

# مراقبت پرستاری در بیماران پرخطر

ب-۱-۴-۳ \* بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می‌شود.

- ❖ مشخص بودن فهرست بیماران پرخطر در هر بخش با مصادیق ریسک ارزیابی شده توسط ابزار مربوطه
- ❖ آشنایی کادر بالینی با مقولات مربوط به ایمنی بیمار و ریسک‌های متوجه بیمار و اقدام متناسب بر اساس آنها
- ❖ استفاده از دستبند زرد برای بیماران پرخطر در کلیه بخش‌ها<sup>۱</sup>
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر سقوط
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر زخم فشاری
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر خودکشی
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران پلی فارمسی
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض سوء تغذیه
- ❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در سایر بیماران در معرض خطر
- ❖ آموزش لازم اثربخش به بیماران برای پیش‌گیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات مورد اشاره
- ❖ ترخیص ایمن بیماران پرخطر

منظور از بیماران/ مراجعین پرخطر در این استاندارد افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی- درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند.

➤ بیماران/ مراجعین پرخطر غالباً شامل موارد ذیل است

۱. بیماران در معرض سقوط
۲. زخم فشاری
۳. خودکشی
۴. سوء تغذیه
۵. پلی فارمسی
۶. ترومبوز وریدهای عمقی

۱. بیماران در معرض سقوط
۲. زخم فشاری
۳. خودکشی
۴. سوء تغذیه
۵. پلی فارمسی
۶. ترومبوز وریدهای عمقی

برای شناسایی و تعیین ریسک در بیماران در معرض سقوط ابزار مورس<sup>۲</sup>، زخم فشاری مقیاس‌هایی پیش‌بینی کننده معتبر مانند برادن<sup>۳</sup> و مانند آن پیشنهاد می‌شود. برای هر یک از بیماران در معرض خطر به صورت مکتوب و مدون و با اطلاع و دستور پزشک و پیگیری و اقدامات لازم از سوی پرستار مربوطه هم اقدامات مقابله با ریسک و هم طرح درمان مشخص و در قالب دستورات پزشکی درج و توسط پرستار اجراء می‌شود. در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. پلی‌فارمسی به مواردی اطلاق می‌گردد که بیمار بیش از ۴ دارو مصرف می‌نماید. وجود تعریف برای هر یک از این موارد و ابزار تعیین ریسک بیماران در هر یک از این گروه‌ها ضروری است.

با عنایت به اثربخش بودن اقدامات پیشگیرانه در گروه/گروه‌های پرخطر در معرض سقوط، زخم فشاری، خودکشی و ترومبوز وریدهای عمقی حتماً از دستبند زرد رنگ استفاده شود. در خصوص خطر سقوط در کودکان/نوزادان و پلی فارمسی شناسایی بیماران و در مراحل ارزیابی و سیر مراقبت باستی مدیریت ایمنی بیمار رعایت شود اما استفاده از دستبند زرد برای این دسته از بیماران الزامی نیست. در خصوص سوءتغذیه با توجه به ارزیابی های تخصصی تغذیه ایمنی بیمار مدیریت می شود و نیازی به استفاده از دستبند نیست.

البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید مخل حریم خصوصی یا تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می‌توان به "خودکشی" اشاره نمود. در این موارد می‌توان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.

## ارزیابی ریسک زخم بستر برادن Braden Scale

این مقیاس متشکل از ۶ مورد ارزیابی می باشد که هر کدام در یک ستون بوده و به هر کدام نمره جداگانه ای تعلق می گیرد . مجموع نمرات ، نمره کل محسوب می شود . ارزیابی برای تمامی بیماران در بدو ورود به بخش و در بیماران بستری با ریسک بالای ایجاد زخم فشاری در هر شیفت انجام می شود

درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرك	تغذیه	کشی /سایش	در نمرات ۱۲ و یا کمتر از دستبند زرد استفاده کرده و نتیجه ارزیابی در کاردکس بیمار ثبت شود و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید مد نظر قرار داد
۱. کاملاً مختل	۱. دائماً خیس	۱. وابسته به تخت	۱. کاملاً بی حرکت	۱. خیلی مختل	۱. سرخوردن مکرر	۹< ریسک خیلی بالا
۲. خیلی مختل	۲. اکثراً خیس	۲. وابسته به صندلی	۲. تحرك خیلی محدود	۲. خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه	۲. خودداری نسبی از سرخوردن	۱۰-۱۲ ریسک بالا
۳. نسبتاً مختل	۳. گاهی خیس	۳. راه رفتن با کمک	۳. تحرك نسبتاً محدود	۳. خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه	۳. سرخوردن	۱۳-۱۴ ریسک متوسط
۴. کاملاً سالم	۴. خشک	۴. راه رفتن بدون کمک	۴. کاملاً متحرك	۴. تغذیه کامل	۳. خودداری از سر خوردن	۱۵-۱۸ ریسک پایین

## ارزیابی ریسک سقوط طبق جدول Morse Scale

ریسک فاکتور	امتیاز	استفاده از وسیله حرکتی	امتیاز	الگوی گام برداشتن	امتیاز	وضعیت ذهنی	امتیاز
سابقه سقوط قبلی	۲۵	بیمار از مبلمان داخل اتاق جهت حرکت خود استفاده می کند	۳۰	مختل: گام برداشتن نا هماهنگ ، مشکل در بلند شدن از صندلی و تلاش برای بلند شدن از روی صندلی ، غیر متعادل	۲۰	آلزیمر ، دمانس ، ساب کما ، آژیته	۱۵
بیماری زمینه ای	۱۵	واکر ، عصا ، چوب زیر بغل	۱۵	ضعف در حفظ تعادل ، با کمک دستان تعادل خود را حفظ می کند	۱۰	هوشیار و آگاه	۰
داشتن سرم یا هپارین لاک	۲۰	CBR ، کمک گرفتن از پرستار ، ویلچر،عدم استفاده از وسیله حرکتی	۰	طبیعی: بی حرکتی و استراحت در تخت،قدم برداشتن قاطعانه با سرراست و رو به جلو و بازوها در کنار بدن و در نوسان آزاد	۰		۰

Low Risk = ۰-۲۴  
 Moderate = ۲۵-۴۴  
 High Risk = ۴۵ و بیشتر

نتیجه ارزیابی در کاردکس بیمار ثبت شود  
 ارزیابی این ریسک در کلیه شیفتها قابل پیگیری است و یا تغییر شرایط بیمار امکان تغییر آن وجود دارد

## ارزیابی خطر آمبولی ریوی و ترومبوز آمبولی وریدی طبق معیار ژنو Genevva

مشخصات بالینی	نمره	مشخصات بالینی	نمره
سن بیش از ۶۵ سال	۱	درد یک طرفه	۳
سابقه PE یا DVT	۳	هموپتزی	۲
ضربان قلب ۹۴-۷۵	۳	سابقه جراحی تحت بی هوشی عمومی یا شکستگی اندام تحتانی در ماه گذشته	۲
ضربان قلب بیش از ۹۵	۵	کانسری که در حال حاضر فعال باشد یا کمتر از یک سال از بهبود آن گذشته باشد	۲
درد در لمس وریدهای عمقی اندام تحتانی یک طرفه	۴		

