

History		Consultations		
BGroup		Time	Consultation	Condition
Weight				
DM				
Hbs + Ag				
HTN				
SMO/ADD				
Allergy				
APACHE II				
SOFA SCORE				

Time	G.C.S				Reaction Eyeball / Time		Four Score				Vital Sign				Blood Gas										
	MR	VR	EO	Total G.C.S	R/T	L/T	ER	MR	BR	R	Total 4Score	T	PR	RR	BP	O ₂ Sat	ART /MAP	CVP	PH	PCO ₂	BE	HCO ₃	PO ₂	O ₂ Sat	
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
Total 6H اقدامات اصلاحی																									
13																									
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
Total 6H اقدامات اصلاحی																									
19																									
20																									
21																									
22																									
23																									
24																									
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
Total 12H اقدامات اصلاحی																									
Total 24H اقدامات اصلاحی																									

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
Ministry of health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: دانشگاه علوم پزشکی
مرکز پزشکی آموزش درمانی: مرکز پزشکی آموزش درمانی

شماره پرونده: _____
نام و نام خانوادگی: _____
نام پدر: _____
نام پزشک معالج: _____
نام جراح: _____
علت بستری: _____

ICU Sheet

تاریخ: _____
تاریخ پذیرش در ICU: _____
روز بستری در ICU: _____
تاریخ جراحی: _____

کد ملی: _____
تاریخ تولد: _____
بخش: _____
شماره تخت: _____

Unit No: _____
Name & Family Name: _____
Father's Name: _____

National ID.No: _____
Date of Birth: _____
Ward: _____
Bed NO: _____

Date: _____
ICU Administration Date: _____
Day Bed ICU: _____
Operation Date: _____

Time	Ventilation/O2					Intake			Output							
	Mod/in/noninvasive	FIO2	TV	RR	PSV/PIP	PEEP	Infusion 1	Infusion 2	Infusion 3	Nutrition	Yomit/Lavage	L.Chest.T	R.Chest.T	Drain	Urine	Stool
7																
8																
9																
10																
11																
12																
Total 6H اقدامات اصلاحی																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
Total 6H اقدامات اصلاحی																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
Total 12H اقدامات اصلاحی																
Total 24H اقدامات اصلاحی																

Time	PUSH TOOLS												
	طول عرض (CM)	مقدار ماده مترشحه	نوع بافت	1 < ۳	۲ ۳-۶	۳ ۷-۱۰	۴ ۱۱-۱۲	۵ ۱۳-۱۴	۶ ۱۵-۱۶	۷ ۱۷-۱۸	۸ ۱۹-۲۰	۹ ۲۱-۲۴	۱۰ ۲۵-۳۰
7													
8													
9													
10													
11													
12													
Total 6H اقدامات اصلاحی													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
Total 6H اقدامات اصلاحی													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
Total 12H اقدامات اصلاحی													
Total 24H اقدامات اصلاحی													

Time	Change Position	Suction/T/Oral	Lab test														Disability				
			Bs	BUN	Cr	Na	k	Mg	Ca	Hb	Hct	Plt	PT	PTT	Others						
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
Total 6H اقدامات اصلاحی																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
Total 6H اقدامات اصلاحی																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
Total 12H اقدامات اصلاحی																					
Total 24H اقدامات اصلاحی																					

Airway			
No.Tube	Size fixe	Intube date	Extube date
E.T.T			
E.T.T Repeat			
T.T			

Routine Care		
M	E	N
Mouth/Nose		/
Eye/Ear		/
Cuf.Perssure		/
Physical restraint		/
Foley		/
Dressing		/
Physiotherapy		/
Bath		/

paraclinic		
M	E	N
X.Ray		
Sono		
CT.SCAN		
ECHO		
EKG		
EEG		
Others		

Date Catheter Replacment		
--------------------------	--	--

Strip	نام پدر: Father's Name:		
مشاهدات پرستاری شب Night Observation Of Nurse	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	ساعت/تاریخ Time / Date	

