازه بدن یا کوچک‌تر (برای اندام‌ها) - عینک دودی ضد آفتاب - گان - دستمال کاغذی
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را از نظر نوع اشعه و مقدار آن چک می‌کند.			
۲	بیمار را آگاه می‌کند که این درمان ممکن است باعث آفتاب سوختگی خفیف شود.			
۳	سابقه بیمار را از نظر ممنوعیت استفاده از اشعه UV چک می‌کند.			
۴	از بیمار در مورد استفاده از داروهایی که حساسیت به نور را بالا می‌برد سؤال می‌کند مثل داروهای ضد تشنج، ضد فشار خون، فنوتیازین‌ها، سالیسیلات‌ها، سولفانامیدها، تتراسایکلین، تره‌تینوئید، داروهای ضد سرطان			
۵	اگر بیمار PUVA دریافت خواهد کرد مطمئن می‌شود که متوکسالن را ۱/۵ ساعت قبل از درمان دریافت کرده باشد.			
۶	برای شروع درمان به بیمار گان می‌پوشاند.			
۷	به بیمار آموزش می‌دهد که پس از ورود به محفظه فتوتراپی فقط ناحیه درمان را در معرض نور قرار دهد.			
۸	مطمئن می‌شود که بیمار عینک آفتابی را استفاده کند (برای حفاظت چشم‌ها) و در طی درمان آن را بردارد.			
۹	مطمئن می‌شود که بیمار در صورت لزوم از ضد آفتاب استفاده کرده است.			
۱۰	در بیماران مرد هنگام PUVA ناحیه تناسلی را می‌پوشاند.			
۱۱	اگر بیمار درمان موضعی UVB دارد، او را به فاصله مناسب از منبع نور قرار می‌دهد (به طور مثال در درمان صورت بایستی			

			فاصله ۱۲ اینچ (۳۰/۵ سانتی متر) باشد و برای قسمت‌هایی از بدن ۳ اینچ (۷/۶ سانتی متر) مناسب است.
۱۲			پس از پایان درمان به بیمار کمک می‌کند از محفظه خارج شود.
۱۳			به او آموزش می‌دهد که تا ۸ ساعت پوست خود را از نور خورشید بپوشاند.
۱۴			زمان و تاریخ و میزان اشعه استفاده شده، نام و میزان داروهای خوراکی یا موضعی دریافت شده، زمان دقیق شروع و پایان دریافت اشعه، فاصله بین منبع نور و بدن و تحمل بیمار نسبت به درمان را ثبت می‌کند استفاده از وسایل حفاظتی نظیر عینک را ثبت می‌کند. وضعیت پوست بیمار، هر نوع بهبود یا عارضه جانبی مثل پوسته ریزی، قرمزی، تورم و را ثبت می‌کند.



فصل سیزدهم
چشم – گوش
بینی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی چشم

اهداف:

۱- تمیز کردن ترشحات اضافی پلک ها

۲- پاک کردن چشم از مواد خارجی و سمی

۳- آماده کردن چشم بعد از اعمال جراحی

وسایل مورد نیاز:

مشمع و رویه - رسیور استریل - دستکش استریل - گلوله های پنبه استریل - محلول سرم فیزیولوژی استریل - کاسه استریل - محلول دستور داده شده (معمولاً با حجم ۶۰-۲۴۰ میلی لیتر با درجه حرارت ۳۷ درجه سانتی گراد - سرنگ استریل چشمی، قطره چکان استریل در مواردی که حجم محلول شست و شویی بسیار کم است (به جای سرنگ) - پد چشمی در صورت لزوم - کیسه نایلونی عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور شست و شوی چشم را از نظر نوع، مقدار، غلظت ، درجه حرارت محلول، دفعات استعمال ، و چشم مورد معالجه کنترل می کند (معمولاً از علامت اختصاری OD برای چشم راست، OS برای چشم چپ و OU برای هر دو چشم استفاده می شود).			
۲	وسایل را آماده کرده به اتاق بیمار برده و او را از اقدام مورد نظر مطلع می کند (استعمال محلول شست و شوی چشم معمولاً دردناک نیست، لیکن برخی ترکیبات دارویی در ابتدا موجب سوزش چشم می شوند).			
۳	بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار می دهد به طوری که سر بیمار به طرف چشم مورد معالجه چرخش داشته باشد. مطمئن می شود که نور مستقیم به چشم بیمار نمی تابد.			
۴	مشمع و رویه را روی شانه یا زیر سر بیمار قرار می دهد.			
۵	دست ها را می شوید و دستکش استریل می پوشد.			
۶	رسیور را زیر گونه بیمار طوری قرار می دهد که محلول شست و شو داخل آن جریان یابد.			
۷	در صورت لزوم برای جلوگیری از ورود ترشحات به داخل			

			چشم، قبل از شست و شو، پلک ها و مژه ها را با گلوله های پنبه آغشته به سرم فیزیولوژی تمیز می کند (از گوشه داخلی به طرف گوشه خارجی) تا از ورود ترشحات به داخل مجرای اشکی جلوگیری شود. از هر گلوله پنبه فقط یکبار استفاده می کند.
۸			سرنگ را از محلول شست و شو پر کرده و در دست غالب خود می گیرد.
۹			با انگشتان دست چپ پلک بالای چشم بیمار را به طرف بالا و پلک پایین را به طرف پایین می کشد تا حفره ملتحمه پایین به خوبی نمایان شود (عمل شست و شو را در دو مرحله انجام می دهد: در مرحله اول با کشیدن پلک پایین به طرف پایین، و در مرحله دوم با کشیدن پلک بالا به طرف بالا، فشار انگشتان دست را روی برجستگی استخوان گونه و زیر ابرو وارد می کند).
۱۰			محلول شست و شو را به آرامی از فاصله ۲/۵ سانتی متر در حفره ملتحمه تحتانی از گوشه داخلی به طرف گوشه خارجی می ریزد.
۱۱			در فاصله شست و شو از بیمار می خواهد که چشم های خود را بسته و به اطراف حرکت دهد تا ترشحات اضافی پلک بالا به طرف پایین آمده و به آسانی شسته شود.
۱۲			عمل شست و شو را آن قدر ادامه می دهد تا محلول دستور داده شده تمام شده یا چشم به خوبی تمیز شود.
۱۳			پلک های بیمار را با گلوله های پنبه از سطح داخل به طرف خارج تمیز می کند.
۱۴			اطراف چشم بیمار را خشک کرده و دستکش ها را خارج می کند.
۱۵			در صورت لزوم با استفاده از پد چشمی، چشم را پوشانده و با چسب در محل ثابت می کند.
۱۶			واکنش بیمار را بلافاصله پس از شست و شو و مجدداً پس از سپری شدن زمان مورد نیاز جهت اثر بخشی دارو بررسی می کند.
۱۷			وسایل را به محل مربوطه بر می گرداند و توجه مورد نیاز را از آنها به عمل می آورد.
۱۸			دست ها را می شوید.
۱۹			اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل: نوع، مقدار، غلظت، درجه حرارت محلول، چشم مورد معالجه و واکنش بیمار با ذکر ساعت در پرونده بیمار یادداشت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: خارج کردن لنزهای تماسی

هدف:

کمک به خروج لنز در مواقعی که مددجو خود قادر به این کار نیست.

وسایل مورد نیاز:

جای نگه داری لنز - محلول نگه دارنده لنز

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	دست ها را می شوید.			
۳	هدف از انجام کار را توضیح می دهد.			
۴	مددجو را در وضعیت نشسته و راحت قرار می دهد.			
خارج کردن لنزهای تماسی سخت				
۵	پلک بالا و پایین را دور از هم به سمت خارج می کشد.			
۶	از مددجو می خواهد که پلک بزند.			
۷	با پلک زدن لنزها خارج شده و روی دست می افتد.			
خارج کردن لنزهای تماسی نرم				
۸	از مددجو می خواهد که به طرف بالا و داخل نگاه کند.			
۹	پلک پایین را به طرف پایین می کشد.			
۱۰	انگشت اشاره را روی لبه پایینی لنز قرار می دهد.			
۱۱	به آرامی لنز را بین انگشت شست و اشاره می گیرد تا لنز آزاد شود.			
۱۲	لنز را به طرف بالا می چرخاند تا خارج شود.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گذاشتن و برداشتن دیسک دارویی چشم

اهداف:

۱- دیسک شکل دارویی کوچک بیضی شکل، قابل انعطاف و سه لایه ای است. دو لایه نرم خارجی و لایه میانی که محتوی دارو است و بین پلک و اسکلرا قرار می گیرد و در شرایط مختلف مانند شنا، ورزش و خواب قابل استفاده است و مانع از فراموش شدن مصرف دارو توسط بیمار می شود. استفاده هم زمان آن با لنز تماسی هم اشکالی ندارد.

۲- دیسک، مصرف تدریجی دارو را سبب می شود و می توان هر کدام از آن ها را بیش از یک هفته استفاده کرد.

موارد منع مصرف:

در موارد کونژنکتیویت، کراتیت، جدا شدگی شبکیه و هر حالتی که منجر به میوز مردمک می شود، نباید استفاده شود.

گذاشتن دیسک، چون ممکن است باعث تاری دید شود بهتر است قبل از خواب انجام شود.

وسایل مورد نیاز:

دستکش - دیسک دارویی مورد نظر

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
گذاشتن دیسک چشمی				
۱	دست ها را می شویید.			
۲	دست کش می پوشد.			
۳	دیسک را با نوک انگشت فشار می دهد تا صاف شود سپس از بسته خارج می کند.			
۴	پلک پایین بیمار را به آرامی به طرف خارج کشیده و دیسک را در کیسه ملتحمه ایجاد شده به طور افقی قرار می دهد.			
۵	از بیمار می خواهد چند بار پلک بزند تا دیسک مرطوب شده و در جای خود قرار گیرد. اگر هنوز دیسک در جای خود قرار نگرفته پلک پایین را به طرف خارج و بالا کشیده مجدداً تکرار می کند. پس از قرار گیری دیسک از بیمار می خواهد به آرامی روی پلک پایین			

			را به طرف خارج و بالا کشیده و مجدداً تکرار کند. پس از قرار گیری دیسک از بیمار می خواهد به آرامی روی پلک بسته با انگشت خود فشار دهد.	
۶			به بیمار آموزش می دهد که از مالش چشم که باعث جا به جایی دیسک روی قرنیه می شود خودداری کند.	
۷			اگر دیسک افتاد: دست ها را می شوید، دیسک را در آب خنک قرار داده و مجدداً می گذارد. اگر هر دو چشم بیمار تحت درمان است، دیسک های هر دو چشم را هم زمان قرار می دهد تا مقدار یکسانی از دارو را دریافت کنند.	
۸			اگر دیسک به خوبی در پلک پایین قرار نمی گیرد آن را در پلک بالا قرار می دهد به این شکل که پلک بالا را به آرامی بلند کرده و به سمت بالا می کشد و دیسک را در کیسه ملتحمه ایجاد شده، قرار می دهد سپس به آرامی پلک را رها می کند و از بیمار می خواهد چند بار پلک بزند و مجدداً بیمار به آرامی روی پلک بسته خود فشار دهد.	
۹			اگر قرار است درمان ادامه یابد، نحوه گذاشتن و برداشتن آن را به بیمار آموزش می دهد و از او می خواهد در حضور وی تمرین کند.	
۱۰			علائم حساسیت به دیسک را که شامل: احساس جسم خارجی در چشم، اشک ریزش، قرمزی، خارش، ترشح موکوسی است به وی آموزش می دهد.	
۱۱			علائمی مانند تاری دید، لرزش چشم و ورم پلک و سردرد به خصوص در مصرف پیلوکارپین ممکن است وجود داشته باشد. عموماً علائم خفیف طبیعی است و حداکثر ظرف ۶ هفته پس از مصرف باید فروکش کند. در صورت ادامه یا وجود علائم شدید بیمار باید به پزشک مراجعه کند.	
برداشتن دیسک دارویی چشم				
۱۲			دیسک را می توان به دو طریق یک انگشتی یا دو انگشتی خارج کرد. در روش یک انگشتی، پس از پوشیدن دستکش، پلک پایین را با انگشت برگردانده تا دیسک قابل رویت شود، سپس با انگشت دست دیگر آن را به آرامی خارج می کند. در روش دو انگشتی پلک پایین را با یک دست برگردانده و پس از رویت آن با دو انگشت سبابه و شست دست دیگر دیسک را گرفته	

			و خارج می کند. در صورتی که دیسک در پلک قرار دارد با انگشت خود پلک بسته بیمار را به طور چرخشی حرکت می دهد تا دیسک در گوشه چشم بیمار دیده شود. پس از رویت می توان آن را به طور مستقیم توسط انگشت از ملتحمه پایین (مانند پلک بالا) خارج کرد.	
۱۳			نوع و کاربرد داروی مصرفی، کاربرد دارو در یک چشم یا هر دو چشم، تاریخ، زمان، دوز دارو و هر گونه عکس العمل بیمار به دیسک را ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمپرس چشمی سرد و گرم

اهداف:

- ۱- کاربرد کمپرس سرد و گرم به منظور اثر درمانی و تسکینی
- ۲- کمپرس گرم با افزایش خون رسانی که منجر به افزایش جذب و کاهش التهاب می شود سبب تسکین ناراحتی بیمار می شود.
- ۳- کمپرس سرد با بی حس کردن فیبرهای عصبی باعث تسکین درد و خارش شده و سبب کاهش ورم و خون ریزی می گردد و می توان آن را در فواصل داروهای مسکن جهت تخفیف ناراحتی بیمار به کار برد.
- ۴- به طور معمول کمپرس سرد و گرم را می توان تا ۶ بار در روز و هر بار به مدت ۲۰ دقیقه انجام داد.
- ۵- استفاده از تکنیک استریل مانع عفونت داخل چشم می شود.

وسایل مورد نیاز:

- کمپرس گرم - دستکش استریل - محلول تجویز شده که معمولاً آب استریل یا محلول نرمال سالین است - کاسه استریل - تعدادی پد گاز به ابعاد ۱۰×۱۰ سانتی متر - حوله
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
اجرای کمپرس گرم				
۱	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	محیط راحت و خلوتی برایش فراهم می کند.			
۳	بیمار را در پوزیشن نشسته قرار می دهد.			
۴	اطراف شانه های بیمار حوله قرار می دهد.			
۵	دست ها را می شوید و سر بیمار را کمی به طرف مقابل می چرخاند تا کمپرس بهتر در محل قرار گیرد.			
۶	در صورت داشتن پانسمان چشمی آن را برمی دارد.			
۷	حوله را اطراف شانه های بیمار قرار می دهد.			
۸	دستکش می پوشد.			
۹	تکه های یخ را در کیسه (یا دستکش) قرار داده هوای آن را خارج می کند، سپس در آن را می بندد و آن را در پارچه می پیچد.			
۱۰	وسط گاز استریل را با آب استریل، محلول نرمال سالین یا محلول			

			شست و شوی چشمی مرطوب می کند تا جذب سرما از یخ بهتر صورت گیرد.
۱۱			از بیمار می خواهد چشم هایش را ببندد، سپس گاز مرطوب را روی چشم گذاشته و کیسه یخ را روی آن قرار می دهد و با نوار آن را می بندد. اگر بیمار احساس درد کرد آن را برمی دارد چون بعضی بیماران ممکن است به سرما واکنش نشان دهند.
۱۲			پس از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه کیسه یخ و گاز را برمی دارد.
۱۳			با یک گاز صورت بیمار را تمیز و خشک می کند.
۱۴			اگر کمپرس سرد و مرطوب باید به طور مستقیم روی پلک بیمار قرار گیرد، در کاسه استریل آب و یخ ریخته و پد گاز را در آن خیس کرده و آن را مستقیماً روی پلک بیمار قرار می دهد و هر ۲ تا ۳ دقیقه آن را عوض می کند.
۱۵			زمان و تعداد کمپرس، علایم قبل و بعد از انجام روش، استفاده از پماد یا پانسمان و تحمل بیمار را ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پانسمان چشمی

اهداف:

۱- محافظت چشم پس از صدمه یا جراحی

۲- پیش گیری از صدمه در چشم بی حس شده

۳- تسریع در بهبود با جذب ترشحات

۴- ممانعت از مالش یا لمس توسط خود بیمار

وسایل مورد نیاز:

پد چشمی، باند

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ابتدا پد مناسب اندازه چشم انتخاب کرده و آن را به آرامی روی چشم بسته قرار می دهد.			
۲	سپس یک پد اضافه روی آن قرار داده و با چسب فیکس می کند.			
۳	جهت حفظ فشار بیشتر از بانداژ دو سر استفاده می کند.			
۴	اقدامات انجام شده و واکنش بیمار را در پرنده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی چشم در سوختگی با مواد شیمیایی

هدف:

پاک کردن مواد خارجی و سمی

وسایل مورد نیاز:

رسیور - دستکش - گلوله های پنبه استریل - محلول شست و شوی استریل - نوار اندازه گیری PH - محلول بی حس کننده موضعی

عامل انجام کار: پزشک - پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	بیمار را به آرامش دعوت می کند.			
۳	به بیمار تأکید می کند از مالش یا دستکاری چشم به علت افزایش تخریب بافت چشم خودداری کند.			
۴	بیمار را به پهلو (سر به طرف چشم مبتلا خم شود) قرار می دهد.			
۵	یک حوله زیر سر بیمار قرار می دهد.			
۶	دست ها را می شوید.			
۷	دستکش می پوشد.			
۸	برای باز نگه داشتن چشم بیمار از اسپکولوم استفاده می کند.			
۹	اطراف چشم و پلک ها را به طور کامل تمیز می کند. در صورتی که ماده شیمیایی به شکل پودر یا کریستال است قبل از شست و شو آن را به طور کامل از روی چشم و صورت پاک می کند.			
۱۰	قبل از شروع به شست و شوی چشم از بی حس کننده با دستور پزشک استفاده می کند.			
۱۱	دستور شست و شوی چشم را از نظر نوع محلول و مدت زمان شست و شو کنترل می کند (شست و شوی چشم با نرمال سالین یا رینگر لاکتات شروع می شود. شست و شو در بخش اورژانس ۲۰ تا ۳۰ دقیقه ادامه می یابد و این کار با ۲ تا ۳ لیتر مایع برای هر چشم صورت می گیرد).			
۱۲	در طول شست و شو به بیمار توصیه می کند که به طور مرتب			

			پلک بزند و چشم را در تمام جهات حرکت دهد تا تمام سطح چشم شسته شود.
۱۳			عمل شست و شوی چشم را تا زمانی که چشم به طور کامل تمیز شود و PH ملتحمه به حد طبیعی (۷/۶ - ۷/۴) برسد ادامه می دهد (PH با استفاده از نوارهای آزمایشی که به آرامی در ملتحمه پلک تحتانی گذاشته می شود اندازه گیری می شود).
۱۴			PH باید چندین بار بعد از شست و شو و برای کسب اطمینان از این که دچار تغییر نخواهد شد، کنترل شود.
۱۵			پلک های بیمار را با پنبه از سمت داخل به خارج تمیز می کند.
۱۶			دستکش های خود را خارج می کند.
۱۷			وسایل را به محل مربوطه بر می گرداند.
۱۸			نوع محلول، مدت زمان شست و شو، نوع ماده شیمیایی، چشم مبتلا (OS یا OD)، تحمل بیمار، تاریخ و زمان انجام شست و شو و پاسخ بیمار به شست و شو را ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در خارج کردن جسم خارجی از چشم

اهداف:

۱- خارج کردن جسم خارجی از چشم

۲- ایجاد آسایش و آرامش در بیمار

وسایل مورد نیاز:

رسیور- دستکش- گلوله های پنبه استریل- محلول شست و شوی استریل- پد پوشاننده چشم - پماد

آنتی بیوتیک

عامل انجام کار: پزشک و پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	بیمار را به آرامش دعوت می کند.			
۳	به بیمار تأکید می کند از مالش یا دستکاری چشم به علت افزایش تخریب بافت چشم خودداری کند.			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده قرار می دهد.			
۷	تا حد امکان سر بیمار را بی حرکت نگه می دارد.			
۸	از مصدوم می خواهد از چرخش چشم خود به اطراف تا حد امکان خودداری کند.			
۹	قبل از شروع مداخلات از یک بی حس کننده با دستور پزشک استفاده می کند.			
۱۰	در خارج کردن جسم خارجی به پزشک کمک می کند.			
۱۱	در صورت تجویز پزشک از آنتی بیوتیک استفاده می کند.			
۱۲	چشم بیمار را می پوشاند.			
۱۳	بر لزوم مراقبت پی گیر تأکید می کند.			
۱۴	محل جسم خارجی در چشم مبتلا، روش خارج کردن جسم خارجی، داروهای استفاده شده، تحمل بیمار، واکنش بیمار به درمان، زمان و تاریخ را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در خارج کردن تامپون بینی

اهداف:

۱- برقراری آسایش بیمار

۲- برقراری تنفس از راه بینی

وسایل انجام کار:

ترالی یا سینی - گالی پات یا رسیور استریل - فورسپس خارج کننده^۱ فلزی استریل - ظرفی برای تامپون خارج شده - کیسه یخ - پوشش حفاظتی برای بیمار (پیش‌بند یکبار مصرف) - ظرفی برای لوازم یک بار مصرف آلوده - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پزشک و پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می‌کند.			
۲	روش کار را برای بیمار توضیح می‌دهد.			
۳	بیمار را در وضعیت قایم و راحت قرار می‌دهد.			
۴	دست‌های خود را می‌شوید.			
۵	اطراف سینه بیمار را با پوشش حفاظتی می‌پوشاند.			
۶	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۷	رسیور را با کمک بیمار زیر چانه او نگه می‌دارد.			
۸	سر تامپون را با فورسپس گرفته و با نرمی می‌کشد.			
۹	اگر بیمار درخواست نمود، کار را متوقف می‌کند.			
۱۰	پس از خارج کردن تامپون به وجود خونریزی توجه می‌کند.			
۱۱	بالن کاتترهای بالن دار را در صورت وجود خارج می‌کند.			
۱۲	مراقب بروز خونریزی از بینی در بیمار است.			
۱۳	سی دقیقه صبر می‌کند.			
۱۴	سپس در صورتی که خونریزی رخ نداد، کاتتر را آرام بیرون می‌کشد.			
۱۵	به بیمار توضیح می‌دهد که ۲ ساعت در بستر بماند، سر را به جلو خم نکند و تا ۲۴ ساعت بینی نگیرد.			
۱۶	اقدامات را ثبت نموده و یافته‌های غیر عادی را هر چه سریع‌تر گزارش می‌کند.			

^۱ - Dissecting

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی گوش

اهداف:

- ۱- خارج کردن واکس و ترشحات چرکی موجود در گوش
- ۲- استعمال موضعی گرما، محلول آنتی سپتیک یا استعمال موضعی داروها
- ۳- تسکین درد

وسایل مورد نیاز:

محلول شست و شوی دستور داده شده (حرارت ۳۷ درجه سانتی گراد) - ست شست و شو (ظرف شست و شو یا پوار شست و شو ، سرنگ دارای مخزن) - گلوله پنبه‌ای - دستکش یک بار مصرف (در صورت لزوم) - رسیور - اپلیکاتور پنبه‌ای- پد ضد آب- اتوسکوپ - چراغ قوه

عامل انجام کار: پزشک- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۳	محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.			
۴	درجه حرارت محلول شست و شو را با ریختن مقداری از آن روی مچ دست کنترل می کند.			
۵	دست‌های خود را شسته و دستکش می پوشد (در صورت آلوده بودن ترشحات حتماً از دستکش استفاده می کند).			
۶	به بیمار کمک می کند که در پوزیشن مناسب قرار گیرد (بیمار را به سمت گوش مبتلا می چرخانید یا او را در حالت نشسته به طوری که سر و گردن به یک طرف است قرار می دهد).			
۷	چنانچه مورد نیاز است از چراغ قوه استفاده می کند.			
۸	اگر بیمار در حالت نشسته است پد را زیر گوش بیمار قرار می دهد و به بیمار می گوید که شانه را بالاتر از بازوها قرار دهد به صورتی که پد یا حوله ثابت بماند.			
۹	چنانچه بیمار خوابیده است یک حوله یا پد روی بالش قرار می دهد.			
۱۰	کانال شنوایی را با اپلیکاتور مرطوب شده با نرمال سالین شست و شو می دهد و پاک می کند.			
۱۱	سرنگ شست و شو را از مایع پر می کند و هوا را از آن خارج می کند.			

۱۲	لاله گوش را در بزرگسالان به بالا و عقب و در کودکان به پایین و عقب می کشند.		
۱۳	جریان مایع را به آرامی در کف کانال شنوایی تزریق می کند و اجازه می دهد که جریان محلول برگردد.		
۱۴	گوش تمیز شده را با اتوسکوپ معاینه می کند تا از تمیز شدن آن اطمینان حاصل می کند.		
۱۵	پس از اتمام شست و شو یک گلوله پنبه ای در مجرای شنوایی قرار داده و از بیمار می خواهد که به همان سمت دراز بکشد.		
۱۶	دستکش را درآورده و دست های خود را می شوید.		
۱۷	نوع ترشحات و عکس العمل بیمار و نحوه انجام کار را در گزارش به صورت دقیق با ذکر تاریخ و ساعت ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در خارج کردن جسم خارجی از گوش

هدف:

خارج کردن جسم خارجی با حداقل آسیب

وسایل مورد نیاز:

دستکش- محلول شست و شوی گوش - رسیور- در صورت لزوم : ساکشن - روغن های گیاهی - لیدوکائین

عامل انجام کار: پزشک و پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	بیمار را به آرامش دعوت می کند.			
۳	به بیمار تأکید می کند از دست کاری گوش خودداری کند.			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده قرار می دهد.			
۷	سر بیمار را بی حرکت می کند.			
۸	در خارج کردن جسم خارجی به پزشک کمک می کند.			
۹	نوع جسم خارجی، روش خارج کردن آن، محل جسم خارجی، تحمل بیمار نسبت به روش، زمان و تاریخ و سایر مداخلات پرستاری (مانند شست و شوی گوش) را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به بالغین در گذاشتن سمعک

هدف:

حفظ وضعیت شنوایی

وسایل مورد نیاز:

سمعک

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	باتری سمعک را از نظر عملکرد کنترل می کند.			
۲	پیچ مربوط به صوت آن را تا حدی بالا می برد که صدای سوت زدن آن را بشنود.			
۳	رابط و گوشی سمعک را از نظر وجود هر گونه ترک، شکستگی و عدم اتصال کنترل می کند.			
۴	پیچ صوتی سمعک را پایین می آورد.			
۵	گوشی آن را داخل کانال قرار می دهد.			
۶	آن را می لغزاند تا در وضعیت مناسب قرار گیرد.			
۷	اگر سمعک به صورتی است که باتری آن پشت گوشی قرار می گیرد، آن را پشت گوشی قرار می دهد.			
۸	پیچ صوت سمعک را به طور آهسته بالا می برد.			
۹	با صدای طبیعی با مددجو صحبت می کند.			
۱۰	از وی می پرسد چه موقع سطح صدا برایش مناسب است.			



فصل چهاردهم

روان پرستاری

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گروه درمانی

اهداف:

۱- ابراز احساسات و نگرانی‌ها در گروه های مشابه

۲- کمک به اجتماعی شدن و برقراری ارتباط با دیگران

۳- آموزش و مشاوره بیمار

۴- بازتوانی بیمار

وسایل مورد نیاز:

اتاق ساکت - صندلی و وسایل سمعی و بصری در صورت امکان

عامل انجام کار: پرستار کارشناس یا بالاتر - روان شناس کارشناس و بالاتر

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمارانی که از گروه فایده می برند و برایشان مفید است انتخاب می کند.			
۲	مکان گروه درمانی را مرتب می کند و از نظر راحتی و نور و صدا بررسی می کند.			
۳	وسایل سمعی و بصری را در صورت وجود آماده به کار می کند.			
۴	قبل از شروع ، بیماران را درمورد فعالیت گروه آگاه می کند.			
۵	بیمار را به وسیله شرح هدف گروه و برنامه گروه برای آن روز ترغیب می کند.			
۶	به بیماران خوشامد گفته و خود را معرفی می کند.			
۷	باتوجه به هدف از تشکیل گروه و نیازهای گروه، یکی از انواع گروه درمانی را در نظر گرفته اجرا می کند(مثل گروه های خاطره‌گویی، گروه های خودیاری سلامت و ...).			
۸	گروه را از نظر پیشرفت و افراد را از نظر پیشرفت فردی بررسی و ارزشیابی می کند.			
۹	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آگاهی از واقعیت Reality orientation

اهداف:

- ۱- حفظ برقراری یا به دست آوردن مجدد آگاهی فرد نسبت به هویت خود، محیط اطراف و زمان
- ۲- تأمین و حفظ رفتار قابل قبول اجتماعی
- ۳- استقلال در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی
- ۴- بازسازی و حفظ اعتماد به نفس، شأن، هویت و عزت نفس در فرد

وسایل مورد نیاز:

ساعت - علامت جهات اصلی - عکس‌ها - یادگاری‌ها - بولتن - روزنامه - مجله - تلویزیون - رادیو - چراغ شب نما - تقویم - آینه - نقاشی

عامل انجام کار: پرستار کارشناس و بالاتر - در صورت نبودن پرستار، بهیار با سابقه کار بیشتر از ۱۰ سال در بخش روان.

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وضعیت هوشیاری بیمار را به وسیله مشاهده رفتارهای او ارزیابی می‌کند.			
۲	از بیمار سوال هایی در مورد زمان، مکان و شخص در زمان حال و گذشته می‌پرسد.			
۳	اگر بیمار آگاه نیست، از وسایل در دسترس برای آگاه سازی او استفاده می‌کند. مثلاً می‌گوید: آقای ج به تقویم نگاه کنید، امروز دوشنبه است. همسرتان امروز به ملاقات شما می‌آید. یا خانم پ اینجا تخت خواب است. اسم خودتان را روی آن می‌بینید؟			
۴	آگاه ساختن بیمار را به طور مداوم در هر تعامل در طول ۲۴ ساعت ادامه می‌دهد.			
۵	به اعضای خانواده و ملاقات کنندگان روش آگاه‌سازی بیمار را آموزش می‌دهد.			
۶	بیمار را با اسم کامل و لقب صحیح او صدا می‌زند.			
۷	همیشه خود و نقشش را به بیمار معرفی می‌کند و می‌گوید از بیمار چه می‌خواهد.			
۸	در هر بار یک گام را برای بیمار توضیح می‌دهد و همان را از او انتظار دارد. مثلاً برقرار کردن تماس چشمی، لمس کردن یا نشان دادن یک رفتار مثبت			

۹	محیط آرامی را به وجود می آورد و سعی می کند برنامه‌ای برای ایجاد برخی تحریک‌های خاص (برای پرهیز از یکنواختی) داشته باشد.		
۱۰	بیمار را وادار به صحبت کردن و برقراری ارتباط در جمع می کند و فعالیت های عادی او را با زمان ، مکان و شخص ارتباط می دهد.		
۱۱	جایزه و پاداش می دهد مثلاً لبخند می زند، به گرمی با بیمار دست می دهد، با دست به آرامی به پشت او می زند یا هم زمان پاداش کلامی و پاسخ مثبت می دهد.		
۱۲	بیمار را تشویق می کند ظاهر خود را در یک آینه مرتب کند و به خود نگاه کند.		
۱۳	صحبت‌ها و کارهای بدون هدف را اصلاح می کند.		
۱۴	از یاد آورهای (راهنما) استفاده می کند که برای بیمار تهدید کننده و تحریک آمیز نباشند.		
۱۵	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استفاده از اتاق امن (Quiet Room use)

اهداف:

- ۱- ایجاد یک فضای امن و با حداقل تحریکات خارجی برای بیمار
 - ۲- کنترل رفتار بیمار در مراحل اولیه تعدیل رفتار
 - ۳- انجام مداخلات دارویی برای کنترل و تعدیل رفتار بیمار
- وسایل مورد نیاز: اتاق امن - آینه تمیز برای مشاهده حرکات بیمار توسط پرستار
- عامل انجام کار: پرستار کارشناس و بالاتر

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نیروی کمکی مورد نیاز برای انتقال بیمار به اتاق امن را احضار می کند به خصوص در صورت عدم تمایل بیمار.			
۲	چگونگی و چرایی انجام این عمل را برای بیمار توضیح می دهد.			
۳	به بیمار اطمینان می دهد در اتاق قفل نمی شود.			
۴	به بیمار می گوید وی یا یک پرستار دیگر در صورت لزوم برای کمک کردن به وی در به دست آوردن مجدد کنترلش در دسترس است و او را مشاهده می کند.			
۵	به بیمار آموزش می دهد تا زمانی که وی اجازه نداده است در اتاق بماند.			
۶	بیمار را تا اتاق امن همراهی می کند.			
۷	هر گونه وسیله بالقوه خطرناک برای بیمار را از دسترس او دور نگه می دارد.			
۸	به بیمار فرصت می دهد با خودش در اتاق امن، خلوت کند.			
۹	سطح تعدیل رفتار بیمار را بررسی می کند.			
۱۰	هر ۱۵ دقیقه یکبار تا زمان خروج بیمار از اتاق امن (چه به درخواست خود بیمار و چه اجازه خودش) بیمار را کنترل و مشاهده می کند.			
۱۱	در طول کنترل و مشاهده بیمار با او ارتباط کلامی برقرار می کند.			
۱۲	کلیه اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پیش گیری از فرار Elopement monitoring

هدف:

جلوگیری از خطر ترک بیمارستان (بخش) بدون نظر پزشک توسط بیمار

عامل انجام کار: همه ی پرسنل بخش زیر نظر پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دلایل مربوط به ایجاد محدودیت ها در بخش را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	بیمار را به دقت تحت نظر می گیرد، به خصوص وقتی که درهای خروجی باز باشد.			
۳	حداقل هر ۱۵ دقیقه یکبار بیمار را کنترل می کند.			
۴	بیمار را تشویق می کند در مورد افکار و احساسات خود نسبت به فرار صحبت کند.			
۵	بیمار را در فعالیتهای مربوط به بخش درگیر می کند.			
۶	بیمار را وادار می کند لباس راحتی یا پیژامه بپوشد.			
۷	در صورتی که بیمار توانست فرار کند، طبق خط مشی موسسه خود دنبال بیمار می گردد و از دیگران کمک می خواهد (به سازمان های ذیربط اطلاع داده می دهد).			
۸	اگر بیمار پیدا شد و به بخش برگردانده شد، وضعیت او را بررسی می کند، از نظر بروز صدمات احتمالی او را معاینه می کند و او را می گردد تا هیچ وسیله خطرناکی همراه نداشته باشد.			
۹	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و دفتر گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از بیمار تهاجمی و پرخاشگر

اهداف:

۱- بیمار به خود و دیگران صدمه نرساند.

۲- از روش‌های موثر مقابله با استرس استفاده کند.

وسایل مورد نیاز:

اتاق آرام و ساکت - وسایل مهار فیزیکی در صورت نیاز - داروی PRN تجویز شده توسط پزشک معالج -

سرنگ ۲ یا ۵ سی سی - پنبه و الک

عامل انجام کار: پرستار کارشناس و بالاتر

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار در مورد عاملی که او را آشفته کرده است، به آرامی و با صدای اطمینان بخش صحبت می کند.			
۲	به بیمار اجازه می دهد که پرخاشگری خود را از طریق فعالیت‌های مناسب یا ورزش بروز دهد.			
۳	محیطی آرام و خصوصی جهت صحبت و آرامش برای بیمار فراهم می کند.			
۴	با بیمار صادق است و به سوالات او به درستی جواب می دهد.			
۵	به بیمار اجازه می دهد در یک محیط ساکت دراز بکشد. در صورت نیاز در کنار او می ماند یا به طور مرتب او را مورد مشاهده قرار می دهد.			
۶	بیمار از نظر نیاز به دارو یا محدود کردن بررسی می کند و در صورت نیاز به پزشک اطلاع می دهد.			
۷	در صورت تجویز پزشک، داروی بیمار را قبل از این که نیاز به مهار فیزیکی باشد به او می دهد.			
۸	اگر تمامی تلاش‌ها برای کنترل بیمار با شکست مواجه شد در صورت وجود دستور پزشک از مهار فیزیکی استفاده می کند.			
۹	دستور پزشک را برای استفاده از انزوا و مهار فیزیکی کسب می کند.			
۱۰	از حضور نیروی کمکی در بخش اطمینان حاصل می کند (البته			

			نیروها بایستی در محیط باشند و فقط هنگام نیاز وارد عمل شوند).
۱۱			از نگه دارنده‌های فیزیکی مناسب و محکم برای قرار دادن بیمار در مهار فیزیکی استفاده می‌کند.
۱۲			اگر بیمار به طور مناسب به انزوا پاسخ نداد او را از این وضعیت خارج می‌کند و در یک اتاق جداگانه و در مهار فیزیکی قرار می‌دهد.
۱۳			در صورتی که اقدامات انجام شده و مهار فیزیکی در آرام کردن بیمار موثر واقع نشد، دستور داروی PRN را در صورت تجویز پزشک معالج اجرا می‌کند.
۱۴			نتایج اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت می‌کند.
۱۵			پس از ایجاد آرامش، حادثه را با بیمار بازبینی می‌کند.
۱۶			در صورتی که مشکل با اقدامات فوق حل نشد با پلیس تماس می‌گیرد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انزوا برای بیماران پرخاشگر و تهاجمی

اهداف:

- ۱- بیمار به خود و دیگران صدمه نزنند
- ۲- از روش‌های موثر مقابله با استرس استفاده کند

وسایل مورد نیاز:

اتاق انزوا و تخت

عامل انجام کار: پرستار کارشناس و بالاتر

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار شرح می‌دهد که می‌خواهد چه کاری انجام می‌دهد و چرا این کار مورد نیاز است.			
۲	بیمار را با کمک دو یا چند نفر از پرسنل همراهی می‌کند (هیچگاه به تنهایی این کار را انجام نمی‌دهد).			
۳	بیمار را از نظر صدمات بررسی می‌کند و یافته‌های خود را ثبت می‌کند.			
۴	تمام وسایلی را که ممکن است آسیب‌رسان باشند از او دور می‌کند و تا زمانی که او کنترل خود را به دست آورد در یک مکان امن قرار می‌دهد.			
۵	وسایل را در سیاهه‌ی اموال بیمار ثبت می‌کند.			
۶	به بیمار لباس راحت و مناسب می‌پوشاند مثل: پیراهن، شلوار، زیر پوش یا پیژامه و جوراب.			
۷	درب اتاق انزوا را در تمام مدت قفل نگه می‌دارد.			
۸	بیمار را هر ۱۵ دقیقه یکبار از پنجره یا دوربین مدار بسته مشاهده می‌کند. اگر بیمار مضطرب است یا در دوربین دیده نمی‌شود بایستی او را رو در رو ببیند. قبل از این‌کار همکاران را مطلع می‌کند تا در صورت لزوم بلافاصله وارد عمل شوند.			
۹	به بیمار مایعات کافی برای پیشگیری از کم‌آبی می‌دهد و جذب و دفع را کنترل می‌کند.			
۱۰	بیماری که در انزوا می‌باشد بایستی هر ۲ ساعت، ۱۵ دقیقه تنفس			

			داشته باشد.	
			اگر شرایط بیمار مناسب است به او اجازه می دهد برای غذا خوردن اتاق را ترک کند. در هنگام غذا به وی کمک کرده و بیمار را از نزدیک مشاهده می کند.	۱۱
			در هنگام جابه جایی بیمار برای تنفس و غذا خوردن از کمک کافی استفاده می کند.	۱۲
			بیمار را به محض اینکه شرایط او اجازه دهد از اتاق انزوا خارج می کند.	۱۳
			ثبت بایستی شامل نام بیمار، تاریخ و علت استفاده از انزوا، زمان شروع و زمان پایان انزوا باشد. مشاهدات خود را هر ۱۵ دقیقه یکبار ثبت می کند. همچنین جذب و دفع، وضعیت فیزیکی و وجود صدمات را ثبت می کند. در طی ۲۴ ساعت بعد از خارج شدن از انزوا، تغییرات وضعیت روحی، کنترل رفتار و پاسخ به برنامه مراقبتی پرستاری را ثبت می کند.	۱۴

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مهار فیزیکی برای بیماران پرخاشگر و تهاجمی

اهداف:

۱- بیمار به خود و دیگران صدمه نرساند.

۲- از روش های موثر مقابله با استرس استفاده کند.

وسایل مورد نیاز:

زانوبند - مچبند - تخت راحت - جلیقه مهار در صورت وجود-

عامل انجام کار: پرستار کارشناس و بالاتر

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از دیگران کمک می خواهد.			
۲	به بیمار علت و چگونگی انجام کار را شرح می دهد.			
۳	بیمار را روی تخت می خواباند.			
۴	مچبند و زانوبندهای بیمار را می بندد. این کار را طوری انجام می دهد که محکم باشد ولی جلوی خورسانی را نگیرد.			
۵	بیمار را از نظر صدمات بررسی و ثبت می کند.			
۶	صدمات حاد را به پزشک گزارش می کند و برگه گزارش حوادث را پر می کند.			
۷	وسایل بالقوه تهدید کننده را از بیمار دریافت کرده و تا زمانی که کنترل خود را به دست آورد در یک مکان امن نگهداری می کند.			
۸	کفش ها، سینه بند و کمربند وی را خارج می کند و تمام وسایل بیمار را در سیاهه لوازم ثبت می کند.			
۹	بیمار را از نظر اشکال در جریان خون، قرمزی، تحریک و ادم اندامها بررسی می کند.			
۱۰	برای جلوگیری از کم آبی به بیمار مایعات کافی می دهد.			
۱۱	مهار را در زمان غذا خوردن شل می کند یا باز می کند.			
۱۲	در زمان غذا، از یک فرد دیگر کمک می گیرد و خودش بیمار را مورد مشاهده دقیق قرار می دهد. برای اطمینان از ایمنی، وسایل غذاخوری را قبل و بعد از غذا خوردن چک می کند تا مطمئن شود بیمار وسیله ای را همراه خود نبرد.			

۱۳	بیمار را در برآوردن نیازهای شخصی مثل استفاده از حمام و توالت کمک می کند.		
۱۴	هر ساعت مهار بیمار را برمی دارد تا اجازه تحرک پیدا کند.		
۱۵	بعد از استراحت بیمار را از نظر نیاز به محدودیت فیزیکی دوباره بررسی می کند.		
۱۶	اگر بیمار کنترل کافی برای اینکه همه مهارها در یک زمان برداشته شود را ندارد، در هر زمان یک عضو را باز می کند و به ترتیب ادامه می دهد تا همه اندامها اجازه حرکت داشته باشند.		
۱۷	بیمار را خواه به طور حضوری یا از طریق دوربین مدار بسته تحت مشاهده قرار می دهد. اگر بیمار مضطرب است یا در دوربین دیده نمی شود بایستی او را رو در رو ببیند. هنگامی که از دوربین مدار بسته استفاده می کند در اتاق را می بندد(قفل می کند).		
۱۸	بیمار را به محض اینکه شرایط او اجازه دهد (طبق دستور پزشک) از مهار خارج می کند.		
۱۹	کلیه اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده و دفتر گزارش پرستاری طبق دستور ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت : اقدامات مربوط به مراقبت از خود در بیماران روانی

هدف:

بیمار فعالیت های مربوط به مراقبت از خود را با توجه به محدودیت هایش انجام دهد.

وسایل مورد نیاز:

شانه یا برس - مسواک - حوله - صابون - دمپایی - لیوان پلاستیکی یا یک بار مصرف - برچسب

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	میزان توانایی های بیمار را در امر مراقبت از خود بررسی می کند.			
۲	مهارت های مورد نیاز و رعایت خود مراقبتی را به بیمار آموزش می دهد.			
۳	وسایل مورد نیاز بیمار را در دسترس وی قرار می دهد.			
۴	بیمار را به انجام فعالیت های روزانه خود تشویق می کند.			
۵	به بیماری که مراقبت از خود را با توجه به محدودیت هایش انجام می دهد، بازخورد مثبت می دهد.			
۶	در انجام اموری که بیمار قادر به انجام آن نیست، به او کمک می کند.			
۷	اقدامات و مشاهدات خود را در مورد مراقبت از خود در بیمار در پرونده او و گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به تغذیه در بیماران روانی مبتلا به کم خوری

اهداف:

- ۱- تغذیه بیمار در حد طبیعی حفظ شود.
- ۲- وزن بیمار به حد طبیعی برگردد.
- ۳- مقادیر BUN ، آلبومین، پروتئین، Hb, cholestrol و HCT و لنفوسیت های خون به حد طبیعی برگردد.
- ۴- قدرت و تحمل بیمار برای فعالیت افزایش یابد.
- ۵- غشاهای مخاطی سالم باشد.

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار کارشناس و بالاتر

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط مناسبی جهت تغذیه مددجو فراهم می کند.			
۲	از بحث با مددجو خودداری می کند.			
۳	از مقایسه رفتارهای مددجو با سایرین خودداری می کند.			
۴	اجازه کنترل مددجو بر رفتارهایش را می دهد.			
۵	از قضاوت در مورد بیمار خودداری می کند.			
۶	علائم و نشانه های سوء تغذیه را در بیمار بررسی می کند.			
۷	کنترل می کند که بیمار چه مقدار از غذایش را مصرف می کند.			
۸	تهوع و استفراغ را در بیمار کنترل می کند.			
۹	تمهیدات مورد نیاز را جهت ترغیب بیمار به تغذیه به کار می بندد (مراقبت از دهان قبل از تغذیه).			
۱۰	جهت تأمین علایق و نیازهای غذایی بیمار با متخصص تغذیه مشورت می کند.			
۱۱	مواد غذایی را به مقدار کم و دفعات زیاد به بیمار می دهد.			

۱۲	حتی الامکان تحریکات محیطی را هنگام تغذیه به حداقل می رساند.		
۱۳	به منظور تحمل بهتر رژیم های غذایی از چاشنی هایی مثل سبزی - ترشی - ماست - آبلیمو و... در صورت امکان استفاده می کند.		
۱۴	زمان کافی جهت تغذیه به بیمار می دهد و در صورت لزوم غذا را دوباره برای بیمار گرم می کند.		
۱۵	در صورت اجازه دادن پزشک از همراهان بیمار می خواهد مواد غذایی مورد علاقه او را برایش فراهم کنند.		
۱۶	در مورد بیماران پارانوئید از مواد غذایی بسته بندی شده (کنسرو و ...) استفاده می کند.		
۱۷	غذا را در مقابل چشم های بیمار پارانوئیدی ابتدا خودش می چشد.		
۱۸	در مورد بیمارانی که بیش فعال و بی قرار هستند، خودش لقمه می گیرد و از رژیم های پر کالری استفاده می کند.		
۱۹	در صورت امکان به بیمار اجازه می دهد نوع غذایش را انتخاب کند.		
۲۰	با مشورت متخصص تغذیه از غذاهایی که ویتامین B ₁₂ , اسید فولیک، تیامین و آهن بیشتری دارند به بیمار می خوراند.		
۲۱	در صورت عدم همکاری بیمار با پزشک مشورت می کند.		
۲۲	اقدامات و مشاهدات خود را در مورد تغذیه بیمار در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به تغذیه در بیماران روانی (مبتلا به پرخوری)

اهداف:

۱- بیمار به صورت تدریجی کاهش وزن را تجربه کند و وزن به حد طبیعی برسد.

۲- رژیم غذایی بیمار در حد طبیعی حفظ شود.

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار کارشناس و بالاتر -

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط مناسبی جهت تغذیه مددجو فراهم می کند.			
۲	از بحث با مددجو خودداری می کند.			
۳	از مقایسه رفتارهای مددجو با سایرین خودداری می کند.			
۴	اجازه کنترل مددجو بر رفتارهایش را می دهد.			
۵	از قضاوت در مورد بیمار خودداری می کند.			
۶	علایم افزایش وزن و علت تغذیه بیشتر را در بیمار بررسی می کند.			
۷	با متخصص تغذیه جهت برقراری رژیم غذایی مناسب برای بیمار، مشورت می کند.			
۸	میزان فعالیت بیمار را طی روز با اجازه پزشک معالج افزایش می دهد.			
۹	مصرف کالری را در رژیم بیمار محدود می کند.			
۱۰	نتایج آزمایشات هورمونی بیمار را بررسی می کند.			
۱۱	در صورت عدم تغییر در وزن یا افزایش مجدد یا عدم همکاری بیمار با پزشک معالج مشورت می کند.			
۱۲	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات هنگام اختلال خود مراقبتی از نظر استحمام

هدف:

بیمار با حداقل کمک و حداکثر ایمنی حمام کند.

وسایل مورد نیاز:

وسایل حمام کردن که در بحث مربوط به خود آمده است.

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دمای آب را کنترل می کند.			
۲	وسایل حمام را در دسترس او قرار می دهد.			
۳	رنگ پوست را در طی حمام مشاهده می کند.			
۴	امنیت را در حمام فراهم می کند.			
۵	محیط و فضای خصوصی را در حمام رفتن رعایت می کند.			
۶	اگر فرد توانایی فیزیکی دارد وی را به استفاده از دوش و شیر آب تشویق می کند.			
۷	هنگام حمام دادن دستورهایی ساده به فرد می دهد و از گیج کردن وی خودداری می کند.			
۸	زمان مشخصی را جهت حمام نمودن انتخاب می کند.			
۹	زمان و تاریخ و هر نوع یافته غیرطبیعی را یادداشت می کند و در صورت لزوم به پزشک یا پرستار مسئول اطلاع می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری قبل از انجام ECT

اهداف:

۱- انجام صحیح ECT

۲- به حداقل رساندن عوارض و خطرات آن برای بیمار

وسایل مورد نیاز:

وسایل محافظت کننده مثل مچ بند یا زانو بند- آنژیوکت - گارو- پنبه و الک- دستکش- دستگاه فشارخون- چسب- کپسول اکسیژن یا اکسیژن سانترال - ماسک و کانولا- ایلروی با اندازه مناسب - ترالی کد

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور روان پزشک را در پرونده بیمار کنترل می کند.			
۲	رضایت نامه بیمار یا قیم وی جهت ECT را کنترل می کند.			
۳	مشاوره های مورد نیاز قبل از ECT (مشاوره قلب و ریه) و آزمایشات زیر را پیگیری می کند: ۱- شمارش گلبول قرمز ۲- آزمایشات تیروئید ۳- آزمایش ادرار			
۴	عکس قفسه سینه و اسکن جمجمه را چک می کند.			
۵	بیمار را حمام می کند.			
۶	به بیمار در مورد فرآیند ECT (با تأکید بر درمانی بودن این روش نه تنبیهی بودن آن) توضیح می دهد.			
۷	بیمار را از ۶ ساعت قبل برای مایعات و از ۸ ساعت قبل برای جامدات NPO می کند.			
۸	دندان های مصنوعی، عینک و وسایل تزئینی بیمار را خارج می کند.			
۹	رژیم دارویی بیمار (کنترل و اطمینان از قطع موقت بعضی از داروها) را کنترل می کند.			
۱۰	خالی بودن مثانه و روده ها را کنترل می کند.			
۱۱	علائم حیاتی را کنترل و چارت می کند.			

۱۲	دستورات دارویی قبل از انجام الکتروشوک را اجرا می کند و در پرونده بیمار ثبت می کند.		
۱۳	در صورت وجود موارد غیرعادی آن را ثبت کرده و به پزشک معالج گزارش می کند.		
۱۴	راست دستی یا چپ دستی بیمار را در پرونده مشخص ثبت می کند.		
۱۵	از این که اکسیژن، ساکشن و وسایل لوله گذاری تراشه در دسترس است، اطمینان حاصل می کند.		
۱۶	بیمار را گرم نگه می دارد و برای تقلیل بیم و هراس بیمار تمهیدات حمایتی به کار می برد.		
۱۷	شیوه انجام کار را به بیمار توضیح می دهد.		
۱۸	دست ها را می شوید.		
۱۹	بیمار را روی تخت می خواباند و او را در وضعیت مناسب قرار می دهد.		
۲۰	علایم حیاتی بیمار را قبل از انجام ECT چک می کند.		
۲۱	بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی وصل می کند.		
۲۲	برای بیمار یک خط وریدی می گیرد و در طول فرایند آن را باز نگه می دارد.		
۲۳	دستور روان پزشک را در پرونده بیمار کنترل می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات پرستاری حین انجام ECT

اهداف:

۱- انجام صحیح ECT

۲- به حداقل رساندن عوارض و خطرات آن برای بیمار

وسایل مورد نیاز:

دستگاه فشارخون- کپسول اکسیژن (اکسیژن سانترال)- رابط- ایروی - ماسک- کانولا- نازال - ترالی
کد- محافظ دندان.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	علایم حیاتی را به طور مستمر تا به هوش آمدن بیمار پایش می‌کند.			
۲	از باز بودن راه های هوایی و دادن پوزیشن مناسب به بیمار اطمینان حاصل می‌کند.			
۳	جهت جلوگیری از گاز گرفتگی زبان، محافظ بین دندان‌های بیمار قرار می‌دهد.			
۴	هنگامی که بیمار به هوش آمد به آرامی آنچه را که اتفاق افتاده است به او شرح می‌دهد.			
۵	میزان الکتریسته تخلیه شده، مدت زمان تشنج، نحوه انجام ECT (یک طرفه دو طرفه) و داروهای مصرف شده حین ECT را ثبت می‌کند.			
۶	تمام مشاهدات و موارد حین ECT را یادداشت می‌کند (شامل علایم حیاتی، پاسخ‌های بیمار در طی درمان و وضعیت جسمی و روانی بیمار).			
۷	علایم حیاتی بیمار را هر ۱۵ دقیقه تا زمان ثابت شدن کنترل می‌کند.			
۸	بیمار را به اتاق خود منتقل می‌کند (برای خروج بیمار از اتاق ECT دستور پزشک مورد نیاز است).			
۹	یک ساعت بعد از ECT علایم حیاتی بیمار را اندازه‌گیری می‌کند و به دمای بدن بیمار از نظر هیپرترمی بدخیم توجه می‌کند. تا زمانی که علایم حیاتی ثابت شود، بررسی ساعتی آن مورد نیاز است.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات مربوط به آموزش بهداشت (Health teaching)

هدف:

آموزش موارد مربوط به بهداشت و سلامت فردی

وسایل مورد نیاز:

وسایل کمک آموزشی با توجه به امکانات بیمارستان

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	میزان دانسته‌های قبلی بیمار را بررسی می‌کند.			
۲	اطلاعات جدید را به بیمار منتقل می‌کند.			
۳	بازخورد مثبت و جایزه به بیمار می‌دهد.			
۴	در صورت لزوم به بیمار تکلیف می‌دهد.			
۵	آموزش‌های داده شده را گزارش و ثبت می‌کند.			
۶	واکنش بیمار را به آموزش گزارش و ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات معنوی **Spiritual Intervention**

هدف:

ایجاد محیط امن و پذیرا جهت بیان عقاید و نیازهای معنوی موجود

وسایل مورد نیاز:

اتاق آرام

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	عقاید و عملکرد معنوی بیماران را بررسی می کند.			
۲	به عقاید بیمار گوش می کند.			
۳	با بیمار همدلی می کند.			
۴	مقولات معنوی دلخواه بیمار را با توجه به امکانات بخش و رعایت آسایش سایر بیماران برای وی فراهم می کند.			
۵	تمام مواردی که نیاز به گزارش دارد را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات مربوط به سیستم های امتیازی (ژتون درمانی^۱، بخشی از رفتار درمانی)

هدف:

تشویق بیمار به تکرار رفتارهای مثبت با استفاده از ژتون

وسایل مورد نیاز:

ژتون

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	فهرستی از انتظارات رفتاری به عنوان قوانین واحد تهیه می کند.			
۲	این انتظارات را برای بیمار توضیح می دهد.			
۳	رفتار بیماران را مشاهده می کند.			
۴	به بیمار بلافاصله پس از مشاهده رفتارمورد انتظار امتیاز می دهد.			
۵	موارد ضروری را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات مربوط به خانواده درمانی (کار با خانواده)

اهداف:

اعضای خانواده قادر باشند:

- ۱- احساسات خود را به پرستار و یکدیگر بیان کنند.
- ۲- در برنامه مراقبت از بیمار شرکت کنند.
- ۳- سیستم های حمایت کننده را بشناسند و از آنها استفاده کنند.

وسایل مورد نیاز:

اتاق آرام و ساکت - وسایل سمعی و بصری

عامل انجام کار: پرستار - روانشناس

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش های مقابله را در تک تک افراد خانواده مورد بررسی قرار می دهد.			
۲	الگوهای مقابله را در خانواده بررسی می کند.			
۳	وضعیت خانواده را در موارد زیر بررسی می کند: الف- اشتغال، بیکاری، از دست دادن کار. ب- وضعیت محل سکونت، کافی بودن فضای خانه، ازدحام، وجود اتاق خصوصی برای بیمار، تمیزی و بهداشت ج- وضعیت مالی، منابع درآمد، هزینه خانواده، هزینه های درمانی د- وضعیت حمل و نقل ه- سابقه سوء پیشینه			
۴	میزان اطلاعات خانواده در مورد بیماری و نحوه مراقبت از آن را بررسی می کند.			
۵	اطلاعات تکمیلی و مورد نیاز را ارائه می کند.			
۶	منابع ارجاع و موسسات حمایتی را شناسایی و به خانواده اعلام می کند.			
۷	از تکنیک های مناسب جهت تشویق خانواده به ابراز احساسات و نگرانی هایشان استفاده می کند.			
۸	مراقبت های ایده آل را برای آنها توضیح می دهد و تصمیم گیری را به عهده خودشان می گذارد.			
۹	تمام اقدامات انجام شده را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات هنگام هذیان و توهم

هدف:

بیمار علایم و نشانه‌های هذیان و توهم را از خود نشان ندهد.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در مرحله حاد وضعیت آرام با حداقل محرک‌ها فراهم می‌آورد.			
۲	قلمرو خصوصی بیمار را حفظ می‌کند (از لمس نمودن بیمار بدون توجه قبلی اجتناب می‌کند).			
۳	محیط امن و به دور از هرگونه خطر برای بیمار فراهم می‌کند.			
۴	هذیان و توهم بیمار را به هیچ وجه تایید یا رد نمی‌کند.			
۵	تماس چشمی با بیمار برقرار می‌کند.			
۶	با بیمار ارتباط برقرار کرده و او را تشویق می‌کند تا با آزادی و اعتماد صحبت کند.			
۷	در صورت امکان جهت جلب اعتماد بیمار مراقب ثابت برای بیمار انتخاب می‌کند.			
۸	از تکنیک‌های رفتار درمانی برای بیمار استفاده می‌کند.			
۹	بیمار را به شرکت در اجتماعات و گروه‌ها تشویق می‌کند.			
۱۰	از محیط درمانی شامل امنیت محیطی، فعالیت‌های سودمند، آموزش مهارت‌های اجتماعی استفاده می‌کند.			
۱۱	در صورت نیاز (با توجه پروتکل‌های سازمانی) بیمار را محدود می‌کند.			
۱۲	عوامل پیش‌گیری کننده توهم را از طریق پرسش از بیمار شناسایی می‌کند.			
۱۳	آموزش روانی (psychoeducation) و آموزش تطابق با علایم و نشانه‌های اسکیزوفرنیا را انجام می‌دهد.			
۱۴	توهمات آمانه و دستوری که منجر به پرخاشگری و رفتار خشونت آمیز می‌شود را کنترل می‌کند.			
۱۵	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات هنگام اضطراب

هدف:

کاهش اضطراب و علایم ناشی از آن

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	سابقه بیماری‌های قلبی، مشکلات خانوادگی و اختلالات رفتاری و اضطرابی را در بیمار بررسی می‌کند.			
۲	سطح اضطراب را ارزیابی می‌کند (متوسط، کم، شدید، هراس).			
۳	یک محیط بدون محرک و آرام فراهم می‌کند.			
۴	در کنار بیمار می‌ماند و او را تنها نمی‌گذارد.			
۵	به بیمار فرصت ابراز احساسات می‌دهد.			
۶	از درمان‌های شناختی استفاده می‌کند.			
۷	دستور داروهای آرام بخش را اجرا می‌کند.			
۸	سطح هوشیاری و علایم حیاتی مددجو را کنترل می‌کند.			
۹	هرگونه تغییرات رفتاری بیمار را ثبت و گزارش می‌کند.			
۱۰	از آموزش‌های تنفسی و آرام سازی و توقف فکر جهت کاهش اضطراب استفاده می‌کند.			
۱۱	از رفتار درمانی (حساسیت زدایی)، روان درمانی بینش گرا و آموزش مهارت‌های اجتماعی استفاده می‌کند.			
۱۲	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات در سازگاری نامؤثر فردی (اختلال در سازگاری)

اهداف:

۱- بیمار نیازهای خود را شناسایی کند

۲- روش‌های مؤثر مقابله با تنش را از سایر روش‌ها تشخیص دهد.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	عوامل ایجاد کننده و تسهیل کننده اختلال در سازگاری را ارزیابی می کند.			
۲	استرس محیط را کاهش می دهد (افراد، وسایل و موقعیت‌های تنش زا را کم می کند).			
۳	با ایجاد یک رابطه مثبت و سودمند با بیمار و خانواده او و شناسایی میزان وابستگی بیمار، آن ها را در برنامه مراقبتی و تصمیم‌گیری سهیم می کند.			
۴	روش‌های نامناسب مقابله را مورد شناسایی قرار می دهد (مثل سیگار یا الکل).			
۵	به فرد کمک می کند استراتژی های مشکل گشایی مناسبی را انتخاب کند.			
۶	جلوی فرآیند حزن و اندوه را در بیمار نمی گیرد.			
۷	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات در برابر استفاده از روش های غیر موثر و اشتباه مقابله

هدف:

بیمار از روش های مؤثر مقابله استفاده کند.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	ترس و اضطراب بیمار را کاهش می دهد.			
۲	بیمار را در برنامه مراقبت از خود شرکت می دهد.			
۳	به بیمار و خانواده وی در مورد سیستم های قابل دسترس حمایتی اطلاعات می دهد.			
۴	رفتارهایی را که نشانه تطابق مؤثر در بیمار است تقویت می کند.			
۵	جهت ملاقات سایر افرادی که مقابله موفقیت آمیز در موقعیت مشابه داشته اند از گروه درمانی استفاده می کند.			
۶	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات هنگام اختلال در تعامل اجتماعی

هدف:

بیمار در کمیت و کیفیت تعاملات اجتماعی پیشرفت کند.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به هر روش ممکن با بیمار ارتباط برقرار می کند.			
۲	بیمار را به بیان احساسات خود تشویق می کند.			
۳	در مقابل هرگونه برقراری ارتباط یا بیان احساسات از طرف بیمار به او بازخورد مثبت می دهد.			
۴	به بیمار کمک می کند افرادی را که در کنار آنها احساس آرامش می کند شناسایی کرده و با آنها ارتباط بیشتری برقرار کند.			
۵	روش های مناسب مقابله را به بیمار آموزش می دهد.			
۶	به بیمار از اطرافیانش اطلاعات مثبت می دهد تا بهتر با آن ها ارتباط برقرار کند.			
۷	خانواده را به ملاقات مکرر و حمایت از بیمار تشویق می کند.			
۸	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات هنگام انزوای اجتماعی

هدف:

بیمار قادر باشد ارتباط معنی دار با دیگران برقرار کند و احساس تنهایی و وازدگی نداشته باشد.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را به بیان احساسات و علت انزوا طلبی اش تشویق می کند.			
۲	ساعات ملاقات بیشتری را برای بیمار اختصاص می دهد.			
۳	بیمار را به افزایش تماس های تلفنی اش تشویق می کند.			
۴	زمانی را برای نشستن و صحبت کردن با بیمار اختصاص می دهد.			
۵	از وسایلی مانند ساعت، رادیو و تلویزیون برای بیمار استفاده می کند.			
۶	تحریکات محیطی را افزایش می دهد.			
۷	به بیمار در بخش مسوولیت های ساده می دهد و در قبال انجام آن ها او را تشویق می کند.			
۸	دوستان و خانواده را تشویق به حفظ دوستی و ارتباط می کند.			
۹	بیمار را به شرکت در فعالیت های اجتماعی تشویق می کند.			
۱۰	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات پرستاری جهت بهبود اعتماد به نفس پایین

اهداف:

۱- بیمار تصویر واقعی از خود به دست آورد، نقاط قوت و مثبت خود را شناسایی کند.

۲- در فعالیت های گروهی شرکت کند و ارتباط مناسب برقرار کند.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	فرد را یاری می کند تا سطح اضطرابش را کاهش دهد.			
۲	در قبال انجام وظایف بازخورد مثبت می دهد.			
۳	افراد را در بیان احساسات مثبت و منفی تشویق می کند (قضاوت نمی کند، همدلی می کند).			
۴	فرصت هایی جهت اجتماعی شدن را فراهم می کند.			
۵	مهارت های اجتماعی را آموزش می دهد.			
۶	در مورد رفتارهای مشکل ساز مثل پرخاشگری، بهداشت ضعیف و اشتغال ذهنی به خودکشی محدودیت هایی برای بیمار قائل می شود.			
۷	بیمار را در گروه درمانی حمایتی شرکت می دهد.			
۸	سیستم های حمایتی جاری را ارزیابی و تجهیز می کند.			
۹	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

انجام این فرآیند به نیروی انسانی و امکانات موجود در بخش بستگی دارد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به دمانس

اهداف:

- ۱- کاهش اضطراب و بی‌قراری مددجو
 - ۲- کمک به مددجو جهت دستیابی به عملکرد مناسب در فعالیت‌های روزانه
 - ۳- کمک به اجتماعی شدن مددجو
 - ۴- فراهم کردن محیط مناسب جهت ایجاد احساس راحتی و حمایت از مددجو
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از ایزوله کردن مددجو خودداری می‌کند.			
۲	مددجو را از نظر عدم آگاهی به زمان، مکان و ... بررسی می‌کند.			
۳	مددجو را نسبت به زمان، مکان و ... آگاه می‌کند.			
۴	مددجو را به ملاقات با دوستان و خانواده تشویق می‌کند.			
۵	اشتباهات مددجو را تصحیح کرده و از مسخره کردن وی خودداری می‌کند.			
۶	با مددجو ارتباط معنی‌دار برقرار می‌کند.			
۷	به مددجو زمان مورد نیاز را جهت یادآوری خاطرات گذشته می‌دهد.			
۸	مددجو را به طور متناوب و منظم مورد مشاهده قرار می‌دهد.			
۹	مددجو را به استفاده از دفترچه یادداشت، تقویم و ساعت تشویق می‌کند.			
۱۰	تغییرات محیط را به حداقل می‌رساند.			
۱۱	سطح آگاهی واقعی و شناختی بیمار را کنترل می‌کند.			
۱۲	از جملاتی که بین اشیا و کاربرد آنها ارتباط برقرار می‌کند، استفاده می‌کند.			
۱۳	بین اتفاقات گذشته و حال ارتباط برقرار می‌کند.			
۱۴	در فعالیت‌هایی که مددجو به تنهایی قادر به انجام آن‌ها نیست به وی کمک می‌کند.			
۱۵	ساعت غذا و استراحت را به طور معمول و سر ساعت معین تنظیم می‌کند.			
۱۶	برنامه‌های آموزشی جهت خانواده و مراقبت‌کنندگان ترتیب می‌دهد.			
۱۷	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به دلیریوم

اهداف:

- ۱- کمک به مددجو جهت انجام فعالیت‌های روزانه
- ۲- کمک به مددجو جهت مشارکت در درمان و پیگیری درمان
- ۳- کمک به مددجو در برقراری ارتباط اجتماعی

وسایل مورد نیاز:

وسایل محدودیت فیزیکی در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	اگر مددجو رفتارهای ایمن ندارد اجازه تصمیم گیری های مهم به او نمی دهد.			
۲	اگر محدود کردن مددجو مورد نیاز است ضمن توضیح به مددجو، این کار را به روش صحیح انجام می دهد.			
۳	محیط کم تحریک ایجاد می کند.			
۴	سطح هوشیاری بیمار را کنترل می کند.			
۵	به مددجو جهت انجام فعالیت های روزانه مثل بهداشت فردی و.. کمک می کند.			
۶	به وضعیت فیزیولوژیک بیمار(تعادل مایعات و الکترولیت و بیماری‌های زمینه‌ای) توجه می کند.			
۷	به مددجو درباره علل مشکل آموزش می دهد.			
۸	در صورت امکان مددجو را در برنامه ریزی و تصمیم گیری ها مشارکت می دهد.			
۹	به مددجو جهت بیان احساساتی چون خشم، عصبانیت و.. کمک می کند.			
۱۰	رفتارهای صحیح و ارتباطات مناسب مددجو را تشویق می کند.			
۱۱	در صورت بی قراری، فعالیت های آرام بخش را آموزش می دهد.			
۱۲	به مددجو جهت پی گیری درمان کمک می کند.			
۱۳	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به بیش فعالی همراه با نقصان توجه (ADHD)

اهداف:

۱- کاهش خطر آسیب به خود و دیگران

۲- افزایش قدرت مدیریت رفتارهای تکانه‌ای

۳- افزایش توانایی برقراری ارتباط

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط امنی جهت مددجو فراهم می‌کند.			
۲	شدت و تواتر فعالیت را در مددجو بررسی می‌کند.			
۳	رفتارهای ایمن و غیر ایمن را به مددجو توضیح می‌دهد.			
۴	مشارکت مددجو را در فعالیت های بالقوه خطرناک محدود می‌کند.			
۵	بازخورد مستقیم به مددجو می‌دهد.			
۶	جهت برنامه ریزی در منزل به والدین یا مراقبین کمک می‌کند.			
۷	جهت بهبود ارتباطات اجتماعی، محیطی بدون عوامل مخدوش کننده فراهم می‌کند.			
۸	قبل از برقراری ارتباط، توجه بیمار را جلب می‌کند.			
۹	از افعال و دستورات ساده برای مددجو استفاده می‌کند.			
۱۰	قبل از آغاز فعالیت از مددجو می‌خواهد دستورات را تکرار کند.			
۱۱	فعالیت های مددجو را به مجموعه ای از گام‌ها تقسیم می‌کند و برای هر گام یک بازخورد مثبت در نظر می‌گیرد.			
۱۲	از خطاهای کوچک چشم پوشی می‌کند.			
۱۳	آموزش های مورد نیاز را به خانواده می‌دهد.			
۱۴	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو با عدم پذیرش درمان

هدف:

کمک به مددجو در جهت پذیرش درمان و پیگیری آن

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	جهت اطمینان از مصرف دارو مدتی پس از مصرف دارو در کنار وی باقی می ماند.			
۲	این حقیقت که نیاز واقعی به دارو وجود دارد را به بیمار القا می کند.			
۳	به بیمار رابطه بین پذیرش درمان و تشدید علائم بیماری را توضیح می دهد.			
۴	اجازه بیان احساس به مددجو می دهد.			
۵	به بیماری که به دلیل احساس شرم مایل به مخفی نمودن مصرف دارو از سایرین است، در تنظیم ساعت های مصرف دارو کمک می کند.			
۶	در مورد نیاز مددجویی که به دلیل بهبود موقت قصد قطع دارو را دارد، توضیح می دهد.			
۷	با آموزش به بیمار، نگرانی وی را در مورد وابستگی به دارو کاهش می دهد.			
۸	به مددجو جهت بیان احساس درباره داشتن یک بیماری مزمن که نیاز به درمان مداوم دارد، کمک می کند.			
۹	به مددجو آموزش می دهد در صورت داشتن عوارض دارویی به جای قطع آن به کادر درمان مراجعه کند.			
۱۰	اگر بیماری دارو را نمی پذیرد به گزارش واقع گرایانه وی بازخورد مثبت می دهد و او را حمایت می کند.			
۱۱	به مددجو و خانواده درباره بیماری، برنامه درمان و داروها آموزش می دهد.			
۱۲	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به اختلال فرایند تفکر (Delusion هذیان)

اهداف:

۱- کاهش خطر آسیب به دیگران

۲- کاهش علایم اضطراب

۳- کمک به مددجو جهت بیان تفکرات هذیانی و راهنمایی مددجو جهت نزدیک شدن به واقعیات

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	هذیان های مددجو را تشخیص داده و از درک مددجو از محیط آگاهی می یابد.			
۲	به طور مستقیم در مورد اعتبار و صحت هذیان ها با بیمار مجادله نمی کند.			
۳	در ارتباط با وی صادق است.			
۴	از هرگونه قضاوت درباره مددجو خودداری می کند.			
۵	از بحث کردن با مددجو خودداری می کند.			
۶	مددجو را به ارتباط مناسب تشویق می کند.			
۷	به پیشرفت های مددجو بازخورد مثبت می دهد.			
۸	به مددجو در مورد فعالیت های مورد انتظار از او توضیح می دهد.			
۹	مددجو را به فعالیت های دو نفره تشویق می کند، سپس در صورت تحمل مددجو وی را در گروه های بزرگتر قرار می دهد.			
۱۰	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به سوء مصرف مواد

اهداف:

- ۱- کاهش خطر آسیب، به خود و دیگران
- ۲- کمک به مددجو جهت مراجعه به مراکز ترک سوء مصرف مواد
- ۳- کمک به مددجو جهت اجتناب از مصرف مواد مخدر

وسایل مورد نیاز:

وسایل مهار فیزیکی در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از مددجو در مورد تاریخچه ، زمان، مقدار و موادی که استفاده می کند سوال می کند.			
۲	با خانواده و افراد مهم جهت ارزیابی اطلاعات مددجو مصاحبه می کند.			
۳	مددجو را در نزدیکترین مکان به ایستگاه پرستاری (در معرض دید) قرار می دهد.			
۴	خطر تشنج را در مددجو مورد ارزیابی قرار می دهد.			
۵	اگر مددجو خطر آسیب به خود دارد از مهار فیزیکی وی به طرز صحیح استفاده می کند.			
۶	از هرگونه سرزنش مددجو (به دلیل مصرف مواد) خودداری می کند.			
۷	در صورت عدم آگاهی مددجو از موقعیت زمانی مکانی و.. وی را آگاه می سازد.			
۸	جذب و دفع مواد به خصوص الکترولیت ها را در مددجو مورد ارزیابی قرار می دهد.			
۹	مددجو را به مصرف مایعات از راه دهان تشویق می کند.			
۱۰	اگر مددجو عوارضی چون تهوع و استفراغ داشت امکان استفاده از مایع درمانی وریدی را مورد ارزیابی قرار می دهد.			
۱۱	از روش های ایجاد آرامش مانند لمس (در صورت امکان) استفاده			

			می کند.	
			مددجو را به حمام کردن و پوشیدن لباس مناسب تشویق می کند.	۱۲
			در صورتی که مددجو قادر به انجام فعالیت های مراقبت از خود نیست به او در این امر کمک می کند.	۱۳
			درباره ادامه درمان و پیگیری آن آموزش مورد نیاز را به مددجو می دهد.	۱۴
			درباره انتقال ایدز آموزش مورد نیاز را می دهد.	۱۵
			مددجو مبتلا به ایدز را به مراکز درمانی مخصوص ارجاع می دهد.	۱۶
			جهت کاهش عوارض جسمانی در صورت لزوم طبق دستور پزشک از PRN استفاده می کند.	۱۷
			تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.	۱۸

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: محیط درمانی

هدف:

حفظ امنیت مددجو از مخاطرات جسمانی و هیجانی

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط فیزیکی را مورد بررسی و کنترل قرار می دهد.			
۲	یک محیط امن درمانی جهت مددجو فراهم می کند.			
۳	با سایر اعضای تیم درمان جهت مراقبت واحد از مددجو هماهنگی می کند.			
۴	سایر مددجویان را مورد بررسی و کنترل مداوم قرار می دهد.			
۵	برقراری ارتباط مددجو را با پرسنل (جهت جلوگیری از مخاطرات هیجانی) تسهیل می کند.			
۶	استرس های محیطی را به حداقل می رساند.			
۷	مددجو را به مشارکت در فعالیت های اجتماعی مناسب تشویق می کند.			
۸	محیط مناسب برای ابراز احساسات منفی و مثبت بیمار فراهم می کند.			
۹	موارد ضروری را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به ترس

اهداف:

۱- فراهم کردن محیط امن جهت مددجو برای ابراز ترس و ناراحتی

۲- کاهش اضطراب و رفتارهای اجتنابی

۳- کمک به مددجو جهت ایفای نقش‌های اجتماعی و شغلی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار اجازه می دهد احساسات خود را بیان کند.			
۲	به مددجو درباره کاهش اضطراب و کنترل حملات اضطرابی آموزش می دهد.			
۳	به بیمار تکنیک های آرام سازی پیشرفته شامل تنفس عمیق، تمرکز بر عضلات خاص جهت کاهش تنش، تصویر سازی ذهنی و... را آموزش می دهد.			
۴	مددجو را در موقعیت هایی که موجب ترس می شود به تدریج به عامل ترس نزدیک می کند (حساسیت زدایی منظم که بایستی طبق فرآیند انجام شود).			
۵	کار با مددجو را از موقعیت هایی که اضطراب کمتر دارد شروع کرده و ضمن آرام سازی، مددجو را گام به گام به جلو می برد.			
۶	در صورتی که در هر گام مددجو دچار اضطراب شد به گام قبلی برمی گردد.			
۷	بازخورد مثبت به هر گام بیمار می دهد.			
۸	به خانواده شیوه مقابله موثر با ترس را در بیمار آموزش می دهد.			
۹	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به سندرم استرس پس از سانحه (PTSD)

اهداف:

- ۱- ایجاد محیط امن جهت بیان حوادث تروماتیک و احساسات
- ۲- ایجاد تعادل بین خواب و بیداری و فعالیت‌های مددجو
- ۳- افزایش مهارت‌های انطباقی مددجو در مقابل استرس
- ۴- آشناسازی مددجو با سیستم‌های حمایتی اجتماعی
- ۵- پی گیری درمان توسط مددجو

عامل انجام کار: پرستار - روان شناس

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	جهت کار با مددجو افراد ثابتی را در نظر می گیرد.			
۲	درباره تجربیات مددجو و رفتارهای وی اطلاعات کسب نموده و به سایرین نیز انتقال می دهد.			
۳	رفتار بیمار را مورد قضاوت قرار می دهد.			
۴	سابقه سوء مصرف مواد را مورد بررسی قرار می دهد.			
۵	در صورت سوء مصرف مواد مددجو را به برنامه درمانی مناسب ارجاع می دهد.			
۶	به مددجو جهت صحبت درباره تجربیاتش کمک می کند.			
۷	مددجو را به بیان احساس از طریق صحبت کردن، نوشتن، گریه کردن یا سایر روش هایی که بیمار مایل است تشویق می کند.			
۸	بیمار را به بیان تجربیات در گروه درمانی یا سایر گروه های حمایتی تشویق می کند.			
۹	درباره تکنیک های مدیریت استرس، آرام سازی و مهارت های مناسب دیگر آموزش های مورد نیاز را به بیمار می دهد.			
۱۰	به بیمار در مقابل تغییر رفتار مطلوب بازخورد مثبت می دهد.			
۱۱	درباره تفریح با بیمار صحبت می کند یا وی را به یک برنامه درمانی، تفریحی مناسب ارجاع می دهد.			
۱۲	با مددجو درباره شغل، تاریخچه شغلی، استرس مرتبط با شغل صحبت می کند.			
۱۳	به خانواده و سایر افراد مهم درباره رفتارهای پس از سانحه آموزش می دهد.			
۱۴	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را گزارش و ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو با انکار غیرموثر

اهداف:

۱- افزایش مشارکت مددجو در برنامه درمانی

۲- ایجاد محیط امن جهت ابراز احساسات از جمله ترس و اضطراب

۳- افزایش مهارت انطباقی و اجتماعی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	سبک زندگی مددجو را از نظر فعالیت ها و ارتباط با دیگران، سیستم حمایتی و ... بررسی می کند.			
۲	مددجو را از نظر درک از درمان و مشکلات جسمانی بررسی می کند.			
۳	از بیمار درباره درک از استرس، منابع رضایت و عدم رضایت از زندگی، ارتباطات مهم و ... سوال می کند.			
۴	با بیمار درباره ارتباط هیجانات با استرس و علایم جسمانی با وضعیت بیماری صحبت می کند.			
۵	به مددجو جهت بیان احساس کمک می کند.			
۶	به مددجو و خانواده درباره مفهوم علایم جسمانی، استرس و مهارت های مدیریت استرس آموزش می دهد.			
۷	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را ثبت و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به اختلال شخصیت وابسته

اهداف:

۱- ایجاد محیط امن جهت ابراز احساسات

۲- آشناسازی مددجو با سیستم‌های حمایتی جامعه

۳- تشویق مددجو به پیگیری درمان

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به مددجو جهت بیان احساسات کمک می‌کند.			
۲	مددجو را به مشارکت در گروه های کوچک تشویق کرده و در صورت موفقیت در گروه های بزرگتر شرکت می‌دهد.			
۳	مددجو را به برقراری ارتباط تشویق می‌کند.			
۴	جهت ادامه درمان بعد از ترخیص برنامه ریزی می‌کند.			
۵	مددجو را به ادامه درمان پس از ترخیص تشویق می‌کند.			
۶	مراقبت های مورد نیاز را جهت کنترل تطابق غیر موثر انجام می‌دهد.			
۷	مراقبت های مورد نیاز جهت جلوگیری از احساس عدم کنترل را انجام می‌دهد.			
۸	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را ثبت و گزارش می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو مبتلا به اختلال سلوک (Conductive disorder)

اهداف:

- ۱- افزایش مهارت‌های حل مسئله
 - ۲- افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی مددجو
 - ۳- ایجاد محیط امن جهت بیان احساسات
 - ۴- ایجاد فرصت جهت برقراری ارتباط با خانواده توسط مددجو
 - ۵- ایجاد فرصت جهت پذیرش نقش توسط مددجو
 - ۶- ایجاد فرصت جهت شناسایی احساسات، توانایی و ضعف‌های خود توسط مددجو
- عامل انجام کار: پرستار - روانشناس

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	مددجو را در جریان نقش، انتظارات و مسوولیت هایش قرار می دهد.			
۲	از Time out به روش صحیح استفاده می کند.			
۳	به مددجو جهت بیان احساسات خود کمک می کند.			
۴	محیط امنی جهت مددجو فراهم می کند.			
۵	مددجو را به فعالیت فیزیکی تشویق می کند.			
۶	به مددجو درباره رفتارهای پرخطر آموزش می دهد.			
۷	جهت آموزش مددجو از پمفلت یا سایر وسایل کمک آموزشی استفاده می کند.			
۸	میزان اطلاعات مددجو را بررسی می کند.			
۹	به مددجو در قبال تغییر رفتار مطلوب بازخورد مثبت می دهد.			
۱۰	فرآیند حل مسئله را به مددجو آموزش می دهد و به اجرای آن در زندگی وی کمک می کند.			
۱۱	به مددجو جهت پذیرش احساسات و عواطف کمک می کند.			
۱۲	به والدین روش ارتباط با مددجو را آموزش داده و به ارتباط با مددجو تشویق می کند.			
۱۳	به مددجو و خانواده جهت صحبت کردن و گوش دادن کمک می کند.			
۱۴	به مددجو و خانواده جهت پذیرش مسوولیت ها در خانواده کمک می کند.			
۱۵	به مهارت های ارتباطی بیمار بازخورد مستقیم و صادقانه می دهد.			
۱۶	به مددجو جهت بحث و تبادل نظر درباره احساساتش با دیگران کمک می کند.			
۱۷	به مددجو جهت تمرکز بر حال به جای گذشته کمک می کند.			
۱۸	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را ثبت و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو با تشخیص مسمومیت با لیتیوم

اهداف:

۱- حفظ سطح درمانی لیتیوم

۲- جلوگیری از بروز عوارض

۳- حفظ حیات بیمار

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	تاریخچه بیماری های قبلی را بررسی می کند.			
۲	سابقه مصرف لیتیوم را بررسی می کند.			
۳	وضعیت مصرف نمک را کنترل می کند.			
۴	وجود هرگونه اختلال متابولیکی را بررسی می کند.			
۵	علایم حیاتی مددجو را طبق دستور کنترل و ثبت می کند.			
۶	سطح هوشیاری مددجو را کنترل می کند.			
۷	مددجو را از نظر اختلالات الکترولیتی بررسی می کند.			
۸	مددجو را از نظر دهیدراتاسیون بررسی می کند.			
۹	اتاق بیمار را از نظر تهویه مناسب بررسی می کند .			
۱۰	هرگونه تغییرات رفتاری بیمار را به طور دقیق ثبت و گزارش می کند.			
۱۱	مددجو را از نظر وضعیت تغذیه ای بررسی می کند.			
۱۲	هر گونه تغییر وضعیت مددجو را سریعاً گزارش داده و در پرونده ثبت می کند.			
۱۳	داروهای مورد نیاز را طبق دستور پزشک استفاده می کند.			
۱۴	آزمایشات پاراکلینیکی را هر چه سریع تر پیگیری می کند.			
۱۵	تغییرات سطح لیتیوم سرم را به پزشک معالج گزارش می کند.			
۱۶	در صورت نیاز مددجو را جهت همودایالیز آماده می کند.			
۱۷	آموزش های مورد نیاز را به مددجو و خانواده ارائه می دهد .			
۱۸	آموزش می دهد که سطح لیتیوم خون می بایست در سطح ۱-۱/۵ میلی اکی والان در لیتر حفظ شود.			
۱۹	بر مصرف نمک و آب به خصوص در روزهای گرم تاکید می ورزد.			
۲۰	کلیه اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شیو موهای زاید بدن بیماران روانی

انجام کارهای مربوط به کمک بهیاران توسط پرستاران و بهیاران کنترل می شود.