کمتر از ۴ = احتمال ضعیف  
 ۴-۱۰ = احتمال متوسط  
 بالاتر از ۱۰ = احتمال زیاد

## ارزیابی خطر خود کشی

**سوالات غربالگری افکار خودکشی (جدول ش ۱) می بایست جهت کلیه بیماران بستری در معرض خطر تکمیل گردد و در صورتی که پاسخ به کلیه سوالات خیر باشد نیاز به اقدام خاصی نمی باشد و در صورتی که هر کدام از پاسخ ها بلی باشد به منظور ارزیابی ریسک خطر خودکشی بر اساس جدول ش ۲ اقدام شود**

جدول ش ۱	پاسخ	جدول ش ۲ (سطح بندی ریسک خودکشی)
<b>سوالات غربالگری بیماران در معرض خود کشی</b>	بلی / خیر	<b>ریسک بالا:</b> سابقه اقدام به خودکشی ، برنامه برای خود کشی ، مهیا کردن ابزار لازم برای خود کشی ، وجود افکار خود کشی مداوم به طور مثال حلق آویز کردن ، خود سوزی و ... ، وجود سایکوز ، توهم شنوایی دستوری یا هذیان در مورد مردن ، شروع اخیر اختلالات روان پزشکی عمده به خصوص افسردگی ، ترخیص از بخش روان پزشکی در روزهای اخیر ، سابقه دیگر آزاری ، وجود علائم حادی من جمله صحبت در مورد خود کشی احساس پوچی ، مصرف مواد ، اضطراب و آژیتاسیون ، دوری از دوستان و خانواده ، خشم ، تغییرات خلقی بارز ، نا امیدی شدید، بیجه های طلاق ، افراد بیکار ، زنان بی سرپرست ، بیماران صعب العلاج از جمله تحت درمان دیالیز ، تالاسمی ، کانسر ، رادیوتراپی و ... ، حاشیه نشین ها و مهاجرین ، بازنشستگان ، سو مصرف مواد و الکل ، مشکلات عاطفی اخیر و طلاق ، نا امیدی ، تنهایی یا انزوا ، شکست شغلی ، مشکلات مالی ، بیکاری ، مبتلایان به بیماری مزمن و ناراحت کننده ، کمبود حمایت اجتماعی ، روابط خصمانه ، نبود حامی ، بیماران با علائم مسمومیت دارویی عمدی و غیر دارویی ، افسرده ها و تحت درمان یا داروهای ضد افسردگی در دو سه هفته اول
آیا تا به حال افکار مربوط به بی ارزشی دنیا و زندگی داشته اید ؟		
آیا تا به حال به پایان دادن به زندگی خود فکر کرده اید ؟		
آیا تا به حال افکار مربوط به مرگ و مردن داشته اید ؟		
آیا تا به حال اقدام به خود کشی کرده اید ؟		
آیا در حال حاضر به خود کشی فکر می کنید ؟		
آیا تا به حال مرگ را به زندگی ترجیح داده اید ؟		
<b>ریسک پایین:</b> وجود افکار خودکشی متناوب ، گذرا و بدون برنامه برای خود کشی ، سابقه بیماری روان پزشکی ، نبود علائم حادی من جمله صحبت در مورد خود کشی ، جست و جوی ابزار خودکشی ، احساس پوچی ، مصرف مواد ، اضطراب و آژیتاسیون ، دوری از دوستان و خانواده ، خشم ، تغییرات خلقی بارز ، عدم وجود سابقه اقدام به خود کشی ، دارای خانواده معنادار		

## راهنمای ارزیابی ریسک زخم فشاری بر اساس معیار برادن

مشخصات/سایش	تغذیه	تحرك	فعالیت	رطوبت	درک حسی	محور بررسی	
						امتیاز	
سر خوردن مکرر در تخت	<ul style="list-style-type: none"> <li>اغلب کمتر از 1/3 غذایش را میخورد</li> <li>بیش از 5 روز NPO بوده و یا مایعات شفاف خوراکی/مایعات وریدی دریافت می کند</li> </ul>	خیلی مختل	کاملاً بی حرکت	محدود به تخت	همیشه مرطوب	کاملاً مختل: عدم پاسخ به محرک دردناک	1
سر خوردن گهگاهی در تخت	<ul style="list-style-type: none"> <li>فقط نصف غذایش را میخورد</li> <li>کمتر از میزان توصیه شده رژیم مایعات/تغذیه لوله ای دریافت می کند</li> </ul>	احتمالاً ناکافی	محدودیت زیاد: تغییر/اندک در پوزیشن بدن و اندام ها بصورت گهگاهی	محدود به صندلی	اغلب مرطوب	خیلی مختل: پاسخ صرفاً به محرک دردناک	2
عدم سر خوردن (حفظ پوزیشن مطلوب)	<ul style="list-style-type: none"> <li>بیش از نصف غذایش را میخورد</li> <li>بیشتر نیازهای تغذیه ای بیماران دارای تغذیه لوله ای/TPN مرتفع می گردد</li> </ul>	ناکافی	محدودیت کم: تغییر/اندک در پوزیشن بدن و اندام ها بصورت مکرر	راه رفتن با کمک	گاهی مرطوب	کمی مختل: پاسخ به محرک کلامی ولی عدم اختلال در حس درد در یک یا دو اندام	3
	بیشتر غذایش را میخورد	کافی	عدم محدودیت	راه رفتن بدون کمک	همیشه خشک	کاملاً سالم: پاسخ به محرک کلامی بدون مشکلی در حس درد	4

ریسک خفیفی بالا: 6-9	ریسک بالا: 10-12	ریسک متوسط: 13-14	ریسک پایین: 15-18	بدون خطر: 19-23
----------------------	------------------	-------------------	-------------------	-----------------

## راهنمای ارزیابی ریسک سقوط بیمار بر اساس معیار مورس

امتیاز	مصادیق	ریسک فاکتورهای تاثیر گذار
۲۵	دارد	سابقه سقوط
۰	ندارد	
۱۵	بلی	تشخیص ثانویه (سن، سابقه بیماری و مصرف دارو و ...)
۰	خیر	
۳۰	برخورد به وسایل داخل اتاق حین راه رفتن	وسایل کمک حرکتی
۱۵	استفاده از عصا و واکر	
۰	کمک گرفتن از پرستار، استراحت مطلق (CBR)، استفاده از ویلچر، بدون وسیله کمک حرکتی راه میرود	
۲۰	بلی	مایع درمانی وریدی / هپارین لاک
۰	خیر	
۲۰	مختل	الگوی حرکتی / گام برداشتن
۱۰	ضعیف	
۰	طبیعی، استراحت مطلق (CBR)، بیحرکت	
۱۵	اغراق در توانایی / فراموش کردن محدودیتهای خود	وضعیت مغزی
۰	طبیعی (آگاه به محدودیتهای تواناییهای حرکتی خود)	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ریسک بالا: ۴۵ و بالاتر</span> <span>ریسک متوسط: ۲۵-۴۴</span> <span>ریسک پایین: ۰-۲۴</span> </div>		

# برادن

- بسیار حائز اهمیت است که **مطمئن شویم** بیماران در معرض خطر زخم **فشاری** **مراقبت پرستاری** مناسبی دریافت می کنند.
- تمرکز و توجه پرستاران باید متمرکز روی **حیطه ها** و **زیر مجموع هر حیطه** در ابزار برادن باشد و سطح خطر به درستی شناسایی شود.
- به عنوان مثال دو بیمار می توانند نمره یکسانی کسب کنند اما یک بیمار در معرض خطر است چون فقر غذایی دارد، در حالیکه بیمار دیگر در معرض است چون وابسته به تخت بوده و قادر به راه رفتن نمی باشد. هر دو این بیماران کاملاً نیازهای مداخلاتی متفاوت جهت کاهش خطر ایجاد زخم فشاری را دارا می باشند.

