



## راهنمای تکمیل شیت بخش مراقبتهای ویژه کودکان (PICU)

معاونت درمان  
دقت مدیریت پارستانی و تمامی خدمات بالینی  
کرده مدیریت آمار و اطلاعات درمان



مولفان:

دکتر محمد اسماعیل کابلی - غذا اسبابری زفرقندی - اکرم واحدی برزکی - دکتر فاطمه بهتاج - مهنوش پروان - دکتر زحرارام پیش - فرزاد مستوفیان - دکتر پریسا ترابی - دکتر علیہ ربیع لکرووی - زحره کوبی رتخلیانی - فاطمه حایمان - دکتر آلبک نجفی -  
دکتر رضا شمراپی - دکتر نیما طاهری درخش - دکتر امید مرادی مقدم - دکتر مهدی شایینی - دکتر بهزاد تھیتی - سعود جوادی درآباد - اسماعیل فلاحتی - مهناحسینان - فاطمه پیرمحمدی - مریم نادی زاده

شهریورماه ۱۳۹۵

آدرس: تهران - شهرک غرب (قدس) - بلوار فرخزادی - ایوانک شرقی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک آ - طبقه ۷ - تلفن تماس: ۸۱۴۵۴۶۲۲ - ۸۱۴۵۴۵۰۴

آدرس الکترونیکی: <http://medcare.behdasht.gov.ir> - پست الکترونیکی: [HIM@health.gov.ir](mailto:HIM@health.gov.ir)

بسمه تعالی

**کلیات:** این راهنما در برگیرنده اصول پرکردن فرم شیت ویژه PICU که بعد از ابلاغ این راهنما، اجرای آن الزامی است.

**هدف کلی:** ایجاد حداکثر تطابق بین نحوه خدمات و نحوه ثبت

**اهداف اختصاصی:**

۱- ارتقاء نظام ثبت و گزارش دهی

۲- کاهش خطاهای پرستاری و پزشکی در بخشهای ویژه که علایم بیمار و ثبت آن بسیار حیاتی می باشد.

۳- استفاده از فرمهای یکسان سازی شده جهت دفاع از حقوق پرستاران

۴- کاهش مستند سازی از جمله گزارش پرستاری (نیازی به ثبت مجدد گزارش پرستاری در پرونده نمی باشد)، ارزیابی درد و ...

**شمول دستورالعمل:**

بخشهای ویژه PICU

- ❖ شیت مذکور می بایست به صورت پمفلت ( ۳ برگه A4) در سایز ۲۹/۷ در ۲۱ سانتی متر و سایز کلی ۶۵ در ۳۰ سانتی متر (با در نظر گرفتن فضای بین صفحات) چاپ گردد و از چاپ در سایزهای دیگر خودداری شود.
- ❖ در بالای صفحه، وسط، محل پانچ و قرار گرفتن در پرونده در نظر گرفته شده است (مطابق با ۱۸ برگ استاندارد).
- ❖ فرم مذکور مختص ثبت مشاهدات و عملکرد پرستاری باشد.
- ❖ ثبت داده ها و اطلاعات شیت بصورت ۲۴ ساعته و از ساعت ۷ صبح تا ۶:۵۹ دقیقه صبح روز بعد و توسط پرستار مسئول بیمار انجام می گردد.
- ❖ اقدامات دارویی، در پشت صفحه در قسمت اقدامات پرستاری و دارویی ثبت گردد. اقدامات دارویی و پرستاری در روی صفحه، جهت جلوگیری از تکرار مستند سازی، حذف گردیده است.
- ❖ پیشنهاد می گردد جهت جلوگیری از تکرار ثبت داده ها، کاردکس مراقبتی حذف شود ولی کاردکس دارویی مثل گذشته ثبت میگردد.

## دستورالعمل استفاده از شیت PICU

فرم مربوطه جهت کلیه کودکان بستری در بخش های PICU روزانه (از ساعت بستری بیمار) تکمیل می گردد .

### صفحه اول

**H (History):** سابقه بیماری ثبت می گردد:

- BG (Blood Group) : گروه خون
- Weight : وزن بیمار
- DM (diabetes mellitus) : سابقه دیابت
- HTN (hypertension) : پر فشاری خون
- Length : قد کودک
- Gestational age : سن حاملگی
- Allergy : آلرژی

### **Consultations : مشاوره ها**

\* Time : ساعت درخواست مشاوره

\* Consultation (the field of consultation) : نوع مشاوره

\* Condition : وضعیت انجام مشاوره

- در صورت درخواست مشاوره توسط پزشک، نوع درخواست ثبت می گردد و در صورت اطلاع در قسمت