اهداف:

۱- حفظ نظافت و بهداشت فردی و آراستگی ظاهر

۲- حفظ امنیت بیمار و پرستار

۳- جلوگیری از آلودگی محیط

وسایل مورد نیاز:

دستکش یکبار مصرف - گان یا پیشبند - ماسک - محافظ چشم در صورتی که امکان تماس با خون و مایعات بدن وجود دارد - ماده ضدعفونی (ایزوپروپیل الکل ۷۰٪) - حوله حمام - صابون یا کرم مخصوص شیو کردن - خودتراش (یک بار مصرف ایمن یا برقی) - ظرف مخصوص جمع آوری خودتراش آلوده - برچسب - برس مخصوص تمیز کردن خودتراش برقی

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کلیه وسایل را آماده می کند.			
۲	روی وسایل برچسب نام بیمار، شماره اتاق یا تخت را می زند و آنها را در یک ظرف دربسته قفل می کند.			
۳	خودتراش برقی را به وسیله برس مخصوص وایزوپروپیل الکل ۷۰٪ تمیز می کند. تیغه های خودتراش را ۱۰ دقیقه داخل الکل می گذارد، سپس اجازه می دهد در هوای آزاد خشک شوند.			
۴	به بیمار توضیح می دهد که خودتراش در محل خاصی نگهداری شده و مجدداً باید به پرستار باز گردانده شود و او اجازه ندارد خودتراش را نزد خود نگه دارد.			
۵	خودتراش دارای برچسب نام بیمار را از داخل ظرف مخصوص برمی دارد.			
۶	ماسک، گان و دستکش می پوشد.			
۷	برای بیمار کرم یا صابون مخصوص شیو کردن می زند یا می دهد خودش این کار را انجام دهد.			
۸	اگر بیمار خودش قادر نیست، موهای زاید بدن او را به وسیله خودتراش شیو می کند.			
۹	خودتراش استفاده شده را داخل ظرف جمع آوری می اندازد و در محل محفوظی دور از دسترس بیماران قرار می دهد.			
۱۰	دست های خود را می شویند.			
۱۱	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: اقدامات پرستاری هنگام اختلال در الگوی خواب
- اهداف:
- بیمار از خواب خود رضایت داشته باشد و به میزان متعارف بخوابد:
- الف - بعد از بیدار شدن از خواب احساس سر حال بودن کند.
- ب - مکرر خمیازه نکشد.
- ج - اشکال در تکلم نداشته باشد.
- د - زیر چشم هایش هاله سیاه نباشد.
- وسایل مورد نیاز:
- اتاق ساکت و آرام
- عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در برآوردن نیازهای فیزیولوژیک بیمار قبل از خواب کمک می کند.			
۲	اضطراب بیمار را قبل از خواب کاهش می دهد.			
۳	سر و صدا و فعالیت های اضافه را از محیط حذف می کند.			
۴	برای بیمار قبل از خواب جهت کمک به خوابیدن از نوشیدنی گرم استفاده می کند.			
۵	از روش های آرام سازی (ماساژ پشت، تصویر سازی هدایت شده، موزیک ملایم و ...) هنگام خواب استفاده می کند.			
۶	در هنگام روز از خواب های کوتاه جلوگیری می کند.			
۷	از خوردن قهوه، کولا، چای و شکلات پیش از خواب، جلوگیری می کند.			
۸	وسایل خواب راحت در اختیار بیمار قرار می دهد.			
۹	بیمار را راهنمایی می کند از غذاهای سبک قبل از خواب استفاده کند و نوشیدنی ها را محدود کند.			
۱۰	یک برنامه خواب برای بیمار تنظیم می کند.			
۱۱	میزان خواب، کیفیت خواب و میزان رضایت بیمار از خواب را ثبت می کند.			



فصل پانزدهم مادران و نوزادان

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تجویز پروفیلاکسی چشم

هدف:

جهت پیشگیری از صدمات چشمی ناشی از کونژنکتیویت گنوکوکی در نوزاد متولد شده از مادر مبتلا به سوزاک (گنوره) از درمان پیش گیری استفاده می شود.

وسایل مورد نیاز:

پماد یا قطره دستور داده شده - دستکش - گاز پد

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش می پوشد.			
۲	از نور مستقیم استفاده نمی کند.			
۳	سر نوزاد را به آرامی به طرفی که قرار است دارو ریخته شود، می چرخاند.			
۴	با استفاده از انگشت اشاره دست غیر غالب به آرامی پلک بالا را به طرف بالا کشیده و با انگشت شست پلک پایین را به طرف پایین می کشد.			
۵	با استفاده از دست غالب، قطره یا پماد تجویز شده را در ساک ملتحمه پایین می ریزد.			
۶	مواظب است که قطره مستقیماً روی قرنیه ریخته نشود.			
۷	نوک قطره یا پماد با چشم بیمار تماس پیدا نکند.			
۸	پلک ها را بسته و با دست نگه می دارد تا دارو در سطح چشم پخش شود. همین مراحل را در چشم مقابل اجرا می کند.			
۹	یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند. اگر این پروسیجر در اتاق زایمان انجام شود، انجام آن را در فرم مربوط به اتاق زایمان ثبت می کند و اگر در بخش نوزادان انجام می شود در گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: شست و شوی واژن

اهداف:

۱- درمان یا پیشگیری از عفونت

۲- از بین بردن ترشحات بد بو یا تحریک کننده

۳- کاهش التهاب

۴- تسکین ناراحتی واژن

وسایل مورد نیاز:

لگن - بالش - مشمع و رویه - ملحفه - ست شست و شوی واژن شامل: لوله - سوند و کلامپ - ظرف جهت محلول شست و شو - پایه سرم - محلول شست و شوی دستور داده شده - دستکش - دستمال کاغذی - پد - شورت سرجی فیکس - کیسه نایلونی - وسایل شست و شوی پرینه در صورت لزوم .

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محلول شست و شوی واژن را از نظر نوع، مقدار، درجه حرارت، غلظت محلول و دفعات استعمال کنترل می کند.			
۲	وسایل را آماده می کند و با خود به اتاق بیمار می برد.			
۳	بیمار را از برنامه مورد نظر مطلع ، خلوت او را فراهم می کند.			
۴	بیمار را به روش زیر آماده می کند: الف - برای بیمار توضیح می دهد که شست و شوی واژن دردناک نیست و این روش حدود ۱۰ دقیقه به طول می انجامد (برخی بیماران تمایل دارند خود این شست و شو را انجام دهند. در این صورت آموزش های مورد نیاز را به آنها می دهد). ب - از بیمار می خواهد که مثانه خود را خالی کند .			
۵	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد: الف - بیمار را با ملحفه می پوشاند و پوشش های رویی تخت را به طرف پائین تا می کند. ب - بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد . ج - مشمع و رویه را زیر بیمار پهن می کند . د - لگن را زیر بیمار قرار می دهد.			

			هـ - بالش را جهت محافظت و راحتی بیمار در گودی کمر وی قرار می دهد .	
۶			وسایل را به طریق زیر آماده می کند: الف - سوند را به ظرف حاوی محلول متصل کرده و آن را کلامپ می کند. ب - سر دیگر سوند را به سرلوله وصل می کند . پ - ظرف محتوی محلول را به پایه سرم آویزان می کند به طوری که انتهای آن ۳۰ سانتی متر بالاتر از واژن قرار گیرد . ت - کلامپ را باز می کند و اجازه می دهد مقداری مایع از سرلوله به داخل لگن ریخته شود.	
۷			ناحیه پرینه را بررسی و تمیز می کند: الف - دستکش ها را می پوشد. ب - در صورت استفاده از پد آن را داخل کیسه نایلونی قرار می دهد. ج - ناحیه واژن را از نظر هرگونه بوی ترشح بررسی می کند و از بیمار در مورد وجود هرگونه ناراحتی سؤال می کند . د - در صورت لزوم ، پرینه بیمار را شست و شو می دهد.	
۸			عمل شست و شو را به روش زیر انجام می دهد : الف - مقدار کمی از محلول شست و شو را روی پرینه می ریزد سپس به دقت سوند را به داخل واژن وارد می کند. جهت ورود سوند به طرف پایین و عقب (ساکروم) می باشد. ب - سوند را به اندازه ۷-۱۰ سانتی متر وارد کرده و جریان مایع را شروع می کند. در این حال چندین بار سوند را می چرخاند. ج - اجازه می دهد تمام محلول دستور داده شده به واژن وارد و از آن خارج شود. د - سوند را خارج می کند. ی - به بیمار کمک می کند که روی لگن بنشیند تا تمام مایع خارج شود .	
۹			آسایش بیمار را فراهم می کند: الف - لگن را از زیر بیمار بر می دارد. ب - ناحیه پرینه را خشک می کند. ج - مشمع و رویه را بر می دارد. د - در صورت وجود ترشح زیاد ، یک پد تمیز را با استفاده از شورت سرجی فیکس درمحل ثابت می کند .	
۱۰			دستکش ها را خارج می کند.	

			وسایل را به محل مربوطه بر می گردانند و توجه مورد نیاز را از آنها به عمل می آورد.	۱۱
			دست ها را می شویند.	۱۲
			اطلاعات خود در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده شامل، زمان انجام شست و شو، نوع، مقدار، درجه حرارت، غلظت محلول و نکات مورد ارزشیابی را در پرونده بیمار یادداشت می کند.	۱۳

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل ناحیه اپی زیاتومی

اهداف:

۱- تشخیص به موقع وجود هماتوم

۲- پیش گیری از بزرگ شدن هماتوم

۳- تسکین درد ناحیه پرنیه

وسایل مورد نیاز:

دستکش - ژل - ست شست و شوی پرنیه - سرم فیزیولوژی - کیف یخ

عامل انجام کار: ماما، پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۵	نور کافی جهت دید بهتر موضع فراهم می کند.			
۶	بیمار را در وضعیت لیٹاتومی در تخت قرار می دهد.			
۷	روی پاهای بیمار را حتی الامکان با یک ملافه می پوشاند.			
۸	در صورتی که بیمار قادر به خروج از بستر نمی باشد وسایل شست و شوی پرنیه را به اتاق وی می برد.			
۹	ناحیه اپی زیاتومی را به دقت بررسی می کند (تغییر رنگ پوست یا رنگ پریدگی، درد شدید، عدم امکان دفع ادرار، وجود توده سفت، حساس و موج نشان دهنده تشکیل هماتوم می باشد).			
۱۰	جهت تعیین اندازه هماتوم آماده ی معاینه واژینال می شود.			
۱۱	دست ها را با آب و صابون می شوید.			
۱۲	دستکش استریل می پوشد.			
۱۳	ناحیه پرنیه را با سرم فیزیولوژی تمیز می کند.			
۱۴	جهت سهولت معاینه واژینال دستکش ها را به سرم فیزیولوژی آغشته می کند.			

۱۵	با انگشت سبابه معاینه را انجام می دهد (به علت درد شدید ناحیه پریینه).		
۱۶	پس از انجام معاینه دستکش را خارج نموده و در سطل زباله می اندازد.		
۱۷	در صورتی که بیمار قادر به دفع ادرار نمی باشد وی را سونداژ می کند.		
۱۸	وجود هماتوم را به پزشک اطلاع می دهد.		
۱۹	در هماتوم های کوچک کیف یخ را به روش صحیح روی موضع می گذارد تا باعث تسکین درد شود.		
۲۰	در صورتی که بیمار خون ریزی دارد و منشأ خون ریزی نیز مشخص نباشد، دستکش استریل می پوشد.		
۲۱	با گاز استریل واژن را به مدت ۲۴-۱۲ ساعت پک می کند.		
۲۲	پس از انجام کار دستکش ها را خارج می کند.		
۲۳	دست ها را با آب و صابون می شوید.		
۲۴	علائم حیاتی (RR-T- PR- BP) بیمار را هر ۴ ساعت کنترل می کند.		
۲۵	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ، زمان بررسی، مشاهده ی هماتوم و خون ریزی ب- در صورت توشه واژینال نام معاینه کننده ج- وسعت ناحیه ی هماتوم و خون ریزی د- زمان اطلاع به پزشک ه- انجام تکنیک پکینگ ی - کلیه ی علائم حیاتی کنترل شده در هر ۴ ساعت		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از اپی زیاتومی

اهداف:

۱- کنترل ناحیه اپی زیاتومی از نظر تشکیل هماتوم

۲- پیشگیری از بروز عفونت در ناحیه اپی زیاتومی

۳- کمک به تسکین درد ناحیه

۴- تسریع در ترمیم محل بخیه ها

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - ژل - ست شست و شوی پرینه - سرم فیزیولوژی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۵	نور کافی جهت دید بهتر موضع فراهم می کند.			
۶	بیمار را در وضعیت لیتاتومی در تخت قرار می دهد.			
۷	روی پاهای بیمار را حتی الامکان با یک ملحفه می پوشاند.			
۸	در صورتی که بیمار قادر به خروج از بستر نمی باشد وسایل شست و شوی پرینه را به اتاق وی می برد.			
۹	سست شست و شو را به روش استریل باز می کند.			
۱۰	دستکش استریل می پوشد.			
۱۱	شست و شوی پرینه را به روش صحیح انجام می دهد (۲ بار در روز).			
۱۲	دستکش ها را خارج نموده و به روش صحیح دور می اندازد.			
۱۳	وسایل را جمع آوری می کند، می شوید و در جای خود قرار می دهد.			
۱۴	چراغ را به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه بین پاهای بیمار طوری قرار می دهد			

			که ناحیه ی واژینال حرارت ببیند (۳ بار در روز).	
			روزی ۴-۳ بار هر بار به مدت ۱۵ دقیقه به بیمار لگن آب گرم به روش صحیح می دهد.	۱۵
			کلیه مشاهدات و یافته های خود را از نظر وجود هماتوم یا علایم عفونت و یا باز شدگی بخیه ها یادداشت می کند.	۱۶
			تاریخ و زمان دریافت شست و شوی پرینه ها، استفاده از چراغ، لگن آب گرم و طول زمان استفاده از آن را یادداشت می کند.	۱۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از احتقان پستان

اهداف:

۱- کاهش درد پستان

۲- ادامه شیر دهی - تخلیه شیر از پستان

۳- ایجاد حس همراه بودن با بیمار

وسایل مورد نیاز:

کیسه ی یخ - شیر دوش اختصاصی بیمار - پارچه ی تمیز - مسکن دستور داده شده - وسایل تزریق

عامل انجام کار: پرستار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.	۱
			خلوت بیمار را فراهم می کند.	۲
			دست ها را می شوید.	۳
			بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا خوابیده به پشت قرار می دهد.	۴
			کیف یخ را به روش صحیح روی پستان ها به مدت نیم ساعت قرار می دهد (۲-۳ بار در روز).	۵
			با نظر پزشک مسکن مناسب تزریق می کند.	۶
			در صورتی که نوزاد نتواند شیر بخورد با استفاده از شیر دوش اختصاصی سینه را دوشیده و شیر را جهت تغذیه نوزاد نگهداری می کند.	۷
			پس از اتمام دوشیدن شیر، شیر دوش را شسته و در جعبه مخصوص خود قرار می دهد.	۸
			پس از انجام کار دست ها را شسته و کیسه یخ را پس از ضد عفونی در فریزر قرار می دهد.	۹
			کلیه ی مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- وجود یا عدم وجود پر خونی پستان و وسعت آن ب- تعداد دفعات و مدت زمان گذاشتن کیف یخ ج- مقدار شیر دوشیده شده توسط شیر دوش و یا توانایی و عدم توانایی شیر خوردن نوزاد د- در صورت تجویز مسکن نوع، راه مصرف و دوز مصرف آن	۱۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل خون ریزی پس از زایمان - ماساژ رحم

اهداف:

۱- پیش گیری از اتلاف بیش از حد خون بیمار و احتمال بروز شوک

۲- پیش گیری از بروز آنمی و عوارض مربوط به آن

عامل انجام کار: ماما، پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار نموده و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۲	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۳	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۴	از خالی بودن مثانه بیمار مطمئن می شود.			
۵	دست ها را می شوید.			
۶	شکم بیمار را برهنه می کند و روی پاهای بیمار را با ملحفه می پوشاند.			
۷	با دست، به آهستگی حدود رحم را مشخص می کند (رحم باید ۲ - ۱ سانتی متر زیر ناف باشد).			
۸	در صورت شل بودن رحم، با فشار ملایم روی رحم اقدام به تخلیه خون از رحم می کند.			
۹	هم زمان یک رگ محیطی مناسب جهت انفوزیون سرم یا خون از بیمار می گیرد.			
۱۰	مقدار خون تخلیه شده از رحم را بررسی می کند و در صورت عدم کنترل خون ریزی به پزشک اطلاع می دهد.			
۱۱	کیف یخ را به روش صحیح روی رحم بیمار قرار می دهد.			
۱۲	به دستور پزشک داروهای منقبض کننده ی رحم را تزریق می کند.			
۱۳	برون ده اداری بیمار را کنترل می کند (هر ساعت ۲۰CC ادرار).			
۱۴	در صورت ادامه خون ریزی، کانال زایمان را از نظر وجود پارگی و یا باقی ماندن تکه ای از جفت بررسی می کند.			
۱۵	در صورت نیاز جهت بیمار خون رزرو می کند.			

۱۶	هر نیم ساعت P - BP را کنترل می کند.		
۱۷	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ، زمان بررسی و انجام ماساژ رحمی ب- میزان خون تخلیه شده و زمان اطلاع به پزشک ج- علایم حیاتی P -BP هر نیم ساعت د- در صورت درخواست خون، علت، زمان مصرف خون، تعداد کیسه خون و نوع فرآورده و زمان آماده شدن و انفوزیون خون ه- نوع، راه مصرف، دوز داروهای منقبض کننده (در صورت استفاده)، محل رگ ی- مدت زمان گذاشتن کیف یخ		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی خون ریزی واژینال

هدف:

جلوگیری از خون ریزی غیر طبیعی واژینال و بروز علایم شوک

وسایل مورد نیاز:

دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	از بیمار می خواهد که ادرار خود را دفع کند.			
۴	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۵	رحم را ماساژ می دهد.			
۶	در فواصل هر ۱۵ دقیقه فشار خون و نبض بیمار را کنترل می کند.			
۷	جذب و دفع بیمار را کنترل می کند.			
۸	در صورت نیاز وسایل را برای انفوزیون داخل وریدی و تزریق اکسی توسین و خون کامل مهیا می کند.			
۹	روش های مراقبت از خود را به شکل مناسب و مفید به بیمار آموزش می دهد.			
۱۰	اهمیت استراحت و تغذیه کافی را به بیمار آموزش می دهد.			
۱۱	اطلاعات و مشاهدات اعم از تعداد دفعات ماساژ رحمی، فشار خون بیمار، شمارش تعداد پدهای بیمار و میزان جذب و دفع بیمار را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تعیین آپگار نوزاد

هدف:

شناسایی نوزاد با آپگار پایین و احیای سریع نوزاد

وسایل مورد نیاز:

ساعت ثانیه شمار - دستکش - استتوسکوپ (گوشی پزشکی) - برگ ارزیابی آپگار

عامل انجام کار: ماما، پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	نوزاد را خشک کرده و از هیپوترمی جلوگیری می کند.			
۴	نوزاد را در وضعیت ترندلنبرگ جهت درناژ ترشحات قرار می دهد.			
۵	سر را با بالا بردن بینی جهت باز نگه داشتن راه هوایی به آرامی وضعیت می دهد.			
۶	تلاش تنفسی نوزاد را بررسی می کند. در صورت نیاز با مالش پشت یا ضربه به کف پا، تحریک تنفسی می کند.			
۷	در صورت پاسخ تنفسی غیر طبیعی احیاء نوزاد را طبق دستور العمل انجمن قلب پرستاران ایران شروع می کند.			
۸	نبض نوزاد را با گوشی به مدت ۳۰ ثانیه کنترل می کند.			
۹	تنفس نوزاد را به مدت ۶۰ ثانیه می شمارد.			
۱۰	تون عضلانی و فعالیت نوزاد را بررسی می کند.			
۱۱	تحریک پذیری نوزاد به هر گونه محرک را بررسی می کند.			
۱۲	رنگ پوست نوزاد را بررسی می کند.			
۱۳	جهت جلوگیری از هیپوترمی نوزاد سریعاً نوزاد را می پوشانند.			
۱۴	نمره ی فعالیت های فوق در دقیقه ۱ و ۵ پس از تولد را در پرونده ی نوزاد ذکر می کند.			
۱۵	دستکش ها را خارج می کند.			
۱۶	دست های خود را می شوید.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تحویل نوزاد از لیبر یا اتاق عمل

هدف:

تحویل صحیح نوزاد و جلوگیری از جابه جا شدن نوزادان

وسایل مورد نیاز:

کات حمل نوزاد - ملحفه و پتوی نوزاد - پوار - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: ماما - پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش می پوشد.			
۲	کات حمل نوزاد را به روش صحیح ملحفه می کند.			
۳	پوار نوزاد را داخل کات همراه خود به لیبر یا اتاق عمل می برد.			
۴	هنگام تحویل نوزاد، به بند ناف، ناحیه ی ژنیتال، آپگار نوزاد و دستبند هویت نوزاد که روی مچ پا یا مچ دست بسته می شود توجه می کند.			
۵	در صورت داشتن ترشحات با استفاده از پوار ترشحات نوزاد را خارج می کند.			
۶	برگه ی شناسایی نوزاد را با مشخصات دستبند و پا بند نوزاد تطبیق می دهد.			
۷	پتو و ملحفه را روی نوزاد می کشد و نوزاد را سریعاً به بخش منتقل می کند.			
۸	ساعت، تاریخ تولد و تحویل نوزاد، تحویل دهنده و تحویل گیرنده و وجود هر گونه علامت را روی بدن نوزاد ذکر می کند.			
۹	دستکش خود را خارج و دست هایش را می شوید.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گرم کردن نوزاد

هدف:

جلوگیری از هیپوترمی نوزاد

وسایل مورد نیاز:

وارمر- دستکش - ملحفه و پتوی خشک - لباس نوزاد

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	انکوباتور یا وارمر را روشن نموده و به دمای مطلوب می رساند.			
۳	حوله و پتوی گرم را زیر وارمر آماده می کند.			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	نوزاد را زیر وارمر گرم قرار داده و با پوشش گرم خشک می کند.			
۶	حتی الامکان از اتلاف دما در نوزاد پیشگیری می کند.			
۷	درجه حرارت بدن نوزاد را به روش صحیح اندازه گیری می کند و به علایم هیپوترمی توجه می کند.			
۸	در صورت انتقال مادر به بخش برای گرم کردن، نوزاد را روی پوست سینه ی مادر که خشک است قرار می دهد.			
۹	لباس نوزاد و کلاه نوزاد را به روش صحیح زیر وارمر می پوشاند.			
۱۰	در صورت انتقال مادر به بخش سریعاً نوزاد را جهت شیر خوردن به کنار مادر می برد.			
۱۱	دستکش خود را در می آورد.			
۱۲	دست های خود را می شوید.			
۱۳	شدت هیپوترمی و درجه ی حرارت بدن نوزاد را در پرونده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی باز بودن آنوس هدف:

تشخیص زودرس بسته بودن آنوس و جلوگیری از عوارض آن

وسایل مورد نیاز :

دستکش، ژل لوبریکانت، سوندنلاتون

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۳	تا حد امکان از اتلاف دما و در معرض هوا بودن نوزاد جلوگیری می کند.			
۴	سوند نلاتون را باز می کند و مقداری ژل روی آن می ریزد.			
۵	نوزاد را طوری به پهلو می خواباند که مقعد آن نمایان باشد.			
۶	سوند نلاتون را به اندازه ی نیم تا یک سانتی متر داخل و سپس خارج می کند.			
۷	دستکش خود را خارج می کند.			
۸	دست های خود را می شوید.			
۹	مشاهدات خود را در مورد باز یا بسته بودن آنوس ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی رفلکس مورو در نوزاد

هدف:

بررسی وضعیت تعادل نوزاد

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	نوزاد را به پشت می خواباند.			
۳	دست را زیر سر نوزاد قرار می دهد، سر او را ۱/۵ تا ۲ سانتی متر بالا می آورد برای لحظه ای دست را از پشت نوزاد برمی دارد یا در حالی که روی تخت خوابیده است به او ضربه می زند.			
۴	در این حالت ابتدا دست و پا و انگشتان او باز شده و سپس جمع می کند و گاهی به دنبال آن گریه هم می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی رفلکس تونیک گردن

هدف:

بررسی سلامت عصبی نوزاد

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	نوزاد را به پشت می خواباند.			
۳	زمانی که نوزاد در حال استراحت است، اگر سر او را به یک طرف می چرخاند، پا در همان سمت باز و در سمت مقابل جمع می شود.			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی رفلکس جستجو یا ردیابی

هدف:

بررسی میزان عملکرد اعصاب مرکزی

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	نوزاد را به پشت می خواباند.			
۳	اگر گوشه لب یا گونه ی نوزاد را به آرامی لمس کند نوزاد سر خود را به آن طرف برمی گرداند.			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	مشاهدات خود را در پرونده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی رفلکس مکیدن

هدف:

بررسی وضعیت هوشیاری مغزی و عدم آسیب مغزی

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	نوزاد را به پشت می خواباند.			
۳	شی را به لب های نوزاد تماس می دهد (نوزاد حرکات مکیدن را انجام می دهد).			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی رفلکس گرفتن

هدف:

بررسی شبکه ی عصبی- بازویی

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	نوزاد را به پشت می خواباند.			
۳	انگشت خود را در کف دست نوزاد قرار می دهد نوزاد در حالتی که انگشت وی را در دست دارد دست خود را محکم می بندد به طوری که می تواند نوزاد را با آن بلند کند و نوزاد نیز وزن خود را تحمل می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی رفلکس بابنسکی

هدف:

بررسی رشد کافی سیستم عصبی

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	نوزاد را به پشت می خواباند و کف پای نوزاد را نمایان می کند.			
۳	وقتی کنار خارجی کف پای نوزاد را با یک شی غیر نوک تیز تحریک می کند شست و سایر انگشتان پای نوزاد باز می شود (حالت بادبزنی).			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: باز نگه داشتن راه هوایی

هدف:

جلوگیری از آسپیره کردن نوزاد

وسایل مورد نیاز:

دستکش یک بار مصرف - پوار - ساکشن در صورت نیاز - رسیور جهت خالی کردن محتویات پوار

عامل انجام کار: ماما - پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۳	نوزاد را به پهلو می خواباند.			
۴	پوار را در حالت مکش وارد دهان و بینی نوزاد کرده و ترشحات را خارج می کند.			
۵	اگر نیاز به نیروی مکش بیشتری بود از دستگاه ساکشن به روش صحیح استفاده می کند.			
۶	چنانچه پوار یک بار مصرف نبود آن را می شوید و جهت استریل کردن می فرستد.			
۷	دستکش خود را در می آورد.			
۸	دست های خود را می شوید.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: محافظت نوزاد در مقابل عفونت

هدف:

پیش گیری از عفونت نوزاد

وسایل مورد نیاز:

بتادین اسکراب - گان - دستکش - سیفتی باکس (Safty Box)

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از کار کردن با نوزاد دست های خود را می شوید.			
۲	دست های خود را به مدت ۲ دقیقه با بتادین شسته و قبل از شروع به کار ۱۵ ثانیه با صابون می شوید.			
۳	پس از شستن دست ها و قبل از کار کردن با نوزاد حتماً گان می پوشد.			
۴	تا زمانی که نوزاد به خون و مایع آمنیوتیک آغشته است دستکش می پوشد و آن را خارج نمی کند.			
۵	در صورت انجام خون گیری یا رگ گیری سر سوزن های آلوده را در سیفتی باکس می اندازد.			
۶	پس از اتمام کار دستکش و گان خود را خارج می کند.			
۷	دست هایش را پس از پایان کار ۱۵ ثانیه با صابون می شوید.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: محافظت نوزاد در مقابل صدمه

هدف:

پیش گیری از صدمات وارده به نوزاد

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست هایش را می شوید.			
۲	نوزاد را طوری می گیرد که پاها جداگانه با یک دست و با دست دیگر زیر سر و شانه به طور جداگانه گرفته شود.			
۳	وضعیت نوزاد را تغییر می دهد و پس از شیر خوردن، نوزاد را روی دست راست قرار می دهد.			
۴	پس از انجام هر اقدامی وسایل خود را با دقت جمع آوری می کند تا هیچ شی ای در کات نوزاد باقی نماند.			
۵	پس از پایان کار دست هایش را می شوید.			
۶	هر گونه تغییر پوزیشن دادن به نوزاد را در پرونده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: حمام دادن نوزاد

هدف:

تمیز نمودن پوست نوزاد

وسایل مورد نیاز:

حوله ی خشک - وسایل مورد نیاز برای استحمام

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	فقط قسمتی از بدن نوزاد را که می خواهد بشوید لخت می کند و سایر قسمت های نوزاد باید پوشیده باشد.			
۳	برای شستن هر قسمت باید لیف چرخانده شود و از قسمت های تمیز آن استفاده شود.			
۴	شست و شو را از سر تا به انتها انجام می دهد و هر قسمت را پس از شست و شو خشک می کند.			
۵	جهت شستن صورت چشم ها را از داخل به خارج شسته و سپس سوراخ های بینی را می شوید.			
۶	جهت شستن پاها و ناحیه ی ژنیتال در نوزادان دختر از جلو به عقب می شوید و خشک می کند.			
۷	لباس نوزاد را به روش صحیح می پوشانند.			
۸	دست های خود را می شود.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش مراقبت از نوزاد در منزل

هدف:

حفظ و ارتقاء سلامت نوزاد در منزل توسط والدین

عامل انجام کار: ماما- پرستار- بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به مادر آموزش می دهد اتاقی که نوزاد در آن ننگه داری می شود دارای نور کافی باشد و دمای آن بین ۲۳-۲۱ درجه ی سانتی گراد در روز و در شب بین ۱۸-۱۵/۵ درجه ی سانتی گراد باشد.			
۲	به مادر آموزش می دهد که رطوبت اتاق باید ۵۵ درصد باشد و در زمستان از دستگاه بخور استفاده شود.			
۳	به مادر آموزش می دهد که برای تهیه اتاق می توان از هر وسیله ای که ایمن بوده و هوای اتاق را تازه نگه دارد، استفاده کند.			
۴	به مادر می گوید نوزاد باید دارای محل خواب مناسب باشد، تشک وی نباید سفت باشد، پوشش تشک باید از جنس ضد آب باشد و ملحفه ی بزرگی تمام تشک را بپوشاند، پتوی نوزاد از جنس پنبه یا پشم یا مخلوطی از هر دو باشد.			
۵	به مادر می گوید .که قفسه ی لباس های نوزاد باید مخصوص به وی باشد.			
۶	به مادر روش صحیح حمام دادن نوزاد را آموزش می دهد و تاکید می کند چین های بدن مثل کشاله ران، زیر بغل، گردن باید به دقت و به طور کامل تمیز شود.			
۷	به مادر آموزش می دهد در صورتی که پوست سر کبره یا پوسته پوسته شده است شب با روغن زیتون محل آن را چرب نمود و صبح با دقت بشوید.			
۸	به مادر مراقبت های مورد نیاز از بند ناف را به روش صحیح آموزش می دهد.			
۹	به مادر چگونگی تعویض صحیح پوشک نوزاد را آموزش می دهد.			
۱۰	به مادر آموزش می دهد نوزادانی که شیر مادر می خورند روزانه			

			چندین بار عمل دفع انجام می دهند و نوزادانی که شیر خشک مصرف می کنند مدفوع سفت تر و زرد رنگ دارند و روزی یک بار دفع دارند.
۱۱			به مادر آموزش می دهد در اولین ماه های تولد نوزاد، خواب وی بیشتر و زمان بیداری کوتاه تر است که با رشد نوزاد این حالت تغییر می یابد.
۱۲			به مادر آموزش می دهد نوزادانی که تغذیه صحیح و خوب دارند در ۲۴ ساعت حداقل ۸-۶ کهنه خیس می کنند.
۱۳			به مادر آموزش می دهد هر ماهه نوزاد باید وزن شده و منحنی رشد نوزاد رسم شود و افزایش وزن نوزاد حدود حداقل ۵۰۰ گرم در هر ماه نشان دهنده ی تغذیه صحیح نوزاد می باشد.
۱۴			به مادر آموزش می دهد که تا شش ماه نوزاد نیاز به هیچ ماده ی دیگری حتی آب ندارد مگر این که پزشک استفاده از شیر خشک را تجویز کند.
۱۵			به مادر می گوید که شب هنگام حداقل هر سه ساعت نوزاد را (در صورتی که نوزاد بیدار نشد) بیدار نموده و شیر دهد.
۱۶			به مادر لزوم واکسیناسیون به موقع را یادآوری می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از خود بعد از زایمان در منزل

هدف:

ارتقاء سطح سلامت مادران

عامل انجام کار: ماما- پرستار- بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به مادر در مورد خون ریزی دوران نفاس، طول مدت خون ریزی و میزان آن آموزش می دهد.			
۲	به مادر در مورد زمان ازدیاد شیر آموزش می دهد.			
۳	به مادر علایم خطر پس از زایمان از جمله تب، خونریزی شدید واژینال، درد، حساسیت و تورم پاها را گوشزد نموده و یادآور می شود در صورت بروز هر کدام از این علایم هر چه سریعتر به پزشک مراجعه کند.			
۴	به مادر می گوید بعد از ۲۴ ساعت اول می تواند از حرارت مرطوب یا حمام آب گرم در جهت بهبود زخم اپی زیاتومی استفاده کند.			
۵	در صورتی که مادر عمل سزارین شده است چگونگی مراقبت از زخم پس از جراحی را طبق روش صحیح آموزش می دهد.			
۶	به مادر توصیه می کند دو هفته پس از زایمان طبیعی و یک هفته پس از سزارین جهت معاینه و ویزیت به درمانگاه مراجعه کند.			
۷	به مادر زمان انجام مراقبت بعد از زایمان را یادآور می شود.			
۸	به مادر روش های جلوگیری از بارداری بعد از زایمان را به روش صحیح آموزش می دهد.			
۹	به مادر رژیم غذایی صحیح پس از زایمان را توصیه می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش اصول مراقبت های ماستیت

هدف:

کمک به درمان ماستیت

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به مادر آموزش می دهد دست های خود را قبل از شیر دادن به نوزاد به روش صحیح بشوید.			
۲	به بیمار آموزش می دهد که خود را از جهت افزایش دما، لرز، تاکی کاردی، سردرد، حساسیت، سفتی و قرمزی پستان بررسی کند.			
۳	به مادر آموزش می دهد که تغذیه مکرر نوزاد از پستان ضروری است و در صورتی که نوزاد از خوردن امتناع می کند به طور مکرر سینه های خود را تخلیه کند.			
۴	به مادر می گوید در صورت شیر خوردن نوزاد از سینه ی مبتلا برای شست و شوی سینه فقط از آب ولرم استفاده کند.			
۵	به مادر آموزش می دهد پس از شیر خوردن نوزاد از سینه ی مبتلا یا دوشیدن پستان در انتها چند قطره از شیر را به صورت لوسیون به نوک سینه و هاله ی اطراف آن بمالد.			
۶	به مادر می گوید از سینه بند مناسب استفاده کند و به طور مکرر پدهای سینه بند را تعویض و به طور متناوب نوک پستان ها را در معرض هوا قرار دهد.			
۷	به مادر آموزش می دهد آنتی بیوتیک های خود را تا انتها مصرف کند.			
۸	به مادر آموزش می دهد جهت تسکین درد از کیف آب گرم در محل آبنه استفاده کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش لباس پوشاندن نوزاد توسط مادر

هدف:

جلوگیری از صدمه به نوزاد حین لباس پوشاندن

وسایل مورد نیاز:

بلوز - شلوار و کلاه و زیرپوش و پوشک برای نوزاد.

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به مادر می گوید دست های خود را به روش صحیح بشوید.			
۲	به مادر می گوید جهت حفظ سلامت نوزاد، ناخن ها باید کوتاه باشد و هیچ نوع لاکی نداشته باشد.			
۳	به مادر آموزش می دهد نوزاد را به پشت بخواباند و به روش صحیح نوزاد خود را پوشک کند.			
۴	به مادر می گوید زیرپوش و بلوزی را انتخاب کند که جهت پوشاندن، یقه ای متناسب با سر نوزاد داشته باشد.			
۵	به مادر می گوید ابتدا بلوز را از ناحیه ی یقه وارد تن نوزاد کند.			
۶	به مادر می گوید سپس دست خود را از قسمت مچ آستین وارد بلوز نموده، دست نوزاد را بگیرد و وارد آستین کند. همین کار را با دست دیگر نوزاد انجام دهد.			
۷	به مادر می گوید جهت پوشاندن شلوار در نوزاد نیز دست خود را از قسمت دم پای شلوار وارد کرده پای نوزاد را بگیرد و وارد شلوار کند. همین عمل را برای پای دیگر نوزاد نیز انجام دهد.			
۸	در انتها کلاه نوزاد را سرش کند و در صورتی که کلاه بنددار بود، بند کلاه را خیلی سفت و یا خیلی شل نبندد.			
۹	دست های خود را بشوید.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق ویتامین K هدف:

جلوگیری از خونریزی در نوزاد

وسایل مورد نیاز:

سرنگ انسولین، آمپول ویتامین K، پنبه الک، دستکش

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید و دستکش می پوشد.			
۲	به روش صحیح دارو را از آمپول می کشد (۱ mg - ۰/۵).			
۳	در نوزادان از عضله ی وستوس لترالیس و رکتوس فموریس استفاده می کند.			
۴	محل تزریق را برهنه می کند.			
۵	محل انتخابی را با استفاده از پنبه الک یا با ماده ی ضد عفونی کننده انتخابی موسسه خود به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج به وسعت ۵ سانتی متر پاک می کند.			
۶	پنبه الک را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر غالب خود قرار می دهد.			
۷	در حالی که منتظر خشک شدن پوست از ماده ی ضد عفونی است پوشش سر سوزن را برمی دارد.			
۸	سرنگ را طوری در دست خود بین انگشتان و شست می گیرد که سر سوزن به سمت پایین باشد.			
۹	با استفاده از دست دیگر پوست را کشیده، یا جمع می کند که این روش بسته به وزن نوزاد متفاوت است.			
۱۰	با یک حرکت ثابت، آرام و سریع سوزن را با زاویه ی ۹۰ درجه وارد می کند.			
۱۱	با دست چپ خود محل اتصال سر سوزن به سرنگ را گرفته و سوزن را ثابت نگه می دارد و با استفاده از دست راست خود پیستون را کمی عقب کشیده و آسپیره می کند.			
۱۲	در صورتی که خون وارد سرنگ نشده تزریق را انجام می دهد. در غیر این صورت سرنگ را خارج کرده دارو را دور می ریزد و از یک سرنگ جدید استفاده می کند.			

۱۳	پنبه الک را که از قبل بین انگشتان ۳،۴ دست چپ نگه داشته در اطراف محل تزریق قرار داده و سوزن را به سرعت از عضله خارج می کند.		
۱۴	پنبه الک را به آرامی در محل تزریق فشار می دهد، ناحیه را ماساژ نمی دهد، در صورت ادامه ی خونریزی محل را با گاز استریل خشک فشار می دهد تا خونریزی قطع شود.		
۱۵	دستکش خود را خارج می کند		
۱۶	دست های خود را می شوید.		
۱۷	مشاهدات خود از تزریق را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی بیمار پره اکلمپسی که سولفات منیزیوم دریافت می کند

هدف:

جلوگیری از مسمومیت با سولفات منیزیم

وسایل مورد نیاز:

ظرف اندازه گیری ادرار - دستکش لاتکس - سونی کیت جهت بررسی ضربان قلب جنین - دستگاه اندازه گیری فشار خون - درجه حرارت - چکش رفلکس

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید و دستکش می پوشد.			
۲	هر ۱ تا ۴ ساعت رفلکس پاتلا را به روش صحیح کنترل می کند.			
۳	بیمار را از نظر دپرسیون تنفسی بررسی می کند.			
۴	هر ۴ ساعت علایم حیاتی را به روش صحیح کنترل می کند.			
۵	هر ۴ ساعت میزان ادرار را از طریق خالی کردن بگ ادراری داخل ظرف اندازه گیری، دقیقاً بررسی می کند.			
۶	به طور روزانه وزن بیمار را از نظر ادم بررسی می کند.			
۷	ضربان قلب جنین را هر ۴ ساعت با استفاده از سونی کیت بررسی می کند.			
۸	دستکش خود را خارج می کند و دست های خود را می شوید.			
۹	مشاهدات خود را در پرونده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی رفلکس تاندون های عمقی در بیماری که سولفات منیزیوم دریافت می کند (رفلکس پاتلا و عضله ی دو سر بازو، قوزک پا).

هدف:

جلوگیری از مسمومیت با سولفات منیزیوم

وسایل مورد نیاز:

چکش رفلکس

عامل انجام کار: ماما، پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	جهت بررسی رفلکس پاتلا: الف - بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده قرار می دهد. ب- در صورتی که بیمار خوابیده، فرد معاینه کننده پاهای وی را نگه می دارد تا استراحت عضلات به راحتی صورت گیرد. ج- در صورتی که بیمار نشسته باید پاهای خود را از لبه ی تخت آویزان کند. م- با چکش رفلکس به تاندون پاتلا درست در زیر کشکک ضربه وارد می کند. ک- انقباض عضله ی چهار سر و کشیدگی زانو جزو واکنش های طبیعی به حساب می آید. ی - مشاهدات خود را ثبت می کند.			
۳	جهت بررسی عضله ی دو سر بازو: الف- با یک دست ساعد بیمار را نگه می دارد به طوری که انگشت شست را روی تاندون قرار می دهد. ب- با چکش رفلکس روی انگشت شست خود ضربه وارد می کند و واکنش طبیعی خم شدن آرنج و انقباض عضله ی دوسر می باشد.			
۴	جهت بررسی رفلکس قوزک پا: الف- پا را در ناحیه ی قوزک به عقب خم می کند و با چکش برتاندون کشیده شده ی آشیل ضربه وارد می کند. ب- این رفلکس به طور طبیعی سبب خمیدگی کف پا می شود.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش روش های تنظیم خانواده

هدف:

کمک به خانواده جهت انتخاب بهترین روش پیش گیری از بارداری

وسایل مورد نیاز:

قرص های جلوگیری از بارداری خوراکی LD، HD - تری فازیک - لانیترونول

عامل انجام کار: پرستار، ماما

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
قرص های LD و HD و تری فازیک				
۱	به بیمار عملکرد قرص های خوراکی و میزان اطمینان از پیشگیری از بارداری را یادآور می شود.			
۲	به بیمار آموزش می دهد برای اولین بار از روز پنجم قاعدگی خوردن قرص های LD و HD را شروع کند.			
۳	به بیمار آموزش می دهد اولین روز قاعدگی روز اول حساب می شود.			
۴	به بیمار آموزش می دهد هر شب در ساعت معین یک عدد قرص بخورد و بهتر است پس از شام خورده شود تا عوارض گوارشی ایجاد نکند.			
۵	به بیمار آموزش می دهد که پس از ۲۱ روز قرص ها تمام می شود که هفت روز کامل قرص خورده نشود و از روز هشتم بسته ی بعدی را آغاز کند.			
۶	به بیمار می گوید در عرض ۳ الی ۵ روز پس از قطع قرص خونریزی شروع می شود.			
۷	به بیمار می گوید اگر پس از اتمام بسته ی اول در طی ۷ روز قاعدگی رخ ندهد برای اولین بار اشکالی ندارد و طبق دستور از روز هشتم بسته ی بعدی را آغاز می کند. ولی اگر پس از اتمام بسته ی دوم نیز قاعدگی ایجاد نشد مصرف قرص باید قطع شود و از روش دیگری استفاده کند و تست حاملگی انجام دهد.			
۸	به بیمار آموزش می دهد که اگر یک شب خوردن قرص را فراموش کرد شب بعد ۲ عدد قرص مصرف کند، اگر دو شب به طور متوالی خوردن قرص را فراموش کرد، به مدت ۲ شب هر شب ۲ قرص			

			مصرف کند و از یک روش مکانیکی مثل کاندوم نیز استفاده کند و در صورتی که ۳ شب خوردن قرص را فراموش کرد، مصرف قرص را قطع کرده و از یک روش دیگر استفاده کند.
قرص های لاینسترونول و تری فازیک			
۱			به مادر شیرده که به کودک خود شیر می دهد مصرف آن را توصیه می کند.
۲			به مادر می گوید، زمانی که نوزاد صرفاً از شیر مادر تغذیه می شود (تا پایان ۶ ماهگی) می تواند از این قرص استفاده کند.
۳			به مادر می گوید مصرف قرص را ۶ هفته بعد از تولد آغاز کند. اگر قاعدگی زودتر از ۶ هفته شروع شود مصرف قرص را از روز اول عادت ماهیانه شروع کند و در صورت عدم شروع قاعدگی ابتدا آزمایش حاملگی انجام دهد و در صورت منفی بودن نتیجه ی آزمایش می تواند مصرف قرص را آغاز کند.
۴			به مادر می گوید به دلیل ضعیف بودن اثر این قرص ها برای موفقیت باید در ساعت مشخص مصرف شود و تا آخر بسته ی ۲۸ عددی میل کند و بلافاصله روز بعد حتی اگر پریود شروع شده باشد مصرف اولین قرص از بسته ی جدید را آغاز کند.
۵			به مادر آموزش می دهد قرص اگر کمتر از ۳ ساعت بعد از زمان معین فراموش شود در همان لحظه قرص فراموش شده را بخورد و قرص بعدی را در همان موعد همیشگی میل کند و اگر مصرف قرص را برای مدت بیش از سه ساعت از موعد همیشگی فراموش کند در همان زمان به خاطر آوردن قرص فراموش شده میل کند و علاوه بر آن باید به مدت ۲ روز نزدیکی نکند و یا برای اطمینان به مدت ۲ روز از کاندوم استفاده کند.
۶			یافته ها و موارد آموزشی را ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وسایل مکانیکی جلوگیری از بارداری (استفاده از کاندوم)

هدف:

استفاده ی صحیح از کاندوم

عامل انجام کار: پرستار - ماما

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار آموزش می دهد باید قبل از نزدیکی از سوراخ نبودن کاندوم مطمئن شود.			
۲	به بیمار آموزش می دهد کاندوم را قبل از نزدیکی و در هنگام نعوظ آلت در تمام طول آلت تا قاعده بپوشاند.			
۳	به بیمار آموزش می دهد هنگام گذاشتن کاندوم باید فضای خالی کوچکی در انتهای آن باقی بماند تا مایع منی در آن جمع شود و باید هوای فضای خالی را خارج کند.			
۴	به بیمار آموزش می دهد بلافاصله بعد از انزال مقاربت متوقف شود در غیر این صورت احتمال نشت مایع به داخل واژن و حاملگی وجود دارد.			
۵	در هر بار نزدیکی از یک کاندوم استفاده کند.			
۶	یافته ها و موارد آموزشی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش در مورد استفاده از IUD

هدف:

نگهداری موفقیت آمیز IUD

وسایل مورد نیاز: IUD

عامل انجام کار: ماما، پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	مکانیسم عمل IUD را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	IUD را به بیمار نشان می دهد و مزایای استفاده از IUD را به بیمار توضیح می دهد.			
۳	به بیمار می گوید بهترین زمان برای کار گذاشتن IUD در روزهای ۵-۲ قاعدگی است.			
۴	به بیمار می گوید هنگام کار گذاشتن IUD گرفتن یک تست حاملگی ضروری است.			
۵	به بیمار می گوید پس از گذاشتن IUD باید ماه اول پس از پایان خونریزی قاعدگی سپس سه ماه بعد و بعد هر شش ماه نخ IUD کنترل شود.			
۶	به بیمار می گوید در عرض ۳-۲ ماه اول پس از گذاشتن IUD ممکن است دچار مشکلاتی مثل ترشح زیاد، خونریزی زیاد زمان قاعدگی، لکه بینی و کمردرد شود که پس از گذشت سه ماه برطرف شود.			
۷	به بیمار می گوید با گذاشتن IUD میزان خونریزی و درد قاعدگی افزایش می یابد.			
۸	به بیمار می گوید در ماه اول به خصوص هنگام قاعدگی پد خود را از نظر دفع IUD بررسی کند.			
۹	به بیمار می گوید در صورت تب، درد لگن، خونریزی و عدم قاعدگی در یک نوبت به پزشک مراجعه کند.			
۱۰	یافته ها و موارد آموزشی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت های پس از توبکتومی

هدف:

آموزش مراقبت از خود پس از توبکتومی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار ۸ ساعت پس از عمل جراحی قادر به حرکت کردن، شروع رژیم غذایی معمولی، و مراقبت از خود خواهد بود.			
۲	بیمار از دستکاری زخم محل عمل و خاراندن آن پرهیز کند.			
۳	به بیمار می گوید تورم اندک و درد پس از محل عمل تا یک هفته بعد از عمل معمولاً طبیعی است و به تدریج رفع می شود.			
۴	بخیه ها یک هفته بعد از عمل کشیده می شود و بیمار می تواند سه روز بعد از عمل استحمام کند.			
۵	به بیمار می گوید نزدیکی زمانی می تواند صورت گیرد که محل زخم به طور کامل بهبود یابد و بیمار احساس راحتی کند.			
۶	بعد از عمل نیازی به پانسمان کردن نیست.			
۷	به بیمار می گوید در صورتی که دچار تب، عفونت، لرز، ترشح غیر طبیعی رحمی و یا خونریزی بعد از عمل شد به پزشک مراجعه کند.			
۸	یافته ها، اقدامات و موارد آموزشی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش پس از وازکتومی

هدف:

مراقبت از خود پس از وازکتومی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار روش عمل انجام شده و مکانیسم آن را توضیح می دهد و به بیمار اطمینان می دهد که این یک راه مطمئن، سریع و بی خطر و دایمی است که بر میل و قدرت جنسی تأثیری ندارد.			
۲	به بیمار می گوید ۱ تا ۲ ماه پس از عمل وازکتومی تا مدتی در لوله های کیسه ی منی اسپرم وجود دارد. داوطلبین پس از انجام این روش برای مدت ۲ ماه و تا ۲۰ بار نزدیکی باید از روش های دیگری برای پیش گیری استفاده کنند.			
۳	برای پیگیری بعد از انجام وازکتومی و انجام تست های آزمایشگاهی جهت شمارش اسپرم دو ماه، چهار ماه و شش ماه بعد مراجعه داشته باشند.			
۴	به بیمار می گوید بعد از عمل از کیسه ی یخ برای کمپرس استفاده کند که این عمل به کم شدن ورم و خونریزی بسیار کمک می کند.			
۵	به بیمار می گوید تا یک هفته از فعالیت های سنگین خودداری کند.			
۶	به بیمار می گوید بهتر است تا یک هفته از لباس زیر تنگ و کش دار استفاده نکند.			
۷	محل جراحی باید تمیز و خشک باشد و ۴۸ ساعت پس از جراحی پانسمان برداشته و بیمار حمام کند.			
۸	به بیمار می گوید مختصر درد و کبودی موضع عمل طبیعی است ولی اگر هر یک از موارد تب، خونریزی محل عمل، درد و تورم بیش از حد موضع عمل وجود داشته باشد به پزشک مراجعه کند.			
۹	مشاهدات و اقدامات و موارد آموزشی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: پذیرش بیمار در لیبر

اهداف:

- ۱- کسب اطلاعات از بیمار یا همراهان جهت تصمیم گیری و اجرای خط مشی درمانی
- ۲- کاستن از اضطراب بیمار و تسهیل سازگاری او به محیط بخش
- ۳- تشویق بیمار به بیان مشکلات خود و شرکت در برنامه آموزشی مراقبتی - درمانی
- ۴- حصول اطمینان از آسایش و امنیت بیمار
- ۵- آشنایی با قسمتهای مختلف بخش و پرسنل شیفت
- ۶- تحقیق موارد اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن

وسایل مورد نیاز:

سونی کید - فتال مانیتورینگ - دستکش استریل - ژل - پنبه استریل و محلول ضد عفونی - گوشی و فشار سنج - ترمومتر - لباس یا گان بسته به مورد - وسایل شیو - وسایل انما - تخت ژنیکولوژی

عامل انجام کار: ماما - پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از بیمار شرح حال دقیق می گیرد.			
۲	معاینه فیزیکی انجام می دهد.			
۳	معاینه لگن و توشه واژینال انجام می دهد.			
۴	مانور لئوپولد را انجام می دهد.			
۵	به مدت ۱ دقیقه F. H.R. را انجام می دهد.			
۶	علایم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۷	بیمار را بستری می کند.			
۸	در موارد غیر طبیعی به پزشک اطلاع می دهد.			
۹	خروج مایع آمینوتیک را کنترل می کند.			
۱۰	میزان خونریزی را کنترل می کند.			
۱۱	میزان انقباضات را کنترل می کند.			
۱۲	میزان حرکات جنین را کنترل می کند.			

۱۳	از وجود هرگونه سابقه بیماری و جراحی در گذشته و حال و اطلاعات مربوط به حاملگی و زایمان های قبلی آگاهی می یابد.		
۱۴	سطح سلامتی بیمار را تعیین می کند.		
۱۵	با توجه به علایم زایمانی شروع زایمان را تعیین می کند.		
۱۶	موارد غیر طبیعی و پوزیشن جنین را مشخص می کند.		
۱۷	سلامت جنین را ارزیابی می کند.		
۱۸	با توجه به تخمین وزن جنین و تناسب آن با لگن مادر انجام زایمان طبیعی را پیش بینی می کند.		
۱۹	علت ایجاد خونریزی را تشخیص می دهد و اقدامات درمانی مورد نیاز و سریع را اجرا می کند.		
۲۰	یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : تغذیه نوزاد با شیشه

اهداف :

۱- تامین نیازهای تغذیه‌ای نوزاد در راستای رشد و تکامل طبیعی

۲- برقراری رژیم غذایی درمانی

۳- جلوگیری از عفونت مادر به نوزاد از طریق شیردهی (در موارد خاص)

ابزار مورد نیاز :

شیر خشک تجاری با فرمول تجویز شده توسط پزشک - شیشه - سرشیشه و در پوش (حتی‌الامکان یک بار مصرف) آن - پارچه یا دستمال تمیز - گان

عامل انجام کار : پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	هویت نوزاد را با کارت و دستور پزشک کنترل می‌کند.			
۲	در صورت حضور والدین ، روش انجام کار و ضرورت آن را به آنها توضیح می‌دهد.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می‌کند و از سلامت و بهداشتی بودن آنها اطمینان حاصل می‌کند.			
۴	دست های خود را می‌شوید.			
۵	شیشه شیر آماده شده را تکان می‌دهد و کمی از شیر را روی مچ دست خود می‌ریزد تا از باز بودن سوراخ سرشیشه مطمئن می‌شود.			
۶	در وضعیت نشسته کامل قرار می‌گیرد و نوزاد را در حالی که سر و پشت او را نگه داشته‌است در آغوش می‌گیرد، طوری که سر و شانه‌هایش کمی بالاتر از سطح بدن قرار بگیرند.			
۷	اگر نمی‌تواند نوزاد را در آغوش گیرد کنار او می‌نشیند و سرو شانه‌هایش را کمی بالاتر از بدن نگه می‌دارد.			
۸	سرشیشه را داخل دهان نوزاد می‌گذارد ولی خیلی عمیق فرو نمی‌برد تا رفلکس تهوع او را تحریک نکند. کودک باید شروع به مکیدن کند.			
۹	اگر کودک شیشه را نمی‌مکد به آهستگی بر چانه و گونه‌های نوزاد ضربه می‌زند با نوک سرشیشه لب‌های او را لمس می‌کند			

۱۰	تا وقتی کودک شیر می خورد و تا پایان تغذیه شیشه را بالا نگه می دارد.		
۱۱	طفل را به حالت سرپا، کمی خم به جلو در حالی که سر و سینه را با یک دست محافظت می کند، نگه می دارد.		
۱۲	یک دستمال تمیز روی شانه خود می گذارد و کودک را به حالت سرپا بغل می کند و به آرامی پشت او را مالش می دهد تا آروغ بزند و سپس او را به پهلوی راست یا به پشت می خواباند.		
۱۳	شیر باقیمانده را دور می ریزد و کلیه وسایل را کاملاً تمیز می کند.		
۱۴	دست هایش را می شوید.		
۱۵	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده طفل ثبت می کند (مقدار شیرخورده شده حتماً باید ثبت شود).		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تغذیه نوزاد به وسیله گاوآژ

اهداف:

۱- تامین نیازهای تغذیه ای در راستای رشد و تکامل طبیعی

۲- جلوگیری از آسپیراسیون مواد غذایی در نوزاد

وسایل مورد نیاز:

لوله تغذیه NG ۱/۲، ۳/۵ تا ۶ اینچ برای نوزادان نارس و ۸ اینچ برای سایر نوزادان - سرنگ تغذیه بزرگ (۲۰ تا ۵۰ سی سی) - شیر خشک تجویز شده یا شیرمادر، آب مقطر استریل - متر نواری - نوار چسب - گوشی پزشکی (استتوسکوپ) - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	هویت نوزاد را با دستور پزشک کنترل می کند.			
۲	در صورت حضور والدین روش انجام کار و ضرورت تغذیه نوزاد به این روش را توضیح می دهد.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۴	شیر آماده شده یا شیر مادر را تا دمای اتاق گرم می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	آب مقطر استریل را باز می کند.			
۷	سرنگ را از پوشش آن خارج می کند.			
۸	با استفاده از سانتی متر نواری طول مورد نیاز لوله تغذیه را از بینی تا لاله گوش و سپس به سمت پایین تا انتهای جناغ سینه اندازه می گیرد.			
۹	روی لوله اندازه مطلوب را با استفاده از یک تکه چسب علامت می زند.			
۱۰	نوزاد را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد و زیر سر او را کمی بالا می آورد یا در وضعیت چرخیده به سمت راست در حالی که سر و سینه نوزاد کمی بالاتر باشد قرار می دهد.			
۱۱	دستکش می پوشد.			
۱۲	سر نوزاد را با دست بی حرکت نگه داشته و لوله تغذیه را به آب مقطر استریل آغشته می کند (با دست دیگر).			
۱۳	لوله را به آرامی از سوراخ بینی به سمت جلو و پایین وارد می کند.			

		صورت وجود هرگونه مقاومت سر راه ورود، لوله را خارج و از سوراخ دیگر بینی اقدام می کند.	
۱۴		لوله را با استفاده از یک تکه نوار چسب روی گونه نوزاد محکم و ثابت می کند.	
۱۵		کمی از محتویات معده را با سرنگ می کشد و PH آن را کنترل می کند.	
۱۶		۵/۰ تا ۱ سی سی هوا به داخل لوله می فرستد و با گوشی صدای عبور هوا را در معده و طرفین قفسه سینه گوش می دهد.	
۱۷		پس از وارد کردن لوله با استفاده از چراغ قوه و آبسلانگ دهان نوزاد را جهت جلوگیری از جمع شدن لوله در دهان بررسی می کند.	
۱۸		حجم مواد کشیده شده را یادداشت می کند و دوباره به معده برمی گرداند.	
۱۹		اگر نسبت به محل صحیح قرار گرفتن لوله مطمئن نیست چند سانتی متر بیشتر لوله را فرو می برد و دوباره امتحان می کند.	
۲۰		پیستون سرنگ را خارج می کند و سرنگ را از شیر خشک آماده یا شیر مادر طبق دستور پزشک پر می کند و غذا را به آهستگی در عرض ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به داخل معده می فرستد (با بالا نگه داشتن سرنگ شیر به داخل معده فرستاده می شود).	
۲۱		پس از پایان تغذیه، لوله را می بندد تا هوا داخل معده نوزاد نشود.	
۲۲		با چند قطره آب استریل داخل لوله را شست و شو می دهد.	
۲۳		طفل را در وضعیت صحیح قرار می دهد(ایستاده رو به بالا یا در حالت نشسته کامل).	
۲۴		با یک دست سر و سینه او را نگه می دارد و با دست دیگر به آرامی پشت او را مالش می دهد تا آروغ بزند.	
۲۵		طفل را روی شکم یا سمت راست می خوابانند(تا یک ساعت پس از تغذیه).	
۲۶		دست های خود را می شوید.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش تغذیه نوزاد با شیر مادر

اهداف:

۱- تامین نیازهای تغذیه‌ای نوزاد در راستای رشد و تکامل طبیعی

۲- تامین آگاهی‌های مورد نیاز برای مادر در جهت شیر دادن به نوزاد

وسایل مورد نیاز:

گازاستریل - جریان شیرکافی - دادن وضعیت راحت برای شیردادن به مادر و نوزاد - چندعدد بالش - بروشور و بسته‌های آماده آموزش - پمپ شیر در صورت لزوم

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را برای والدین توضیح می دهد و فواید شیردادن را به مادر گوشزد می کند.			
۲	یک محیط امن و خصوصی برای مادر فراهم می کند(پرده یا پاراوان را می کشد، در اتاق را می بندد).			
۳	وسایل و شرایط کار را آماده می کند.			
۴	مادر را تشویق می کند که نیازهای اولیه کودک خود را (تعویض پوشک، لباس خیس و...) برآورده نموده در صورت لزوم در این کار به او کمک می کند.			
۵	دست های خود را می شوید و مادر نیز دست هایش را می شوید.			
۶	به مادر کمک می کند در راحت ترین وضعیت خود برای شیردادن قرار بگیرد (برای این کار می تواند از گذاشتن یک یا دو عدد بالش پشت سر و یک بالش زیر دست مادر استفاده کند).			
۷	به مادر کمک می کند یک پستان خود را بیرون بیاورد و آن را بشوید و تمیز کند (با آب ولرم).			
۸	به مادر آموزش می دهد نوزاد را طوری بغل کند که سر نوزاد در چین آرنج مادر باشد ، دست نوزاد که به این سمت است به کمر مادر هدایت شود و ساعد مادر در امتداد پشت و باسن نوزاد باشد.			
۹	به مادر نحوه صحیح در دست گرفتن هاله نوک پستان را آموزش می دهد.			

۱۰	به مادر آموزش می دهد تا با نوک پستان چند ضربه آهسته به گونه نوزاد خود بزند تا کودک پستان را به دهان بگیرد.		
۱۱	به مادر روش صحیح پستان به دهان گرفتن را توسط نوزاد آموزش می دهد.		
۱۲	به مادر آموزش می دهد حین شیردادن با شست دست پستان را طوری نگه دارد که بافت سینه سوراخ‌های بینی نوزاد را نپوشاند و مانع تنفس نوزاد نشود.		
۱۳	به مادر توصیه می کند در هر بار شیر دادن از یک سینه خود به طور کامل حداقل ۱۵ دقیقه شیر بدهد.		
۱۴	برای قطع شیردادن از یک پستان به مادر آموزش می دهد یک انگشت خود را به آرامی کنار دهان نوزاد بگذارد و آهسته پستان را از دهان نوزاد بیرون بکشد.		
۱۵	در صورت نیاز به استفاده از پمپ شیر به مادر نحوه استفاده از آن را آموزش می دهد.		
۱۶	در مورد درد سینه و تداوم شیردهی جهت تسکین درد و جریان بهتر شیر به مادر آموزش می دهد.		
۱۷	به مادر آموزش می دهد نوزاد را در وضعیت صحیح نگه دارد و با یک دست پشت او را به آهستگی مالش دهد و تلاش کند تا هوای بلعیده شده از معده نوزاد بیرون بیاید.		
۱۸	به مادر آموزش می دهد پس از پایان شیردهی ۱۵ دقیقه نوک پستان را در مجاورت هوای آزاد یا با یک گاز استریل یا پارچه کاملاً تمیز خشک کند و در مورد حمام روزانه و تعویض لباس نیز به مادر آموزش می دهد.		
۱۹	بسته آموزشی از قبل آماده شده را در اختیار مادر قرار می دهد تا بتواند در فواصل آزاد آن را مطالعه کند.		
۲۰	دست های خود را می شوید.		
۲۱	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده مادر و کودک ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از ناف

اهداف:

۱- پیشگیری از عفونت

۲- تسریع در ترمیم ناف

وسایل مورد نیاز:

گاز استریل - آب مقطر استریل یا نرمال سالین

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را به والدین توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را کنترل و آماده می کند			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	کودک را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۵	ناحیه ی ناف را از نظر احتمال عفونت و خونریزی ارزیابی می کند.			
۶	ناحیه ی ناف را با نرمال سالین شست و شو داده و خشک می کند.			
۷	با پیچاندن یک گاز استریل به دور بند ناف و گیره آن را تثبیت می کند (تنها ۲۴ ساعت اول تولد).			
۸	کهنه و پوشک نوزاد را پایین تر از بند ناف می بندد.			
۹	کودک را در وضعیت مناسب و راحتی قرار می دهد.			
۱۰	به والدین در مورد عدم دستکاری ناف و گیره ی آن و نحوه بستن پوشک آموزش می دهد.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	گزارش کامل و دقیقی از وضعیت ناف و سیر بهبودی و خشک شدن ناف در پرونده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تغییر وضعیت نوزاد

اهداف:

۱- ایجاد تحریک نوزاد

۲- افزایش خورسانی در تمام بافت‌های بدن

۳- جلوگیری از زخم فشاری

وسایل مورد نیاز:

ملحفه - پتو - ماساژور (در صورت لزوم) - برگه ثبت تغییر وضعیت

عامل انجام کار: ماما - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را برای والدین توضیح می‌دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را کنترل و آماده می‌کند.			
۳	قبل از انجام کار، دست‌های خود را می‌شوید.			
۴	کودک را در وضعیت موجود ارزیابی و معاینه می‌کند.			
۵	نقاط تحت فشار در نوزاد را مشخص می‌کند.			
۶	بر اساس نقاط تحت فشار برنامه‌ی تغییر وضعیت را می‌نویسد.			
۷	نوزاد را هر ۲-۳ ساعت یکبار تغییر وضعیت می‌دهد.			
۸	تغییر وضعیت نوزاد را به آرامی انجام داده و محل‌های تحت فشار را به آرامی ماساژ داده یا نوازش می‌کند.			
۹	هر گونه عارضه پوستی ناشی از وضعیت بدنی را بررسی و ثبت می‌کند.			
۱۰	به والدین نحوه تغییر وضعیت نوزاد (با آرامش و نوازش) و چگونگی بررسی نواحی تحت فشار را آموزش می‌دهد.			
۱۱	دست‌های خود را می‌شوید.			
۱۲	در پرونده بیمار نحوه تغییر وضعیت و واکنش‌های کودک به این اقدامات را به طور دقیق ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: واکسیناسیون

اهداف:

۱- ایجاد ایمنی در کودک

۲- پیشگیری از ابتلاء به بیماریهای عفونی مسری

وسایل مورد نیاز:

واکسن- پنبه و الکل- سرنگ (انسولین ۱CC- معمولی ۲ سی سی)

عامل انجام کار : پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به کودک و والدین توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را کنترل و آماده می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	درجه ی حرارت محیط را کنترل می کند (درجه حرارت ۲۴ درجه سانتی گراد).			
۵	واکسن مورد نظر را آماده کرده و طبق دستور داخل سرنگ می کشد.			
۶	محل تزریق را انتخاب و آماده می کند.			
۷	کودک را در یک وضعیت ثابت قرار می دهد.			
۸	طبق روش صحیح تزریق (زیرجلدی، عضلانی و داخل جلدی) را انجام می دهد.			
۹	کودک را بغل کرده و نوازش می کند.			
۱۰	به والدین درمورد مراقبت از محل واکسن، واکنش های احتمالی و اقدامات مورد نیاز در صورت تب و ... آموزش می دهد.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	در کارت واکسیناسیون کودک نوع واکسن- مقدار آن- تاریخ و نوبت بعدی را ثبت می کند.			
۱۳	در دفتر مخصوص مشخصات بیمار، نوع واکسن، محل تزریق، تاریخ و ... را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: فتوترایی

اهداف:

۱- کاهش میزان بیلیروبین سرم خون

۲- جلوگیری از عوارض هیپربیلی روبینمی

وسایل مورد نیاز:

کات یا وارمر- دستگاه فتوترایی- چشم بند- ملحفه- دماسنج

عامل انجام کار: ماما- پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای والدین توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را کنترل و آماده می کند.			
۳	دست های خود را قبل از انجام کار می شوید.			
۴	محیط را از نظر درجه حرارت کنترل می کند (۲۴ درجه سانتی گراد).			
۵	تمام لباس های نوزاد را در می آورد.			
۶	چشم های نوزاد را با وسیله مناسب (چشم بند کتانی) می پوشاند.			
۷	ناحیه ژنیتال را با کهنه کوچکی می پوشاند (هدف پوشانیدن گناد ها چه در نوزاد پسر و چه در نوزاد دختر می باشد).			
۸	چراغ های لامپ فتوترایی را از نظر عمر و ساعت کارکرد کنترل می کند.			
۹	نوزاد در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۱۰	فاصله ی کودک را از لامپ فتوترایی ۲۵ - ۲۰ سانتی متر و در موارد هیپربیلی روبینمی شدید ۱۵ سانتی متر قرار می دهد.			
۱۱	نوزاد را در حین فتوترایی هر ۲ ساعت یکبار تغییر وضعیت می دهد.			
۱۲	در حین فتوترایی میزان بیلی روبین سرم خون را حداقل هر ۲۴ ساعت یکبار طبق دستور پزشک کنترل می کند.			
۱۳	به والدین در مورد نحوه فتوترایی و چگونگی شیردهی در حین فتوترایی آموزش می دهد.			

			نوزاد را از نظر رنگ، علایم حیاتی به ویژه درجه حرارت زیر بغل هر ۲ ساعت، تمامیت پوست، جذب و دفع دقیق، کنترل وضعیت آب بدن نوزاد از نظر تورگور پوستی - عوارض جانبی فتوتراپی - کنترل ترشح چشمی و اشک ریزش - قوام مدفوع و شکم - فعالیت نوزاد (هیپوتونی) - رفتارهای تغذیه ای - واکنش به اطراف - پاسخ های رفتاری - وضعیت خواب و بیداری کنترل می کند.	۱۴
			گزارش کامل و دقیقی از واکنش های بیمار نسبت به فتوتراپی در پرونده ثبت می کند.	۱۵

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: اندازه گیری قد - وزن - دور سر

هدف:

معاینه و ارزیابی رشد و تکامل نوزاد و مطابقت با نمودار رشد و تکامل

وسایل مورد نیاز:

سانتی متر - وزنه - ملحفه و پتو - برگه ثبت یا کارت - دستکش چنانچه نوزاد هنوز حمام نشده باشد

عامل انجام کار: ماما-پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای والدین توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را کنترل و آماده می کند.			
۳	دمای اتاق را ۲۴ درجه سانتی گراد تنظیم می کند.			
۴	قبل از انجام کار دست های خود را می شوید.			
۵	کودک را در یک وضعیت راحت و مناسب قرار می دهد.			
۶	سانتی متر تمیز شده را دور سر نوزاد (از برجسته ترین قسمت پشت سر تا پیشانی) قرار می دهد (بزرگترین قطر سر).			
۷	میزان اندازه گیری شده را در برگه مربوطه ثبت نموده و با روزهای قبل مقایسه می کند.			
۸	نوزاد را در یک وضعیت کاملاً کشیده (پاهای صاف شده) قرار می دهد.			
۹	سانتی متر را از بالاترین قسمت سر تا کف پاشنه پا قرار می دهد.			
۱۰	میزان قد اندازه گیری شده را در برگه مخصوص ثبت می کند.			
۱۱	برای اندازه گیری وزن نوزاد کلیه لباس های اضافی را از بدن او در می آورد.			
۱۲	ملحفه ای روی وزنه تنظیم شده قرار می دهد.			
۱۳	نوزاد را روی وزنه می گذارد.			
۱۴	میزان وزن نوزاد را در برگه مربوطه ثبت می کند (با احتساب وزن ملحفه).			

۱۵	سانتی متر را پشت نوزاد می گذارد و تا روی خط فرضی نوک بین سینه ها امتداد داده و دور سینه او را اندازه می گیرد.		
۱۶	میزان دور سینه اندازه گیری شده را در برگه مخصوص ثبت می کند.		
۱۷	نوزاد را لباس پوشانده و در وضعیت راحتی قرار می دهد.		
۱۸	وزن نوزاد را با روزهای قبل مقایسه می کند.		
۱۹	به والدین درمورد چگونگی اندازه گیری قد، وزن و دور سر آموزش می دهد.		
۲۰	گزارش کامل و دقیقی از مقادیر اندازه گیری و تغییرات آنها را در پرونده ثبت می کند.		
۲۱	وسایل مورد استفاده (وزنه و سانتی متر) را تمیز و ضد عفونی می کند.		
۲۲	اگر به نوزاد تجهیزات یا وسیله خاصی وصل است باید در پرونده او ثبت گردد.		

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: کمک در تعویض خون
- اهداف:
- ۱- کاهش میزان بیلی روبین خون نوزاد
 - ۲- پیشگیری از بروز کرنیکتروس
 - ۳- درمان سپسیس نوزادی
- وسایل مورد نیاز:
- ست تعویض خون - گان و دستکش استریل - ماسک - آمپول کلسیم - لوله آزمایش - تیغ بیستوری و نخ بخیه - کاتتر بند ناف - ست کت دان - شان پرفوره - سرنگ - بتادین
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نوزاد را ۴ - ۳ ساعت قبل از تعویض خون NPO می کند.			
۲	مکان مناسب جهت تعویض خون آماده می کند: الف - تعویض خون در مکانی انجام شود که امکان احیاء نوزاد فراهم باشد. ب- اتاق و مکان تعویض خون دارای درجه حرارت مناسب باشد (وارمر گرم). پ- اکسیژن و دستگاه ساکشن آماده باشد. ت - دستگاه پالس اکسی متری آماده باشد.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۴	رضایت نامه کتبی از والدین توسط پزشک اخذ می شود و وی آن را چک می کند.			
۵	روش کار و لزوم انجام آن را به والدین توضیح می دهد.			
۶	جواب آزمایش بیلی روبین را کنترل می کند.			
۷	در خواست خون (FFP و پکسل) را قبل از انجام تعویض ارسال می کند.			
۸	گروه خون و RH مادر و نوزاد را پیگیری می کند.			
۹	تاریخ اهداء خون ، گروه خون و RH را کنترل می کند.			
۱۰	خون را قبل از تجویز به آرامی گرم می کند (انکوباتور گرم یا آب			

			۳۷ درجه سانتی گراد)	
۱۱			دست ها را می شوید.	
۱۲			نوزاد باید دارای یک رگ باز و مطمئن باشد.	
۱۳			نوزاد را بدون لباس روی وارمر گرم قرار می دهد.	
۱۴			در صورتی که نوزاد بند ناف نداشته باشد وسایل کت دان نوزاد را آماده می کند.	
۱۵			علائم حیاتی نوزاد را حین انجام تعویض خون کنترل می کند (آریتمی - هیپوتانسیون و تغییر دما ...).	
۱۶			رعایت نکات آسپتیک در حین انجام پروسه الزامی است.	
۱۷			در طول فرآیند تعویض خون باید کیسه خون تکان داده شود تا از رسوب گلبول های قرمز جلوگیری شود.	
۱۸			تعویض خون در هر سیکل باید به میزان ۵ ml/kg باشد و به ازاء هر ۱۰۰ - ۲۰۰ ml خون تعویض شده ۱ سی سی گلوکونات کلسیم ۱۰ درصد انفوزیون شود.	
۱۹			ضربان قلب را در زمان تزریق کلسیم کنترل می کند.	
۲۰			زمان شروع و اتمام تعویض خون را کنترل و چارت می کند.	
۲۱			مقدار خون مصرف شده را چارت می کند.	
۲۲			نام پزشک ، مهر و امضاء را کنترل می کند.	
۲۳			فیزیوتراپی نوزاد را با چشم و ژنیتال بسته پس از تعویض خون شروع می کند.	
۲۴			عوارض احتمالی (خونریزی - دیستانسیون و ...) را کنترل و ثبت می کند.	
۲۵			در صورت طبیعی بودن علائم حیاتی ۴ - ۳ ساعت پس از تعویض خون تغذیه نوزاد را شروع می کند.	
۲۶			بیلی روبین نوزاد را ۴ ساعت پس از اتمام تعویض خون اندازه گیری می کند.	
۲۷			یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.	