- خطر ایجاد زخم فشاری در **پوست مرطوب ۵** برابر پوست خشک است.

- رطوبت ممکن است سبب **شل شدن بافت همبند** شود و در نتیجه اپیدرم خیلی راحت تر از پوست جدا شود.

- بعلاوه رطوبت ممکن است سبب **چسبیدن محکم تر** پوست به بستر و در نهایت افزایش اصطکاک شود.

- **بی حرکتی مهمترین** عامل خطر در ایجاد زخم های فشاری است.

- **اصطکاک** نیرویی است که وقتی دو سطح روی هم حرکت می کنند ایجاد می شود. در زمان کشیده شدن روی بستر ایجاد می شود. با افزایش سن پوست خاصیت انعطاف پذیری و کشش خود را از دست می دهد.



# تدابیر کلی در پیشگیری از زخم فشاری :

- **الصاق لیبل زرد** با درج ریسک مربوطه بر روی دستبند شناسایی بیمار
- برای بیماران فاقد تحرک، استفاده از **تشک موج** و **تغییر پوزیشن** بر اساس جدول تغییر پوزیشن
- حفظ **ملافه** بیمار بصورت خشک و بدون چروک
- آموزش اقدامات **مراقبت از پوست** به بیمار / خانواده
- اطمینان از **عدم جا ماندن اشیاء** و تجهیزات بر روی تخت بیمار
- **ثبت** کلیه اقدامات صورت گرفته در گزارش پرستاری
- در یک ناحیه از پوست بیمار به صورت **مستمر از چسب های طبی** استفاده نشود.
- تا حد امکان بدن بیمار را بر روی موضعی که **هنوز از فشار قبلی قرمز** است برنگردانید.
- **ماساژ** استراتژی توصیه شده در پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری **نیست**.
- بیماران بی حرکت، سالمند **روی بستر تخت کشیده نشود** جهت جابجایی و تغییر پوزیشن از ملافه استفاده گردد
- بهبود وضعیت **تغذیه** برای پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری

# مشخصات بارز زخم های فشاری

مشخصات بارز زخم فشاری درجه دو	مشخصات بارز زخم های فشاری درجه یک
<p>۱- تاول، خراشیدگی</p> <p>۲- نکروز، ترومبوزیس، ادم و ترشح سلولی اپیدرم</p> <p>۳- تورم و قرمزی لبه های زخم</p>	<p>۱- پرخونی پوست، پوست با اعمال فشار سفید نمی شود</p> <p>۲- احتقان و تورم موضعی پوست</p> <p>۳- افزایش درجه حرارت موضعی و درد</p>
مشخصات بارز زخم فشاری درجه چهار	مشخصات بارز زخم فشاری درجه سه
<p>۱- ازفقدان کامل پوست</p> <p>۲- تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و</p> <p>۳- سختی و نکروز لبه های زخم</p>	<p>۱- فقدان کامل پوست</p> <p>۲- صدمه و نکروز زیرجلدی</p> <p>۳- ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا</p>

# اقدامات ضروری جهت پیشگیری از سقوط بیماران

- ❖ الصاق لیبل زرد با درج ریسک مربوطه بر روی دستبند شناسایی بیماران با ریسک بالا
- ❖ آموزش به بیمار و همراه ایشان در مورد نحوه احضار پرستار، چگونگی خروج از تخت و نحوه باز و بسته کردن بدساید تخت
- ❖ آشناسازی بیمار با محیط اطراف خود
- ❖ قرار دادن تخت بیمار در پایین ترین حالت ممکن
- ❖ قرار دادن زیرپایی کنار تخت بیمار جهت تسهیل در خروج بیمار از تخت
- ❖ خارج کردن بیماران از تخت بصورت تدریجی (عدم خروج ناگهانی بیماران از تخت)

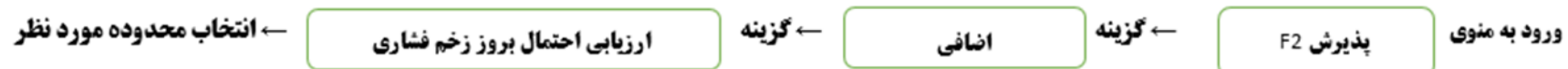
# اقدامات ضروری جهت پیشگیری از سقوط بیماران

- ❖ نظارت بیشتر به بیماران در طول شیفت **علی‌الخصوص شیفت شب**
- ❖ حفظ **روشنایی مناسب** در مسیر سرویس بهداشتی
- ❖ کسب اطمینان از **بالا و فیکس بودن بدساید و قفل بودن چرخ تخت‌ها**
- ❖ اطمینان از **خشک بودن سطوح و کف**
- ❖ **تنها رها نکردن** بیمار در اتاق درمان و واحدهای تشخیصی
- ❖ استفاده از **مهار فیزیکی/شیمیایی** در صورت صلاحدید پزشک معالج
- ❖ **ثبت کلیه اقدامات انجام یافته** در گزارش پرستاری بیمار در هر شیفت

**\* نحوه ثبت شاخص مورس در HIS:**



**\*\* نحوه ثبت شاخص برادن در HIS:**



❖ تدوین خط مشی و روش مهار فیزیکی با مشارکت همه صاحبان فرایند

❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار فیزیکی

❖ رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار فیزیکی

➤ نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار فیزیکی

۱. تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی

۲. انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفاً بر اساس دستور پزشک و ذکر اندام‌های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستور پزشک

۳. استفاده از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندام‌ها و اعضای مجاز با روش‌های استاندارد و بدون عوارض

۴. ثبت و کنترل سیستم عصبی عروقی اندام‌های مهار شده به صورت مستمر

۵. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط

۶. ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی ( بررسی شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن)

۷. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخم‌های فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود، و...

۸. قطع مهار فیزیکی در کوتاهترین زمان ممکن

۹. نحوه بررسی وقایع ناخواسته / آسیب ناشی از مهار فیزیکی بیمار

۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی

۱۱. ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری

۱۲. تکرار مهار فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم

در مادران باردار دلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است. همچنین در بیمارانی که اعضای آن‌ها اختلال حرکتی دارد، مهار

عضو مبتلا ممنوع می‌باشد.

# نکات قابل توجه در مهار فیزیکی:

- تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی
- مهار فیزیکی صرفاً بر اساس دستور پزشک و ذکر اندامهای لازم و مدت
- ثبت و کنترل سیستم عصبی عروقی اندامهای مهار شده
- تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخمهای فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود، و...
- حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی
- ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری
- تکرار مهار فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم

# دو نکته حیاتی در خصوص مهار :

- در مادران باردار بدلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است.
- همچنین در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع میباشد.