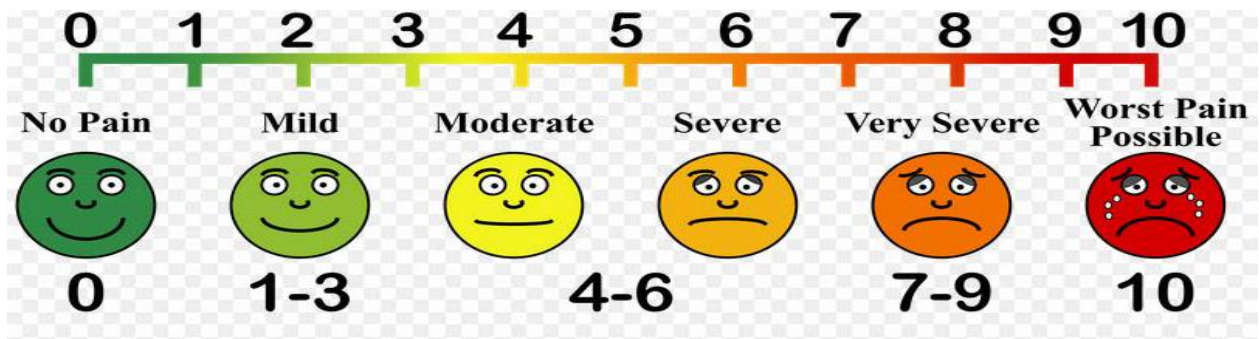
وضعیت مشاوره (Condition) کلمه مطلع و یا (م) ثبت می گردد. و در صورت انجام مشاوره تیک انجام

و یا ساعت درج می گردد و در صورت عدم انجام و اطلاع کلمه پیگیری ثبت گردد.

- مثال:

Time	Consultation (field)	Condition
۱۴	داخلی	✓
۱۸	عفونی	مطلع
۲۰	اورولوژی	پیگیری

**Pain score:** ارزیابی درد با معیار ونگ از طریق مصاحبه و مشاهده کودک تکمیل می گردد. در مواردی که کودک اینتوبه و هوشیار باشد. ولی اینتوبه با نشان دادن صورتکها به کودک و در صورت نداشتن هوشیاری با مقایسه چهره بیمار با صورتکها میزان شدت درد در کودک تعیین می گردد.



صورتک شماره	نشانه	برابر با
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	درد باز هم بیشتر	۶
۴	درد تمام عیار	۸
۵	بدترین درد	۱۰

## GCS: Glasgow coma scale) ارزیابی سطح هوشیاری

مقیاس اغمای گلاسکو بر سه پایه استوار است که عبارتند از:

- پاسخ چشمی (Eye opening or Eye response) بصورت باز بودن یا باز کردن چشم (در بهترین حالت ۴ نمره)
- پاسخ کلامی (Verbal response) (در بهترین حالت ۵ نمره)
- پاسخ حرکتی (Motor response) (در بهترین حالت ۶ نمره)

### تفسیر معیار کمای گلاسکو:

- میزان آسیب مغزی را با استفاده از این معیار می توان تخمین زد:

• آسیب خفیف: GCS ۱۳ تا ۱۵

• آسیب متوسط: GCS ۹ تا ۱۲

• آسیب شدید: GCS زیر ۹

❖ معمولاً در شرایطی که این معیار کمتر از ۸ باشد انتوباسیون توصیه می شود.

❖ در این مقیاس حداکثر امتیاز ۱۵ است و حداقل آن ۳ می باشد، در صورتیکه فرد ایستوبه باشد، امکان بررسی کلام وجود

ندارد و لذا حداقل  $T_2$  و حداکثر  $T_{10}$  است.

۱-۵ سال		از یک ماه تا یک سالگی		
۴	خودبخودی	۴	خودبخودی	باز کردن چشم
۳	با درخواست کلامی	۳	با داد زدن	
۲	با تحریک دردناک	۲	با تحریک دردناک	
۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	
۵	عبارات نامناسب	۵	گریه یا خنده بچگانه	پاسخ کلامی
۴	کلمات نامناسب	۴	گریه	
۳	گریه	۳	گریه نامناسب	
۲	خرخر	۲	خرخر	
۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	
۶	اجرای دستورات	۶	حرکات خودبخود طبیعی	پاسخ حرکتی
۵	تشخیص محل درد	۵	تشخیص محل درد	
۴	دور کردن از محل درد	۴	دور کردن از محل درد	
۳	دکورتیکه	۳	خم کردن غیر طبیعی	
۲	دسبره	۲	باز کردن اندام ها	
۱	بدون پاسخ	۱	بدون پاسخ	

## Reaction eye ball: (1)

ارزیابی پاسخ دهی چشم راست (Right/Time) و چشم چپ (Left/Time):  
وجود واکنش، مثبت و عدم داشتن واکنش، منفی تلقی میگردد و نیاز به اندازه گیری زمان سرعت واکنش  
به نور نمی باشد مگر در صورت درخواست پزشک و داشتن تجهیزات مرتبط .

### انواع مردمک:

#### مردمک کوچک یا نوک سوزنی:

مردمک کوچک دو طرفه ۲/۵-۱ میلی متر می باشد و نشاندهنده آسیب راه های سمپاتیکی در هیپوتالاموس یا آنسفالوپاتی  
متابولیک می باشند.