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: کمک در انجام ختنه
- اهداف:
- ۱- ارتقاء سطح بهداشت
 - ۲- کاهش خطر فیموزیس
 - ۳- کاهش خطر سرطان پنیس
 - ۴- کاهش خطر سرطان دهانه رحم در همسر
- وسایل مورد نیاز:
- سینی مخصوص ختنه (شامل کلامپ های مخصوص ختنه، مخروط در سایزهای مختلف، چاقوی جراحی، پروب) قیچی - فورسپس - ظرف استریل - حوله استریل و شان استریل - محلول بتادین - وسیله محدود کننده کودک - دستکش استریل - گاز وازلین - پدهای گازی ۱۰ × ۱۰ سانتی متر - در در صورت لزوم: bell پلاستیکی مخصوص ختنه - پماد ضد میکروبی - بی حس کننده موضعی - وارمر
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از شروع روش اطمینان می یابد که والدین روش انجام کار را درک کرده اند.			
۲	یک رضایت نامه از والدین می گیرد (توسط پزشک).			
۳	تذکر می دهد که برای پیش گیری از استفراغ و خطر آسپیراسیون، ۲ - ۱ ساعت قبل از ختنه به نوزاد شیر داده نشود.			
۴	نوزاد را با وسایل محدود کننده در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۵	دستکش استریل می پوشد.			
۶	پزشک دستکش استریل می پوشد.			
استفاده از کلامپ Yellen				
۷	ناحیه پنیس و اسکروتوم را با بتادین تمیز می کند.			
۸	پزشک کلامپ Yellen را روی پرپوس قرار می دهد.			
۹	از یک مخروط کوچک برای نگهداری پنیس استفاده می کند.			
۱۰	برای پیش گیری از عفونت و کنترل خون ریزی محل زخم را با گاز وازلین استریل پانسمان می کند.			
استفاده از bell پلاستیکی				

۱۱	پزشک وسیله پلاستیکی را بین پرپوس و پنیس قرار می دهد.		
۱۲	یک بخیه کوچک اطراف پرپوس زده می شود.		
۱۳	پس از زدن بخیه، قسمت باقی مانده پرپوس دچار ایسکمی و آتروفی شده و پس از ۵ تا ۸ روز جدا می شود.		
۱۴	پس از اتمام کار نوزاد را از وسایل محدود کننده خارج می کند.		
۱۵	برای کاهش فشار به ناحیه مورد نظر و کنترل خونریزی، نوزاد را به پشت می خواباند.		
۱۶	از والدین می خواهد در کنار نوزاد باشند تا از سلامت او اطمینان یابند.		
۱۷	هر ۱۵ دقیقه به مدت یک ساعت و سپس هر یک ساعت به مدت ۲۴ ساعت نوزاد را از نظر وجود خونریزی بررسی می کند.		
۱۸	تا ادرار کردن نوزاد برای مرخص شدن او صبر می کند.		
۱۹	زمان و تاریخ ختنه، آموزش به والدین، خونریزی بیش از حد و ادرار کردن نوزاد را پیش از ترخیص ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی ضربان قلب جنین

اهداف: بررسی سلامتی جنین در طی بارداری

وسایل مورد نیاز:

مانیتورینگ جنین - ترانسدیوسر - اولتراسوند - ترانسدیوسرهای شکمی - ژل - بندهای ترانسدیوسر - پارچه مرطوب - کاغذ پرینت.

عامل انجام کار: ماما - پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	به وی توضیح می دهد که ممکن است این دستگاه موجب تولید صدا شود.			
۳	برای کاهش اضطراب مادر وی را مورد حمایت روانی قرار می دهد.			
۴	یک رضایت نامه آگاهانه از بیمار می گیرد.			
۵	کابل ترانسدیوسر شکمی را به دستگاه متصل می کند.			
۶	کابل اولتراسونوگرافی را به محل مخصوص خود بر روی دستگاه وصل می کند.			
۷	نام، تاریخ، علایم حیاتی و وضعیت بیمار را بر روی کاغذ پرینت دستگاه یادداشت می کند.			
۸	دست ها را می شوید.			
۹	بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا به پهلوئی چپ قرار می دهد.			
۱۰	پوشش های شکم بیمار را برمی دارد.			
۱۱	برای مشخص کردن فوندوس رحم، شکم را لمس می کند.			
۱۲	ترانسدیوسر شکمی را به وسیله بند روی فوندوس رحم قرار می دهد.			
۱۳	میل ثبت کننده امواج را روی ۵ تا ۱۵ میلی متر جیوه تنظیم می کند.			
۱۴	برای عبور بهتر امواج صوتی، بر روی شکم ژل می مالد.			
۱۵	برای مشخص کردن پشت جنین از مانور لئوپولد استفاده می کند.			
۱۶	ترانسدیوسر سر اولتراسوند را بر روی محلی که صدای قلبی به			

			بهترین وجه شنیده می شود قرار می دهد.	
۱۷			دستگاه پرینت را روشن می کند.	
۱۸			بر روی کاغذ پرینت وجود هر مسأله ای از قبیل سرفه، تغییر وضعیت، تجویز دارو، معاینه واژینال و فشار خون را که می تواند در تفسیر وضعیت جنین موثر باشد ذکر می کند.	
۱۹			مدت و دفعات انقباض رحمی را کنترل می کند.	
۲۰			برای تعیین شدت انقباضات شکم را لمس می کند.	
۲۱			به طور دوره ای ضربان قلب جنین را با انقباضات رحمی مقایسه می کند.	
۲۲			ارتباط بین زمان شروع کاهش FHR و شروع انقباض رحمی را ثبت می کند.	
۲۳			ارتباط بین زمان پایین ترین حد FHR و حداکثر انقباض رحمی را ثبت می کند.	
۲۴			هر ساعت اطلاعات هر دو ترانسدویوسر را بررسی می کند.	
۲۵			وضعیت پوست ناحیه زیر ترانسدویوسرها را بررسی می کند.	
۲۶			پس از برداشتن ترانسدویوسرها، ناحیه مورد نظر را با پارچه مرطوب پاک می کند.	
۲۷			اطلاعات شخصی بیمار را بر روی یک از برگه های پرینت دستگاه ذکر می کند.	
۲۸			زمان و انجام هر نوع معاینه واژینال، پارگی پرده ها، تجویز دارو و حرکت مادر و جنین را ثبت می کند.	
۲۹			زمان جابه جایی ترانسدویوسرها را مشخص می کند.	
۳۰			یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق آمپول رگام

اهداف:

۱- پیش گیری از تولید آنتی بادی توسط مادر در پاسخ به آنتی RH (D)

۲- پیش گیری از بروز بیماری های همولیتیک در نوزاد

وسایل مورد نیاز:

سرنگ ۳ سی سی - سر سوزن G ۲۲ - ویال رگام - پنبه الکلی - دستکش - فرم سه نسخه ای آزمایشگاه.

عامل انجام کار: ماما - پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	لزوم تزریق آمپول رگام را برای بیمار توضیح می دهد در صورت امتناع بیمار از تزریق، به پزشک اطلاع می دهد.			
۲	دو پرستار باید مشخصات ویال رگام و فرم سه نسخه آزمایشگاه را کنترل می کند.			
۳	فرم مربوطه را پر می کند.			
۴	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	آمپول رگام را آماده می کند.			
۸	تزریق را با اصول صحیح در ناحیه گلوئئال انجام می دهد.			
۹	دو نسخه از فرم آزمایشگاه و ویال خالی رگام را به آزمایشگاه می فرستد.			
۱۰	تاریخ، زمان و محل تزریق رگام را ثبت می کند در صورت امتناع بیمار از تزریق آن را ذکر می کند. هر نوع آموزش در مورد رگام را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: تعویض پوشک

اهداف:

۱- احساس راحتی نوزاد

۲- پیشگیری از سوختگی ناحیه ژنیتال و باتکس

وسایل مورد نیاز:

پوشک- مشمع گره‌ای یا دکمه‌ای یا پوشک کامل - پارچه نخی- آب ولرم- کرم یا لوسیون محافظت کننده- دروشیت- کیسه‌ی زباله

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش انجام کار را به والدین توضیح می دهد.			
۲	وسایل را کنترل و آماده می کند.			
۳	درجه حرارت اتاق را کنترل می کند (۲۴ درجه سانتی گراد).			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	پوشک کودک را باز کرده و آن را در کیسه زباله قرار می دهد.			
۷	محتویات روی پوشک را از نظر کیفیت دفعی و وجود خون ارزیابی می کند.			
۸	ناحیه‌ی باتکس و ژنیتال را به روش صحیح با آب ولرم می شوید.			
۹	ناحیه‌ی باتکس و ژنیتال و کشاله ران را از نظر بروز بثورات به طور کل بررسی می کند.			
۱۰	بعد از شستن و ارزیابی محل های باتکس و ژنیتال، پاها را به طور کل خشک می کند.			
۱۱	به مدت ۵ دقیقه کودک را در کهنه ساده پیچانده و آزاد می گذارد.			
۱۲	در صورت لزوم از کرم یا لوسیون محافظت کننده استفاده می کند.			
۱۳	مجدداً پوشک کودک را بدون هیچگونه فشاری به آرامی می بندد.			
۱۴	کودک را پس از نوازش در وضعیت راحتی قرار می دهد.			
۱۵	دستکش خود را خارج می کند.			
۱۶	دست های خود را می شوید.			
۱۷	هر گونه مشکلی در ارتباط با کیفیت دفعی، وجود بثورات روی پوست و ... را به پرستار مسئول گزارش داده و در پرونده ثبت می کند.			



فصل شانزدهم
واحد مراقبت‌های
ویژه نوزادان

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: احیای قلبی تنفسی در نوزادان (زیر یک سال)

اهداف:

۱- جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از آسیب هیپوکسی بافتی

۲- برقراری مجدد تنفس و برون ده قلبی

وسایل مورد نیاز:

تخته مخصوص احیاء

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در صورت فقدان هوشیاری ، برای باز کردن راه هوایی به او وضعیت مناسب می دهد.			
۲	در صورت عدم وجود تنفس دو تنفس موثر می دهد (به اندازه ای که قفسه سینه بالا بیاید).			
۳	در صورتی که با تنفس، قفسه سینه به سمت بالا حرکت نمی‌کند، به انسداد جسم خارجی در راه هوایی مشکوک می شود.			
۴	اقدامات مورد نیاز برای باز کردن راه هوایی را انجام می دهد.			
۵	در صورت باز شدن راه هوایی تنفس و نبض را بررسی می کند.			
۶	در صورت نیاز، احیاء را ادامه می دهد و کمک می خواهد.			
۷	با دهان خود، دهان و بینی نوزاد را کاملاً می پوشاند.			
۸	شیر خوار را با هوای دمی مختصری تنفس می دهد (حد اقل مقداری که بالا رفتن قفسه سینه نوزادان مشاهده شود).			
۹	در صورت وجود نبض بیش از ۶۰ ضربه در دقیقه هر ۳ ثانیه یک تنفس می دهد (۲۰ تنفس در دقیقه).			
۱۰	نبض نوزاد را در ناحیه براکیال (گودی آرنج) بررسی می کند.			
۱۱	در صورت عدم وجود نبض یا نبض کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه ماساژ قلبی را آغاز می کند.			
۱۲	یک خط فرضی بین دو نوک سینه نوزادان تصور می کند.			
۱۳	سرانگشت خود را مستقیماً زیر این خط فرضی روی استرنوم قرار می دهد.			
۱۴	بالانگشت میانی و انگشت اشاره، استرنوم را به اندازه ۱/۵ تا ۲/۵ سانتی‌متر به طرف داخل فشار می دهد.			

۱۵	در روش دیگر دو دست خود را دور قفسه سینه حلقه می کند به گونه ای که انگشتان شست در نیمه تحتانی استرنوم در کنار یکدیگر قرار گیرند و ماساژ می دهد .		
۱۶	حداقل ۱۰۰ فشار در دقیقه وارد می کند.		
۱۷	پس از هر ۵ ماساژ یک تنفس می دهد.		
۱۸	میزان ماساژ قلبی و تنفس در نوزادان به ترتیب ۱۰۰ ضربه در دقیقه و ۲۰ تنفس در دقیقه می باشد.		
۱۹	در صورت امکان از ماسک دارای bag استفاده می کند.		
۲۰	تمام وقایع هنگام احیاء از جمله نام افرادی که حضور داشتند را ثبت می کند. در صورت وجود وقفه تنفسی و قلبی آن را ثبت می کند. یادداشت می کند که در چه محلی این اتفاق افتاد، چه زمانی CPR آغاز شد، چه مدت انجام احیاء طول کشید و چه نتیجه ای در برداشت . بروز هر نوع عارضه ای را ثبت می کند. به عنوان مثال شکستگی دنده، ضرب دیدگی دهان یا نفخ شکم، همچنین آنچه که برای بهبود این عوارض انجام شده است. در صورتی که کودک احیای قلبی ریوی پیشرفته دریافت می کند، ثبت می کند که چه مداخلاتی انجام شد، چه کسی آنها را انجام داد، چه زمانی صورت گرفت و چه تجهیزاتی مورد استفاده قرار گرفت.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: باز کردن انسداد راه هوایی در نوزادان هوشیار

اهداف:

۱- جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از آسیب هیپوکسی بافتی

۲- برقراری مجدد تنفس

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	برای باز کردن انسداد راه هوایی نوزاد، وی را روی ساعد خود به گونه‌ای قرار می‌دهد که صورت وی به سمت زمین باشد و سر پایین‌تر از قفسه سینه قرار گیرد.			
۲	ساعد خود را روی پای خود قرار می‌دهد.			
۳	با کف دست آزاد خود، ۵ ضربه (Back Blow) به میان شانه‌های نوزاد وارد می‌کند.			
۴	در صورتی که انسداد همچنان وجود دارد، نوزاد را بین ساعد و کف دست خود قرار می‌دهد و چند ضربه به پشت وی می‌زند.			
۵	سر نوزاد را پایین‌تر از قفسه سینه قرار می‌دهد. فقط با استفاده از انگشت میانی و انگشت اشاره پنج فشار به قفسه سینه وارد می‌کند. فشار ایجاد شده درون قفسه سینه برای بیرون راندن جسم خارجی باید به اندازه نیروی یک سرفه باشد.			
۶	به منظور پیشگیری از صدمه، سرکودک را به خوبی نگه می‌دارد.			
۷	این روند را تا خروج جسم خارجی یا از دست دادن هوشیاری نوزاد ادامه می‌دهد.			
۸	از روش جارو کردن با انگشت (blind-finger sweep) برای خارج کردن جسم خارجی در نوزاد استفاده نمی‌کند، چون موجب پیش راندن جسم خارجی و انسداد بیشتر می‌شود. فقط از انگشت خود برای خارج کردن اجسامی که قابل رویت هستند استفاده می‌کند.			
۹	یافته‌ها و اقدامات خود را ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از نوزاد در عمل سزارین

اهداف:

۱- پیشگیری از هیپوترمی یا هیپرترمی نوزاد

۲- برقراری راه هوایی (تهویه و گردش خون مناسب در صورت نیاز)

۳- برقراری ارتباط عاطفی اولیه بین مادر و نوزاد

وسایل مورد نیاز:

گرم کننده نوزاد - دو تا سه عدد شان گرم - وسایل احیاء نوزاد - سرنگ و لوله آزمایش (در صورت لزوم) - دماسنج رکتال - انکوباتور پرتابل - قبل از شروع سزارین از حضور پزشک اطفال و متخصص بیهوشی ماهر در احیای نوزاد اطمینان حاصل می کند - کلیه وسایل احیا نوزاد را در سینی مخصوص آماده کرده و در دسترس قرار می دهد این وسایل شامل: (لارنگوسکوپ با تیغه مخصوص نوزاد (شماره ۱ و ۰) - سرنگ ۲ و ۵ سی سی - لوله تراشه از سایز ۲ تا ۴ - ماسک گرد نوزاد جهت آمبویگ - سوند اکسیژن متصل به منبع اکسیژن - ساکشن با سوند سایز ۸ و ۱۰ - چسب - آمبویگ نوزاد با سوند متصل به اکسیژن - داروهای احیا - آماده سازی وسایل: اتاق را کاملاً گرم کرده و بین (۲۸-۲۵) درجه ثابت نگه می دارد - گرم کننده نوزاد را روشن کرده و دو عددشان تمیز درون آن قرار می دهد. همچنین انکوباتور پرتابل را آماده می کند.

عامل انجام کار: پرستار ، بهیار ، تکنسین اتاق عمل و تکنسین بی هوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از خروج نوزاد با یک شان گرم و تمیز وی را پوشانده و سریع خشک می کند. خشک کردن را از ناحیه سر شروع می کند.			
۲	پس از دور کردن شان خیس از نوزاد وی را روی شکم مادر قرار می دهد تا تماس پوست با پوست برقرار شود این تماس دو فایده دارد: الف - گرم شدن نوزاد و جلوگیری از هیپوترمی ب - برقراری ارتباط عاطفی با مادر			
۳	راه هوایی نوزاد را چک کرده و توسط پوار تمیز می کند.			
۴	در صورتی که مادر دارای RH^{-} باشد، از بند ناف نمونه خون می گیرد.			

۵	پس از قطع اتصال بندناف توسط پزشک، نوزاد را به زیر وامر می برد.		
۶	وضعیت تنفس و آپگار نوزاد را در دقایق اول و پنجم کنترل می‌کند.		
۷	در صورت عدم تنفس، پوست بدن یا کف پا را با ماساژ و با ضربات ملایم تحریک می کند. در ضمن، خشک کردن و گرم کردن نوزاد را قطع نمی کند.		
۸	در صورت نیاز به ادامه احیاء از پزشک بیهوشی و اطفال کمک می‌گیرد.		
۹	پس از ثابت شدن وضعیت نوزاد و در صورتی که مادر تحت بیهوشی عمومی نباشد، وی را به مادر نشان داده و در آغوش مادر می گذارد.		
۱۰	کلیه اقدامات انجام شده و اطلاعات مربوط به زایمان (نوع بیهوشی، عامل زایمان، آپگار دقیقه اول و پنجم)، جنسیت نوزاد، ساعت و تاریخ انجام سزارین، وضعیت نهایی وجود یا عدم وجود آنومالی و سایر اطلاعات مورد نیاز را در پرونده ثبت می کند.		
۱۱	قبل از تحویل نوزاد به بخش درجه حرارت وی را کنترل کرده و در پرونده ثبت می کند. در صورت پایین بودن درجه حرارت پوشش نوزاد را افزایش داده (به خصوص پوشش سر) و زیر گرم کننده نگه می دارد.		
۱۲	پس از کسب اجازه از پزشک بیهوشی و اطفال، نوزاد را با دادن گزارش به پرسنل بخش تحویل می دهد.		
۱۳	جهت تحویل و انتقال نوزاد به بخش از انکوباتور پرتابل استفاده می کند.		
۱۴	در صورت موجود نبودن انکوباتور پرتابل، نوزاد را با پوشش اضافی در کاتی که از قبل گرم شده، گذاشته و منتقل می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تزریق ایمنوگلوبولین به نوزاد متولدشده از مادر HbSAg مثبت

هدف:

پیشگیری از ابتلاء نوزاد متولد شده از مادر HbSAg مثبت

وسایل مورد نیاز:

دستکش - سرنگ انسولین یا ۲ سی سی - آمپول ایمنوگلوبولین و واکسن هپاتیت

عامل انجام کار:

پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل کار را آماده می کند.			
۲	دمای اتاق را ۲۴ سانتی گراد تنظیم می کند.			
۳	دست ها را می شوید.			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	ایمنوگلوبولین را به میزان ۰/۵ سی سی داخل سرنگ می کشد.			
۶	واکسن هپاتیت B را به میزان ۰/۵ سی سی داخل سرنگ دوم می کشد.			
۷	نوزاد را در یک وضعیت ثابت قرار می دهد.			
۸	محل های تزریق را انتخاب و آماده می کند.			
۹	واکسن و ایمنوگلوبولین را به صورت عضلانی در ۲ منطقه جداگانه (در دو عضو) تزریق می کند.			
۱۰	نوزاد را آرام می کند.			
۱۱	دستکش ها را خارج نموده و دست خود را می شوید.			
۱۲	در پرونده نوزاد مشخصات، واکسن و دوز آن ، میزان ایمنوگلوبولین، محل تزریق، تاریخ و ... را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت : اندازه‌گیری بیلی‌روبین نوزاد بدون آزمایش خون

هدف:

اندازه‌گیری بیلی‌روبین نوزاد با حداقل آسیب و خطر

وسایل مورد نیاز :

دستگاه بیلی تست Bilicheck - برگ یا شیت - دستکش در صورت نیاز

عامل انجام کار : پرستار یا بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روند کار را به والدین توضیح می‌دهد.			
۲	دمای محیط را در ۲۴ درجه سانتی‌گراد تنظیم می‌کند.			
۳	دستگاه Bilicheck را آماده می‌کند.			
۴	دست‌ها را می‌شوید.			
۵	نوزاد را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌دهد.			
۶	چشم بند نوزاد را برمی‌دارد (در نوزاد تحت فتوتراپی).			
۷	منطقه حساس sensor دستگاه را روی ناحیه‌ای که نور فتوتراپی نگرفته قرار می‌دهد (ترجیحاً پیشانی) تا میزان بیلی‌روبین را نشان دهد.			
۸	چشم بند نوزاد را به آرامی می‌گذارد.			
۹	دست‌ها را می‌شوید.			
۱۰	میزان بیلی‌روبین را در برگه نوزاد ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آشنایی بامعیارهای ترخیص نوزاد نارس از بیمارستان

اهداف:

- ۱- آشنایی والدین با معیارهای ترخیص نوزاد
- ۲- پیشگیری از حوادث احتمالی ناشی از ترخیص زودهنگام
- ۳- کوتاه نمودن اقامت نوزاد در بیمارستان

وسایل مورد نیاز:

ترموتر - ترازو - برگه و خودکار

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط آرام و خلوتی را جهت آموزش و فرآیند ترخیص آماده می کند.			
۲	والدین را تشویق به گوش دادن دقیق و ثبت می کند.			
۳	معیارها را آرام و شمرده بیان می کند: - دمای بدن نوزاد در یک تخت روباز ثابت بماند (با ترومتر زیربغل). - هیچ حمله آپنه یا برادیکاردی نداشته باشد. - داروهای وریدی قطع یا تبدیل به خوراکی شده باشد. - نوزاد کل تغذیه را از پستان مادر یا بطری دریافت کند. - افزایش وزن براساس یک روند ثابت تقریبی ۳۰-۱۰ گرم در هر ۲۴ ساعت باشد. - واکسیناسیون استاندارد با دوز کامل پس از ترخیص از بیمارستان آغاز شود. - تمام نوزادان با وزن پایین هنگام تولد باید از نظر شنوایی بررسی شوند. - سطح هموگلوبین و هماتوکریت باید مشخص باشد تا از نظر احتمال آنمی بررسی شود.			
۴	زمان ارجاع و پیگیری به والدین یادآوری شود.			
۵	در خاتمه به سوالات والدین پاسخ می دهد.			
۶	کل فرآیند را ثبت و امضاء می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت : سنجش میزان اشباع هموگلوبین از اکسیژن از طریق پالس اکسی متری

اهداف :

۱- سنجش میزان اشباع هموگلوبین از اکسیژن با یک روش غیرتهاجمی

۲- کاهش و به حداقل رساندن آسیب به بیمار

۳- برقراری کنترل مداوم و ایمن نوزاد

وسایل مورد نیاز :

مانیتور و الکترودها - گاز - آب و صابون - پنبه الک

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	مراحل انجام کار را برای والدین شرح می دهد.			
۳	محیط آرام و گرم ۲۴-۲۱ درجه سانتی گراد را آماده می کند.			
۴	دست ها را می شوید.			
۵	محل قراردادن الکترودها را انتخاب می کند (منطقه صاف، جریان مویرگی خوب).			
۶	منطقه نشانگر detector را با پنبه الک تمیز می کند.			
۷	پوست نوزاد را با آب و صابون تمیز و خشک می کند.			
۸	الکترودها را در محل مناسب به طریق صحیح وصل می کند.			
۹	محل الکترودها را جهت جلوگیری از تحریک پوستی - سوختگی و ... هر ۲-۴ ساعت یکبار تعویض می کند.			
۱۰	میزان اشباع هموگلوبین را با ذکر ساعت ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تعیین و اندازه گیری علایم حیاتی نوزاد

اهداف:

- ۱- حصول اطمینان از سلامت نوزاد
 - ۲- تشخیص و درمان به موقع
 - ۳- حصول اطمینان از وضعیت ثابت در محیط خارج رحمی برای نوزاد
- وسایل مورد نیاز:
- استتوسکوپ (گوش پزشکی) - فشار سنج مخصوص اطفال/ نوزادان با کاف ۲/۵ سانتی متر - ترمومتر -
 شان گرم - دستکش در صورت لزوم - ساعت ثانیه شمار
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	دمای اتاق را ۲۴-۱۲ سانتی گراد تنظیم می کند.			
۳	روش کار را به والدین توضیح می دهد.			
۴	دست ها را می شوید.			
۵	راه های اتلاف گرما (تابش - کوران یا وزش - تبخیر - هدایت) را به حداقل می رساند.			
۶	سطح بدن نوزاد خشک و گرم باشد (در نوزاد تازه متولد شده با حوله گرم و خشک، بدن و خصوصاً سرنوزاد را خشک می کند).			
۷	ترمومتر تمیز را تکان می دهد تا زیر ۳۵ درجه سانتی گراد را نشان دهد.			
۸	ترمومتر را در گودی زیر بغل قرار می دهد و دست نوزاد را به بدن می چسباند.			
۹	پس از ۵-۳ دقیقه دمای بدن نوزاد را می خواند.			
۱۰	ترمومتر را با آب شسته و با الکل ۷۰ درجه ضدعفونی می کند.			
۱۱	مقدار دمای خوانده شده را ثبت می کند.			
۱۲	دست ها را می شوید.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت : شمارش تنفس نوزاد

اهداف :

۱- حصول اطمینان از سلامت نوزاد

۲- تشخیص و درمان به موقع

۳- حصول اطمینان از وضعیت ثابت در محیط خارج رحمی برای نوزاد

وسایل مورد نیاز :

استوسکوپ (گوشی پزشکی) - فشار سنج مخصوص اطفال - نوزادان با کاف ۲/۵ سانتی متر - ترمومتر -

شان گرم - دستکش در صورت لزوم - ساعت ثانیه شمار

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌ها را می‌شوید.			
۲	دمای اتاق را در حد ۲۴-۲۱ سانتی‌گراد حفظ می‌کند.			
۳	نوزاد را بدون پوشش در یک سطح صاف و امن قرار می‌دهد.			
۴	وضعیت تنفس و حرکات قفسه سینه نوزاد را بررسی می‌کند.			
۵	با مشاهده حرکات قفسه سینه تعداد تنفس را ظرف یک دقیقه می‌شمارد.			
۶	تعداد تنفس کمتر از ۳۰ بار در دقیقه یا بیشتر از ۶۰ بار در دقیقه یا آپنه می‌تواند دلیل بیماری قلبی یا ریوی باشد.			
۷	تعداد، نوع تنفس، علایم غیرطبیعی و ... را ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت : شمارش ضربان قلب

اهداف :

- ۱- حصول اطمینان از سلامت نوزاد
- ۲- تشخیص و درمان به موقع علایم طبیعی
- ۳- حصول اطمینان از وضعیت ثابت در محیط خارج رحمی برای نوزاد

وسایل مورد نیاز:

استتوسکوپ (گوشی پزشکی) - فشار سنج مخصوص اطفال - نوزادان با کاف ۲/۵ سانتی متر - ترمومتر -
 شان گرم - دستکش در صورت لزوم - ساعت ثانیه شمار

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	مراحل کار را برای والدین توضیح می دهد.			
۳	محیط آرام و امن با دمای ۲۴-۲۱ درجه سانتی گراد جهت معاینه نوزاد فراهم می کند.			
۴	نوزاد را به آرامی و به پشت می خواباند.			
۵	پوشش سطح قفسه سینه و شکم نوزاد را کنار می زند.			
۶	سطح استتوسکوپ را با پنبه الک ضد عفونی می کند.			
۷	استتوسکوپ را در ناحیه آپکس قلب (روی خط مید آگزیلار فضای بین مهره های ۵-۴ چپ) قرار می دهد.			
۸	تعداد ضربان قلب را به مدت ۱ دقیقه می شمارد.			
۹	صداهای اضافی و غیرطبیعی را با دقت کنترل می کند.			
۱۰	سطح گوشی را با پنبه الک ضد عفونی می کند.			
۱۱	تعداد ضربان قلب و محل اندازه گیری را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت : اندازه‌گیری فشار خون نوزاد

اهداف :

۱- حصول اطمینان از سلامت نوزاد

۲- تشخیص و درمان به موقع

۳- حصول اطمینان از وضعیت ثابت در محیط خارج رحمی برای نوزاد

وسایل مورد نیاز :

استتوسکوپ (گوش پزشکی) - فشارسنج مخصوص اطفال - نوزادان با کاف ۲/۵ سانتی متر - ترمومتر

- شان گرم - دستکش در صورت لزوم - ساعت ثانیه شمار

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می‌کند.			
۲	دست‌ها را می‌شوید.			
۳	مراحل انجام کار را به والدین توضیح می‌دهد.			
۴	محیط آرام، گرم و امن جهت بررسی نوزاد مهیا می‌کند.			
۵	نوزاد را به پشت می‌خواباند.			
۶	مطمئن می‌شود که کاف فشارسنج نوزاد دارای اندازه مناسب است (اندازه کاف یک دوم دور بازوی نوزاد).			
۷	کاف را به اندازه ۲-۱ انگشت بالاتر از آرنج می‌بندد.			
۸	گوشی استتوسکوپ را دقیقاً روی شریان انتخابی می‌گذارد.			
۹	کاف را با فشار ۵ میلی‌متر جیوه به آهستگی باز می‌کند.			
۱۰	میزان فشار خون نوزاد را ثبت می‌کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گرفتن ECG در اطفال

هدف:

ارزیابی وضعیت قلبی نوزاد و غربالگری بیماری های مادرزادی قلبی

وسایل مورد نیاز:

دستگاه الکتروکاردیوگراف - ژل - دستمال کاغذی

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای والدین توضیح می دهد و می گوید که این عمل درد ندارد.			
۲	وسایل مورد نیاز را کنترل و آماده می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	محیط اتاق را از نظر درجه حرارت مهیا می کند (۲۴-۲۸ درجه سانتی گراد).			
۵	نوزاد را روی تخت در یک وضعیت راحت قرار می دهد.			
۶	دست بند های دستگاه را پس از گرم کردن با دست ها ژل می زند.			
۷	دست بند های آماده شده را به دور دست ها و پاها بدون هیچگونه فشاری وصل می کند.			
۸	دستگاه را روشن می کند و لید های I و II و III و avR و avL و avF را می گیرد.			
۹	روی سینه اطفال را باز کرده و ژل را در قسمتهای مختلف مربوط به الکترودهای جلو قلبی می زند.			
۱۰	پس از چسباندن لیدها در قسمت پریکوردیال (جلو قلبی) لیدهای V ₁ تا V ₆ را می گیرد.			
۱۱	بلافاصله بعد از گرفتن لیدهای جلو قلبی محل مربوط را با دستمال کاغذی تمیز کرده و سپس محل را می پوشاند.			
۱۲	سپس یک لید II طولانی گرفته و دست بندها را باز می کند.			
۱۳	محل دست بندها را با دستمال کاغذی از ژل پاک می کند.			
۱۴	کودک را در وضعیت مطلوب خود قرار می دهد.			
۱۵	نوار قلب را ارزیابی و قسمت های مختلف لیدها را ثبت می کند.			
۱۶	روی نوار مشخصات نوزاد و تاریخ گرفتن نوار را ثبت می کند.			
۱۷	در پرونده بیمار گرفتن نوار قلب و دستورات پزشک را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: لوله گذاری معدی در نوزاد پره ترم

مقدمه: با توجه به این که رفلکس های جستجو و مکیدن از اجزاء مهم تغذیه نوزاد محسوب می شوند که تا ۲۸ هفتگی سن حاملگی شروع نمی شوند و تا ۳۲ الی ۳۴ هفتگی تکامل نمی یابند، به همین دلیل لوله گذاری معدی جزء ضروری تغذیه در نوزادان پره ترم محسوب می شود.

هدف:

تغذیه ی نوزاد

وسایل مورد نیاز:

لوله تغذیه با شماره مناسب - سرنگ ۲ یا ۵ سی سی - ژل محلول در آب - کاغذ تورنسل آبی - چسب - گوشه پزشکی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	طولی از لوله را که باید وارد شود اندازه گیری می کند. لوله دهانی: اندازه گیری از پل بینی تا زائده ی گزیفویید استرنوم به علاوه یک سانتی متر لوله بینی: اندازه گیری از نوک گوش تا پل بینی به علاوه از پل بینی تا فضای بین زائده استرنوم و ناف (معمولاً NGT برای نوزادان بیشتر از ۱kg به کار می رود).			
۳	نوزاد را به پشت می خواباند به طوری که سر او در راستای خط وسط بدن او قرار گیرد.			
۴	در OGT (لوله دهانی - معدی) طول اندازه گیری شده از لوله را پس از آغشته نمودن به کمی آب یا ژل به طرف عقب و بالای زبان و به داخل اروفارنکس نوزاد به آهستگی تا طول از پیش تعیین شده فرو می برد و سپس لوله را با چسب روی صورت نوزاد ثابت می کند.			
۵	در NGT (لوله بینی، معدی) سر نوزاد را به حالت اکستانسیون در آورده و لوله اندازه گیری شده را پس از آغشته کردن به کمی ژل یا آب از طریق سوراخ بینی نوزاد به طرف عقب و پایین هدایت می کند. لوله را به آهستگی پایین برده و سپس روی صورت			

			نوزاد (لب بالا یا پل بینی) فیکس می کند.	
			برای اطمینان از وضعیت لوله از روش های زیر استفاده می کند: الف- محتوی معده را آسپیره می کند و از نظر واکنش اسیدی روی کاغذ تورنسل آبی آزمایش می کند. ب- در نوزادی که به دلایل دیگری رادیوگرافی دارد به این وسیله از قرار گرفتن لوله در معده مطمئن می شود. ج- در حالی که بالای معده را با گوشی پزشکی سمع می کند هم زمان ۱-۲ میلی لیتر هوا را به داخل لوله تزریق می کند. تبصره: روش سوم گمراه کننده است چرا که اگر لوله انتهای مری باشد حرکت هوا سمع شده اما لوله در موقعیت مناسب قرار نگرفته است.	۶

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: لوله گذاری داخل تراشه E.T.T. (Endo Tracheal Tube) اورژانسی

اهداف:

۱- حمایت تنفس مکانیکی در نوزاد

۲- برداشتن مکونیوم از تراشه

۳- شست و شوی برونش ها و برداشتن ترشحات

۴- تجویز دارو داخل تراشه

وسایل مورد نیاز:

لارنگوسکوپ نوزاد (تیغه صاف) با منبع نوری و شماره مناسب (شماره صفر برای نوزادان نارس و شماره یک جهت نوزادان ترم) - دستگاه ساکشن - لوله داخل تراشه با شماره مناسب نوزاد - فورسپس مگیل Magill (در انتوباسیون بینی) - آمبوبگ با ماسک - گوشی پزشکی - دستکش استریل با شماره مناسب

عامل انجام کار: پرستار آموزش دیده - پرستار بی هوشی

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	نوزاد را در وضعیت مناسب (supine و سر را در خط وسط و کمی در حالت اکستانسیون) می خواباند.			
۳	دستکش ها را می پوشد.			
۴	دهان و حلق نوزاد را ساکشن می کند.			
۵	با دست راست به آرامی دهان نوزاد را باز می کند و با دست چپ تیغه ی لارنگوسکوپ را به داخل طرف راست دهان وارد می کند و زبان را به طرف چپ می راند. هنگام انجام این پروسیجر توجه به اشباع اکسیژن نوزاد اهمیت دارد. هنگام گذاشتن لوله تراشه برای نوزاد از همکار خود می خواهد که اکسیژن را مقابل بینی نوزاد نگه دارد. در صورت افت سطح اکسیژن اشباع شده پروسیجر را موقتاً متوقف کرده، نوزاد را با ماسک ونتیله کرده و مجدداً شروع به ادامه پروسیجر می کند.			

۶	تیغه را چند میلی متر جلو برده و با بلند کردن تیغه به طور عمودی، اپی گلوٹ را بالا برده تا مدخل لارنگس و طناب های صوتی در دیدرس قرار گیرند. ناحیه دید را با وارد کردن فشار بر غضروف تیرویید با انگشت سوم یا چهارم چپ افزایش می دهد.		
۷	ناحیه مدخل لارنگس را ساکشن می کند.		
۸	لوله بینی پس از عبور از قسمت خلفی بینی در فارنگس دیده می شود، پس از آن با فورسپس به طرف طناب های صوتی آن را هدایت می کند.		
۹	لوله دهانی تراشه را از طریق طناب صوتی وارد طرف راست دهان نوزاد می کند.		
۱۰	نوک لوله را ۱/۵ - ۱ سانتی متر از طریق طناب های صوتی تا نیمه راه فاصله بین مدخل لارنگس و کارینا (تقریباً مهره دوم توراسیک) وارد می کند.		
۱۱	برای تأیید وضعیت لوله اندوتراکیال آن را به آمبوگ وصل نموده و تهویه را آغاز می کند. قرینه بودن سمع و حرکت دو طرف قفسه ی سینه نمایانگر صحت قرارگیری لوله می باشد.		
۱۲	پس از اطمینان از صحت لوله گذاری آن را با چسب به صورت نوزاد فیکس می کند.		
۱۳	پس از این که رادیوگرافی محل ETT را تایید کرد طول لوله تا لبها را به سانتی متر، به عنوان راهنما ثبت می کند (ثبت آن از لحاظ میزان طول لوله ساکشن که وارد لوله تراشه نوزاد می شود و نیابستی از آن میزان تجاوز کند و همچنین انتوباسیون های بعدی نوزاد اهمیت دارد).		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در کاتتریزاسیون ورید ناف

مقدمه: ورید ناف از ساده ترین رگ ها برای کاتتریزاسیون می باشد و معمولاً بزرگ ترین کاتترها را در خود جای می دهد و در انفوزیون اورژانسی داروهای احیاء و ترانسفوزیون خون در نوزادانی که هنگام تولد دچار افت تنفسی، شوک یا آسفیکسی هستند، تعویض خون یا پایش ورید مرکزی اندیکاسیون دارد.

اهداف:

وسایل مورد نیاز:

ست کاتتریزاسیون ورید ناف - دستکش و گان استریل - ماسک - تیغ بیستوری - کاتتر نافی Fg ۵ - ۴ - سه راهی - سرنگ ۲ سی سی - سرنگ ۵۰ سی سی حاوی سدیم کلراید ۴/۵ درصد یا ۹ درصد - هپارین رقیق شده (واحد ۱ CC = ۱) - ماده ضد عفونی کننده.

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را شسته و وسایل را آماده می کند.			
۲	نوزاد را در وضعیت خوابیده به پشت (supine) قرار می دهد و در صورت بی قراری نوزاد اندام های او را فیکس می کند.			
۳	نوزاد را از نظر در صد اشباع اکسیژن و ضربان قلب پایش می کند.			
۴	یک منبع نوری مناسب روی موضع قرار می دهد.			
۵	دستکش ها را پوشیده و موضع را پرپ می کند.			
۶	روی نوزادشان پر فوره قرار می دهد به طوری که تنها ناف نوزاد در معرض دید باشد و سایر قسمت های نوزاد پوشیده شود. روی صورت نوزاد را برای این که به رنگ او توجه شود نمی پوشاند.			
۷	میزان طولی از کاتتر را که باید وارد شود بر اساس فرمول زیر محاسبه می کند: طول کاتتر $2\text{ cm} = (1/5 \times \text{وزن نوزاد به کیلو گرم}) + 5/5$ یا می توان اندازه ی ناف تا نوک استرنوم $+ 0/6\text{ cm}$ را محاسبه نمود.			
۸	لیگاتور طناب ناف را اطراف قاعده طناب قرار داده و به قدر کافی محکم می کند تا نشت خون از بند ناف هر چه سریعتر قطع شود.			

			اگر لیگاتور خیلی محکم کشیده شود می تواند به عروق صدمه بزند.	
			پس از بریدن بند ناف بایستوری و قرار دادن کاتتر توسط پزشک، سرنگ را به انتهای کاتتر وصل و آسپیره کرده و پس از اطمینان از وضعیت مناسب کاتتر، جریان پیوسته سرم یا هپارین را به کاتتر وصل می کند.	۹
			پس از تثبیت کاتتر با بخیه به بند ناف نوزاد به وسیله رادیوگرافی محل کاتتر را کنترل می کند.	۱۰

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: کمک در کاتتریزاسیون شریان ناف
- اهداف:
- ۱- تخمین عملکرد شریان از نظر PH، Pao2، paco2
 - ۲- پایش مداوم فشار خون شریانی
 - ۳- کاربرد در تعویض خون و ...
- وسایل مورد نیاز:
- ست کاتتریزاسیون شریان ناف - دستکش و گان استریل - ماسک - تیغ بیستوری - کاتتر شریان نافی fg ۵ - ۳/۵ - سه راهی - سرنگ ۲ سی سی - سرنگ ۵۰ سی سی حاوی سدیم کلراید ۴/۵ درصد یا ۹ درصد - هپارین رقیق شده (واحد=۱cc) - ماده ضد عفونی کننده
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را شسته و وسایل را آماده می کند.			
۲	نوزاد را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد و در صورت بی قراری، اندام های او را فیکس می کند.			
۳	نوزاد را از نظر درصد اشباع اکسیژن و ضربان قلب پایش می کند.			
۴	یک منبع نوری مناسب روی موضع قرار می دهد.			
۵	دستکش را پوشیده و موضع را پرپ می کند.			
۶	شان پرفوره را روی نوزاد قرار داده به طوری که تنها ناف نوزاد در معرض دید باشد. توجه می کند روی صورت نوزاد پوشیده نشود.			
۷	میزان طولی از کاتتر را که بایستی وارد شود بر اساس فرمول زیر محاسبه می کند: طول کاتتر cm = (kg وزن نوزاد × ۳) + ۹ + طول بند ناف باقی مانده پس از بریدن			
۸	طناب ناف را به میزان مناسب لیگاتور کرده و به طور ملایم با فورسپس بدون دندان لومن شریان را باز می کند و به محض باز شدن رگ نوک کاتتر آماده را وارد شریان می کند و تا میزان تخمین زده شده جلو می برد.			
۹	پس از قرار گرفتن کاتتر سه راهی را به کاتتر متصل کرده و با سرنگ ۲ سی سی خون شریانی را آسپیره می کند.			
۱۰	سپس کاتتر را در محل ثابت کرده و بلافاصله به محلول هپارینه و مانومتر وصل می کند.			
۱۱	پس از ثابت شدن کاتتر محل کاتتر را به وسیله ی رادیوگرافی کنترل و تأیید می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: نمونه گیری مویرگی در نوزاد

مقدمه: نمونه خون مویرگی ترجیحاً از قسمت مرکزی پاشنه پا گرفته می شود تا به عصب میانی پاشنه صدمه وارد نشود.

اهداف:

- ۱- تهیه کلیه نمونه های آزمایشگاهی که به حجم خون کمتر از یک سی سی نیاز دارند.
- ۲- آزمایشات غربالگری متابولیک و سیستمولوژیک
- ۳- کنترل قند خون با دستگاه گلوکومتر و آنالیز لاکتات
- ۴- وضعیت تعادل اسید و باز خون نوزاد
- ۵- حداقل صدمه به نوزاد
- ۶- حفظ عروق خونی نوزاد

وسایل مورد نیاز:

ماده ضد عفونی کننده - پارافین - سوزن لانست - پنبه استریل - لوله آزمایش جهت جمع آوری نمونه - دستکش - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	مراحل و ضرورت انجام کار را به والدین شرح می دهد.			
۳	دست هارا می شوید و دستکش ها را می پوشد.			
۴	محیط آرام و گرم برای نوزاد فراهم می کند.			
۵	پاشنه پای نوزاد را با ماده ضد عفونی کننده پاک می کند و اجازه می دهد تا خشک شود.			
۶	یک لایه پارافین نرم و استریل روی محل مورد نظر می مالد.			
۷	پای نوزاد را به حالت خمیده به پشت (dorsiflexion) در آورده و پاشنه را به عمق ۱-۲ میلی متر در قسمت کناره ی داخل یا خارجی آن سوراخ می کند (لانست را خیلی سریع و آرام با یک ضربه وارد می کند).			
۸	با وارد کردن فشار ملایم به پاشنه پا، خون روی پوست آغشته به پارافین جمع شده و به راحتی وارد شیشه نمونه گیری می شود.			
۹	در صورتی که نمونه جهت اسید و باز گرفته می شود نمونه را داخل لوله هپارینه جمع آوری می کند.			
۱۰	نوزاد را در آغوش گرفته یا در آغوش مادر قرار داده و آرام می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: نمونه گیری وریدی در نوزاد

اهداف:

نمونه گیری وریدی زمانی به نمونه گیری مویرگی ارجحیت پیدا می کند که:

- ۱- نیاز به حجم زیادی از خون باشد
- ۲- گرفتن نمونه همولیز نشده اهمیت داشته باشد
- ۳- به دلیل پرفیوژن محیطی ضعیف امکان نمونه گیری مویرگی نباشد
- ۴- جهت کشت خون
- ۵- جهت تشخیص دقیق پلی سیتمی

وسایل مورد نیاز:

ماده ضد عفونی کننده - پنبه استریل - سر سوزن شمار ۱۹G یا ۲۱ G - دستکش - لوله آزمایش جهت جمع آوری نمونه خون - منبع نوری مناسب - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستارواجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	دست ها را می شوید و دستکش می پوشد.			
۳	محیط مناسب را برای نوزاد فراهم می کند.			
۴	دست یا پای نوزاد را به حالتی قرار می دهد که استازخون در ورید به وجود آید (می توان از گارو یا تورنیکه استفاده کرد).			
۵	پوست را محکم نگه می دارد.			
۶	سوزن را به آرامی با زاویه ۴۵ درجه نسبت به سطح پوست داخل ورید می کند. نوک سوزن بایستی به طرف بالا باشد.			
۷	به محض جریان یافتن خون شروع به جمع آوری نمونه می کند.			
۸	پس از نمونه گیری جهت خروج سوزن یک پنبه استریل خشک بالای سوراخ قرار می دهد و سر سوزن را خارج می کند.			
۹	موضع را با ملایمت فشار می دهد تا خونریزی بند آید.			
۱۰	فرآیند موردنظر را با ذکر ساعت، محل نمونه گیری و نمونه گرفته شده در پرونده نوزاد ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: نمونه گیری شریانی در نوزاد

هدف:

به منظور تعیین و تأمین PH خون شریانی و آنالیز گازهای خونی

وسایل مورد نیاز:

پنبه استریل - ماده ضد عفونی کننده - سوزن هیپودرمیک ۲۵G یا اسکالپ - هپارین - سرنگ انسولین - دستکش - کیف یخ - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند و محیط مناسب جهت نوزاد را فراهم می کند.			
۲	دست ها را شسته و دستکش می پوشد.			
۳	جهت بررسی جریان خون جانبی دست، بازو را بالا برده و هم زمان روی شریان های اولنار و رادیال در مچ دست فشار وارد می کند. فشار روی کف دست باعث سفید شدن ناحیه کف دست می شود و پس از برداشتن فشار از روی شریان اولنار و رادیال در طی ۱۰ ثانیه باید به رنگ طبیعی برگردد (تست آلن).			
۴	شریان را به روش طبیعی با لمس یا به وسیله ترانس ایلومیناسیون با یک منبع نوری مناسب پیدا می کند.			
۵	موضع را ضد عفونی می کند.			
۶	سوزن یا اسکالپ را با زاویه ۴۵ درجه نسبت به پوست وارد می کند و به آهستگی در جهت مخالف جریان خون جلو می برد. شریان رادیال چون سطحی است به راحتی توسط سوزن سوراخ می شود.			
۷	با سرنگ هپارینه ای که قبلاً آماده کرده است میزان خون مورد نیاز را آسپیره می کند. جهت بررسی گازهای خون شریانی متوسط ۰/۴-۰/۵ سی سی خون کافی می باشد.			
۸	پس از نمونه گیری جهت خروج سوزن یک پنبه استریل خشک بالای سوراخ قرار می دهد و سوزن را خارج می کند.			
۹	موضوع را با ملایمت تا بند آمدن خون فشار می دهد. در مورد شریان نیاز است حداقل چند دقیقه روی موضع فشار وارد شود.			
۱۰	نمونه را روی کیف یخ قرار داده و به آزمایشگاه ارسال می کند.			
۱۱	فرآیند انجام شده را با ذکر ساعت، محل نمونه گیری و نمونه تهیه شده در پرونده نوزاد ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کانولاسیون ورید محیطی

هدف:

دسترسی به سیستم جریان خون و تجویز داخل وریدی دارو - خون و فراورده‌های خونی - تغذیه کامل داخل وریدی نوزاد

وسایل مورد نیاز:

کانول ۲۲ تا ۲۴ G- پنبه استریل - ماده ضد عفونی کننده - پانسمان استریل شفاف - آتل - چسب ضد حساسیت - سرنگ ۲ سی سی متصل به اکستشن تیوب - منبع نوری مناسب

عامل انجام کار: پرستار واحد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	دست ها را می شوید و دستکش می پوشد.			
۳	نوزاد را در محیط مناسب قرار می دهد.			
۴	سوزن کانول را امتحان می کند که داخل کانول می چرخد و سالم است.			
۵	در صورت بی قراری نوزاد از فردی جهت نگه داشتن کودک کمک می گیرد.			
۶	رگ مورد نظر را پیدا کرده و روی آن و اطراف آنرا کاملاً ضد عفونی می کند.			
۷	با یک دست پوست را کاملاً می کشد تا ورید حرکت نکند.			
۸	در حالی که سمت مایل سوزن رو به بالا می باشد پوست را در چند میلی متری پروگزیمال ورید سوراخ می کند.			
۹	سوزن را ۱-۲ میلی متر از سطح قدامی یا جانبی رگ وارد می کند و با خروج خون از انتهای کانول از محل مناسب سوزن مطمئن می شود.			
۱۰	به آرامی کانول را از داخل سوزن بیرون آورده و به طرف داخل ورید پیش می برد و وقتی سوزن به طور کامل داخل ورید قرار گرفت آن را به طور کامل خارج می کند و ست اکستشن تیوپ را به انتهای کانول متصل می کند.			
۱۱	با برگشت خون درستی محل آن را تایید خواهد کرد همچنین به وسیله انفوزیون آب مقطر با سرنگ از انتهای ست اکستشن تیوپ محل مناسب کانول را چک می کند.			
۱۲	پانسمان شفاف را روی محل ورود کانول به پوست قرار می دهد.			
۱۳	در صورتی که محل کانول در بالای اندام ها می باشد مفصل را با آتل ثابت می کند.			
۱۴	فرآیند انجام شده را با ذکر ساعت، و محل دقیق کانولاسیون در پرونده نوزاد ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کانولاسیون شریان محیطی

هدف:

آنالیز سریال گازهای خونی در مواردی که کاتتریزاسیون شریان نافی امکان پذیر نمی باشد.

وسایل مورد نیاز:

کانول ۲۲ G یا ۲۴ G - پنبه استریل - ماده ضد عفونی کننده - سرنگ ۲ سی سی حاوی آب مقطر یا نرمال سالین - ست T-piece - شیر سه راهی - سرنگ ۵۰ سی سی حاوی نرمال سالین همراه با هپارین به میزان یک واحد در یک سی سی متصل به سه راهی - پمپ تزریق - پانسما شفاف - دستکش - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	دست ها را شسته و دستکش می پوشد.			
۳	نوزاد را در محیط مناسب قرار می دهد.			
۴	جهت بررسی جریان خون جانبی دست، بازو را بالا برده و هم زمان روی شریان های اولنار و رادیال در مچ دست فشار وارد می کند. فشار روی کف دست باعث سفید شدن کف دست می شود و پس از برداشتن فشار از سوی شریان اولنار و رادیال در طی ۱۰ ثانیه، دست باید به رنگ طبیعی برگردد (تست آلن).			
۵	شریان را به روش طبیعی با لمس یا وسیله ترانس ایلومیناسیون با یک منبع نوری مناسب پیدا می کند.			
۶	موضع را ضد عفونی می کند.			
۷	سوزن یا اسکالپ را با زاویه ۴۵ درجه وارد می کند و به آهستگی در جهت مخالف جریان خون جلو می برد. شریان رادیال چون سطحی است به راحتی توسط سوزن سوراخ می شود و به دنبال عقب کشیدن سوزن جریان خون داخل کانول برقرار می شود.			
۸	ست T.piece را به کانول وصل می کند و شریان پیش از کلامپ کردن T.piece، به آهستگی از خون پاک می شود.			
۹	در صورت لزوم کانول را در محل با پانسما استریل شفاف و آتل ثابت می کند. برای کنترل اسپاسم شریانی، انگشتان نوزاد را داخل پانسما قرار نمی دهد.			
۱۰	سرنگ هپارینه را بلافاصله از طریق شیر سه راهی به T.piece متصل می کند و هر ساعت نیم سی سی تزریق می کند یا به سرعت خیلی پایین به دستگاه پمپ انفوزیون متصل می کند.			
۱۱	فرایند انجام شده را با ذکر ساعت و محل کانولاسیون در پرونده بیمار ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در برقراری راه وریدی محیطی طولانی

مقدمه: این نوع دسترسی به ورید مرکزی معمولاً در نوزادان بسیار نارس یا بیمار مورد نیاز می باشد.

اهداف:

۱- دسترسی طولانی مدت به راه وریدی محیطی

۲- تزریق محلولهای اینوتروپ - هیپرتونیک و هیپر گلیسمیک

۳- TPN دراز مدت

۴- تجویز داروهای ضد قارچ

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گان و ست استریل - کاتتر سیلاستیک یا کاتتر سیمی ظریف و کانول ۲۲G - ماده ضد

عفونی کننده - سرنگ ۲ سی سی حاوی آب مقطر یا سدیم کلراید ۹ درصد - پانسمان شفاف استریل

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	دست ها را می شوید و دستکش می پوشد.			
۳	نوزاد را در محل مناسب قرار می دهد.			
۴	روی ورید انتخابی را با ماده ضد عفونی کننده تمیز می کند.			
۵	اطراف موضع را شان استریل می گذارد.			
۶	جهت وارد کردن سوند سیلاستیک، ابتدا اسکالپ وین شماره ۱۹ را وارد می کنند و از طریق آن سوند را وارد ورید نموده و با استفاده از فورسپس دنداندار تا دهلیز راست جلو می برند.			
۷	با توجه به این که اسکالپ وین ۵ سانتی متر طول دارد، این فضای مرده بایستی هنگام جلو بردن سوند در نظر گرفته شود.			
۸	پس از قرار گرفتن نوک سوند در محل سوزن آن را بیرون می کشد.			
۹	روی محل، پانسمان شفاف قرار داده و انتهای سوند را در محل فیکس می کند.			
۱۰	فرآیند انجام شده را با ذکر ساعت و محل دقیق کانولاسیون در پرونده بیمار ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: CPR نوزاد هنگام تولد

مقدمه: تقریباً ۱۰ درصد از نوزادان هنگام تولد برای شروع تنفس به میزان اندکی کمک نیاز دارند. حدود ۱٪ نیز به اقدامات احیاء نیاز خواهند داشت. به عبارتی ۹۰ درصد نوزادان هنگام تولد بدون مشکل می باشند.

هدف:

احیاء قلبی - تنفسی نوزاد که طی مراحل زیر انجام می شود:

- A (airway): باز کردن راه تنفس
- B (Breathing): برقرار نمودن تنفس
- C (Circulation): اطمینان از گردش خون
- D (Drugs): استفاده از داروها

وسایل مورد نیاز:

پوار یا ساکشن جهت پاک کردن راه هوایی نوزاد - گوشی پزشکی - وارمر - اکسیژن - ترالی اورژانس
 حاوی کلیه وسایل مورد نیاز جهت احیاء قلبی - ریوی نوزاد
 عامل انجام کار: تیم CPR که متشکل از پرستار واجد شرایط و پزشک است

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نوزاد را از بدو تولد گرم نگه می دارد.			
۲	راه هوایی نوزاد را پاک می کند.			
۳	به نوزاد یک وضعیت مناسب می دهد تا به افزایش کارآیی سیستم تنفسی کمک شود.			
۴	ساکشن ترشحات دهان و حلق نوزاد را انجام می دهد.			
۵	راه هوایی نوزاد را از مکونیوم پاک می کند.			
۶	نوزاد را تحریک لمسی می کند.			
۷	طبق دستور به نوزاد اکسیژن می دهد.			
۸	نوزاد را ارزیابی می کند تا مشخص شود آیا نیاز به اقدامات اضافی احیاء دارد یا نه: الف - برای بررسی تنفس نوزاد بایستی حرکات قفسه سینه مناسب باشد. تنفس طبیعی ۳۰-۶۰ بار در دقیقه و به طور متوسط			

			۴۰ تنفس در دقیقه بدون رتراکشن) فرو رفتگی جناغ سینه به داخل هنگام تنفس) باشد. ب) تعداد ضربان قلب که بایستی بیشتر از ۱۰۰ ضربه در دقیقه باشد. ج) رنگ نوزاد بایستی صورتی رنگ و بدون سیانوز باشد.
۹			کل مراحل انجام شده از ۳۰ ثانیه تا یک دقیقه بیشتر نباشد و در صورت غیر طبیعی بودن هر کدام از علایم (تنفس، ضربان قلب، رنگ) نیاز به احیاء پیشرفته مطرح می شود.
۱۰			در صورتی که نوزادی آینه تنفسی دارد یا برادیکارد است ترجیحاً زمان را از دست نداده و بلافاصله اقدامات CPR را شروع می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: CPR پیشرفته نوزاد

هدف:

حمایت قلبی - تنفسی نوزاد و برگشت نوزاد به زندگی با کمترین عوارض

وسایل مورد نیاز:

ترالی اورژانس متشکل از لارنگوسکوپ - آمبوبگ و کلیه داروها و وسایل استاندارد که در آن قرار دارد - ساکشن

عامل انجام کار: تیم CPR متشکل از پزشک و پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نوزاد را از لحاظ نیاز به تهویه با فشار مثبت ارزیابی می کند.			
۲	در صورت ضرورت نیاز به تهویه ، با ماسک و آمبوبگ به مدت چند دقیقه نوزاد را تهویه می کند.			
۳	توجه دارد که اکسیژن ۱۰۰٪ به انتهای آمبوبگ متصل باشد.			
۴	یک عدد کانتور از را دهان، داخل معده نوزاد قرار می دهد تا از اتساع معده نوزاد حین تهویه جلوگیری شود.			
۵	بینی نوزاد حین تهویه باید باز بماند.			
۶	در صورتی که ضربان قلب نوزاد رو به کاهش است و به کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه می رسد فشردن قفسه سینه نوزاد را آغاز می کند.			
۷	در حین فشردن قفسه سینه، لوله گذاری داخل تراشه باید توسط یک فرد ماهر انجام شود تا تهویه از طریق لوله تراشه صورت گیرد.			
۸	فشردن قفسه سینه بایستی با تهویه هماهنگ باشد و نسبت ۳ به ۱ برقرار شود به طوری که بعد از ۳ بار فشردن قفسه سینه یک تهویه انجام شود، به نحوی که جمعاً ۳۰ تنفس و ۹۰ ماساژ در دقیقه انجام گیرد.			
۹	فردی که فشردن قفسه سینه را بر عهده دارد بایستی شمارش را با صدای بلند یک و دو و سه ادامه دهد و هنگام تنفس فرد تهویه کننده بگ را می فشارد تا تنفس و ماساژ در یک لحظه هم زمان نشود.			
۱۰	فردی که تهویه را بر عهده دارد باید بتواند کنار سر نوزاد قرار			

			گرفته و ماسک را به طور موثر روی صورت نوزاد کپی کند و یا لوله تراشه را با دست نگه داشته و آمیوبگ را به لوله تراشه وصل کند و هنگام تهویه، بالا آمدن موثر قفسه سینه را مشاهده کند.
۱۱			در ۳۰ ثانیه نوزاد را ارزیابی می‌کند و در صورت افزایش ضربان قلب بیشتر از ۶۰، ماساژ را متوقف می‌کند.
۱۲			تهویه با فشار مثبت با سرعت ۶۰-۴۰ تنفس در دقیقه را ادامه می‌دهد و هنگامی که ضربان قلب به بالای ۱۰۰ رسید و نوزاد شروع به تنفس خود به خودی کرد به تدریج ماساژ قلبی و تهویه ریوی را متوقف می‌کند.
۱۳			در حین کار به فواصل، ساکشن ترشحات راه هوایی نوزاد را انجام می‌دهد.
۱۴			در حین عملیات، داروهای تجویزی CPR را از راه ورید مناسبی که برای نوزاد فراهم کرده است تزریق می‌کند.
۱۵			در تمام زمان احیاء توجه و کنترل درجه حرارت، رنگ نوزاد، ضربان قلب، تعداد تنفس خود به خودی و غلظت اشباع اکسیژن شریانی اهمیت زیادی دارد.
۱۶			مایع درمانی و ثبت دقیق اقدامات انجام شده پس از احیا ضرورت دارد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در پونکسیون کمری در نوزادان (LP)

اهداف:

- ۱- جهت تشخیص اختلالات سیستم عصبی مرکزی مثل مننژیت، و خونریزی ساب آراکنوئید
- ۲- اندازه گیری فشار در هیدروسفالی غیر انسدادی
- ۳- تخلیه درمانی مایع مغزی نخاعی (CSF)
- ۴- تجویز داروها به داخل ساب آراکنوئید
- ۵- پایش سطوح داروهایی که برای درمان عفونت های سیستم عصبی مرکزی استفاده می شود.

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گان و ست پانسمان استریل - ماده ضد عفونی کننده - سر سوزن نخاعی ۲۲G به طول ۱ اینچ - لیدوکائین ۱ درصد با سرنگ و سر سوزن - لوله آزمایش معمولی استریل ۲ عدد و لوله جهت آزمایش گلوکز ۱ عدد - اسپری و پانسمان شفاف

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نوزاد را از ۲ ساعت قبل NPO نگه می دارد.			
۲	پوزیشن مناسب به نوزاد می دهد به صورتی که نوزاد خوابیده به پهلوی چپ، سر و زانوها به داخل شکم خم شده باشد و پرستار در طی انجام پروسیجر این پوزیشن را برای نوزاد حفظ می کند.			
۳	محل LP فضای بین مهره ۵ و ۴ کمری با تعقیب خط فرضی از ستیغ ایلیاک تا مهره ی کمری چهارم به عنوان محل LP تعیین می شود.			
۴	به روش دایره ای محل ورود سوزن را از مرکز به محیط ضد عفونی می کند.			
۵	شان پرفور را به گونه ای پهن می کند که تنها موضع مورد نظر جهت LP نمایان باشد.			
۶	با تزریق ۰/۳ cc/kg از لیدوکائین ۱ درصد به طور زیر جلدی توسط پزشک در طی ۲ - ۱ دقیقه ناحیه بی حس می شود اما گاهی به دلیل این که تزریق ماده بی حسی از تکنیک LP دردناکتر است این مرحله انجام نمی شود.			

۷	پس از انجام پروسیجر LP توسط پزشک و خارج کردن سوزن، با پنبه استریل روی موضع فشار وارد کرده تا جریان CSF متوقف شود و سپس پانسمان شفاف را روی موضع قرار می دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ **نوع فعالیت:** کمک در گذاشتن درن قفسه ی سینه (Chest Tube) در نوزاد

مقدمه : در تعداد کمی از نوزادان نارسى که به دستگاه ونتیلاتور وصل می شوند یا نیاز به CPR پیدا کرده و به وسیله ی آمبویگ ونتیله می شوند پنوموتراکس بروز می کند و در نتیجه، این نوزادان نیاز به چست تیوب پیدا می کنند که به طور کلی یک نیاز اورژانس بوده و اقدام فوری را می طلبد.

اهداف:

خروج هوا یا مایع که به حالت غیر عادی در قفسه ی سینه تجمع یافته است.

وسایل مورد نیاز:

چست تیوب شماره ۸ تا ۱۲ - ماده ضد عفونی کننده - دستکش استریل - گان - ماسک - کلاه - گاز استریل - سرنگ - شان استریل - لیدوکایین ۱ درصد بدون اپی نفرین - چاقوی کوچک جراحی - هموستات - پنس ها - سوزن گیر - نخ بخیه - رابط استریل - چست باتل - ساکشن جهت ایجاد فشار منفی داخل چست باتل - نرمال سالین - کلامپ - چست تیوپ - گاز وازلین - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند.			
۲	دست ها را شسته و دستکش می پوشد.			
۳	نوزاد را در مکان مناسب با درجه حرارت مناسب قرار داده و پوزیشن مناسب به نوزاد می دهد.			
۴	به میزان ۲۰۰ - ۱۰۰ سی سی نرمال سالین داخل چست باتل می ریزد به طوری که لوله داخل چست باتل ۲ - ۱ سانتی متر داخل مایع قرار گیرد.			
۵	پس از قرار گرفتن چست تیوب در محل مناسب در حالی که انتهای چست تیوب کلامپ می باشد آن را به وسیله ی رابط به چست باتل متصل می کند.			
۶	پس از اطمینان از درست کار کردن چست تیوب و این که چست تیوب در محل مناسب فیکس شده است ابتدا به وسیله گاز وازلین و سپس به وسیله ی گاز استریل محل قرار گرفتن چست تیوب را پانسمان می کند.			
۷	کاتتر چست تیوب را به گونه ای فیکس می کند که جابه جا نشده و			

			یا خارج نشود. فیکس نامناسب چست تیوب علاوه بر این که باعث ورود هوا و تشدید پنوموتراکس نوزاد می شود، درد شدیدی را برای نوزاد به همراه دارد.
۸			حجم مایع موجود در چست باتل را یادداشت کرده و میزان مایع افزوده شده به آن را در هر شیفت به طور دقیق ثبت می کند.
۹			هنگام جابه جایی نوزاد چست تیوپ را کلامپ می کند.
۱۰			در صورت ترشح ناحیه چست تیوپ پانسمان را تعویض می کند تا احتمال عفونت در نوزاد به حداقل برسد.
۱۱			گاهی اوقات ایجاد فشار منفی در چست باتل به میزان ۲۰ - ۱۰ سانتی متر آب ضرورت دارد که با اتصال چست باتل به دستگاه ساکشن مداوم امکان پذیر است.
۱۲			جهت اطمینان از محل چست تیوب رادیوگرافی قفسه ی سینه از نوزاد ضرورت دارد.
۱۳			اوسیلیشن (oscillation) مایع و وجود بابلینگ (Bubbling) در درن چست باتل را مرتب کنترل و ثبت می کند.
۱۴			ساعت گذاشتن چست تیوپ و فرآیند انجام شده و نام فردی را که چست تیوب را گذاشته است در پرونده ی بیمار ثبت می کند.
۱۵			علائم حیاتی نوزاد را قبل، حین و پس از گذاشتن چست تیوب کنترل می کند.



فصل هفدهم

کودکان

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: پایش رشد و تکامل کودکان

اهداف:

۱- بررسی رشد کودک با محدوده رشد طبیعی مطابق با سن او

۲- با استفاده از نمودارهای استاندارد، رشد کودک مورد مقایسه و ارزیابی قرار می گیرد.

وسایل مورد نیاز:

نمودارهای استاندارد رشد نوزادان و کودکان (دختر و پسر) - ترازو - متر - جزوات آموزشی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به منظور بررسی وضعیت رشد کودک با استفاده از نمودارهای رشد کودک و مقایسه آن با محدوده رشد طبیعی مربوط به سن او اقدام می کند.			
۲	به والدین کودک پیرامون مراجعه منظم به درمانگاه یا مطب جهت کنترل رشد ماهیانه یادآوری می کند.			
۳	برای پایش رشد دختران و پسران از تولد تا ۲ سالگی محیط سر و وزن او را اندازه گیری می کند.			
۴	برای پایش رشد دختران و پسران از ۲ تا ۱۸ سالگی قد و وزن او را اندازه گیری می کند.			
۵	سن کودک را در پایین نمودار پیدا کرده و یک خط فرضی عمودی رسم می کند. محیط سر، قد یا وزن را نیز در سمت چپ نمودار پیدا کرده و یک خط فرضی افقی رسم می کند. محل تلاقی دو خط عمودی و افقی را ابتدا با مداد و پس از اطمینان از صحت محل آن با خودکار رسم می کند.			
۶	اندازه گیری ها را در فواصل منظم انجام داده و خطی رسم می کند که نقطه های رسم شده را به هم وصل کند. این خط همان منحنی رشد کودک است.			
۷	نمودارها را با میانگین کودکان هم سن او مورد مقایسه قرار می دهد.			
۸	برای اندازه گیری محیط سر از یک عدد، متر پلاستیکی استفاده می کند، متر را از اواسط پیشانی و نیز برآمدگی پشت سر او می گذراند تا حداکثر محیط سر به دست آید.			

۹	برای اندازه گیری قد کودک باید پای برهنه کنار دیوار بایستد. در حالی که یک کتاب روی سر او قرار می دهد با مداد محل تلاقی قسمت تحتانی کتاب با دیوار را علامت می گذارد. فاصله کف اتاق تا علامت را با یک متر به دقت اندازه گیری می کند.		
۱۰	به مادران توصیه می کند که کودک خود را در ۶-۴ ماهه اول به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه کند. برای این منظور مزایای تغذیه با شیر مادر را تشریح می کند.		
۱۱	در صورتی که مادری نمی تواند کودک خود را با شیر خود تغذیه کند، دادن شیرخشک طبق نظر پزشک با استفاده از بطری راه حل جایگزین قابل قبولی می باشد.		
۱۲	آموزش مادران پیرامون تغذیه تکمیلی : کودکان پس از پایان شش ماهگی علاوه بر تغذیه با شیر مادر به سایر غذاها برای تامین نیازهای تغذیه ای نیاز دارند. دادن سایر غذاها و مایعات علاوه بر شیر به کودکان به عنوان تغذیه تکمیلی محسوب می شود(از شش تا دوازده ماهگی).		
۱۳	به مادران جزوات آموزشی پیرامون رشد جسمی ، ذهنی و اجتماعی کودکان در سنین مختلف ارائه می دهد.		
۱۴	به مادران توصیه می کند، که در صورت مشاهده هرگونه علایم اختلال رشد ، تغذیه ، خصوصیات خلقی و یادگیری در کودک به پزشک اطفال مراجعه کنند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جمع‌آوری نمونه ادرار تصادفی در کودکان

اهداف:

۱- بررسی عفونت ادراری و بیماری‌های کلیوی

۲- ارزیابی روند درمان

۳- بررسی اختلالات متابولیک و سیستمیک

وسایل مورد نیاز:

کیسه جمع‌آوری ادرار مخصوص پسران یا دختران - ظرف جمع‌آوری ادرار - برچسب حاوی نام و کد بیمار - فرم درخواست آزمایش (درخواست آزمایش ممکن است به صورت کامپیوتری صورت گیرد) - دو عدد پوشک یک بار مصرف در اندازه مناسب - قیچی - دستکش - لیف - صابون - آب - حوله - پارچه برای زیر کودک
عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می‌کند.			
۳	به منظور جلوگیری از فشردگی کیسه و نمایان شدن سریع ادرار پس از دفع آن با قیچی برشی به طول (۵/۱ سانتی‌متر یا ۲ اینچ) از مرکز پوشک به طرف لبه کوتاه آن ایجاد می‌کند.			
۴	دست‌های خود را می‌شوید.			
۵	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۶	کودک را روی پارچه مورد نظر قرار می‌دهد.			
۷	کودک را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می‌دهد به گونه‌ای که پاها از یکدیگر فاصله داشته و زانوها خم باشد. در صورت لزوم از همکاری والدین استفاده می‌کند.			
۸	ناحیه پرینه را با آب و صابون شسته و با حوله خشک می‌کند.			
۹	برچسب کیسه ادرار را برمی‌دارد.			
۱۰	در کودکان مونث لب‌ها را از یکدیگر جدا می‌کند.			
۱۱	کیسه ادرار را از قسمت پایین به سمت بالا می‌چسباند به طوری که روی لب‌های بزرگ قرار گیرد.			

۱۲	در کودکان مذکر کیسه ادرار را به گونه‌ای می چسباند که آلت تناسلی و کیسه بیضه در داخل کیسه قرار گیرد و چسب را به پوست کودک متصل می کند.		
۱۳	کیسه ادرار را به آهستگی از میان برش ایجاد شده در پوشک بیرون می آورد.		
۱۴	پس از کسب نمونه ادرار، آن را در ظرف جمع آوری ادرار می ریزد.		
۱۵	در صورت لزوم میزان ادرار را ثبت می کند.		
۱۶	برچسبی حاوی نام و کد بیمار را روی ظرف نمونه می چسباند.		
۱۷	درخواست آزمایش را وارد کامپیوتر می کند.		
۱۸	نمونه را هر چه سریع تر به آزمایشگاه می فرستد.		
۱۹	دستکش ها را درمی آورد.		
۲۰	یک پوشک تمیز برای کودک می گذارد و از راحتی وی اطمینان حاصل می کند.		
	تاریخ، زمان و روش جمع آوری را ثبت می کند. همچنین نام روش، میزان ادرار جمع آوری شده (در صورت لزوم) و زمان انتقال نمونه به آزمایشگاه را ثبت می کند. استفاده از هر نوع وسایل محدود کننده، بروز هر نوع عارضه و تحمل بیمار را یادداشت می کند. واکنش بیمار و خانواده وی را به آموزش ذکر می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جمع‌آوری نمونه ادرار ۲۴ ساعته در کودکان

اهداف:

۱- بررسی اختلالات متابولیک و سیستمیک

۲- ارزیابی روند درمان

وسایل مورد نیاز:

کیسه مخصوص جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته دارای لوله تخلیه - ظرف جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته - برچسب حاوی نام و کد بیمار - فرم درخواست آزمایش (درخواست آزمایش ممکن است به صورت کامپیوتری صورت گیرد) - قیچی - دو عدد پوشک یک بار مصرف در اندازه مناسب - دستکش - لیف - صابون - آب - لگن - حوله - گاز استریل - ماده تنتور بنزوئین - کاپ کوچک - سرنگ ۳۵ سی سی یا یورومتر - لوله ادراری و پیچ مسدود کننده

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می‌کند.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می‌کند.			
۳	به منظور جلوگیری از فشردگی کیسه و نمایان شدن سریع ادرار پس از دفع آن با قیچی برشی به طول ۵/۱ سانتی متر (۲ اینچ) از مرکز پوشک به طرف لبه کوتاه آن ایجاد می‌کند.			
۴	دست‌های خود را می‌شوید.			
۵	دستکش یکبار مصرف می‌پوشد.			
۶	کودک را روی پارچه مورد نظر قرار می‌دهد.			
۷	کودک را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می‌دهد به گونه‌ای که پاها از یکدیگر فاصله داشته و زانوهای خم باشد. در صورت لزوم از همکاری والدین استفاده می‌کند.			
۸	ناحیه پرینه را با آب و صابون شسته و با حوله خشک می‌کند.			
۹	در صورتی که کیسه ادرار به خوبی نمی‌چسبد در صورت تجویز پزشک از ماده تنتور بنزوئین در ناحیه پرینه استفاده می‌کند.			
۱۰	اجازه می‌دهد تنتور بنزوئین خشک شود.			
۱۱	برچسب کیسه ادرار را برمی‌دارد.			
۱۲	در کودکان مونث لب‌ها را از یکدیگر جدا می‌کند.			

۱۳	کیسه ادرار را از سمت پایین به سمت بالا می چسباند به طوری که روی لب‌های بزرگ قرار گیرد.		
۱۴	در کودکان مذکر کیسه ادرار را به گونه‌ای می چسباند که آلت تناسلی و کیسه بیضه داخل کیسه قرار گیرد و چسب را به پوست کودک متصل می کند.		
۱۵	انتهای کیسه و لوله تخلیه را به آهستگی از شکاف پوشک بیرون می آورد.		
۱۶	پوشک را دوباره می بندد.		
۱۷	دستکش‌های خود را در می آورد.		
۱۸	کیسه جمع کننده ادرار و لوله تخلیه را هر ۳۰ دقیقه کنترل می کند.		
۱۹	به محض رویت شدن نمونه در کیسه دستکش‌ها را می پوشد.		
۲۰	یک عدد نلاتون خیلی باریک را داخل یورین بگ نوزاد می گذارد و به دفعات آن را با سرنگ تخلیه می کند و در ظرف مخصوص جمع آوری می ریزد.		
۲۱	نمونه ادرار به دست آمده را دور می ریزد.		
۲۲	زمان شروع جمع‌آوری ادرار را ثبت می کند.		
۲۳	با شروع جمع‌آوری ادرار ماده محافظ را به ظرف جمع‌آوری اضافه می کند.		
۲۴	به منظور پیشگیری از کنده شدن کیسه جمع‌آوری به طور مرتب کیسه ادرار را تخلیه می کند.		
۲۵	نمونه اخذ شده را به نمونه‌های قبلی اضافه می کند.		
۲۶	ظرف جمع‌آوری ادرار را در یخچال یا در کنار یخ نگه داری می کند.		
۲۷	با اتمام دوره جمع‌آوری ادرار ظرف را به آزمایشگاه می فرستد.		
۲۸	برای پاک کردن بنزوئین ، ناحیه پرینه را با آب و صابون می‌شوید.		
۲۹	یک پوشک برای کودک گذاشته و از راحتی وی اطمینان حاصل می‌کند.		
۳۰	تاریخ، زمان و روش جمع‌آوری را ثبت می کند. همچنین روش، میزان ادرار جمع‌آوری شده (در صورت لزوم) و زمان انتقال نمونه به آزمایشگاه را ثبت می کند. -استفاده از هر نوع وسایل محدود کننده، بروز هر نوع عارضه و تحمل بیمار را یادداشت می کند. واکنش بیمار و خانواده وی به آموزش را ذکر می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جمع‌آوری نمونه ادرار برای کشت در کودکان

اهداف:

۱- بررسی عفونت ادراری

۲- ارزیابی روند درمان

وسایل مورد نیاز:

کیسه استریل جمع‌آوری ادرار (مخصوص پسران یا دختران) - ظرف استریل جمع‌آوری ادرار - برچسب حاوی نام و کد بیمار - فرم درخواست آزمایش (درخواست آزمایش ممکن است کامپیوتری صورت گیرد) - دو عدد پوشک در اندازه مناسب - قیچی - دستکش استریل - لگن استریل - آب استریل یا مقطر - گاز استریل - محلول بتادین و پدهای الکلی - سرنگ ۳ سی سی همراه با سر سوزن و پارچه برای زیر کودک.