ب-۱-۳-۶ \* مهار شیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می‌شود.

سطح دو

❖ تدوین خط مشی و روش مهار شیمیایی با مشارکت همه صاحبان فرایند

❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار شیمیایی

❖ رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار شیمیایی

➤ نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار شیمیایی

۱. لحاظ سابقه داروئی و حساسیت‌های شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات داروئی

۲. استفاده از ایمن‌ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی<sup>۱</sup>

۳. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط

۴. انجام مهار شیمیایی صرفاً بر اساس دستور پزشک

۵. ارزیابی پاسخ به درمان، علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر، قبل، حین و پس از مهار شیمیایی

۶. شرایط بیمار قبل از شروع مهار و همچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ثبت می‌گردد

۷. کنترل و ثبت علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر در طول مدت زمان مهار در پرونده

۸. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، مانیتورینگ مداوم و... پایش و کنترل مستمر

۹. قطع مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن

۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار شیمیایی

۱۱. نحوه بررسی وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار

۱۲. تکرار مهار شیمیایی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم<sup>۲</sup>

باتوجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هرروز (حداکثر سه بار) توصیه می‌شود با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.

# نکات قابل توجه در مهار شیمیایی

- لحاظ سابقه دارویی و حساسیتهای شناخته شده بیمار
- رعایت اصول ایمنی دارودهی
- صرفاً بر اساس دستور پزشک
- ارزیابی پاسخ به درمان، علائم حیاتی و شرایط بالینی، قبل، حین و پس از مهار شیمیایی
- ثبت موارد در گزارش پرستاری
- کنترل و ثبت علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر در طول مدت زمان مهار در پرونده
- تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، مانیتورینگ مداوم و... پایش و کنترل مستمر
- حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار شیمیایی
- تکرار مهار شیمیایی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور PRN

# بیماران آسیب پذیر

# منظور از بیماران / مراجعین آسیب پذیر

- افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک / فیزیکی / روانی / اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

# برخی بیماران / مراجعین آسیب پذیر

بیماران سالمند
کودکان و نوزادان
اختلال آلزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی اختلالات ذهنی و روانپزشکی
معلولیتهای جسمی ( بینایی / شنوایی / حرکتی )
مجهول الهویه
اختلال هوشیاری
مادران باردار
مراجعین / بیماران مقیم مراکز نگهداری
افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، افراد بی خانمان و بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی،

سطح دو	ب-۱-۴-۲ * بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ارائه مراقبت و درمان به بیماران آسیب پذیر همانند سایر بیماران بدون دخالت شرایط یاد شده و عدم ایجاد مانع از ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به ایشان</li> <li>❖ توجه به مخاطرات ایمنی بیماران آسیب پذیر در شناسایی و احراز هویت آنها در تمامی مراحل مراقبت و درمان</li> <li>❖ حمایت و مدیریت اقدامات توسط مددکاری اجتماعی</li> <li>❖ ترخیص ایمن بیماران آسیب پذیر</li> </ul>
	<p>منظور از بیماران/ مراجعین آسیب پذیر در این سنجه افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.</p> <p>بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری)، بیماران مجهول‌الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی<sup>۱</sup>، افراد بی‌خانمان و ... از این گروه بیماران/ مراجعین هستند.</p> <p>در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. در کودکان و نوزادان نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تاثیر دارند. در بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانپزشکی خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند الزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز دارویی و ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار می‌گیرند. بیماران دچار معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی) به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط می‌باشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند. بیماران مجهول‌الهویه به علت اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه‌ها و نحوه نام‌گذاری) در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. بیماران با اختلال هشیاری به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. مادران باردار با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روش‌های درمانی، دارودهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند. مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان از سویی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه/ خانواده، و از طرف دیگر پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تامین هزینه‌های مراقبت و درمان ممکن است دچار مشکل شوند. این بیماران/ مراجعین از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری پس از بستری و عوارض ناشی از آن احتمالاً آسیب پذیر هستند. این شرایط با مخدوش نمودن تداوم زنجیره مراقبت می‌تواند باعث تهدید ایمنی بیمار و عدم دریافت پیامد مطلوب از درمان شود.</p>
	<p>مهناز داوری (کارشناس ایمنی بیمار)</p>

# بیماران سالمند

• **خطاهای شناسایی** به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و

ذهنی (مانند آلزایمر و دمانس)

• **سقوط** به علت مشکلات حرکتی

# کودکان و نوزادان

بدلیل عدم برقراری ارتباط مناسب در معرض **افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز**

**سقوط قرار دارند**



# اختلال آلزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی اختلالات ذهنی و روانپزشکی

- خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط

- سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز داروئی

- ریسک خودکشی

- عدم برقراری ارتباط مناسب

# معلولیت‌های جسمی ( بینایی / شنوایی / حرکتی )

- اختلال در برقراری ارتباط

- سقوط به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی

# مجهول الهویه

• اشکال در برقراری ارتباط و نحوه شناسایی

• در معرض **خطاهای شناسایی** و خطاهای ناشی از عدم همکاری

# اختلال هشیاری

- به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال
- در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری

# مادران باردار

• با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روشهای درمانی، دارودهی و مراقبت

ملاحظات خاص خود را دارند

# مراجعه‌ین / بیماران مقیم مراکز نگهداری

- مانند خانه سالمندان
- از سویی از نظر **کیفیت مراقبت** و نگهداری **قبل از بستری** و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسبه همراه / خانواده
- از طرف دیگر **پس از ترخیص** به علت عدم تمکن مالی در **تامین هزینه های مراقبت** و درمان ممکن است دچار مشکل شوند.

# روشهای پیشگیری از آسیب های احتمالی ناشی از افراد با رفتارهای پرخطر اجتماعی

- **ایزولاسیون** مناسب این بیماران
- تامین ارائه کنندگان خدمت، متناسب با اصول اخلاقی و حفاظتی
- تامین تمهیدات/تسهیلات **حفاظتی برای ارائه کنندگان** خدمت مانند PPE
- پیشگیری از ایجاد استرس و احساس نامطلوب برای **بیماران مجاور**
- ارائه **خدمت مطلوب و استاندارد** به هر یک از بیماران آسیب پذیر
- ارائه **خدمات بدون تبعیض** به این افراد
- **عدم استفاده** از هرگونه **شاخص / برچسب** به منظور مشخص نمودن بیماران/مراجعین در گروه افراد دارای انگ اجتماعی