#### مردمک ته سوزنی:

مردمک ها کمتر از ۱ میلی متر می باشند که نشاندهنده اثرات مورفین، هروئین و سایر نارکوتیک ها می باشد

#### مردمک متسع:

مردمک ها ثابت، متسع و دو طرفه می باشند که ممکن است در اثر آنوکسی شدید و اثرات سمپاتومیمتیک باشد. همچنین میتواند  
اثرات آتروپین، فنوتیازین، یا ضد افسردگی سه حلقه ای باشد.

#### مردمک متوسط ثابت:

مردمک هایی که در خط وسط هستند و کمی متسع می باشند و در واکنش به نور اندازه ثابت دارند و در آسیب مغز میانی  
دیده می شوند.

### Vital Sign: ارزیابی علائم حیاتی

- T: درجه حرارت
- PR: تعداد نبض
- RR: تعداد تنفس
- Blood Pressure : BP فشارخون ورید محیطی



• O2 Sat: میزان اکسیژن خون شریانی

• ART: Arterial Pressure - فشار خون شریانی: محدوده طبیعی آن معادل فشارخون محیطی است و

دقت اندازه گیری آن بیشتر و قابل اعتماد تر است.

• MAP (Mean Arterial Pressure): فشار متوسط شریانی یک پارامتر مهم بالینی جهت بررسی پرفیوژن بافتی است.

فشار متوسط شریانی بین ۷۰ تا ۹۰ میلی متر جیوه ایده آل است. حفظ فشار متوسط شریانی بیش از ۶۰ میلیمتر جیوه جهت

پرفیوژن کافی و مناسب شریانهای کرونر، مغز و کلیه ها ضروری می باشد. میانگین فشار متوسط شریانی را می توان اندازه

گرفت یا تخمین زد. محاسبه تخمینی آن به صورت زیر می باشد:

$$\text{فشار متوسط شریانی (MAP)} = \frac{1}{3} \text{سیستول} + \frac{2}{3} \text{دیاستول}$$

این فرمول بر اساس این فرض بنا شده که دیاستول نشانگر دو سوم از سیکل قلبی است که مطابق است با تعداد ۶۰ ضربان قلب

در دقیقه. بنابراین اگر ضربان قلب سریع تر باشد (که در بیماران بسیار بدحال امری عادی است)، در تخمین فشار متوسط شریانی

خطا بوجود می آید. در صورت تاقیکاردی یا برادیکاردی، فشار آرتریولاین (ART) ارجح می باشد و در صورت عدم امکان

فشار نبض گرفته شود.

فشار متوسط شریانی که نشانگر فشار خون رسانی بافتی است، بر اساس فشارخونهای دیاستولی و سیستولی محاسبه می شود.

فشار متوسط شریانی ۲ خصوصیت دارد که آن را برای کنترل فشار شریانی بر فشار سیستولیک برتری داده است:

۱- فشار متوسط فشار حقیقی در جریان خون محیطی است.

۲- میانگین فشار با حرکت امواج فشاری به سمت عروق دیستال دستخوش تغییر نمیشود. در صورت افت برون ده قلبی،

بدن از طریق انقباض عروق محیطی باعث حفظ فشار خون می شود. در نتیجه فشار متوسط شریانی ثابت است. در

چنین وضعیتی بررسی فشار نبض کمک کننده خواهد بود.

- **CVP (Central Venous Pressure):** یک فاکتور بسیار مهم فشار پر شدن بطن راست قلب می باشد. فشار پر شدن بطن راست، حجم ضربه ای قلب به معنای اندازه خون پمپ شده با هر ضربان قلب را مشخص می کند. همچنین یک شاخص درستی از نیروی قلب برای پمپ کردن خون به منظور حفظ فشار خون طبیعی و پرفیوژن بافتی می باشد. در آخر CVP شاخص صحیحی از حجم پایان دیاستولی بطن راست است. در اکثر انستیتو ها CVP بر اساس سانتیمتر آب اندازه گیری می شود. در این مقیاس میزان نرمال CVP در بزرگسالان ۵-۱۰ سانتیمتر آب و در کودکان ۳-۹ سانتیمتر آب می باشد. بعضی از انستیتو ها CVP را در مقیاس میلی متر جیوه اندازه می گیرند که در این مقیاس نرمال آن تقریباً ۴-۸ میلی متر جیوه می باشد. مانیتورینگ CVP دقیق تر از اندازه گیری فشار خون می باشد زیرا تغییرات حجم در گردش بدن به محض کاهش حجم خون در CVP منعکس شده و CVP سریعاً تغییر می کند.

**\* ثبت برگه نمودار علایم حیاتی موجود در پرونده (کد ۱۳) در پایان ۲۴ ساعت ضروری است.**

**Blood gas:** ثبت نتایج گازهای خونی شریان

**اقدام اصلاحی:** در زمان ارزیابی در صورت هر گونه اختلال در هریک از سیستم های بیمار و یا تغییرات دستگاه در قسمت اقدام اصلاحی همان شیفت، اقدام مربوطه ثبت میگردد و یا در صورت عدم نیاز به اقدام طبق دستور پزشک، جمله به پزشک اطلاع داده شد ثبت گردد.