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می کند.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	به منظور جلوگیری از فشردگی کیسه و نمایان شدن سریع ادرار پس از دفع آن، با قیچی برشی به طول ۵/۱ سانتی متر (۲ اینچ) از مرکز پوشک به طرف لبه کوتاه آن ایجاد می کند.			
۴	اطمینان می یابد که کودک به موادی نظیر ید حساسیت ندارد.			
۵	دست‌های خود را می شوید.			
۶	کودک را روی پارچه مورد نظر قرار می دهد.			
۷	کودک را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد به گونه‌ای که پاها از یکدیگر فاصله داشته و زانوها خم باشد. در صورت لزوم از همکاری والدین استفاده می کند.			
۸	پک استریل را باز می کند.			
۹	دستکش استریل می پوشد.			
۱۰	ناحیه پرینه را با گاز استریل و محلول ضد عفونی می شوید.			
۱۱	برچسب کیسه ادرار را برمی دارد.			
۱۲	در کودکان مونث لب‌ها را از یکدیگر جدا می کند.			
۱۳	کیسه ادرار را از سمت پایین به سمت بالا می چسباند به طوری که روی لب‌های بزرگ قرار گیرد.			

۱۴	در کودکان مذکر کیسه ادرار را به گونه ای می چسباند که آلت تناسلی و کیسه بیضه داخل کیسه قرار گیرد و چسب را به پوست کودک متصل می کند.		
۱۵	کیسه ادرار را به آهستگی از میان برش ایجاد شده در پوشک بیرون می آورد.		
۱۶	پس از کسب نمونه ادرار ، کیسه را از محل اتصال جدا نموده و ناحیه ای را که به بدن متصل بوده با پدهای الکلی تمیز می کند.		
۱۷	به وسیله سرنگ، ادرار را از کیسه به داخل سرنگ می کشد.		
۱۸	ادرار را به داخل ظرف استریل جمع آوری ادرار می ریزد.		
۱۹	برچسب حاوی نام و کد بیمار را روی نمونه می چسباند.		
۲۰	درخواست آزمایش را وارد کامپیوتر می کند.		
۲۱	نمونه را هر چه سریع تر به آزمایشگاه می فرستد.		
۲۲	دستکش ها را درمی آورد.		
۲۳	یک پوشک تمیز برای کودک می گذارد و از راحتی وی اطمینان حاصل می کند.		
۲۴	تاریخ، زمان و روش جمع آوری را ثبت می کند. همچنین نام روش، میزان ادرار جمع آوری شده (در صورت لزوم) و زمان انتقال نمونه به آزمایشگاه را ثبت می کند. استفاده از هر نوع وسایل محدود کننده، بروز هر نوع عارضه و تحمل بیمار یادداشت شود. واکنش بیمار و خانواده وی به آموزش ذکر شود.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: PH ادرار زیر پارافین

هدف:

بررسی PH ادرار و مقایسه آن با PH خون

وسایل مورد نیاز:

کیسه جمع آوری ادرار (مخصوص پسران یا دختران) - لوله آزمایش - برچسب حاوی نام و کد بیمار - فرم درخواست آزمایش (درخواست آزمایش ممکن است به صورت کامپیوتری صورت گیرد) - دو عدد پوشک یک بار مصرف در اندازه مناسب - قیچی - دستکش - لیف - صابون - آب - حوله - پارافین - پارچه برای زیر کودک - سرنگ ۳ سی سی

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می کند.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	به منظور جلوگیری از فشردگی کیسه و نمایان شدن سریع ادرار پس از دفع آن با قیچی برشی به طول ۵/۱ سانتی متر (۲ اینچ) از مرکز پوشک به طرف لبه کوتاه آن ایجاد می کند.			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	دستکش یکبار مصرف می پوشد.			
۶	کودک را روی پارچه مورد نظر قرار می دهد.			
۷	کودک را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد به گونه ای که پاها از یکدیگر فاصله داشته و زانوهای خم باشد. در صورت لزوم از همکاری والدین استفاده می کند.			
۸	برچسب کیسه ادرار را برمی دارد.			
۹	در کودکان مونث لبها را از یکدیگر جدا می کند.			
۱۰	کیسه ادرار را از سمت پایین به بالا می چسباند به طوری که روی لبهای بزرگ قرار گیرد.			

۱۱	در کودکان مذکر کیسه ادرار را به گونه ای می چسباند که آلت تناسلی و کیسه بیضه داخل کیسه قرار گیرد و چسب را به پوست کودک متصل می کند.		
۱۲	کیسه ادرار را به آهستگی از میان برش ایجاد شده در پوشک بیرون می آورد.		
۱۳	پس از کسب نمونه ادرار با سرنگ ۳ سی سی از داخل کیسه نمونه ادرار را برمی دارد.		
۱۴	ادرار را به داخل لوله آزمایش می ریزد.		
۱۵	بلافاصله مقداری پارافین روی ادرار موجود در لوله آزمایش می ریزد.		
۱۶	برچسبی حاوی نام و کد بیمار روی نمونه می چسباند.		
۱۷	درخواست آزمایش را وارد کامپیوتر می کند.		
۱۸	نمونه را هر چه زودتر به آزمایشگاه می فرستد.		
۱۹	دستکش ها را درمی آورد.		
۲۰	یک پوشک تمیز برای کودک می گذارد و از راحتی وی اطمینان حاصل می کند.		
۲۱	تاریخ، زمان و روش جمع آوری را ثبت می کند. همچنین نام روش، میزان ادرار جمع آوری شده (در صورت لزوم) و زمان انتقال نمونه به آزمایشگاه را ثبت می کند. استفاده از هر نوع وسایل محدود کننده، بروز هر نوع عارضه و تحمل بیمار را یادداشت می کند. واکنش بیمار و خانواده وی به آموزش را ذکر می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گذاشتن کاتتر ادراری برای کودکان

اهداف:

۱- تخلیه ادرار از مثانه ۲- اندازه‌گیری دقیق برونده ادراری

وسایل مورد نیاز:

ژل - ست پانسمان - بتادین - سرنگ - آب مقطر - سوند فولی با شماره ۴ و ۶ - کیسه ادراری - دستکش استریل - محلول N/S

عامل انجام کار : پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای والدین توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را کنترل و آماده می کند.			
۳	قبل از انجام کار دست‌های خود را می شوید.			
۴	کودک را در وضعیت طاق باز قرار می دهد.			
۵	پاهای کودک را به روش صحیح یا با کمک، محدود و باز می کند.			
۶	محیط کودک را گرم می کند (۲۴-۲۸ درجه سانتی‌گراد).			
۷	دستکش استریل می پوشد.			
۸	ناحیه تناسلی را از بالا به پایین با بتادین تمیز می کند.			
۹	مجدداً ناحیه تناسلی را از بالا به پایین با نرمال سالین تمیز می کند.			
۱۰	سپس ناحیه مذکور را با گاز استریل خشک می کند.			
۱۱	سوند متناسب با سن و وزن کودک را باز می کند.			
۱۲	روی سوند مقداری ژل می ریزد.			
۱۳	سوند ادراری را به آرامی وارد مجرا می کند.			
۱۴	به محض خروج ادرار، سوند را به کیسه ادراری وصل می کند.			
۱۵	جهت ثابت بودن سوند، آب مقطر را طبق دستور روی کاتتر وارد شاخه بادهکنی می کند.			
۱۶	جهت اطمینان از ثابت بودن سوند، مقداری سوند را خارج می کند.			
۱۷	سوند را با چسب به کنار پای کودک ثابت می کند چرا که کشیدگی سوند باعث پارگی مجرای ادرار کودک می شود.			
۱۸	کیسه ادراری را طوری که بالاتر از زمین و پایین‌تر از سطح بدن بیمار باشد، به دیواره تخت ثابت می کند.			
۱۹	تاریخ و ساعت سوند گذاری را در کاردکس و پرونده ثبت می کند.			
۲۰	در پرونده بیمار هرگونه مشکل یا مسئله ای در رابطه با سوندگذاری یا دفع ادراری را به طور کامل و دقیق ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: دادن داروهای خوراکی برای شیرخواران

هدف:

رساندن داروی مورد نیاز به شیرخوار

وسایل مورد نیاز:

داروهای تجویز شده - سرنگ - قطره چکان پلاستیکی یا قاشق - کاپ دارویی - آب، شربت یا ژل (برای قرص‌ها) - آب میوه (دلخواه)

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را از نظر نوع دارو، میزان و روش مصرف آن کنترل می کند.			
۲	نام دارو را با دستور پزشک مقایسه می کند.			
۳	تاریخ مصرف دارو را کنترل می کند.			
۴	شیرخوار را از نظر وجود سابقه آلرژی بررسی می کند.			
۵	وجود راش، سرفه یا دیگر علایم واکنش دارویی ناشی از داروهای قبل را کنترل می کند.			
۶	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۷	چنانچه مجاز است قرص را خرد کرده و با آب یا شربت مخلوط می کند.			
۸	مخلوط مورد نظر را به داخل سرنگ یا قطره چکان می کشد.			
۹	در صورت استفاده از سرنگ سر سوزن را از آن جدا می کند.			
۱۰	نام کودک را با مچ بند او مقایسه می کند.			
۱۱	کار مورد نظر را برای والدین توضیح می دهد.			
۱۲	به منظور پیشگیری از آسپیراسیون، سر و شانه های شیرخوار را بلند می کند یا سر شیرخوار را به یک سمت خم می کند.			
۱۳	به منظور حفظ کودک او را نزدیک به خود نگه می دارد.			
۱۴	با انگشت شست دست، چانه شیرخوار را به پایین داده و دهان وی را باز می کند.			
۱۵	سرنگ یا قطره چکان را از کنار زبان وارد دهان شیر خوار می کند.			

۱۶	دارو را به آهستگی وارد می کند و فرصت بلعیدن به شیرخوار می دهد.		
۱۷	در صورت امکان به شیرخوار اجازه می دهد سرنگ یا قطره چکان را بمکد.		
۱۸	در صورت امکان پس از دادن دارو به شیرخوار آب میوه می دهد.		
۱۹	شیرخواران کوچک و بی تحرک را به پهلوی قرار می دهد.		
۲۰	شیرخواران هوشیار را در وضعیت دلخواه قرار می دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دادن داروهای خوراکی برای نوپایان

هدف:

رساندن داروهای مورد نیاز به نوپا

وسایل مورد نیاز:

کارت دارویی - داروی تجویز شده - سرنگ - قطره چکان پلاستیکی یا قاشق - کاپ دارویی - آب - شربت

یا ژل (برای قرص‌ها) - آب میوه (دلخواه)

عامل انجام کار: پرستار ، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را از نظر نوع دارو، میزان و روش مصرف آن کنترل می کند.			
۲	نام دارو را با دستور پزشک مقایسه می کند.			
۳	تاریخ مصرف دارو را کنترل می کند.			
۴	شیرخوار را از نظر وجود سابقه آلرژی بررسی می کند.			
۵	وجود راش، سرفه یا دیگر علایم واکنش دارویی ناشی از داروهای قبل را کنترل می کند.			
۶	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۷	چنانچه مجاز است قرص را خرد کرده و با آب یا شربت مخلوط می کند.			
۸	مخلوط مورد نظر را به داخل سرنگ یا قطره چکان می کشد.			
۹	دارو را به داخل کاپ دارویی می ریزد.			
۱۰	روش کار را برای نوپا و والدین وی توضیح می دهد.			
۱۱	نام کودک نوپا را از وی می پرسد.			
۱۲	به منظور پیشگیری از آسپیراسیون، سر و شانه‌های کودک نوپا را بلند می کند.			
۱۳	کاپ دارویی را به لب های نوپا نزدیک می کند.			
۱۴	اطمینان می یابد که کودک نوپا تمام دارو را خورده است.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دادن داروهای خوراکی برای کودکان

هدف:

رساندن داروی مورد نیاز به کودک

وسایل مورد نیاز:

داروهای تجویز شده - سرنگ - قطره چکان پلاستیکی یا قاشق - کاپ دارویی - آب - شربت یا ژل (برای

قرص‌ها) - آب میوه (دلخواه)

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را از نظر نوع دارو، میزان و روش مصرف آن کنترل می کند.			
۲	نام دارو را با دستور پزشک مقایسه می کند.			
۳	تاریخ مصرف دارو را کنترل می کند.			
۴	کودک را از نظر وجود سابقه آلرژی بررسی می کند.			
۵	وجود راش، سرفه یا دیگر علائم واکنش دارویی ناشی از داروهای قبل را کنترل می کند.			
۶	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۷	چنانچه مجاز است قرص را خرد کرده و با آب یا شربت مخلوط می کند.			
۸	در صورت امکان اجازه می دهد کودک انتخاب کند که دارو با چه چیزی مخلوط شود یا پس از صرف دارو چه نوشیدنی بخورد.			
۹	در صورت امکان اجازه می دهد مکان و وضعیت مصرف دارو را کودک، خود انتخاب کند.			
۱۰	به کودکان ۴ تا ۶ سال می گوید قرص یا کپسول را در انتهای زبان گذاشته و با مقدار زیادی مایع آن را ببلعند.			
۱۱	از خورده شدن دارو اطمینان حاصل می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: استفاده از چادر مرطوب

اهداف:

۱- تأمین محیطی مرطوب و خنک

۲- کاهش تورم راه های تنفسی

۳- رقیق شدن ترشحات

۴- کاهش تب

۵- رساندن اکسیژن

وسایل مورد نیاز:

چارچوب و چادر پلاستیکی - ملحفه - ملحفه پلاستیکی یا پدهای نگه دارنده - پتوی ضد آب - نبولایزر
با ظرف حاوی آب - جریان سنج اکسیژن و آنالیزور اکسیژن در صورت نیاز - آب مقطر استریل -
استوکینت به شکل فنجان یا چکمه - محل قرارگیری شیرخوار

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	چادر پلاستیکی و چارچوب آن را بالای تخت قرار می دهد.			
۳	تشک را با ملحفه پلاستیکی یا پدهای محافظ می پوشاند و ادامه آن را زیر تشک قرار می دهد.			
۴	پتوی ضد آب را روی آنها قرار می دهد.			
۵	محفظه نبولایزر را از آب مقطر استریل پر می کند.			
۶	مطمئن می شود که فیلتر ورودی هوا تمیز باشد.			
۷	در صورتی که بیمار می خواهد از طریق چادر اکسیژن دریافت کند، مطمئن می شود که جریان سنج اکسیژن به چادر متصل باشد.			
۸	جریان سنج را براساس میزان مورد نیاز تنظیم می کند.			
۹	با توجه به آنالیزور از درصد اکسیژن دریافتی بیمار اطمینان می یابد.			
۱۰	قبل از گذاشتن بیمار در زیر چادر ۲ دقیقه تامل می کند.			
۱۱	اهداف استفاده از چادر را برای بیمار و والدین توضیح می دهد تا			

			اضطراب آنها کاهش یابد و همکاری آنها را جلب می کند.
۱۲			سرتخت را بالا می آورد تا بیمار در وضعیت راحتی قرار گیرد.
۱۳			اگر بیمار شیرخوار است او را در جایگاه مخصوص شیرخوار قرار می دهد.
۱۴			اگر کودک در اتاق تنهاست به منظور جلوگیری از آسپیراسیون ترشحات رقیق شده، کودک را به پهلو می خواباند.
۱۵			به منظور حفظ بیمار از سرمای ناشی از رطوبت داخل چادر از وسایل پوشاننده یا پتوی ضدآب استفاده می کند.
۱۶			به محض مرطوب شدن ملحفه ها و لباس ها، آنها را عوض می کند.
۱۷			به منظور جلوگیری از هیپوترمی، دمای کودک را به طور مرتب کنترل می کند.
۱۸			کودک را به طور مرتب از نظر تغییر در شرایط کنترل می کند.
۱۹			توجه دارد که وجود بخار ممکن است مشاهده را مشکل کند.
۲۰			والدین را به ماندن در کنار کودک تشویق می کند.
۲۱			در صورتی که کودک بسیار تحریک پذیر است و همکاری نمی کند وی را از زیر چادر خارج کرده و اجازه می دهد والدین او را آرام کنند چون تحریک پذیری موجب افزایش مصرف اکسیژن می شود.
۲۲			پس از آرام شدن کودک وی را به زیر چادر باز می گرداند.
۲۳			در صورتی که ترشحات داخل چادر را بپوشاند با مواد پاک کننده نظیر آب و صابون آن را پاک می کند.
۲۴			به منظور پیشگیری از رشد باکتری ها، محفظه را با آب استریل می شوید.
۲۵			تاریخ و زمانی که بیمار در چادر قرار داده می شود را ثبت می کند. وضعیت تنفسی بیمار را از جمله صداهای تنفسی، تولید خلط و پرفیوژن را توضیح می دهد. علایم حیاتی کودک را ثبت می کند. تاریخ و زمان خروج بیمار از چادر را ثبت می کند. درصد اکسیژن دریافتی، تاریخ و زمان تمام آنالیزورها و اشباع اکسیژنی را یادداشت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: احیای قلبی ریوی در شیرخواران

اهداف:

۱- جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از آسیب هیپوکسی بافتی

۲- برقراری مجدد تنفس و برون ده قلبی

وسایل مورد نیاز:

تخته مخصوص احیاء

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	برای باز کردن انسداد راه هوایی شیرخوار ، وی را روی ساعد خود به گونه‌ای قرار می دهد که صورت وی به سمت زمین باشد و سرپایین تر از قفسه سینه قرار گیرد.			
۲	ساعد خود را روی پای خود قرار می دهد.			
۳	با کف دست آزاد خود ۵ ضربه به میان شانه‌های شیرخوار وارد می کند.			
۴	در صورتی که انسداد همچنان وجود دارد، شیرخوار را بین ساعد و کف دست خود قرار می دهد و چند ضربه به پشت وی می زند.			
۵	سر شیرخوار را پایین تر از قفسه سینه قرار می دهد . فقط با استفاده از انگشت میانی و حلقه پنج فشار به قفسه سینه وارد می‌کند. فشار ایجاد شده درون قفسه سینه برای بیرون راندن جسم خارجی باید به اندازه نیروی یک سرفه باشد. به منظور پیشگیری از صدمه، سرکودک را به خوبی نگه می دارد.			
۶	این روند را تا خروج جسم خارجی یا از دست دادن هوشیاری شیرخوار ادامه می دهد.			
۷	از روش جارو کردن با انگشت (blind-finger sweep) برای خارج کردن جسم خارجی در شیرخواران استفاده نمی کند، چون موجب به پیش راندن جسم خارجی و انسداد بیشتر می‌شود. فقط از انگشت خود برای خارج کردن اجسامی که قابل رویت هستند استفاده می کند.			
۸	در صورت فقدان هوشیاری ، برای باز کردن راه هوایی به او وضعیت مناسب می دهد.			

۹	دو تنفس موثر می دهد.		
۱۰	در صورتی که راه هوایی هنوز مسدود است (در این صورت با تنفس شما، قفسه سینه، به سمت بالا حرکت نمی کند).		
۱۱	در صورت عدم موفقیت مراحل قبل را در باز کردن راه هوایی تکرار می کند.		
۱۲	در صورت باز شدن راه هوایی تنفس و نبض را بررسی می کند.		
۱۳	در صورت نیاز تلاش برای احیاء را ادامه می دهد.		
۱۴	یک نفس عمیق می کشد و با دهان خود، دهان و بینی شیرخوار را به طور محکم می پوشاند.		
۱۵	میزان هوای کمی را به آهستگی وارد ریه های شیرخوار می کند چون حجم ریه شیرخوار کوچکتر از یک فرد بالغ است.		
۱۶	در صورتی که ریه شیر خوار بالا و پایین برود حجم هوای داده شده مناسب است.		
۱۷	در صورت وجود نبض بیش از ۶۰ ضربه در دقیقه هر ۳ ثانیه یک تنفس می دهد (۲۰ تنفس در دقیقه).		
۱۸	نبض شیرخوار را با لمس نبض براکیال در قسمت بالای آرنج بین ساعد و شانه بررسی می کند.		
۱۹	در صورت عدم وجود نبض یا نبض کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه ماساژ قلبی را آغاز می کند.		
۲۰	یک خط فرضی بین دو نوک سینه شیر خوار تصور می کند.		
۲۱	سرانگشت خود را مستقیماً زیر این خط فرضی قرار می دهد.		
۲۲	سپس انگشت اشاره را بالا می گیرد و فقط انگشت میانی و حلقه باقی بماند.		
۲۳	استرنوم را به اندازه ۱ تا ۱/۵ اینچ (۱/۵ تا ۲/۳ سانتی متر) فشار می دهد.		
۲۴	حداقل ۱۰۰ فشار در دقیقه وارد می کند.		
۲۵	در روش دیگر دو دست خود را دور قفسه سینه حلقه می کند به گونه ای که انگشتان شست در قسمت پایین استرنوم در کنار یکدیگر قرار گیرند و ماساژ می دهد.		
۲۶	پس از هر ۵ ماساژ یک تنفس می دهد.		
۲۷	میزان ماساژ قلبی و تنفس در شیرخواران به ترتیب ۱۰۰ ضربه در دقیقه و ۲۰ تنفس در دقیقه می باشد.		
۲۹	در صورت امکان از ماسک حاوی bag استفاده می کند.		

			تمام وقایع هنگام احیاء از جمله نام افرادی که حضور داشتند را ثبت می کند.	۳۰
			در صورت وجود وقفه تنفسی و قلبی آن را ثبت می کند. یادداشت می کند که در چه محلی این اتفاق افتاد، چه زمانی CPR آغاز شد، چه مدت انجام احیاء طول کشید و چه نتیجه ای در برداشت .	۳۱
			بروز هر نوع عارضه ای را ثبت می کند. به عنوان مثال شکستگی دنده، ضرب دیدگی دهان یا نفخ شکم، همچنین آنچه که برای بهبود این عوارض انجام شده است را ثبت می کند.	۳۲

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: احیای قلبی ریوی در کودکان (۱ تا ۸ سال)

اهداف:

۱- جلوگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از آسیب هیپوکسی بافتی

۲- برقراری مجدد تنفس و برون ده قلبی

وسایل مورد نیاز:

تخته مخصوص احیا

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	شانه‌های کودک را تکان داده و او را صدا می‌کند.			
۲	در صورتی که کودک هوشیار است اما به سختی نفس می‌کشد او را در وضعیت مناسب قرار می‌دهد و راه هوایی را باز می‌کند (سر را کمی به عقب برده و چانه را بالا می‌آورد).			
۳	در صورتی که مشکل تنفس همچنان ادامه دارد به وجود جسم خارجی در راه هوایی مشکوک می‌شود.			
۴	برای مصدوم مانور هایملیخ را انجام می‌دهد.			
۵	در صورتی که کودک پاسخی نمی‌دهد و بیهوش است راه هوایی را باز می‌کند.			
۶	در صورتی که به صدمه گردن مشکوک است از مانور Jaw-thrust برای باز کردن دهان استفاده می‌کند.			
۷	برای انجام این مانور در کنار شانه‌های کودک زانو می‌زند.			
۸	آرنج را روی زمین قرار می‌دهد.			
۹	انگشت شست را در کنار دهان کودک قرار می‌دهد.			
۱۰	دو یا سه انگشت دیگر را پایین فک می‌گذارد.			
۱۱	بدون صدمه به گردن چانه را به سمت بالا می‌کشد.			
۱۲	در صورتی که تنها است و کودک نفس نمی‌کشد به مدت ۱ دقیقه اقدامات CPR را انجام می‌دهد.			
۱۳	از دیگران کمک می‌خواهد.			
۱۴	برای موثر بودن فشار وارد بر قفسه سینه، کودک را از پشت روی سطح صاف و محکم یا تخته مخصوص احیا می‌ خواباند .			

۱۵	چنانچه کودک در وضعیت دمر قرار دارد در جهت جلوگیری از صدمه به گردن برای تغییر وضعیت او سر و شانه را به طور هماهنگ برمی گرداند .		
۱۶	در کنار شانه‌های کودک قرار می گیرد.		
۱۷	دست را روی پیشانی کودک قرار داده و به ملایمت با دست دیگر چانه کودک را به سمت بالا می کشد .		
۱۸	به منظور بررسی وضعیت تنفس کودک گوش خود را نزدیک دهان وی قرار می دهد .		
۱۹	در همین زمان حرکت قفسه سینه کودک را نگاه می کند .		
۲۰	صدای تنفس کودک را گوش می کند.		
۲۱	بازدم کودک را روی گونه‌های خود احساس می کند .		
۲۲	در صورتی که کودک نفس دارد، راه هوایی را باز نگه می دارد .		
۲۳	وضعیت تنفس کودک را کنترل می کند.		
۲۴	در صورتی که کودک نفس نمی کشد راه هوایی را بازمی کند .		
۲۵	سوراخ بینی را با دست می گیرد .		
۲۶	دهان کودک را با دهان خود می پوشاند .		
۲۷	دو تنفس آهسته می دهد و بین آنها توقفی کوتاه دارد .		
۲۸	در صورتی که تلاش وی برای برقراری تهویه ناموثر بود، مجدداً سر کودک را وضعیت می دهد .		
۲۹	راه تنفسی را بازمی کند و دوباره تلاش می کند.		
۳۰	در صورتی که راه تنفسی کودک مسدود است، از مانور جارو کردن با انگشت (blind finger sweep) در کودکان استفاده نمی‌کند و در ارائه تکنیک‌ها به جثه کودک توجه می کند .		
۳۱	پس از باز کردن انسداد به تنفس و نبض دقت می کند .		
۳۲	وجود نبض را با لمس شریان کاروتید با دو یا سه انگشت بررسی می کند .		
۳۳	در هنگام لمس شریان کاروتید با دست دیگر وضعیت سر را برای بازنگه داشتن راه هوایی حفظ می کند .		
۳۴	۵ تا ۱۰ ثانیه شریان را لمس می کند .		
۳۵	در صورت وجود نبض، تنفس را هر ۳ ثانیه تکرار می کند (۲۰ تنفس در دقیقه) .		
۳۶	در صورتی که وجود نبض را حس نمی‌کند یا نبض کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه است ماساژ قلبی را آغاز می کند.		
۳۷	کنار قفسه سینه بیمار قرار می گیرد.		

۳۸	از انگشت اشاره و میانی استفاده می کند و محل اتصال استرنوم به دنده ها را پیدا می کند .		
۳۹	انگشت میانی و اشاره را روی انتهای استرنوم در کنار یکدیگر قرار می دهد .		
۴۰	کف دست را درست درجایی که انگشتان بودند قرار می دهد .		
۴۱	کف دست را در راستای محور طولی استرنوم قرار می دهد .		
۴۲	فقط از کف یک دست برای ماساژ استفاده می کند .		
۴۳	به گونه ای فشار وارد می کند که قفسه سینه به اندازه ۲/۵ تا ۳/۵ سانتی متر به سمت پایین برود.		
۴۴	پنج بار عمل ماساژ را تکرار می کند (۱۰۰ ماساژ در دقیقه).		
۴۵	پس از هر ۵ ماساژ یک تنفس به کودک می دهد .		
۴۶	در صورتی که فرد دیگری وی را یاری می دهد دوره هایی شامل ۵ ماساژ قلبی و یک تنفس می دهد.		
۴۷	پس از انجام ۲۰ دوره (یک دقیقه CPR) نبض را برای ۵ ثانیه لمس می کند .		
۴۸	در صورتی که نبض را حس نکرد احیاء قلبی - ریوی را ادامه می دهد .		
۴۹	در صورتی که نبض وجود داشت وجود تنفس را بررسی می کند .		
۵۰	در صورتی که تنفس وجود نداشت هر ۳ ثانیه تنفس می دهد (۲۰ تنفس در دقیقه).		
۵۱	بررسی نبض را ادامه می دهد .		
۵۲	هنگامی که تنفس برقرار شد، تداوم نبض و تنفس را کنترل می کند.		
۵۳	تمام وقایع هنگام احیاء از جمله نام افرادی که حضور داشتند را ثبت می کند.		
۵۴	در صورت وجود وقفه تنفسی و قلبی آن را ثبت می کند.		
۵۵	یادداشت می کند که در چه محلی این اتفاق افتاد، چه زمانی CPR آغاز شد، چه مدت انجام احیاء طول کشید و چه نتیجه ای در برداشت.		
۵۶	بروز هر نوع عارضه ای را ثبت می کند. به عنوان مثال شکستگی دنده، ضرب دیدگی دهان یا نفخ شکم و همچنین آنچه که برای بهبود این عوارض انجام شده است.		
۵۷	در صورتی که کودک احیای قلبی ریوی پیشرفته دریافت می کند، ثبت می کند که چه مداخلاتی انجام شد، چه کسی آنها را انجام داد، چه زمانی صورت گرفت و چه تجهیزاتی مورد استفاده قرار گرفت.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: گرفتن نوار قلب نوزادان و کودکان

اهداف:

ارزیابی وضعیت قلبی نوزاد و غربالگری بیماری‌های مادرزادی قلبی

وسایل مورد نیاز:

دستگاه الکتروکاردیوگراف - ژل - دستمال کاغذی

عامل انجام کار: پرستار - تکنسین نوار قلب

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای والدین بیمار توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	درجه حرارت محیط را در دمای مناسب (۲۸ - ۲۴ درجه سانتی گراد) تنظیم می کند.			
۵	نوزاد را روی تخت در یک وضعیت راحت قرار می دهد.			
۶	دست بندهای دستگاه را پس از گرم کردن با دست ها ژل می زند.			
۷	بدون هیچگونه فشاری دست بندهای آماده شده را به دور دست ها و پاها وصل می کند.			
۸	دستگاه را روشن می کند و لیدهای ۱، ۲، ۳، avR، avL و avF را می گیرد.			
۹	روی سینه نوزاد را باز می کند و ژل را در قسمت های مختلف پریکاردیال می زند.			
۱۰	پس از چسباندن لیدها در قسمت پریکاردیال، لیدهای ۱ تا ۶ را می گیرد.			
۱۱	بلافاصله بعد از گرفتن لیدهای پریکاردیال محل آنها را با دستمال کاغذی تمیز می کند.			
۱۲	سپس یک لید ۲ طولانی گرفته و دست بندها را باز می کند.			
۱۳	محل دست بندها را با دستمال کاغذی پاک می کند.			
۱۴	کودک را در وضعیت مطلوب خود قرار می دهد.			
۱۵	نوار قلب را ارزیابی و قسمت های مختلف لیدها را ثبت می کند.			
۱۶	روی نوار مشخصات نوزاد یا کودک و تاریخ گرفتن نوار را ثبت می کند.			
۱۷	نوار قلب بیمار را برای گزارش و ارزیابی به پزشک ارایه می دهد.			
۱۸	گرفتن نوار قلب و دستورات پزشک را در پرونده بیمار ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کشش برایان

هدف:

کاهش پیشرفت جابجایی مفصل هیپ در کودکان

وسایل مورد نیاز:

تراکشن تنظیم شده (که در بخش ارتوپدی صورت می گیرد) - تسمه تراکشن - بانداژ الاستیک - پد اسفنج لاستیکی - بالشکت های پنبه ای - بتادین - چسب نواری - جلیقه محدود کننده - به طور دلخواه : تیغ دارای لبه محافظ - پنبه - تشکچه اسفنجی - پوست گوسفند

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به منظور افزایش یادگیری و کاهش اضطراب بیمار و خانواده، هدف از انجام کار و عملکرد تراکشن را توضیح می دهد.			
۲	از والدین وجود حساسیت به چسب های پلاستیکی یا پارچه ای را جویا می شود.			
۳	در صورتی که پاهای بیمار از موهای زیادی پوشیده شده است در جهت اتصال بهتر تسمه تراکشن به سطح پوست آن را به وسیله یک تیغ دارای لبه محافظ می تراشد.			
۴	به منظور جلوگیری از شکنندگی پوست آن را با صابون و آب گرم می شوید.			
۵	در صورت تجویز پزشک برای حفظ پوست از تئور بنزویین استفاده می کند.			
۶	به پزشک یا تکنسین ارتوپدی در جایگذاری پدهای اسفنجی پلاستیکی و اتصال تسمه تراکشن به پای بیمار کمک می کند.			
۷	تسمه ها را با استفاده از بانداژ الاستیک از نوک پا تا ران محکم می کند.			
۸	در صورتی که بیمار به چسب حساسیت دارد قبل از استفاده از چسب و تسمه تراکشن پاهای بیمار را با پنبه می پوشاند.			
۹	برای حفظ کودک در وضعیت مناسب از جلیقه محدود کننده استفاده می کند.			
۱۰	پس از جای گذاری اولیه تراکشن وضعیت جریان خون پای کودک را هر ۱۵ و ۳۰ دقیقه یک بار کنترل می کند.			
۱۱	سپس هر ۴ ساعت جریان خون پای بیمار را کنترل می کند.			

۱۲	در صورت وجود مشکلی در جریان گردش خون باندازه‌های الاستیکی را شل نموده و به پزشک اطلاع می‌دهد.		
۱۳	به قرارگیری باندازه‌های الاستیک در وضعیتی صحیح توجه می‌کند.		
۱۴	در صورت نبود منع پزشکی، به طور دوره‌ای باندازه را از پای سالم بیمار باز نموده و جریان خون آن را بررسی می‌کند.		
۱۵	هنگام انجام این کار به منظور جلوگیری از جابه جایی تسمه‌های تراکشن، فرد دیگری تسمه‌ها را در جای خود نگه دارد.		
۱۶	وضعیت بیمار را از جهت داشتن حداکثر کشش به طور مرتب کنترل می‌کند.		
۱۷	اطمینان می‌یابد که باسن کودک از تشک فاصله دارد.		
۱۸	به منظور اطمینان از قرار گرفتن بیمار به طور صحیح در ناحیه شانه‌های کودک روی ملحفه علامت × می‌زند تا از جابه جایی کودک اطلاع یابد.		
۱۹	به منظور کاهش مشکلات پوستی، پوست نواحی پشت، باسن و آرنج را هر ۴ ساعت مراقبت می‌کند.		
۲۰	در نواحی مستعد شکنندگی پوستی از تشکچه‌های اسفنجی یا پدهایی از جنس پوست گوسفند استفاده می‌کند.		
۲۱	به منظور حصول اطمینان از وزنه‌های مناسب، تراکشن را حداقل هر ۲ ساعت یکبار بازبینی می‌کند.		
۲۲	اطمینان می‌یابد که وزنه‌ها آزادانه قرار گرفته‌اند.		
۲۳	قرقره‌ها به راحتی می‌چرخند.		
۲۴	از عدم ساییدگی طناب‌ها اطمینان حاصل می‌کند.		
۲۵	از وضعیت مناسب گره‌ها مطمئن می‌شود.		
۲۶	بیمار را تشویق می‌کند در جهت کاهش خطر بروز پنومونی هیپوستاتیک هر ۲ ساعت نفس عمیق بکشد.		
۲۷	در جهت پیشگیری از بروز یبوست و توقف جریان ادرار اطمینان می‌یابد که در رژیم غذائی بیمار به اندازه کافی فیبر و مایعات مصرف می‌شود.		
۲۸	هنگامی که در کنار تخت حضور ندارد برای حفظ ایمنی کودک نرده‌های کنار تخت را بالا می‌کشد.		
۲۹	زمان و تاریخ شروع تراکشن، میزان وزنه‌های به کار برده شده، وضعیت جریان خون، شرایط پوست و وضعیت بیمار را یادداشت می‌کند. توجه می‌کند که وزنه‌ها آزادانه در حرکت باشند. تغییر در وضعیت بیمار را ثبت می‌کند و واکنش بیمار و خانواده را به تراکشن توضیح می‌دهد. همچنین واکنش خانواده و کودک را به هر نوع آموزش یادداشت می‌کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از گچ هیپ - اسپایکا

اهداف:

۱- حفظ گچ از آلوده شدن با ادرار و مدفوع

۲- خشک نگه داشتن گچ

۳- اطمینان از برقراری جریان خون مناسب در پاها

۴- آموزش به بیمار برای مراقبت در منزل

وسایل مورد نیاز:

چسب ضد آب ، قطعات پلاستیکی ، اره یا کاتر مخصوص گچ ، قیچی ، پاک کننده‌های نرم ، مو خشک کن، در صورت لزوم: پوشاک یکبار مصرف یا پدهای پرینه

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	مراحل انجام کار را برای بیمار و والدین توضیح می دهد .			
۲	برای کودکان ۳ تا ۱۲ سال از اشکال استفاده می کند یا از یک عروسک که به دور تنه و اعضاء بدن بانداز شده است استفاده می کند.			
۳	حریم بیمار را حفظ می کند.			
۴	پس از گرفتن گچ توسط پزشک ناحیه پرینه را توسط پوشش نازکی می پوشاند.			
۵	برای تسهیل در خشک شدن گچ هر ۱ تا ۲ ساعت بیمار را تغییر وضعیت می دهد.			
۶	برای جلوگیری از بدشکلی گچ ، برای تغییر وضعیت دادن فقط از کف دست استفاده می کند.			
۷	پس از خشک شدن گچ لبه‌های گچ را از نظر وجود بریدگی های نامناسب که می‌تواند پوست را تحریک کند کنترل می کند.			
۸	برای محافظت پوست قسمت‌هایی از ویبریل را بریده و روی لبه‌های آزاد گچ استفاده می کند.			
۹	در اطراف پرینه از چسب‌های ضد آب استفاده می کند .			
۱۰	برای جلوگیری از ایجاد اختلال ناشی از گچ روی پوست بیمار از حمام اسفنج استفاده می کند.			
۱۱	پاهای بیمار را از نظر سردی، تورم، سیانوز یا وجود لکه ، قدرت			

		نبض، حرکت انگشت شست ، بی حسی ، احساس سوزش و پرشیدگی مویرگی کنترل می کند.	
۱۲		هنگامی که هنوز گچ مرطوب است کفایت جریان خون را هر ۱ تا ۲ ساعت و در هنگام خشک بودن گچ هر ۲ تا ۴ ساعت کنترل می کند.	
۱۳		در صورتی که گچ پس از جراحی استفاده شده است، علایم حیاتی بیمار را از نظر وجود خونریزی کنترل می کند.	
۱۴		نواحی باز بدن را از نظر حساسیت و قرمزی کنترل می کند.	
۱۵		نسبت به وجود بوی نامطبوع در منطقه ای از گچ که می تواند نشان دهنده زخم فشاری و عفونت باشد آگاه است.	
۱۶		برای کاهش احساس خارش ، از مو خشک کن برقی با درجه خنک برای دمیدن هوا به زیر گچ استفاده می کند.	
۱۷		خانواده بیمار را تشویق می کند که در مراقبت از کودک شرکت کنند.	
۱۸		زمان و تاریخ مراقبت از گچ را ذکر می کند. وضعیت گردش خون در پاهای بیمار را توضیح می دهد و بررسی هر نوع خونریزی یا ترشح را ثبت می کند. شرایط گچ و پوست را یادداشت می کند. تمام مراقبت های پوست ارائه شده را ذکر می کند. یافته های موجود از مثانه و روده را ثبت می کند . تحمل بیمار و خانواده نسبت به گچ را ذکر می کند. موارد آموزشی به بیمار و خانواده را ثبت می کند.	



فصل هجدهم

مسمومیت

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پاک سازی مسمومیت دارویی ضد افسردگی های سه حلقه ای (TCA)

اهداف:

- ۱- پاک سازی داروی TCA از بدن بیمار (نورتریپتیلین، دزیپرامین، ایمی پیرامین و ...)
- ۲- استفاده از آنتی دوت جهت پیشگیری از جذب بیشتر و اثر روی سیستم های مختلف بدن
- ۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آب جهت شست و شوی معده - قیف - پارچ - دستکش - NGTube - مانیتورینگ - شارکول - سوربیتول - دستگاه ECG - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الکل - سرم و وسایل تزریق وریدی - سرنگ و لوله های آزمایش - وسایل مورد نیاز جهت کنترل علائم حیاتی

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی و تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار قادر به صحبت کردن است از او شرح حال می گیرد.			
۵	اگر بیمار هوشیار نیست از همراهان او اطلاعات مورد نیاز را می پرسد.			
۶	علائم حیاتی و واکنش مردمک ها را کنترل می کند.			
۷	بر اساس دستور پزشک ECG می گیرد.			
۸	با توجه به دستور پزشک NGTube تعبیه می کند.			
۹	معده را با آب ساده شست و شو می دهد.			
۱۰	با دستور پزشک شارکول و سوربیتول و MOM را گاوآژ می کند.			
۱۱	از بیمار خط وریدی می گیرد.			
۱۲	با دستور پزشک برای آزمایشات CBC، آنزیم های کبدی، بیوشیمی، ABG و سطح سرمی داروها، نمونه خون ارسال می کند.			

۱۳	بر اساس دستور پزشک به بیمار سرم تزریق می کند.		
۱۴	بیمار را مانیتورینگ می کند.		
۱۵	با دستور پزشک برای بیمار بی کربنات با دوز بولوس $1-2 \text{ meq/kg}$ و سپس انفوزیون $50-100 \text{ meq/lit}$ تجویز می کند.		
۱۶	به علت تأثیر بر CNS و ایجاد تشنج بیمار را از نظر تشنج مورد مراقبت قرار می دهد.		
۱۷	دست ها را می شوید.		
۱۸	با توجه به تمام اقدامات انجام شده دستور بستری بیمار را جهت بررسی عملکرد کبدی اخذ می کند.		
۱۹	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پاک سازی مسمومیت دارویی بنزودیازپین ها (لورازپام، الپرازولام، فلورازپام، دیازپام، کلونازپام و ...)

اهداف:

- ۱- سم زدایی گروه بنزودیازپین ها از بدن بیمار
 - ۲- استفاده از آنتی دوت و کاهش اثر این دسته داروها بر CNS
 - ۳- بازتوانی
- وسایل مورد نیاز:
- آب جهت شست و شوی معده - قیف - پارچ - دستکش - NGTube - شارکول و سوربیتول - سرم N/S - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الک - سرنگ و لوله های آزمایش - سوند فولی - پگ استریل - دستکش استریل - آب مقطر و بتادین - وسایل مورد نیاز جهت کنترل علائم حیاتی
- عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی و تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار قادر به صحبت کردن است از او شرح حال می گیرد.			
۵	اگر بیمار خواب آلوده است از همراهان او اطلاعات مورد نیاز را کسب می کند.			
۶	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۷	با دستور پزشک NGT را تعبیه می کند.			
۸	معده را با آب ساده شست و شو می دهد.			
۹	با دستور پزشک شارکول و سوربیتول را گاوآزمی کند.			
۱۰	از بیمار یک خط وریدی می گیرد.			
۱۱	سطح سرمی داروها را اندازه گیری می کند.			
۱۲	در صورت اغمای عمیق از فلومازنیل با دوز ۰/۱ میلی گرم در دقیقه استفاده می کند (طبق تجویز پزشک).			

۱۳	اکسیژن درمانی را به میزان تجویز شده انجام می دهد.		
۱۴	با دستور پزشک سوند فولی تعبیه می کند.		
۱۵	بر اساس دستور پزشک برای آزمایشات CBC و الکترولیت نمونه خون ارسال می کند.		
۱۶	پس از اتمام کار دست ها را می شوید.		
۱۷	با توجه به انجام اقدامات فوق، بیمار جهت بررسی بیشتر حداقل باید به مدت ۶ ساعت بستری شود و در صورت نداشتن اختلال هوشیاری و دپرسیون تنفسی مرخص شود.		
۱۸	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پاک سازی مسمومیت دارویی کلسیم بلوکرها (ديلتياز، نيفديپين، وراپاميل)

اهداف:

۱- پاک سازی مسمومیت دارویی از بدن بیمار

۲- تدابیر درمانی انجام شده جهت کاهش عوارض حاصله از مسمومیت دارویی

۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آب جهت شست و شوی معده - قیف - پارچ - دستکش - NGT - مانیتورینگ - ECG - شارکول - سرم N/S - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الکل - سرنگ ولوله های آزمایش - وسایل مورد نیاز جهت کنترل علائم حیاتی

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار قادر به ارتباط برقرار کردن است از او شرح حال می گیرد.			
۵	اگر بیمار هوشیار نمی باشد از همراهان اطلاعات مورد نیاز را می پرسد.			
۶	با دستور پزشک NGT را تعبیه می کند.			
۷	علائم حیاتی را کنترل می کند.			
۸	معده را شست و شو می دهد.			
۹	طبق دستور پزشک شارکول و سوربیتول را گاوآژ می کند.			
۱۰	از بیمار رگ می گیرد.			
۱۱	برای آزمایشات CBC و الکترولیت نمونه خون ارسال می کند.			
۱۲	در صورت هیپوتانسیون اقدامات درمانی را انجام می دهد (سرم N/S).			
۱۳	طبق دستور پزشک از بیمار نوار قلب می گیرد.			
۱۴	بیمار را مانیتورینگ می کند.			
۱۵	با توجه به اقدامات فوق جهت بررسی بیشتر، بیمار تا ۲۴ ساعت تحت نظر باشد.			
۱۶	اقدامات انجام شده، علائم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پاک سازی بدن از مسمومیت با بتابلوکرها (ایندرال، تیمولول، آنتولول و...)

اهداف:

۱- پاک سازی مسمومیت دارویی از بدن بیمار

۲- کاهش عوارض حاصله از مسمومیت این داروها بر سیستم های مختلف بدن

۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آب جهت شست و شوی معده - قیف - پارچ - دستکش - NGT - دستگاه ECG - سرم - دستگاه الکترود شوک - مانیتورینگ - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الک، - سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل مورد نیاز جهت کنترل علائم حیاتی

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار قادر به صحبت کردن می باشد از او شرح حال می گیرد.			
۵	اگر بیمار هوشیار نیست از همراهان او اطلاعات مورد نیاز را می پرسد.			
۶	علائم حیاتی را چک می کند.			
۷	از بیمار رگ می گیرد.			
۸	برای آزمایشات CBC و الکترولیت نمونه خون ارسال می کند.			
۹	طبق دستور پزشک NGT را تعبیه می کند.			
۱۰	شست و شوی معده را انجام می دهد.			
۱۱	با دستور پزشک از بیمار نوار قلب می گیرد.			
۱۲	با دستور پزشک برای بیمار اکسیژن تجویز شده شروع می کند.			
۱۳	در صورت هیپوتانسیون از سرم قندی و گلوکاگون طبق دستور پزشک استفاده می کند.			
۱۴	بیمار را مانیتورینگ می کند.			

۱۵	با توجه به اقدامات انجام شده فوق، بیمار جهت بررسی هیپوتانسیون و برادیکاردی بستری می‌شود.		
۱۶	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می‌کند.		
۱۷	دست‌های خود را می‌شوید.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پاک سازی مسمومیت دارویی آنتی کولینرژیکها (آتروپین، کلینیدیوم سی و...)

اهداف:

۱- پاک سازی مسمومیت دارویی از بدن بیمار

۲- کاهش عوارض حاصله از مسمومیت این داروها بر سیستم های مختلف بدن

۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آب جهت شست و شوی معده - قیف - پارچ - دستکش - NGT - سرم - مانیتورینگ - آنژیوکت -
چسب - قیچی - گلوله های پنبه الکل - قیف آب سرد - سرنگ و لوله های آزمایش، شارکول و
سوربیتول، وسایل مورد نیاز جهت کنترل علائم حیاتی
عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار قادر به صحبت کردن می باشد از او شرح حال می گیرد.			
۵	اگر بیمار هوشیار نیست از همراهان او اطلاعات مورد نیاز را می پرسد.			
۶	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۷	از بیمار رگ می گیرد.			
۸	با دستور پزشک برای انجام آزمایش سطح سرمی داروها، CBC، الکترولیت ها، منیزیم، فسفر و ABG نمونه خون می گیرد.			
۹	از بیمار نوار قلب می گیرد.			
۱۰	با دستور پزشک NGT را تعبیه می کند.			
۱۱	شست و شوی معده را حتی پس از گذشت ۲۴-۱۲ از مصرف دارو انجام می دهد.			
۱۲	در صورتی که بیمار هیپرترم می باشد از قیف آب سرد و پاشویه			

			جهت کاهش درجه حرارت استفاده می کند.	
۱۳			آنتی دوت اختصاصی فیزوستیگمین است که در حال حاضر در ایران موجود نمی باشد. ولی از نئوستیگمین در صورت بروز عوارض آنتی کولینرژیکی طبق تجویز پزشک استفاده می کند.	
۱۴			با توجه به کلیه اقدامات انجام شده، بیمار برای ۱۲-۲۴ ساعت تحت نظربوده و بستری شود.	
۱۵			اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پاک سازی مسمومیت دارویی آنتی سایکوتیک ها (کلرپرمازین، هالوپریدول، پرومتازین، تیوریدازین)

اهداف:

۱- پاک سازی مسمومیت دارویی از بدن بیمار

۲- جلوگیری از عوارض اکستراپیرامیدال مثل بی قراری شدید

وسایل مورد نیاز:

آب جهت شست و شوی معده - قیف - پارچ - دستکش - NGT - دستگاه ECG - سرم - مانیتورینگ - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الکل - سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علائم حیاتی

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار قادر به صحبت کردن می باشد از او شرح می گیرد.			
۵	اگر بیمار هوشیار نمی باشد از همراهان او اطلاعات مورد نیاز را می پرسد.			
۶	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۷	با دستور پزشک NGT را تعبیه می کند.			
۸	لاواژ معده را انجام می دهد.			
۹	مانیتورینگ قلبی را انجام می دهد.			
۱۰	از بیمار یک رگ می گیرد.			
۱۱	با دستور پزشک از بیمار برای انجام آزمایش CBCdiff.ABG و الکترولیت ها نمونه خون می گیرد.			
۱۲	در صورت اختلال هوشیاری با تجویز پزشک از نالوکسان به عنوان تست تشخیصی درمانی استفاده می کند.			

۱۳	در صورت هیپوتانسیون پاهای بیمار را بالاتر از سطح بدن قرار می دهد.		
۱۴	در صورت عدم بهبود بعد از انجام اقدام شماره ۱۰، از مایع درمانی استفاده می کند.		
۱۵	در صورت هیپوترمی از کیف آب گرم و در صورت هایپرترمی از کیف آب سرد استفاده می کند.		
۱۶	دستان خود را می شوید.		
۱۷	با توجه به اقدامات انجام شده ، به علت عوارض طولانی اثر داروها بعد از حتی ۲ هفته، نیاز به بستری شدن و تحت نظر بودن بیمار وجود دارد.		
۱۸	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.		

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: پاک سازی مسمومیت لیتیوم
- اهداف:
- ۱- پاک سازی بدن بیمار از دوز بالای لیتیوم
 - ۲- جلوگیری از عوارض برگشت ناپذیر کلیوی
 - ۳- بازتوانی
- وسایل مورد نیاز:
- آب جهت شست و شوی معده - قیف - پارچ - دستکش - ECG - NGT - ایپکا - امکانات دیالیز - مانیتورینگ - N/S - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الک - وسایل و تجهیزات دیالیز - سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علایم حیاتی
- عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار هوشیار است از او شرح حال می گیرد.			
۵	در صورتی که بیمار هوشیار نمی باشد از همراهان بیمار اطلاعات مورد نیاز را کسب می کند.			
۶	علایم حیاتی را کنترل می کند.			
۷	با دستور پزشک NGT تعبیه می کند.			
۸	لاواژ معده را بعد از گواژ ایپکا انجام می دهد.			
۹	از بیمار یک رگ می گیرد.			
۱۰	با دستور پزشک از بیمار برای انجام آزمایش CBC، الکترولیت ها و سطح سرمی لیتیوم نمونه خون می گیرد.			
۱۱	با دستور پزشک از سرم N/S جهت اصلاح دهیدراتاسیون استفاده می کند.			
۱۲	در صورت دستور پزشک برای بیمار از ICU پذیرش می گیرد.			
۱۳	در صورت نارسایی کلیوی در صورت دستور پزشک بیمار را دیالیز می کند.			
۱۴	در صورت هیپرترمی با پاشویه و کیف آب سرد درجه حرارت را پایین می آورد.			
۱۵	دست ها را بعد از اتمام کار می شوید.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پاک سازی استامینوفن

اهداف:

۱- پاک سازی بدن از مقادیر سمی استامینوفن

۲- به حداقل رساندن عارضه کبدی

۳- کاهش مرگ و میر

۴- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آب جهت شست و شوی معده - قیف - پارچ - دستکش - NGT - سرم - شارکول و سوربیتول - مانیتورینگ - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الکل - داروهای اختصاصی - سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علائم حیاتی

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	با بیمار در صورت هوشیار بودن صحبت می کند.			
۵	در رابطه با عوارض و سمیت دارویی اطلاعات مورد نیاز را در اختیار همراهان می گذارد.			
۶	علائم حیاتی را کنترل می کند.			
۷	با دستور پزشک NGT را تعبیه می کند.			
۸	شست و شوی معده را هر چه سریع تر آغاز می کند.			
۹	خط وریدی را برقرار می کند.			
۱۰	با دستور پزشک CBC، الکترولیت، تست های کبدی و PT و PTT را کنترل می کند.			
۱۱	هر چه سریع تر از آنتی دوت استامینوفن، ان استیل سیستئین (NAC) طبق تجویز پزشک استفاده می کند.			

۱۲	دست ها را می شوید.		
۱۳	بیمار بعد از انجام اقدامات فوق باید جهت دریافت دوز ننگه دارنده NAC بستری شود. همچنین از نظرکبدی و میزان آسیب رسیده به کبد مورد ارزیابی قرار گیرد.		
۱۴	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پاک سازی ارگانوفسفره و کاربامات از بدن بیمار

اهداف:

۱- پاک سازی بدن مسموم از ارگانوفسفره و کاربامات

۲- جلوگیری از جذب مواد سمی

۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آب جهت شست و شوی معده و پاک کردن سم از سطح بدن - قیف - پارچ - دستکش - NGT - سرم - مانیتورینگ - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الک - شارکول - سوربیتول - صابون - سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علائم حیاتی - سوند فولی و پگ استریل - دستکش استریل - بتادین - آب مقطر

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار هوشیار است از او شرح حال می گیرد.			
۵	در صورت هوشیار نبودن بیمار از همراهان کسب اطلاع می کند.			
۶	لباس های آلوده به سم را از تن بیمار در می آورد.			
۷	علائم حیاتی را کنترل می کند.			
۸	به دستور پزشک NGT را فیکس می کند.			
۹	لاواژ معده را شروع می کند.			
۱۰	طبق دستور پزشک از شارکول و سوربیتول استفاده و گاوآژ می کند.			
۱۱	خط وریدی را برقرار می کند.			
۱۲	از آنتی دوت اورگانوفسفره (پارالیدوکسیم و توکسوگونین) طبق تجویز پزشک استفاده می کند.			

۱۳	با دستور پزشک از آتروپین به عنوان آنتی دوت اولیه در مسمومیت خفیف استفاده می کند.		
۱۴	در صورت آغشته بودن بدن با سم، بدن بیمار را با آب و صابون شست و شو می دهد تا مانع جذب مواد سمی از طریق پوست شود.		
۱۵	بر اساس دستور پزشک جهت انجام آزمایشات CBC، الکترولیت، PT و PTT، بررسی سطح کولین استراز پلاسما، نمونه خون گرفته و به آزمایشگاه ارسال می کند. همچنین نمونه ادرار می گیرد.		
۱۶	به دستور پزشک سوند فولی را تعبیه می کند.		
۱۷	به علت دریافت آتروپین از بیمار مانیتورینگ قلبی به عمل می آورد.		
۱۸	با انجام تمام اقدامات فوق بیمار باید جهت بررسی و انفوزیون آنتی دوت ها در بخش بستری شود.		
۱۹	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.		

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: پاک سازی مواد مخدر
- اهداف:
- ۱- پاک سازی بدن بیمار از مواد مخدر
 - ۲- پیش گیری از جذب دارو
 - ۳- جلوگیری از ایجاد عوارض محرومیت (With Drawal)
- وسایل مورد نیاز:
- آب جهت شست و شوی معده - NGT - شارکول و سوربیتول - داروی اختصاصی - پارچ - دستکش - قیف - سرم - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الکل - سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علائم حیاتی
- عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار هوشیار است از او شرح حال می گیرد.			
۵	در صورتی که بیمار هوشیار نمی باشد از همراهان او اطلاعات مورد نیاز را کسب می کند.			
۶	علائم حیاتی را کنترل می کند.			
۷	به دستور پزشک NGT را تعبیه می کند.			
۸	معده را شست و شو می دهد.			
۹	طبق تجویز پزشک شارکول و سوربیتول را تا $2-1 \text{ g/kg}$ گاوآژ می کند.			
۱۰	خط وریدی را برقرار می کند.			
۱۱	به دستور پزشک آزمایشات CBC، الکترولیت و ABG را ارسال می کند.			
۱۲	به بیمار سرم وصل می کند.			

۱۳	با انجام تست نالوکسان به تشخیص قطعی می رسد.		
۱۴	از آنتی دوت اختصاصی (نالوکسان) طبق دستور پزشک استفاده می کند.		
۱۵	در مسمومیت با اوپیوم ها هیپوگلیسمی و هیپوکسی باید با تجویز گلوکز و دادن اکسیژن طبق تجویز پزشک، اصلاح شود تا از عوارض بعدی آن جلوگیری شود.		
۱۶	با مثبت شدن تست نالوکسان بیمار را طبق نظر پزشک برای انفوزیون و بررسی بیشتر بستری می کند.		
۱۷	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پاک سازی مسمومیت هیدروکربن ها (تولوئن، گزین و مشتقات نفت خام)

اهداف:

- ۱- پاک سازی مسمومیت هیدروکربن ها از بدن بیمار
- ۲- جلوگیری از عوارض گوارشی، تنفسی و سیستم اعصاب مرکزی
- ۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

سرم- مانیتورینگ — آنژیوکت — چسب — قیچی — گلوله های پنبه الکل-سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علائم حیاتی- سوند اکسیژن - دستکش استریل- داروهای مورد نیاز جهت پیشگیری از استفراغ

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستانش را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار قادر به صحبت کردن می باشد از او شرح حال می گیرد.			
۵	اگر بیمار هوشیار نیست از همراهان او اطلاعات مورد نیاز را کسب می کند.			
۶	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۷	برای بیمار اکسیژن تجویز شده را وصل می کند.			
۸	از بیمار رگ می گیرد.			
۹	جهت انجام آزمایشات الکترولیتی و CBC از بیمار نمونه خون می گیرد، برای بررسی پروتئین اوری، نمونه ادرار و برای بررسی خون در مدفوع نمونه مدفوع ارسال می کند.			
۱۰	به بیمار سرم وصل می کند.			
۱۱	در صورت احتمال آسپیراسیون از بیمار عکس ریه می گیرد.			
۱۲	تزریق داروی پلازیل را جهت پیشگیری از استفراغ طبق نظر			

			پزشک تزریق می کند.	
			بعد از انجام اقدامات فوق در صورتی که بیمار در فاز آسپیراسیون تنفسی قرار نگرفته باشد می تواند مرخص شود.	۱۳
			اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.	۱۴

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پاک سازی منواکسید کربن

اهداف:

۱- پاک سازی مسمومیت منواکسید کربن از خون بیمار

۲- رساندن اکسیژن جهت جلوگیری از هیپوکسی

۳- جلوگیری از عوارض ناشی از هیپوکسی

۴- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

اکسیژن - سوند نازال یا ماسک اکسیژن - دارو- مانیتورینگ - سرم - آنژیوکت - چسب - قیچی -
گلوله های پنبه الکل-سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علائم حیاتی
عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را می شوید.			
۲	در صورتی که بیمار با ایست قلبی و تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۳	در صورتی که بیمار قادر به صحبت کردن است از او شرح حال می گیرد.			
۴	اگر بیمار هوشیار نیست از همراهان اطلاعات مورد نیاز را کسب می کند.			
۵	بیمار را در معرض هوای آزاد قرار می دهد.			
۶	در صورت تجویز از O2 با درصد بالا استفاده می کند (۱۰۰٪ با ماسک).			
۷	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۸	خط وریدی را برقرار می کند.			
۹	به دستور پزشک سطح سرمی کربوکسی هموگلوبین، الکترولیت، CBC و ABG را بررسی می کند.			
۱۰	به بیمار سرم وصل می کند.			
۱۱	در صورت بهبود یافتن حال عمومی و در صورتی که میزان کربوکسی هموگلوبین کمتر از ۲۵٪ باشد بیمار مرخص می شود.			
۱۲	با دستور پزشک در صورت بد حال بودن بیمار، تخت ICU و وسایل مربوط را آماده می کند و بیمار را در ICU بستری می کند.			
۱۳	اقدامات انجام شده، علائم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پاک سازی مسمومیت سیانیدی

اهداف:

- ۱- پاک سازی سیانید از فرد مسموم
 - ۲- کاهش عوارض حاصله از مسمومیت این داروها بر سیستم های مختلف بدن
 - ۳- بازتوانی
- وسایل مورد نیاز:
- سرم - ماسک یا سونداکسیژن - NGT - پارچ - قیف - مانیتورینگ - شیر یا آب ساده - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الکل - سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علایم حیاتی - دستکش استریل - داروهای اختصاصی
- عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	از بیمار یا همراهان شرح حال می گیرد.			
۵	از تنفس دهان به دهان خودداری می کند که سبب مسمومیت فرد کمک کننده می شود.			
۶	در صورتی که سیانید به صورت خوراکی مصرف شده NGT تعبیه می کند.			
۷	لاواژ و شستشوی معده را با شیر یا آب ساده انجام می دهد.			
۸	O2 ۱۰۰٪ با تجویز پزشک به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه برقرار می کند.			
۹	علایم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۱۰	ABG برای بیمار انجام می دهد (طبق دستور پزشک).			
۱۱	خط وریدی را برقرار می کند.			
۱۲	به دستور پزشک نمونه خون جهت آزمایشات الکترولیت، CBC و ABG ارسال می کند.			

۱۳	سرم به بیمار وصل می کند.		
۱۴	از آنتی دوت نیتريت سدیم به دستور پزشک استفاده می کند.		
۱۵	با توجه به انجام اقدامات فوق، بیمار برای بررسی و تحت نظر بودن با دستور پزشک بستری می شود. در صورت بد حال بودن بیمار را به بخش ICU منتقل می کند (طبق دستور پزشک).		
۱۶	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پاک سازی الک (متانول، اتانول و ...)

اهداف:

۱- پاک سازی الک از بدن مسموم

۲- پیشگیری از اسیدوز متابولیک

۳- پیشگیری از عوارض بینایی

۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آب ولرم حاوی بی کربنات - قیف - پارچ - دستکش - NGT - بی کربنات - اتانول - امکانات دیالیز -
 سرم - ماسک یا سونداکسیژن - NGT - مانیتورینگ - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الک -
 سرنگ و لوله های آزمایش، وسایل جهت کنترل علائم حیاتی - دستکش استریل - داروهای اختصاصی
 عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستان خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	در صورتی که بیمار قادر به صحبت کردن می باشد از او شرح حال می گیرد.			
۵	اگر بیمار هوشیار نمی باشد از همراهان او اطلاعات مورد نیاز را کسب می کند.			
۶	به دستور پزشک NGT تعویه می کند.			
۷	جهت حفظ pH قلیایی لاواژ با آب ولرم و بی کربنات را طبق دستور پزشک انجام می دهد.			
۸	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۹	خط وریدی برقرار می کند.			
۱۰	به دستور پزشک نمونه خون جهت آزمایشات الکترولیت، CBC و ABG سطح سرمی متانول و HBSAg را ارسال می کند.			

۱۱	طبق دستور پزشک سرم به بیمار تزریق می کند.		
۱۲	در صورت تجویز گلوکز به بیمار تزریق می کند.		
۱۳	طبق دستور پزشک به بیمار اکسیژن می دهد.		
۱۴	تجویز اتانول به عنوان آنتی دوت با دستور پزشک شروع شود.		
۱۵	بعد از اتمام کار دست های خود را می شوید.		
۱۶	در صورت دستور پزشک، دیالیز انجام می شود.		
۱۷	بیمار با توجه به انجام اقدامات فوق برای بررسی بیشتر و دریافت دوز آنتی دوت، بستری می شود.		
۱۸	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پاک سازی مواد شوینده و سفید کننده

اهداف:

۱- پاک سازی مواد شوینده و سفید کننده از فرد مسموم

۲- جلوگیری از عوارض تنفسی، پوستی و گوارشی

۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آب جهت شست و شوی مخاط مثل چشم - شیر جهت رقیق کردن ترشحات - داروی ضد تهوع - آنژیوکت - چسب - قیچی - گلوله های پنبه الکل - سرنگ و لوله های آزمایش - وسایل جهت کنترل علائم حیاتی - دستکش

عامل انجام کار: پزشک - پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	در صورتی که بیمار با ایست قلبی، تنفسی مراجعه کرده است اقدامات اورژانسی ABCD را انجام می دهد.			
۴	از آن جایی که اغلب این افراد را کودکان تشکیل می دهند از مادر این اطفال اطلاعات مورد نیاز را کسب می کند.			
۵	از ایجاد استفراغ با استفاده از داروی ضد تهوع جلوگیری به عمل می آورد.			
۶	علائم حیاتی را کنترل می کند.			
۷	خط وریدی را برقرار می کند.			
۸	آزمایشات الکترولیت و CBC را ارسال می کند.			
۹	به بیمار سرم وصل می کند.			
۱۰	در صورت احتمال آسپیراسیون عکس ریه می گیرد.			
۱۱	با مصرف شیر، مواد شوینده و سفید کننده معده را رقیق می کند.			
۱۲	در صورت تماس این مواد با چشم با آب فراوان چشم ها را شست و شو می دهد.			
۱۳	در صورت آسیب مجرای گوارشی جهت بررسی بیشتر بیمار بستری می شود.			
۱۴	اقدامات انجام شده، علائم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ **نوع فعالیت:** پاک سازی بدن از عامل ایجاد کننده مسمومیت غذایی (عوامل استفیلوکوکی، اشرشیاکولی، کلرا، سالمونلا)

اهداف:

۱- پاک سازی عامل ایجاد کننده مسمومیت از بدن بیمار

۲- استفاده از داروهای مورد احتیاج جهت برطرف نمودن عامل ایجاد کننده مسمومیت

۳- بازگرداندن سلامتی بیمار و بهبود وی

وسایل مورد نیاز:

آنژیوکت - دماسنج جهت کنترل درجه حرارت بیمار (بررسی تب) - فشار سنج و گوشی - دستکش - سرم - لوله آزمایش، سرنگ جهت ارسال احتمالی نمونه خون (CBC و الکترولیت) - ظرف مخصوص آزمایش مدفوع (S/E یا S/C) - داروهای مورد نیاز بر اساس دستور پزشک (متوکلوپرامید، هیوسین و ...)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش را می شوید.			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۴	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۵	در صورت وجود تب، کاهش فشار خون و نبض تند به پزشک اطلاع می دهد.			
۶	از بیمار یک خط وریدی می گیرد.			
۷	با توجه به دستور پزشک از بیمار نمونه ی خون می گیرد.			
۸	بر اساس دستور پزشک سرم به بیمار تزریق می کند.			
۹	ظرف نمونه مدفوع (S/E و S/C) را در اختیار بیمار یا همراهان قرار می دهد و مراحل گرفتن نمونه مدفوع را توضیح می دهد.			
۱۰	در صورت دستور پزشک از پلازیل و هیوسین استفاده می کند.			
۱۱	پس از اتمام سرم و بررسی جواب آزمایشات ، وضعیت بالینی بیمار را بررسی می کند.			
۱۲	در صورت دستور بستری توسط پزشک بیمار را به بخش منتقل می کند.			
۱۳	اقدامات انجام شده، علائم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پاک سازی بدن از عامل ایجاد کننده مسمومیت غذایی با سمیت عصبی (کلستریدیوم

بوتولینوم یا سم بوتولیسم)

اهداف:

۱- پاک سازی عامل ایجاد کننده مسمومیت از بدن

۲- بازگرداندن سلامتی بیمار و بهبودی

۳- بازتوانی

وسایل مورد نیاز:

آنژیوکت - ابزار کنترل علایم حیاتی مانند دماسنج، فشارسنج و گوشی - دستکش - NGT به علت دیسفاژی

- سرم - لوله آزمایش - سرنگ جهت ارسال نمونه خون - ظرف مخصوص آزمایش مدفوع (S/E و S/C) -

داروهای مخصوص و مورد نیاز طبق دستور پزشک (هیوسین، آنتی دوت بوتولیسم (پلی و الان) - وسایل

احیاء قلبی و تنفسی در صورت بروز مشکلات تنفسی ناشی از فلج عصبی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌هایش را می شوید .			
۲	دستکش می پوشد.			
۳	علایم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۴	در صورت وجود مشکلات تنفسی و کاهش میزان تنفس به پزشک اطلاع می دهد.			
۵	در صورت فلج تنفسی و بروز مشکلات تنفسی اقدامات (ABCD) احیا را انجام می دهد.			
۶	از بیمار یک خط وریدی می گیرد.			
۷	براساس دستور پزشک نمونه های خون مورد نیاز را می گیرد.			
۸	سرم را براساس دستور پزشک به بیمار تزریق می کند.			
۹	ظرف نمونه مدفوع (S/E و S/C) را در اختیار بیمار یا همراه وی قرار می دهد و روش گرفتن نمونه را توضیح می دهد.			
۱۰	در صورت دستور دارویی (آنتی بوتولیسم، هیوسین و ...) داروها را به بیمار تزریق می کند.			
۱۱	مراحل بستری بیمار در بخش را با دستور پزشک انجام می دهد.			
۱۲	بیمار را در بخش مورد نظر (عفونی یا ICU) بستری می کند.			
۱۳	با توجه به اقدامات انجام شده و با توجه به وضعیت بالینی جهت ادامه ی درمان بیمار را با نظر پزشک در بخش بستری می کند.			
۱۴	اقدامات انجام شده، علایم حیاتی، وضعیت بالینی، واکنش بیمار به درمان و داروهای مصرفی را ثبت می کند.			



فصل نوزدهم

قلب و عروق

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مانیتورینگ CVP

اهداف:

۱- ارزیابی حجم خون در گردش و کفایت برگشت خون وریدی به قلب در نارسایی‌های قلبی و اعمال جراحی بزرگ.

۲- کمک به پزشک در ارزیابی حجم خون و تجویز دارو و مایعات به بیمار

وسایل مورد نیاز:

در اندازه گیری CVP با استفاده از مانومتر آبی - خط کش CVP - مایع داخل وریدی و ست انفوزیون - مانومتر آبی - در اندازه گیری CVP با استفاده از ترانس دیوسر: ترانس دیوسر و تجهیزات آن

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
- در روش اندازه گیری CVP با استفاده از مانومتر آبی:				
۱	با بیمار ارتباط برقرار کرده و دلیل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۲	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۳	از باز بودن سه راهی اطمینان پیدا می کند.			
۴	در صورت عدم جریان مایع به طور آزادانه کاتتر را توسط یک سرنگ آسپیره می کند.			
۵	صفر خط کش CVP را هم طراز با محور فلبواستاتیک قلب تنظیم می کند (محور فلبواستاتیک در وضعیت خوابیده به پشت به موازات چهارمین فضای بین دنده‌ای روی خط زیر بغل میانی می باشد).			
۶	سه راهی را به نحوی که مایع به سمت بیمار قطع شود می چرخاند.			
۷	مانومتر را در همین وضعیت تا سطح حداکثر ۲۵ mm H ₂ O پر می کند (بهتر است لبریز نشود).			
۸	سه راهی را به نحوی که مایع به سمت بیمار جریان یابد می چرخاند که در نتیجه سطح مایع داخل مانومتر پایین بیاید و در نقطه ای ثابت بماند.			

۹	مدت یک دقیقه تأمل می کند تا سطح مایع داخل CVP با هر تنفس بیمار بالا و پایین بیاید.		
۱۰	میزان CVP را در انتهای بازدم می خواند (در بالاترین نقطه نوسان مایع داخل مانومتر).		
۱۱	سه راهی را به حالت اولیه بر می گرداند به طوری که سرم مجدداً به داخل کاتتر جریان یابد.		
۱۲	در صورتی که بیمار دستور دریافت سرم ندارد کاتتر CVP را با مایع هپارینه پر می کند.		
۱۳	کلیه مشاهدات و یافته های خود را به ویژه اندازه CVP را یادداشت می کند.		
- در روش اندازه گیری CVP با استفاده از ترانس دیوسر:			
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند.		
۲	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.		
۳	سر تخت بیمار را تا ۳۰ درجه بالا می آورد.		
۴	ترانس دیوسر را هم سطح محور قلب استاتیک قلب قرار می دهد.		
۵	میزان CVP روی مانیتور را در زمان انتهای بازدم می خواند.		
۶	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کمک در گذاشتن CVP

اهداف:

۱- اندازه گیری فشار ورید مرکزی

۲- تجویز سریع مایعات

۳- انفوزیون مایعات هیپرتونیک یا داروهای که به عروق محیطی صدمه می زند.

وسایل مورد نیاز:

کاتتر CVP - پنبه الک - بتادین - ست cvp - ست بخیه - دستکش استریل - دستکش یک بار مصرف - ترالی احیاء (در صورت لزوم) - مانیتور (جهت کنترل بیمار در حین انجام کار) - ماده بی حس کننده - نخ بخیه - دو عدد سرنگ ۱۰ سی سی - گان استریل - سرنگ ۵ سی سی - ماسک - وسایل شویو - گاز استریل - چسب - مانومترآبی و خط کش CVP- تجهیزات تزریق داخل وریدی

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در صورت هوشیاری با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۲	محیط امن و خلوتی را برای وی فراهم می کند.			
۳	وسایل مورد نیاز را بر بالین بیمار آماده می کند.			
۴	دست ها را به دقت شسته و ضد عفونی می کند.			
۵	محل مورد نظر را شویو می کند.			
۶	بیمار را به مانیتور ECG وصل می کند.			
۷	ست انفوزیون خط وریدی را آماده می کند.			
۸	ماسک و دستکش استریل می پوشد و به پزشک در پوشیدن دستکش، گان و ماسک کمک می کند.			
۹	ست CVP و ست بخیه را روی میز به صورتی که دسترسی پزشک و پرستار به آن راحت باشد باز و آماده می کند.			
۱۰	ناحیه ی مورد نظر جهت ورود کاتتر CVP را با شان پر فوره (سوراخ دار) استریل می پوشاند.			
۱۱	محل مورد نظر را با بتادین کاملاً تمیز و ضد عفونی می کند.			
۱۲	طبق دستور ماده بی حس کننده را با سرنگ ۵ سی سی کشیده و			

			در اختیار پزشک قرار می دهد.
۱۳			در تمام مدت عمل، بیمار را از نظر مشکلات قلبی و بروز آریتمی و مشکلات تنفسی کنترل می کند و وضعیت وی را به پزشک اطلاع می دهد.
۱۴			در تمام مدت عمل وسایل را طبق دستور پزشک در اختیار وی قرار می دهد.
۱۵			چنانچه بیمار حین انجام تکنیک دچار مشکلی شد، طبق دستور پزشک سریعاً کار را قطع و طبق دستورالعمل CPR را آغاز می کند.
۱۶			پس از این که پزشک کاتتر را وارد کرده و آن را به پوست بیمار بخیه زد، روی محل ورود کاتتر را به روش استریل پانسمان می کند.
۱۷			ست انفوزیون وریدی که از قبل آماده و هواگیری نموده است را به کاتتر CVP وصل می کند.
۱۸			بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.
۱۹			وسایل را جمع آوری می کند و به محل مخصوص انتقال می دهد.
۲۰			جهت اطمینان از صحت جای گذاری CVP جهت گرفتن عکس کنترل قفسه سینه با رادیولوژی هماهنگی می کند.
۲۱			ست های CVP و بخیه را پس از شست و شو به CSR می فرستد.
۲۲			در صورت دستور، میزان CVP بیمار را اندازه گیری می کند.
۲۳			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان انجام پروسیجر و نام پزشکی که پروسیجر را انجام داده است. ب- کلیه مشاهدات پیش آمده و اقدامات انجام شده ج- در صورت اندازه گیری CVP میزان آن را

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کمک در خارج کردن CVP

هدف:

پیشگیری از بروز و پیشرفت عفونت از محل ورود کاتتر CVP

وسایل مورد نیاز:

ست پانسمان - محلول نرمال سالین - تیغ بیستوری

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در صورت امکان با بیمار ارتباط برقرار می کند و نحوه انجام پروسیجر را به وی می گوید.			
۲	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۳	وسایل را آماده و کنار تخت بیمار می گذارد.			
۴	دست های خود را می شوید.			
۵	بیمار را به وضعیت خوابیده به پشت با بالا آوردن سر تخت به میزان ۳۰ درجه قرار می دهد.			
۶	پانسمان ناحیه را برمی دارد.			
۷	ست پانسمان را با تکنیک استریل باز می کند.			
۸	بخیه ها را به آرامی و با رعایت نکات آسپتیک خارج می کند (پزشک یا پرستار).			
۹	مسیر ارتباطی مایع وریدی به مسیر CVP را می بندد.			
۱۰	هنگامی که پزشک کاتتر را بیرون کشید، محل خروج کاتتر را به روش استریل پانسمان می کند.			
۱۱	بیمار را از نظر وجود علایم دیسترس تنفسی و آمبولی هوا بررسی می کند.			
۱۲	وسایل را جمع می کند و به اتاق مخصوص می برد.			
۱۳	وسایل پانسمان را شسته و به CSR انتقال می دهد.			
۱۴	مراحل انجام کار را با ذکر تاریخ و ساعت و واکنش های بیمار و مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کمک در گرفتن یک خط شریانی

مقدمه: پایش فشار شریانی به طور معمول، موجب اندازه گیری مداوم فشار سیستولی، دیاستولی و فشار خون متوسط (MAP) می شود.

اهداف:

۱- پایش فشار شریانی

۲- گرفتن نمونه ABG و دیگر آزمایشات

۳- انجام همودایلیز در بیماران با تشخیص ARF

۴- جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی نظیر آنژیوگرافی، PTCA، مطالعات الکتروفیزیولوژی قلب و ...

وسایل مورد نیاز:

پک پانسمن - محلول ضد عفونی کننده - دستکش استریل گان - ماسک و عینک محافظ (در صورت لزوم) - مشمع و روبی آن - آنژیوکت به شماره ۲۰-۱۶ (نوع آن بستگی به محل گرفتن شریان، وزن و قد بیمار دارد) - شان استریل پرفوره - ترانس دیوسر شریانی در صورت نیاز - بی حس کننده موضعی دستور داده شده - انواع نخ بخیه - سرنگ و سرسوزن (به شماره های ۲۵-۲۱) - پایه ی سرم - کاتتر و برچسب دارویی - گاز استریل - چسب ضد حساسیت - بازوبند و مچ بند نرم (جهت شریان فمورال، محدود کننده رانی) - وسایل شیو (در صورت نیاز) - وسایل جمع آوری نمونه خون (دستکش استریل - گان، ماسک و عینک محافظ) (در صورت نیاز) - گاز استریل ۱۰×۱۰ سانتی متر - مشمع و روبی آن - سرم CC ۵۰۰ - سرنگ CC ۱۰ - ۵ بر حسب تهیه نمونه - برگه های درخواست آزمایش - برچسب مشخصات بیمار - سوزن - پنبه الکلی.

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را دقیق می شود (با محلول ضد عفونی مناسب).			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	مانتیور کنار تخت بیمار را روشن می کند.			
۴	مانتیور را تنظیم می کند.			
۵	آن را به حالت آماده باش قرار داده و آلام آن را تنظیم می کند.			
۶	با بیمار ارتباط برقرار می کند (در صورت امکان) و علت و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۷	به بیمار راجع به طول زمان جای گذاری کاتتر و علت آن توضیح می دهد.			