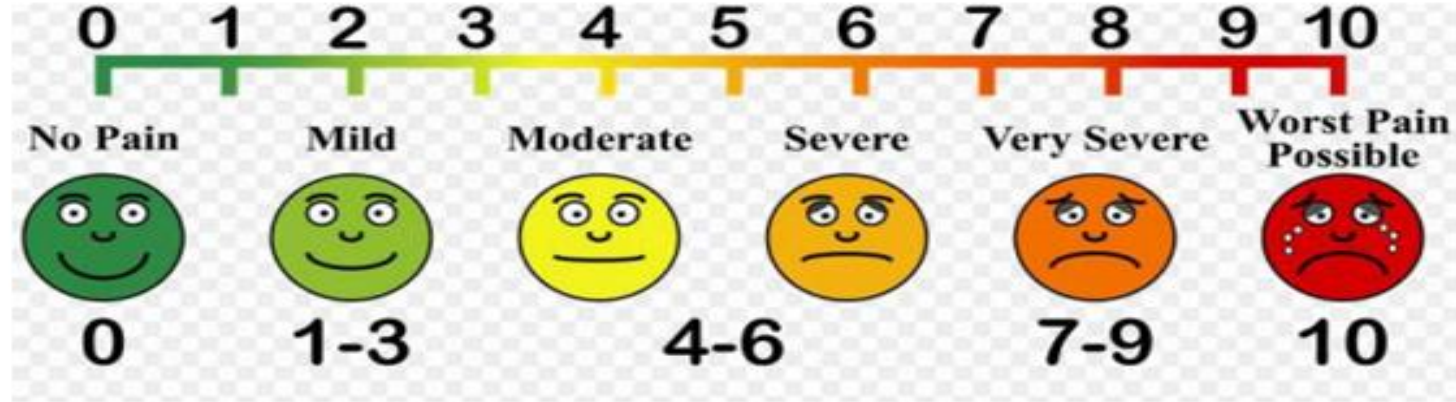
# ابرازها و روش های کنترل درد



# درد بیمار را چگونه مدیریت می کنید؟

- ۱- شناسایی فعال بیمار
- ۲- بیمارانیکه تحت سداتیو نمی باشند معیار مورد استفاده: VASS
- ۳- معیار ریچموند برای بررسی بیداری، آژیتاسیون - سداسیون معیار RASS بررسی نمائید.
- ۴- در بخش های ویژه CPOT
- ۳- کیفیت درد (غیر قابل تحمل، فشارنده، )
- ۴- الگوی درد (زمان شروع، مدت زمان عود یا فواصل بدون درد)
- ۵- عوامل تشدید کننده (بعد از غذا، سرما، گرما و رطوبت، استرسورهای فیزیکی و عاطفی)
- ۶- عوامل کاهش دهنده (داروهای خانگی مانند چای گیاهی، استراحت، دارو، گرما و سرما، نماز و یا انحراف حواس مانند تماشای تلویزیون)
- ۷- استفاده از تکنیک های غیر دارویی مانند: آرامش، انحراف حواس، ماساژ، گرما و سرما
- ۸- استفاده از داروهای تجویز شده طبق دستور پزشک از جمله مسکن مخدر، مسکن غیر مخدر مانند داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی
- ۹- چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ درد را با نظارت فرد ثانی

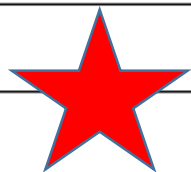
# معیار: VASS



صورتک شماره	نشانگر	برابر با
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	درد باز هم بیشتر	۶
۴	درد شدید	۸
۵	بدترین معیار دواوری (کارشناس ایمنی بیمار)	۱۰

# معیار RASS

مقیاس	عنوان	توضیح
۴	پرخاشگر	آسیب به پرسنل
۳	خیلی آژیته	لوله و اتصالات را به صورت پرخاشگرانه می کشد.
۲	آژیته	بی قراری با ونتیلاتور و حرکات متناوب بی هدف
۱	بی قرار	مضطرب - حرکات بدون پرخاشگری
۰	هوشیار - آرام	توجه به مراقبت دهنده
-۱	خواب آلودگی	کاملاً هوشیار نیست ولی با صدا چشم باز می کند و ارتباط بیش از ۱۱ ثانیه است.
-۲	بیهوشی ضعیف	به طور مختصر به صدا جواب می دهد ولی ارتباط کمتر از ۱۱ ثانیه است.
-۳	بیهوشی متوسط	چشم هارا بی هدف باز می کند
-۴	بیهوشی عمیق	به تحریکات فیزیکی جواب می دهد.
-۵	بیدار نمی شود	به صدا و تحریکات فیزیکی پاسخ نمی دهد.



# معیار ریچموند RASS برای بررسی بیداری، آژیتاسیون – سداسیون

- **مشاهده:** بیمار فقط مشاهده می شود. اگر بیمار **هوشیار** است، امتیاز مناسب ( ۰ تا +۴ ) را برای او در نظر بگیرید. اگر هوشیار نیست مرحله دو را انجام دهید.
- **تحریک کلامی:** نام بیمار را با **صدای بلند** صدا زده و از او بخواهید به شما نگاه کند. در صورت نیاز می توانید این کار را تکرار کنید. اگر به شما واکنش نشان داد امتیاز مناسب را در نظر بگیرید ( ۱- تا ۳- ) اگر هیچ واکنشی نشان نداد به مرحله بعدی بروید.
- **تحریک فیزیکی:** شانه بیمار را **تکان دهید**، اگر واکنشی نداشت به شدت جناغ او را فشار دهید و امتیاز مناسب را در نظر بگیرید ( ۴- تا ۵- )

در بیماران بخش مراقبت ویژه برای ارزیابی درد از یک ابزار دقیق تر از VAS (شکلک) بنام CPOT استفاده میشود.

شاخص	وضعیت	امتیاز	توصیف وضعیت
چهره	آرام و طبیعی	۰	هیچ علامت و انقباضی حاکی از درد ندارد.
	تحت فشار	۱	ابرو درهم کشیده و انقباض عضلات بالا برنده و اطراف اریب
	شکلک	۲	وجود علائم بالا به اضافه پلکهای بسته و به هم فشرده
حرکات بدن	فقدان حرکت	۰	اصلا حرکتی ندارد (الزاما به معنی فقدان درد نیست) و با وضعیت طبیعی
	حمایت	۱	آهسته، حرکات توأم با احتیاط، لمس و یا مالش محل درد، نیاز به جلب توجه در میان حرکات
	بیقراری	۲	کشیدن کاترها و سوندها، تلاش برای نشستن، پرخاشگری به کارکنان، عدم اطاعت از دستورات، تلاش برای پایین آمدن از تخت
پذیرش یا دستگاه تهویه (در بیماران لوله گذاری شده) یا تکلم صحبت در بیماران بدون لوله گذاری	تهویه به خوبی تحمل میشود	۰	علائم هشدار دهنده فعال نیست و تهویه به آسانی انجام می شود.
	سرفه وجود دارد ولی قابل تحمل است	۱	بیمار سرفه میکند، زنگ هشدار روشن اما خودبخود متوقف می شوند
	با تهویه سر جتنگ و ناسازگاری دارد	۲	تهویه دستگاه با بیمار هماهنگ نیست، لذا حمل تهویه مسدود می شود و علائم هشدار مکرر فعال می شود
	صحبت با تون طبیعی یا بدون صدا	۰	با تون طبیعی صحبت می کند یا اصلا صدایی ندارد
قوام و تون عضلانی ارزیابی با خم کردن و باز کردن اندام های فوقانی توسط فرد دیگر (PASSIVE)	گریه و ناله	۱	آه و ناله
	گریه و زاری	۲	گریه و زاری
	شل و تحت استراحت	۰	هیچ مقاومتی در قبال حرکات PASSIVE ندارد.
	تحت اسپاسم و سفت	۱	مقاومت در قبال حرکات PASIVE ندارد.
به شدت منقبض و سفت	۲	مقاومت شدید در قبال حرکات PASSIVE و ناتوانی در تکمیل این حرکات	

# مقادیر بحرانی پاراکلینیک

## ب-۱-۴ مراقبت‌های بیماران در معرض خطر و آسیب پذیر، برنامه‌ریزی اختصاصی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

سطح

سطح یک

ب-۱-۴-۱ \* عملکرد کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک منطبق بر موازین ایمنی بیمار است.