مثال ۱- بیمار با تشخیص نارسایی و سابقه دیالیز به صورت سه روز در هفته در بخش ویژه بستری است. در بررسی Output بیمار، آنوریک می باشد. در قسمت اقدام اصلاحی همان شیفت یکی از اقدامات زیر پس از انجام ثبت میگردد:

- نیاز به اقدامی ندارد.
- به پزشک اطلاع داده شد.
- با استفاده از علامت منفی، عدم نیاز به اقدام اصلاحی ثبت میگردد.

- هر اقدامی طبق دستور پزشک به صورت خلاصه و در چند کلمه ثبت گردد.

مثال ۲ - بیمار اینتوبه با افت  $O_2\ sat$  بستری می باشد توسط پزشک ویزیت و پس از چک ABG پارامترهای دستگاه ونتیلاتور و توسط پزشک تغییر داده می شود. در قسمت اقدام اصلاحی همان شیفت یکی از جملات زیر ثبت میگردد:

- نیاز به اقدامی ندارد.

- چک ABG

- تغییر پارامتر دستگاه

- ساکشن راه هوایی

و یا هر اقدامی طبق دستور پزشک به صورت خلاصه و در چند کلمه ثبت گردد.

### **Ventilation** : ثبت تنظیمات ونتیلاتور و تغییر آن براساس نتایج گازهای خونی شریان

- Mod/in/noninvasive: مد دستگاه (تهاجمی - اینتوبه: Invasive) و (غیرتهاجمی شامل اکسیژن باماسک -

نازال: Noninvasive)

- $Fio_2$  - اکسیژناسیون شریانی

- PIP (Peak Inspiratory Pressure): حداکثر فشار پایان دمی

- PEEP (Positive end expiratory Pressure): فشار مثبت انتهای بازدمی

- RR (Respiratory rate): تعداد تنفس

- Inspiration: Expiration Ratio (I:E): نسبت دم به بازدم

- TV (Tidal volume): حجم جاری، حجمی از هواست که در طول یک دم به وسیله ونتیلاتور به بیمار داده می

شود. حجم جاری مناسب می تواند حجم دقیقه ای کافی را برای بیماری فراهم نموده و از بروز آتلکتازی پیشرونده

در وضعیت خوابیده به پشت نیز جلوگیری نماید.

\* جهت تنظیم حجم جاری که توسط ونتیلاتور به ریه ها تحویل میگردد از فرمول  $6-8 \text{ ml/kg}$  برای شیرخواران استفاده می شود استفاده از حجم جاری بالا توصیه نمی شود.

**مثال:** وزن بیمار ۱۰ کیلوگرم حجم جاری  $70 \text{ ml}$  توصیه می شود.

\* (به علت اینکه این آیتم توسط پزشک تنظیم و توسط پرستار نظارت می گردد ولی با توجه به اهمیت آن در آسیب های ناشی از افزایش و یا کاهش میزان آن در دستورالعمل آورده شده است.

### **Intake:** ثبت میزان دریافت مایعات خوراکی و تزریقی

• **Infusion1 - Infusion2 - Infusion3:** حجم دریافتی سرمهای و داروهایی که از طریق پمپ

انفوزیون می گردد با توجه به ساعت انفوزیون ثبت می گردد.

• **Nutrition:** تغذیه وریدی و یا خوراکی دریافتی با توجه به ساعت انفوزیون ، گاوژ و یا خوراکی ثبت می گردد.

• **Enteral:** تغذیه انترال یا تغذیه لوله ای (Enteral Nutrition) گاوژ و یا خوراکی

• **Parenteral:** تغذیه پرنترال یا تغذیه وریدی (Parenteral Nutrition)

• **Oral:** خوراکی

### **۱۰. Out put:** ثبت میزان دفع مایعات و مدفوع

**Vomiting:** تعداد و یا حجم استفراغ ثبت شود.

**Lavage:** میزان برگشتی معده ثبت شود.

**L.chest tube:** میزان ترشحات چست تیوب چپ ثبت شود.

**R.chest tube:** میزان ترشحات چست تیوب راست ثبت شود.

**Drain:** میزان ترشحات درنجا ثبت شود.

Urine: میزان حجم ادرار ثبت شود.

Stool: تعداد دفعات دفع مدفوع در ساعت مربوطه با علامت مثبت و منفی مشخص گردد.

**Push tools (Pressure Ulcer Healing Chart):** ارزیابی زخم بیمار به صورت روزانه انجام می گردد.

ابزار زخم مشاهده و اندازه گیری زخم فشاری است و با توجه به سطح منطقه، آگزودا، و نوع بافت زخم دسته بندی می شود. یک زیر نمره برای هر یک از این ویژگی ها زخم ثبت می گردد و سپس زیر نمرات برای به دست آوردن نمره کل، جمع می گردد. مقایسه نمره کل اندازه گیری در طول زمان نشانه ای از بهبود و یا وخامت بهبود زخم فشاری فراهم می کند.