۸	برگه ی رضایت نامه از بیمار می گیرد یا وجود آن را در پرونده کنترل می کند.		
۹	در صورت عدم توانایی بیمار در امضاء نمودن برگه ی رضایت نامه از بستگان درجه اول وی (ولی بیمار) رضایت نامه می گیرد.		
۱۰	تاریخچه بیماری را از نظر وجود حساسیت به محلول های ضد عفونی مثل بتادین و یا داروهای ضد انعقاد مثل هپارین و یا داروهای بی حس کننده ی موضعی بررسی می کند.		
۱۱	علایم حیاتی بیمار را کنترل می کند.		
۱۲	وسایل محافظت شخصی از قبیل گان، ماسک و عینک محافظ را می پوشد.		
۱۳	پوزیشن مناسب جهت بررسی محل ورود آنژیوکت به بیمار می دهد.		
۱۴	پس از انتخاب محل مورد نظر جهت گرفتن خط شریانی ، مشمع و رویی را زیر آن ناحیه پهن می کند.		
۱۵	در صورتی که محل مورد نظر شریان رادیال می باشد، تست آلن را انجام می دهد.		
۱۶	دستکش می پوشد.		
۱۷	پک پانسمان را به روش استریل باز می کند.		
۱۸	ناحیه مورد نظر را کاملاً ضد عفونی می کند.		
۱۹	ناحیه را با شان پر فوره استریل می پوشاند.		
۲۰	در صورتی که رگ گیری را جهت مانیتورینگ فشار شریانی انجام می دهد: الف - سرم نرمال سالین حاوی ۱۰۰۰ واحد هپارین در ۵۰۰ سی سی سرم را به کاتتر سرم وصل می کند. ب - کاتتر سرم را به محل مناسب در رابط ترانس دیوسر وصل می کند. ج - ترانس دیوسر شریانی را که از قبل به روش صحیح ضد عفونی و آماده کرده است، به پایه سرم و در محل خود ثابت می کند. د - سیم ترانس دیوسر را در محل مخصوص روی مانیتور نصب می کند.		
۲۱	هنگامی که پزشک آنژیوکت را وارد می کند، کاتتر را به ته آنژیوکت وصل می کند.		
۲۲	با مشاهده حرکت ضرباندار خون به داخل کاتتر ، سه راهی آنژیوکت را به سمت مانیتور باز نگه می دارد.		
۲۳	به ظاهر شدن موج نورانی مربوط به حرکت امواج خون از شریان در مانیتور کنار تخت توجه می کند.		
۲۴	پزشک آنژیوکت را در جای خود بخیه می زند، آنرا پس از ضد عفونی کردن با یک گاز استریل کوچک پانسمان می کند.		

۲۵	روی پانسمان به اندازه و تعداد کافی جهت حفظ خط شریانی چسب ضد حساسیت می چسباند.		
۲۶	عضو مورد نظر را بی حرکت می کند(در مورد شریان رادیال و براکیال از بازو بند یا مچ بند سرم استفاده می کند).		
۲۷	بیمار را در حالت استراحت مطلق نگه می دارد.		
۲۸	سر بیمار را حداکثر ۳۰ درجه بالا نگه می دارد.		
۲۹	به وسیله ی بستن راه شریانی از طریق سه راهی، و برداشتن درپوش سه راهی، به سیستم صفر اتمسفر می دهد.		
۳۰	روی مانیتور کنار تخت به ترانسدیوسر شریانی صفر می دهد.		
۳۱	در صورت غیرفعال بودن، آلارم مانیتور را فعال می کند.		
۳۲	وقتی عدد نمایشگر روی مانیتور صفر شد، راه شریانی را به وسیله ی سه راهی به سمت ترانسدیوسر باز می کند.		
۳۳	به شکل و ارتفاع و سرعت و نوع موج ایجاد شده روی مانیتور توجه می کند.		
۳۴	عدد فشار خون شریانی را از روی مانیتور می خواند.		
۳۵	در صورتی که نیاز به ارسال نمونه به آزمایشگاه می باشد، به روش صحیح نمونه را تهیه و به آزمایشگاه ارسال می کند.		
۳۶	تاریخ و زمان رگگیری را روی پانسمان ناحیه یادداشت می کند.		
۳۷	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان انجام پروسیجر ب - محل انتخاب شده و نام رگ انتخاب شده ج - نام پزشک یا متخصص بیهوشی که پروسیجر را انجام داده است د - داروی بی حسی مورد استفاده ه - میزان تحمل بیمار و واکنش ها و مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده ی - فشار خون و نوع موج و مشخصات آن و هرگونه علایم غیرطبیعی که در موج ظاهر شده است. ر - در صورت ارسال نمونه به آزمایشگاه، مقدار و نوع آزمایش ز - علت انجام رگگیری شریانی ژ - علایم حیاتی قبل و بعد از رگ گیری شریانی ش - وضعیت تنفسی بیمار از نظر اینتوبیشن و اکستوبیشن دستگاه را قید می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: گرفتن نمونه خون شریانی جهت آنالیز گازهای خون از یک سیستم بسته

اهداف:

- ۱- جهت ارزیابی درصد اکسیژن خون شریانی و PH و بیکربنات خونی
- ۲- جهت آنالیز گازهای خون شریانی بیمارانی که بیماری های ریوی مزمن ، ادم ریوی ، سندرم دیسترس تنفسی حاد، انفارکتوس قلبی یا پنومونی دارند.
- ۳- در بیماران در طول بروز شوک و پس از جراحی بای پس شریان کرونر، اقدامات مراقبتی در ایست قلبی ، تغییر در پارامترهای دستگاه تنفسی یا وضعیت های تنفسی و در بیهوشی طولانی مدت
- ۴- ارزیابی تنفس بیمار و تصمیم گیری جهت مراحل درمانی

وسایل مورد نیاز:

آمپول هپارین (۱ سی سی هزار واحدی) - سوزن شماره ۲۲ و ۲۰ با سوزن یک چهارم اینچ - دستکش استریل - پد الکلی یا بتادین - ۲ عدد گاز ۵×۵ سانتی متر - کیسه محتوی یخ - فرم درخواست آزمایش - برچسب - گاز استریل - محلول لیدوکائین ۱٪ در صورت نیاز - سرنگ ۲ سی سی - ظرف جمع آوری سوزن (سیفتی باکس)

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک مبنی بر انجام ABG را بررسی می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند (در صورت امکان) و علت و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۳	دست هایش را می شوید.			
۴	روی برچسب، نام و مشخصات و شماره تخت و تاریخ و زمان نمونه گیری و نام پزشک بیمار را وارد می کند.			
۵	ظرف محتوی یخ را در دسترس خود قرار می دهد.			
۶	سوزن شماره ۲۰ را به سرنگ می زند.			
۷	سر آمپول هپارین را باز می کند.			
۸	تمام هپارین داخل آمپول را به داخل سرنگ می کشد.			
۹	سرنگ را بالا می گیرد و پیستون را عقب می کشد (حدود ۷ سی سی).			
۱۰	در حالی که پیستون را عقب می کشد آن را می چرخاند تا تمام سطح داخلی سرنگ به هپارین آغشته شود.			

۱۱	سپس به آرامی هپارین داخل سرنگ را خارج می کند.		
۱۲	فقط حدود ۰/۱ سی سی از هپارین را داخل سرنگ نگه می دارد.		
۱۳	جهت هپارینه کردن سوزن، ابتدا سوزن شماره ۲۰ را با سوزن شماره ۲۲ عوض می کند.		
۱۴	سپس سرنگ را بالا می آورد، آنرا به نرمی می کشد و باقیمانده هپارین را خارج می کند.		
۱۵	به بیمار توضیح می دهد که داخل کردن سوزن کمی دردناک است ولی باید آرامش خود را حین انجام پروسیجر حفظ کند.		
۱۶	دستکش می پوشد.		
۱۷	یک پارچه رول شده زیر مچ دست بیمار می گذارد (تا مچ دست در مقابل حرکت حمایت شود).		
۱۸	جهت یافتن نبض شریانی جستجو می کند .		
۱۹	در صورت وجود مشکل در پیدا کردن نبض شریانی از تست آلن به روش صحیح استفاده می کند.		
۲۰	پس از انتخاب مکان نبض شریانی ناحیه را با پنبه الکلی یا بتادین ضدعفونی می کند.		
۲۱	جهت پیدا کردن حرکت خون از مرکز شریان جستجو را شروع می کند.		
۲۲	ضربان نبض شریان را با انگشتان سبابه و میانی لمس می کند.		
۲۳	هم زمان با دست دیگر سرنگ را بالای مکانی که انتخاب کرده است قرار می دهد.		
۲۴	محل فرو بردن سوزن باید بین انگشت سبابه و میانی که نبض را حس می کند، قرار بگیرد.		
۲۵	سوزن را در دیوار شریان وارد می کند.		
۲۶	در مورد شریان براکیال سوزن را در زاویه ۶۰ درجه می گیرد.		
۲۷	در مورد شریان رادیال سوزن را در زاویه ۴۵-۳۰ درجه می گیرد.		
۲۸	به برگشت خون به سرنگ توجه می کند.		
۲۹	پیستون را عقب نمی کشد (زیرا خون شریانی خود به خود وارد سرنگ می شود).		
۳۰	به اندازه ۵/۰ سی سی خون شریانی را آسپیره می کند.		
۳۱	پس از جمع آوری نمونه، با پد گازی با فشار ثابت محل سوزن را تا زمانی که خونریزی قطع شود فشار می دهد (حداقل ۵ دقیقه).		
۳۲	در صورتی که بیمار داروی ضد انعقاد مصرف می کند ۱۵-۱۰ دقیقه ناحیه را فشار می دهد.		
۳۳	از یک نفر کمک می خواهد که ناحیه را فشار دهد و نمونه را جهت		

			انتقال به آزمایشگاه آماده می کند.	
۳۴			سرنگ را از نظر وجود هوا بررسی می کند.	
۳۵			اگر حباب دیده شد، سرنگ را بالا می گیرد.	
۳۶			حباب را آهسته به داخل گاز ۵×۵ سانتی متر تخلیه می کند.	
۳۷			سوزن را داخل سیفتی باکس می اندازد.	
۳۸			برچسب نمونه را روی ظرف حاوی یخ می چسباند.	
۳۹			فرم تکمیل شده جهت آزمایشگاه را آماده می کند.	
۴۰			به روش جاری نمونه را به آزمایشگاه می فرستد.	
۴۱			زمانی که خون متوقف شد، با یک گاز کوچک استریل ناحیه را پانسمان می کند.	
۴۲			علائم حیاتی و علائم اختلال خورسانی و کرختی، رنگ پریدگی، درد، گزگز در بازو یا پا را کنترل می کند.	
۴۳			محل گرفتن نمونه را از نظر خونریزی کنترل می کند.	
۴۴			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - دلیل استفاده از تست آلن ، زمان نمونه برداری ، درجه حرارت ب - مکان شریان انتخابی ، مدت زمان صرف شده جهت فشار روی ناحیه نمونه گیری ج - نوع و مقدار اکسیژنی که بیمار دریافت می کند. د - میزان هموگلوبین بیمار	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: گرفتن نمونه خون شریانی از سیستم باز

اهداف:

- ۱- بررسی گازهای خون شریانی
- ۲- بررسی اختلالات اسید - باز
- ۳- اندازه گیری پارامتری های بیوشیمی و آزمایشات سرولوژی بعد از اعمال جراحی قلب

وسایل مورد نیاز:

دستکش - گان، ماسک ، عینک محافظ در صورت نیاز - گاز استریل - مشمع و رویی آن - سرنگ ۱۰-۵ سی سی - برگه درخواست آزمایش ، برچسب مشخصات بیمار - سوزن - پنبه الکلی - سرنگ ۲ سی سی هپارینه شده جهت نمونه.

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	وسایل را آماده می کند.			
۳	آنها را نزدیک تخت بیمار می گذارد (سر پوش ها، سه راهی و سرنگ ها).			
۴	آلارم مانیتور را خاموش می کند.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	گاز ۱۰×۱۰ سانتی متر را زیر سه راهی قرار می دهد.			
۷	شیر سه راهی را به طرف شریان می بندد.			
۸	در پوش را از روی سه راهی برمی دارد و روی گاز می گذارد.			
۹	سر سرنگ را در محل شیر سه راهی داخل می کند.			
۱۰	آسپیره می کند.			
۱۱	نمونه اول قابل استفاده نمی باشد، طبق روتین بخش آن را دور می ریزد (در تمام مراکز دور ریخته نمی شود).			
۱۲	نمونه دوم را داخل سرنگ آسپیره می کند (به میزان لازم).			
۱۳	در پوش سر سه راهی را می گذارد.			
۱۴	شیر سه راهی را به طرف سرم حاوی هپارین باز نگه می دارد.			

۱۵	مقداری از سرم را به داخل سرنگ دیگری می کشد.		
۱۶	شیر سر راهی را به طرف سرم می بندد و به طرف شریان باز می کند.		
۱۷	نرمال سالین هپارینه را به داخل شریان به آرامی پوش می کند.		
۱۸	در پوش سه راهی نزدیک آنژیوکت را برمی دارد.		
۱۹	شیر سه راهی را به طرف آنژیوکت می بندد و به طرف اتمسفر باز می کند.		
۲۰	روی مانیتور کنار تخت ترانسدیوسر را صفر می کند.		
۲۱	بعد از مشاهده عدد صفر روی مانیتور، شیر سه راهی را به طرف اتمسفر می بندد و به طرف شریان باز می کند.		
۲۲	نمونه یا نمونه‌ها را همراه با فرم و بر چسب مشخصات به آزمایشگاه ارسال می کند.		
۲۳	در پوش سه راهی را می گذارد.		
۲۴	مشاهدات و یافته‌های خود را یادداشت می کند: الف - مقدار و تاریخ و زمان نمونه‌گیری را ب - مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده ج - نوع آزمایش درخواستی		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: تعویض لوله خط شریانی

اهداف:

۱- پیشگیری از عفونت

۲- در صورتی که لخته‌ای در لوله قبلی ایجاد شده باشد از اشتباهات مانیتورینگ پیشگیری می کند.

وسایل مورد نیاز:

دستکش - گان، ماسک ، عینک محافظ (در صورت نیاز) - مشمع و رویی - کاتتر از قبل آماده شده فشار شریانی مهره ای با ترانسدیوسر شریانی ضد عفونی شده و یا یکبار مصرف - سرم نرمال سالین یا سرم قندی 5% با حجم ۵۰۰-۱۰۰۰ واحد هپارین - سرنگ و سرسوزن (۲۵-۲۱) - برچسب دارویی - کاف فشار خون سنج - برچسب لوله

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست هایش را می شوید و ضد عفونی می کند.			
۲	وسایل و تجهیزات مربوط به مانیتورینگ جدید را آماده می کند.			
۳	اندازه‌ای از لوله را که باید تعویض شود مشخص می کند.			
۴	کاف فشار خون را بالاتر از 30 mmHg باد می کند و از نظر وجود نشت بررسی می کند.			
۵	سپس فشار را تخلیه می کند.			
۶	500-1000 واحد هپارین را داخل ۵۰۰ سی سی سرم می ریزد.			
۷	سرم و لوله‌های رابط ترانسدیوسر را با این محلول آماده شده هواگیری و هپارینه می کند.			
۸	برچسب سرم و لوله را می چسباند.			
۹	کاف فشار سنج را دور سرم می پیچد و به آن ۳۰۰ mmHg فشار وارد می کند.			
۱۰	سرم حاوی هپارین را روی پایه سرم آویزان می کند.			
۱۱	مشمع و رویی آن را زیر شریان انتخاب شده ونواحی اطراف آن پهن می کند.			
۱۲	پانسمان روی کاتتر را در محل ورود آنژیوکت برمی دارد.			
۱۳	آلارم مانیتور را خاموش می کند.			

۱۴	شیر سه راهی را به طرف شریان می بندد.		
۱۵	لوله قبلی را از محل اتصال به سه راهی جدا می کند.		
۱۶	فوراً لوله بعدی را به محل وصل می کند.		
۱۷	شیر سه راهی را به طرف شریان و لوله باز می کند و به سمت اتمسفر می بندد.		
۱۸	در پوش سه راهی در سمت اتمسفر را برمی دارد.		
۱۹	شیر سه راهی به سمت شریان را می بندد و به سمت اتمسفر و سرم بازمی کند.		
۲۰	روی مانتیور کنار تخت ترانسدیوسر شریانی را صفر می کند.		
۲۱	به محض مشاهده عدد، شیر سه راهی را به طرف اتمسفر می بندد و به سمت شریان و سرم بازمی کند.		
۲۲	آلارم دستگاه را روشن می کند.		
۲۳	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان تعویض کاتتر ب - علت تعویض ج - تغییرات به وجود آمده بر روی مانتیور و شکل موج و میزان فشار ثبت شده.		
۲۴	پانسمان جدید روی ناحیه شریانی می گذارد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تعبیه خط شریانی و مانیتورینگ فشار خون شریانی

اهداف:

- ۱- زمانی که دقت و میزان مورد بررسی فشار خون اهمیت داشته باشد به ویژه در بیمارانی که مقاومت عروق سیستمیک بالا و برون ده قلبی پائین دارند، جهت پایش فشار خون از این روش استفاده می شود.
- ۲- در بیمارانی که داروهای وازواکتیو قلبی می گیرند جهت تنظیم میزان موثر تیترا داروها و یا کسانی که مکرراً نیاز به گرفتن نمونه خون از آن ها می باشد این روش را انتخاب می کنند.
- ۳- در بیمارانی که بسیار چاق هستند و یا ادم شدید دارند جهت بررسی های مکرر فشار خون این روش در آن ها استفاده می شود.
- ۴- در بیمارانی که به دفعات زیاد نیاز به اندازه گیری فشار خون داشته باشند و بستن کاف در این بیماران خطراتی به همراه دارد از جمله کاهش جریان خون به انتهای عضو از این روش جهت بررسی فشار خون استفاده می شود.

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل - گان - ماسک - عینک محافظ (در صورت لزوم) - مشمع و رویی آن - کاتتر شریانی یا آنژیوکت به شماره های ۲۰-۱۶ (نوع آن به محل گرفتن شریان، وزن و قد بیمار و دیگر مشخصه های بیمار بستگی دارد) - شان استریل - ترانس دیوسر شریانی - بی حس کننده موضعی دستور داده شده - نخ بخیه - سرنگ و سرسوزن (به شماره های ۲۵-۲۱) - پایه ی سرم - نگه دارنده ی ترانس دیوسر - گاز استریل - چسب ضد حساسیت - بازوبند و مچبند و یا زانو بند در صورت نیاز - وسایل شیو (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید و آنها را ضد عفونی و خشک می کنید.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کنید.			
۳	مانیتور را روشن کرده و آن را تنظیم می کنید.			
۴	مانیتور را در حالت آماده به کار (Stand by) قرار می دهد.			
۵	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف از انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۶	علت گذاشتن کاتتر را به بیمار و همراهان وی توضیح می دهد.			
۷	رضایت نامه کتبی از بیمار یا بستگان درجه اول که قیم بیمار می باشند می گیرد.			

۸	تاریخچه وجود یا عدم وجود آلرژی یا حساسیت به بتادین یا هپارین یا داروهای بی حس کننده موضعی را در بیمار بررسی می کند.		
۹	سیستم ترانس دیوسر را به روش صحیح تنظیم می کند و لوله های سرم را هواگیری می کند.		
۱۰	دستکش می پوشد.		
۱۱	گان، ماسک و عینک محافظ (در صورت نیاز) می پوشد.		
۱۲	به اندامی که جهت گذاشتن کاتتر انتخاب کرده است، وضعیت مناسب می دهد.		
۱۳	یک ملافه رول شده زیر محل انتخاب شده قرار می دهد.		
۱۴	اگر از شریان رادیال جهت گذاشتن کاتتر استفاده می کند تست آلن را انجام می دهد.		
۱۵	محل انتخاب شده را با محلول بتادین و یاهر محلول ضد عفونی دستور داده شده ضد عفونی می کند.		
۱۶	اطراف محل را با شان استریل می پوشاند.		
۱۷	هنگامی که کاتتر یا آنژیوکت توسط پزشک وارد شریان شد، لوله ی متصل به سه راهی را بعد از هواگیری به آنژیوکت وصل می کند.		
۱۸	سه راهی را به کاتتر ترانس دیوسر وصل می کند.		
۱۹	مسیر جریان خون را به سمت شریان و ترانس دیوسر باز نموده و به سمت اتمسفر بسته می گذارد.		
۲۰	به ظهور ضربان خون شریان به داخل کاتتر توجه می کند.		
۲۱	در صورت مشاهده ی حباب هوا مجدداً هواگیری می کند.		
۲۲	پس از اینکه پزشک کاتتر را در جای خود بخیه زد ، آنرا با چسب ضد حساسیت فیکس می کند.		
۲۳	روی محل ورود کاتتر را پانسمان می کند.		
۲۴	عضو مورد نظر را در جای خود محدود می کند.		
۲۵	به بیمار استراحت مطلق می دهد.		
۲۶	سر تخت بیمار را ۳۰ درجه بالا می آورد.		
۲۷	شیر جهت دار سه راهی را به سمت شریان می بندد.		
۲۸	شیر جهت دار سه راهی را به سمت آتمسفر باز نگه می دارد.		
۲۹	سر پیچ سه راهی در سمت آتمسفر را برمی دارد، با این کار به دستگاه صفر می دهد.		
۳۰	مانیتور کنار تخت را فعال می کند.		
۳۱	روی مانیتور به روش صحیح عدد صفر می دهد.		
۳۲	پس از رسیدن عدد مانیتور به صفر، شیر جهت دار سه راهی را به سمت شریان باز و به سمت اتمسفر می بندد.		
۳۳	به موج تولید شده روی مانیتور و عدد مربوط به فشار سرخرگی توجه می کند.		
۳۴	در صورتی که موج های ایجاد شده متعدد و پائین تر و بالاتر قرار گرفته باشد، یک ECG از بیمار می گیرد.		
۳۵	در صورتی که در ECG علایم دال بر انقباض زودرس بطنی در هر دو		

			ضربه باشد، بیمار را از نظر علایم وجود تامپوناد بررسی می کند.
۳۶			در صورتی که موج های ایجاد شده در مانیتور کنار تخت به صورت موج های صاف و با ارتفاع کم باشد، به علایم همودینامیکی بیمار توجه می کند.
۳۷			در صورت مشاهده موارد فوق: الف - کاتتر و خط شریانی را از نظر وجود فشار یا تاخوردگی بررسی می کند. ب - مجدداً از نظر وجود حباب هوا بررسی و در صورت نیاز هواگیری می کند و خط شریانی را شست و شو می دهد.
۳۸			به فشار خون ثبت شده روی مانیتور دقت می کند، در صورتی که فشار خون بالا و یا پایین تر از حد معمول می باشد در صدد درمان آن برمی آید (به پزشک مربوطه اطلاع می دهد).
۳۹			پس از ثابت شدن عدد روی مانیتور آنرا به عنوان فشار سرخرگی در نظر می گیرد.
۴۰			وسایل را جمع آوری و به محل مربوطه منتقل می کند.
۴۱			دست های خود را می شوید.
۴۲			قسمت های انتهایی عضو انتخاب شده را از نظر رنگ و وجود حس در آن کنترل می کند.
۴۳			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان گرفتن خط شریانی ب - هر ۲-۱ ساعت بر حسب وضعیت بیمار پاسخ دینامیکی و تغییرات موجود در موج ج - فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و فشار خون اصلی و فشار میانگین د - خون رسانی قسمت های پائینی عضو انتخاب شده را با کنترل ضربان، رنگ و وجود حس در عضو و ثبت آن در پرونده ه - هر بار که فشار خون و موج تولید شده را ثبت می کند پوزیشن بیمار را نیز بررسی و ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: ایجاد فشار روی محل سوراخ شده شریان فمورال به وسیله ی پانسمان فشاری و یا

کیسه شن

هدف:

بند آوردن خونریزی محل سوراخ شدگی شریان فمور پس از انجام کاتتریزاسیون قلبی و یا آنژیوپلاستی.

وسایل مورد نیاز:

باند - کمان فشاری - کیسه پلاستیکی تو خالی و شیر سه راهی جهت دار (در صورت وجود) -

وسیله ی باد کردن کیسه (پمپ فشاری) - پانسمان استریل - کیسه شن به وزن ۲/۸ کیلوگرم - دستکش

استریل و غیر استریل - عینک محافظ - وسایل کنترل علائم حیاتی -

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر استفاده از وسیله ی ایجاد فشار بر حسب نوع وسیله، مقدار نیرویی که باید وارد شود و طول مدتی که نیرو باید وارد شود، بررسی می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و علت استفاده از وسیله ی فشاری و مشکلاتی که ممکن است در اثر انجام تکنیک به وجود آید را به وی توضیح می دهد.			
۳	به سوالاتی که ممکن است برای بیمار به وجود آید پاسخ می دهد.			
۴	بیمار را روی تخت یا برانکارد به پشت می خواباند.			
۵	عضو مورد نظر را به حالت صاف قرار می دهد و از خم کردن عضو پرهیز می کند.			
۶	وضعیت محل سوراخ شدگی شریان را بررسی می کند.			
۷	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۸	بررسی های عصبی از نظر وجود حس و تغییر رنگ و درجه حرارت عضو بیمار را انجام می دهد.			
۹	بیمار را از نظر وجود یا عدم وجود درد ارزیابی می کند.			
۱۰	دست های خود را می شوید.			
۱۱	دستکش غیر استریل می پوشد.			
۱۲	عینک محافظ به چشم می زند.			
۱۳	در صورت استفاده از وسیله ی کمپرس فمورال، قبل از خارج کردن وسیله شریانی باند کمپرس فمورال را زیر باسن بیمار در ناحیه ی سر فمور قرار می دهد.			

۱۴	پس از این که وسیله ی شریانی خارج شد، روی سوراخ شریان فمور متناسب و مداوم و یکنواخت با یک یا چند عدد گاز استریل فشار وارد می کند.		
۱۵	روی ناحیه ی سوراخ فمور پانسمان استریل قرار می دهد (از تکنیک استریل استفاده می کند).		
۱۶	با کمک پرستار دیگر، کمان فشاری را روی سوراخ شریان فمورال قرار می دهد (در صورت استفاده از وسیله ی فشاری).		
۱۷	روی ناحیه ی اطراف کیسه ی پلاستیکی با دست فشار وارد می کند و در همان زمان بندها را به کمان می بندد.		
۱۸	وقتی که کیسه ی پلاستیکی روی سوراخ شریان وضعیت مناسب پیدا کرد، وسیله ی باد کردن (پمپ فشاری) را به سه راهی که به وسیله ی کمپرس فمور از قبل متصل کرده است، وصل می کند.		
۱۹	شیر جهت دار را در وضعیت باز قرار می دهد.		
۲۰	کیسه پلاستیکی را به وسیله ی پمپ و به میزان فشار دستور داده شده باد می کند.		
۲۱	شیر جهت دار را می بندد و پمپ فشاری را جدا می کند.		
۲۲	در صورت استفاده از کیسه شن آن را درست بالای موضع سوراخ شدگی شریان قرار می دهد.		
۲۳	موضع سوراخ شریانی را از نظر قرارگیری صحیح وسیله ی فشاری و یا کیسه شن و علایم وجود خونریزی یا هماتوم بررسی می کند.		
۲۴	نبض عضو مورد نظر و علایم حسی و حرکتی عضو را هر ۱۵ دقیقه کنترل می کند.		
۲۵	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - لزوم و نوع وسیله ی استفاده شده ب- تاریخ و زمان شروع استفاده از وسیله ج- آموزش های داده شده به بیمار، کنترل علایم حیاتی و نبض های محیطی و کنترل حس و حرکت عضو مورد نظر		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: برداشتن وسیله کمپرس فمور یا کیسه شن از روی شریان فمور

هدف:

پیش گیری از قطع خون رسانی به قسمت های انتهایی عضو مورد نظر در اثر ایجاد فشار به مدت طولانی.

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل و غیر استریل - پانسمان استریل - عینک محافظ - وسایل کنترل علایم حیاتی.

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و علت و نحوه برداشتن وسیله کمپرس فمور و یا کیسه شن را توضیح می دهد.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	دستکش غیر استریل می پوشد.			
۴	عینک محافظ به چشم می زند.			
۵	در صورت استفاده از وسیله ی مخصوص ایجاد فشار، هوای داخل کیسه پلاستیکی را خارج می کند.			
۶	بندهای وسیله را باز می کند و وسیله را خارج می کند.			
۷	در صورت استفاده از کیسه شن، آن را از روی محل سوراخ شدگی شریان برمی دارد.			
۸	محل سوراخ شدگی را از نظر وجود علایم خونریزی یا هماتوم بررسی می کند.			
۹	طبق مقررات مرکز درمانی و در صورت لزوم، پانسمان را روی محل سوراخ شدگی شریان به روش استریل تعویض می کند.			
۱۰	محل سوراخ شدگی و نبض و حس و حرکت و تغییر رنگ و درجه حرارت عضو مورد نظر را هر ۱۵ دقیقه یک بار در نیم ساعت اول کنترل می کند.			
۱۱	پس از آن، هر نیم ساعت در ۲ ساعت بعدی علایم فوق را ارزیابی می کند.			
۱۲	طبق مقررات داخلی مرکز درمانی، در صورت لزوم به دفعات و فواصل بیشتر نیز علایم فوق را ارزیابی می کند.			

۱۳	بیمار را از نظر وجود علایم خونریزی، هماتوم و عفونت تحت نظر دارد.		
۱۴	وسیله ی کمپرس فمور یا کیسه شن را با محلول ضد عفونی کننده تمیز کرده و در محل اصلی خود قرار می دهد.		
۱۵	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - میزان تحمل بیمار نسبت به انجام پروسیجر ب- کنترل علایم حیاتی و کنترل های انجام شده از محل سوراخ شدگی شریان ج- هر یک ساعت خالی کردن باد کیسه وسیله کمپرس فمور یا برداشتن کیسه شن م- طول مدت باقی ماندن وسیله کمپرس فمور یا کیسه شن ه- زمان برداشتن وسیله ی کمپرس فمور یا کیسه شن ی- کلیه ی آموزش های داده شده به بیمار و خانواده اش، کلیه مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: بررسی فشارخون (بازو)

اهداف:

- ۱- تعیین اندازه فشار خون شریانی به منظور کسب اطلاعات پایه برای ارزیابی بعدی
 - ۲- تعیین وضعیت همودینامیک بیمار (مثال : حجم ضربه ای قلب و مقاومت عروق خونی)
 - ۳- تعیین و پایش تغییرات فشار خون ناشی از فرایند بیماری یا درمان دارویی
- وسایل مورد نیاز:

گوشی - دستگاه فشار خون

عامل انجام کار: پرستار و بهیار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از سالم بودن دستگاه فشارخون، بازوبند فشار خون، گوشی، و مناسب بودن اندازه بازوبند مطمئن می شود، عرض بازوبند لازم است حداقل دو سوم طول بازو را بپوشاند.			
۲	بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع می کند، دست ها را می شوید.			
۳	بیمار را روی تخت در وضعیت راحتی می خواباند، در صورت لزوم بیمار می تواند در وضعیت نشسته قرارگیرد. در صورتی که بیمار روی صندلی نشسته است لازم است کف هر دو پا روی زمین قرار گیرد زیرا قرار دادن پاها روی هم موجب افزایش فشار خون می گردد.			
۴	در صورتی که بیمار نشسته است تکیه گاه مناسبی برای دست او درست می کند.			
۵	آستین بیمار را بالا می زند یا دست او را از داخل آستین لباس بیرون می آورد. سپس در حالی که دست بیمار کمی خمیده است، آن را طوری قرار می دهد که کف دست به طرف بالا قرار گرفته و ساعد هم سطح قلب قرار گیرد (چنانچه ساعد پایین تر از سطح قلب قرار گیرد فشار خون، بیشتر و چنانچه بالاتر از سطح قلب قرار گیرد فشار خون کمتر نشان داده خواهد شد).			
۶	دستگاه فشارخون را در محل صافی هم سطح بازوی بیمار قرار می دهد، دقت می کند که درجه دستگاه در معرض دید خودش باشد.			

۷	در صورت لزوم پیچ دستگاه را کاملاً باز می کند تا هوای داخل بازوبند کاملاً خارج شود.		
۸	قسمت پارچه ای یا بازوبند فشار سنج را در حدود ۲/۵ سانتی متر بالاتر از آرنج دور بازوی بیمار پیچیده، توجه می کند که بازوبند شل یا خیلی محکم بسته نشود. دقت می کند که مرکز کیسه لاستیکی بازوبند فشار خون درست روی شریان بازویی قرار گیرد.		
۹	پیچ دستگاه را می بندد.		
۱۰	با دو انگشت سبابه و وسطی نبض بیمار را بدون وارد آوردن فشار در ناحیه آرنج (شریان زند اعلائی) پیدا می کند و دست خود را در محل نگه می دارد.		
۱۱	در حالی که درجه دستگاه را نگاه می کند، با وارد آوردن فشارهای مساوی و یکنواخت روی پمپ، هوا را وارد بازوبند می کند، تا هنگامی که ضربان نبض را زیر انگشتان خود احساس نکند. در این لحظه درجه دستگاه فشارخون را به خاطر می سپارد.		
۱۲	هوای بازوبند را خالی می کند و برای ۱-۲ دقیقه صبر می کند.		
۱۳	گوشی را در گوش خود گذاشته امتحان می کند.		
۱۴	دیافراگم گوشی را روی نبض شریان زند اعلاء قرار می دهد. بازوبند را از هوا پر می کند تا حدی که درجه دستگاه فشارخون به ۳۰ میلی متر جیوه بیشتر از درجه ای که در اندازه گیری قبلی، نبض در آن قطع شده بود، افزایش یابد.		
۱۵	ضمن این که درجه دستگاه را به دقت نگاه می کند، به آهستگی پیچ را باز می کند و اجازه می دهد تا هوا به طور تدریجی (حدود ۳ میلی متر جیوه در ثانیه) خارج شود. اولین ضربه قوی نبض را که شنید، شماره آن را در نظر دارد چون این میزان فشار سیستولیک می باشد.		
۱۶	خروج هوا را ادامه می دهد تا صدا ضعیف یا محو شود.		
۱۷	اگر اختلاف نقطه ضعیف شدن صدا (K ۴) و نقطه محو آن از ۱۰ میلی متر تجاوز نکرد فشار دیاستول عددی است که در آن نقطه صدا محو می شود. اگر اختلاف نقطه ضعیف شدن صدا و نقطه محو صدا بیشتر از ۱۰ میلی متر باشد نقطه ضعیف شدن صدا را دیاستول فرض می کند و در عین حال ۳ عدد سیستول ۱۲۴، ۱۲۵ را یادداشت کرده و گزارش می کند.		

۱۸	پیچ دستگاه را تا آخر باز می کند.		
۱۹	در صورت نیاز به اندازه گیری مجدد فشار خون از همان بازو، برای مدت ۱-۲ دقیقه صبر می کند.		
۲۰	بازوبند را از دور بازوی بیمار باز می کند.		
۲۱	چنان چه اولین بار است که فشار خون بیمار اندازه گیری می شود، لازم است از بازوی دیگر هم اندازه گیری شود. تفاوت بین اندازه گیری فشار خون از دو بازو نباید از ۱۰ میلی متر جیوه بیشتر باشد. بازویی که درجه بیشتری را نشان داده است باید در اندازه گیری های بعدی مورد استفاده قرار گیرد.		
۲۲	لباس بیمار را مرتب کرده او را در وضع راحتی قرار می دهد.		
۲۳	وسایل را به محل مربوط بر می گرداند، توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.		
۲۴	دست ها را می شوید.		
۲۵	طبق مقررات بیمارستان فشار خون بیمار را ثبت می کند: الف - بازوی مورد استفاده جهت اندازه گیری فشار خون ب- وجود تفاوت بیشتر از ۱۰ میلی متر جیوه بین میزان فشار خون دو بازو ج- هر گونه تغییر مهم در فشار خون بیمار شامل موارد زیر گزارش می کند: ۱- فشار خون سیستولیک بیشتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه ۲- فشار خون دیاستولیک بالاتر از ۹۰ میلی متر جیوه ۳- فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۰۰ میلی متر جیوه ی - در افراد سالم به طور معمول میزان فشار خون در وضعیت های نشسته، ایستاده و خوابیده یکسان است، لیکن وضعیت بدن می تواند بر میزان فشار خون تاثیر داشته باشد.		
اندازه گیری فشار خون به روش لمس			
۱	در صورت عدم امکان استفاده از گوشی برای اندازه گیری فشار خون، نبض رادیال یا براقیال را در هنگام خروج هوا از بازوبند فشار خون لمس می کند.		
۲	اولین ضربه ای را که زیر دست خود حس می کند، به عنوان فشار سیستولیک ثبت می کند.		
اندازه گیری فشار خون از ران			
۱	بیمار را در وضعیت به شکم خوابیده قرار می دهد.		

۲	چنانچه امکان ندارد بیمار در وضعیت به شکم خوابیده قرار گیرد، او را در وضعیت به پشت خوابیده، در حالی که زانو کمی خمیده است قرار می دهد.		
۳	پوشش های روی ران را کنار می زند.		
۴	کاف فشار خون را دور بخش میانی ران می پیچد به صورتی که کیسه پلاستیکی درون کاف روی قسمت خلفی ران قرار گرفته باشد.		
۵	دقت می کند مرکز کیسه لاستیکی کاف فشار خون درست روی شریان پشت زانویی قرار گیرد.		
۶	چنان چه برای اولین بار فشار خون بیمار اندازه گیری می شود، با لمس نبض پشت زانو، درجه ای را که در آن نبض قطع می شود مشخص می کند.		
۷	سپس فشار خون را اندازه و ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کنترل نبض با موج یاب اولتراسوند

اهداف:

۱- ارزیابی تعداد ضربان نبض در مددجویانی که نبض آنها شنیده نمی‌شود یا ضعیف شنیده می‌شود.

۲- فراهم نمودن اطلاعات جهت انجام ارزیابی های بعدی مددجو

وسایل مورد نیاز:

دستگاه موج یاب اولتراسوند - ژل - گاز یا پارچه تمیز - ملافه جهت پوشش مددجو - پارچه نرم (پنبه یا دستمال کاغذی) - محلول ضد عفونی یا آب و صابون - ساعت دارای ثانیه شمار

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف انجام کار و مراحل آن را توضیح می دهد.			
۳	به بیمار آموزش می دهد که از قبل استراحت کند و از هیجان و فعالیت غیر عادی و مصرف مواد محرک بپرهیزد.			
۴	پروپ اولتراسوند را به ژل آغشته می کند.			
۵	شریان مورد نظر را انتخاب می کند.			
۶	پروپ اولتراسوند را روی پوست سالم مددجو، روی شریان انتخاب شده قرار می دهد.			
۷	وسیله یا دستگاه را روشن می کند.			
۸	ساعت شمار هوشمند را به حرکت درمی آورد.			
۹	ولوم صدا را در پائین ترین حد امکان تست می کند.			
۱۰	اگر وسیله بدون اسپیکر باشد توپی اسپیکر را می بندد و به آهستگی ولوم صدا را بالا می برد.			
۱۱	در صورت استفاده از گوشی اولتراسوند داپلر، پروپ را ۴۵ درجه نسبت به شریان مایل نگه می دارد.			
۱۲	مطمئن می شود که ژل را روی پروپ مالیده است.			
۱۳	آهسته پروپ را به حالت چرخشی در مرکز شریان ثابت می کند.			
۱۴	موج داپلر را به صورت یک صدا یا خش می شنود.			

۱۵	پروپ را با سرعت زیاد حرکت نمی دهد.		
۱۶	سیگنال های موجود را در ۶۰ ثانیه می شمارد.		
۱۷	پس از اتمام کار، پروپ را با دستمال نرم آغشته به محلول ضد عفونی یا آب صابون تمیز می کند.		
۱۸	وسایل را جمع کرده و به جای اول خود بر می گرداند.		
۱۹	محل کنترل نبض روی شریان را پس از اتمام کار پاک می کند.		
۲۰	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.		
۲۱	مشاهدات و یافته های خود را مستند می سازد: الف: تعداد، ریتم و حجم نبض ب: شریان انتخابی ج: زمان کنترل نبض (تاریخ- ساعت و شیفت) د: سیگنال های غیر طبیعی		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: تنظیم ترانسدیوسر

اهداف:

- ۱- نمایش فشار پارامترهایی همچون فشار خون شریانی، فشار ورید مرکزی، فشار شریان ریوی
- ۲- جهت تشخیص زودرس موارد غیر طبیعی و درمان به موقع آن.

وسایل مورد نیاز:

سرم نرمال سالین استریل قابل تزریق - آمپول یا ویال هپارین - کاف فشار سنج - بر چسب داروی اضافه شده به سرم (هپارین ۱۰۰۰ واحد) - لوله اتصال یکبار مصرف که از قبل آماده می باشد. گیرنده ترانسد دیوسر - کلاhek ترانسدیوسر - گیره ترانسدیوسر - پایه ترانسدیوسر و پایه سرم - مانیتور بالای تخت بیمار - کابل مانیتور

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	مانیتور بالای تخت بیمار را روشن می کند.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	طبق مقررات هپارین را به سرم نرمال سالین اضافه می کند (۵۰۰ یا ۱۰۰۰ واحد در ۵۰۰ سی سی).			
۵	به پرونده بیماری که می خواهد ترانسدیوسر را جهت وی تنظیم کند مراجعه کرده و تاریخچه وجود خونریزی و یا مشکلات انعقادی را بررسی می کند و هپارین را در مورد آنها با احتیاط استفاده می کند.			
۶	هپارین دستور داده شده (مطلوب ۲-۱ واحد هپارین در ۱ سی سی) را اضافه می کند و بر چسب آن را روی کیسه سرم می چسباند.			
۷	کابل ترانسدیوسر را به مانیتور وصل می کند.			
۸	لوله اتصال دهنده استریل را از پوشش آن در می آورد.			
۹	لوله اتصال دهنده را به ترانسدیوسر وصل می کند.			
۱۰	شیرهای جهت دهنده را طوری تنظیم می کند که محلول در تمام سیستم جریان یابد.			

۱۱	سپس شیرها را طوری می بندد که جریان مایع قطع شود.		
۱۲	سرم هپارین را همراه با لوله متصل به آن وارونه می کند.		
۱۳	گیره لوله سرم را باز می کند.		
۱۴	هوای داخل مخزن لوله سرم را با فشار خارج می کند.		
۱۵	سپس مخزن لوله سرم را با بیش از نیمی از حجم آن از محلول هپارین پر می کند.		
۱۶	سرم هپارینه را از پایه سرم آویزان می کند.		
۱۷	در پوش انتهایی لوله اتصال دهنده را برمی دارد.		
۱۸	کلمپ (گیره) لوله سرم را باز می کند.		
۱۹	اجازه می دهد تمام داخل سیستم از محلول هپارینه پر شود (شیرهای جهت دار).		
۲۰	همان طور که محلول به کلاhek ترانسدیوسر نزدیک می شود، ترانسدیوسر را در زاویه ۴۵ درجه قرار می دهد.		
۲۱	زمانی که محلول به شیرهای جهت دهنده نزدیک می شود، شیر را به سمت هوا باز می کند تا محلول به داخل آن جریان یابد.		
۲۲	وقتی که شیر پر شد آن را به سمت هوا می بندد.		
۲۳	سپس شیر را به سمت باقیمانده لوله باز می کند.		
۲۴	این کار را برای هر کدام از شیرهای جهت دهنده انجام می دهد.		
۲۵	پس از اینکه تمام سیستم از محلول پر شد، در پوش انتهایی را در جای خودش قرار می دهد.		
۲۶	کاف فشار سنج را دور کیسه سرم هپارین می بندد.		
۲۷	کاف را به مقدار ۳۰۰ mmHg از هوا پر می کند (این فشار، فشار داخل لوله ها را بالاتر از فشار سیستولیک بیمار حفظ می کند و از برگشت خون به داخل لوله ها جلوگیری می کند).		
۲۸	هنگامی که کاف فشار سنج را از هوا پر می کند مراقب است که مخزن لوله سرم کاملاً پر نشود.		
۲۹	سپس تمام طول سیستم را از نظر وجود حباب هوا بررسی و در صورت وجود هوا خالی می کند.		
۳۰	در پوش سوراخ شیرهای جهت دار را دوباره سرجایش می گذارد.		
۳۱	کلاhek ترانسدیوسر را درگیره مخصوص و روی پایه سرم قرار می دهد.		
۳۲	ترانسدیوسر را در سطح قلب بیمار روی پایه سرم تنظیم می کند:		

			الف - پاهای بیمار را صاف روی تخت می گذارد(در صورت تحمل بیمار). ب - سطح ترانسدیوسر را هم سطح با چهار مین فضای بین دنده ای در خط میانی زیر بغل بیمار قرار می دهد.	
۳۳			پس از تنظیم ارتفاع ترانسدیوسر، شیر جهت دار را به سمت ترانسدیوسر و بیمار می بندد و به سمت هوا باز می کند.	
۳۴			در پوش سوراخ جهت دار را برمی دارد.	
۳۵			در پوش را روی یک گاز استریل قرار می دهد.	
۳۶			طبق برنامه دفترچه راهنمای کارخانه تولید کننده ترانسدیوسر، به ترانسدیوسر صفر می دهد (روی مانیتور بالای تخت بیمار).	
۳۷			زمانی که صفر دادن پایان یافت، شیر جهت دار را روی ترانسدیوسر طوری می بندد که به سمت هوا بسته و به سمت بیمار باز باشد (این وضعیت مانیتورینگ است).	
۳۸			در پوش را دوباره در محل خود روی شیر جهت دار قرار می دهد.	
۳۹			اکنون سیستم آماده است، آنرا به کاتتر بیمار وصل می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: دفیبریلاسیون اتوماتیک خارجی قلبی

اهداف:

- ۱- انجام اقدامات فوری در احیاء قلبی - ریوی جهت درمان فیبریلاسیون بطنی
 - ۲- به منظور انجام اقدامات درمانی احیاء قلبی - ریوی در مرحله ACLS در صورت تشخیص VT بدون ضربان
- وسایل مورد نیاز:

وسایل احیاء قلبی، ریوی - دستگاه AED (دفیبریلاتور) - دو عدد الکترود بسته بندی شده

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را صدا می کند و هوشیاری وی را بررسی می کند.			
۲	پاسخ بیمار را به سوال خودش بررسی می کند.			
۳	در صورت عدم پاسخ، گروه کد را با خبر می کند.			
۴	وسایل مورد نیاز را که از قبل آماده می باشد به داخل اتاق و بالای سر بیمار می آورد.			
۵	مطمئن می شود که بیمار نبض و تنفس ندارد.			
۶	اقدامات اولیه CPR (BLS) را انجام می دهد.			
۷	پروتکل ACLS را انجام می دهد.			
۸	پدهای الکترود را از بسته آن خارج می کند.			
۹	کابل های مثبت و منفی دستگاه شوک را طبق راهنما به پدهای الکترود وصل می کند.			
۱۰	سینه بیمار را برهنه می کند.			
۱۱	لایه پلاستیکی پشت پدهای الکترود را باز می کند.			
۱۲	پدهای الکترود را طبق راهنمای دستگاه به سینه وصل می کند (الکترود منفی در ناحیه استرنوم طرف راست و الکترود مثبت در ناحیه اپکس قلب).			
۱۳	کلید on روی دستگاه AED را فشار می دهد.			
۱۴	منتظر می ماند تا دستگاه خودش را تست کند.			
۱۵	میزان انرژی را روی 200 ژول تنظیم می کند.			

۱۶	کلید آنالیز را فشار می دهد.		
۱۷	دستگاه ریتم قلبی را تحلیل می کند و در صورت وجود VF و یا VT بدون نبض از ۲۰۰ تا ۳۶۰ ژول شارژ شده و علامت می دهد که شوک لازم است.		
۱۸	اعلام می کند «شوک لازم است - کنار بایستید»		
۱۹	مطمئن می شود که هیچکس با بیمار تماس ندارد (مخصوصاً فردی که در حال تهویه بیمار می باشد، دستانش حتی با لوله داخل تراشه و دیگر تجهیزات تماس نداشته باشد).		
۲۰	با اشاره دستگاه دکمه شوک را فشار می دهد.		
۲۱	دستگاه ریتم قلب را تحلیل می کند و در عرض ۳۰-۲۰ ثانیه ای که دستگاه در حال تحلیل ریتم است وی نیز به ریتم قلبی توجه می کند.		
۲۲	در صورتی که VF و VT بدون نبض وجود داشته باشد، مجدداً دستگاه جهت شوک آماده می شود (تا سه بار پشت سرهم)، در هر بار شوک از عدم تماس خود و دیگران با بیمار اطمینان حاصل می کند.		
۲۳	کلید شوک را فشار می دهد.		
۲۴	پس از ۳ بار انجام شوک (۳۶۰ و ۳۰۰-۲۰۰) یک دقیقه ماساژ قلبی و تهویه انجام می دهد.		
۲۵	بعد از شوک بلافاصله دستگاه را دوباره شارژ می کند.		
۲۶	اگر ریتمی غیر از VF دید دفیبریلاتور را تخلیه و نبض را کنترل می کند.		
۲۷	اگر ریتم VF پایدار می بیند شوک های بعدی را وارد کرده و پس از سه بار شوک به مدت ۱ دقیقه CPR می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: دفیبریلاسیون خارجی قلب با استفاده از دفیبریلاسیون تک فاز

اهداف:

۱- در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون بطنی، جهت درمان زودرس از دفیبریلاسیون در ۱۰ دقیقه اول پس از ابتلا استفاده می شود.

۲- در بیماران دچار تاکی کاردی بطنی بدون نبض جهت درمان از این نوع دفیبریلاسیون استفاده می شود.

وسایل مورد نیاز:

دستگاه دفیبریلاتور (منوفازیک) - پدهای استرنال (خارجی) - پدهای متوسط تماسی (در صورت نیاز) و یا ژل لوبریکانت - مانیتور الکتروکاردیوگرام (ECG) همراه چاپگر تجهیزات اکسیژن درمانی - کیف احیاء (ترالی اورژانس) - تجهیزات راه هوایی (لوله گذاری) - تجهیزات پیس میکر اورژانس - داروهای قلبی اورژانس

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	سطح هوشیاری بیمار را بررسی می کند (بیمار را صدا می کند و شانه هایش را تکان می دهد).			
۲	بیمار را از نظر وجود نبض بررسی می کند.			
۳	در صورت عدم وجود نبض و عدم هوشیاری کمک می خواهد.			
۴	اقدامات اولیه (CPR) BLS را تا رسیدن دفیبریلاتور و تجهیزات اورژانسی انجام می دهد.			
۵	در صورتی که دستگاه دفیبریلاتور دارای مشخصه ی ((quick look می باشد، پدال ها را روی سینه بیمار می گذارد تا با سرعت، یک ریتم از قلب بیمار نمایش دهد.			
۶	در غیر این صورت لیدهای مانیتور را با سرعت و دقت در محل خود روی سینه بیمار می چسباند و ریتم قلبی او را بررسی می کند.			
۷	پدهای تماس (در صورت وجود) و یا ژل لوبریکانت را در محل قرارگیری دفیبریلاتور روی سینه برهنه ی بیمار می چسباند.			
۸	جهت انجام دفیبریلاسیون به طریقه ی قدامی - لترال (جلویی -			

			کناری)، یک پدال را در سمت راست فوقانی جناغ سینه پایین کلاویکول راست قرار داده و پدال دیگر را بالای پنجمین و یا ششمین فضای بین دنده ای در سمت چپ خط زیر بغل قدامی قرار می دهد.
۹			دفیبریلاتور را روشن می کند.
۱۰			سطح انرژی را روی عدد ۲۰۰ ژول تنظیم می کند.
۱۱			دکمه ی شارژ را فشار می دهد.
۱۲			ریتم قلبی بیمار را مجدداً بررسی می کند.
۱۳			در صورتی که بیمار روی فیبریلاسیون بطنی یا تاکی کاردی بطنی بدون نبض باقی مانده است، از افرادی که نزدیک بیمار و تخت وی می باشند می خواهد که عقب بایستند و با تخت و بیمار تماس نداشته باشند.
۱۴			پدال ها را روی سینه ی بیمار به اندازه ی فشار ۱۱ کیلوگرم وزن برای هر پدال فشار می دهد.
۱۵			دکمه ی شارژ روی هر دو پدال را فشار می دهد تا انرژی تخلیه شود.
۱۶			پدال ها را از سینه ی بیمار برمی دارد.
۱۷			ریتم قلبی بیمار را مجدداً بررسی می کند.
۱۸			اگر لازم است، دفیبریلاتور را برای دومین بار آماده می کند.
۱۹			سطح انرژی روی دفیبریلاتور را به اندازه ی ۲۰۰-۳۰۰ ژول تنظیم می کند.
۲۰			به اطرافیان اعلام می کند که دفیبریلاتور آماده است.
۲۱			فرآیند بالا را تکرار کرده و انرژی را تخلیه می کند.
۲۲			مجدداً ریتم قلبی بیمار را بررسی می کند.
۲۳			اگر مجدداً فیبریلاسیون لازم است، انرژی دستگاه را روی ۳۶۰ ژول تنظیم می کند.
۲۴			سپس طبق فرآیند فوق انرژی را تخلیه می کند.
۲۵			سه شوک پی در پی و متوالی می دهد (قبل از هر شوک ریتم قلبی را بررسی می کند).
۲۶			اگر بیمار هنوز بعد از دادن سه بار دفیبریلاسیون نبض ندارد، CPR را از سر می گیرد.
۲۷			اکسیژن می دهد و درمان های دارویی از جمله اپی نفرین را دنبال می کند و نیز اسیدوز را اصلاح می کند.

۲۸	عواملی که باعث ایجاد نارسایی در ریتم قلب بیمار شده است را (مانند اسیدوز یا هیپوکسی) پیدا کرده و درصدد درمان آن است.		
۲۹	در صورتی که دفیبریلاسیون، باعث برگشت ریتم قلبی به حالت طبیعی شده است، نبض های محیطی و مرکزی بیمار و فشارخون و تعداد ضربان نبض و تعداد تنفس بیمار را بررسی می کند.		
۳۰	سطح هوشیاری بیمار را ارزیابی می کند.		
۳۱	ریتم قلبی، صداهای تنفسی، رنگ پوست و برون ده ادراری را ارزیابی می کند.		
۳۲	گازهای خون شریانی، و ECG بیمار را بررسی می کند.		
۳۳	به بیمار اکسیژن می دهد.		
۳۴	در صورت نیاز بیمار را ونتیله می کند و دارو درمانی را انجام می دهد.		
۳۵	قفسه ی سینه بیمار را از نظر وجود زخم در اثر تخلیه انرژی الکتریکی بررسی می کند و در صورت وجود آن را درمان می کند (طبق دستور پزشک).		
۳۶	کرم های نرم کننده یا کورتیکوسترئوئید به زخم می مالد.		
۳۷	دفیبریلاتور را جهت استفاده احتمالی بعدی آماده می کند.		
۳۸	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- ریتم قلبی بیمار را در ECG قبل و بعد از دفیبریلاسیون ب- تاریخ و زمان انجام دفیبریلاسیون، تعداد دفیبریلاسیون ها و ولتاژ استفاده شده در هر کدام را و استریپ های مربوط را در پرونده الصاق می کند. ج- زمان و محلی از نوار الکتروکاردیوگرام که نبض دوباره دیده شده است. د- دوز، طریقه ی تجویز و زمان استفاده از داروها ه- CPR انجام شده و مدت آن و مدت زمان باقی ماندن راه هوایی ی - علایم حیاتی کنترل شده		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کمک در انجام کات دان

اهداف:

۱- دسترسی به ورید بیمار در صورتی که امکان دسترسی به وریدهای محیطی نباشد.

۲- رسانیدن مایعات به بیمارانی که طولانی مدت بستری می شوند.

وسایل مورد نیاز:

کاتتر کات دان - ست کات دان شامل: (چاقوی جراحی کوچک ۱۱ و ۱۵ - تیغ بیستوری - دسته - گاز استریل - شان پرفوره استریل - شان استریل - قیچی بافت - منقبض کننده ورید - هموستاز - سوزن گیر) - نخ بخیه ۱ تا ۴ سیلک - چسب - پماد آنتی بیوتیک - سرنگ ۵ سی سی - محلول ضد عفونی کننده - دستکش استریل - گان - ماده بی حس کننده

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده و در کنار تخت قرار می دهد.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار و دلایل آن را توضیح می دهد.			
۳	محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.			
۴	دست های خود را تمیز می شوید.			
۵	به پزشک در پوشیدن گان استریل و دستکش کمک می کند.			
۶	ست کات دان را روی میزی که دسترسی پزشک به آن آسان است، باز می کند.			
۷	دستکش را می پوشد.			
۸	شان ساده را زیر محل مورد نظر قرار می دهد.			
۹	ناحیه مورد نظر را با ماده ضد عفونی کننده به دقت تمیز می کند.			
۱۰	ماده بی حس کننده را به میزان دستور داده شده در اختیار پزشک قرار می دهد.			
۱۱	در تمام مدت انجام کار وسایل را در اختیار پزشک قرار می دهد.			
۱۲	بیمار را از نظر هر گونه مشکل زیر نظرمی گیرد و با صحبت کردن با وی او را کنترل می کند.			
۱۳	پس از بخیه زدن توسط پزشک، محل مورد نظر را با گاز استریل آغشته به پماد آنتی بیوتیک پانسمان می کند.			

۱۴	پس از اتمام کار توسط پزشک ، جریان مایع وریدی را برقرار و تنظیم قطرات سرم را انجام می دهد.		
۱۵	کلیه وسایل را جمع آوری و ست کت دان را جهت فرستادن به CSR آماده می کند.		
۱۶	بیمار را در پوزیشن راحت قرار می دهد.		
۱۷	محل مورد عمل را از نظر علایم ورم - هماتوم یا انفیلتراسیون مایع به زیر پوست بررسی می کند.		
۱۸	مراحل انجام کار ، تاریخ و ساعت آن و حالات بیمار را در گزارش به طور دقیق ثبت می کند.		
۱۹	روی چسب کت دان تاریخ نصب را می نویسد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به پوشاندن جوراب های ضد آمبولی

اهداف:

کمک به عمل انقباض عضلات و برگشت خون وریدی از انتهای اندام تحتانی

وسایل مورد نیاز:

جوراب ضد آمبولی با توجه به سایز بیمار - پودر

عامل انجام کار: پرستار ، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	هدف از انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	یکساعت قبل از پوشیدن جوراب مددجو را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد.			
۳	حریم بیمار را حفظ می کند.			
۴	اطمینان می یابد که پاها خشک هستند.			
۵	کمی پودر به پاها می زند.			
۶	جوراب ها را به طرف خارج بر می گرداند.			
۷	پا را داخل آن قرار می دهد.			
۸	قسمت پاشنه و پشت پا را داخل جوراب جابه جا می کند.			
۹	به آرامی جوراب را روی ساق پا می کشد.			
۱۰	چین های آن را صاف می کند.			
۱۱	قسمت بالای جوراب را از نظر صاف بودن کنترل می کند.			
۱۲	انگشتان پا را از نظر گردش خون و گرما بررسی می کند.			
۱۳	جوراب های ضد آمبولی را حداقل دوبار در روز خارج می کند (با توجه به راهنمای استفاده از کارخانه ی سازنده جوراب).			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: تهیه ECG در بزرگسال

هدف:

بررسی کارکرد سیستم قلبی جهت تشخیص بیماری ها و مشکلات قلبی

وسایل مورد نیاز:

ماشین ثبت ECG - کاغذ ثبت - الکترودها - ژل - گاز - پاراوان - دستگاه شیو در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار - بهیار - نوار نگار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را فراهم می کند.			
۲	به بیمار در ارتباط با انجام ECG توضیح می دهد و توضیح می دهد که هیچ دردی ندارد.			
۳	بیمار را جهت گرفتن ECG آماده می کند(او را در وضعیت به پشت خوابیده ، در مرکز تخت قرار می دهد به طوری که بازوها در اطراف وی قرار گیرد) و در صورتی که خوابیدن برای بیمار مشکل باشد سر تخت را کمی بالا می آورد.			
۴	پاراوان را کشیده و محیط امن و خلوتی را برای بیمار ایجاد می کند.			
۵	به بیمار کمک می کند که برای دسترسی به قفسه سینه و مچ دست ها و پاها آماده شود. از ملحفه برای حفظ پوشش بیمار استفاده می کند تا بیمار راحت باشد.			
۶	از ژل مخصوص جهت تماس بهتر الکترودها با پوست استفاده می کند.			
۷	الکترودها را به نحو صحیح به بیمار متصل می کند و مطمئن می شود که تمامی لیدها به درستی به بیمار اتصال یافته اند. اگر موهای سینه مانع قرار گرفتن صحیح الکترودها باشد آن نواحی را می تراشد و پوست را تمیز می کند.			
۸	دستگاه را روشن نموده و از تمام لیدهای I و II و III ، AVR ، AVL و AVF ، V ₁ تا V _۶ و لید ۲ طولانی الکتروکاردیوگرام تهیه می کند (قبل از شروع دستگاه را براساس دستورالعمل کارخانه سازنده تنظیم و کالیبره می کند).			

۹	هر گونه ناراحتی و درد در قفسه سینه هنگام گرفتن ECG را روی نوار ثبت می کند.		
۱۰	پس از انجام ECG تمامی الکترودها را از بیمار جدا کرده و با دستمال کاغذی، ژلها را از روی بدن مدجو به آرامی پاک می کند.		
۱۱	کلیه مشخصات بیمار (نام و نام خانوادگی، تاریخ و ساعت انجام) را در نوار ECG یادداشت می کند.		
۱۲	بیمار را از تخت بلند کرده و در پوشیدن لباس کمک می کند (براساس وضعیت بیمار او را تحویل می دهد).		
۱۳	ECG را در فرم مربوط چسبانده و مشخصات فرم را به طور کامل پر می کند و در پرونده بیمار نصب می کند.		
۱۴	آماده بودن ECG را گزارش می دهد.		
۱۵	تمام مراحل انجام کار را به صورت دقیق در پرونده و گزارش پرستاری ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پایش ECG بیمار

اهداف:

۱- پایش مداوم وضعیت ECG بیمار و تشخیص دیس ریتمی های قلبی

۲- همراهی با بیمار

وسایل مورد نیاز:

دستگاه مانیتور و لید مربوطه - چست لید - ژل مخصوص جهت هدایت - کاغذ مخصوص جهت گرفتن نوار قلب

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار و این که بیمار در طی انجام کار دردی نخواهد داشت را به وی توضیح می دهد.			
۲	دستگاه را به پریز برق وصل می کند.			
۳	ناحیه سینه بیمار را برای وصل الکترودهای مانیتورینگ آماده می کند. در صورت نیاز (در مردها) سینه بیمار را می تراشد تا امکان چسبانیدن و قرار دادن صحیح الکترودها فراهم شود.			
۴	موها را از سینه پاک کرده و محل الکترودها را با آب و صابون شسته و سپس خشک می کند.			
۵	چست لیدها را طبق راهنمای مربوطه در محل مناسب نصب می کند. در صورت ضرورت از ژل استفاده می کند.			
۶	دستگاه را با دکمه off/on روشن می کند.			
۷	در صورت لزوم در محل چست لیدها ژل می زند.			
۸	سیم های رابط را به چست الکتروود وصل می کند.			
۹	آلارم و سرعت دستگاه را تنظیم می کند.			
۱۰	مانیتور بیمار را به طور مداوم بررسی و مشاهده می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: الکتروکاردیوگرافی قلب راست

هدف: تشخیص انفارکتوس های وسیع ناحیه ی تحتانی قلب و انفارکتوس های بطن راست

وسایل مورد نیاز:

الکتروکاردیوگرافی چند کاناله - کاغذ الکتروکاردیوگرام - ژل به منظور ایجاد حداکثر تماس الکترودها با

پوست بدن - گاز - پد تمیز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستگاه الکتروکاردیوگرافی را کنار تخت بیمار قرار می دهد.			
۲	ضمن ایجاد یک ارتباط کلامی، پیرامون چگونگی انجام کار و نیاز به آن بنا به دستور پزشک مربوط به بیمار توضیح می دهد.			
۳	از بیمار می خواهد که مچ دست ها و نواحی قوزک پاها و قفسه سینه را برای قرار دادن الکترودها برهنه کند و نیز به بیمار می گوید که انجام این پروسیجر دردناک نبوده و تنها چند دقیقه طول خواهد کشید.			
۴	بیمار را در وضعیت صاف به پشت خوابیده قرار می دهد و در صورتی که بیمار نتواند صاف دراز بکشد او را در حالت نیمه نشسته قرار می دهد.			
۵	محل های مناسب جهت قرار دادن الکترودها در قسمت مچ دست و قوزک پاها را آماده می کند (قسمت های کم مو، گوشتی و صاف مناسب ترند) و محل های نام برده را با گاز یا پد تمیز به ژل آغشته می کند.			
۶	لیدهای دستگاه با کد و رنگ های مخصوص، مشخص شده اند که باید طبق این رنگ ها لیدها را در محل مشخص خود در دست چپ - دست راست - پای چپ و پای راست و ناحیه جلو قلبی قرار داد. رنگ اشتقاق ها در دستگاه های ساخته شده (اروپایی و آمریکایی) با هم متفاوت هستند.			
۷	پس از انجام مراحل فوق قفسه سینه بیمار را جهت اتصال لیدهای سینه ای آماده می کند و طبق مراحل ذیل الکترودها را اتصال می دهد			

			(در صورتی که بیمار زن است لیدها را زیر Breast بیمار قرار می دهد).
۸			از انگشت دست خود استفاده نموده و از بالا به سمت پایین استخوان جناغ را لمس می کند تا به برجستگی آن برسد، این ناحیه در محاذات فضای دوم بین دنده ای است.
۹			از فضای بین دنده ای دوم با انگشت فضاهای بین دنده ای را لمس می کند تا به فضای بین دنده ای چهارم برسد (سمت چپ جناغ بیمار) و در این محل لید سینه ای (VIR) را قرار می دهد.
۱۰			در سمت راست محل لید قلبی در سمت راست جناغ بیمار لید سینه ای (V۲R) را متصل می کند.
۱۱			با حرکت انگشت دست فضای بین دنده ای پنجم را در سمت راست بیمار پیدا نموده، لید (V4R) را در محل تقاطع خط فرضی که از وسط ترقوه ی راست بیمار به پایین کشیده می شود قرار می دهد.
۱۲			یک خط فرضی افقی میان لیدهای V2R – V4R در نظر می گیرد و در وسط این خط لید سینه ای V3R را قرار می دهد.
۱۳			در امتداد خط افقی که از لید V4R می گذرد در محل تقاطع خط فرضی زیر بغلی قدمی طرف راست لید بنفش رنگ V5R را قرار می دهد و سپس در محل تقاطع خط افقی که از فضای V4R می گذرد با خط میانی زیر بغلی طرف راست لید سیاه رنگ V6R را متصل می کند.
۱۴			دستگاه ECG را روشن نموده و اقدام به ثبت الکتروکاردیوگرام می کند (دکمه Record را فشار می دهد) و از بیمار می خواهد که به طور عادی نفس کشیده و در طی انجام کار صحبت نکند.
۱۵			در صورتی که مشخصات بیمار را در دستگاه قبلاً وارد نکرده است آن ها را روی نوار ECG قید نموده و حتماً عبارت ECG قلب راست (Right chest ECG) را درج می کند.
۱۶			شواهد خود را در گزارش پرستاری قید می کند و نیز تحمل بیمار در طی انجام پروسیجر را نیز می نویسد و یک نسخه از ECG را در چارت مخصوص بیمار الصاق می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پایش قطعه ST. هدف:

تشخیص آسیب های عضله قلب

وسایل مورد نیاز:

چست لید - گاز یا پد - کابل ECG - پنبه الکلی - مانیتور جهت پایش قطعه ST - دستکش

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل نام برده را در کنار تخت بیمار آورده و مراحل انجام کار را کاملاً به بیمار توضیح می دهد.			
۲	پس از آماده کردن بیمار الکترودها را در محل خاص روی قفسه سینه بیمار قرار می دهد (قبلاً محل چسباندن چست الکترودها را تمیز می کند) و در صورت لزوم موهای آن را می تراشد.			
۳	حالت مربوط به پایش قطعه ST را با فشار دادن دکمه (procedures Monitoring) روی مانیتور فعال می کند.			
۴	با فشار دادن دکمه ی (parameters) حالت مناسب مربوط به محور کانال ST مانیتورینگ را فعال می کند (سه کانال که می توانند هر کدام یک لید را پایش کنند).			
۵	با فشردن دکمه ی (chang leads) مانیتور لید مناسب (۱ و ۲ و ۳ و ...) را برای هر کانال انتخاب می کند.			
۶	در صورت نیاز نقاط مختلف مربوط به اندازه گیری قسمت های مختلف قطعه ی ST را مشخص کرده با فشار دادن دکمه ی (ISO point) خط زمینه (base line) را روی قطعه ST معلوم می کند و مکان نمای ایجاد شده را حرکت می دهد تا فاصله ی P2 و PT روی صفحه پایشگر مشخص شود.			
۷	با فشار دادن دکمه ی (jpoint) مکان ناهایی را که این نقطه را نشان می دهند آشکار می کند.			
۸	نقطه ی ST را ۸۰ میلی ثانیه پس از نقطه ی jPoint میزان می کند.			
۹	محدوده اندازه های قسمت های مختلف (ST segment) را جهت			

			زنگ هشدار تنظیم می کند.	
			دکمه‌ی (standard screen) یا (Normal screen) را فشار می دهد تا صفحه ی نمایش به حالت اولیه باز گردد.	۱۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: انجام و یا کمک در انجام مانور والسالوا

هدف:

درمان تاکیکاردی حمله ای فوق بطنی

وسایل مورد نیاز:

ترالی اورژانس همراه با داروهای اورژانس و تجهیزات راه هوایی - مانیتور ECG و لیدهای آن - لوله های خط وریدی - تورنیکت - سرم قندی ۵ درصد - وسایل شیو - داروهای کاردیوتونیک (در صورت دستور).

عامل انجام کار: پرستار دوره دیده

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			با بیمار ارتباط برقرار می کند و نحوه کار و هدف خود را از انجام کار به وی توضیح می دهد.	۱
			از بیمار می خواهد که هر کجا احساس سبکی در سر کرد فوراً وی را در جریان قرار دهد.	۲
			بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.	۳
			یک رگ محیطی برای بیمار می گیرد.	۴
			سرم قندی ۵ درصد را به خط وریدی وصل می کند و در حالت KVO قرار می دهد (طبق دستور پزشک).	۵
			در صورت لزوم موهای سینه ی بیمار را می تراشد.	۶
			الکترودهای ECG را در محل مخصوص خود روی سینه بیمار می چسباند.	۷
			لیدی را انتخاب می کند که بتواند دیس ریتمی را واضح ببیند (معمولاً لید ۲).	۸
			یک استریپ از ECG بیمار به عنوان اطلاعات پایه می گیرد.	۹
الف - درمانور والسالوا				
			از بیمار می خواهد که یک دم عمیق بکشد و سپس آن را در سینه حبس کند و در همان حال سعی در تخلیه ی آن کند.	۱۰
			در صورتی که احساس سبکی در سر یا سرگیجه نکند، و یا اگر دیس ریتمی جدیدی اتفاق نیافتد، از او می خواهد که نفس بکشد و آن را ۱۰ ثانیه حبس کند.	۱۱
			در صورتی که احساس سبکی در سر یا سرگیجه دارد یا در صفحه ی مانیتور دیس ریتمی جدیدی مشاهده شد، مثلاً آسیستول طول کشیده بیش از ۶ ثانیه، PVC های متعدد و تا کی کاردی بطنی، از او می خواهد که نفس خود را بیرون داده و به احتباس هوا در ریه هایش خاتمه دهد.	۱۲
			یک نوار از ECG بیمار تهیه می کند.	۱۳

۱۴	پس از ۱۰ ثانیه از او می خواهد که دم و بازدم را به صورت آرام انجام دهد.		
۱۵	اگر مانور موثر بود، در مانیتور، کاهش ضربان قلب را نسبت به قبل از انجام مانور ارزیابی می کند.		
۱۶	یک نوار از ECG بیمار تهیه می کند.		
ب - در ماساژ سینوس کاروتید:			
۱۷	از لیدی نوار تهیه می کند که موج های P واضح داشته باشد.		
۱۸	سینوس کاروتید هر دو طرف را معاینه می کند.		
۱۹	اگر صدای غیر طبیعی شنید، به پزشک اطلاع می دهد و ماساژ سینوس کاروتید را انجام نمی دهد.		
۲۰	اگر صدای غیر طبیعی نشنید، طبق دستور عمل می کند و اقدام به انجام ماساژ سینوس کاروتید می کند.		
۲۱	ابتدا محل دو شاخه شدن شریان کاروتید را در سمت راست گردن پیدا می کند.		
۲۲	به منظور فوق سر بیمار را کمی به سمت چپ خم می کند تا گردن وی به حالت کشیده قرار گیرد.		
۲۳	محل دو شاخه شدن شریان کاروتید را پیدا می کند.		
۲۴	با استفاده از حرکت چرخشی به مدت ۵-۳ ثانیه سینوس کاروتید سمت راست را به آرامی، ماساژ می دهد (بیشتر از ۵ ثانیه ماساژ را ادامه نمی دهد).		
۲۵	در بین انجام تکنیک ECG بیمار را مانیتور می کند و یک نوار از ECG تهیه می کند.		
۲۶	زمانی که سرعت ضربانات بطنی به طرز موثری کاهش پیدا کرد، ماساژ سینوس را قطع می کند تا بتواند ریتم را تشخیص دهد.		
۲۷	در صورتی که تغییر الگوی ریتم داشت به سرعت ماساژ را قطع می کند.		
۲۸	در صورتی که دیس ریتمی خطرناکی مشاهده شد ترالی اورژانس را برای انجام CPR در دسترس و آماده می گذارد.		
۲۹	اگر تکنیک فوق در مدت ۵ ثانیه موثر واقع نشد، ماساژ سینوس کاروتید را متوقف می کند و ماساژ سینوس کاروتید چپ را شروع می کند.		
۳۰	در صورتی که هیچ کدام موثر نبود طبق دستور داروهای کاردیوتونیک را تزریق می کند.		
۳۱	یک نوار از ECG بیمار تهیه می کند.		
۳۲	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان انجام تکنیک. ب- چه کسی تکنیک را انجام داده است و چرا انجام آن ضرورت داشته است. ج- پاسخ بیمار به تکنیک، مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده. د- نوار ECG قبل، حین و بعد از انجام تکنیک.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: اقدامات اولیه (احیای قلبی، ریوی مقدماتی)

اهداف :

۱- تلاش برای برگشت تنفس خود به خودی و جریان خون در زمان بروز وقفه ی قلبی و تنفسی

۲- باز کردن و حفظ راه هوایی

۳- فراهم کردن تهویه کمکی توسط تنفس مصنوعی احیاء کننده

۴- بهبود وضعیت گردش خون توسط ماساژ خارجی قلب

وسایل مورد نیاز:

در مکان های عمومی و یا هر مکان دیگر نیاز به تجهیزات خاص ندارد (در صورت وجود ماسک جیبی یا کمکی)- در مراکز یا مکان های عمومی که امکانات احیاء قلبی ریوی در نظر گرفته شده است (تخته CPR -ماسک- رابط ایروی - گاز یا پارچه تمیز)

عامل انجام کار :پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
- در روش یک نفره				
۱	بیمار را با صدای بلند صدا می زند، ضمن تکان دادن شانه های وی مطمئن می شود که هوشیار است یا خیر.			
۲	در صورت عدم پاسخ کمک می خواهد.			
۳	بیمار را به پشت و به حالت صاف می خواباند.			
۴	ضمن در نظر گرفتن احتمال آسیب نخاع گردنی، بیمار را در وضعیت ریکاوری قرار می دهد.			
۵	در صورت وجود جراحات، یا شکستگی در ناحیه ی سر و گردن با احتیاط او را حرکت می دهد (در حالی که سر و گردن را جداگانه حمایت می می کند).			
۶	با یک دست چانه و زبان بیمار را گرفته و با دست دیگر و با کمک یک تکه گاز یا دو انگشت اشاره و وسطی از کنار دهان، فضای دهان و حلق مصدوم را از نظر وجود ترشحات و مواد استفراغی پاک می کند.			
۷	از مصدوم سوال می کند حالش خوب است؟			
۸	اگر پاسخ داد از شروع CPR صرف نظر می کند.			