- ❖ وجود فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک و اطلاع کارکنان بخش‌های بالینی اعم از بستری و سرپایی در باره آن
- ❖ وجود خط آزاد ارتباطی یک طرفه و آماده به کار در بخش برای دریافت به موقع نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک
- ❖ آشنایی کارکنان بالینی با روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلینیک
- ❖ اطلاع کارکنان از روش اجرایی دستورات تلفنی / شفاهی و عمل بر اساس آن
- ❖ حضور بلا درنگ کادر بالینی بر بالین بیمار جهت مداخله فوری به منظور نجات و حفظ ایمنی بیمار
- ❖ اطلاع رسانی به موقع از سوی کارکنان بالینی بخش به کادر بالینی ذیصلاح برای انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی

فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری است. لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی آزمایشگاه در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخش‌های بالینی، آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ می‌گردد. از روش Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop. تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت/ تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوانی شنیده یادداشت شنیده بازخوانی یادداشت اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات از روش Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop. در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) استفاده شود. انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی می‌تواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج باشد. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به صورت کامل، جامع و دقیق روش‌های ساختارمند مانند SBAR پیشنهاد می‌گردد.

# مقادیر بحرانی پاراکلینیک :

محدوده بحرانی آزمایشات بیوشیمی و هورمون در آزمایشگاه مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل		
Test	Lower Limit	Upper Limit
<b>Amylase</b>	<b>None</b>	<b>&gt;250 IU/L</b>
<b>Bilirubin Total.Adult</b>	<b>None</b>	<b>&gt;18 mg/dl</b>
<b>Bilirubin Total.Neonatal</b>	<b>None</b>	<b>&gt;15 mg/dl</b>
<b>Calcium</b>	<b>&lt;6.6 mg/dl</b>	<b>&gt;12.9 mg/dl</b>
<b>CPK</b>	<b>None</b>	<b>&gt;500 U/L</b>
<b>CKMB</b>	<b>None</b>	<b>&gt;24 U/L</b>
<b>Glucose</b>	<b>&lt;50 mg/dl</b>	<b>&gt;450 mg/dl</b>
<b>Glucose.Premature</b>	<b>&lt;40 mg/dl</b>	<b>&gt;200 mg/dl</b>
<b>Mg</b>	<b>&lt;1.2 mg/dl</b>	<b>&gt;3.9 mg/dl</b>
<b>Po2</b>	<b>&lt;46mmHg</b>	<b>&gt;100 mmHg</b>
<b>Pco2</b>	<b>&lt;30mmHg</b>	<b>&gt;50 mmHg</b>
<b>PH</b>	<b>&lt;7.21</b>	<b>&gt;7.55</b>
<b>Phosphor</b>	<b>&lt;1.2mg/dl</b>	<b>&gt;7.5 mg/dl</b>
<b>Potassium</b>	<b>&lt;2.8mEq/L</b>	<b>&gt;6 mEq/L</b>
<b>Sodium</b>	<b>&lt;125 mEq/L</b>	<b>&gt;160 mEq/L</b>
<b>Sodium. Premature</b>	<b>&lt;125 mEq/L</b>	<b>&gt;150 mEq/L</b>
<b>Urea</b>	<b>None</b>	<b>&gt;214 mg/dl</b>
<b>Creatinine</b>	<b>None</b>	<b>&gt;5 mg/dl</b>
<b>Uric Acid</b>	<b>None</b>	<b>&gt;10 mg/dl</b>
<b>LDH</b>	<b>None</b>	<b>&gt;900 mg/dl</b>
<b>SGOT</b>	<b>None</b>	<b>&gt;150 mg/dl</b>
<b>SGPT</b>	<b>None</b>	<b>&gt;150 mg/dl</b>
<b>ALP</b>	<b>None</b>	<b>&gt;700 mg/dl</b>
<b>CSF Glucose</b>	<b>&lt;40 mg/dl</b>	<b>&gt;200 mg/dl</b>
<b>CSF Protein</b>	<b>None</b>	<b>&gt;70 mg/dl</b>
<b>Troponin I</b>	<b>None</b>	<b>&gt;0.10 ng/ml</b>
<b>T4</b>	<b>&lt; 3 ug/dl</b>	<b>&gt; 18 ug/dl</b>
<b>TSH</b>	<b>&lt; 0.2 Uiu/ml</b>	<b>&gt;30 Uiu/ml</b>



محدوده بحرانی آزمایشات بیوشیمی و هورمون در آزمایشگاه مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

Upper Limit	Upper Limit	Upper Limit
<b>Blasts</b>	<b>Any Present in Non-oncology patients</b>	<b>Patients With No Blasts-Oncology Previously</b>
<b>D-Dimer</b>	<b>None</b>	<b>Positive</b>
<b>Hematocrite (Hct)</b>	<b>&lt; 20</b>	<b>&gt; 60</b>
<b>Hemoglobin (Hb)</b>	<b>&lt; 7 g/dl</b>	<b>&gt; 20</b>
<b>Platelet Count</b>	<b>&lt; 20 k/cmm</b>	<b>&gt; 950 k/cmm</b>
<b>White Blood Cell Count</b>	<b>&lt; 2 k/cmm</b>	<b>&gt; 25 k/cmm</b>
<b>White Blood Cell Count Csf</b>	<b>None</b>	<b>&gt; 10</b>
<b>Non - Therapeutic INR</b>	<b>None</b>	<b>&gt; 1.8</b>
<b>Therapeutic INR</b>	<b>None</b>	<b>&gt; 4.9</b>
<b>Prothrombin Time</b>	<b>None</b>	<b>&gt; 24 Second</b>
<b>Non - Therapeutic APTT</b>	<b>&lt; 18 Second</b>	<b>&gt; 50 Second</b>
<b>Therapeutic APTT</b>	<b>&lt; 20 Second</b>	<b>&gt; 100 Second</b>
<b>Fibrin Degradation Products (FDP)</b>	<b>None</b>	<b>&gt; 20 ug/ml</b>
<b>Fibrinogen</b>	<b>&lt; 100 mg/dl</b>	<b>&gt; 800 mg/dl</b>

# مقادیر بحرانی پاراکلینیک :

- کادر فنی آزمایشگاه **مسئولیت گزارش به موقع نتایج بحرانی** به بخش های بستری را بر عهده دارند .

- تمامی کارکنان بخشهای فنی آزمایشگاه میبایست این **محدوده ها** را بدانند.