- طول X عرض: بزرگترین طول (سر تا پا) و بزرگترین عرض (سمت به سمت دیگر) با استفاده از یک خط کش سانتی متر اندازه گیری کنید. برای بدست آوردن سطح زخم به سانتی متر مربع ( $cm^2$ )، این دو اندازه گیری (طول X عرض) را ضرب می کنیم.

- **اخطار:** حدس نزنید و حتما همیشه از یک خط کش سانتی متر استفاده شود و همیشه هر بار که زخم اندازه گیری می شود از همان روش ثابت استفاده گردد.

- میزان آگزودا: مقدار ترشحات زخم، پس از برداشتن پانسمان و قبل استفاده از هر عامل موضعی به زخم اندازه گیری می شود. ترشحات با هیچ کدام، کم، متوسط و سنگین اندازه گیری و ثبت می گردد.

- نوع بافت: بافتی که در زمان ارزیابی روی سطح زخم وجود دارد:

- \* امتیاز "۴": بافت نکروزه، سیاه و سفید، قهوه ای و یا بافت قهوه‌ای مایل به زرد است که بصورتی پایدار و محکم چسبیده به بستر زخم و یا لبه‌های زخم بوده و ممکن است به صورت سفت تر و یا نرم تر از پوست اطراف زخم باشد.

- \* امتیاز "۳": پوسته خارجی، بافت زرد یا سفید است که چسبیده به سطح زخم در رشته‌ها و یا توده ضخیم، یا دلمه است.

\* امتیاز "۲": بافت گرانوله، بافت قرمز به رنگ صورتی یا گوشتی با ظاهر مرطوب، دانه دانه و براق است.

\* امتیاز "۱": بافت پوششی، برای زخم های سطحی، صورتی جدید و یا بافت براق (پوست) که از لبه و یا به عنوان

جزیره در سطح زخم رشد می کند.

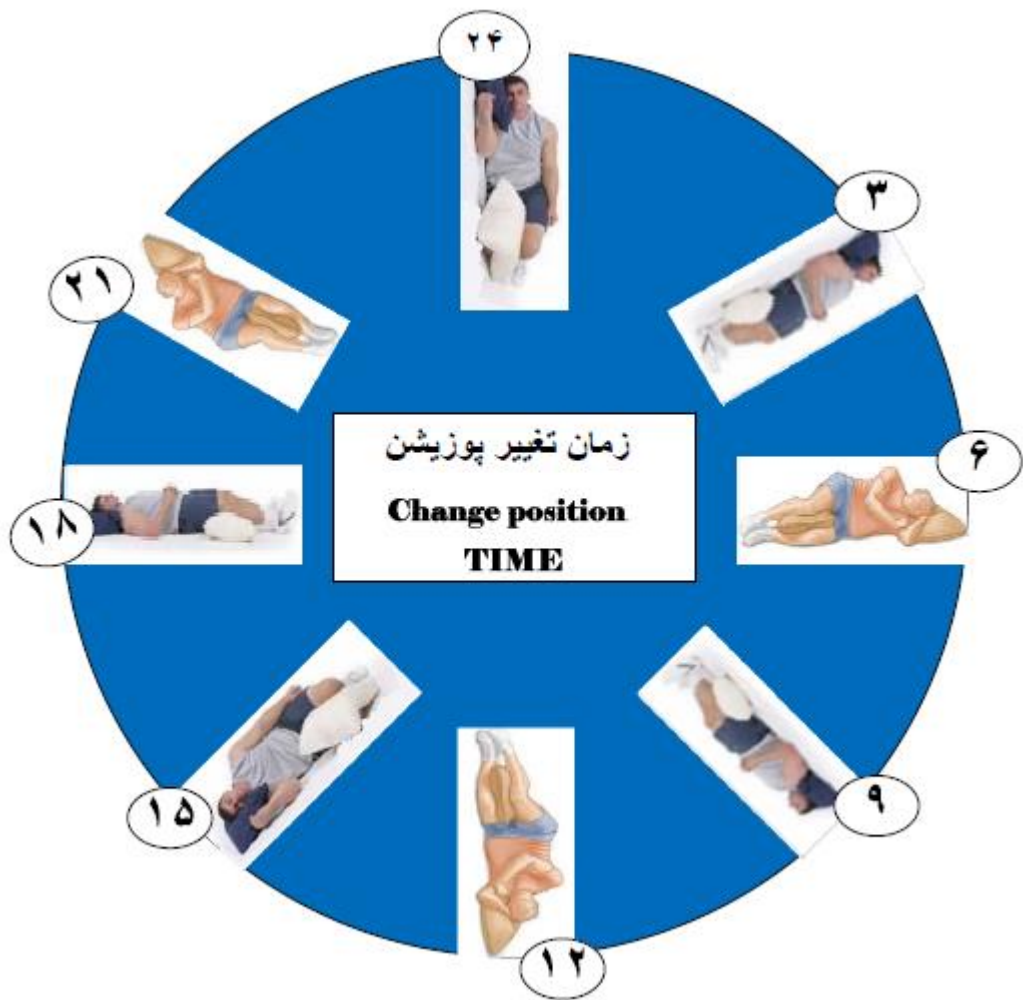
\* امتیاز "۰": بسته / ترمیم شده: زخم به طور کامل با اپیتلیوم (پوست جدید) پوشیده شده است (۲).