۹	در صورت عدم پاسخ، کنار شانه های بیمار روی زمین زانو می زند.		
۱۰	در صورت عدم وجود شکستگی و یا جراحی در ناحیه ی گردن، جهت عقب راندن سر و بالا بردن چانه یک دست خود را بالای پیشانی قرار می دهد.		
۱۱	پیشانی بیمار را کمی به عقب می راند.		
۱۲	انگشت اشاره و وسطی دست دیگرش را زیر استخوان فک پایین روی چانه بیمار می گذارد.		
۱۳	چانه بیمار را بالا می کشد.		
۱۴	هم زمان دهان بیمار را باز نگه می دارد.		
۱۵	از قرار دادن انگشتان خود روی بافت نرم چانه خودداری می کند (را هوایی را می بندد).		
۱۶	در صورت وجود جراحی یا شکستگی در گردن مصدوم جهت استفاده از مانور به جلو راندن فک، بالای سر بیمار زانو می زند.		
۱۷	آرنج دستان خود را روی زمین قرار می دهد.		
۱۸	انگشت شست هر دو دست را روی فک پایین نزدیک حفره دهان (روی چانه بیمار) قرار می دهد.		
۱۹	سر انگشت شست را به پایین و در جهت پاهای بیمار می گیرد.		
۲۰	انگشت اشاره هر دو دست را در دو طرف فک پایین مصدوم قرار می دهد.		
۲۱	جهت باز شدن راه هوایی، فک تحتانی را به سمت جلو می راند.		
۲۲	مراقب است که با این حرکت گردن مصدوم را تکان نمی دهد.		
۲۳	جهت بررسی تنفس بیمار، گوش خود را نزدیک دهان و بینی مصدوم می گیرد.		
۲۴	به صدای حرکت هوا گوش می دهد، آن را احساس و به حرکت قفسه ی سینه بیمار نگاه می کند.		
۲۵	اگر تنفس دارد، راه تنفس را باز نگه می دارد و تنفس مصدوم را هم چنان ارزیابی می کند تا نیروی کمکی برسد.		
۲۶	در صورتی که تنفس ندارد، بعد از باز کردن راه هوایی به منظور تنفس مصنوعی، سوراخ های بینی بیمار را با انگشت شست و انگشت کوچک یک دست خود می بندد (در روش دهان به دهان).		
۲۷	یک نفس (دم) عمیق می کشد.		
۲۸	لب های خود را دور لب های بیمار می گذارد (در صورت وجود		

			از ماسک جیبی، یا رابط کمک می گیرد).
۲۹			در عرض ۴-۲ ثانیه دو تهویه کامل و آرام به بیمار می دهد.
۳۰			سر بیمار را به عقب خم می کند و فرصت می دهد تا بازدم به راحتی انجام شود (۲-۱ ثانیه به ازای هر تهویه).
۳۱			در صورت آسیب فک یا دهان جهت استفاده از روش دهان به بینی، دهان بیمار را با فشردن لب ها به روی هم می بندد و داخل سوراخ های بینی می دمد.
۳۲			در صورتی که اولین تنفس موثر نبود، دو مرتبه وضعیت می دهد و تهویه می کند.
۳۳			در صورتی که باز هم موثر نبود به وضعیت نامناسب راه هوایی مشکوک می شود.
۳۴			دهان بیمار را از نظر وجود دندان مصنوعی شل شده بررسی می کند.
۳۵			اگر دندان مصنوعی یا هر جسم خارجی دیگر راه تنفسی را بسته است، آن ها را خارج و راه تنفس را باز می کند.
۳۶			یک دست خود را بالای سر بیمار طوری نگه می دارد که راه هوایی باز بماند.
۳۷			با دست دیگر ضربان نبض شریان کاروتید بیمار را در سمتی که نزدیک خودش است بررسی می کند.
۳۸			۱۰-۵ ثانیه ضربان نبض را چک می کند.
۳۹			در صورتی که قلب ضربان دارد در هر دقیقه ۱۲ تنفس می دهد (هر ۵ ثانیه یک تنفس).
۴۰			پس از هر ۱۲ تنفس ضربان قلب را بررسی می کند.
۴۱			در صورتی که قلب ضربان ندارد، ماساژ قلبی را شروع می کند.
۴۲			بیمار را روی یک سطح صاف و سفت قرار می دهد.
۴۳			کنار بیمار طوری زانو می زند که زانوهاش از هم جدا و قسمت فوقانی بدن وی بالای قفسه ی سینه بیمار قرار گیرد.
۴۴			لبه ی تحتانی آخرین دنده را پیدا می کند.
۴۵			انگشتان خود را در طول این لبه به سمت حفره ی محل اتصال دنده ها با استرنوم (زیر زائده ی گزیفوئید) حرکت می دهد.
۴۶			انگشت میانی یک دست خود را روی حفره استرنوم و انگشت شست دست دیگر خود را روی کف استرنوم قرار می دهد.
۴۷			پاشنه ی دست دیگر خود را روی استرنوم در کنار انگشت شست

			دست دیگر خود قرار می دهد (در یک سوم تحتانی استرنوم و دو انگشت بالاتر از زائده ی گزیفوئید).
۴۸			محور طولی پاشنه ی دست خود را در ردیف محور طولی استرنوم بیمار قرار می دهد.
۴۹			پاشنه دست اول خود را که روی حفره استرنوم قرار دارد، روی دست غالب می گذارد.
۵۰			مطمئن می شود که دستش به طرز صحیح روی دست دیگر قرار گرفته و انگشتانش با قفسه ی سینه ی بیمار در تماس نیست.
۵۱			با آرنج های صاف، بازوهای مستقیم و شانه هایی که در راستای دست هایش است جهت انجام ماساژ قلبی آماده می شود.
۵۲			با انتقال وزن قسمت فوقانی بدن خود، استرنوم بیمار را به اندازه ی ۵ cm - ۳/۸ می فشارد.
۵۳			فشار را از طریق پاشنه ی دست هایش منتقل می کند.
۵۴			پس از هر ماساژ، فشار را برمی دارد و اجازه می دهد که قفسه ی سینه به وضعیت طبیعی برگردد به نحوی که قلب بتواند پر خون شود.
۵۵			وضعیت دست هایش را در طول ماساژ قلبی تغییر نمی دهد.
۵۶			۱۵ ماساژ می دهد (از شماره ۱ تا ۱۵ می شمارد)، تعداد ماساژ باید ۱۰۰ - ۱۰ بار در دقیقه باشد.
۵۶			راه هوایی را باز می کند.
۵۷			۲ تنفس می دهد.
۵۸			۱۵ ماساژ می دهد.
۵۹			۴ بار سیکل را تکرار می کند (۱۵ ماساژ + ۲ تنفس).
۶۰			نبض شریان کاروتید را بررسی می کند.
۶۱			در صورت فقدان نبض، به CPR ادامه می دهد (۱۵ ماساژ + ۲ تنفس به تعداد ۴ بار).
۶۲			پس از پایان هر سیکل، تنفس و ضربان نبض را بررسی می کند.
۶۳			در صورتی که بیمار نبض دارد و تنفس ندارد، ۱۲ تنفس می دهد (در هر دقیقه) و نبض مصدوم را پایش می کند.
۶۴			اگر نبض و تنفس دارد، هر دو را پایش می کند.
۶۵			زمانی که نبض و تنفس بیمار برقرار شد ماساژ و تنفس را قطع و در عین حال راه هوا را باز نگه می دارد.
۶۶			در جستجوی کمک است تا مصدوم یا بیمار را به امکانات حمایتی

			پیشرفته CPR برساند.	
۶۷			اگر فرد دیگری به کمک آمد، از نفر دوم می خواهد مجدداً برای دستیابی به حمایت های پیشرفته CPR کمک طلب کند.	
۶۸			بیمار را با صدای بلند صدا می زند، ضمن تکان دادن شانه های وی مطمئن می شود که هوشیار است یا خیر.	
- در روش دو نفره				
۶۹			در حالی که مشغول CPR است، اگر فرد دیگری به کمک آمد، از نفر دوم می خواهد مجدداً طلب کمک کند.	
۷۰			اگر نفر دوم دوره ی BLS ندیده است، به او می گوید منتظر فرمان وی باشد.	
۷۱			اگر فرد دوم دوره BLS دیده است و وی نیز خسته شده است، از نفر دوم می خواهد که به CPR یک نفره ادامه بدهد.	
۷۲			زمانی که هر دو نفر آمادگی انجام CPR را دارند یا کمک های بیشتری رسیده است CPR دو نفره را آغاز می کند.	
۷۳			از نفر دوم می خواهد که نبض بیمار را در عرض ۱۰-۵ ثانیه بررسی کند.	
۷۴			اگر نفر دوم نبض را حس نکرد، ۲ تنفس می دهد و ماساژ را شروع می کند.	
۷۵			پس از رفع خستگی CPR دو نفره را آغاز می کند.	
۷۶			به منظور فوق روی زمین روبروی نفر دوم می نشیند.	
۷۷			هم زمان با کنترل نبض توسط نفر اول، نفر دوم وضعیت دست هایش را جهت انجام ماساژ تنظیم می کند.	
۷۸			اگر نبض را حس نکرد، می گوید « نبض ندارد » CPR را ادامه بده.	
۷۹			نفر دوم با سرعت ۱۰۰-۸۰ بار در دقیقه ماساژ قلبی را انجام می دهد.	
۸۰			ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی را در یک سیکل برابر با ۵ ماساژ و ۱ تنفس ادامه می دهد.	
۸۱			جهت اطمینان از موثر بودن تنفس، نفر دوم که ماساژ قلبی می دهد چند لحظه ای توقف می کند تا حرکت قفسه ی سینه را بررسی کند.	
۸۲			پس از این که نفر دوم (فردی که ماساژ قلبی می دهد) خسته شد، پس از دادن تنفس توسط نفر اول، نفر دوم می گوید « تعویض ».	
۸۳			این تعویض را با دقت و سرعت انجام می دهد تا CPR دچار وقفه نشود.	

۸۴	سپس با دادن وضعیت مناسب به دست هایش، ماساژ قلبی را شروع می کند.		
۸۵	اکنون نفر دوم تنفس مصنوعی می دهد و نبض مصدوم را در عرض ۱۰-۵ ثانیه بررسی می کند.		
۸۶	اگر نبض نداشت می گوید « بدون نبض ».		
۸۷	سپس با سرعت ۱۰۰-۸۰ ضربه در دقیقه ماساژ می دهد (۵ ماساژ قلبی + ۱ تنفس).		
۸۸	تا زمان برگشت ضربان قلب و تنفس به CPR ادامه می دهد.		
۸۹	منتظر ورود گروه ACLS می ماند.		
۹۰	کلیه مشاهدات و یافته های خود را یادداشت می کند : الف- چگونگی با خبر شدن از ایست قلبی، تنفسی مصدوم ب- علت ایست قلبی، تنفسی در صورت امکان و اطلاع پ- زمانی که متوجه مصدوم شده است و زمان شروع CPR ت- طول مدت CPR ث- زمان ورود فرد دوم و گروه ACLS ج- پاسخ مصدوم به عملیات CPR و مشکلات به وجود آمده و اقدامات انجام شده		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مدیریت کد (ACLS)

اهداف:

- ۱- حمایت های قلبی و تنفسی با امکانات پیشرفته تا برقراری وضعیت تنفس و ضربان قلب خود به خودی و پیش گیری از بروز صدمات جبران ناپذیر به مغز و دیگر ارگان های حیاتی بدن بیمار
 - ۲- تأمین مراقبت موثر و فوری جهت بیمارانی که دچار ایست قلبی شده اند.
 - ۳- اصلاح زمینه های ایجاد کننده ایست قلبی تنفسی
- وسایل مورد نیاز:

راه هوایی دهانی (ایروی)، داخل بینی و داخل تراشه ای (ET) - ماسک با دریچه اجازه عبور یک طرفه ای هوا - منبع اکسیژن - فلومتر اکسیژن - وسایل لوله گذاری داخل تراشه - کیف یا ترالی احیاء - وسایل ساکشن - لوله بینی، معده ای - گان - ماسک - دستکش استریل - ست ایست قلبی - وسایل رگ گیری محیطی شامل کاتترها یا آنژیوکت های شماره ۱۸-۱۴ - وسایل کارگذاری لاین ورید مرکزی با سوزن های شماره ۲۰-۱۵ - وسایل تزریق داخل رگی شامل لوله ی سرم و میکروست - مانیتور و لیدهای ECG - دستگاه دفیبریلاتور - پدهای دفیبریلاتور - داروهای قلبی شامل اپی نفرین، لیدوکائین، پروکائین آمید، وازو پرسین، آمیودارون، آتروپین، ایزوپرتنول، دوپامین، کلسیم کلراید و دوبوتامین - پیس میکر خارجی - ست کریکوتیروتومی (در صورت لزوم)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در همه بخش ها (مخصوصاً بخش های ویژه و اورژانس ها) برای افراد حاضر در هر شیفت مسئولیت ویژه تعریف می کند تا رسیدن تیم اصلی و در حضور آنان وظایف هر کس معین باشد: A&B = برای مسوولیت برقراری راه هوایی و تنفس (Airway& Breathing) C = برای مسوولیت ماساژ قلبی و برقراری گردش خون (Circulation) D = برای گرفتن خط وریدی ، استفاده از داروها (Drugs & Fluids) E = به عنوان رابط با خانواده بیمار - کمک به هماهنگی اقدامات CPR و اقدامات دیگر طبق نظر رهبر تیم			
۲	در صورتی که اولین کسی است که وارد محل وقوع حادثه شده است، به منظور ارزیابی هوشیاری، بیمار را صدا می زند.	A&B		

۳	در صورت عدم پاسخ فوراً کمک می خواهد.	A&B		
۴	راه هوایی بیمار را ارزیابی و آن را از وجود مواد خارجی و استقراغی پاک می کند.	A&B		
۵	راه هوایی را با یکی از روش های مربوطه باز نگه می دارد.	A&B		
۶	تنفس و نبض بیمار را ارزیابی می کند.	A&B		
۷	در صورت عدم وجود نبض و تنفس اقدام به CPR یک نفره می کند.	A&B		
۸	از ماسک جیبی استفاده کرده و تنفس مصنوعی را شروع می کند (در صورت وجود).	A&B		
۹	زمانی که دومین نفر گروه BLS وارد شد، اعلام کد می کند و تجهیزات ترالی کد و دستگاه شوک (یا دفیبریلاتور دستی AED) را به اتاق بیمار می آورد.	C		
۱۰	در صورت نیاز، از دومین نفر کمک کننده می خواهد تخته CPR را زیر بیمار قرار دهد.	C		
۱۱	با دومین نفر گروه BLS ، CPR دو نفره را شروع می کند.	C		
۱۲	با دسترس بودن ترالی اورژانس برای باز نگه داشتن راه هوا از ایلروی استفاده می کند.	A&B		
۱۳	بالای سر بیمار قرار گرفته و ضمن باز کردن راه هوایی (به روش Jaw Thrust) با ماسک و آمبوبگ اکسیژن ۱۰۰٪ به بیمار می دهد.	A&B		
۱۴	در حالی که CPR را ادامه می دهد از نفر سوم می خواهد که دستگاه شوک را آماده کند.	C		
۱۵	سینه بیمار را برهنه می کند و پدها یا قاشقک های دفیبریلاتور را طبق راهنما روی سینه بیمار قرار می دهد.	C		
۱۶	از مانیتور دستگاه شوک برای تشخیص نوع آریتمی بیمار با استفاده از پد یا قاشقک ها به عنوان الکتروود ECG برای مانیتور سریع استفاده می کند.	C		
۱۷	اگر بیمار دچار فیبریلاسیون بطنی شد به عنوان یک اقدام واسطه ای بین BLS و ACLS وی را دفیبریله می کند.	C		
۱۸	ECG بیمار را به وسیله چسباندن الکتروود های سینه و اتصال به لید مانیتور دستگاه شوک مانیتور می کند و یک نوار طولانی تهیه می کند.	C		
۱۹	اگر آماده کردن دفیبریلاتور با تاخیر صورت گیرد، CPR را ادامه می دهد.	A&B		
۲۰	پرستار آموزش دیده ACLS رهبری گروه کد را تا رسیدن پزشک به عهده می گیرد.	A&B		
۲۱	نبض و تنفس را مجدداً بررسی می کند.	A&B		

۲۲	با آماده بودن لارنگوسکوپ و لوله تراشه، در لوله گذاری داخل تراشه کمک می کند.	A&B		
۲۳	بیشتر از ۳۰ ثانیه عملیات CPR را جهت انجام لوله گذاری داخل تراشه متوقف نمی کند.	A&B		
۲۴	در صورت نیاز دهان و حلق بیمار را ساکشن می کند.	A&B		
۲۵	پس از لوله گذاری داخل تراشه، با گوشی پزشکی به صداهای تنفسی گوش می کند تا مطمئن می شود که لوله در جای واقعی خود قرار گرفته باشد.	A&B		
۲۶	در صورت نیاز دهان و حلق و داخل لوله تراشه بیمار را ساکشن می کند.	A&B		
۲۷	پس از لوله گذاری داخل تراشه، با گوشی پزشکی به صداهای تنفسی گوش می کند تا مطمئن شود که لوله در جای واقعی خود قرار گرفته است.	A&B		
۲۸	اگر صداهای تنفسی در سمت ریه ی چپ محو و نامحسوس باشد به آرامی لوله داخل تراشه را کمی بیرون می کشد.	A&B		
۲۹	مجدداً با گوشی صداهای تنفسی در هر دو ریه را گوش می کند.	A&B		
۳۰	به عدد روی لوله تراشه که در کنار لب بیمار قرار گرفته توجه می کند (در آقایان ۲۲-۲۴ و در خانم ها ۲۳-۲۱ مناسب است).	A&B		
۳۱	لوله داخل تراشه را با کمک باند یا چسب ثابت می کند.	A&B		
۳۲	بیمار را با آمبوبگ تهویه می کند.	A&B		
۳۳	به حرکات قفسه ی سینه در زمان تهویه توجه می کند.	A&B		
۳۴	پرستار آموزش دیده ACLS یک رگ محیطی با آنژیوکت شماره بزرگ از بیمار می گیرد.	D		
۳۵	سیاهرگ های بزرگی چون سیاهرگ داخل آرنج را انتخاب می کند.	D		
۳۶	به محض این که موفق به رگ گیری شد جهت برگشت کلاپس عروقی سرم نرمال سالین را تزریق می کند.	D		
۳۷	در ادامه سرم قندی ۵ درصد را جهت تزریق داخل سیاهرگی شروع می کند.	D		
۳۸	ریتم و تعداد ضربان قلب را تعیین می کند.	A&B		
۳۹	کمک می کند تا از بیمار ABG تهیه شود.	E		
۴۰	فشارخون را اندازه می گیرد (به روش غیرتهاجمی).	E		
۴۱	وسایل و داروهای مورد استفاده در ACLS را آماده می کند.	D		
۴۲	در صورت رگ گیری ناموفق، داروهایی چون اپی نفرین، لیدوکائین و آتروپین را بر حسب نیاز در ۱۰ سی سی آب مقطر یا محلول نرمال سالین استریل رقیق کرده و به داخل تراشه بیمار می ریزد.	D		

۴۳	سپس با آمیوگ بیمار را ۴-۳ بار تهویه می کند تا داروها در سطح آلوئول ها قرار گرفته و امکان جذب سریع آنها فراهم شود.	A&B			
۴۴	اقدام به کمک در گرفتن ورید مرکزی می کند.	D			
۴۵	پس از رگ گیری موفق یا گرفتن ورید مرکزی داروهای مناسب در درمان ریتم و تغییرات همودینامیک را طبق دستور به بیمار می رساند.	D			
۴۶	در ACLS طول کشیده، از سرم نرمال سالین جهت تزریق داخل سیاهرگ به جای سرم قندی 5 درصد استفاده می کند تا از خطر افزایش قند خون در حین ایست قلبی بکاهد.	D			
۴۷	هم زمان با گرفتن رگ محیطی از بیمار توسط پرستار، پرستار دیگر ترشحات دهان و حلق را ساکشن می کند.	A&B			
۴۸	علائم حیاتی و نبض کاروتید یا فمورال را در طول کد دقیقاً کنترل می کند تا از اثر بخشی عملیات CPR مطلع شود.	C			
۴۹	در صورت نیاز و طبق دستور پزشک بیمار را دفیبریله می کند.	C			
۵۰	مراقبت های اولیه را با همکاری گروه بلافاصله بعد از احیاء قلب و ریه انجام می دهد.	E			
۵۱	در صورتی که همراهان بیمار حضور دارند از پرستار دیگری که در گروه کد وظیفه ای ندارد می خواهد که با آنها بماند، اعتقادات خانواده بیمار را بداند و به نیازهای عاطفی آنها توجه داشته باشد.	E			
۵۲	در اولین فرصت ممکن اجازه می دهد که خانواده بیمار، وی را ملاقات کنند.	E			
۵۳	در هر زمان که بیمار بیدار و هوشیار گردید، وقایع را تا حد امکان به وی توضیح می دهد.	رهبر			
۵۴	اگر بستگان بیمار در دسترس نیستند در اسرع وقت با آن ها تماس گرفته و اطلاع می دهد.	رهبر			
۵۵	در صورتی که پزشک بیمار را No- Code معرفی کرده است، مطمئن می شود که در پرونده ی بیمار ثبت و امضاء کرده است.	رهبر			
۵۶	در صورت امکان دستور پزشک را به خانواده بیمار منتقل می کند.	E			
۵۷	در صورت فوت بیمار اجازه می دهد تا خانواده اش وی را ببینند و طبق موازین عرفی و شرعی با بیمار و خانواده اش رفتار می کند.	E			
۵۸	در صورت فوق دستور العمل مراقبت از بیمار در حال احتضار و مراقبت از جسد را طبق موازین شرعی و با توجه به درخواست همراهان انجام می دهد.	E			

۵۹	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند : الف- در طول کد تمام وقایع و جزئیات را تا حد امکان ب- علت ایست قلبی، با هوشیاری و بدون هوشیاری، زمان بروز ایست قلبی، زمان شروع CPR، زمان ورود پرستار دوره دیده ACLS و تمام وقایع طول احیاء پ- تعداد شوک های داده شده، زمان آن ها، میزان ژول انرژی آن ها، دیس ریتمی قبل و بعد از دفیبریلاسیون و این که آیا بیمار نبض داشته است یا خیر ت- تمام ABG های انجام شده، زمان انجام، تفسیر جواب و به رویت پزشک رسانیدن و اقدامات انجام شده ث- کلیه داروهای تجویز شده، میزان آن ها، عامل تجویز آن ها و پاسخ بیمار به داروها ج - تمام وقایع از جمله خط وریدی محیطی یا مرکزی، پیس میکر کار گذاشته شده، لوله گذاری انجام شده و زمان انجام هر کدام و میزان تحمل بیمار به هر کدام چ- در صورتی که بیمار به بخش یا واحد درمانی دیگری منتقل شده است نام بخش یا واحد درمانی، ساعت انتقال و این که زمان انتقال خانواده اش حضور داشته اند یا خیر ح- علایم حیاتی و ریتم قلبی و نبض های کاروتید و فمورال را هر ۵ دقیقه کنترل و ثبت می کند. خ- سطح هوشیاری، صداهای تنفسی، صداهای قلبی، مایعات دریافتی از طریق وریدهای محیطی و میزان ادرار بیمار را هر ۵ دقیقه بررسی و ثبت می کند. د- کلیه مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده را یادداشت می کند. ذ- زمانی که گزارش کامل شد از پزشک و پرستار ACLS می خواهد آن را مطالعه کرده و سپس امضاء کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو قبل از انجام PTCA در بخش

هدف:

کاهش اضطراب بیمار قبل از PTCA

وسایل مورد نیاز:

برگه ی اخذ رضایت نامه - جواب آزمایشات بیمار - پرونده ی پزشکی بیمار - وزنه و متر - وسایل کنترل
علائم حیاتی - وسایل رگ گیری محیطی و محلول های تزریقی دستور داده شده - وسایل ششو - داروهای
تجویز شده

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل پروسیجر را به وی توضیح می دهد و به سوالات وی پاسخ می دهد.			
۲	از بیمار یا بستگان درجه اول وی (یا قیم) رضایت نامه انجام PTCA و CABG دریافت می کند.			
۳	تاریخچه ی بیماری ها و حساسیت های دارویی یا غذایی در بیمار را بررسی می کند.			
۴	در صورت حساسیت به ماهی، میگو و ید یا مواد حاجب به پزشک اطلاع می دهد.			
۵	جواب آزمایشاتی را که از قبل انجام داده است، دریافت و بررسی می کند (CBC، الکترولیت های سرم و گروه خون و کراس ماچ).			
۶	موهای ناحیه کشاله ران و جلوی بازو را می تراشد.			
۷	پس از تراشیدن موها، ناحیه را با بتادین ضد عفونی می کند.			
۸	قد و وزن بیمار را اندازه گیری می کند.			
۹	از ۶-۸ ساعت قبل از انتقال جهت PTCA بیمار را ناشتا نگه می دارد (NPO).			
۱۰	یک رگ محیطی و اصلی را انتخاب و از طریق آن IV را برقرار می کند (معمولاً در دست چپ).			
۱۱	سرم N/S و یا قندی ۵ درصد به صورت KVO وصل می کند.			
۱۲	اجزای مصنوعی (دندان، لنز) یا وسایل فلزی (گیره ی مو،			

			جواهرات، و ...) بیمار را خارج می کند.	
۱۳			شب قبل از انجام PTCA، آسپیرین و پلاویکس در صورت دستور پزشک به بیمار تجویز می کند (جهت پیش گیری از تشکیل لخته).	
۱۴			در صورت دستور آرام بخش، آن را به بیمار تزریق می کند.	
۱۵			برای تخلیه مثانه به بیمار کمک کرده و شرایط را فراهم می کند و در صورت عدم تخلیه ارادی بیمار را سونداژ می کند.	
۱۶			علایم حیاتی بیمار را کنترل می کند و به عنوان علایم حیاتی پایه در نظر می گیرد.	
۱۷			یک ECG پایه از بیمار می گیرد.	
۱۸			نبض تمام انتهایهای بیمار را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.	
۱۹			پس از اعلام کت لب بیمار را همراه پرونده، عکس، ECG و جواب آزمایشات به بخش کت لب منتقل می کند.	
۲۰			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - کلیه ی آموزش های توجیهی به بیمار و خانواده اش ب- اخذ رضایت نامه و نام بستگانی که امضاء نموده اند پ- شیو ناحیه ی مورد نظر و قد و وزن کنترل شده ت- قید نمودن ناشنا بودن بیمار و محل رگ محیطی انتخاب شده ث - نوع و میزان سرم وصل شده و دوز، راه تجویز، زمان و تاریخ انجام پروسیجر ج- ساعت تخلیه مثانه و روش تخلیه ی آن، علایم حیاتی کنترل شده و ECG انجام شده چ - ساعت و تاریخ انتقال به کت لب و وسایل تحویل داده شده و نام پرستار کت لب که تحویل گیرنده می باشد.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مراقبت از مددجو قبل از انجام PTCA در کت لب

اهداف:

- ۱- ایجاد آرامش روحی در بیمار
- ۲- کمک به پزشک در انجام موفق تر تکنیک
- ۳- کنترل و ثبت اطلاعات پایه جهت ارزیابی های بعدی

وسایل مورد نیاز:

پرونده ی بیمار- دفیبریلاتور - تجهیزات مانیتورینگ قلبی - وسایل انفوزیون داخل وریدی - وسایل کنترل
علائم حیاتی - تخت رادیولوژی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را به همراه پرونده و کلیه مدارک پزشکی مربوطه اش از پرستار بخش تحویل می گیرد.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و راجع به نحوه انجام کار به وی توضیح می دهد.			
۳	ترالی اورژانس (CPR) و دفیبریلاتور را آماده می کند.			
۴	تجهیزات مانیتورینگ قلبی را آماده کرده و آن ها را از نظر صحت عملکرد بررسی می کند.			
۵	خط وریدی بیمار را از نظر صحت عملکرد بررسی می کند.			
۶	مطمئن می شود که ناحیه ی ژنیتال و زیر شکم و قسمت جلویی، کاملاً شیو و ضد عفونی شده است.			
۷	جواب آزمایشات و تاریخچه ی بیماری از نظر وجود حساسیت دارویی و غذایی را بررسی می کند.			
۸	علائم حیاتی و نبض های انتهایی و ECG قبل از شروع تکنیک را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.			
۹	از NPO بودن بیمار مطمئن می شود.			
۱۰	به بیمار آموزش می دهد که در حین انجام تکنیک در صورتی که احساس درد قفسه ی سینه کرد فوراً او یا پزشک را در جریان قرار دهد.			
۱۱	بیمار را به اتاق کت لب و روی تخت رادیولوژی منتقل می کند.			
۱۲	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت و اندام ها صاف قرار می دهد.			
۱۳	محلول انفوزیون دستور داده شده را وصل می کند.			
۱۴	ارتباط خود را با بیمار حفظ نموده و به او اطمینان می دهد که همه چیز تحت کنترل است.			
۱۵	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت پرستاری حین انجام PTCA در کت لب

هدف: کاهش عوارض احتمالی حین انجام PTCA

وسایل مورد نیاز: پگ استریل که شامل دو عدد گان، ۴ عدد دستمال، ۳ عدد سواپ پرپ، رسیور، گالیپاد کوچک و گالیپاد بزرگ، دو عدد روکش دستگاه می باشد و سینی استریل که شامل سینی و پنج عدد پنس (قیچی، سوزنگیر، شان گیر، دو عدد پنس) و دسیله شریانی و راهنمای کاتتر (راست و چپ) می باشد. ماده حاجب بنا به دستور پزشک، سرم نرمال سالین هپارینه (CC ۵۰۰ سرم + ۲۵۰۰ واحد هپارین)، بتادین جهت پرپ کردن بیمار، رابط فشار دو عدد، آنژیوکت، دو عدد سرنگ CC ۲۰، دو عدد سرنگ CC ۱۰، تیغ بیستوری، سه راهی، سوزن اینترادیوسر، راهنمای کاتتر راست یا چپ و سیم راهنما ۰/۰۱۴ بالون و استنت بسته به سایز تعیین شده توسط پزشک، یک عدد آمپول TNG

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را در بدو ورود به بخش از پرستار مربوطه تحویل می گیرد.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و درمورد اهداف ونحوه اجرای پرسنجر به وی اطلاعات کافی می دهد.			
۳	جهت کاهش اضطراب به صحبت های بیمار گوش می دهد و به سوالات وی پاسخ می دهد.			
۴	به بیمار می گوید که به مدت حدود یک تا دو ساعت در بخش آنژیو جهت انجام آنژیوگرافی خواهد ماند.			
۵	به بیمار می گوید که در حین عمل کاتتریسم و تزریق ماده حاجب احساس فشار و گرگرفتگی و داغ شدن طبیعی است که با کشیدن چند نفس عمیق این حالت برطرف خواهد شد.			
۶	به بیمار می گوید که احتمال ایجاد حالت تهوع و استفراغ در زمان تزریق ماده حاجب طبیعی است و لازم است به پرستار اطلاع دهد تا اقدامات لازم به عمل آید.			
۷	به بیمار می گوید هنگام تزریق ماده حاجب از او خواسته می شود که سرفه کند.			
۸	به بیمار می گوید که در صورت وجود درد در حین انجام کار پزشک را مطلع نماید تا اقدامات لازم صورت گیرد.			
۹	IV line بیمار را کنترل می کند.			
۱۰	دستور انجام آنژیوگرافی توسط پزشک را در پرونده بیمار کنترل می کند.			

۱۱	پرونده بیمار ، عکس ، نوار قلبی ، اکو و آزمایشات که شامل : هماتولوژی ، بیوشیمی ، قند خون ، آزمایش ادرار ، لیپید پروفایل ، تست های انعقادی ، HBS/HIV و گروه خون را کنترل می کند.		
۱۲	اطمینان حاصل می کند بیمار اعضاء مصنوعی و زیور آلات خود را خارج کرده است.		
۱۳	علائم حیاتی و گرفتن داروهای پریمد و گرفتن داروی پلاویکس را قبل از انجام PTCA کنترل می کند.		
۱۴	بیمار را روی تخت آنژیوگرافی قرار می دهد و سرم درمانی را شروع می کند.		
۱۵	بیمار را برای انجام ECG و پرپ کردن آماده می کند ، مجددا پرونده و عکس بیمار را کنترل می کند .		
۱۶	در صورت وجود نکات غیر طبیعی (درآزمایشات ، حساسیت به ید یا داروی خاص و ...) آن را به پزشک گزارش می کند.		
۱۷	وسایل مورد نیاز جهت انجام آنژیوگرافی را آماده می کند .		
۱۸	بیمار را پرپ می کند.		
۱۹	در حین انجام آنژیوگرافی حضور موثر و فعال داشته و گزارشات لازم را به پزشک می دهد .		
۲۰	اقدامات لازم در مواقع اورژانس (واکنش وازووگال ، آریتمی ، حساسیت به ید، تهوع و استفراغ و تنگی نفس و ...) را انجام می دهد.		
۲۱	بعد از برقراری IV و قرار دادن دسیله، هپارین را طبق پروتکل و دستور پزشک به بیمار تزریق می کند.		
۲۲	مرتب با بیمار ارتباط برقرار می کند و حال بیمار را پرسیده و ECG بیمار را کنترل می کند .وضعیت عمومی بیمار را در حین باد کردن بالون یا گذاشتن استنت کنترل می کند.		
۲۳	مشخصات بیمار را که شامل (تشخیص ، شماره پرونده ، کد ، اقدامات پزشکی و پرستاری ، لوازم مصرفی و برگه بیمه و گزارش پرستاری) می باشد را در پرونده بیمار درج می کند.		
۲۴	در انتهای کار جهت دوختن دسیله شریانی داده نخ بخیه در اختیار پزشک قرار داده و پانسمان را روی پای بیمار قرار می دهد.		
۲۵	روی چسب ناحیه دسیله ذکر کند که بیمار دسیله شریانی دارد.		
۲۶	بعد از اتمام کار چست لیدها و رابطها را جدا کرده و بیمار را به برانکار انتقال می دهد.		
۲۷	بیمار را به پرستار آنکال در اتاق ریکاوری تحویل داده و گزارشات لازم را به وی می دهد و روی پرونده و تخت بیمار داشتن دسیله و موفق بودن PTCA جهت اطلاع به دیگر اعضاء تیم بهداشتی را ذکر می کند.		
۲۸	بیمار را به بخش CCU منتقل کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مراقبت های بعد از انجام PTCA در ریکاوری کت

اهداف:

۱- پایش و ارزیابی بیمار از نظر علائم اختلالات دیس ریتمی و همودینامیک و تشخیص زودرس و درمان آن

۲- پایش خونرسانی شریانی به عضو انتهایی و تشخیص اختلالات احتمالی

۳- پایش و بررسی بیمار از نظر وجود علائم پارگی عروق کرونری و یا اسپاسم عروق کرونری و تشخیص و درمان آن

وسایل مورد نیاز:

نیتروگلیسرین زیر زبانی - هپارین وریدی - تجهیزات مانیتورینگ قلبی - وسایل کنترل علائم حیاتی - وسیله ی کمپرس فمورال یا کیسه شن - برانکار.

عامل انجام کار: پرستار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			پس از ورود بیمار به ریکاوری کت با وی ارتباط برقرار می کند و راجع به وجود درد قفسه سینه از وی سوال می کند و به سوالات بیمار درباره نتیجه کار با کمک پزشک پاسخ می دهد.	۱
			در صورت نیاز نیتروگلیسرین زیر زبانی به وی می دهد.	۲
			در صورت دستور پزشک هپارین وریدی تزریق می کند.	۳
			ریتم قلبی و فشار شریانی را پایش می کند.	۴
			علائم حیاتی بیمار را هر ۱۵ دقیقه کنترل می کند.	۵
			نبض های انتهایی عضو مورد نظر را بررسی می کند و عضو را از نظر حس و حرکت و نارسایی شریان ها یا عدم کفایت خونرسانی (تغییر رنگ و درجه حرارت و بی حسی) بررسی می کند.	۶
			پس از خروج دسیله یا شیت توسط پزشک، روی محل سوراخ شدگی شریان با استفاده از وسیله ی کمپرس فمورال و یا کیسه شن فشار وارد می کند.	۷
			در صورتی که مجاز به خروج دسیله یا شیت به مدت ۲۴-۸ ساعت دیگر نباشد (به علت خونریزی از محل ورود کاتتر و	۸

			مشکلات انعقادی) محل ورود کاتتر را مرتباً بررسی می کند.
۹			بیمار را CBR می کند (استراحت مطلق).
۱۰			علائم حیاتی بیمار را مجدداً کنترل می کند.
۱۱			نبض اندام انتهایی، محل سوراخ شدگی شریان و جای گزینی صحیح وسیله ی کمپرس فمور و یا کیسه شن را بررسی می کند.
۱۲			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - زمان و تاریخ ورود بیمار به ریکاوری کت ب- علائم حیاتی و همودینامیک، وجود دیس ریتمی های احتمالی ج- کنترل نبض و حس و حرکت اندام انتهایی د- زمان شروع استفاده از وسیله ی کمپرس فمور یا کیسه شن و کلیه ی بررسی هایی که در طول استفاده از آن ها انجام داده است. م- CBR بودن بیمار ی - زمان تحویل و انتقال به بخش ویژه
۱۳			بیمار را به همراه پرونده به پرستار بخش ویژه تحویل می دهد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت های بعد از عمل PTCA در بخش ویژه

اهداف:

۱- ارائه خدمات مراقبتی ویژه CCU به بیمار در مدت جراحی بعد از عمل PTCA

۲- کاستن از اضطراب بیمار و تأمین آسایش وی.

۳- کمک به بیمار جهت برگشت توانایی های قبل از انجام تکنیک و تثبیت وضع گردش خون و تهویه بیمار

۴- پیش گیری از بروز خونریزی و هماتوم و عفونت در محل ورود کاتتر و در صورت بروز، جلوگیری از پیشرفت آن.

وسایل مورد نیاز:

تجهیزات مانیتورینگ قلبی - وسایل کنترل علائم حیاتی - وسیله کمپرس فمورال یا کیسه شن - محلول

انفوزیون وریدی و ست مربوطه - دستکش استریل - عینک محافظ - پانسمان استریل - بتادین - پنبه -

الکل - گارو - لوله آزمایش

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را از پرستار بخش Cath lab تحویل می گیرد (پس از جابه جایی روی تخت).			
۲	به بیمار توضیح می دهد که در بخش ویژه CCU تحت مراقبت قرار می گیرد.			
۳	بیمار را به دستگاه مانیتور وصل می کند.			
۴	ریتم بیمار را بررسی می کند.			
۵	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند BP و T . P . R			
۶	ناحیه یا محل ورود کاتتر وسیله شریانی را از نظر خونریزی بررسی می کند.			
۷	اندام انتهایی را از نظر نبض، حرارت، و رنگ پوست بررسی می کند و در هر دو پا با هم مقایسه می کند.			
۸	ECG کامل از بیمار می گیرد.			
۹	پزشک را جهت ویزیت بیمار مطلع می کند.			
۱۰	بیمار را به صورت استراحت مطلق مراقبت می کند. به بیمار آموزش می دهد در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد و پای			

			بیمار را که دسیله در آن است بی حرکت نگه دارد (تا وقتی که دسیله دارد).
۱۱			بیمار را ۱-۲ ساعت NPO نگه داشته و سپس در صورت تحمل مایعات را برای وی شروع می کند.
۱۲			علائم حیاتی (فشار خون، نبض و تنفس) را در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و در ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه و ساعت سوم یک ساعته و سپس هر دو ساعت و PRN کنترل می کند.
۱۳			کنترل اندام تحتانی را از نظر نبض، حرارت، رنگ پوست، همانند علائم حیاتی ادامه می دهد.
۱۴			در صورت لزوم کیسه شن یا وسیله ایجاد فشار (ژل های مخصوص) با وزن ۱-۲ Kg برای پیشگیری از خونریزی بر روی محل دسیله شریانی قرار می دهد.
۱۵			محل ورود دسیله را به طور مرتب از نظر بروز خونریزی و هماتوم بررسی می کند و در صورت بروز خونریزی یا هماتوم محل آن را علامت گذاری کرده و به پزشک گزارش می کند.
۱۶			درد قفسه سینه را بررسی می کند و در صورت بروز، آن را به پزشک گزارش می کند و ECG می گیرد و اقدامات لازم را انجام می دهد.
۱۷			نمونه خون در هنگام ورود بیمار به بخش جهت آزمایشات لازم طبق دستور گرفته و به آزمایشگاه ارسال می کند.
۱۸			داروها و سرم های دستور داده شده را برای بیمار آماده و به بیمار وصل می کند.
۱۹			مایعات وریدی و دفعی بیمار را اندازه گیری می کند.
۲۰			در صورت پایدار بودن وضعیت بیمار بعد از ۸-۶ ساعت برای خارج کردن دسیله شریانی توسط پزشک برنامه ریزی می کند.
۲۱			در صورت دریافت هپارین مدتی قبل از کشیدن دسیله طبق دستور پزشک هپارین را قطع می کند.
۲۲			برای خارج کردن دسیله شریانی نمونه خون جهت کنترل PTT از بیمار می گیرد.
۲۳			در صورت مناسب بودن جواب PTT وسایل لازم را برای خارج کردن دسیله آماده می کند (ست پانسمان - بتادین - دستکش - عینک - چسب و ...).
۲۴			در هنگام خارج کردن دسیله به پزشک کمک رسانی می کند و

			وسایل لازم را در اختیار وی قرار می دهد. در هنگام خارج کردن دسیله وضعیت بیمار را بررسی می کند (علایم حیاتی، درد، اضطراب و تهوع، استفراغ، برادیکاردی و وازوواگال ...) و در صورت بروز تغییرات با هماهنگی پزشک اقدام لازم را انجام می دهد.
۲۵			پس از خارج شدن دسیله در صورت لزوم کیسه شن را روی محل می گذارد.
۲۶			پس از خارج شدن دسیله تا زمان بستری بودن بیمار در CCU محل آن را از نظر خونریزی و هماتوم بررسی می کند.
۲۷			تمامی مشاهدات و اقدامات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در کار گذاشتن بالون پمپ داخل آئورت

اهداف:

۱- در بیمارانی که برون ده قلبی پائین داشته و یا قلب ضعیف و ناتوان دارند جهت کمک به عملکرد عضله ی قلب از بالون پمپ داخل آئورت کمک گرفته می شود.

۲- در بیمارانی که نقص بین بطنی حاد دارند نیز از بالون پمپ داخل آئورت جهت کمک به پمپاژ خون از قلب استفاده می شود.

وسایل مورد نیاز:

پنبه و گازهای استریل - محلول بتادین - دستکش استریل - ماسک - گان - کلاه - سرنگ ۱۰ cc - سوزن های شماره ۲۵ و ۲۱ و یک پنجم اینچ - لیدوکائین ۱٪ - کیت جای گذاری بالون داخل آئورتی ، سیم های راهنما، غلاف های دیلاتور، لوله وصل کننده، سیلک ۲-۰ ، سوزن سر کج برنده، سوزن گیر، محلول رقیق هپارین ۱۰۰۰۰ واحد در ۵۰۰ سی سی نرمال سالین، سرنگ ۱۰cc - پماد چند آنتی بیوتیکی - الاستوپلاست ۴ اینچی - هپارین ۵۰۰۰ واحد جهت استفاده وریدی - فلورسکوپ پرتابل - وسیله راندن بالون به داخل آئورت - وسایل مانیتورینگ فشار شریان - وسایل مانیتورینگ PAP - تجهیزات پیس میکر پوستی - داروهای آرام بخش - مانیتور الکتروکاردیوگرام و الکترودهای آن - محلول تزریق داخل وریدی و ست انفوزیون - داروهای ضد درد - میکروست استریل - کاتتر ادراری به جا ماندنی - یورینومتر - دستگاه سنجش گازهای خونی - سواپ بتادین

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط - پرفیوژنیست

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	طبق قوانین واحد درمانی، پرستار یا پرفیوژنیست، ترانسدیوسر فشار را به قسمت خارجی محفظه ی پمپ متصل می کند و مانیتور جریان سنج را تنظیم و آماده به کار می گذارد تا از صحت عملکرد آن مطمئن می شود.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و به او توضیح می دهد که پزشک می خواهد یک لوله ی بالون را در قلب وی کار بگذارد تا به قلب او در پمپاژ بیشتر و راحت تر خون کمک کند.			
۳	مراحل پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد و به وی می گوید که این لوله بعداً به یک محفظه ی بزرگ در کنار تخت وی وصل خواهد شد.			

۴	به بیمار توضیح می دهد که پس از این که قلب وی قدرت کافی به دست آورد بالون را خارج می کند.		
۵	از بیمار یا خانواده وی (قیم) رضایت نامه کتبی دریافت می کند.		
۶	فرم رضایت نامه را به پرونده الصاق می کند.		
۷	خط PAP را از قبل آماده و به بیمار وصل می کند.		
۸	دستگاه مانیتورینگ ECG را از قبل آماده ولیدهای آن را به چست الکترود وصل می کند.		
۹	یک ECG (لید ۲) به عنوان ECG پایه از بیمار می گیرد.		
۱۰	از طریق یک کابل لیدهای ECG مانیتور کنار تخت بیمار را به مانیتور بالون پمپ وصل می کند.		
۱۱	در صورت نیاز یا طبق دستور به بیمار اکسیژن می دهد.		
۱۲	یک خط شریانی و یک خط شریان ریوی و یک رگ محیطی از بیمار می گیرد.		
۱۳	برای بیمار سوند فولی گذاشته و آن را فیکس می کند (جهت اندازه گیری برون ده ادراری و ارزیابی تعادل مایعات و فونکسیون کلیه).		
۱۴	موهای قسمت تحتانی شکم و ناحیه ی اطراف پوبیس را شیو می کند.		
۱۵	نبض محیطی پای بیمار را بررسی می کند و از نظر وجود حس، حرکت، رنگ و درجه حرارت پاها را ارزیابی می کند.		
۱۶	طبق دستور داده شده یک آرام بخش به بیمار تزریق می کند.		
۱۷	هنگامی که پزشک بالون را از راه پوست به شریان فمورال وارد کرده و به سمت آئورت نزولی سینه هدایت می کند و آن را با پوست قسمت داخلی ران فیکس می نماید، IAB را باز می کند.		
۱۸	یک رابط سه راهی و لوله فشار به IAB متصل می کند.		
۱۹	جهت خارج کردن هوا، آسپیره می کند.		
۲۰	سالین هپارینه رقیق انفوزیون می کند.		
۲۱	در محل ورود بالون به شریان فمورال بیمار از پماد آنتی بیوتیک استفاده می کند.		
۲۲	با گاز استریل آن را می پوشاند و با چسب ضد حساسیت فیکس می کند.		
۲۳	هوا را بیرون کشیده و IAB را پر می کند.		
۲۴	مانیتورینگ فشار را به مبدل فشار متصل می کند.		
۲۵	داخل لوله فشار، سالین تزریق می کند.		
۲۶	در صورتی که کار گذاشتن بالون در اتاق عمل یا کت لب انجام شده است، بیمار را به بخش ICU جراحی قلب منتقل می کند.		

۲۷	در صورتی که پروسیجر در بخش انجام شده است وسایل را جمع آوری می کند.		
۲۸	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان انجام پروسیجر ب- نام پزشک انجام دهنده پروسیجر پ- شریان انتخاب شده جهت وارد کردن بالون ت- داروهای آرام بخش تجویز شده ث- مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده ج- میزان تحمل بیمار به انجام پروسیجر، نوع دستگاه بالون پمپ، علائم حیاتی قبل و بعد از انجام پروسیجر چ- دیس ریتمی های احتمالی دیده شده در ECG قبل از انجام پروسیجر و میزان ادرار تخلیه شده و اندازه ی CVP قبل از انجام تکنیک		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در کار گذاشتن بالون پمپ داخل آئورت به روش جراحی

هدف:

در صورت گذاشتن ناموفق بالون پمپ داخل آئورت از طریق پوست از این روش استفاده می‌شود.

وسایل مورد نیاز:

وسایل مورد نیاز برای کمک در کار گذاری بالون پمپ داخل آئورت از طریق پوست - پنبه و گازهای استریل: محلول بتادین - دستکش استریل - ماسک - گان - کلاه - سرنگ ۱۰ cc - سوزن به شماره های مورد نیاز - لیدوکائین - کیت جای گذاری بالون داخل آئورتی شامل (بالون داخل آئورتی IAB - سوزن Potts cournaud) - سیم های راهنما - دیلاتورهای غلاف - لوله وصل کننده - سیلک دو صفر - سوزن سرکچ برنده - سوزن گیر - محلول رقیق هپارین ۱۰۰۰۰ واحد در ۵۰۰ سی سی نرمال سالین - سرنگ ۱۰cc - گازهای استریل - پماد چند آنتی بیوتیکی - الاستوپلاست ۴ اینچی - هپارین ۵۰۰۰ واحد جهت استفاده وریدی - فلورسکوپ پرتابل - وسیله راندن بالون به داخل آئورت - وسایل مانیتورینگ فشار شریان - وسایل مانیتورینگ PAP - تجهیزات پیس میکر خارجی - داروهای آرام بخش - مانیتور الکتروکاردیوگرام و الکترودهای آن - محلول تزریق داخل وریدی و ست انفوزیون - داروهای ضد درد - کاتتر ادراری به جا ماندنی - یورینومتر - دستگاه سنجش گازهای خونی - سواپ یا قطره ی بتادین - پنبه و گازهای استریل - سوزن بخیه - گرفت داکرون

عامل انجام کار: پرستار - پرفیوژنیست

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	طبق قوانین واحد درمانی، پرستار یا پرفیوژنیست، ترانسدیوسر را به قسمت خارجی محفظه ی پمپ متصل می کند و مانیتور جریان سنج را تنظیم و آماده به کار می گذارد تا از صحت عملکرد آن مطمئن شود.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و به او توضیح می دهد که پزشک می‌خواهد یک لوله ی بالون را در قلب وی کار بگذارد تا به قلب او در پمپاژ بیشتر و راحت تر خون کمک کند.			
۳	مراحل پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد و به وی می گوید که این لوله بعداً به یک محفظه‌ی بزرگ در کنار تخت وی وصل خواهد شد.			
۴	به بیمار توضیح می دهد که پس از این که قلب وی قدرت کافی به دست			

			آورد بالون را خارج می می کند.	
۵			از بیمار یا خانواده وی (قیم) رضایت نامه کتبی می گیرد.	
۶			فرم رضایت نامه را به پرونده الصاق می کند.	
۷			خط PAP را از قبل آماده و به بیمار وصل می کند.	
۸			دستگاه مانیتورینگ ECG را از قبل آماده ولیدهای آن را وصل می کند.	
۹			یک ECG (لید ۲) به عنوان ECG پایه از بیمار انجام می دهد.	
۱۰			از طریق یک کابل لیدهای ECG مانیتور تخت بیمار را به مانیتور بالون پمپ وصل می کند.	
۱۱			در صورت نیاز و یا دستور به بیمار اکسیژن می دهد.	
۱۲			یک خط شریانی و یک خط شریان ریوی و یک رگ محیطی از بیمار می گیرد.	
۱۳			کاتتر ادراری باقی ماندنی را به روش صحیح گذاشته و آن را فیکس می کند (جهت اندازه گیری برون ده ادراری و ارزیابی تعادل مایعات و فونکسیون کلیه).	
۱۴			موهای قسمت تحتانی شکم و ناحیه ای اطراف پوبیس را شیو می کند.	
۱۵			نبض محیطی پای بیمار را بررسی می کند و از نظر وجود حس، حرکت، رنگ و درجه حرارت پاها را ارزیابی می کند.	
۱۶			بیمار را روی تخت رادیوسنت قرار می دهد.	
۱۷			بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.	
۱۸			پای بیمار را در حالت آبداکسیون با زاویه ۳۰ درجه از خط وسط قرار می دهد.	
۱۹			نبض های پوپلیته و فمورال و پشت پای را لمس می کند.	
۲۰			پس از وارد کردن بالون به داخل شریان فمورال و هدایت آن به سمت شاخه ی پایین رو شریان توراسیک چپ توسط پزشک و فیکس نمودن آن، IAB را باز می کند.	
۲۱			یک رابط سه راهی و لوله فشار به IAB متصل می کند.	
۲۲			جهت خارج کردن هوا، آسپیره می کند.	
۲۳			سالین هپارینه رقیق انفوزیون می کند.	
۲۴			در محل ورود بالون به شریان فمورال بیمار از پماد چند آنتی بیوتیکی استفاده می کند.	
۲۵			با گاز استریل آن را می پوشاند و با چسب ضد حساسیت فیکس	

			می کند.	
۲۶			هوا را بیرون کشیده و IAB را پر می کند.	
۲۷			مانیتورینگ فشار را به مبدل فشار متصل می کند.	
۲۸			داخل لوله فشار، سالین تزریق می کند.	
۲۹			در صورتی که کار گذاشتن بالون در اتاق عمل یا کت انجام شده است، بیمار را به بخش ICU جراحی قلب منتقل می کند.	
۳۰			در صورتی که پروسیجر در بخش انجام شده است وسایل را جمع آوری می کند.	
۳۱			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان انجام پروسیجر ب- نام پزشک انجام دهنده پروسیجر پ- شریان انتخاب شده جهت وارد کردن بالون ت- داروهای آرام بخش تجویز شده ث- مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده ج- میزان تحمل بیمار به انجام پروسیجر، نوع دستگاه بالون پمپ، علائم حیاتی قبل و بعد از انجام پروسیجر چ- دیس ریتمی های احتمالی دیده شده در ECG قبل از انجام پروسیجر و میزان ادرار تخلیه شده و اندازه ی CVP قبل از انجام تکنیک	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پایش بیماری که تحت درمان با بالون پمپ داخل آئورت می باشد

اهداف:

- ۱- پایش و بررسی پرفیوژن عضله ی قلب بیمار تا زمانی که تحت درمان با بالون پمپ داخل آئورت است
- ۲- بررسی و ارزیابی اثرات درمان با IABP بر عمل و پرفیوژن قلب بیمار

وسایل مورد نیاز:

دستگاه و سیستم کنترل بالون پمپ داخل آئورت و کاتترهای بالون - مانیتور الکتروکاردیوگرام و الکترودهای آن - ست تزریق وریدی - محلول سالین هیپارینه رقیق - ترانسدیوسر و تجهیزات آن - تجهیزات اکسیژن رسانی - دفیبریلاتور و داروهای اورژانسی - ظرف اندازه گیری ادرار - دستگاه سنجش گازهای خونی و تجهیزات مربوط به نمونه گیری شریانی به منظور انجام ABG

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از این که کاتتر بالون پمپ داخل آئورت کار گذاشته و فیکس گردید، محل ورود آن را به روش استریل پانسمان می کند.			
۲	یک عکس سینه جهت اطمینان از جای گذاری صحیح کاتتر بالون از بیمار می گیرد.			
۳	نبض تیبیال خلفی را هر ۱۵ دقیقه یک بار برای یک ساعت اول پس از جای گذاری بالون پمپ کنترل می کند.			
۴	سپس هر یک ساعت نبض تیبیال خلفی را کنترل می کند.			
۵	تا زمانی که بیمار تحت درمان با بالون پمپ داخل آئورت می باشد، هر دو ساعت رنگ، درجه حرارت، حرکت و حس بازوی چپ بیمار را بر اساس اطلاعات پایه قبل از کار گذاشتن بالون ارزیابی می کند.			
۶	در صورت وجود هر یک از علایم فوق و یا فقدان نبض در بازوی چپ به پزشک اطلاع می دهد (ممکن است جای گذاری نا به جا انجام شده باشد).			
۷	برون ده ادراری بیمار را هر یک ساعت اندازه گیری و ثبت می کند.			
۸	هر روز آزمایشات ازت اوره خون و کراتینین بیمار را انجام داده و با اطلاعات پایه مقایسه می کند.			
۹	هر ۴ ساعت یک بار صداهای قلبی را کنترل می کند.			
۱۰	هم زمان با ایجاد تغییر در برنامه ی غذایی بیمار، بیمار را از نظر وجود نفخ و حساسیت شکمی ارزیابی می کند.			
۱۱	هر ۱ تا ۴ ساعت درجه حرارت بیمار را کنترل می کند.			

۱۲	در صورت وجود درجه حرارت بالا فوراً نمونه کشت خون به آزمایشگاه می فرستد.		
۱۳	وجود تب را به پزشک اطلاع می دهد.		
۱۴	از ترشحات محل ورود بالون نمونه تهیه می کند و به آزمایشگاه می فرستد.		
۱۵	بیمار را از نظر وجود خون ریزی بررسی می کند: الف- خون ریزی لثه ب- وجود خون در ادرار یا مدفوع ج- وجود پتشی (لکه های ریز و نقطه های خونی در زیر پوست) د- خون ریزی از محل ورود کاتتر بالون		
۱۶	آزمایش شمارش پلاکت، میزان هموگلوبین و هماتوکریت را به صورت روزانه انجام می دهد.		
۱۷	در صورت نیاز جهت بیمار خون درخواست و ترانسفوزیون می کند (تا جایی که میزان هماتوکریت در سطح ۳۰٪ حفظ شود).		
۱۸	در صورت کاهش تعداد پلاکت ها، پلاکت درخواست و به بیمار انفوزیون می کند.		
۱۹	تا زمانی که بیمار هپارین دریافت می کند، هر ۶ ساعت PTT بیمار را کنترل می کند و میزان آن را در سطح ۱/۵-۲ برابر طبیعی حفظ می کند.		
۲۰	پس از رسیدن میزان PTT به سطح ۲-۱/۵ برابر، تا زمانی که بیمار به بالون پمپ متصل می باشد، هر ۱۲-۲۴ ساعت PTT وی را کنترل می کند.		
۲۱	هر ۱ تا ۲ ساعت طبق دستور، فشار شریان ریوی (PAP) و فشاروج (PAWP) را اندازه گیری می کند.		
۲۲	در صورت بالا رفتن فشار و ج که باعث تاثیر بر پیش بار قلب شده و می تواند علامتی از افزایش فشار بطنی و افزایش فعالیت بطن باشد، پزشک را در جریان قرار می دهد.		
۲۳	برای درمان وضعیت فوق گاهی بعضی بیماران در طول درمان با بالون پمپ نیاز به دریافت نیتروپروساید وریدی دارند، در صورت دستور، نیتروپروساید وریدی را به روش صحیح به بیمار تجویز می کند.		
۲۴	در صورت دستور، نمونه خون شریانی را جهت آنالیز گازهای خون شریانی به آزمایشگاه می فرستد.		
۲۵	به منظور بررسی آب و الکترولیت ها روزانه الکترولیت های خون به خصوص سدیم و پتاسیم را ارزیابی می کند.		
۲۶	به منظور ارزیابی علایم و نشانه های پارگی آنوریسم آئورت، فشار خون بازوی چپ و راست بیمار را به طور جداگانه چندین نوبت کنترل می کند.		
۲۷	در صورت مشاهده هر گونه علایم فشار خون بالا، سنکوپ، رنگ پریدگی، تعریق، دیس پنه، توده ضربان دار در شکم یا پشت، فوراً به پزشک اطلاع می دهد.		

۲۸	در صورتی که سیستم کنترل دچار نقص فنی و وقفه گردید، در عرض کمتر از ۲۰ دقیقه اقدام به جایگزینی یک سیستم کنترل دیگر می‌کند.		
۲۹	در طول زمانی که اقدام به تعویض سیستم می‌کند بالون را به شکل دستی باد می‌کند.		
۳۰	به منظور فوق، داخل یک عدد سرنگ ۶۰ سی سی هوا وارد می‌کند و هر ۵ دقیقه مقدار کمی از هوا را جهت جلوگیری از تشکیل لخته داخل کاتتر بالون وارد می‌کند.		
۳۱	کلیه مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت می‌کند: الف- کلیه ی بررسی‌های خود از علایم حیاتی بیمار از قبیل کنترل نبض، تنبیال هر ۱۵ دقیقه و سپس هر ۱ ساعت ب- وجود هر گونه علایم دال بر عدم وجود نبض در بازوی چپ بیمار پ- پایش برون ده ادرار هر ۱ ساعت و اندازه‌گیری‌های هموگلوبین - هماتوکریت - ازت اوره خون، سدیم، کراتینین و PTT روزانه ت- ارزیابی‌های درجه حرارت هر ۱ ساعت و یا هر ۴ ساعت و در صورت بروز تب، اعلام به پزشک و در صورت انجام کشت خون و کشت ترشحات محل ورود کاتتر، تاریخ و زمان انجام آن ث- انجام PTT هر ۲۴-۱۲ ساعت و درج جواب‌های آن در پرونده ج- اندازه‌ی فشار شریان ریوی (PAP) و فشاروج (PAWP) هر ۱ تا ۲ ساعت چ- در صورت دریافت نیتروپروساید وریدی، دوز، راه تجویز، مقدار قطرات و مراقبت‌ها و احتیاطات حین دریافت ح- در صورت ارسال ABG، ساعت، زمان و دریافت جواب و تفسیر ABG خ- وجود علایم دال بر پارگی آئورت د- در صورت تعویض سیستم کنترل، تاریخ و زمان و علت تعویض		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت های قبل و بعد از بیرون کشیدن کاتتر IABP

هدف:

کنترل وضعیت بیمار

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر خارج کردن بالون پمپ داخل آئورت بررسی می کند.			
۲	در صورت ثبات وضعیت همودینامیک بیمار در پاسخ به جداسازی از دستگاه، جهت خارج کردن کاتتر با هماهنگی پزشک بیمار را آماده می کند.			
۳	انفوزیون هپارین بیمار را حداقل از ۴ ساعت قبل از خارج کردن کاتتر متوقف می کند.			
۴	به دلیل احتمال خونریزی از آماده بودن خون بیمار جهت تزریق اطمینان حاصل می کند.			
۵	از بسته بودن کپسول هلیوم اطمینان حاصل می کند.			
۶	کاتتر را از پمپ جدا کرده و اجازه می دهد کاتتر به هوا تخلیه شود (فشار خون داخل آئورت بیمار سبب می شود تا بالون روی هم بخوابد و برای بیرون کشیدن آماده شود).			
۷	تا ۴ ساعت پس از خروج کاتتر بیمار را در وضعیت درازکش ثابت نگه می دارد و اجازه نمی دهد سرش را بلند و یا عضو مربوطه را خم کند.			
۸	تا ۴ ساعت از فیزیوتراپی بیمار خودداری می کند.			
۹	در مورد حرکت در تخت پس از ۴ ساعت و فعالیت طبیعی بعد از ۸ ساعت به بیمار آموزش می دهد.			
۱۰	یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ: شیف: نام بخش: نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: خارج کردن بالون پمپ داخل آئورت (IABP)

هدف: قطع کمک به پمپاژ قلب و اجازه به قلب جهت پمپاژ خود به خودی

وسایل مورد نیاز: دستگاه و تجهیزات IABP - گاز استریل - ست پانسمان - کیسه شن به وزن ۲/۸ کیلوگرم یا وسیله ی کمپرس فمور (در صورت وجود)

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر خارج کردن بالون پمپ داخل آئورت بررسی می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و به وی می گوید که به علت بازگشت تحمل و قدرت عضله ی قلب به دستور پزشک معالج تصمیم به خروج کاتتر از قلب وی گرفته است و نحوه ی انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۳	دست های خود را می می شوید.			
۴	پس از این که در چند نوبت تعداد دفعات پمپاژ توسط IABP را کاهش داد و همودینامیک بیمار پایدار بود و بیمار جداسازی را تحمل کرد سیستم کنترل را خاموش می کند.			
۵	لوله های رابط را جهت اطمینان از خالی شدن بالون از کاتتر جدا می کند.			
۶	پس از این که پزشک بالون را تا محلی که انتهای فوقانی کاتتر با قسمت تحتانی اینترا دیوسر تماس پیدا کرد بیرون کشید و به زیر محل ورود کاتتر فشار وارد آورده و بالون و اینترا دیوسر را توأم با هم بیرون کشید، چند لحظه اجازه می دهد تا خون جریان داشته باشد (این کار از ایجاد ترومبوز پیشگیری می کند).			
۷	جهت کنترل خون ریزی ناحیه و عدم اختلال خون رسانی به پای بیمار، با فشار مناسب به مدت ۳۰ دقیقه محل خروج کاتتر را فشار می دهد (از کیسه شن به وزن ۲/۸ کیلوگرم می توان استفاده کرد).			
۸	در صورتی که بالون به صورت جراحی کار گذاشته شده است، پس از این که پزشک گرفت داکرون را بست و محل ورود کاتتر را پس از خارج نمودن کاتتر بخیه زد، ناحیه را به روش استریل پانسمان می کند.			
۹	پس از خارج کردن بالون، محل زخم را به روش صحیح کنترل و مراقبت می کند.			
۱۰	نبض تیبیال خلفی و رنگ، درجه حرارت و وجود حس و حرکت بازوی چپ بیمار را ارزیابی می کند.			
۱۱	بیمار را به مدت ۲۴ ساعت استراحت مطلق می کند.			
۱۲	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان خارج کردن بالون ب- میزان خون ریزی و مدت زمان وارد آوردن فشار روی موضع ج - مشکلات پیش آمده حین خارج نمودن بالون و اقدامات انجام شده			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: فلبوتومی

اهداف:

۱- کاهش حجم خون در جریان گردش خون

۲- کاهش تعداد گلبول های قرمز خون در پلی سایتمی

وسایل مورد نیاز:

کیسه ی خون- بر چسب روی کیسه- پنبه ی الکلی- محلول بتادین- تورنیکت- گاز استریل- سرنگ ۵ تا

۱۰ سی سی -لوله ی آزمایش و برچسب روی آن - دستکش

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار هدف و نحوه اجرای این دستور العمل را توضیح می دهد.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	دستکش می پوشد.			
۴	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۵	برچسب های روی کیسه خون و لوله های آزمایش را قبل از خونگیری کنترل می کند.			
۶	وضعیت صحیح (نیمه نشسته) به بیمار می دهد.			
۷	ناحیه بالای آرنج را با محلول بتادین ضد عفونی می کند.			
۸	جهت خونگیری از سیاهرگ، تورنیکت بالای آرنج می بندد.			
۹	سوزن را به کیسه خون وصل می کند.			
۱۰	سوزن را داخل سیاهرگ، کرده و به طور موقت ثابت می کند.			
۱۱	به بیمار آموزش می دهد برای پیشگیری از پاره شدن رگ دست خود را تکان ندهد.			
۱۲	جریان خون خروجی از بیمار به کیسه خون را کنترل می کند.			
۱۳	پس از خونگیری محل سوزن را حدوداً ۳-۲ دقیقه با گاز استریل فشار می دهد.			
۱۴	توصیه می کند بیمار بعد از خونگیری به مدت ۵ دقیقه روی تخت دراز بکشد.			
۱۵	پس از بلند شدن بیمار به وی آب میوه و مایعات می دهد.			
۱۶	توصیه می کند بیمار تایک ساعت از کشیدن سیگار خودداری کند.			
۱۷	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اقدامات قبل از تست تیلت در بخش الکتروفیزیولوژی (E.P.S.lab)

هدف:

ایجاد شرایطی جهت حداکثر بهره برداری از نتیجه ی تست تیلت

وسایل مورد نیاز:

دماسنج سنجش هوای لابراتوار - تخت مخصوص تست تیلت - وسایل رگ گیری محیطی - لباس راحتی - تجهیزات مانیتورینگ قلبی و علایم حیاتی و CPR

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف از این کار و روش عملکرد را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	شرایط سکوت و آرامش را در لابراتوار فراهم می کند.			
۳	مطمئن می شود که درجه حرارت محیط مناسب است.			
۴	از ناشتا بودن بیمار چند ساعت قبل از شروع تست مطمئن می شود.			
۵	در صورت دستور، جهت برطرف نمودن احتمال ایجاد پاسخ مثبت کاذب به جاذبه و جایگزینی مایعات، انفوزیون وریدی را قبل از شروع تست انجام می دهد.			
۶	مطمئن می شود که داروهای بتلابلاکر غیر ضروری بیمار از ۴۸ ساعت قبل قطع شده است.			
۷	لباس راحت به بیمار می پوشانند.			
۸	از او می خواهد مثانه اش را خالی کند.			
۹	درباره ی تاریخچه ی بیماری و مصرف دارو از بیمار سوال می کند.			
۱۰	ترالی اورژانس CPR و دستگاه شوک و نوار را چک می کند (نوار به حدی باشد که بتوان به مدت ۲ دقیقه به طور ممتد از بیمار حین سنکوپ و بعد از آن نوار گرفت).			
۱۱	در صورتی که بیمار خط وریدی ندارد، آن را برقرار می کند.			
۱۲	آپول آتروپین ۱ میلی گرم را در سرنگ کشیده و آماده و در			

			دسترس قرار می دهد.
۱۳			ارتباط خود را با بیمار حفظ کرده و مرحله به مرحله پروسیجر را به وی توضیح می دهد.
۱۴			بیمار را روی تخت به پشت می خواباند طوری که کف پاهای او روی Foot bord قرار بگیرد.
۱۵			با باند حمایتی بدن بیمار را محدود می کند.
۱۶			بیمار را به مانیتور ECG وصل می کند.
۱۷			یک نوار به عنوان اطلاعات پایه از بیمار می گیرد.
۱۸			کاف فشار سنج را به بازوی وی می بندد.
۱۹			علائم حیاتی بیمار را به عنوان اطلاعات پایه ارزیابی می کند.
۲۰			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان شروع تست ب - کلیه ی آموزش های داده شده به بیمار ج - ناشتا بودن و انفوزیون های وریدی ی - قطع داروهای بتابلاکر از ۴۸ ساعت قبل

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انجام تست تیلت جهت بیمار

هدف:

بررسی حملات سنکوپ وازوواگال

وسایل مورد نیاز:

تجهیزات مانیتورینگ ECG - تجهیزات کنترل V.S. - تجهیزات انفوزیون داخل وریدی - تخت تست تیلت -
 کراش کارد CPR - دفیبریلاتور - قرص TNG - آمپول ایزوپرتنول - ادرافونیوم - آدنوزین -
 اپی نفرین

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۲	به مدت ۲۰ دقیقه بیمار را در وضعیت خوابیده قرار می دهد (مرحله استراحت).			
۳	به طور مرتب فشار خون و نبض بیمار را کنترل می کند.			
۴	بیمار را به وضعیت ایستاده در زاویه ۷۰ درجه تغییر وضعیت می دهد.			
۵	۴۵ - ۶۰ دقیقه بیمار را در همان وضعیت نگه می دارد (مرحله غیر فعال).			
۶	فشار خون و نبض بیمار را مانیتور می کند.			
۷	در صورت عدم بروز سنکوپ، TNG به صورت زیر زبانی می دهد یا انفوزیون ایزوپرتنول یا نتیروگلیسرین یا ادرافونیوم یا آدنوزین یا اپی نفرین را شروع می کند (مرحله ی فعال) و ۱۵ دقیقه بیمار را در همان وضعیت نگه می دارد.			
۸	فشار خون و نبض بیمار را مانیتور می کند.			
۹	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان شروع تست تیلت ب - کلیه علایم حیاتی ارزیابی شده از وضعیت خوابیده پ - کلیه علایم حیاتی ارزیابی شده در وضعیت ایستاده از زاویه ۷۰ درجه ت - کلیه علایم حیاتی ارزیابی شده در مرحله ی فعال ث - کلیه ی داروهای انفوزیون شده در مرحله ی فعال و دوز و راه تجویز آن ها			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت های پس از انجام تست تیلت

اهداف:

۱- بررسی بیمار پس از انجام تست منفی یا مثبت

۲- دادن آموزش های مورد نیاز به بیمار با توجه به جواب تست

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
- در صورت مثبت بودن جواب تست				
۱	پس از خاتمه تست بیمار BP و HR را در حدود یک ساعت مانیتور می کند.			
۲	در صورتی که پس از یک ساعت هنوز هم افت BP دارد، مایعات وریدی طبق دستور انفوزیون می کند.			
۳	پس از ثابت شدن علایم حیاتی و همودینامیک بیمار، آموزش های مورد نیاز را قبل از ترخیص به بیمار می دهد.			
۴	به منظور فوق ورزش های cross leg و Tilt-training و پوشیدن جوراب واریس را به بیمار آموزش می دهد.			
۵	به بیمار توصیه می کند که از قرار گرفتن در محیط های شلوغ و وضعیت ایستاده به مدت طولانی بپرهیزد.			
۶	در صورت لزوم و طبق دستور پزشک داروهای بتابلوکر را شروع می کند و طریقه ی مصرف آن را به بیمار آموزش می دهد.			
۷	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و ساعت خاتمه تست ب - کلیه ی کنترل های علایم حیاتی و همودینامیک بیمار ج - کلیه ی آموزش های داده شده بعد از انجام تست			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: جداسازی بیمار از دستگاه IABP

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	۲۴ ساعت پس از جای گذاری بالون پمپ داخل آئورت، جهت کمک به پزشک برای ارزیابی آمادگی بیمار برای جداسازی از دستگاه IABP، فشار خون و فشار وج را کنترل می کند.			
۲	دستور پزشک را مبنی به شروع جداسازی بیمار از دستگاه IABP کنترل می کند.			
۳	همودینامیک بیمار را با کمترین دوز داروهای اینوتروپیک در وضعیت پایدار نگه می دارد.			
۴	جهت شروع جداسازی تعداد دفعات پمپاژ توسط دستگاه را به ۱ به ۲ و ۱ به ۴ کاهش می دهد.			
۵	جهت پیشگیری از تشکیل لخته بیمار را بیشتر از ۲ ساعت روی دستگاه بالون پمپ با سرعت های پایین باقی نمی گذارد.			
۶	طبق پروتکل انتخابی پزشک دفعات پمپاژ دستگاه را تنظیم می کند و اجازه نمی دهد که بیمار به مدت چند ساعت روی این تعداد کم باقی بماند.			
۷	با بررسی علایمی چون کاهش سطح هوشیاری، عدم آگاهی به زمان و مکان، برون ده ادراری پائین تر از ۳۰ سی سی در ساعت، پوست سرد و مرطوب، درد قفسه سینه، دیس ریتمی، تغییرات مربوط به ایسکمی در ECG و بلند شدن موج PAP، میزان تحمل بیمار به جداسازی را بررسی می کند.			
۸	در صورت وجود علایم فوق فوراً به پزشک اطلاع می دهد.			
۹	در صورت عدم وجود علایم فوق به جداسازی تا خارج نمودن کاتتر بالون ادامه می دهد.			
۱۰	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان اقدام به جداسازی ب- علایم حیاتی و همودینامیک بیمار قبل از شروع جداسازی ج- نحوه کاهش تعداد دفعات پمپاژ دستگاه IABP د- علایم دال بر عدم تحمل به جداسازی، ساعت اطلاع به پزشک و ساعت شروع علایم و اقدامات انجام شده.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: کنترل اشباع اکسیژن ورید ژوگولار (Sgv02)

اهداف:

- ۱- بررسی اشباع اکسیژن خونی که مغز را ترک می کند
 - ۲- بررسی اشباع اکسیژن پس از پرفیوژن مغزی
 - ۳- بررسی جریان خون مغز و مقایسه آن با نیاز متابولیکی مغز
- وسایل مورد نیاز:

وارد کردن sgvo2:

حوله استریل - شان استریل - گان - کلاه جراحی - دستکش استریل - ماسک - محلول بتادین برای اسکراب - کاتتر وریدی مرکزی - لیدوکائین ۱٪ تا ۲٪ بدون اپی نفرین - سرنگ ۵ تا ۱۰ سی سی با سر سوزن ۲۳ و ۱۸ - ۵ معرف کاتتر زیر پوستی - ۴ کاتتر sgvo2 فایبر گلاس - اکسی متر با سیم - ۵۰۰ سی سی سرم نرمال سالین (با یا بدون هپارین) - کیسه یا وسیله فشارنده - پانسمان فشاری

خارج کردن sgvo2:

دستکش استریل، ست مخصوص، هموستاز استریل، قیچی استریل، محلول بتادین، پانسمان انسدادی استریل

عامل انجام کار: پزشک و پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
- جای گذاری کاتتر Sgv02				
۱	روش انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	دست ها را می شوید.			
۳	دستکش می پوشد.			
۴	با استفاده از تکنیک استریل، سیم سنجش فشار را پرایم می کند.			
۵	قبل از وارد کردن کاتتر، دستور العمل دستگاه را برای کالیبره کردن آن اجرا می کند.			
۶	سر بیمار را ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا قرار می دهد.			
۷	گردن وی را در وضعیت طبیعی قرار می دهد.			
۸	این روش اغلب توأم با دیگر روش ها نظیر کنترل ICP کاربرد دارد. به همین دلیل ICP اولیه بیمار را ذکر می کند.			
۹	سر بیمار را به سمت دور از محل ورود کاتتر برمی گرداند.			

۱۰	دستکش ها را تعویض نموده و دستکش استریل می پوشد.		
۱۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.		
۱۲	۵ معرف استریل و ۴ کاتتر فایبر گلاس Sgv02 را روی سینی قرار می دهد.		
۱۳	محل ورود کاتتر را با بتادین اسکراب می کند.		
۱۴	شان استریل را روی گردن و سینه قرار می دهد به گونه ای که فقط محل ورود کاتتر مشخص باشد.		
۱۵	به پزشک در جای گذاری کاتتر کمک می کند.		
۱۶	در طی جای گذاری کاتتر، وضعیت عصبی، علایم حیاتی، ICP و وجود درد را بررسی می کند.		
۱۷	محل کاتتر را تمیز کرده و با پانسمان محکم می پوشاند.		
۱۸	برای اطمینان از جای گذاری صحیح کاتتر از X RAY استفاده می کند.		
۱۹	نمونه خونی از ورید ژوگولار تهیه می کند.		
- خارج کردن کاتتر Sgv02			
۱	روش را برای بیمار توضیح می دهد.		
۲	خلوت بیمار را حفظ می کند.		
۳	دست های خود را می شوید.		
۴	وسایل را آماده می کند.		
۵	آلارم را خاموش می کند.		
۶	به بیمار وضعیت مناسب می دهد.		
۷	علایم حیاتی وی را کنترل می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت های پرستاری قبل از EPS و Ablation در بخش

اهداف:

۱- آمادگی و آگاهی بیمار قبل از انجام EPS جهت همکاری بیشتر بیمار با انجام تکنیک که تحت بی حسی موضعی انجام می شود.

۲- پیشگیری و کنترل عوارض احتمالی EPS و کمک به پیشگیری از تشدید عوارض

۳- پیشگیری و کنترل بروز و پیشرفت عفونت در بیمار

وسایل مورد نیاز:

پرونده پزشکی بیمار - برگه ی نتیجه آزمایشات - وسایل شیو - برگه ی نتیجه اکوکاردیوگرافی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را به روش صحیح در بخش بستری می کند.			
۲	با او ارتباط برقرار کرده و هدف و نحوه ی انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۳	مطمئن می شود که از یک هفته ی قبل داروهای آنتی آریتمیک بیمار بنا به دستور پزشک قطع شده باشد (به جز آمیو دارون که باید از یک ماه قبل قطع شده باشد).			
۴	آزمایشات بیمار را از نظر الکترولیت ها، تست های انعقادی، آزمایشات ایمونولوژی، ادرار، گروه خون و درخواست و انجام می دهد.			
۵	جواب آزمایشات را پیگیری و بررسی می کند.			
۶	اکوکاردیوگرافی را طبق دستور پزشک درخواست و انجام آن را پیگیری می کند.			
۷	بیمار را تشویق می کند که شب قبل از انجام EPS استحمام کند.			
۸	ناحیه فمور و کشاله ران را در خانم ها و ناحیه فمور و کشاله ران و قسمت جلو و پشت سینه را در آقایان شیو می کند.			
۹	در مورد چگونگی انجام پروسیجر، ورود به بخش الکترو فیزیولوژی، اتصال به دستگاه های الکتروفیزیولوژی و پالس اکسی متری، مانیتورینگ، دستگاه شوک اکسترنال، بی حسی ناحیه			

			فموربا استفاده از بی حس کننده های موضعی و رگ گیری از ناحیه و ایجاد تپش توسط دستگاه در حین انجام پروسیجر، گاهاً احساس گر گرفتگی در حین تجویز داروهایی که جهت بررسی استفاده می شوند و به بیمار کاملاً و با حوصله توضیح می دهد.
۱۰			در صورت امکان کتابچه ی راهنما و آموزش در رابطه با الکتروفیزیولوژی به بیمار می دهد تا مطالعه کند.
۱۱			از نیمه شب قبل از انجام EPS بیمار را ناشتا نگه می دارد.
۱۲			در صورتی که EPS نوبت دوم باشد، به بیمار توضیح می دهد که می تواند تا دو ساعت قبل از انجام پروسیجر صبحانه سبک میل کند.
۱۳			مطمئن می شود که آسپرین را از یک هفته ی قبل و وارفارین را ۴-۳ روز قبل قطع کرده است.
۱۴			هپارین را از ۶ ساعت قبل و هپارین LMN را از ۲۴ ساعت قبل قطع می کند.
۱۵			کلیه یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان بستری شدن بیمار ب- کلیه ی آموزش های داده شده به بیمار پ- زمان قطع شدن داروهای آنتی آریتمیک و نوع داروهایی که قبلاً مصرف کرده است. ت- کلیه ی آزمایشات انجام شده و جواب آن ها ث- تاریخ و زمان انجام اکوکاردیوگرافی و جواب آن ج- شیو و ناشتا بودن بیمار
۱۶			بیمار را همراه با پرونده ی پزشکی به بخش EPS منتقل می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت های پرستاری و آمادگی ها در مطالعه الکتروفیزیولوژی قلب در بخش الکتروفیزیولوژی (E.P.S.lab)

اهداف:

۱- مطالعات الکتروفیزیولوژی تشخیصی به منظور کشف دیس ریتمی یا مکانیسم الکتروفیزیولوژیک یک دیس ریتمی شناخته شده انجام می شود.

۲- مطالعات الکتروفیزیولوژی مداخله ای یا درمانی جهت درمان دیس ریتمی های بطنی و فوق بطنی انجام می شوند.