ابزار ارزیابی درد PAIN ASSESSMENT TOOL

مقیاس عنوان توضیح

+4	پرخاصگر	خشمگین - آسیب به پرستل
+3	شدیداً آشفته	نوله و اتصالات را به صورت پرخاصگرانه می کشد.
+2	آشفته	بی قراری یا ونتیلاور و حرکات متناوب و بی هدف
+1	بی قرار	مشغرب - حرکات بدون پرخاصگری
0	هوشیار-آرام	توجه به مراقبت دهنده
-1	خواب آلودگی	کاملاً هوشیار نیست ولی با صدا چشم باز می کند و ارتباط بیش از 10 ثانیه است.
-2	بیهوشی ضعیف	به طور مختصر به صدا جواب میدهد ولی ارتباط کمتر از 10 ثانیه است.
-3	بیهوشی متوسط	چشم ها را بی هدف باز می کند.
-4	بیهوشی عمیق	به تحریکات فیزیکی جواب میدهد.
-5	بیدار نمی شود	به صدا و تحریکات فیزیکی پاسخ نمیدهد.

اگر RASS بالاتر و یا مساوی ۲- و ۵- باشد بیمار هوشیار نمی باشد و مدتی بعد مجدداً چک شود.

نام و نام خانوادگی پرستار: _____

امضاء به همراه درج تاریخ: _____ / _____ / ۱۳

Strip	شماره پرونده: Unit No:		
مشاهدات پرستاری عصر Evening Observation Of Nurse	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	ساعت/تاریخ Time / Date	

ارزیابی تغذیه ای Nutritional Assessment

روش دریافت تغذیه	سرعت و طریقه گاواز	نوع فرمولا و تغذیه	مقدار مورد نیاز طی ۲۴ ساعت (CC)	مقدار تاخیر شده (CC)	
صبح	Intermittent	Continuous	Bolus	PO	NPO
عصر					
شب					
اقدامات					

Promoting Health ارتقاء سلامتی

نام و نام خانوادگی پرستار: _____

امضاء به همراه درج تاریخ: _____ / _____ / ۱۳

این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

Strip	نام و نام خانوادگی: Name and Family Name:		
مشاهدات پرستاری صبح Morning Observation Of Nurse	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	ساعت/تاریخ Time / Date	

ارزیابی تغذیه ای Nutritional Assessment

روش دریافت تغذیه	سرعت و طریقه گاواز	نوع فرمولا و تغذیه	مقدار مورد نیاز طی ۲۴ ساعت (CC)	مقدار تاخیر شده (CC)	
صبح	Intermittent	Continuous	Bolus	PO	NPO
عصر					
شب					
اقدامات					

Promoting Health ارتقاء سلامتی

نام و نام خانوادگی پرستار: _____

امضاء به همراه درج تاریخ: _____ / _____ / ۱۳

این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

Four Score	Eye Response	Motor Response	Brainstem Reflexes	Respiration
	(E1) باز کردن پلکها همراه با دنبال کردن حرکات یا پلک زدن (E2) بسته بودن پلکها و باز کردن با صدای بلند	(M1) مشت کردن دست یا بالا آوردن شست با دستور (M2) لمس دست معاینه کننده بعد از تحریک دردناک (M3) حرکت فلکسیون اندام فوقانی با تحریک دردناک	(B1) وجود واکنشهای مردمک یا قرنیه (B2) عدم وجود هر کدام از واکنشهای مردمک یا قرنیه	(R1) تحت ونتیلاور و تعداد تنفس بالاتر از تعداد تنظیمی (R2) ایستویه نبوش و تنفس نامنظم (R3) ایستویه نبوش و الگوی تنفسی شین استوک (R4) ایستویه نبوش و الگوی تنفسی منظم
	(E3) بسته بودن پلکها و باز کردن با محرک دردناک (E4) پلکها یا محرک دردناک	(M4) عدم پاسخ به محرک دردناک (M5) حرکت اکستانسیون اندام با تحریک دردناک	(B3) عدم وجود واکنشهای مردمک ها (B4) وجود واکنشهای مردمک یا قرنیه	(R4) ایستویه نبوش و الگوی تنفسی منظم (R5) ایستویه نبوش و الگوی تنفسی شین استوک (R6) تحت ونتیلاور و تعداد تنفس بالاتر از تعداد تنظیمی (R7) در محدوده تعداد تنظیمی