- **شماره تماس رد لاین بخشهای بستری**، اورژانس و اتاق های عمل در اختیار کارگاه های آزمایشگاه قرار داده شده

و نصب می باشد

- رد لاین های بخش **یک طرفه** می باشد و فقط امکان تماس از طرف آزمایشگاه مقدور است

- کادر فنی آزمایشگاه در صورت مواجهه به نتایج بحرانی مصوب سریعا با رد لاین بخش تماس حاصل می نماید

- در ابتدا فرد گزارش دهنده خود را معرفی مینماید و نام و مشخصات مخاطب در بخش را سؤال می کند و در

دفتر ثبت مینماید

# لیست موارد بحرانی در رادیولوژی

- علائم پنوموتوراکس فشارنده

- پنوموپریتوان

- پنومومدیاستن

# لیست موارد بحرانی در سی تی اسکن :

۱- دیسکسیون آئورت

۲- پنوموتوراکس

۳- پارگی آنوریسم آئورت سینه ای و شکمی

۴- پنوموپریتوان

۵- شیفت میدلاین

۶- خونریزی داخلی

# لیست موارد بحرانی در : MRI

۱- خونریزی پارانشیمال - ساب دورال - اپی دورال

۲- شیفٹ میدلاین

۳- انفارکتوس

۴- هیدروسفالی چهاربطنی

۵- هر نیاسیون بافت مغزی

# لیست موارد بحرانی در سونوگرافی :

- ۱- انواژیناسیون
- ۲- آپاندیسیت حاد
- ۳- آپاندیسیت پر فوره
- ۴- آرتریت سپتیک (سونوگرافی مفصل از نظر مایع مفصلی)
- ۵- انسداد شریانی در اندام ها
- ۶- آمبولی مزانترا
- ۷- پنوموپورت
- ۸- ترومبوز پورت
- ۹- کالر داپلر تورشن بیضه ها
- ۱۰- حاملگی خارج رحمی
- ۱۱- دکولمان جفت
- ۱۲- کالر داپلر تورشن تخمدان ها

# روش اجرایی دستورات تلفنی / شفاهی و عمل بر اساس آن

چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات بین کادر پاراکلینیک و کادر بالینی / بین کادر بالینی شامل:

- بازخوانی شنیده Read Back
- یادداشت شنیده write Down
- بازخوانی یادداشت Repeat Back
- اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات Close The Loop

## دو نکته مهم:

- در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد
- محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای مشابه)

# انجام / تداوم مراقبت فوری و حیاتی برای این بیماران

- اعلام کد احیا
- اطلاع به پزشک مقیم، آنکال یا معالج
- برای تبادل اطلاعات به صورت جامع و دقیق و فوری روش ساختارمند توصیه می شود. SBAR



# مراحل تکنیک SBAR

- وضعیت : تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه) **Situation**
- سوابق : بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار **Background**
- ارزیابی : نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید **Assessment**
- توصیه ها : آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن **Recommendation**

# تغذیه

# مواردی که توسط مسئول بخش در ایستگاه پرستاری کلیه بخشها در مورد ارزیابی تغذیه تهیه گردد:

- نمودار BMI بزرگسالان

- جدول تعیین نمایه توده بدنی برای افراد بالای ۶۵ سال

- جدول تعیین نمایه توده بدنی برای جانبازان، افراد دارای نقص عضو و معلولین

- جداول علمی تخمین قد و وزن

- در بخشهایی که زنان باردار بستری می شوند

نمودار و جداول وزن گیری دوران بارداری برای مادران بالاتر از ۱۹ سال و نمودار و جداول وزنگیری دوران بارداری برای مادران نوجوان تک قلوبی بر اساس BMI قبل از بارداری (Z-scores) تا ۱۰ تا پایان ۱۸ سال بستری در بیمارستان ویژه بزرگسالان به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد.

- قرار دادن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای در پرونده بیماران مشاوره شده، الزامی است.
- وجود **ترازو و قد سنج سالم و کالیبره** (دارای برچسب کنترل کیفی تجهیزات) در کلیه بخشها ضروریست.
- با روشهای دقیق و علمی **وزن و قد** بیمار **ثبت** شده باشد.
- استفاده از **روشهای علمی تخمین وزن و قد** صرفا برای بیمارانی انجام می شود که امکان ایستادن بدلیل عدم هوشیاری، بد حالی، فلج خمیدگی یا قوز پشت میسر نباشد انجام میشود.
- اطلاع رسانی سرپرستار نوبت کاری یا منشی بخش به مشاور تغذیه در خصوص موارد بستری جدید نیازمند به مشاوره، **قبل از وعده غذایی اصلی بعدی و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت** از زمان بستری بایستی صورت پذیرد.

- **عدم وجود ترازو و قد سنج** استاندارد در بخش و یا محل قرار گیری نامناسب ترازو و یا قدسنج نشان دهنده **عدم ارزیابی صحیح** تغذیه ای می باشد.
- درخواست مشاوره تخصصی تغذیه برای بیماران بستری با اقامت **بیش از ۲۴ ساعت در بخشهای ویژه**
- تکمیل قسمت ارزیابی تغذیه ای در شیت های بخشهای ویژه توسط پرستار
- در صورت ماندگاری بیماران **بخش ویژه تا ۳ روز** و بیماران **معمولی تا ۷ روز** نیاز به تکمیل فرم پیگیری / مجدد تغذیه ای است البته در موارد تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع گاوآژ این زمان ممکن است کوتاه تر باشد.
- شناسایی بیماران **مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی، سو تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان** در **ارزیابی اولیه** پرستار و پزشک و **ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای** در پرونده پزشکی بیماران

# نکات مهم در خصوص تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه ای (گاوآژ)

- تا زمانیکه بیمار توسط مشاور تغذیه ارزیابی تخصصی تغذیه نشده است **مبنای** در خواست گاوآژ **دستور پزشکی** است.
- محلولهای گاوآژ دریافت شده می بایست دارای **برچسب مشخصات** حداقل شامل نام بخش، نام بیمار، نوع تغذیه انترال/گاوآژ، تاریخ و ساعت تهیه باشند.
- به هیچ عنوان از گاوآژ **دست ساز** تهیه شده توسط همراه بیمار **استفاده نشود**.
- توزیع محلول گاوآژ **در ظروف استاندارد** و مجاز ( یکبار مصرف گیاهی درب دار)
- در صورت **عدم تحمل گاوآژ** می بایست به پزشک معالج و مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود.

# نکات مهم در خصوص تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه ای (گاواژ)

- توزیع محلول گاواژ در ظروف استاندارد و مجاز ( یکبار مصرف گیاهی درب دار)
- در صورت عدم تحمل گاواژ می بایست به پزشک معالج و مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود.
- وجود هرگونه گاواژ دستی تهیه شده توسط همراه بیمار و یا هر نوع آبمیوه نشان دهنده عدم مراقبت صحیح تغذیه ای بیمار است.
- در صورت تغییر روش تغذیه توسط پزشک می بایست مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود.