۳- تأیید تشخیص تاکی کاردی های با کمپلکس QRS پهن

وسایل مورد نیاز:

دستگاه الکتروفیزیولوژی - داروهای مورد استفاده در EPS (آدنوزین، پروکائین آمید، ایزوپرل و ...) - ست استریل ۱۷ عددی - تیغ بیستوری - آنژیوکت نارنجی - سرنگ ۱۰ و ۲۰ سی سی - بتادین - گاز استریل - لیدوکائین - سه عدد کانتیر - سیم های رابط استریل - گان - دستکش استریل - سه عدد دسیله شماره ۶ - مایع هپارینه - تجهیزات اکسیژن رسانی - تجهیزات احیاء و کراش کارت CPR - پالس اکسی متر - تجهیزات مانیتورینگ قلبی - دستگاه شوک اکسترنال

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
مراقبت ها و آمادگی ها در بخش الکتروفیزیولوژی (E.P.S.lab)				
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف و نحوه ی انجام کار را به وی توضیح می دهد و راجع به محیط بخش EPS با وی صحبت می کند.			
۲	بیمار را به روش صحیح از پرستار بخش تحویل می گیرد.			
۳	مطمئن می شود که از یک هفته ی قبل داروهای آنتی آریتمیک بیمار بنا به دستور پزشک قطع شده باشد.			
۴	از دادن پریمد خودداری می کند.			
۵	جواب آزمایشات بیمار را بررسی می کند.			
۶	جواب اکوکاردیوگرافی را ارزیابی می کند.			
۷	مطمئن می شود که آسپرین را از یک هفته ی قبل، وارفارین را ۴-۳ روز قبل، هپارین را از ۶ ساعت قبل و هپارین LMN را از ۲۴			

			ساعت قبل قطع کرده است.	
۸			آموزش های مورد نیاز را نسبت به محیط بخش و دستگاه های موجود در بخش و نحوه ی کار آن ها و این که به علت استفاده از داروی بی حسی موضعی احساس بی حسی در ناحیه ی فمورال دارد و این که ایجاد احساس تپش قلب اساس کار مطالعه الکتروفیزیولوژی است و گاهی ممکن است احساس گرفتگی کند به بیمار می دهد.	
۹			به سوالات احتمالی بیمار پاسخ می دهد.	
۱۰			به بیمار اطمینان می دهد که در تمام مدت انجام پروسیجر در کنار وی باقی می ماند.	
۱۱			رگ محیطی بیمار را بررسی می کند و از عملکرد صحیح آن مطمئن می شود.	
۱۲			لوله رابط بلند (لوله K) و سه راهی را جهت تزریق داروهای EPS دور از محیط استریل در محل مخصوص خود وصل می کند.	
۱۳			لیدهای قلبی را در محل مخصوص خود روی سینه ی بیمار می چسباند.	
۱۴			لیدهای اندامی را در محل صحیح خود قرار می دهد.	
۱۵			دستگاه ECG را آماده به کار قرار می دهد.	
۱۶			دستگاه پالس اکسی متری را روشن می کند و پروب آن را به بیمار وصل می کند.	
۱۷			علایم حیاتی بیمار را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.	
۱۸			دستگاه شوک اکسترنال را بررسی و آماده به کار می گذارد.	
۱۹			کراش کارت CPR و وسایل احیاء را آماده و در دسترس قرار می دهد.	
۲۰			وسایل اینتوباسیون را در دسترس قرار می دهد.	
۲۱			بیمار را به دستگاه شبیه ساز و الکتروفیزیولوژی وصل می کند.	
۲۲			ناحیه فمور و کشاله ران بیمار را پرپ و درپ می کند.	
۲۳			شان های استریل را طوری روی بیمار پهن می کند که فقط ناحیه فمور در دسترس پزشک باشد.	
۲۴			میزکار را جهت کار پزشک با رعایت کامل نکات استریل آماده می کند.	
مراقبت های پرستاری و آمادگی در حین انجام EPS و Ablation				
۱			طبق دستور پزشک داروهایی که جهت مطالعه الکتروفیزیولوژی مورد نیاز	

			می باشد را انفوزیون می کند.
۲			سیگنال های الکتریکی داخلی قلبی و سطحی را که خود به خود و ناشی از پیس می باشد ارزیابی می کند.
۳			زمان و توالی طبیعی فعالیت الکتریکی قلب را در طی ریتم طبیعی یا پایه مشاهده و اندازه گیری می کند.
۴			پس از قرار دادن کاتترها در محل های مناسب و اتصال آن ها به تجهیزات ثبت فیزیولوژیک physiologic recording (facilities)، فواصل پایه را هم از روی الکتروکاردیوگرام ۱۲ لیدی (ECG) و هم الکتروکاردیوگرام داخلی قلب اندازه گیری می کند.
۵			پس از ثبت نگاره های پایه (Baseline tracings)، تکنیک های پیس پایه برای ارزیابی سیستم هدایتی الکتریکی بیمار را به کار می برد.
۶			دوره تحریک ناپذیری (Refractory period) دهلیز، گره دهلیزی بطنی و بطن را ثبت می کند.
۷			وجود هدایت معکوس یا بطنی - دهلیزی و نیز توالی فعالیت الکتریکی معکوس را مورد بررسی قرار می دهد.
۸			در حین اعمال تحریک زودرس (Extra stimulus) به دهلیز یا بطن آریتمی های ایجاد شده را ثبت می کند
۹			در صورت نیاز و تجویز پزشک، ایزوپروترونول یا پروکائین آمید و آدنوزین و وریدی را برای کمک به ایجاد آریتمی ها یا آشکار کردن مسیر فرعی یا هدایت از مسیر آهسته گره دهلیزی بطنی مورد استفاده قرار می دهد.
۱۰			ارتباط خود را با بیمار حفظ می کند و به وی توضیح می دهد که ایجاد آریتمی و احساس تپش قلب اغلب یکی از اهداف اصلی مطالعه الکتروفیزیولوژی است.
۱۱			در صورت بروز فیبریلاسیون بطنی یا تاکی کاردی بطنی سریع همراه با همودینامیک ناپایدار، قبل از اقدام به ختم آریتمی، وجود آریتمی را با نوار قلب ۱۲ لیدی (ECG) تأیید می کند.
۱۲			در صورتی که تاکی کاردی خود به خود قطع نشود و نیاز به پیس آنتی تاکی کاردی باشد توسط استیمولاتور آریتمی را قطع می کند.
۱۳			در صورتی که نیاز به استفاده از کاردیوورژن یا دفیبریلاسیون باشد، آن را به روش صحیح انجام می دهد.
۱۴			اگر بیمار در طی آریتمی بطنی از نظر همودینامیک پایدار باشد و

			ابلیشن مد نظر باشد، منشأ آریتمی را نقشه برداری می کند.	
۱۵			نگاره ها را در محل های مختلف قلب ثبت می کند.	
۱۶			نگاره های ثبت شده را با سیگنال رفرانس در لید ECG سطحی یا الکتروگرام داخلی قلبی پایدار مقایسه می کند.	
مراقبت های پرستاری پس از انجام EPS و Ablation				
۱			پس از اتمام مطالعه در پاسخ سوال بیمار به نتیجه مطالعه، ارتباط او را به طور مستقیم با پزشک مربوطه برقرار می کند و اجازه می دهد که پزشک توضیح کامل در مورد نتیجه مطالعه به وی بدهد.	
۲			بیمار را از دستگاه جدا می کند.	
۳			کمپرس فمور را به روش صحیح انجام می دهد.	
۴			به بیمار توضیح می دهد که تکان نخورد و وضعیت خود را عوض نکند.	
۵			به بیمار توضیح می دهد که باید ۴ ساعت بی حرکت استراحت کند.	
۶			به بیمار توضیح می دهد که تا یک ساعت بعد از انجام پروسیجر ناشتا باقی بماند.	
۷			بیمار را روی برانکارد از اتاق EPS خارج می کند.	
۸			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- کلیه ی اطلاعات پایه از علایم حیاتی و نوار قلب و ریتم قلبی بیمار ب- تاریخ و زمان و طول زمان انجام پروسیجر پ- کلیه ی آریتمی های احتمالی دیده شده در ECG یا الکتروکاردیوگرام داخلی قلب در حین انجام مطالعه ت- کلیه داروها، مقدار، راه تجویز و مایعات انفوزیون شده ث- کلیه ی نگاره های تعیین شده در قسمت های مختلف قلب ج- در صورت استفاده از پیس آنتی تاکی کاردی یا کاردیوورژن یا دفیبریلاسیون، نحوه و زمان استفاده از آن	
۹			بیمار و پرونده اش را به پرستار بخش تحویل می دهد.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مراقبت های پرستاری پس از انجام EPS و Ablation در بخش

اهداف:

۱- پیشگیری از بروز هماتوم و خونریزی از محل ورود کاتتر

۲- پیشگیری و کنترل عفونت در بیمار

۳- پیشگیری از بروز ترومبوآمبولی

۴- کنترل و درمان آریتمی های احتمالی

۵- دادن آموزش های مورد نیاز به بیمار

وسایل مورد نیاز:

کیسه شن - وسایل انفوزیون داخل وریدی - دستگاه ECG و مانیتورینگ قلبی - هپارین و آسپیرین -

پرونده ی پزشکی بیمار

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را به همراه پرونده از پرستار بخش EPS تحویل می گیرد.			
۲	شرح حال مختصری از وقایع پیش آمده در حین EPS و آریتمی های احتمالی و تشخیص و نتیجه ی EPS را از پرستار بخش EPS می گیرد.			
۳	با بیمار ارتباط برقرار می کند و به وی توضیح می دهد که در صورت وجود درد فوراً اطلاع دهد.			
۴	بیمار را به مدت ۴ ساعت در تخت استراحت می دهد.			
۵	تا یک ساعت کیسه شن را روی شریان فمور بیمار قرار می دهد.			
۶	ناحیه فمور را از نظر هماتوم و خونریزی کنترل می کند.			
۷	در صورت عدم وجود تهوع یک تا دو ساعت بعد از انجام EPS مایعات را برای بیمار شروع می کند.			
۸	در صورت بروز تپش قلب یا درد قلبی بیمار از او ECG می گیرد و به پزشک اطلاع می دهد.			
۹	۴ ساعت بعد جهت جلوگیری از ترومبوز وریدی بیمار را از بستر خارج می کند.			
۱۰	۱۲ ساعت بعد هپارین را طبق دستور پزشک شروع می کند.			

۱۱	صبح روز بعد یک ECG از بیمار می گیرد.		
۱۲	از روز بعد آسپیرین را شروع می کند.		
۱۳	به بیمار توضیح می دهد که پس از ترخیص و در منزل در صورت بروز تپش قلب و آریتمی به پزشک مراجعه کند.		
۱۴	به وی توضیح می دهد که برای پروسیجرهای بعدی مثل تست تیلت، تعبیه ICD و یا پیس دائم که بستگی به نتیجه EPS دارد آماده باشد.		
۱۵	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان ورود بیمار به بخش ب- نتیجه ی مطالعه الکتروفیزیولوژی پ- مدت زمان استراحت مطلق و ناشتا بودن بیمار ت- زمان خروج از بستر و زمان شروع هپارین و آسپیرین ث- ECG های انجام شده ج- آموزش های داده شده به بیمار		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مراقبت های پرستاری در تعبیه ICD و پیس میکر در بخش

اهداف:

۱- آموزش آمادگی های مورد نیاز جهت تعبیه ICD به بیمار و جلب همکاری وی

۲- پیشگیری و کنترل عوارض احتمالی

۳- پیشگیری و کنترل عفونت

وسایل مورد نیاز:

پرونده ی پزشکی بیمار - برگه ی نتیجه آزمایشات و اکوکاردیوگرافی - داروهای دستور داده شده -

وسایل شیو - تجهیزات کنترل علایم حیاتی - دستگاه ECG

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
مراقبت ها و آمادگی های قبل از تعبیه ICD و پیس میکر				
۱	بیمار را در بخش بستری می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و اطلاعات مورد نیاز را به وی می دهد و ضرورت تعبیه پیس میکر و ICD را به وی توضیح می دهد.			
۳	آزمایشاتی چون FBS، PT و PTT برای بیمار درخواست و انجام آن را پیگیری می کند.			
۴	۴۸ ساعت قبل از تعبیه ICD و پیس میکر داروهایی چون آسپرین، هپارین، کمادین، و سایر آنتی کوآگولانت ها را قطع می کند.			
۵	تعبیه پیس میکر موقت قبل از تعبیه پیس میکر دائم ضروری می باشد.			
۶	قفسه سینه بیمار را شیو و تمیز می کند (به خصوص در آقایان).			
۷	به عنوان اطلاعات پایه از بیمار ECG می گیرد.			
۸	بیمار را حداقل از ساعت ۱۲ شب قبل ناشتا نگه می دارد.			
۹	علایم حیاتی بیمار را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.			
۱۰	دندان مصنوعی، لنز و ... را خارج می کند.			
۱۱	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند.			
۱۲	بیمار را با پرونده به بخش EPS منتقل می کند.			
مراقبت های پس از تعبیه ICD و پیس میکر				
۱۳	بیمار را همراه پرونده از پرستار بخش EPS تحویل می گیرد.			

۱۴	با وی ارتباط برقرار می کند و به سوالات وی پاسخ می دهد.		
۱۵	پانسمان محل زخم را از نظر رخدادهای هماتوم، عفونت و ... بررسی می کند.		
۱۶	کیسه شن را در محل تعبیه ICD و پیس میکر به مدت ۲۴ ساعت حفظ می کند.		
۱۷	۴۸ ساعت بعد از تعبیه ICD جهت پانسمان، محل تعبیه را با محلول های ضد عفونی کننده شست و شو داده و پانسمان می کند.		
۱۸	به آنتی بیوتیک درمانی طبق دستور پزشک ادامه می دهد.		
۱۹	احتیاطات مربوط به مراقبت از محل تعبیه ICD و پیس میکر را تا زمان التیام زخم، به بیمار آموزش می دهد.		
۲۰	به بیمار توضیح می دهد که به مدت ۲ هفته و تا زمان خارج کردن بخیه ها محل زخم را تمیز و خشک نگه دارد.		
۲۱	به او توضیح می دهد که پس از خارج سازی بخیه ها استحمام کامل انجام دهد.		
۲۲	همچنین به وی می گوید که در صورت بروز هر گونه علامتی مانند حساسیت، درد، تورم و گرمی در موضع (در مورد بیماران ICD، در صورت احساس شوک) سریعاً به پزشک اطلاع دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: مراقبت های پرستاری در تعبیه پیس میکرهای قلبی و ICD در بخش الکتروفیزیولوژی

اهداف:

- ۱- بالا بردن کیفیت زندگی، طول عمر و ظرفیت کار کردن بیماران مبتلا به انواع آریتمی ها
- ۲- پیشگیری و کاهش مرگ و میر و مورییدته مبتلایان به انواع آریتمی ها
- ۳- درمان برادی کاردی ها و بلوک های قلبی
- ۴- تلاش در جهت بهبود وضعیت همودینامیک بیماران
- ۵- درمان انتخابی مرگ ناگهانی نافرجام و آریتمی های بطنی پایدار در غیاب انفارکتوس میوکارد یا علل برگشت پذیر
- ۶- کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان
- ۷- کاهش هزینه ها نسبت به تعبیه نوع اپی کاردیال آن
- ۸- درمان تاشیکاردی و فیبریلاسیون بطنی

وسایل مورد نیاز:

تجهیزات کنترل علایم حیاتی - کراش کارت CPR - وسایل احیاء - وسایل رگ گیری محیطی - آنتی بیوتیک دستور داده شده - میز مخصوص تعبیه ICD و پیس میکر - ست تعبیه ICD و پیس میکر - دستگاه ECG - پالس اکسی متری - وسایل تزریق داخل وریدی - دستگاه پروگرام

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط (گروه خاصی از پرستاران که این دوره را طی کرده اند و حداقل ۶ ماه باید در این بخش کار کرده باشند و آگاهی کامل از انواع آریتمی ها و بلوک های قلبی داشته و به روش های درمانی آریتمی ها آگاه باشند. با کارکرد دستگاه های پروگرامر و انواع لیدها و ژنراتورها آشنایی کامل داشته باشند.

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
قبل از تعبیه پیس میکرهای دائمی و ICD در بخش الکتروفیزیولوژی (Eplab)				
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و اطلاعات مورد نیاز را به وی می دهد و ضرورت تعبیه پیس میکر و ICD را جهت کاهش اضطراب بیمار به وی و خانواده اش توضیح می دهد.			
۲	بیمار را همراه با پرونده از پرستار بخش تحویل می گیرد.			
۳	جواب آزمایشاتی مانند PT، FBS، PTT را بررسی می کند.			
۴	مطمئن می شود که بیمار داروهایی مثل آسپرین، هپارین، کمادین و			

			سایر آنتی کوآگلانت ها را حداقل ۴۸ ساعت قبل از تعبیه ICD و پیس میکر قطع کرده است.
۵			مطمئن می شود که قفسه سینه بیمار شیو شده و تمیز است (به خصوص در آقایان).
۶			مطمئن می شود که بیمار حداقل از ساعت ۱۲ شب قبل ناشتا است.
۷			علائم حیاتی بیمار را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.
۸			از هر دو دست بیمار رگ محیطی مناسب می گیرد.
۹			آنتی بیوتیک مناسب را طبق دستور پزشک تزریق می کند.
۱۰			میز مخصوص کار را آماده می کند.
۱۱			ست مخصوص تعبیه پیس میکر یا ICD را باز می کند.
۱۲			اطمینان پیدا می کند که بیمار دندان مصنوعی و... نداشته باشد. در مورد بیماران کاندیدای PPM، باید پیس میکر موقت داشته باشد.
۱۳			ECG و اکسی متری بیمار را پایش می کند.
- مراقبت های حین تعبیه ICD و پیس میکر دائمی در بخش الکتروفیزیولوژی (Eplab)			
۱			انفوزیون مایعات وریدی را طبق دستور آغاز می کند.
۲			اینداکشن داروهای بی هوشی را طبق پروتکل تعیین شده انجام می دهد.
۳			در صورتی که بیمار در حین تعبیه ICD دچار آریتمی قلبی تهدید کننده ی حیات مانند VF و VT سریع شد، از دفیبریلاسیون خارجی قلب استفاده می کند.
۴			آزمایشات تعیین آستانه پیس و حس سیگنال (Pacing and sensing threshold) را از طریق دستگاه PSA انجام می دهد.
۵			تمام مدت تعبیه ICD یا پیس میکر بر بالین بیمار حضور دارد و مراحل کاری تعبیه پیس میکر یا ICD را برای وی توضیح می دهد.
۶			بروز عوارض احتمالی را به موقع تشخیص داده و اطلاع می دهد.
- مراقبت های بعد از تعبیه پیس میکرهای دائمی و ICD در بخش الکتروفیزیولوژی			
۱			دستورالعمل های خاص را برای مراقبت های بعدی به بیمار آموزش می دهد.
۲			احتیاطات و مراقبت های مربوط به دستگاه را به بیمار گوشزد می کند.
۳			به بیمار می گوید که تا ۴۸ ساعت اندام فوقانی سمت تعبیه دستگاه را بی حرکت نگه دارد.

۴	به وی می گوید تا دو ماه از بالا بردن دست ها تا بالای شانه خودداری کند.		
۵	همچنین به وی توضیح می دهد که از وارد آوردن فشار مستقیم به روی پیس میکر یا ICD مانند خوابیدن روی آن یا فشار آوردن بر آن خودداری کند.		
۶	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان ورود بیمار به بخش ب- علائم حیاتی و اکسی متری های اندازه گیری شده پ- کلیه ی داروها و انفوزیون های وریدی، مقدار و راه تجویز داروها ت- آزمایشات تعیین آستانه پیس و حس سیگنال و کلیه ی آریتمی های احتمالی ث- کلیه ی مشاهدات پیش آمده و اقدامات انجام شده		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: استفاده از وسایل کمکی به بطن قلب بیماران (VAD)

اهداف:

- ۱- کمک به درمان قلب نارسا
- ۲- در بیماران با انفارکتوس میوکارد وسیع
- ۳- در کاردیومیوپاتی غیر قابل برگشت، میوکاردیت حاد
- ۴- در زمانی که بیمار قادر به جداسازی از دستگاه CPB نمی باشد
- ۵- در بیماری های دریچه ای و یا اندوکاردیت باکتریایی
- ۶- کسانی که پیوند قلب پس زده دارند
- ۷- کسانی که منتظر پیوند قلب می باشند
- ۸- افزایش طول عمر بیماران دچار نارسایی قلبی

وسایل مورد نیاز:

چون این تکنیک در اتاق عمل جراحی قلب انجام می شود، تمام تجهیزات مورد نیاز در اتاق عمل جراحی قلب مورد نیاز است.

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
مراقبت های قبل از تعبیه VAD				
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و به او توضیح می دهد که پس از این عمل محدودیت دریافت غذا و مایعات دارد.			
۲	به او می گوید که مرتباً عمل قلب وی پایش خواهد شد.			
۳	یک ECG از بیمار می گیرد.			
۴	در گذاشتن کاتتر شریان ریوی کمک می کند.			
۵	در برقراری خط شریانی کمک می کند.			
۶	به بیمار دلداری و اطمینان می دهد.			
۷	رضایت نامه ی عمل را به صورت کتبی از وی دریافت می کند.			
۸	در صورتی که وقت اجازه می دهد قفسه ی سینه بیمار را شیو می کند و با محلول ضد عفونی کننده، ضد عفونی می کند.			
۹	بیمار را با پرونده به اتاق عمل می فرستد.			

۱۰	کلیه مشاهدات، یافته ها و اقدامات انجام شده را ثبت می کند.		
مراقبت های پس از تعییه VAD			
۱۱	زمانی که بیمار از اتاق عمل برگشت، طبق دستور پزشک مسکن تزریق می کند.		
۱۲	علائم حیاتی و I/O بیمار را به طور مرتب پایش می کند.		
۱۳	مراقب است که بیمار خود را اکستویب نکند.		
۱۴	بیمار را از نظر جداسازی از VAD پایش می کند.		
۱۵	در صورت لزوم با وسایل محدود کننده ی نرم او را محدود می کند.		
۱۶	فشار شریان ریوی را پایش می کند.		
۱۷	اگر وی مسئول تهیه تنظیمات پمپ است، برون ده قلبی را ۵-۸ لیتر در دقیقه، فشار ورید مرکزی را در ۱۶-۸ میلی متر جیوه، فشار وج را در ۲۰-۱۰ میلی متر جیوه، فشار اصلی شریانی را بیش از ۶۰ میلی متر جیوه و فشار دهلیز چپ را بین ۴ تا ۱۲ میلی متر جیوه حفظ می کند.		
۱۸	بیمار را از نظر علائم پرفیوژن ضعیف از قبیل آریتمی، افت فشار خون، تاخیر در پر خون شدن مویرگ ها، پوست سرد، اولیگوری یا بی ادراری، کاهش سطح هوشیاری، عصبانیت و بی خوابی بررسی می کند.		
۱۹	طبق دستور پزشک هپارین تجویز می کند (جهت پیشگیری از ایجاد لخته در پمپ و تشکیل ترومبوز).		
۲۰	از نظر وجود خونریزی به خصوص از ناحیه ی عمل بیمار را کنترل می کند.		
۲۱	آزمایشات خون (CBC و تست های انعقادی) را درخواست و انجام آن را پیگیری می کند.		
۲۲	محل انسزیون و محل ورود کانولا را از نظر علائم وجود عفونت بررسی می کند.		
۲۳	هر ۴ ساعت درجه حرارت بیمار را از راه مقعد یا دهان کنترل می کند.		
۲۴	CBC روزانه را چک می کند.		
۲۵	پانسمان محل ورود کانولا را روزانه تعویض می کند یا طبق دستور عمل می کند.		
۲۶	مراقبت های حمایتی از قبیل تمرین دامنه حرکات را جهت وی		

			انجام می دهد.	
			مراقبت از دهان را در بیمار انجام می دهد.	۲۷
			مراقبت از پوست را انجام می دهد.	۲۸
			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان وارد کردن VAD ب- کلیه اقدامات انجام شده قبلی روی دستگاه VAD پ- مشخصات تنظیم شده VAD ت- مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده	۲۹

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: شوک سینکرونایز

اهداف:

- ۱- جهت درمان تاکی آریتمی ها
 - ۲- درمان انتخابی آریتمی هایی که به ماساژ واگال یا داروها پاسخ نمی دهند مانند تاکی کاردی دهلیزی - فلوتر دهلیزی - فیبریلاسیون دهلیزی - تاکی کاردی بطنی علامت دار
 - ۳- درمان تاکی کاردی پروکسیمال پایدار و تاکی کاردی فوق بطنی پروکسیمال ناپایدار
- وسایل مورد نیاز:

دستگاه کاردیوورژن - دفیبریلاتور - پدهای تماسی متوسط - پدال های جلوی قلبی، پشتی و یا متغیر - دستگاه ECG ۱۲ لیدی همراه با ثبت کننده - تجهیزات اکسیژن رسانی - ایروی - آمبوبگ احیاء - تجهیزات پیس اورژانس - کراش کارت CPR - کاف فشار سنج اتوماتیک (در صورت موجود نبودن کاف فشار سنج دستی) - دستگاه پالس اکسی متری

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۲	رضایت نامه ی کتبی از بیمار یا بستگان درجه اول (قیم) وی می گیرد.			
۳	بررسی های قبل از انجام پروسیجر را مجدداً چک می کند و مطمئن می شود که پزشک پس از بررسی های مورد نیاز تصمیم به انجام شوک سینکرونایز گرفته است.			
۴	۶ تا ۱۲ ساعت قبل از انجام پروسیجر بیمار را NPO نگه می دارد.			
۵	پزشک داخلی قلب و پزشک بیهوشی را بر بالین بیمار می خواهد.			
۶	ECG ۱۲ لیدی را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.			
۷	برای تجویز داروهای قلبی قبل از انجام پروسیجر ، یک رگ محیطی از بیمار می گیرد.			
۸	بیمار را به دستگاه پالس اکسی متر وصل می کند.			
۹	کاف فشار سنج را به بازوی وی می بندد.			

۱۰	قبل از انجام پروسیجر ۱۰-۵ دقیقه به بیمار اکسیژن می دهد.		
۱۱	در صورتی که بیمار پروتزه های دندانانی دارد، بررسی می کند که دندان هایش در محل اصلی خود قرار داشته باشد و اگر محکم نیست گذاشتن ایلروی را به روش صحیح و با دقت بیشتری انجام می دهد.		
۱۲	وسایلی که باعث انسداد راه هوایی می شوند از قبیل دندان مصنوعی و... را خارج می کند،		
۱۳	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.		
۱۴	علائم حیاتی، سطح هوشیاری، ریتم قلبی و نبض های محیطی بیمار را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.		
۱۵	از سلامت تجهیزات اکسیژن رسانی اطمینان حاصل می کند (جهت پیشگیری از بروز احتراق).		
۱۶	ترالی اورژانس را در کنار تخت بیمار قرار می دهد.		
۱۷	طبق دستور پزشک یک آرام بخش تزریق می کند.		
۱۸	فشار خون و تنفس بیمار را پایش می کند.		
۱۹	کلید Power روی دفیبریلاتور را روشن می کند.		
۲۰	سپس کلید Sync روی دستگاه را روشن می کند تا دستگاه کمپلکس QRS بیمار را تشخیص دهد.		
۲۱	مطمئن می شود که کلید Sync با هر کمپلکس QRS بیمار چشمک می زند.		
۲۲	به یک نور سبز رنگ چشمک زن روی مانیتور توجه می کند.		
۲۳	مقدار انرژی دستور داده شده را از روی کلید انتخاب انرژی طبق پروتکل ACLS تعیین می کند.		
۲۴	پدال ها را از دستگاه جدا می کند.		
۲۵	آن ها را به همان روش آماده سازی دفیبریلاسیون آماده می کند.		
۲۶	پدهای ژله ای تماسی، یا ژل را روی پدال ها گذاشته و در همان نقاطی که برای دفیبریلاسیون گذارند، قرار می دهد.		
۲۷	مطمئن می شود که همه از تخت بیمار فاصله داشته باشند.		
۲۸	کلید discharge را فشار می دهد.		
۲۹	پدال ها را در جای خود نگه می دارد و منتظر می ماند تا انرژی تخلیه شود (دستگاه خودش کمپلکس QRS را تشخیص داده و انرژی را روی آن تخلیه می کند).		
۳۰	موج روی مانیتور را بررسی می کند.		

۳۱	در صورتی که آریتمی برگشت کند، پروسیجر را ۲ تا ۳ بار به فاصله ۳ دقیقه تکرار می کند.		
۳۲	میزان سطح انرژی را در هر بار شوک دادن افزایش می دهد (طبق نظر پزشک).		
۳۳	در طول کاردیوورژن در هر بار، سطح هوشیاری و وضعیت تنفسی بیمار را از نظر (وضعیت راه تنفسی، تعداد تنفس و عمق آن) بررسی می کند.		
۳۴	در طول کاردیوورژن سینکرونایز به پایش فشار خون و تنفس ادامه می دهد.		
۳۵	به میزان اشباع اکسیژن بیمار روی پالس اکسی متری توجه می کند و نیاز بیمار به اکسیژن را ارزیابی می کند.		
۳۶	پس از انجام کاردیوورژن یک ECG ۱۲ لیدی از بیمار می گیرد.		
۳۷	به مدت ۲ ساعت ریتم قلبی بیمار را پایش می کند.		
۳۸	قفسه ی سینه بیمار را از نظر وجود زخم سوختگی در اثر انرژی الکتریکی بررسی می کند.		
۳۹	کلیه ی مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- تاریخ و زمان شروع سینکرونایز ب- میزان ولتاژ انرژی در هر بار پ- نوار قلبی بیمار را قبل و بعد از هر بار تخلیه انرژی ت- میزان تحمل بیمار به انجام پروسیجر ث - کلیه ی علایم حیاتی و ECG مانیتورینگ های قلبی و تنفسی که انجام شده است. ج- در صورت اکسیژن درمانی مدت و میزان آن و مقدار و راه تجویز داروهای آرام بخش		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پذیرش بیمار جهت جراحی قلب

اهداف:

- ۱- حفظ آسایش و راحتی بیمار
 - ۲- پیشگیری از احتمال بروز اشتباه در انجام اقدامات کلینیکی و پاراکلینیکی جهت انجام جراحی قلب
 - ۳- آماده نمودن بیمار از نظر جسمی و روحی قبل از عمل جراحی
 - ۴- پیشگیری از انتقال عفونت در حین جراحی
 - ۵- کاستن از ترس و اضطراب بیمار
- وسایل مورد نیاز:
- پرونده پزشکی بیمار - وسایل شیو - جواب آزمایشات - صابون ضد باکتری - داروی آرام بخش دستور داده شده - محلول استون - گان اتاق عمل مخصوص بیمار - برانکار
- عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
پذیرش در بدو ورود				
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند.			
۲	دستور بستری بیمار در بخش جراحی را کنترل می کند.			
۳	ویزیت متخصص بی هوشی قلب را کنترل می کند.			
۴	آزمایش های مورد نیاز جهت درمانگاه بی هوشی را کنترل می کند.			
۵	مطمئن می شود نوار قلب (ECG) حداکثر طی یک ماه گذشته انجام شده باشد.			
۶	بررسی می کند که گزارش اکو کاردیو گرافی، آنژیو گرافی (هر دو یا حداقل یکی از آنها) را به همراه داشته باشد.			
۷	برگه مشاوره متخصص داخلی و جراح و دندانپزشکی را در پرونده بیمار می گذارد.			
۸	اطمینان می یابد عکس قفسه سینه (CXR) (حداکثر طی یک ماه گذشته انجام شده باشد) همراه بیمار است.			
۹	مطمئن می شود که آزمایشات پاراکلینیک به منظور استناد به اطلاعات موجود، داخل پرونده است.			
پذیرش در بخش جراحی				

۱۰	بیمار را با هماهنگی منشی بخش و مسئول پذیرش بستری می کند.		
۱۱	شرح حال پرستاری تنظیم می کند.		
۱۲	معاینه بالینی انجام می دهد و علائم حیاتی را کنترل و ثبت می کند.		
۱۳	بیمار را با بخش جراحی و مقررات بخش آشنا می کند.		
۱۴	در مورد نوع عمل جراحی و نحوه تغذیه به وی آموزش می دهد.		
۱۵	برای کاهش اضطراب و ترس بیمار به کلیه سوالات وی با کمال آرامش پاسخ می دهد.		
۱۶	پذیرش بیمار را به اطلاع پزشک داخلی و جراحی می رساند.		
۱۷	در ویزیت پزشک (برگه سیر بیماری و دستورات پزشک) همراهی کامل دارد.		
۱۸	سطح آگاهی و میزان ترس بیمار را از عمل جراحی ارزیابی می کند.		
۱۹	افراد نزدیک تر خانواده بیمار را در آموزش و جلب همکاری دخالت می دهد.		
۲۰	اقدامات قبل از عمل و عمل جراحی و شرایط بعد از عمل را به بیمار توضیح می دهد.		
۲۱	محیط ICU، مدت بستری و وضعیت ملاقات کنندگان را توضیح می دهد.		
۲۲	نحوه برقراری ارتباط در شرایط اینتوبه در ICU، را برای بیمار توضیح می دهد.		
آمادگی قبل از عمل			
۲۳	بیمار را از گردن تا مچ پا شیو و کنترل می کند.		
۲۴	از بیمار می خواهد که دوش گرفته و با صابون ضد باکتری خود را بشوید.		
۲۵	به بیمار توصیه می کند که شام معمول خود را میل کند. از بیمار می خواهد که از ساعت ۱۲ نیمه شب هیچ گونه خوراکی یا نوشیدنی میل نکند (NPO).		
۲۶	نیاز به دریافت داروی آرام بخش شب قبل از عمل را طبق دستور پزشک بررسی می کند.		
۲۷	ویزیت پزشک متخصص بی هوشی قلب را در شب قبل از عمل مجدداً جهت تنظیم داروی پریمد پیگیری می کند.		
۲۸	بهداشت دهان و دندان بیمار را از نظر وجود پروتز و... کنترل می کند.		
۲۹	هر گونه لوازم زینتی مثل ساعت، دندان مصنوعی، جواهرات، گیره		

			و حلقه ازدواج را خارج کرده و اشیاء قیمتی را طبق مقررات بیمارستان به همراهان بیمار تحویل می دهد.
۳۰			لاک ناخن، پودرها و کرم ها و لوسیون های استفاده شده توسط بیمار را پاک می کند.
۳۱			مصرف داروهای قلبی بیمار را کنترل می کند.
۳۲			لباس بیمار را خارج کرده و به وی گان می پوشاند.
۳۳			بیمار را روی برانکارد قرار می دهد.
۳۴			پریمد را طبق دستور پزشک انجام می دهد.
۳۵			دیدار و ملاقات بیمار را با نزدیکان وی قبل از ورود به اتاق عمل فراهم می کند.
۳۶			طبق برگه چک لیست اعزام بیمار به اتاق عمل تمامی موارد مهم پرستاری قبل از عمل را کنترل می کند.
۳۷			کلیه مشاهدات و یافته ها و اقدامات انجام شده را ثبت می کند.
۳۸			پس از اطلاع منشی اتاق عمل، بیمار را به همراه بیماربر به اتاق عمل منتقل می کند.
پذیرش بیمار در اتاق عمل جراحی قلب			
۳۹			با بیمار ارتباط برقرار می کند و از نحوه رضایت بخش بودن ادامه درمان و وجود تجهیزات مورد نیاز وی در اتاق عمل به او اطمینان خاطر می دهد.
۴۰			بیمار را از پرستار بخش جراحی طبق چک لیست بیمار و با پرونده کامل، عکس و گزارشات آنژیوگرافی و ... تحویل می گیرد.
۴۱			بیمار را روی تخت عمل جراحی قلب قرار می دهد.
مشارکت در مراحل بیهوشی			
۴۲			با بیمار ارتباط برقرار کرده و با ایجاد آرامش در وی جهت شروع بی هوشی همکاری او را جلب می کند.
۴۳			بیمار را تحت مانیتورینگ کامل در می آورد: الف- اتصال الکترودها به قفسه ی بیمار را کنترل می کند. ب- انجام پالس اکسی متری بیمار را کنترل می کند. پ- میزان داروی بی هوشی وریدی دستور داده شده را آماده می کند. ت- لوله تراشه ی مناسب با توجه به وضعیت بیمار انتخاب می کند. ث- جهت شروع بی هوشی خط وریدی مناسب را برقرار می کند. ج- در ایجاد خط شریانی بیمار را آماده کرده و پزشک را همراهی می کند.

			چ- در ایجاد خط فشار ورید مرکزی بیمار را آماده کرده و پزشک را همراهی می کند. ح- با قرار دادن ماسک روی صورت بیمار و باز کردن گازهای بی هوشی طبق نظر پزشک بی هوشی مرحله ی اول را شروع می کند. خ- تزریق داروهای بی هوشی توسط پزشک را کنترل می کند. د- توسط آمبوبگ اکسیژناسیون بیمار را تحت کنترل قرار می دهد. ذ- برای انجام لوله گذاری داخل تراشه پزشک را همراهی می کند. ر- پس از انجام انتوباسیون بیمار را به دستگاه ونتیلاتور متصل می کند. ز- با دستور پزشک جهت بیمار NGT را تعیین می کند.	
۴۴			روند ادامه بیهوشی را در طی عمل جراحی متناسب با کار جراحی تنظیم می کند.	
۴۵			نگهداری و تداوم بیهوشی حین پمپ را مورد توجه قرار می دهد.	
۴۶			در جداسازی از پمپ و نگهداری بعد از پمپ توجهات مورد نیاز را به کار می گیرد.	
۴۷			آزمایشات مورد نیاز بیمار در اتاق عمل و حین جراحی را کنترل می کند: الف- ABG حداقل ۵ مورد ب- الکترولیت ها (Na , K) حداقل ۵ مورد پ- هموگلوبین و هماتوکریت ت- ACT پایه: - بعد از هپارین - قبل از پروتامین - بعد از پروتامین - در فواصل نیم ساعته حین هپارین ث- چنانچه بیمار دیابتیک باشد قند خون ، حداقل یک بار در طی پمپ	
۴۸			در انتهای عمل قبل از انتقال به ICU ساکشن ریوی انجام می دهد.	
۴۹			پس از اتمام جراحی، بیمار را به ICU انتقال می دهد.	
۵۰			یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: آماده سازی بیمار توسط پرستار اسکراب در جراحی قلب

اهداف:

۱- پیشگیری از عفونت

۲- همکاری در انجام جراحی قلب

وسایل مورد نیاز:

پک پرپ و پک شان های استریل

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
پرپ				
۱	پس از انجام بیهوشی بیمار را جهت آمادگی کامل سونداژ می کند.			
۲	ناحیه عمل را با مایع صابون باکتری کش به مدت ۱۰-۲ دقیقه شست و شو می دهد .			
۳	با محلول ضد میکروبی مانند کلرهگزیدین و بتادین ناحیه عمل را پاک می کند .			
۴	در طول مدت جراحی طبق درخواست پزشک تخت بیمار را به حالت مناسب در می آورد.			
درپ				
۵	اطراف ناحیه عمل را با شان استریل می پوشاند.			
۶	ناحیه استرنوم را ابتدا با ۴ عدد شان استریل کوچک و بعد ۴ عدد شان بزرگ طولی می پوشاند و این شان های بزرگ منطقه پاها را هم پوشش می دهند.			
۷	توسط یک عدد شان استریل بزرگ محل استریل جراحی را از ناحیه بیهوشی جدامی کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
نام بخش: شیفت:
نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
★ نوع فعالیت: پذیرش بیمار در ICU پس از جراحی قلب
اهداف:

- ۱- حفظ ثبات حیات بیمار پس از اعمال جراحی قلب (تثبیت اعمال حیاتی سیستم‌های بدن)
- ۲- سرعت عمل بخشیدن به انجام پروسیجرهای درمانی پس از اعمال جراحی قلب
- ۳- اطلاع از چگونگی آب و الکترولیت ها و وضعیت همودینامیکی و الکتریکی قلب بیمار
- ۴- اطلاع از چگونگی عمل جراحی و اتفاقات غیر عادی که در حین عمل برای بیمار رخ داده است.
- ۵- پیشگیری از انتقال و بروز عفونت پس از اعمال جراحی

وسایل مورد نیاز:

تخت ویژه ICU جراحی قلب - ونتیلاتور مکانیکی - منبع اکسیژن - اوراق پرونده - فلوچارت مخصوص ICU جراحی قلب - تجهیزات مانیتورینگ قلبی - دستگاه نوار قلب - کارت مشخصات بیمار - ساکشن و ملزومات آن - آویز یورین بگ - پمپ های انفوزیون به تعداد کافی
عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	واحد بیمار را در ICU آماده می کند.			
۲	آماده بودن تجهیزات جهت مانیتورینگ و انفوزیون بیمار را کنترل می کند: الف. چست لید و رابط ECG ب. ترانس دیوسر ج. پمپ انفوزیون (پرفیوزر)			
۳	آماده بودن دستگاه تهویه مکانیکی (ونتیلاتور) را کنترل می کند.			
۴	آماده بودن ساکشن سانترال را کنترل می کند.			
۵	چارت ICU را جهت پذیرش بیمار آماده می کند.			
۶	با اعلام اتاق عمل، انتقال تخت آماده بیمار را به اتاق عمل کنترل می کند.			
۷	بیمار را به طور صحیح با حفظ درن ها و سایر وسایل متصل به بیمار به تخت ICU منتقل می کند.			
۸	بیمار را در واحد مربوطه با همراهی تیم اتاق عمل در بخش ICU			

			پذیرش می دهد (پرستار بیهوشی، اسکراب، بیمار بر).
۹			اتصال بیمار به ونتیلاتور توسط پرستار بیهوشی را کنترل می کند.
۱۰			جهت مانیتورینگ قلبی از نظر ریتم قلبی و تعداد ضربان قلب و آریتمی ها بیمار را از طریق چست لیدهای قفسه سینه به دستگاه مانیتورینگ متصل می کند.
۱۱			مسیر شریانی را به ترانس دیوسر برقرار نموده و BP را از طریق اتصالات مربوط به بیمار از طریق مانیتور کنترل می کند.
۱۲			خط فشار ورید مرکزی (CVP) را از طریق رابط ها و سه راهی های موجود به سرم مربوطه وصل می کند.
۱۳			بیمار را به پالس اکسی متر متصل می کند.
۱۴			باز بودن مسیرهای وریدی را با ذکر تاریخ برچسب کنترل می کند.
۱۵			داروهای وریدی را که از طریق پرفیوزر تجویز می شوند برقرار می کند.
۱۶			پانسمان ناحیه عمل شده را از نظر خونریزی کنترل می کند.
۱۷			درن های موجود به استرنوم - پلور را از نظر خونریزی و فیکس بودن آنها و داشتن برچسب و مایع در چست باتل کنترل می کند و در سطح پایین تر از تخت بیمار قرار می دهد.
۱۸			چست تیوپ را از نظر Bubbling کنترل می کند.
۱۹			سوند فولی بیمار را از نظر عملکرد و اتصال درست کنترل می کند.
۲۰			در صورت داشتن NGT از نظر محل قرارگیری صحیح و میزان ترشحات آن را کنترل می کند.
۲۱			سرم ها و داروهای تزریقی بیمار را بر اساس نیاز بیمار و دستور پزشک تنظیم می کند.
۲۲			عملکرد پیس میکر متصل به بیمار را کنترل می کند.
۲۳			عملکرد IABP را کنترل می کند.
۲۴			ضایعات پوستی را بررسی می کند (سوختگی های اتاق عمل و...).
۲۵			پرونده بیمار را به همراه عکس و CD تحویل می گیرد.
۲۶			گزارشی از وضعیت همودینامیکی بیمار که توسط پرستار بیهوشی و اسکراب به پرستار ICU تحویل می گردد در برگه ICU درج می کند.
۲۷			در مدت بستری بیمار در ICU برای حمایت روحی همراهان بیمار آن ها را در جریان درمان و بهبودی بیمار قرار می دهد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت پس از جراحی قلب در ICU

اهداف:

۱- کنترل وضعیت همودینامیکی و تنفسی بیمار

۲- تلاش در حفظ روند بهبود و درمان بیمار

وسایل مورد نیاز:

ونتیلاتور مکانیکی - منبع اکسیژن - فلوچارت مخصوص ICU جراحی قلب - تجهیزات مانیتورینگ قلبی - دستگاه نوار قلب - ساکشن و ملزومات آن - پمپ های انفوزیون - وسایل تولید گرما (پتو، کیف آب گرم و ...)

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کنترل مداوم V/S و CVP هر ۱۵ دقیقه به مدت دو ساعت و سپس هر نیم ساعت و با توجه به وضعیت بیمار روز دوم هر یک ساعت انجام می دهد.			
۲	فشار سیستولیک زیر ۹۰ و بالای ۱۴۰ میلی متر جیوه را حتماً گزارش می دهد.			
۳	پوزیشن بیمار را در حالت Flat قرار می دهد و سر بیمار را ۳۰ درجه بالاتر می آورد.			
۴	در صورت پایین بودن درجه حرارت بیمار را گرم می کند.			
۵	حجم ادرار کمتر از 0.5 CC/ kg/ Min را گزارش می دهد.			
۶	حجم و نوع ترشحات معده را کنترل می کند.			
۷	حجم فراورده های خونی دریافتی برحسب نیاز را کنترل می کند.			
۸	حجم سرم های دریافتی برحسب نیاز را کنترل می کند.			
۹	مقدار داروهای دریافتی را کنترل می کند.			
۱۰	حجم مقدار گاوآذ دریافتی در صورت نیاز را کنترل می کند.			
۱۱	حجم دریافتی PO البته بعد از خروج لوله تراشه را کنترل می کند.			
۱۲	میزان تخلیه و درناژ درن ها را کنترل می کند.			
۱۳	انجام آزمایشات روتین در بخش ICU را کنترل می کند: الف- CXRAY بدو ورود و روزانه			

			ب- ECG بدو ورود و روزانه پ- Na-K-Hb-Hct-ABG بدو ورود و هر ۲ ساعت و سپس روز دوم هر ۴ ساعت ت- BUN- Cr-CPK- LDH-SGOT- SGPT بدو ورود و سپس به طور روزانه ث- FBS بدو ورود و روزانه. در صورت دیابتی بودن کنترل هر شش ساعت و دادن انسولین طبق پروتکل ج- CPK MB در سه نوبت به فاصله هر ۸ ساعت (در صورت تغییرات نواری و یا $CPK > 1000$ با توجه به دستور پزشک مربوط). چ- تست های انعقادی شامل PT- PTT- Fib و پلاکت بدو ورود و بعد روزانه ح- در صورت دریافت هپارین PTT هر ۱۲ ساعت	
۱۴			عملکرد دستگاه تهویه مصنوعی را کنترل می کند.	
۱۵			ترشحات ریه و دهان بیمار را بر حسب نیاز ساکشن می کند.	
۱۶			ترشحات را از نظر رنگ و حجم و غلظت ارزیابی می کند.	
۱۷			جواب ABG های انجام شده را بررسی می کند و با توجه به نتایج آن و طبق نظر پزشک بیهوشی پارامترهای دستگاه ونتیلاتور را تغییر می دهد و یا داروهای دستور داده شده را اجرا می کند.	
۱۸			شرایط عمومی بیمار را کنترل می کند و طبق نظر پزشک بیهوشی اقدام به جداسازی بیمار از دستگاه ونتیلاتور می کند.	
۱۹			راجع به خارج کردن لوله داخل تراشه به بیمار توضیح می دهد و وی را به همکاری تشویق می کند.	
۲۰			جهت خارج نمودن لوله داخل تراشه ارزیابی های عمومی از بیمار به عمل می آورد: الف- هوشیاری و بیداری کافی ب- مناسب و کافی بودن تعداد و عمق تنفس پ- ABG طبیعی با اکسیژن ۴۰ درصد ت- همودینامیک پایدار ث- نداشتن خونریزی فعال ج- برون ده ادراری کافی چ- برگشت قدرت عضلانی ریه ح- داشتن قدرت کافی در بلند کردن گردن یا پاها به مدت ۵ ثانیه	

۲۱	در صورت مثبت بودن پارامترهای فوق، بیمار را طبق دستور پزشک اکستیوب می کند (لوله داخل تراشه را خارج می کند).		
۲۲	NGT بیمار را خارج می کند.		
۲۳	حداقل ۲ ساعت پس از خارج کردن لوله تراشه مایعات صاف و پس از تحمل، تغذیه و دریافت مایعات از راه دهان را شروع می کند.		
۲۴	در صورت ادامه ایتنوباسیون و تهویه مکانیکی از روز سوم پس از جراحی گاوژ را هر ۳ ساعت انجام می دهد.		
۲۵	جهت گاوژ در دفعات اول از سرم قندی استفاده می کند و سپس در صورت تحمل از مایعات گاوژی استفاده می کند.		
۲۶	در صورت نیاز و بنا به دستور پزشک از TPN جهت بیمار استفاده می کند: الف- اینترالیپید ۵۰۰ سی سی ب- آمینوفیوژن ۵۰۰ سی سی یا سرم آمینواسید پ- سرم قندی ۱۰ درصد ۱۰۰ سی سی		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: جدا کردن بیمار از دستگاه پس از جراحی قلب

هدف:

برقراری تنفس خود به خودی توسط بیمار

وسایل مورد نیاز:

وسایل گرفتن ABG – ساکشن و ملزومات آن – ماسک اکسیژن یا سوند بینی – دستگاه IPPB – منبع اکسیژن

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	جهت جدا کردن بیمار با توجه به شرایط عمومی وی و با نظر پزشک بیهوشی اقدام می کند.			
۲	به بیمار در جهت خروج لوله تراشه توضیح داده و وی را برای انجام این کار آماده می کند.			
۳	جهت خروج لوله تراشه با روش صحیح، شرایط عمومی زیر را کنترل می کند: هوشیاری و بیداری کافی تنفس کافی ABG طبیعی با اکسیژن ۴۰٪ همودینامیک پایدار (نداشتن خونریزی فعال و بازده ادراری کافی) برگشت قدرت عضلانی ریه قدرت بلند کردن گردن یا پاها به مدت ۵ ثانیه			
۴	با داشتن شرایط بالا و طبق نظر پزشک بیهوشی بیمار را اکستیوپ می کند.			
مراحل خروج لوله تراشه				
۵	ریه ها و دهان بیمار را با روش صحیح ساکشن می کند.			
۶	با آمیوگ چند تنفس عمیق به بیمار می دهد (تنفس مثبت).			
۷	کاف لوله تراشه را باز می کند.			
۸	لوله تراشه را در انتهای بازدم خارج می کند.			
۹	برای پیشگیری از انسداد راه هوایی و آسپیراسیون مراقبت مورد			

			نیاز را به عمل می‌آورد.	
			بیمار را به انجام تنفس عمیق، سرفه، همکاری در انجام فیزیوتراپی تنفسی و استفاده از دستگاه‌های کمک تنفسی Intermittent Breathing positive pressuer (IPPB) آموزش داده و تشویق می‌کند.	۱۰
			انجام فیزیوتراپی تنفسی توسط بخش فیزیوتراپی را کنترل می‌کند.	۱۱
			انجام آزمایش ABG و ارزیابی سیستم تنفس بعد از اکستیوب شدن و برقراری اکسیژن با سوند بینی یا ماسک را کنترل می‌کند.	۱۲
			یافته و اقدامات خود را ثبت می‌کند: الف- زمان خارج کردن لوله تراشه ب- تحمل بیمار به پروسیجر پ- مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده	۱۳

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: انتقال بیمار از بخش ICU به بخش جراحی پس از جراحی قلب

اهداف:

۱- حفظ تداوم بهبود بیمار

۲- ارائه آموزش های مورد نیاز جهت مراقبت در منزل

وسایل مورد نیاز:

سرنگ ۱۰ سی سی - صندلی چرخ دار - پنبه الکلی - چسب CM - وسایل پانسمان - CD بیمار در

صورت وجود

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را روز دوم جراحی در صورت نداشتن درناژ و یا هر گونه مشکل دیگر به دستور پزشک آماده انتقال به بخش جراحی می کند.			
۲	طبق دستور پزشک درن ها را کشیده و کلیه پانسمان ها را تعویض می کند.			
۳	سوند فولی - CVP - آرتراین و IV های اضافه را خارج می کند.			
۴	ECG, CXRAY و کلیه آزمایشات روتین را انجام داده و جواب را ضمیمه پرونده می کند.			
۵	پس از ویزیت بیمار توسط سه گروه (جراح - بیهوشی - داخلی)، اجازه انتقال را کنترل می کند.			
۶	هماهنگی رزرو تخت جراحی توسط منشی بخش ICU را کنترل می کند.			
۷	در صورت انتقال بیمار با چست تیوپ طبق دستور پزشک چست باتل ها را علامت گذاری کرده و مقدار ترشحات آن را چارت می کند.			
۸	طبق دستور پزشک سوند فولی بیمار را خارج می کند.			
۹	بیمار را لباس پوشانده با صندلی چرخدار بعد از هماهنگی با بخش جراحی با پرونده کامل - پاکت عکس و CD و در صورت داشتن اعضای مصنوعی (دندان مصنوعی و سمعک و...) و گزارش کامل پرستاری و کنترل چک لیست توسط پرستار مربوط و با کمک بهیار به بخش منتقل می کند.			
۱۰	گزارش کامل از وضعیت بیمار از بدو ورود به ICU تا لحظه ترخیص و آخرین دستورات دارویی - درمانی پزشک و آزمایشات، مشاوره ها و پیگیری ها را به پرستار بخش جراحی تحویل می دهد.			
۱۱	بیمار را روی تخت بخش جراحی با کنترل علایم حیاتی و مشاهده پانسمان ها، درن ها، وضعیت پوست، به پرستار بخش جراحی تحویل می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: مراقبت های پرستاری پس از عمل جراحی قلب در بخش جراحی قلب

اهداف:

- ۱- کاستن از اضطراب بیمار
 - ۲- آماده نمودن بیمار جهت ترخیص از بیمارستان و انتقال به منزل
 - ۳- دادن آموزش های مورد نیاز به مددجو جهت حفظ اعتماد به نفس بیمار و تقویت حس استقلال و توانایی وی در انجام امور
 - ۴- پیشگیری از بروز و انتقال عفونت به بیمار
- وسایل مورد نیاز:
- تجهیزات مورد نیاز در یک بخش جراحی قلب
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را از پرستار ICU جراحی قلب طبق چک لیست همراه با پرونده کامل و گرافی و CD و وسایل شخصی وی تحویل می گیرد.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و تمهیدات مورد نیاز برای آسایش وی را فراهم می کند.			
۳	برای کاهش ترس و اضطراب بیمار و سرعت بخشیدن به روند همکاری وی به سوالات بیمار در کمال آرامش پاسخ می دهد.			
۴	بیمار را جهت انجام فعالیت برای خروج از تخت آماده می کند.			
۵	انجام فیزیوتراپی تنفسی روزانه توسط بیمار را کنترل می کند.			
۶	دستورات دارویی داده شده را طبق دستور پزشک ادامه می دهد.			
۷	در روز سوم پس از عمل آزمایشات مورد نیاز بیمار انجام می دهد (ESR – RBC – Index – LDH – CPK – Cr – BUN – k – Na) (CBC diff –			
۸	روز سوم پس از عمل و طبق دستور پزشک، سیم پیس میکر را خارج می کند.			
۹	پانسمان روی سینه و پای بیمار را در روز سوم برمی دارد و محل زخم را مورد ارزیابی قرار می دهد.			

۱۰	در روز چهارم پس از عمل اکوکاردیوگرافی درخواست شده را پیگیری می کند.		
۱۱	همچنین در روز چهارم عکس ریه و نوار قلب بیمار را می گیرد.		
۱۲	بیمار را تشویق می کند که در روز چهارم حمام کند.		
۱۳	روزانه کلیه مشاهدات و یافته ها و اقدامات انجام شده را ثبت می کند.		
۱۴	در مورد مراقبت از زخم، انجام فعالیت ها، مراجعه به پزشک، نحوه استفاده از جوراب ضد آمبولی و دستورات تغذیه و سایر اطلاعات مورد نیاز به بیمار کتابچه آموزشی یا پمفلت های مورد نیاز را ارائه می دهد.		
۱۵	بخیه های ناحیه درن را ۲۴ ساعت قبل از ترخیص خارج می کند.		
۱۶	جهت کشیدن بخیه های پلاستیک به بیمار آموزش می دهد که در صورت نداشتن هیچ گونه مشکل یا موارد غیر طبیعی روز دهم تا دوازدهم پس از عمل می توانند جهت خارج ساختن بخیه ها به درمانگاه مراجعه کنند.		
۱۷	زخم را از نظر وجود یا عدم وجود ترشح بررسی می کند و در صورت وجود التهاب یا موارد غیر طبیعی در زخم آن را گزارش می کند.		
۱۸	در مورد مصرف داروهای آنتی کواگولانت و زمان انجام آزمایشات مورد نیاز به بیمار آموزش می دهد.		
۱۹	موارد زیر را به بیمار آموزش می دهد: الف- مراقبت از زخم قفسه سینه و پا در بیماران کرونری ب- داشتن رژیم غذایی مناسب پ- خودداری از انجام ورزش سنگین ت- پوشیدن جوراب واریس به مدت ۶ ماه در بیماران CABG ث- آموزش شروع انجام فعالیت جنسی		
۲۰	در روز پنجم بستری در بخش جراحی در صورت نداشتن هیچ گونه مشکل بیمار را طبق دستور پزشک داخلی و جراحی مرخص می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ☆ نوع فعالیت: کمک در انجام پریکاردیوسنتز
 اهداف:

۱- اندازه گیری اورژانسی سطح تامپوناد قلبی

۲- تشخیص علت پریکاردیال افیوژن

۳- کمک به بررسی و درمان مناسب

وسایل مورد نیاز:

کیت پریکاردیوسنتز (الکل ۷۰٪ یا بتادین - پروکائین ۱٪ یا لیدوکائین ۱٪ - سوزن های استریل به شماره های ۲۵ برای بی حسی و ۱۴، ۱۶، ۱۸ به طول ۱۰ سانتی متری و یا ۱۲، ۵ سانتی متری قلبی - سرنگ ۵۰ سی سی - لوله آزمایش استریل جهت جمع آوری نمونه کشت - پدهای گازی ۱۵ × ۱۰ سانتی متر - بانداز استریل - ویال هپارین یک در هزار - سه راهی) - مانیتور کنار تخت یا دستگاه ECG - دستگاه پالس اکسی متری - دستگاه دفیبریلاتور - کراش کارت CPR - دستکش استریل - عینک محافظ
 عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
قبل از انجام روش				
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند تا اضطراب وی کاهش یافته و همکاری مورد نیاز را با انجام تکنیک داشته باشد.			
۲	به سوالاتی که ممکن است برای وی به وجود آید پاسخ می دهد.			
۳	رضایت نامه ی کتبی از بیمار یا بستگان درجه اول (قیم) می گیرد.			
۴	به بیمار توضیح می دهد که در لحظه ی ورود سوزن به داخل کیسه ی پریکارد احساس فشار روی قلب می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	وسایل را روی میز پای تخت بیمار به روش استریل باز می کند.			
۷	محل ورود سوزن را به اندازه ی کافی برهنه می کند و تخت بیمار را به اندازه ای بالا می آورد که پزشک به راحتی پروسیجر را انجام دهد.			
۸	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد در حالی که قفسه سینه ۶۰ درجه بالا باشد.			
۹	لیدهای سینه ای را در محل مخصوص خود به قفسه ی سینه بیمار وصل می کند.			
۱۰	دستگاه مانیتور کنار تخت و دستگاه ECG را آماده به کار می گذارد.			
۱۱	علائم حیاتی (نبض ، فشار خون ، تنفس ، درجه حرارت و ریتم قلبی)			

			بیمار را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.	
۱۲			صداها ی قلبی بیمار را به عنوان اطلاعات پایه کنترل می کند.	
۱۳			دست های خود را مجدداً می شوید.	
۱۴			دستکش استریل می پوشد و عینک محافظ می زند.	
حین انجام پروسیجر				
۱۵			در صورتی که در داخل کیت پریکار دیوسنتز آمپول بی حسی وجود ندارد، زمانی که پزشک پوست قفسه ی سینه بیمار را با گاز پدهای استریل آغشته به بتادین از خط سمت چپ دنده ای تا زائده ی گزیفوئید تمیز می کند، پرستار قسمت سر ویال داروی بی حسی را چند بار با پد الکلی تمیز می کند.	
۱۶			سپس ویال را در زاویه ی ۴۵ درجه وارونه طوری نگه می دارد که پزشک بتواند سوزن درجه ۲۵ متصل به سرنگ را جهت کشیدن محلول بی حسی وارد کند.	
۱۷			قبل از تزریق ماده ی بی حسی توسط پزشک، به بیمار توضیح می دهد که او درد موضعی و حس سوراخ شدگی را تجربه خواهد کرد.	
۱۸			پزشک سرنگ ۵۰ سی سی را به یک سر سه راهی و سوزن قلبی را به سر دیگر سه راهی وصل می کند، و پرستار لید V1 از لیدهای پریکاردیال ECG را به قطب سوزن آسپیراسیون وصل می کند تا تشخیص دهد که سوزن در طول انجام پروسیجر به کدام قسمت پریکارد تماس دارد.	
۱۹			وقتی که پزشک سوزن را وارد کرد و در جای صحیح خود قرار داد، کلیپس سوزن را به سطح پوست بیمار متصل می کند به طوری که سوزن نتواند تغییر مکان دهد و لوله های مورد نیاز را آماده می کند.	
۲۰			در طول آسپیراسیون مایع پریکارد توسط پزشک، پرستار به لوله های آزمایش بر چسب می زند و آن ها را آماده می گذارد.	
۲۱			همچنین در طول تکنیک، بیمار را از نظر علائم حیاتی و ریتم قلبی کنترل می کند.	
۲۲			سر لوله های مخصوص کشت را با محلول بتادین ضد عفونی می کند تا از احتمال انتقال آلودگی جلوگیری می کند.	
۲۳			در صورتی که کشت باکتریال مد نظر باشد، در برگه ی درخواست آزمایش داروهای ضد میکروبی که احتمالاً مصرف می کند را قید می کند.	
۲۴			در صورتی که کشت از نظر وجود میکروب های بی هوازی مدنظر	

			باشد، تکنیک جمع آوری نمونه را طوری انجام می دهد که از در معرض هوا قرار گرفتن مایع آسپیره شده جلوگیری به عمل آید.
- مراقبت های پس از انجام پریکاردیوسنتز			
۲۵			وقتی که سوزن را پزشک خارج نمود، محل سوراخ شدگی را با چند پد گاز استریل به مدت ۵-۳ دقیقه به طور یکنواخت فشار می دهد.
۲۶			سپس موضع را پانسمان استریل و بانداز می کند.
۲۷			بیمار را از نظر وجود مشکلات احتمالی مانند خونریزی از موضع کنترل می کند.
۲۸			علائم حیاتی (نبض، فشار خون، تنفس بیمار و اشباع اکسیژن و صداهای قلبی) وی را هر ۱۵ دقیقه تا پایدار شدن علائم کنترل می کند.
۲۹			سپس هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت علائم فوق را کنترل می کند.
۳۰			پس از آن هر یک ساعت تا ۴ ساعت علائم فوق را کنترل می کند.
۳۱			پس از آن هر ۴ ساعت و طبق مقررات مرکز درمانی و دستور پزشک علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.
۳۲			همچنین ریتم قلبی بیمار را مرتباً پایش می کند.
۳۳			یک نوار از ریتم قلبی بیمار تهیه می کند.
۳۴			وسایل را جمع آوری می کند و به محل مخصوص منتقل می کند.
۳۵			وسایل آلوده و سوزن ها را به روش صحیح دور می اندازد.
۳۶			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - زمان و تاریخ شروع و پایان پریکاردیوسنتز ب- واکنش های بیمار به پروسیجر و میزان تحمل وی پ- علائم حیاتی قبل ، حین و بعد از پریکاردیوسنتز ت- ریتم های قلبی قبل ، حین و بعد از پروسیجر ث- داروهایی که مصرف شده و دوز و راه تجویز آن ها ج- مقدار، رنگ و محتوی مایع آسپیره شده چ- تعداد و شماره های لوله آزمایش ح- زمان انتقال لوله به آزمایشگاه خ- آموزش هایی که به بیمار و خانواده وی داده است د- مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: فیزیوتراپی در جراحی قلب
- اهداف:
- ۱- بهبود گردش خون اندامها با انجام حرکات ورزشی اکتیو
 - ۲- آموزش و انجام ورزشهای تنفسی جهت بهبود وضعیت تنفسی و تخلیه ترشحات ۳- پیشگیری از آتلکتازی احتمالی
 - ۴- تشویق بیمار به تحرک عمومی بدن و راه اندازی هر چه سریع تر بیمار بعد از عمل جراحی
 - ۵- آموزش نحوه انجام سرفه های موثر و بدون درد
- وسایل مورد نیاز:
- عامل انجام کار: پرستار و فیزیو تراپیست

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
فیزیوتراپی قبل از جراحی				
۱	به بیمار به زبان ساده عمل جراحی قلب را توضیح می دهد.			
۲	بیمار را با لوله های متصل به بدنش بعد از عمل مثل سوند ادرار ، NGT tube Drain ، چست تیوب و لوله داخل تراشه، سیم های ECG و حرارت سنج آشنا می کند.			
۳	وضعیت تنفسی ، میزان خروج ترشحات ریوی ، تجمع ترشحات ریوی و صداهای غیر طبیعی ریه را ارزیابی می کند.			
۴	ورزش های تنفسی ، ورزش اندامها و نحوه سرفه کردن بدون درد را به بیمار آموزش می دهد.			
۵	ورزش های اکتیو اندام ها را انجام می دهد.			
۶	ورزش های تنفسی را به منظور یادگیری و انجام صحیح آن بعد از عمل با بیمار تمرین می کند.			
۷	بیمار را با دستگاه اسپرومتر آشنا کرده و نحوه تمرین صحیح با آن را برای بعد از عمل به وی توضیح می دهد.			
۸	سرفه های موثر و بدون درد را با بیمار تمرین می کند.			
فیزیوتراپی روز اول بعد از عمل				
۹	از این که بیمار مسکن خود را گرفته است اطمینان حاصل می کند.			
۱۰	تمرینات تنفسی عمیق یک طرفه و دو طرفه ریوی در وضعیت های مختلف نشسته و خوابیده را با بیمار انجام می دهد.			
۱۱	تمرین با دستگاه اسپرومتر تا حد خستگی در مواقع بیداری را در برنامه روزانه قرار می دهد.			
۱۲	ویراسیون یک طرفه یا دو طرفه در نواحی مختلف ریه و انجام سرفه های موثر و بدون درد(در صورت نیاز) را برای بیمار انجام می دهد.			
۱۳	اکسپنشن موضعی ریه به خصوص نواحی تحتانی ریه ها را مورد توجه قرار می دهد.			

۱۴	تنفس های عمیق دیافراگماتیک و دنده ای را انجام می دهد.		
۱۵	تمرینات اکتیو اندام ها و در صورت لزوم پاسیو را برای بیمار انجام می دهد.		
روز دوم بعد از عمل			
۱۶	ورزش های تنفسی روز قبل را انجام می دهد.		
۱۷	در مواقع بیداری تمرین با اسپرومتر هر دو ساعت یک بار را تا حد خستگی انجام می دهد.		
۱۸	ورزش های اکتیو اندام ها روزی ۳ بار انجام شود.		
روز سوم بعد از عمل بیمار به بخش جراحی منتقل می شود			
۱۹	ورزش های تنفسی روز قبل را انجام می دهد.		
۲۰	با اسپرومتر هر یک الی دو ساعت یکبار تمرین می کند.		
۲۱	بیمار تا حد تحمل از تخت خارج شده و در بخش راه می رود.		
۲۲	به حفظ پوزیشن صحیح بیمار موقع ایستادن و راه رفتن توجه می کند.		
۲۳	استفاده از بانداژ مناسب یا جوراب مخصوص اندام تحتانی در بیمارانی که گرفت وریدی از ساق پا برداشته شده است (تا زمان بهبودی کامل استفاده شود).		
۲۴	ورزش های اکتیو اندام ها را روزی ۳ بار انجام می دهد.		
روز چهارم بعد از عمل			
۲۵	از اسپرومتر هر چهار ساعت یکبار استفاده می کند.		
۲۶	ورزش های تنفسی روز قبل را انجام می دهد.		
۲۷	مدت و مسافت راه رفتن را تا حد توان افزایش می دهد (بیمار حداقل ۹۰ متر راه می رود).		
۲۸	تا حد توان و با احتیاط از پله بالا برود.		
۲۹	ورزش های اکتیو اندام ها را انجام می دهد.		
۳۰	موقع راه رفتن پوزیشن صحیح بیمار را حفظ می کند.		
روز پنجم بعد از عمل			
۳۱	از اسپرومتر هر چهار ساعت یکبار استفاده می کند.		
۳۲	ورزش های تنفسی را در صورت نیاز انجام می دهد.		
۳۳	میزان راه رفتن و بالا رفتن از پله را افزایش می دهد.		
۳۴	ورزش های اکتیو اندام ها را انجام می دهد.		
۳۵	انجام ورزش های تنه (چرخش تنه و انحراف به طرفین) را شروع می کند.		
روز ششم بعد از عمل			
۳۶	مقدار و مدت زمان انجام فعالیت های روز قبل را تا حد توان افزایش می دهد. مسافت راه رفتن را روز به روز افزایش می دهد تا این که بتواند حدود یک الی دو مایل را به راحتی بپیماید.		
۳۷	توصیه می کند از دوچرخه ثابت استفاده کند.		
۳۸	در صورت نبود مشکل، بیمار ترخیص می شود و به وی توصیه می کند که حتما تمریناتش را در منزل ادامه دهد.		
۳۹	یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: اجرای تجویز هپارین (آنتی کواگولانت)
 اهداف:

از هپارین برای ایجاد حالت ضد انعقادی کامل و سیستیمیک در بیماران برای پیشگیری و درمان DVT، آمبولی ریه، آنژین ناپایدار، انفارکتوس میوکارد و ...، استفاده می شود.

وسایل مورد نیاز:

داروی هپارین - میکروست، سرم D/W5% - پرفیوزر، سرنگ - آنژیوکت - پنبه - الکل، بتادین - چسب - سرنگ CC ۵۰ + لوله رابط پرفیوزر
 عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار در مورد شروع دارو صحبت می کند و هدف از استفاده این دارو را به او توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	بیمار را وزن می کند.			
۴	دست ها را می شوید.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	یک رگ مناسب برای بیمار می گیرد.			
۷	میکروست را به سرم وصل می کند و ۱۰۰ CC محلول D/W5% در آن بریزد. طبق دستور هپارین را به حلال اضافه می کند (یک سرنگ را برای وصل به پروفیوزر از حلال پرمی کند و دارو را اضافه کرده و هواگیری می کند).			
۸	قبل از شروع انفوزیون دوز بلس ۶۰ u/Kg تا ماکزیمم ۴۰۰۰ واحد وریدی تزریق می کند.			
۹	انفوزیون را با ۱۲ u/Kg/hr تا ماکزیمم ۱۰۰۰ u/hr برای بیمار تنظیم کرده و شروع می کند.			
۱۰	۴-۶ ساعت پس از شروع انفوزیون و در صورت لزوم ۱۲ ساعت پس از آن PTT را کنترل می کند.			
۱۱	سپس روزانه PTT بیمار را چک می کند (PTT ۲-۱/۵ برابر زمان نرمال باشد).			
۱۲	چنانچه زمان PTT در این محدوده نبود طبق دستور میزان هپارین را تغییر می دهد.			
۱۳	بیمار را از نظر خونریزی در نقاط مختلف بدن بررسی می کند (ادرار، مدفوع، پوست، مایعات برگشتی معده و ...).			
۱۴	بیماران خانم و افراد مسن را بیشتر از نظر عوارض خونریزی بررسی می کند (به علت احتمال بیشتر خطر).			
۱۵	شروع دارو و اقدامات انجام شده و مشاهدات خود را در پرونده یا چارت بیمار ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: اجرای تجویز دوپامین (اینوتروپ مثبت) «آدرنرژیک ، وازوپرسور»

هدف:

کمک به افزایش برون ده قلبی، افزایش فشار خون و افزایش جریان ادرار.

وسایل مورد نیاز:

داروی دوپامین - سرنگ - میکروست - سرم حلال D/W5% - پنبه الک - بتادین - آنژیوکت - چسب -

پرفیوزر - سرنگ ۵۰ CC + لوله رابط پرفیوزر

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در مورد شروع دارو به بیمار توضیح می دهد.			
۲	بیمار را وزن می کند.			
۳	دست ها را می شوید.			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	یک رگ مناسب از بیمار می گیرد.			
۶	میکروست را به سرم D/W5% وصل کرده و از محلول پر می کند یا سرنگ را برای وصل به پرفیوزر از محلول پر می کند.			
۷	طبق پروتکل بخشی از آمپول دوپامین را در سرنگ یا میکروست ریخته و هواگیری می کند (به طور معمول تهیه محلول سرمی دوپامین در میکروست ۱۰۰ میلی گرم در ۱۰۰ سی سی و برای پرفیوزر ۵۰ میلی گرم در ۵۰ سی سی است).			
۸	علائم حیاتی بیمار را اندازه گیری می کند.			
۹	میزان داروی مورد نیاز را با محاسبه وزن به دست آمده و قطرات میکروست و یا پرفیوزر تنظیم می کند.			
۱۰	برای استفاده از اثرات دوپامینرژیک (بهبود وضعیت ادراری) از دوز ۲-۵/۰ میکرو گرم به ازای هر کیلو وزن بدن در یک دقیقه و برای افزایش فشار خون از دوز بیشتر از ۲ میکروگرم به ازای هر کیلو وزن بدن در یک دقیقه استفاده می کند. با دوز بیش از ۷ میکرو گرم به ازای هر کیلو وزن بدن در یک دقیقه انقباض شدید عروق محیطی رخ خواهد داد (اثر بتا و آلفا آدرنرژیک).			

۱۱	در صورت نیاز به مقدار دوز بالا بیمار را از نظر کاهش حجم ادرار و اسیدوز بررسی می کند.		
۱۲	بیمار را به طور مداوم پایش می کند، ضربان و ریتم قلبی را بررسی می کند و در صورت بروز تاکی کاردی، دارو را کاهش داده و در صورت لزوم آنرا قطع و گزارش می کند.		
۱۳	فشار خون بیمار را مرتباً اندازه گیری می کند و در صورت افزایش BP دارو را کاهش داده و در صورت لزوم آنرا قطع می کند و گزارش می دهد.		
۱۴	نبض های محیطی بیمار را بررسی می کند (برای کنترل جریان خون محیطی به ویژه در مصرف دوپامین با دوز بالا).		
۱۵	برای بررسی جریان خون مویرگی حرارت پوست و رنگ پوست را بررسی می کند.		
۱۶	مسیر جریان مایع را مرتباً از نظر نشت مایع و دارو چک می کند و به محض کوچکترین نشت و اظهار درد، قرمزی و ... بلافاصله دارو را قطع می کند و رگ جدید برای بیمار می گیرد.		
۱۷	در صورت نشت به زیر پوست به علت خطر بروز نکروز و گانگرن بلافاصله گزارش می کند.		
۱۸	با تزریق محلول فنتالامین تجویز شده از بروز نکروز پیشگیری می کند.		
۱۹	مایعات ورودی و دفعی را اندازه گیری می کند (I&O) به خصوص در مواردی که دوپامین برای افزایش جریان کلیوی داده می شود.		
۲۰	از درست کردن دارو با غلظت زیاد می پرهیزد. ۲۰۰-۴۰۰ mg DW5% غلظت مناسب ۲۵۰-۵۰۰ Cc		
۲۱	هر ۴۸ ساعت محل انفوزیون را عوض می کند.		
۲۲	تمامی اقدامات و مشاهدات خود (میزان دارو در حلال، تعداد قطرات، زمان شروع، اتمام و ...) را در پرونده ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پروتکل TNG (در انفارکتوس و آنژین ناپایدار)

اهداف:

نیترات ها در سلول های عضلات صاف جدار رگ با فعل و انفعالات خود باعث شل شدن عضلات صاف جدار رگ و کم شدن مقاومت عروق می شوند و سپس کاهش برگشت خون به قلب و کاهش پره لود و کاهش مصرف اکسیژن قلب را به دنبال دارند.

وسایل مورد نیاز:

داروی نیتروگلیسرین - میکروست - سرنگ - پرفیوزر - سرم D/W5% - آنژیوکت - پنبه، الکلی - بتادین - چسب - سرنگ ۵۰ CC + لوله رابط پرفیوزر

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	در مورد شروع دارو به بیمار توضیح می دهد.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	دست ها را می شوید.			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	یک رگ مناسب برای بیمار می گیرد.			
۶	میکروست را به سرم D/W5% حلال وصل می کند و با ۱۰۰ CC محلول پر می کند - یا سرنگ را برای وصل به پرفیوزر از محلول پر می کند.			
۷	یک آمپول ۵ mg نیترو گلیسرین را داخل میکروست یا سرنگ ۵۰ سی سی برای پرفیوزر می ریزد و سپس هواگیری می کند.			
۸	علائم حیاتی بیمار را اندازه گیری می کند (BP-TPR).			
۹	چنانچه فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ و به ویژه همراه نبض کمتر از ۵۰ یا بیشتر از ۱۰۰ باشد، دارو را شروع نکرده و گزارش می کند.			
۱۰	دارو را برای بیمار با ۱۰-۵ میکروگرم در دقیقه طبق تجویز شروع می کند (۶-۱۲ قطره میکروست).			
۱۱	چنانچه درد بیمار کنترل نشده است در صورت لزوم می توانید این میزان را طبق تجویز تا ۱۰۰ و ۲۰۰ میکرو در دقیقه افزایش می دهد.			

۱۲	مرتباً فشار خون و نبض بیمار را پایش می کند.		
۱۳	در صورتی که کاهش فشار خون در افراد با فشار خون نرمال بیشتر از ۱۰٪ و افراد هیپرتانسیو بیشتر از ۳۰٪ کاهش یافت دارو را قطع کرده و گزارش می کند.		
۱۴	چنانچه BP کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه و نبض به کمتر از ۵۰ کاهش یافت دارو را قطع می کند.		
۱۵	اگر با شروع مقادیر کم نیترات، هیپوتانسیون عارض شود دارو را قطع می کند.		
۱۶	پس از اینکه BP بعد از قطع دارو افزایش یافت مجدداً دارو را با دوز کمتر شروع می کند.		
۱۷	در صورت بروز سردرد طبق تجویز به بیمار مسکن می دهد.		
۱۸	تمام اقدامات انجام شده و مشاهدات خود را در پرونده ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: پروتکل آمیودارون (ضد آریتمی)
 اهداف:

برای کنترل آریتمی بطنی VT, VF به ویژه انفارکتوس خلفی، درمان AF و MI حاد استفاده می شود.
 وسایل مورد نیاز:

داروی آمیودارون - میکروست - سرنگ - پرفیوزر - آنژیوکت - پنبه - الک - بتادین - چسب - سرم
 حلال - سرنگ ۵۰ CC + لوله رابط پرفیوزر
 عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	برای بیمار علت شروع دارو و اقدامات مورد نیاز را توضیح می دهد.			
۲	وسایل را آماده می کند.			
۳	در صورت امکان دست ها را می شوید (بروز VF, VT ناگهانی).			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	میکروست را با ۲۰-۵۰ سی سی از سرم D/W5% پر می کند و یا سرنگ ۵۰ سی سی را برای وصل به پرفیوزر از محلول پر می کند. برای دادن ۱۵۰ میلی گرم آمیو دارون آن را در ۲۰-۵۰ سی سی سرم قندی در میکروست یا پرفیوزر می ریزد.			
۶	ابتدا ۱۵۰ mg دارو آمیودارون را داخل میکروست (۵۰ cc - ۲۰) ریخته و در مدت ۱۰ دقیقه برای بیمار انفوزیون می کند (۱۵ میلی گرم در دقیقه).			
۷	در ۶ ساعت اول به طریقی دارو را در محلول حل کرده و قطرات را تنظیم می کند که بیمار در هر دقیقه ۱ mg داروی آمیودارون دریافت کند و مجموعاً ۳۶۰ mg در ۶ ساعت بگیرد (مثلاً دقیقه / قطره $16/5 = 360 \text{ mg}/100\text{cc}$).			
۸	در ۱۸ ساعت بعدی به طریقی دارو را در محلول حل می کند و قطرات را تنظیم می کند که بیمار در هر دقیقه ۰/۵ mg داروی آمیودارون دریافت کند و مجموعاً ۵۴۰ mg در ۱۸ ساعت بگیرد.			
۹	بیمار را به طور مرتب پایش می کند (P, BP, ریت قلبی).			
۱۰	در صورت بروز هیپوتانسیون دارو را قطع می کند و گزارش می کند.			
۱۱	در صورت بروز برادیکاردی دارو را قطع کرده و گزارش می کند.			
۱۲	الکتروکاردیوگرام بیمار را از نظر فواصل PVC, QRS, QT, PR و دیگر اختلالات ریت ECG بررسی می کند.			
۱۳	اقدامات و مشاهدات خود را با ذکر ساعت در پرونده ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پروتکل استرپتوکیناز (ترمبولیتیک)

اهداف:

استرپتوکیناز یک فیبرینولیتیک سیستمیک است و به همراه پلاسمینوژن تشکیل کمپلکس SK-plasminogen را می دهد و این کمپلکس موجب تبدیل پلاسمینوژن به پلاسمین فعال شده و موجب تجزیه و شکسته شدن فیبرین و خورد شدن لخته می شود.