طول X عرض (in cm <sup>2</sup> )	1	2	3	4	5	زیر نمره
	< 0.3	0.3 – 0.6	0.7 – 1.0	1.1 – 2.0	2.1 – 3.0	
	6	7	8	9	10	
	3.1 – 4.0	4.1 – 8.0	8.1 – 12.0	12.1 – 24.0	> 24.0	
میزان ترشحات	0 None	1 کم	2 متوسط	3 زیاد		زیر نمره
نوع بافت	نوع بافت	0 بسته	1 بافت براق- مخاطی	2 گوشتی	3 دلمه	زیر نمره
اقدامات اصلاحی						نمره کل

\* تفاوت برادن، واترلو و Push tools: برادن و واترلو ابزار پیشگویی زخم و Push tool ابزار اندازه

گیری زخم است.

**Change Position:** ثبت ساعت انجام تغییر پوزیشن (ساعت انجام تیک زده شود)



پرستار بر اساس شرایط بیمار و هر سه ساعت، پوزیشن بیمار را به سمت تعیین شده تغییر می دهد.

**Suction:** در هر زمان ساکشن انجام گردید در ساعت مربوطه اگر ترشحات کم باشد حرف L (مخفف Low)، اگر ترشحات متوسط باشد، حرف M (Moderate) و اگر زیاد باشد حرف H (High) ثبت گردد.

\* بر اساس کتاب استاندارد خدمات پرستاری جهت جلوگیری از vap ساکشن به روش استریل انجام گردد.

\* اندازه کاتتر ساکشن (نلاتون) باید حداقل نصف قطر داخلی لوله تراشه و یا لوله تراکئوستومی باشد. بدین منظور از فرمول فرمول (اندازه قطر داخلی لوله تراشه به میلی متر - ۱) × ۲ استفاده کنید. به طور کلی نلاتون نارنجی (۱۶) و یا سبز (۱۸) برای انجام ساکشن در بزرگسالان مناسب می باشد.

\* استفاده روتین از نرمال سالین برای ریختن داخل لوله تراشه بیمار قبل از انجام ساکشن به چند دلیل به هیچ وجه توصیه نمی‌گردد:

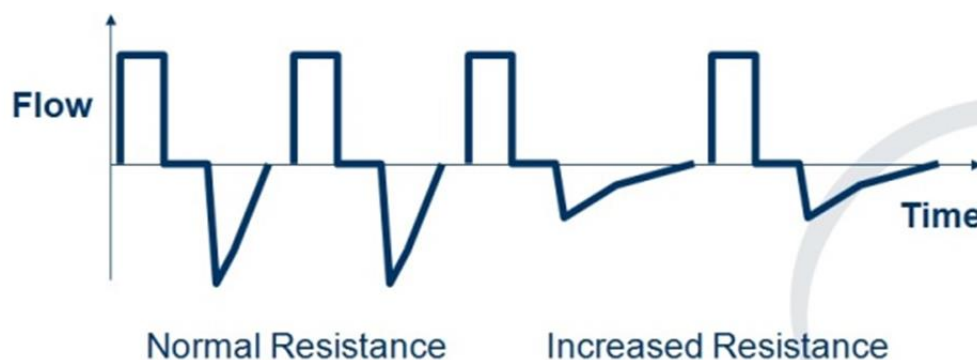
۱- این کار نه تنها کمکی در برداشتن ترشحات و رقیق تر نمودن آن نمی‌کند بلکه باعث کاهش ضربان قلب، کاهش  $SO_2$  و افزایش عفونت در راههای هوایی تحتانی می‌شود.

۲- مشخص گردیده است خصوصیات ویسکوالاستیک ترشحات تنفسی، هیدروفیل و یا محلول در آب نیست و سالین با ترشحات ریوی مانند آب و روغن بوده و با هم مخلوط نمی‌شوند و تنها درصد کمی از سالین به وسیله ساکشن از راه‌های هوایی برداشته می‌شود و باقی مانده در راه هوایی بیمار باقی می‌ماند و منجر به عفونت می‌شود.

۳- نتایج نشان داده که تزریق ۵ میلی لیتر سالین می‌تواند بیش از ۳۰۰۰۰۰ کلونی باکتریال زنده را از سطح داخلی لوله جابجا کند.

۴- مسئله دیگر توجه به نوع سالین است که حتما باید استریل و از نوع شستشو باشد. سالین تزریقی مواد محافظی دارد که بافت ریه را تخریب می‌کند تعویض سالین می‌بایست هر ۲۴ ساعت یکبار باشد.