وسایل مورد نیاز:

داروی استرپتوکیناز - سرم حلال N/S یا D/W5% - میکروست - پرفیوزر - سرنگ - آنژیوکت - پنبه - الک - بتادین - چسب - سرنگ ۵۰ CC + لوله رابط پرفیوزر

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار و همراهان او صحبت می کند و در مورد شروع این دارو به آن ها توضیح می دهد و در صورت لزوم رضایت نامه کتبی می گیرد.			
۲	از بیمار تاریخچه می گیرد (موارد کمتر اندیکاسیون دارو شامل جراحی اخیر، خونریزی، سابقه CVA، تاریخ قبلی دریافت این دارو).			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۴	دست ها را می شوید			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	خط وریدی جهت بیمار برقرار می کند که فقط برای تجویز استرپتوکیناز باشد.			
۷	دارو را حل می کند (ویال ۱,۵۰۰,۰۰۰ واحد یا ویال ۷۵۰,۰۰۰ واحد) را با حلال مناسب (طبق بروشور کارخانه سازنده دارو «N/S یا D/W5%» به صورت کاملاً آهسته و بدون تکان دادن حل می کند تا دارو کف نکند.			
۸	میکروست را به سرم حلال وصل می کند و آن را با ۱۰۰ CC از سرم حلال پر می کند (سرنگ مورد نظر را از سرم حلال پر می کند) سپس دارو حل شده را به آن اضافه کرده و هواگیری می کند.			
۹	ترالی اورژانس (داروهایی مانند هیدروکورتیزون و لیدوکائین) و			

			وسایل CPR را آماده می کند.
۱۰			علائم حیاتی بیمار را اندازه گیری می کند (فشار خون ، نبض، تنفس، درجه حرارت).
۱۱			اکسیژن درمانی را طبق تجویز برای بیمار شروع می کند (با ۲ لیتر در دقیقه و از طریق سوند بینی).
۱۲			با پالس اکسی متری اشباع اکسیژن خون شریانی بیمار را پایش می کند.
۱۳			انفوزیون SK را شروع می کند و قطرات را تنظیم می کند تا دارو طبق زمان تعیین شده از (۶۰-۳۰) دقیقه برای بیمار انفوزیون شود.
۱۴			در مدت انفوزیون دارو بیمار را به صورت ممتد پایش می کند (اندازه گیری علائم حیاتی به صورت زیر: ساعت اول هر ۱۵ دقیقه، ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه و ساعت سوم هر یک ساعت و سپس هر ۲ ساعت یکبار و سپس PRN).
۱۵			وضعیت عمومی و ریتم بیمار را پایش می کند و دیس ریتمی های احتمالی را تحت کنترل در آورده و گزارش می کند.
۱۶			برای ایجاد آرامش در بیمار در صورت لزوم و طبق تجویز پزشک آرامبخش می دهد.
۱۷			درد بیمار را بررسی می کند و در صورت تجویز پزشک مسکن می دهد.
۱۸			در فواصل تعیین شده، قبل، حین، ۱ ساعت ، ۳ ساعت و ۶ ساعت پس از دریافت SK از بیمار ECG می گیرد.
۱۹			از بیمار جهت کنترل CPK MB در فواصل تعیین شده نمونه خون می گیرد (حداقل ۳ نوبت ۸ ساعته در ۲۴ ساعت اول).
۲۰			روی محل های خونگیری کمپرس فشاری قرار می دهد.
۲۱			بیمار را از نظر خونریزی در نقاط مختلف بدن بررسی می کند (ادرار، مدفوع، مواد برگشتی از معده، پوست ...).
۲۲			سطح هوشیاری بیمار را بررسی می کند (برای جستجوی علائم خونریزی مغزی به ویژه در بیماران مسن).
۲۳			بیمار را از نظر واکنش های آلرژیک بررسی می کند (تب، لرز، راش، خارش).
۲۴			زمان شروع و پایان دارو و اندازه گیری های انجام شده را در پرونده ثبت می کند.
۲۵			تمامی اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت پرستاری حین انجام PTMC در کت لب (Percutaneous translvalminal mitral Commissurotomy)

اهداف:

والولوپلاستی دریچه میترال یا PTMC به وسیله بالون یک روش جایگزین برای جراحی دریچه میترال است که می تواند در کت لب و بدون استفاده از بیهوشی عمومی انجام شود که بر اساس سطح عملکرد ، سطح دریچه و فعالیت اجتماعی بیمار تعیین می شود.

وسایل مورد نیاز:

پک استریل (شامل دو عدد گان، ۴ عدد دستمال، ۳ عدد سواپ پرپ، رسیور، گالی پات کوچک و گالی پات بزرگ، دو عدد روکش دستگاه) - سینی استریل (شامل سینی و پنج عدد پنس قیچی ، سوزن گیر، شان گیر، دو عدد پنس)- دسیله شریانی و راهنمای کاتتر (راست و چپ) - ماده حاجب بنا به دستور پزشک - سرم نرمال سالین هپارینه (CC ۵۰۰ سرم + ۲۵۰۰ واحد هپارین)- بتادین جهت پرپ کردن بیمار - رابط فشار دو عدد- آنژیوکت - دو عدد سرنگ CC ۲۰ - دو عدد سرنگ CC ۱۰- تیغ بیستوری- سه راهی- شیت مولینز- بروکن برو - استرترچر - استایلت - راهنمای اسپایرال - دایلاتور - سیم راهنمای ۰/۰۳۵ - بالون میترال

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را در بدو ورود به بخش از پرستار بخش مربوط تحویل می گیرد.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و در مورد اهداف و نحوه اجرای روش به وی اطلاعات کافی می دهد.			
۳	جهت کاهش اضطراب به صحبت های بیمار گوش می دهد و به سوالات وی پاسخ می دهد.			
۴	به بیمار می گوید که به مدت حدود یک تا دو ساعت در بخش آنژیو جهت انجام آنژیوگرافی خواهد ماند.			
۵	به بیمار می گوید که در حین عمل کاتتریسم و تزریق ماده حاجب احساس فشار و گر گرفتگی و داغ شدن طبیعی است که با کشیدن چند نفس عمیق این حالت برطرف خواهد شد.			

۶	به بیمار می گوید که احتمال ایجاد حالت تهوع و استفراغ در زمان تزریق ماده حاجب طبیعی است و لازم است به پرستار اطلاع دهد تا اقدامات مورد نیاز به عمل آید.		
۷	به بیمار می گوید هنگام تزریق ماده حاجب از او خواسته می شود که سرفه کند.		
۸	به بیمار می گوید که در صورت وجود درد در حین انجام کار پزشک را مطلع کند تا اقدامات مورد نیاز صورت گیرد.		
۹	خط وریدی بیمار را کنترل می کند.		
۱۰	دستور انجام آنژیوگرافی توسط پزشک را در پرونده بیمار کنترل می کند.		
۱۱	پرونده بیمار، عکس، نوار قلبی، اکو و اکومری، آزمایشات که شامل : هماتولوژی، بیوشیمی، قند خون، آزمایش ادرار، لیپید پروفایل، تست های انعقادی، HIV / HBSAg و گروه خون را کنترل می کند.		
۱۲	کنترل می کند بیمار عضو مصنوعی نداشته باشد.		
۱۳	علائم حیاتی و گرفتن داروهای پریمد و گرفتن داروی پلاویکس را قبل از انجام PTMC کنترل می کند.		
۱۴	بیمار را روی تخت آنژیوگرافی قرار می دهد و سرم درمانی را شروع می کند.		
۱۵	بیمار را برای برقراری ECG و پرپ آماده می کند، مجدداً پرونده و عکس بیمار را کنترل می کند.		
۱۶	در صورت وجود نکات غیرطبیعی (آزمایشات، حساسیت به دارو یا ترکیبات ید دار خاص و ...) به پزشک گزارش می کند.		
۱۷	وسایل مورد نیاز جهت انجام آنژیوپلاستی را آماده می کند.		
۱۸	بیمار را پرپ می کند.		
۱۹	در حین انجام آنژیوپلاستی حضور موثر و فعال داشته و گزارشات مورد نیاز را به پزشک می دهد.		
۲۰	اقدامات مورد نیاز در مواقع اورژانس (واکنش وازوواگال، آریتمی، حساسیت به ید، تهوع و استفراغ و تنگی نفس و ...) انجام می دهد.		
۲۱	بعد از رگ گیری (شریان و ورید) و گذاشتن دسیله هپارین طبق پروتکل (با توجه به وزن بیمار) تقریباً یک سوم هپارین را در ابتدای کار و دو سوم هپارین را بعد از دیلاته شدن محل سپتوستومی به بیمار تزریق می کند. ECG و فشار خون شریانی		

			وریدی را کنترل می کند.
۲۲			جهت انتخاب بالون مناسب اندازه قد بیمار را به پزشک اطلاع می دهد.
۲۳			مرتب با بیمار ارتباط برقرار کرده و شرایط عمومی بیمار را پرسیده و ECG بیمار را کنترل می کند. وضعیت عمومی بیمار را حین سیتوستومی و بالون زدن کنترل می کند. فشار وریدی و شریانی و تب را کنترل می کند.
۲۴			مشخصات بیمار شامل (تشخیص، شماره پرونده، کد، اقدامات پزشکی و پرستاری، و لوازم مصرفی، و برگه بیمه و گزارش پرستاری، CD و فیلم) را در پرونده درج می کند.
۲۵			نخ بخیه در انتهای کار جهت دوختن دسیله شریانی داده و پانسمان را روی پای بیمار قرار می دهد.
۲۶			روی چسب ناحیه دسیله ذکر می کند که بیمار دسیله شریانی دارد.
۲۷			بعد از اتمام کار چست لیدها و رابط ها را جدا کرده و بیمار را روی برانکار انتقال می دهد.
۲۸			به بیمار در مورد دسیله و کشیده شدن آن در بخش پس از کنترل PTT و ناشتا بودن تا دو ساعت و عدم تحرک پا تا ۲۴ ساعت توضیحات مورد نیاز را ارائه می کند.
۲۹			بیمار را به پرستار آنکال در اتاق ریکاوری تحویل داده و گزارشات مورد نیاز را به وی می دهد و روی پرونده و تخت بیمار داشتن دسیله و موفق بودن PTMC جهت اطلاع به دیگر اعضاء تیم بهداشتی را ذکر می کند.
۳۰			بیمار و گزارش اعمال انجام شده را به بخش ریکاوری تحویل می دهد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت پرستاری در آماده سازی بیمار برای آنژیوگرافی (قبل از آنژیوگرافی)

هدف:

کاتتریزاسیون روش تشخیصی تهاجمی است که با یک یا چند کاتتر در شریان یا وریدهای محیطی و انتقال آن به درون قلب انجام می پذیرد. این روش جهت تعیین آناتومی قلب، عروق، دریچه ها، شریان های کرونر، حرکات دیواره بطنی، تعیین اعمال همودینامیک قلب، تعیین فشار گرادیان دریچه ها، تعیین ظرفیت دریچه ها، همچنین به طور اختصاصی جهت مشاهده قلب، شریان های کرونر، عروق کرونر، عروق بزرگ به کار می رود.

وسایل مورد نیاز:

لوازم برقراری IV، لوازم شیو کردن و آمادگی قبل از عمل جراحی، لوازم حمام کردن بیمار

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور انجام آنژیوگرافی توسط پزشک را در پرونده بیمار کنترل می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و در مورد اهداف و نحوه اجرای روش به وی توضیحات کافی می دهد.			
۳	جهت کاهش اضطراب به صحبت های بیمار گوش می دهد و سوالات وی را پاسخ می دهد.			
۴	به بیمار می گوید که حدود یک تا دو ساعت در بخش آنژیوگرافی روی تخت سفت و صاف به حالت درازکش خواهد بود.			
۵	به بیمار می گوید که در حین جای گذاری کاتتر و تزریق ماده حاجب احساس فشار و گر گرفتگی و داغ شدن طبیعی است که با کشیدن چند بار نفس عمیق این حالت برطرف خواهد شد.			
۶	به بیمار می گوید که احتمال ایجاد حالت تهوع و استفراغ در زمان تزریق ماده حاجب طبیعی است و لازم است به پرستار اطلاع دهد تا اقدامات لازم به عمل آید.			
۷	به بیمار می گوید که در صورت وجود درد در حین انجام پروسیجر پزشک را مطلع کند تا داروی ضد درد دریافت کند.			
۸	به بیمار می گوید که احتمالاً جهت ادامه آنژیوگرافی در حین			

			تزریق طبق دستور پزشک لازم است که چند بار سرفه کند، تنفس عمیق داشته باشد و نفس خود را به مدت ۵ ثانیه نگه دارد و این حالت کاملاً طبیعی است.
۹			دستورات دارویی بیمار را کنترل کرده و اجرا می کند.
۱۰			سابقه حساسیت به دارو را از بیمار سوال می کند.
۱۱			داروی ضد انعقاد (کمادین) را از روز پذیرش قطع می کند.
۱۲			هپارین IV را براساس PTT, PT شروع می کند.
۱۳			هپارین را ۸ ساعت قبل از آنژیوگرافی یا PTCA قطع می کند.
۱۴			آزمایشات بیمار را در پرونده کنترل می کند (CBC diff- بیوشیمی ، قند خون ،ادرار- لیپیدها ، HIV ، PTT. PT HBSAg ، گروه خون).
۱۵			وجود آزمایشات انعقادی در پرونده بیمار صبح روز کت ضروری است (PT, PTT).
۱۶			وجود EKG و CxRay را در پرونده بیمار کنترل می کند.
۱۷			محل شیو را در بیمار (هر دو دست و از ناحیه محل ناف تا بالای زانو) کنترل می کند. در آخرین ساعت شب بیمار شیو می شود (توسط بهیار با تجربه).
۱۸			حمام کردن بیمار را کنترل می کند.
۱۹			بیمار را از شب قبل NPO نگه می دارد.
۲۰			علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.
۲۱			برای بیمار خط وریدی از دست راست برقرار کرده و سرم KVO را آغاز می کند (برحسب وضعیت بیمار).
۲۲			در تعویض لباس و پوشاندن گان به بیمار کمک می کند.
۲۳			جهت خارج کردن دندان مصنوعی ، زیورآلات و ساعت به بیمار کمک می کند.
۲۴			دستور دارویی پریمد را طبق دستور پزشک به صورت خوراکی یا تزریق اجرا می کند.
۲۵			برگه قبل از کت را جهت کنترل کامل مراحل انجام فعالیت کنترل می کند (شامل مشخصات بیمار، علائم حیاتی ، قد و وزن، نوع داروی پریمد و ...) و در صورت داشتن حساسیت به دارو خاصی گزارش می دهد.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت پرستاری حین انجام آنژیوگرافی در کت لب

اهداف:

۱- به حداقل رسانیدن مشکلات احتمالی

۲- حمایت روانی بیمار در طی انجام کار

وسایل مورد نیاز:

پگ استریل (شامل دو عدد گان، ۴ عدد دستمال، ۳ عدد سواب پرپ، رسیور، گالی پات کوچک و گالی پات بزرگ، دو عدد روکش دستگاه) - سینی استریل (شامل سینی و پنج عدد پنس قیچی ، سوزن گیر، شان گیر، دو عدد پنس)- دسیله شریانی و راهنمای کاتتر (راست و چپ) - ماده حاجب بنا به دستور پزشک - سرم نرمال سالین هپارینه (CC ۵۰۰ سرم + ۲۵۰۰ واحد هپارین)- بتادین جهت پرپ کردن بیمار - سیم راهنما ۰/۳۵ - رابط فشار دو عدد - آنژیوکت - دو عدد سرنگ ۲۰ سی سی - دو عدد سرنگ ۱۰ سی سی - تیغ بیستوری - سه راهی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را در بدو ورود به بخش از پرستار مربوط تحویل می گیرد.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و در مورد اهداف و نحوه اجرای روش به وی اطلاعات کافی می دهد.			
۳	جهت کاهش اضطراب به صحبت های بیمار گوش می دهد و به سوالات وی پاسخ می دهد.			
۴	به بیمار می گوید که به مدت حدود یک تا دو ساعت جهت انجام آنژیوگرافی در بخش آنژیو خواهد ماند.			
۵	به بیمار می گوید که در حین عمل کاتتریزم و تزریق ماده حاجب احساس فشار و گر گرفتگی و داغ شدن طبیعی است که با کشیدن چند نفس این حالت بر طرف خواهد شد.			
۶	به بیمار می گوید که احتمال ایجاد حالت تهوع و استفراغ در زمان تزریق ماده حاجب طبیعی است و لازم است به پرستار اطلاع دهد تا اقدامات مورد نیاز به عمل آید.			
۷	به بیمار می گوید هنگام تزریق ماده حاجب از او خواسته می شود که سرفه کند.			

۸	به بیمار می گوید که در صورت وجود درد در حین انجام کار پزشک را مطلع کند تا اقدامات مورد نیاز صورت گیرد.		
۹	خط وریدی بیمار را کنترل می کند.		
۱۰	دستور انجام آنژیوگرافی توسط پزشک را در پرونده بیمار کنترل می کند.		
۱۱	پرونده بیمار، عکس، نوار قلبی، اکو و آزمایشات که شامل: هماتولوژی، بیوشیمی، قند خون، آزمایش ادرار، لیپید پروفایل، تست های انعقادی، HIV/ HBS و گروه خون و CD قبلی را کنترل می کند.		
۱۲	کنترل می کند بیمار عضو مصنوعی نداشته باشد.		
۱۳	علائم حیاتی و گرفتن داروهای پریمد را کنترل می کند.		
۱۴	بیمار را روی تخت آنژیوگرافی قرار می دهد و سرم درمانی را شروع می کند.		
۱۵	بیمار را برای برقراری مانیتورینگ ECG و پرپ آماده می کند، مجدداً پرونده و عکس بیمار را کنترل می کند.		
۱۶	وجود نکات غیر طبیعی (آزمایشات، حساسیت، به ید یا داروی خاص و...) را به پزشک گزارش می کند.		
۱۷	وسایل مورد نیاز جهت انجام آنژیوگرافی را آماده می کند.		
۱۸	بیمار را پرپ می کند.		
۱۹	در حین انجام آنژیوگرافی حضور موثر و فعال داشته و گزارشات مورد نیاز را به پزشک می دهد.		
۲۰	اقدامات مورد نیاز در مواقع اورژانس (واکنش وازوگال، آریتمی، حساسیت به ماده حاجب + درد احتمالی، تهوع و استفراغ، تنگی نفس و...) را انجام می دهد.		
۲۱	مرتب با بیمار ارتباط برقرار می کند و حال وی را پرسیده و ECG بیمار را کنترل می کند.		
۲۲	مشخصات بیمار شامل تشخیص، شماره پرونده، کد، اقدامات پزشکی و پرستاری، و لوازم مصرفی و برگه بیمه و گزارش پرستاری را در پرونده بیمار درج می کند.		
۲۳	بعد از اتمام کار چست لیدها و الکترودها را جدا کرده و بیمار را به برانکار انتقال می دهد.		
۲۴	بیمار را جهت کشیدن دسیله شریانی و کمپرس توسط پزشک آماده می کند.		

۲۵	پانسما ناحیه دسیله را چسبانده و طبق پروتکل بخش روی محل کت کیسه شن قرار می دهد و پانسما فشاری اعمال می کند به گونه ای که نبض انتهایی اندام قابل لمس باشد.		
۲۶	به بیمار در مورد عدم حرکت بعد از کت و احتمال خونریزی و ناشتا بودن تا دو ساعت دیگر توضیح می دهد.		
۲۷	کلیه مشهودات خود را به صورت گزارش در برگه مخصوص در پرونده بیمار چارت می کند و با CD و فیلم اجراء شده به پرستار ریکاوری تحویل می دهد.		
۲۸	بیمار را به پرستار آنکال در اتاق ریکاوری تحویل داده و گزارشات مورد نیاز را به وی می دهد.		
۲۹	به منشی بخش یادآوری می کند که با بخش بیمار تماس گرفته و برای پذیرش بیمار در بخش خود اقدام کند.		
۳۰	بیمار را طبق روتین بیمارستان به پرستار بخش تحویل می دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: مراقبت پرستاری بعد از انجام آنژیوگرافی
 اهداف:

- ۱- کنترل نبض های اندام تحتانی و عدم خونریزی از محل انسزیون، کنترل علایم حیاتی و داشتن سرم به صورت KVO جهت دفع ماده حاجب
 - ۲- کنترل رنگ، حرارت، حس و حرکت اندام تحتانی
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با اطلاع و هماهنگی بخش آنژیوگرافی بیمار را با برانکار به همراه عکس و فیلم و CD و پرونده به بخش منتقل می کند.			
۲	در تحویل گرفتن از بخش آنژیوگرافی هوشیاری، نبض پا و محل انسزیون و پانسمان آن را از نظر خونریزی کنترل می کند.			
۳	وضعیت همودینامیک بیمار و حال عمومی وی را گزارش می کند.			
۴	خط وریدی و سرم بیمار را کنترل می کند.			
۵	پرونده بیمار را از نظر چارت مراحل انجام پروسیجر در کت لب و دستورات بعدی کنترل می کند.			
۶	بیمار را با آرامش و ضمن برقراری ارتباط به بخش منتقل می کند.			
۷	بیمار را از برانکار با آرامی به همراه کمک بهیار به تخت آماده منتقل می کند.			
۸	ضمن ایجاد آرامش و آسایش بیمار به وی در جهت بی حرکتی محل پانسمان توضیحات کافی می دهد.			
۹	سرم تراپی را با توجه به آزمایشات، همودینامیک، Ejection Fraction، تشخیص و دستور پزشک بیمار ادامه می دهد.			
۱۰	برگه کنترل بعد از آنژیوگرافی را در پرونده تکمیل می کند.			
۱۱	علایم حیاتی را هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت - هر نیم ساعت تا ۲ ساعت و هر ۱ ساعت تا ۴ ساعت کنترل می کند.			
۱۲	کیسه شن و محل پانسمان را طبق زمان بندی فوق کنترل می کند.			
۱۳	نبض های محیطی، حس و گرمای انتهایی محل انجام پروسیجر را کنترل می کند.			
۱۴	در صورت نیاز طبق دستور پزشک داروی مسکن می دهد.			
۱۵	چنان چه مراحل بعد از کت به طور طبیعی طی شود بیمار بعد از دو ساعت می تواند مایعات بخورد.			

۱۶	در ۶-۸ ساعت اولیه بعد از آنژیوگرافی جهت دفع بهتر ماده حاجب بیمار را به خوردن مایعات تشویق می کند (با توجه به وضعیت بیمار).		
۱۷	در صورت بروز خونریزی ضمن داشتن دستکش محل خونریزی را تحت فشار قرار داده و پس از اطمینان از قطع خونریزی پانسمان فشاری برقرار می کند و پزشک مربوطه را مطلع می سازد.		
۱۸	روی پانسمان بعد از خونریزی حتماً کیسه شن قرار می دهد.		
۱۹	به بیمار لزوم بی حرکتی در تخت را به مدت ۲۴ ساعت یادآور می شود.		
۲۰	ضمن بررسی علایم حیاتی در صورت بروز خونریزی با دادن مایعات ضمن توجه به وضعیت بیمار به جبران آن می پردازد.		
۲۱	دفع ادرار بیمار را کنترل می کند.		
۲۲	در صورت عدم دفع ادرار از تدابیر پرستاری استفاده می کند (استفاده متناوب از کیف آب گرم و آب سرد).		
۲۳	در صورت عدم دفع ادرار به روش فوق طبق دستور پزشک سونداژ انجام می دهد.		
۲۴	بعد از ۲۴ ساعت بیمار را طبق فرایند مربوط از استراحت مطلق به حرکت در می آورد.		
۲۵	در صورت وجود دسیله شریانی یا وریدی به دلیل دریافت هپارین در طی انجام پروسیجر بیمار را جهت خروج دسیله آماده می کند.		
۲۶	در صورت درد در ناحیه شکم ضمن بررسی کامل اگر همراه با افت فشار خون و اختلالات همودینامیکی باشد ضمن NPO نگه داشتن بیمار به پزشک مربوط اطلاع می دهد.		
۲۷	PTT را چهار ساعت بعد از پذیرش بیمار در بخش کنترل می کند.		
۲۸	در صورت نرمال بودن PTT، وسایل خروج دسیله را آماده می کند.		
۲۹	به پزشک جهت خروج دسیله کمک می کند.		
۳۰	در حین خروج دسیله به دلیل احساس درد زیاد احتمال شوک وازوواگال را در بیمار بررسی می کند که در این صورت با تدابیر زیر به بیمار کمک می کند: - ایجاد پوزیشن شوک- انفوزیون سرم نمکی- کنترل علایم حیاتی- مانیتورینگ بیمار - تزریق آتروپین به دلیل برادیکاردی شدید.		
۳۱	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش به بیمار بعد از آنژیوگرافی

هدف:

به حداقل رسانیدن مشکل بیمار و پیشگیری از عوارض

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد عدم فعالیت هایی چون دویدن، ورزش های تماسی و فعالیت های خشن ۴۸ ساعت بعد از انجام آنژیوگرافی توضیح می دهد. بیمار می تواند قدم بزند (توضیح به بیمار در مورد قدم زدن ۴۸ ساعت بعد از کت).			
۲	به بیمار در مورد عدم استراحت مطلق بیشتر از ۱ ساعت آموزش می دهد.			
۳	به بیمار در مورد وجود کبودی در محل کشاله ران و از بین رفتن آن حدود ۱ هفته یا بیشتر (بسته به مقدار کبودی)، امکان تغییر رنگ و احساس یک توده سفت در محل کت که به تدریج از بین خواهد رفت توضیح می دهد.			
۴	میزان و نوع سرم دریافتی بعد از آنژیوگرافی به سن بیمار، آزمایشات بیمار (BUN, CR, FBS)، وضعیت همودینامیک، Ejection Fraction، میزان از دست دادن خون در حین و بعد از آنژیوگرافی بستگی دارد.			
۵	به بیمار آموزش می دهد در صورت وجود موارد زیر با بیمارستان تماس بگیرد: - افزایش تحریک پذیری و ایجاد زخم در محل کشاله ران - هنگامی که ناحیه کشاله ران متورم شود و یا ادمی که افزایش یافته و همراه با نبض باشد - ایجاد رنگ آبی یا ارغوانی در محل کشاله ران و اطراف آن - ایجاد کرختی و رنگ پریدگی در پاها - قرمزی، گرمی و یا داغی شدید در محل انجام آنژیوگرافی - ترشح همراه با چرک			
۶	یافته ها و اقدامات خود را ثبت می کند.			
۷	به بیمار در مورد عدم فعالیت هایی چون دویدن، ورزش های تماسی و فعالیت های خشن ۴۸ ساعت بعد از انجام آنژیوگرافی توضیح می دهد. بیمار می تواند قدم بزند (توضیح به بیمار در مورد قدم زدن ۴۸ ساعت بعد از کت).			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: بستن PDA, ASD, VSD با کویل یا آمپلاتزر

هدف:

رفع نارسایی مادرزادی قلب یا جداسازی خون تیره از روشن و کمک به خون‌رسانی بهتر اعضاء و تنفس بهتر و رفع سیانوز انتهاها

وسایل مورد نیاز:

سرنگ ۲ CC و NIH (در اطفال ۵ ، ۶ سال) - در بزرگسالان سیم راهنمای آمپلاتزر، Delivery, Device (Amplatzer) system - پک استریل (شامل دو عدد گان، ۴ عدد دستمال، ۳ عدد سواپ پرپ، رسیور، گالی پات کوچک و گالی پات بزرگ، دو عدد روکش دستگاه) - سینی استریل شامل سینی و پنج عدد پنس (قیچی، سوزنگیر، شان گیر، دو عدد پنس) - دسیله شریانی و کیت تشخیصی (جاذکینز راست و چپ و پیگتیل) - ماده حاجب بنا به دستور پزشک - سرم نرمال سالین هپارینه (CC ۵۰۰ + سرم ۲۵۰۰ واحد هپارین) - بتادین جهت پرپ کردن بیمار - سیم راهنما ۰/۳۵ - رابط فشار دو عدد - آنژیوکت - دو عدد سرنگ ۲۰ CC - دو عدد سرنگ ۱۰ CC - تیغ بیستوری - سه راهی

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را در بدو ورود به بخش از پرستار مربوطه تحویل می گیرد.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار کرده و در مورد اهداف و نحوه اجرای روش به وی اطلاعات کافی می دهد.			
۳	جهت کاهش اضطراب به صحبت های بیمار گوش می دهد و به سوالات وی پاسخ می دهد.			
۴	به بیمار می گوید که حدود یک تا دو ساعت جهت انجام آنژیوگرافی در بخش آنژیو خواهد ماند.			
۵	خط وریدی بیمار را کنترل می کند.			
۶	دستور انجام پروسیجر توسط پزشک را در پرونده بیمار کنترل می کند.			
۷	پرونده بیمار، عکس، نوار قلبی، اکو، و آزمایشات که شامل: هموگلوبین، هماتولوژی، بیوشیمی، قند خون، آزمایش ادرار، لیپید پروفایل، تست های انعقادی، HIV / HBSAg و گروه خون است را کنترل می کند.			
۸	کنترل می کند بیمار عضو مصنوعی نداشته باشد.			
۹	علایم حیاتی و داروهای پریمد را کنترل می کند.			
۱۰	بیمار را روی تخت آنژیوگرافی قرار می دهد و سرم درمانی را			

			شروع می کند.
۱۱			بیمار را برای برقراری ECG و پرپ آماده می کند، مجدداً پرونده و عکس بیمار را کنترل می کند.
۱۲			در صورت وجود نکات غیرطبیعی (آزمایشات، حساسیت به ید یا داروی خاص، ماده حاجب و ...) را به پزشک گزارش می کند.
۱۳			وسایل مورد نیاز جهت انجام پروسیجر را آماده می کند.
۱۴			بیمار را پرپ می کند (ناحیه مورد نظر، کشاله ران).
۱۵			حین انجام آنژیوگرافی در اتاق حضور موثر داشته باشید و موارد مورد نیاز را گزارش می کند.
۱۶			اقدامات مورد نیاز در مواقع اورژانس (واکنش وازوواگال، آریتمی، حساسیت به ید، تهوع و استفراغ و تنگی نفس و ...) به عمل می آورد.
۱۷			مرتب با بیمار ارتباط برقرار می کند و حال وی را پرسیده و ECG بیمار را کنترل می کند.
۱۸			مشخصات بیمار شامل تشخیص، شماره پرونده، کد، اقدامات پزشکی و پرستاری، و لوازم مصرفی، و برگه بیمه و گزارش پرستاری را ثبت می کند.
۱۹			سرنگ های ۲CC را هپارینه کرده و فشار اکسیژن هر قسمت را که به وسیله دستگاه ABG خوانده می شود کنترل می کند. کنترل فشار خون هر قسمت را توسط مانیتورینگ انجام می دهد.
۲۰			بیمار را جهت انجام اکوی مری (آماده کردن وسایل و دادن پریمد و توضیح به بیمار) آماده می کند.
۲۱			در حین گذاردن کویل یا آمپلاتزر ۵۰ mg/kg کفلین در اطفال و در بزرگسال طبق دستور پزشک تزریق می کند.
۲۲			بعد از اتمام کار چست لیدها و رابط ها را جدا کرده و بیمار را به برانکار انتقال می دهد.
۲۳			بیمار را جهت کشیدن دسیله شریانی و کمپرس توسط پزشک آماده می کند.
۲۴			پانسمان ناحیه دسیله را چسبانده و روی محل کت کیسه شن قرار می دهد.
۲۵			به بیمار در مورد عدم حرکت بعد از کت و احتمال خونریزی و ناشتا بودن تا دو ساعت دیگر توضیح می دهد.
۲۶			بیمار را به آنکال اتاق ریکاوری تحویل داده و گزارشات مورد نیاز را می دهد.
۲۷			بیمار را با تخت مانیتوردار به CCU منتقل می کند زیرا به مراقبت بیشتری نیاز دارد.

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ☆ نوع فعالیت: استرس اکوکاردیوگرافی
- اهداف:
- ۱- آشنایی و آگاهی بیمار با نحوه انجام پروسیجر و کاستن از اضطراب و نگرانی وی
 - ۲- کنترل مداوم بیمار و پیشگیری از بروز عوارض احتمالی حین انجام پروسیجر و در نتیجه انجام موفق استرس اکو
 - ۳- کنترل بیمار از نظر عوارض احتمالی و حصول اطمینان از وضعیت ثابت همودینامیک پس از تست
- وسایل مورد نیاز:
- عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
الف - پذیرش بیمار در واحد سرپایی استرس اکو:				
۱	در مورد نحوه انجام پروسیجر برای بیمار و همراهان وی و گرفتن رضایت نامه توضیح می دهد.			
۲	در مورد سابقه بیماری‌هایی از قبیل دیابت و فشار خون و ... سوال می کند.			
۳	از دو روز قبل از انجام تست به بیمار توصیه می کند بعضی داروهای قلبی (طبق دستور پزشک) را قطع کند (این داروها شامل بتابلاکرها، بلوک کننده های کانال کلسیمی و نیترات ها و...) می باشند.			
۴	با بیمار ارتباط مناسب برقرار می کند.			
۵	اطمینان پیدا می کند بیمار ناشتا بوده و با انجام کار آشنایی یافته است.			
۶	مراقبت می کند که در آقایان سینه تراشیده شده باشد.			
۷	راه وریدی جهت بیمار برقرار می کند.			
۸	مانیتورینگ بیمار شامل تعبیه لیدهای ۱۲ گانه ، تهیه پرینت، کنترل فشار خون، کنترل ECG از نظر وجود آریتمی احتمالی را برقرار می کند.			
۹	به بیمار در تخت جهت انجام صحیح روش، پوزیشن مناسب می دهد.			
ب: مراقبت های پرستاری حین استرس اکو:				
۱۰	چنانچه پروسیجر به روش ورزش انجام شود، قبل از شروع آن در مورد نحوه استفاده از تردمیل برای بیمار توضیح			

			کامل می دهد.	
۱۱			حین ورزش روی تردمیل، هر ۳ دقیقه فشار خون بیمار کنترل شده و ضمن کنترل ECG بیمار هرگونه تغییرات در آن را به اطلاع پزشک مربوط می رسانی.	
۱۲			در زمان مقرر طبق دستور پزشک، تردمیل متوقف شده و بیمار را با پوزیشن مناسب به تخت منتقل می کند.	
۱۳			چنانچه پروسیجر به روش دوبوتامین انجام شود، پس از آماده نمودن سرم دوبوتامین، دوز تجویزی را طبق دستور پزشک به بیمار می دهد.	
۱۴			هر ۳ دقیقه فشار خون بیمار را کنترل می کند و ضمن مانیتورینگ مداوم هرگونه تغییرات ECG را به اطلاع پزشک می رسانی. همچنین از بیمار در مورد احساس درد یا ناراحتی در قفسه سینه یا سایر علایم سوال می کند.	
۱۵			در صورت بروز هرگونه درد قفسه سینه و یا حملات احتمالی قلبی، پرستار باید آمادگی کامل اداره وضعیت اضطراری را داشته باشد.	
ج: مراقبت های پرستاری بعد از اکو استرس:				
۱۶			علایم حیاتی و همودینامیک را تا ۳۰ دقیقه پس از پایان تست و قبل از خروج از واحد اکو کنترل می کند.	
۱۷			یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آموزش های قبل از هولترمانیتورینگ در بخش الکتروفیزیولوژی

هدف:

یافتن تغییرات ECG، PB یا آریتمی ها و بلوک های قلبی

وسایل مورد نیاز:

در خواست پزشک – تهیه باتری توسط بیمار و چست لید

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از مراجعه بیمار به این بخش، با توجه به درخواست پزشک، نوع دستگاه را برای او مشخص می کند.			
۲	به بیمار در مورد تهیه نوع باتری اطلاعات مورد نیاز را می دهد.			
۳	در مورد شیو قفسه سینه در آقایان و استحمام بیماران در روز مراجعه، آموزش مورد نیاز را می دهد.			
۴	به بیمار می گوید در روز مراجعه آخرین ECG خود را بیاورد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: انجام هولتر مانیتورینگ

هدف:

یافتن تغییرات ECG و BP در زمان احساس تپش، سرگیجه، درد قفسه سینه و ... توسط بیمار

وسایل مورد نیاز:

چست لید - پنبه الک - ریکوردر با یا بدون کاف فشار خون - کامپیوتر با نرم افزار مخصوص هولتر

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار و همراه او ارتباط برقرار می کند و هدف از این کار و روش عملکرد را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	محیطی امن را برای نصب دستگاه به بیمار ایجاد می کند.			
۳	قفسه سینه بیمار را با پنبه الک کاملاً پاک می کند.			
۴	چست لیدها را در محل مناسب می چسباند.			
۵	دستگاه هولتر را توسط رابط به بیمار وصل می کند.			
۶	ECG بیمار را چک می کند و حداقل ۲ لید واضح از بیمار دارد.			
۷	جهت جلوگیری از جدا شدن چست لیدها، روی آن ها را با چسب به بدن بیمار می چسباند.			
۸	لباس راحت به بیمار می پوشاند.			
۹	آموزش های مورد نیاز را در مورد فعالیت بیمار در طول هولتر مانیتورینگ و فشار دادن دکمه ی مخصوص جهت ثبت احساس ناراحتی بیمار و یادداشت آن ها در فرم مخصوص به بیمار می دهد.			
۱۰	اگر هولتر فشار خون علاوه بر ECG یا به تنهایی انجام شود آموزش مورد نیاز را در مورد ثبت دقیق BP به او می دهد (صاف نگه داشتن دست بیمار از ناحیه آرنج در هنگام پر شدن کاف فشار خون).			
آنالیز بررسی ECG بیمار بعد از انجام هولتر مانیتورینگ				
۱۱	بعد از مراجعه بیمار دستگاه را از بیمار باز می کند.			
۱۲	کارت ثبت ECG را از دستگاه خارج کرده اطلاعات آن را به کامپیوتر می دهد.			

۱۳	ECG ۲۴ ساعته یا بیشتر را آنالیز می کند و اشتباهات خواننده شده توسط دستگاه را جداسازی می کند.		
۱۴	زمان احساس ناراحتی بیمار را با آن لحظه مقایسه می کند.		
۱۵	از نوار های متعدد با یا بدون آریتمی، پرینت می گیرد.		
۱۶	گزارش نهایی را تایپ می کند و همراه با نوار ها جهت تأیید به پزشک الکتروفیزیولوژیست ارائه می دهد.		
۱۷	پس از تأیید، جواب را به بیمار تحویل می دهد.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انجام آنالیز پیس میکرهای دایم در بخش الکتروفیزیولوژی

هدف:

بررسی عملکرد پیس میکرهای دایم

وسایل مورد نیاز:

چست لید - دستگاه پروگرامر

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را از بخش یا به صورت سر پای پذیرش می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف از این کار و روش عملکرد را برای او توضیح می دهد.			
۳	بیمار را روی تخت می خواباند.			
۴	چست لیدها را در محل مناسب می چسباند.			
۵	در صورتی که تعبیه پیس میکر اخیراً انجام شده باشد، ناحیه انفوزیون را از نظر عفونت یا هماتوم بررسی می کند.			
۶	بیمار را به پروگرامر متناسب با ژنراتور وصل می کند و آن را روشن می کند.			
۷	آنالیز در دستگاه را روی محل تعبیه پیس میکر قرار می دهد.			
۸	تست هایی مثل sensing . pacing threshold . Impedance threshold و طول عمر ژنراتور را اندازه گیری می کند.			
۹	نتایج به دست آمده را در فرم مخصوص وارد می کند.			
۱۰	نتیجه را به پزشک الکتروفیزیولوژیست اطلاع می دهد.			
۱۱	در صورت نیاز تغییرات مورد نیاز را در موارد ذکر شده در بند ۸ ایجاد می کند.			
۱۲	بیمار را از دستگاه جدا می کند.			
۱۳	در صورت نزدیک بودن به پایان عمر باتری نوبت مراجعه بعدی یک ماهه به بیمار می دهد.			
۱۴	در صورت پایان عمر باتری، بیمار را جهت بستری به اورژانس ارجاع می دهد.			
۱۵	در صورت بالا بودن آستانه و یا ایمپدانس نتیجه را جهت بررسی بیشتر به پزشک گزارش می کند.			
۱۶	در صورت تأیید جابه جایی لید یا شکستگی لید توسط پزشک بیمار را جهت بستری به بخش اورژانس ارجاع می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انجام Signal average ECG در بخش EP (الکتروفیزیولوژی)

هدف:

تعیین ریسک بیماران از نظر حوادث آریتمیک در آینده

وسایل مورد نیاز:

دستگاه ECG مجهز به ثبت سیگنال اوريج

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف از این کار و روش عملکرد را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	شرایط سکوت و آرامش و محیط امن را برای بیمار فراهم می کند.			
۳	لیدهای ECG را در محل های مناسب نصب می کند.			
۴	دستگاه را روشن می کند.			
۵	از بیمار ECG سیگنال اوريج می گیرد.			
۶	نتیجه را در فرم مخصوص وارد می کند و به پزشک گزارش می کند.			
۷	لیدها را از بیمار جدا کرده و نتیجه کتبی تفسیر سیگنال اوريج را به او می دهد.			
۸	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف از این کار و روش عملکرد را به بیمار توضیح می دهد.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در اکوی مری (ترانس ازوفاژیال اکوکاردیوگرافی)

هدف:

اکوی مری یک روش تشخیصی غیرتهاجمی در بیماری های قلبی است که طی آن با وارد کردن پروپ ویژه ای به داخل مری بیمار، تصاویر اکوکاردیوگرافی دقیق تری از قلب وی تهیه می شود. پرستار در انجام موفق این پروسیجر نقش مهمی دارد. این روش در یک بخش سرپایی انجام می شود و بیمار در آن بستری نمی گردد.

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند و او را جهت انجام پروسیجر آماده می کند.			
۲	پذیرش بیمار در واحد سرپایی اکومری شامل توضیح روش کار و هدف از انجام آن برای بیمار و همراه او، گرفتن رضایت نامه و بررسی آمادگی بالینی وی از نظر ناشتا بودن، کنترل آزمایشات انعقادی خون و سابقه حساسیت های دارویی و ... را انجام می دهد.			
۳	جهت کاستن از اضطراب بیمار با وی صحبت می کند.			
۴	راه وریدی برای بیمار برقرار می کند.			
۵	بیمار را از نظر داشتن دندان مصنوعی و پروتز متحرک در دهان بررسی می کند و جهت خارج کردن آن راهنمایی مورد نیاز را ارائه می دهد.			
۶	الکتروود و چست لیدهای ECG را می چسباند و بیمار را از نظر ریتم و ریت قلبی و همچنین استفاده از پالس اکسی متری مانیتورینگ می کند.			
۷	اسپری لیدوکائین طبق دستور پزشک (۲ الی ۳ پاف) در ناحیه حلق بیمار و همچنین ژل لیدوکائین جهت بی حسی و لغزنده کردن گلو بیمار (به منظور تسهیل در لوله گذاری) تجویز می کند.			
۸	به بیمار جهت گرفتن پوزیشن مناسب در تخت قبل از لوله گذاری کمک می کند.			
۹	داروی خواب آور (میدازولام) طبق دستور پزشک با توجه به سن و همچنین میزان اشباع اکسیژن بیمار تزریق می کند.			
۱۰	در مورد روش کار برای بیمار جهت کاستن از اضطراب وی و همکاری بیشتر طی پروسیجر توضیح مختصری می دهد.			

۱۱	به طور مجدد حلق بیمار را از نظر بی حسی موضع کنترل می کند.		
۱۲	جهت جلوگیری از گاز گرفتگی پروپ اکوی مری محاذ دندان در دهان بیمار قرار می دهد.		
۱۳	پروپ را از نظر خرابی یا پارگی احتمالی کنترل می کند و پروپ اکومری را به طور صحیح حمل می کند.		
۱۴	مراقبت های پرستاری حین انجام اکومری: - با کمک به پزشک برای انجام دقیق پروسیجر، صدمات احتمالی را به حداقل برسانید. - سطح هوشیاری، تنفس و نبض بیمار را کنترل می کند. - با بیمار ارتباط برقرار کرده و وضعیت وی را حین پروسیجر کنترل می کند. - وضعیت قرارگیری پروپ در دهان بیمار و محافظ دندان ها را جهت جلوگیری از گاز گرفتگی احتمالی پروپ کنترل می کند.		
۱۵	به محض پایان پروسیجر و خروج پروپ از دهان بیمار، آنرا از پزشک تحویل گرفته و با دقت به اتاق مخصوص جهت شست و شو و ضدعفونی منتقل می کند.		
۱۶	مراقبت های پرستاری بعد از انجام اکومری: - پس از پایان روش و کسب نتیجه مطلوب در بیمار آرامش و رضایت ایجاد می کند. - ترشحات دهانی بیمار را از نظر خونریزی احتمالی کنترل می کند. - جهت پاکسازی صورت و دهان و خروج مناسب از تخت (به دلیل گیجی و خواب آلودگی بیمار) به او کمک می کند. - به منظور خودداری از خوردن هر ماده غذایی تا ۲ ساعت بعد از پروسیجر به دلیل بی حسی گلو و همچنین اجتناب از رانندگی یا استفاده از وسایل برنده به دلیل احتمال خواب آلودگی به بیمار یادآوری می کند و آموزش می دهد. - علایم حیاتی بیمار را تا ۳۰ دقیقه پس از پایان پروسیجر کنترل می کند.		
۱۷	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.		

نوع فعالیت: برقراری CPB (Cardio pulmonary bypass)

اهداف:

۱- برقراری پرفیوژن بافت ها، به خصوص بافت های حیاتی مانند مغز و کلیه از طریق برقراری پرفیوژن بافتی

۲- محافظت میوکارد از طریق تزریق کاردیوپلژیا

۳- برقراری محیط عاری از خون ، برای جراح جهت انجام عمل جراحی

وسایل مورد نیاز:

تجهیزات مخصوص CPB

عامل انجام کار:

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			- مراحل انجام کار قبل از شروع CPB :	
			اطلاعات اولیه شامل مشخصات فردی نام و نام خانوادگی ، کد و شماره پرونده ، قد و وزن و سن بیمار را ثبت می کند.	۱
			تست های آزمایشگاهی شامل هماتولوژی ، بیوشیمی ، سرولوژی ، ایمنولوژی و آزمایش کامل ادرار و گروه خون بیمار را مطالعه و برگه مخصوص CPB را بر اساس آن کامل می کند.	۲
			برگه آنژیوگرافی ، اکو ، مشاوره جراحی، مطالعه و موارد ضروری شامل تشخیص بیماری ، نوع عمل جراحی ، میزان Ejection Fraction ، سابقه بیماری های خاص (دیابت ، فشار خون بالا ، گرفتگی عروق کاروتید ، نارسایی کلیه . بیماری های خونی) و انواع حساسیت ها را ثبت می کند.	۳
			بر اساس قد و وزن بیمار سطح بدن بیمار را محاسبه و ثبت می کند.	۴
			بر اساس میزان سطح بدن بیمار و نوع عمل جراحی نوع اکسیژناتور ، کانول های شریانی ، وریدی ، کاردیوپلژی و کانول ونت را انتخاب می کند.	۵
			دستگاه CPB را به برق متصل نموده و از عملکرد صحیح تمامی قسمت های آن اطمینان حاصل می کند.	۶
			دستگاه هیتراکولر را به برق متصل نموده و از عملکرد صحیح آن اطمینان حاصل می کند.	۷
			اکسیژناتور را پس از اطمینان از سالم بودن بدنه روی پایه مخصوص قرار می دهد و لوله های مربوطه را در شرایط استریل متصل می کند.	۸
			در صورت استفاده از فیلترهای شریانی آنها را در مسیر لوله شریانی قرار می دهد.	۹

۱۰	لوله های مخصوص ناحیه استریل جراحی و کانول ها را پس از مشورت با جراح بیمار به پرستار اسکراب تحویل می دهد.		
۱۱	هیتروکلر را به اکسیژناتور وصل نموده و از صحت چرخش آب در اکسیژناتور اطمینان حاصل می کند.		
۱۲	لوله اکسیژن مرکزی را به اکسیژناتور متصل نموده و از عدم نشت اکسیژن در مسیر، اطمینان حاصل می کند.		
۱۳	اکسیژناتور را متناسب با HCT بیمار با محلول هپارینه پریم می کند.		
۱۴	در صورت نیاز به اضافه نمودن خون به مایع پریم با جراح و متخصص بیهوشی مشورت می کند.		
۱۵	در صورت نیاز به ترانسفوزیون خون، مشخصات کامل بیمار شامل نام و گروه خونی بیمار را با کیسه خون تطبیق می دهد.		
۱۶	سیستم های ایمنی دستگاه پمپ شامل رددیاب حباب هوا، رددیاب سطح مایع و سنسور فشار را فعال می کند.		
۱۷	پروب های حرارتی را نصب می کند.		
۱۸	هدهای دستگاه را کالیبره نموده جریان گردش خون داخلی اکسیژناتور را برقرار کرده و دمای پریم را توسط هیتروکلر به دمای متناسب با درجه حرارت بدن می رساند.		
۱۹	جهت چرخش کلیه هد های دستگاه CPB را همسان می کند.		
۲۰	لوله های شریانی، وریدی، کاردیوپلژی، ونت و ساکشن را از ناحیه عمل جراحی تحویل گرفته و به اکسیژناتور متصل می کند.		
۲۱	محلول پریم را در لوله ها و اکسیژناتور به گردش در می آورد و کلیه مسیرها را کنترل می کند.		
۲۲	در صورت نیاز به استفاده از همو فیلتر پس از اتصال به اکسیژناتور آن را پریم می کند.		
۲۳	محلول کاردیوپلژی را طبق نظر جراح به صورت کریستالوئید و یا همراه با خون آماده می کند.		
۲۴	قبل از شروع مرحله بعد به کل فرآیندهای موجود بر اساس چک لیست زیر دقت می کند: الف: اکسیژناتور و لوله ها را از نظر نشتی، وجود حباب هوا، محکم بودن اتصالات کنترل می کند. ب: از باز بودن اکسیژن اطمینان حاصل می کند. ج: از هپارینه بودن پریم اطمینان حاصل می کند. د: از فعال بودن سیستم های ایمنی اطمینان حاصل می کند. ه: از عملکرد صحیح برق اضطراری دستگاه اطمینان حاصل می کند. و: دستگیره گرداننده هد پمپ را در دسترس خود قرار می دهد. ی: مولد نور اضطراری (چراغ قوه) را در دسترس خود قرار می دهد.		

- مراحل انجام کار در شروع و حین CPB			
۱			از تزریق هپارین به بیمار توسط متخصص بیهوشی اطمینان حاصل می کند.
۲			جهت شروع مرحله کانولاسیون از بالا بودن ACT (بیشتر از ۴۸۰) اطمینان حاصل می کند.
۳			پس از انجام کانولاسیون با هماهنگی جراح چرخش پرایم در لوله ها متوقف و مسیرهای شریانی و وریدی را کلمپ نموده و کلیه مسیرهای داخلی اکسیژناتور را مسدود می کند.
۴			پس از اتصال لوله شریانی به کانول آئورت از عدم وجود حباب های هوایی اطمینان حاصل نموده و فشار swimming را کنترل می کند.
۵			پس از اتصال لوله وریدی به کانول های وریدی و اطمینان از باز بودن اکسیژن با دستور جراح CPB را برقرار می کند.
۶			با صدای بلند شروع CPB را جهت اطلاع تیم جراحی و بیهوشی اعلام می کند و جهت قطع ونتیلاسیون، کامل شدن flow بیمار را به اطلاع بیهوشی می رساند.
۷			سرد نمودن بیمار را با نظر جراح شروع می کند.
۸			پس از رسیدن درجه حرارت بیمار به دمای مطلوب از نظر جراح، جهت کلامپ آئورت، فلو بیمار را کاهش می دهد.
۹			پس از کلامپ آئورت محلول کاردیوپلژی را با سرعت و غلظت مناسب به میزان مورد نیاز بر اساس وزن بیمار تزریق می کند تا فعالیت الکتریکی قلب کاملاً متوقف شود.
۱۰			بعد از تزریق کامل کاردیوپلژی نمونه خون شریانی را جهت تست های آزمایشگاهی (Hct- Hb -Na - K - ABG) ارسال می کند.
۱۱			میانگین فشار خون بیمار را متناسب با درجه حرارت بیمار در طول عمل جراحی بین ۶۰-۹۰ mmHg حفظ می کند.
۱۲			بر اساس نتایج تست های آزمایشگاهی بیمار، روند جراحی و درجه حرارت بیمار، میزان فلو اکسیژن و فلو بیمار را تصحیح نموده و در مورد ترانسفوزیون خون و استفاده از داروهای مورد نیاز با متخصص بیهوشی و جراحی هماهنگی می کند.
۱۳			در طول عمل جراحی به میزان برون ده ادرار به میزان ۰.۵ cc/kg.h توجه می کند.
۱۴			گازهای خون شریانی را در طول CPB کنترل نموده و در صورت وجود اختلال با هماهنگی تیم بیهوشی اصلاح می کند.
۱۵			با توجه به وضعیت هماتوکریت، دیورز و مشکلات کلیوی بیمار از هموفیلتر استفاده می کند.
۱۶			جهت محافظت میوکارد طبق نظر جراح از Hot shut استفاده می کند.

۱۷	با نزدیک شدن به زمان باز کردن کلامپ آئورت با هماهنگی جراح گرم کردن بیمار را به آهستگی شروع می کند.		
۱۸	در زمان برداشتن کلامپ آئورت برای کاهش عوارض، فلو را کاهش داده و با نظر جراح ۱-۲ دقیقه پائین نگه داشته و سپس به تدریج به حد نرمال می رساند.		
۱۹	وضعیت قلب را از جهت برگشت ریتم و بروز آریتمی زیر نظر دارد.		
- مراحل انجام کار هنگام پایان و پس از CPB			
۱	جهت جداسازی بیمار از دستگاه CPB به ABG، درجه حرارت، فعالیت های الکتریکی نرمال قلب، میزان فشار ورید مرکزی و میزان فشار خون دقت می کند.		
۲	قبل از جداسازی کامل بیمار از دستگاه CPB متخصص بیهوشی را جهت ونتیلاسیون بیمار آگاه می کند.		
۳	با نظر جراح و هماهنگی با تیم بیهوشی جهت جداسازی بیمار از دستگاه CPB به تدریج قلب را پر می کند.		
۴	در صورت مطلوب بودن شرایط با دستور جراح بیمار را از دستگاه CPB جدا می کند.		
۵	در صورت افت فشار خون شریانی و یا کمبود حجم با نظر جراح به آهستگی به بیمار حجم می دهد.		
۶	جهت حفظ دمای بدن بیمار در حد مطلوب پس از پایان CPB از گرم کننده های مناسب استفاده می کند (پتو).		
۷	قبل از شروع پروتامین ساکشن های پمپ را خاموش می کند.		
۸	کلیه اطلاعات بیمار پس از جداسازی از CPB را به طور دقیق ثبت می کند.		
۹	در طول مدت پایان CPB جهت شروع مجدد CPB آمادگی کامل دارد.		
۱۰	برای استفاده احتمالی از تجهیزات کمکی مانند وسایل کمک بطنی و بالون پمپ داخل آئورتی آمادگی کامل دارد.		
۱۱	هنگام انتقال بیمار به ICU در صورت داشتن تجهیزات کمکی، بیمار را همراهی می کند.		
۱۲	جهت بررسی وضعیت بیمار پس از عمل جراحی در ICU، بیمار را ارزیابی می کند.		



فصل یستم

سالمندی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل بی اختیاری ادرار در سالمندان

اهداف:

۱- باز آموزی کنترل ادرار

۲- یادگیری کنترل رفتار

۳- حفظ استقلال

وسایل مورد نیاز:

برگه ثبت بازآموزی ادرار - دستکش - لوبریکنت - کرم مرطوب کننده - پد - لگن - ظرف جمع آوری

نمونه - برچسب نام بیمار - درخواست فرم آزمایشگاه - در صورت نیاز کاتتر ادراری.

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از بیمار سوال می کند که چه زمانی متوجه نشت ادرار شده است.			
۲	از بیمار سوال می کند شروع بی اختیاری ناگهانی یا تدریجی بوده است.			
۳	الگوی بی اختیاری ادرار را از سالمند سوال می کند: الف - آیا معمولاً بی اختیاری در طی روز یا شب اتفاق می افتد؟ ب - آیا بی اختیاری بلافاصله پس از تخلیه مثانه رخ می دهد؟ پ - آیا برای تخلیه ادرار اضطراب دارد؟ ت - چه میزان می تواند ادرار خود را کنترل کند، آیا کنترل متوسطی بر ادرار دارد؟ ث - آیا بی اختیاری ادرار به طور کامل رخ می دهد؟ ج - در صورتی که گاهی اوقات کنترل بر ادرار کردن وجود دارد چه موقع و چگونه صورت می گیرد؟			
۴	وجود دیگر مشکلات همراه با آن را سوال می کند: - تردید در ادرار کردن، تکرر ادرار، اضطراب در ادرار، شب ادراری، کاهش قدرت ادرار کردن و قطع جریان ادرار			
۵	از سالمند در مورد درمان هایی که تاکنون برای کنترل بی اختیاری انجام داده است سوال می کند.			

۶	در مورد مصرف داروهای بدون نسخه از سالمند جويا می شود.		
۷	محیط زندگی سالمند را بررسی می کند: الف- آیا دسترسی به توالت آسان است؟ ب- چه مدت طول می کشد تا سالمند به توالت برسد؟ پ- پس از ورود به توالت چقدر سریع می تواند لباس هایش را درآورد؟		
۸	وضعیت روانی و عملکرد شناختی سالمند را بررسی می کند.		
۹	میزان دریافت مایعات روزانه را مشخص می کند.		
۱۰	تاریخچه دارویی و غذایی که می تواند بر جذب و دفع بیمار تأثیر بگذارد را جويا می شود.		
۱۱	تاریخچه پزشکی بیمار از جمله تعداد و روش زایمان ها و هیستریکتومی (در بانوان)، سابقه بروز عفونت سیستم ادراری، وجود بیماری پروستات، دیابت، صدمه یا ضربه به ستون مهره ها، سکنه، سابقه جراحی مثانه، پروستات یا جراحی لگنی، وجود بیماری هایی نظیر دلیریوم، دهیدراتاسیون، احتباس ادراری، محدودیت حرکتی، یبوست، عفونت، التهاب و پرنوشی را بررسی می کند.		
۱۲	مجرای ادراری را از نظر وجود التهاب یا نقص آناتومیکی بررسی می کند.		
۱۳	لباس زیر بیمار را از نظر نشت ادرار کنترل می کند.		
۱۴	در صورت مشاهده علائم احتباس ادراری، شکم را از نظر وجود تورم مثانه به آرامی لمس می کند.		
۱۵	حساسیت زاویه مهره ای- دنده ای را بررسی می کند.		
۱۶	در صورت امکان یک اورولوژیست بیمار را ویزیت کند.		
۱۷	یک نمونه ادرار جمع آوری کرده و به آزمایشگاه می فرستد.		
۱۸	برنامه بازآموزی کنترل ادرار را اجرا می کند.		
۱۹	قبل از اجرای بازآموزی کنترل ادرار ۲۴ تا ۴۸ ساعت الگوی دفع ادراری را ثبت می کند.		
۲۰	توصیه می کند بیمار تا قبل از ساعت ۶ بعد از ظهر ۶ تا ۸ لیوان آب بخورد.		
۲۱	از ورزش های تقویت کننده عضلات کف لگن استفاده می کند.		
۲۲	برای کنترل بی اختیاری، وضعیت عملکردی و روانی بیمار را کنترل می کند.		

			۲۳	به طور مرتب به او تذکر می دهد که ادرار کند.
			۲۴	او را در رفتن به دستشویی یاری می دهد.
			۲۵	تمام موارد بازآموزی کنترل مثانه، جدول تعداد دفعات رفتن به توالت، دریافت مایعات و غذا و میزان دفع را ثبت می کند. طول مدت زمان کنترل بیمار را ذکر می کند. همزمان با درمان وی به وجود هر نوع عارضه از جمله مشکلات هیجانی و شکنندگی پوست و عفونت توجه می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل بی اختیاری مدفوع در سالمندان

اهداف:

۱- حفظ استقلال

۲- پیشگیری از عوارض

وسایل مورد نیاز:

دستکش - گوشی برای شنیدن صداهای روده ای - ژل لوبریکنت - کرم مرطوب کننده - پد - لگن - ظرف جمع آوری نمونه - برچسب - فرم درخواست آزمایشگاه - در صورت لزوم ظرف جمع آوری مدفوع

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از بیمار در مورد زمان و شروع بی اختیاری، طول مدت آن، شدت و الگوی آن (در طی شب یا توام با اسهال) سوال می کند.			
۲	تاریخچه ای از وضعیت اختلالات دستگاه گوارش، نورولوژی و روانی کسب می کند.			
۳	در طی ۲۴ ساعت تکرار، تداوم و حجم مدفوع را مشخص می کند.			
۴	در صورت لزوم یک نمونه مدفوع تهیه می کند.			
۵	از پدهای جاذب رطوبت استفاده می کند.			
۶	وجود یبوست مزمن، اختلالات نورولوژیکی و گوارشی و سوء مصرف مسهل ها را جویا می شود.			
۷	شکم را از نظر وجود نفخ بررسی می کند.			
۸	به صداهای روده ای گوش می دهد.			
۹	در صورت لزوم، روده را از نظر وجود مدفوع فشرده بررسی می کند.			
۱۰	بیمار را از نظر مصرف داروهای مؤثر بر تحرک روده بررسی می کند.			
۱۱	در صورت توانایی بیماران مبتلا به بی اختیاری مزمن، برنامه بازآموزی دفع روده ای را اجرا می کند.			
۱۲	به بیمار توصیه می کند از رژیم غذایی پرفیبر، حاوی مقدار زیادی مواد خام و سبزیجات برگ دار (نظیر هویج و کاهو)، میوه جات بدون پوست (نظیر سیب)، غلات کامل (نظیر گندم یا دانه جو و غلات) استفاده کند.			

۱۳	بیمار را به دریافت مایعات کافی تشویق می کند.		
۱۴	به بیماران سالمند توصیه می کند که مصرف مسهل ها را کاهش دهند.		
۱۵	توصیه می کند از مسهل های طبیعی نظیر آلو یا آب آلو استفاده کنند.		
۱۶	با توضیح تأثیر تحرک بر حرکت روده ها سالمندان را به انجام منظم ورزش تشویق می کند.		
۱۷	همه موارد را به طور کامل ثبت می کند.		

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: دارو درمانی در سالمندان

اهداف:

- ۱- پیشگیری از مشکلات ناشی از عوارض دارویی
- ۲- دریافت دارو به طور مناسب.

وسایل مورد نیاز:

برگه ثبت دارویی - داروی مورد نظر - دستورالعمل کتبی در مورد میزان دارو - در صورت نیاز
وسایل کمکی مصرف دارو (ظرف محتوی دارو، تقویم یا دیگر روش های کمکی)
عامل انجام کار: پرستار یا بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	توانایی مصرف دارو توسط بیمار را بررسی می کند.			
۲	تاریخچه ای از وضعیت سلامتی و مصرف دارو توسط بیمار تهیه می کند.			
۳	توانایی فیزیکی بیمار در مصرف دارو را در نظر می گیرد: الف- آیا می تواند برچسب دارو و دستور العمل آن را بخواند؟ ب- دارو را از طریق مشاهده یا لمس کردن تشخیص می دهد؟ ج- می تواند درب جعبه دارو را به راحتی باز کند؟			
۴	مهارت های شناختی بیمار را بررسی می کند: الف- آیا می تواند داروی تجویز شده را در زمان صحیح آن مصرف کند؟ ب- آیا می داند دارو را در کجا قرار داده است؟			
۵	شیوه زندگی بیمار را بررسی می کند: الف- آیا همراه خانواده یا دوستانش زندگی می کند؟ ب- آیا به تنهایی یا به همراه یک همسر ناتوان زندگی می کند؟			
۶	بیمار را به آژانس های اجتماعی مناسب ارجاع می دهد تا از دریافت اصولی دارو و کمک های مالی اطمینان یابد.			
۷	باورهای بیمار در مورد مصرف دارو را بررسی می کند.			
جلوگیری از واکنش ناشی از عدم توانایی				
۸	در مورد نام دارو، اثرات آن و عوارض سوء احتمالی با بیمار صحبت می کند.			

۹	در مورد تمام داروها با نسخه، بدون نسخه و گیاهی که در حال دریافت آن است یا در گذشته مصرف کرده است از بیمار می پرسد.		
۱۰	در مورد نام دارو سوال می کند و می پرسد چرا، چه زمان و چگونه آن دارو را مصرف می کرده است.		
۱۱	سوال می کند که آیا به توصیه دیگران دارو مصرف کرده است.		
۱۲	به بیمار تذکر می دهد که می تواند برای پیشگیری از تداخلات دارویی نام تمام داروهای مصرفی و دیگر اطلاعات کسب شده را در کامپیوتر قرار دهد.		
۱۳	توصیه می کند همیشه از یک داروخانه دارو تهیه کند، به ویژه داروخانه هایی که برای هر مصرف کننده یک پرونده دارویی دارند.		
۱۴	توصیه می کند تا بیمار با دکتر دارو ساز در مورد عوارض آن مشورت کند.		
۱۵	در مورد تداخلات دارویی با بیمار صحبت می کند.		
کمک به افزایش توانایی بیمار			
۱۶	در صورتی که بیمار نمی تواند نام دارو را بخواند از حروف بزرگ برای نوشتن دستور العمل دارو استفاده می کند.		
۱۷	عادات مصرف دارو را در بیمار تغییر می دهد.		
۱۸	تأکید می کند کدام دارو را باید همراه غذا و کدام دارو را با معده خالی مصرف کند.		
۱۹	به بیمار کمک می کند تا بر اساس عادات غذایی خود جدول مصرف دارو را تنظیم کند.		
۲۰	وی را یاری می دهد تا روش آسان تری را برای مصرف دارو پیدا کند.		
۲۱	توصیه می کند که اگر بیمار نمی تواند به راحتی قرص یا کپسول را ببلعد از پودر یا شربت استفاده کند.		
۲۲	دقت می کند که چه داروهایی را نمی تواند خرد کند.		
۲۳	در صورتی که بیمار زمان مصرف دارو را فراموش می کند از یک وسیله یادآور برای مصرف دارو در زمان صحیح استفاده می کند.		
۲۴	برای یادآوری مصرف و خرید دارو از جدول، چک لیست یا آلارم ساعت مچی استفاده می کند.		

			گاهی اوقات بیماران به دلیل مشکلات مالی، از تهیه دوباره دارو اجتناب می کنند یا داروها را بر طبق دستور مصرف نمی کنند تا زمان استفاده از آن طولانی شود. در این مواقع از نظر دریافت حمایت های مالی وی را راهنمایی می کند.	۲۵
			تمام یافته های ناشی از بررسی و تست های آزمایشگاهی را در چارت بیمار ثبت می کند. تمام موارد آموزش داده شده به بیمار، اعضای خانواده و دیگر مراقبین بهداشتی و وسایل کمک آموزشی را ذکر می کند. تمام داروها، میزان آن و واکنش های سوء و تداخلات دارویی را ذکر می کند. به بیمار توضیح می دهد تا رژیم دارویی خود را به خوبی درک کند. آژانس های اجتماعی یا بهداشتی که بیمار را به آن ارجاع داده است قید می کند.	۲۶

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

☆ نوع فعالیت: پیشگیری و کنترل زمین خوردن سالمندان

هدف:

پیشگیری از صدمه و آسیب در سالمندان

وسایل مورد نیاز:

گوشی پزشکی - فشار سنج - مسکن - کمپرس سرد و گرم - بالش - پتو - تجهیزات احیاء اورژانس در صورت لزوم - مانیتور الکتروکاردیوگرام (ECG) در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
پیشگیری از زمین خوردن				
۱	بیمار را از نظر خطر زمین خوردن کنترل می کند.			
۲	به هر نوع تغییر در محیط توجه می کند.			
۳	عوامل خطر را در اتاق بیمار تعدیل می کند.			
۴	شب ها نور مناسب در محیط برقرار می کند.			
۵	وسایل شخصی بیمار نظیر کیف پول، کتاب، دستمال یا عصا را در جایی قرار می دهد که دسترسی به آن آسان باشد.			
۶	برای پیشگیری از سرگیجه به بیمار آموزش می دهد به آهستگی از حالت نشسته تغییر وضعیت دهد.			
۷	فاصله تخت با زمین زیاد نباشد تا بیمار بتواند در هنگام بلند شدن از تخت به راحتی پاهای خود را به زمین بگذارد.			
۸	چرخ های تخت را قفل می کند.			
۹	نرده های کنار تخت را بالا می کشد.			
۱۰	از کف پوش های غیر لغزنده استفاده می کند.			
۱۱	در صورت درخواست بیمار از طریق زنگ به وی پاسخ می دهد تا نیاز به پائین آمدن از تخت به تنهایی نباشد.			
۱۲	بیمار را هر ۲ ساعت کنترل می کند. بیماران با شرایط ویژه را هر ۳۰ دقیقه یک بار کنترل می کند.			
۱۳	مراقبین بیمار را از احتمال زمین خوردن آگاه می کند.			
۱۴	دو بیمار با شرایط ویژه را در یک اتاق قرار می دهد و یک مراقب به طور تمام وقت در آنجا حضور می یابد.			

۱۵	برای بهبود هماهنگی عضلات بیمار، وی را به انجام ورزش در محدوده طبیعی تشویق می کند.		
کنترل زمین خوردن			
۱	چنانچه بیمار در حال زمین خوردن است وی را به سمت خود می کشد.		
۲	بدن وی را حمایت می کند به ویژه سر و قفسه سینه وی را به آرامی روی زمین قرار می دهد.		
۳	در صورت امکان وی را روی زمین می نشاند.		
۴	از پاهای خود برای تصحیح مرکز ثقل بدن بیمار استفاده می کند.		
۵	به منظور پیشگیری از صدمه به خود به جای خم کردن پشت، زانوها را خم می کند.		
۶	خونسردی خود را حفظ می کند.		
۷	از پرستار دیگری می خواهد وسایل مورد نیاز از قبیل گوشی پزشکی و دستگاه فشار خون را بیاورد.		
۸	جهت اطمینان از این که افتادن به دلیل ایست قلبی-تنفسی نبوده است، تنفس و جریان خون بیمار را کنترل می کند.		
۹	در صورت نبود نبض و تنفس برای انجام احیاء قلبی-ریوی کد اعلام می کند.		
۱۰	سطح هوشیاری بیمار را بررسی می کند.		
۱۱	برای تعیین وسعت صدمه بیمار به علایمی نظیر پارگی، ساییدگی و یا تغییر شکل های قابل مشاهده دقت می کند.		
۱۲	به پزشک اطلاع می دهد.		
۱۳	بیمار را از نظر وجود خونریزی ساب دورال کنترل می کند.		
۱۴	در صورتی که در هنگام سقوط در محل حضور ندارد از بیمار هوشیار می پرسد که چه اتفاقی افتاده است.		
۱۵	وجود درد و تغییر در هوشیاری را جویا می شود.		
۱۶	تا قبل از ارزیابی کامل وضعیت بیمار، وی را حرکت نمی دهد.		
۱۷	قدرت و حرکت اعضاء بدن بیمار را بررسی می کند.		
۱۸	در صورت وجود شک به شکستگی، از حرکت دادن اعضاء بیمار خودداری می کند.		
۱۹	همان طور که بیمار روی زمین قرار دارد تا پزشک برسد از بالشت و پتو برای راحتی بیمار استفاده می کند.		

۲۰	در صورتی که به صدمه طناب نخاعی مشکوک است بالش را زیر سر بیمار نمی گذارد.		
۲۱	در صورتی که هیچ مشکلی وجود ندارد به کمک پرستار دیگر بیمار را به تخت بازمی گرداند.		
۲۲	در صورت نیاز برای تعیین شکستگی از x-ray استفاده می کند.		
۲۳	بیمار را تا ۲۴ ساعت یا براساس پروتوکل بیمارستان خود کنترل می کند.		
۲۴	اگر بیمار اختلالی را نشان نمی دهد علایم حیاتی وی را هر ۱۵ دقیقه به مدت ۱ ساعت و سپس هر ۳۰ دقیقه به مدت ۱ ساعت و سپس هر ۲ ساعت تا پایدار شدن شرایط کنترل می کند.		
۲۵	ارزیابی های اولیه را برای کاستن درد و ناراحتی بیمار انجام می دهد.		
۲۶	در صورت وجود دستور پزشک از مسکن استفاده می کند.		
۲۷	در ۲۴ ساعت اول از کمپرس سرد و پس از آن کمپرس گرم استفاده می کند.		
۲۸	محیط را از نظر وجود عوامل خطر را مجدداً کنترل می کند.		
۲۹	با بیمار صحبت می کند که چگونه این اتفاق رخ داد و علت بروز حادثه را بررسی می کند.		
۳۰	در صورت لزوم بیمار را به بخش فیزیوتراپی ارجاع می دهد.		
۳۱	پروتکل جدیدی برای پیشگیری از سقوط بیماران پیشنهاد می دهد.		
۳۲	پس از رخداد سقوط به منظور پیشگیری از رخدادهای دیگر، تمام جزئیات حادثه را ثبت می کند. در گزارش حادثه باید محل و زمان سقوط، اینکه بیمار در چه وضعیتی پیدا شد، عدم هوشیاری، واکنش بیمار به سقوط و جزئیات شرایط قید شود. تمام مداخلات انجام شده و نام دیگر همکارانی که کمک نموده اند، نام پزشک، زمان و تاریخ اطلاع حادثه به وی قید شود. نسخه وی از گزارش پزشک ضمیمه باشد. در صورتی که بیمار به قسمت های دیگر ارجاع داده شده، ذکر شود. به جز جزئیات سقوط، علایم حیاتی بیمار را نیز ثبت می کند. در صورتی که بیمار را از نظر بروز عوارض پایش می کند آن را ذکر می کند.		



References

-Berry.E.C, kohns.M.L.(2006).Operating Room technique.10 th Edition.Mosby.Missouri.

-Boyd . M . A . (2002) Psychiatric Nursing Contemporary practice:2nd Edition . philadelphia Lippincott .

-Carpentio . L . j . (2002) . Nursing Diagnosis. 7th Edition . Philadelphia Lippincott

-College of Nurse of Ontario. (2005).(available online):[http:// www.cno.org](http://www.cno.org).(Accessed). may . 2006.

-Google search.(2005). The Rights of Nurses.(Available online) : [http : // www.sanc.htm](http://www.sanc.htm). (Accessed).oct.2. 2006.

-Google search.(2006). Nurse Patient Ratio.(Available online) : [http : // www.icn.ch](http://www.icn.ch) .(Accessed) .may.10. 2006.

-Johnstone.M. j. (2003).Ethical issues in the recruitment and retention of graduate nurse . contemporary nurse.14(3).p:26-29

-Osterhouot . P, Deroos . H . (2004). Toxicology Pearls. Mosby. Missouri

-Schilling . j .(2004) . Nuring procedurs . 4th Edition . Lippincott willams Wilkins.(main Reference)

-Shive . L . R, Isacs . A . (2002) . Basic concepts of psychiatric : Mental Health Nursing .5th Edition. Lippincott . philadelphia

-Smeltzer . B , Beyer . B .(2004) . Text book of Medical Surgical Nursing . 10 th edidion.Lippincott. philadelphia .

-Fyfe . M .(2000). -Tucker . m . s, Canobbio .M. M , paqvette. V. E, Wells Patient Care Standards :Collaborative planning and Nursing interventions . 7th Edition. Mosby . Missouri.(main Refernce)

- Wallace .B, Burkhart . P. Donovan .A. Mosby. Missouri. (2002).Critical Care Toxicology.

- اعضاء هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی . ۱۳۸۴ . مراقبت های پرستاری اولریچ . جلد اول . دوم و سوم نشر گلبان . تهران . (منبع اصلی)

- افتخار، زهرا. توگه ، غلام رضا. یارندی ، فریبا. ۱۳۸۰. راهنمای کامل شیمی درمانی. نشر کتاب میر.تهران.

- امان . ک ، کزیلو، ج . ۱۳۸۲ . رموز پرستاری اورژانس . ترجمه : حمید پیروی، محمد حسن صمدی.خدمات چاپ نیما.تهران.

- بصام پور، شیوا، نوقابی . احمد علی، ذوالفقاری، میترا . ۱۳۸۴ . مراقبت های پرستاری ویژه ICU , CCU دیالیز. نشر سالمی. تهران.

- پاملا اس . کید ، استرت .پ. آ، فولتس. ج. ۱۳۸۳ . مرجع پرستاری در اورژانس . ترجمه خاطره سیلانی، معصومه آقا محمدی. ناشر : مترجمین.تهران.

- تاونستد . م. س. ۱۳۷۱ . تشخیص های پرستاری در پرستاری روانی، ترجمه اقدس دواچی، انتشارات شهراب. تهران .
- جلالی، رستم . ۱۳۸۲ . اصول درمان مراقبت زخم ها . نشر سالمی. تهران.
- جعفری، هدایت. شروفی، سید افشین. ۱۳۸۳. دیالیز و مراقبت های پرستاری . نشر سالمی. تهران
- جهان پور، فائزه. عضدی، پرویز. ۱۳۸۰. پرستاری و بهداشت نوزادان . نشر سالمی. تهران
- دلگشا، زهرا . ۱۳۸۴ . پرستاری و بهداشت مادران و نوزادان. نشر جامعه نگر . تهران.
- دارابی، فاطمه . ۱۳۷۷ . مراقبت های پرستاری در بخش های ویژه، CCU, ICU . انتشارات شهروند . تهران.
- دستنامه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. دستور العمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران. انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- رزلانسری، حشمت . ۱۳۸۰ . واژه شناسی پزشکی . نشر سالمی . تهران .
- شکری پور، زهرا. خاتون، هاجر. لاریجانی، فاطمه . ۱۳۸۴. اصول پرستاری تایلور . مهارت های بالینی پرستاری . چاپ چهارم . نشر بشری . تهران.
- سبجانی، سپیده. ۱۳۷۹ . مروری بر پرستاری مادران و نوزادان. نشر سالمی . تهران.

- سویش . ال . ۱۳۸۳ . چک لیست تکنیک های اصول پایه پرستاری و بررسی وضعیت سلامت . ترجمه حبیبی محمد نوروزی، فرخنده رخی . دانشگاه علوم پزشکی مشهد، معاونت پژوهشی.

- سازمان مدیریت و برنامه ریزی . ۱۳۸۱ . طرح طبقه بندی مشاغل و وزارت خانه ها و موسسات دولتی مشمول قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت. مجموعه شرح رشته های شغلی رسته بهداشتی و درمانی .نشر سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور.

- صدقیانی، ابراهیم . ۱۳۸۴. استانداردهای ممیزی بیمارستانی . انتشارات تأمین اجتماعی .

- عبدالعلیان، معصومه . ۱۳۷۹ . مراقبت های پرستاری از نوزاد و نوزاد نارس . چاپ دوم . نشر آمون . تهران.

- عطایی، فریده . یارندی، اکرم . ۱۳۸۲ . راهنمای ساده کمک های اولیه . نشر سالمی . تهران .

- جنتی عظیمی ،حمیده.جنتی، یدالله . محمودی، قهرمان . ۱۳۸۱ . درسنامه جامع روان پرستاری . بهداشت روان. نشر سالمی . تهران

- غبرایی، محترم . ۱۳۸۲ . روش کار در اتاق عمل و اتاق بهبودی. انتشارات چهر، تهران.

- کید، پ . استرت، پ ، فولتس، ج . ۱۳۸۳ . مرجع پرستاری در اورژانس . ترجمه: خاطره سیلانی، معصومه آقامحمدی . نشر مترجمین . تهران.

- لطفی . مژگان، انتظاری. صمد. ۱۳۸۲ . راهنمای جامع پرستاری اتاق عمل . نشر جامعه نگر، تهران.

- مرتضوی، حامد. طباطبایی چهر، معصومه . ۱۳۸۲ . درسنامه پرستاری کودکان. کودک بیمار . نشر سالمی، تهران.
- محتشمی، جمیله. نوغانی، فاطمه. شاهسون، اسماعیل . ۱۳۸۲. بهداشت روان ۱، انتشارات سالمی. تهران.
- محتشمی، جمیله. نوغانی، فاطمه. شاهسون، اسماعیل . ۱۳۸۲ . بهداشت روان ۲، انتشارات سالمی. تهران.
- مرتضوی، حامد. طباطبایی چهر، معصومه . ۱۳۸۳ . درسنامه پرستاری کودکان/کودک سالم . چاپ دوم . نشر سالمی . تهران
- موسوی، ملیحه. عالیخانی، مریم . ۱۳۸۴. روش های پرستاری بالینی . انتشارات شهر آب تهران. (منبع اصلی)
- نام آور، حمید . ضربابی، محمد جواد. ۱۳۸۱ . فرهنگ پزشکی دورلند . چاپ چهارم . نشر یادواره کتاب . تهران .
- نیکروان مفرد . ملاحه . ۱۳۸۲ . تشخیص، مراقبت ها و مهارت های پرستاری در بیماری های داخلی و جراحی . چاپ دوم . انتشارات نور دانش . تهران. (منبع اصلی)
- واندرسالم، ت . کوتلر، ب . ویلر، اچ . ۱۳۷۰. اطلس روش های عملی در بالین بیمار. ترجمه سید محسن حسنی برزی . انتشارات آینده سازان . تهران .
- هاشمی نیا، سید علی محمد . ۱۳۸۳ . مراقبت های ویژه پرستاری . انتشارات حیان . تهران .