\* اگر شیب منحنی بازدمی حاد باشد، مقاومت راه هوایی وجود دارد و کودک می‌بایست ساکشن شود تا ترشحات تخلیه و مقاومت راه هوایی کاهش یابد (در ونتیلاتورهایی که صفحه نمایش دارند قابل بررسی است).



**Lab test:** نتایج آزمایشات در ساعت انجام شده ثبت شود.

• **Others:** انجام هر آزمایش دیگری غیر از موارد ذکر شده ثبت شود.



**Disability (ناتوانی):** ناتوانی از جمله نابینایی، ناشنوایی، پارزی، پلژی و ... بیمار ثبت گردد.

**Air way:** سایز، تاریخ، محل فیکس لوله تراشه و خارج نمودن آن

- Endo tracheal tube (ETT): لوله گذاری تراشه
- Endo tracheal tube (ETT) Repeat: لوله گذاری تراشه مجدد
- Tracheostomy tube (T.T): گذاشتن تراکئوستومی
- No.tube: شماره لوله تراشه گذاشته شده
- Size fix: سایز یا شماره فیکس شدن لوله تراشه
- Intube date: تاریخ گذاشتن لوله تراشه
- Extube date: تاریخ خارج کردن لوله تراشه

**Routine Care:** ثبت مراقبت های زیر:

- Mouth/Nose: مراقبت از دهان و بینی هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- Eye/Ear: مراقبت از چشم و گوش هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- Cuff Pressure: اندازه گیری فشار کاف لوله تراشه هر ۶ ساعت و یا هر شیفت جهت تثبیت فشار کاف به وسیله دستگاه کاف سنج اندازه گیری و به میزان ۲۵ سانتیمتر آب می بایست باشد. (با توجه به اینکه لوله تراشه های فعلی مورد استفاده از نوع نرم می باشند، آسیب برای مجرای هوایی ایجاد نمی نمایند و نیازی به تخلیه کاف هر ۸ ساعت نمی باشد و تثبیت فشار آن ضروری است).
- Physical restraint (مهار فیزیکی): اندامهایی که مهار فیزیکی دارند (با دستبند و یا پابند ثابت شده اند) از نظر خونسازی و جلوگیری از آسیب پوست و بافت هر ۳ ساعت بررسی و تیک زده شود.

- **Foley**: مراقبت از سوند فولی هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- **Dressing**: مراقبت از پانسمان هر شیفت پس از انجام تیک زده شود.
- **Physiotherapy** (فیزیوتراپی): انجام فیزیوتراپی قبل از انجام ساکشن و یا بعد از تغییر پوزیشن بیمار تیک زده شود.
- **Bath** (حمام بیمار): پس از حمام دادن بیمار طبق دستور پزشک و یا روتین بیمارستان تیک زده شود.
- **Para clinic**: پاراکلینیک های انجام شده در روز مربوطه تیک زده شود.
- به ترتیب پس از انجام هر یک از موارد گرافی - سونوگرافی - سی تی اسکن - اکوکاردیوگرافی - الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب) - الکتروآنسفالوگرافی (نوار مغز) تیک زده شود.
- در قسمت **Others**: انجام هر پاراکلینیک دیگری غیر از موارد ذکر شده ثبت شود.
- **Data Catheter Replacement**: ثبت تاریخ تعبیه و تعویض کاتترهای بیمار و در صورت انجام همان روز تیک زده شود.
- **Feeding tube**: هر گونه لوله تغذیه (بینی - معده ای، دهانی - معده ای، گاستروستومی، بینی - دئودنال، دهانی - دئودنال، ژژونوستومی، بینی - ژوژنال، دهانی - ژوژنال) در صورت تعبیه و یا تعویض تیک زده شود.
- سایر آیتم ها به ترتیب: سوند فولی - چست تیوب راست - چست تیوب چپ - کاتتر آرترا لاین - کاتتر ورید مرکزی

**Guide OF nurse**: راهنمای ثبت گزارش پرستاری به ترتیب لیست ارائه شده:

۱. Level of conscious: سطح هوشیاری - در ابتدا گزارش پرستاری با ثبت وضعیت هوشیاری بیمار شروع میگردد.
۲. Respiration: مرحله دوم وضعیت تنفس بیمار ثبت میگردد.
۳. E.C.G: مانیتورینگ و وضعیت قلب بیمار
۴. Visit & Time: زمان ویزیت و نتایج
۵. Hemodynamic: همودینامیک بیمار
۶. Operation site/ Drain: وضعیت محل جراحی در صورت داشتن / میزان ترشحات درن و شرایط درنها
۷. Intake - Iv line/ Feeding: وضعیت رگ محیطی بیمار و سایر کاتترهای تزریقی بیمار و میزان مایعات دریافتی بیمار از راه وریدی / تغذیه بیمار در صورت داشتن لوله معده و یا تغذیه خوراکی
۸. Out put- F/c: سوند فولی و مراقبت از آن و میزان و شرایط ادراری و سایر ترشحات دفعی بیمار
۹. Skin condition & Dressing: مراقبت از پوست، تغییر پوزیشن بیمار و فیزیوتراپی و ماساژ اندامها

#### ❖ پشت صفحه

#### صفحه سمت راست

- شماره پرونده بیمار ثبت می گردد.
- چسباندن یک نمونه مانیتور قلبی از بیمار در انتهای شیفت صبح در قسمت Strip ضروری است.
- گزارش پرستاری صبح ثبت می گردد.
- ثبت داروهای مصرفی صبح (در ابتدای شیفت صبح می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد اعتباربخشی در این قسمت ثبت گردد)

- توضیحات مورد نیاز جهت اندازه گیری ارزیابی دیسترس تنفسی و ارزیابی درد مورد استفاده برای نوزادان ۳۲ هفته و بیشتر پس از عمل جراحی

- امضاء و نام و نام خانوادگی پرستار مسئول در شیفت صبح

#### ❖ صفحه وسط

- نام و نام خانوادگی بیمار ثبت می گردد.
- چسباندن یک نمونه مانیفور قلبی از بیمار در انتهای شیفت عصر در قسمت Strip ضروری است.
- گزارش پرستاری عصر ثبت می گردد.
- ثبت داروهای مصرفی عصر (در ابتدای شیفت عصر می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد اعتباربخشی در این قسمت ثبت گردد)

#### • ارزیابی تغذیه بیمار:

- ارزیابی تغذیه در هر شیفت توسط کارشناس تغذیه و پزشک تعیین و پس از درج توسط پزشک در قسمت دستورات پزشک توسط پرستار در قسمت مربوطه، میزان دریافتی و نتایج ثبت می گردد.

روش دریافت تغذیه: بر اساس تجویز پزشک معالج، یکی از سه روش NPO، دهانی و یا گاوژ علامت زده و اجرا می شود.

محل دسترسی روده ای: جهت تجویز فرمولا، یکی از اشکال نصب لوله شامل بینی- معده ای، دهانی - معده ای،

گاستروستومی، بینی- دئودنال، دهانی - دئودنال، ژژونوستومی، بینی - ژژونال، دهانی - ژژونال که توسط پزشک تعیین شده

است، درج و اجرا می باشد.

سرعت و طریقه گاوژ: بر اساس مقدار محاسبه شده توسط مشاور تغذیه برای دریافت روزانه بیمار، سرعت گاوژ در محل

طریقه انتخابی گاوژ شامل بولوس، مداوم و متناوب درج و اجرا می شود.

نوع فرمولا و محصول تغذیه روده ای: با ذکر نام محلول یا پودر استاندارد و یا احیانا دست ساز با ذکر مشخصات آن (مانند پر

پروتئین، پرکالری، کم کالری و ...) در خانه مربوطه درج می گردد.

مقدار مورد نیاز طی ۲۴ ساعت : مقدار حجم محلول گاوآژ مورد نیاز بیمار برای مدت ۲۴ ساعت است که بر حسب سی سی توسط مشاور تغذیه تعیین شده است.

مقدار تامین شده: مقداری از کل حجم محلول گاوآژ مورد نیاز ۲۴ ساعته بیمار است که طبق برنامه مشاور تغذیه و بر اساس سرعت دریافت تنظیم شده و در هر وعده توسط پرستار به بیمار داده و ثبت می شود (بر حسب سی سی).

- امضاء و نام و نام خانوادگی پرستار مسئول بیمار در شیفت عصر

### ❖ صفحه سمت چپ

- نام پدر بیمار ثبت می گردد.
- چسباندن یک نمونه مانیتور قلبی از بیمار در انتهای شیفت شب در قسمت Strip ضروری است.
- گزارش پرستاری شب ثبت می گردد.
- ثبت داروهای مصرفی شب (درابتدای شیفت شب می بایست محاسبه دوز داروهای مصرفی مطابق با استاندارد اعتباربخشی در این قسمت ثبت گردد).
- **Health promotion**: ارتقای سلامتی در هر شیفت بر اساس تشخیص پرستاری بیمار ثبت می گردد.
- ارتقای سلامت عبارت از روند توانمند سازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی شان می باشد و میتوان مجموعه فعالیت هایی تلقی کرد که به فرد کمک می کند امکانات و منابع لازم برای سالم بودن و بهبود کیفیت زندگی را ارتقاء بخشد هدف و منظور حفظ و ارتقای سلامتی، تمرکز بر نیروهای بالقوه فردی برای سالم زیستن و تغییر عادات فردی الگوی زندگی و محیطی در جهت کاهش عوامل تهدید کننده سلامتی است. رفتارهای ارتقاء سلامتی مثل ورزش، فیزیوتراپی، برای حفظ کیفیت زندگی ضروری است چون باعث حفظ عملکرد می شوند.
- جدول آموزشی نحوه ارزیابی درد و ننگ مورد استفاده کودکان
- امضاء و نام و نام خانوادگی پرستار مسئول در شیفت شب

1. Flynn B. Marino's The ICU Book. Critical Care Medicine. 2014 Aug 1; 42(8):e608.

۲- انجمن بین المللی زخم ایران