ب-۱-۷-۲ بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویژه ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می‌شود.	سطح دو
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک برای تمامی بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویژه بزرگسالان و کودکان<sup>۱</sup></li> <li>❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه</li> <li>❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در اولین ویزیت</li> <li>❖ بررسی / تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک</li> <li>❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک</li> <li>❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک</li> <li>❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک</li> <li>❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص با تکمیل فرم پیگیری تغذیه</li> <li>❖ ارزیابی مجدد تغذیه‌ای بیماران در فواصل زمانی معین و یا در صورت تغییر روش تغذیه، نوع رژیم غذایی بیمار و یا دستور پزشک معالج</li> </ul>	
<p>تغذیه حمایتی، تغذیه دهانی، تغذیه وریدی به همراه نوع رژیم مانند دیابتی، اورمیک و سایر موارد بایستی توسط پزشک برای تمامی بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویژه بزرگسالان و کودکان تعیین تکلیف شود. اطلاع رسانی لازم به مشاور تغذیه، بایستی قبل از وعده غذایی اصلی و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان بستری صورت پذیرد. ملاک ارزیابی تاریخ تکمیل نمودن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه توسط مشاور تغذیه و زمان ارجاع بیمار می باشد. اطلاع رسانی به موقع به مشاور تغذیه از اهم موضوعات است. لذا عدم اطلاع رسانی به موقع بخش به مشاور تغذیه به معنی عدم اجرای صحیح آن است. وجود برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در پرونده بیمار ملاک ارزیابی نبوده و حداقل تکمیل بخش‌های ارزیابی‌های تن سنجی و تنظیم رژیم غذایی مد نظر است.</p> <p>بخش ارزیابی تغذیه ای در شیت‌های بخش‌های ویژه بایستی توسط پرستار تکمیل شود. مشاور تغذیه با مراجعه به گزارش پرستاری و شیت پرستاری امکان ارزیابی صحیحی از وضعیت تغذیه بیمار خواهد داشت. پیگیری وضعیت تغذیه بیماران مشاوره شده با تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه بیمار در فواصل زمانی مشخص ۳ تا ۵ روزه انجام می‌شود و در صورت ماندگاری بیماران بخش ویژه تا ۳ روز و بیماران معمولی تا ۷ روز نیاز به تکمیل فرم پیگیری/ارزیابی مجدد تغذیه‌ای است. البته در موارد تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع گاوآژ این زمان ممکن است کوتاه تر باشد. برای آندسته از بیمارانی که قادر به ایستادن نمی باشند از روش‌های علمی تخمین وزن و قد (مطابق دستور العمل‌های ارزیابی تغذیه ای بزرگسالان و کودکان) استفاده شود بنابر این چارت و جداول مربوطه باید در ایستگاه پرستاری در دسترس پرستاران قرار گیرد. محلول‌های گاوآژ دریافت شده می بایست دارای برچسب مشخصات ( حداقل شامل: نام بخش- نام بیمار- نوع گاوآژ -ساعت تهیه ) باشند.</p>	



ب-1-7-1 وضعیت تغذیه‌ای بیماران توسط پزشک تعیین تکلیف شده و بر اساس آن برنامه‌ریزی و عمل می‌شود.

سطح یک

- ❖ تعیین تکلیف نوع رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک
- ❖ ثبت دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده اعم از رژیم غذایی معمولی، دیابتی، پر کالری و سایر
- ❖ اطلاع رسانی نوع رژیم غذایی بیمار در زمان مقرر به واحد تغذیه توسط پرستار
- ❖ چیتش سینی غذای بیماران مطابق با فهرست دریافت شده از سامانه اطلاعات بیمارستان و برنامه غذایی نوشته شده هفتگی یا ماهیانه
- ❖ مطابقت غذای بیمار با رژیم غذایی ثبت شده در پرونده
- ❖ الصاق برچسب مشخصات شامل نام بخش- نام بیمار- نوع رژیم غذایی برای غذاهای رژیمی

دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده بیماران ثبت و توسط پرستار یا منشی بخش در زمان مقرر و حداکثر قبل از وعده غذایی بعدی در سامانه اطلاعات بیمارستانی یا Diet Sheet وارد می‌شود و مبتدای سفارش غذا به تفکیک بیماران است. در صورتیکه برای بیمار ارزیابی تخصصی تغذیه طبق درخواست پزشک انجام شود در سامانه اطلاعات بیمارستانی ثبت می‌گردد. (مهر و امضا پزشک در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه نشان دهنده موافقت پزشک با دستور پیشنهادی مشاور تغذیه است.

نوع رژیم غذایی با روش پخت و یا روش تغذیه متفاوت است. به طور مثال پوره یا مایعات بیانگر نوع رژیم غذایی نمی باشد و یا گاوآژ نشان دهنده روش تغذیه بوده و باید مشخص شود گاوآژ استاندارد منظور است یا گاوآژ دیابتی یا سایر موارد. انواع رژیم‌های غذایی شایع در بیمارستان توسط کارشناس تغذیه در سامانه اطلاعات بیمارستانی تعریف می‌شود. کارشناس تغذیه فهرست اطلاعات رژیم غذایی بیماران را از سامانه اطلاعات بیمارستانی دریافت می‌نماید. چیتش سینی غذای بیماران مطابق با فهرست مذکور و برنامه غذایی نوشته شده (هفتگی یا ماهیانه) بیمارستان انجام و توزیع می‌شود. رژیم غذایی معمولی، رژیم غذایی دیابتی، رژیم غذایی پر پروتئین- به تفکیک روزهای هفته که برای هر کدام آنالیز یا جیره غذایی مشخص شده‌ای وجود دارد و براساس آن آشپز اقدام به سرو غذا می‌کند.

در توزیع غذا به روش مرکزی، حداقل غذاهای رژیمی، باید برچسب مشخصات حداقل شامل نام بخش- نام بیمار- نوع رژیم ) داشته باشد. در توزیع غذا به روش نیمه متمرکز نیاز به وجود برچسب غذاهای رژیمی نیست و مطابق با فهرست رژیم غذایی استخراج شده از سامانه اطلاعات بیمارستانی بر بالین بیمار توزیع می‌شود. قبل از توزیع غذا در بخش فهرست غذایی بیماران توسط پرستار مسئول شیفت تطابق و مورد تأیید قرار می‌گیرد. در صورت مصرف ناکامل و یا عدم مصرف غذا توسط بیمار، پرستار مسئول بیمار، باید موارد را در گزارش پرستاری ثبت و در اسرع وقت به مشاور تغذیه اطلاع رسانی نماید. بیمارانی که ارزیابی تخصصی شده و غذای خود را مصرف نکرده و یا به هر علت قادر به مصرف غذای خود به طور کامل نیستند، توسط مشاور تغذیه پیگیری و برای تغذیه آنان تصمیم گیری خواهد شد.

اطلاع رسانی سرپرستار نوبت کاری یا منشی بخش به مشاور تغذیه در خصوص موارد بستری جدید نیازمند به مشاوره، قبل از وعده غذایی اصلی بعدی و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان بستری بایستی صورت پذیرد. قرار دادن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای در پرونده بیماران مشاوره شده، الزامی است. فرم ارزیابی تخصصی تغذیه برای هر فرد در هر نوبت بستری فقط یکبار تکمیل شده و مشاور تغذیه موظف به مهر نمودن آن در اولین ویزیت بیمار و فرم پی‌گیری وضعیت تغذیه در هر نوبت ویزیت است.

وجود ترازو و قد سنج سالم و کالیبره (دارای برچسب کنترل کیفی تجهیزات) در کلیه بخش‌ها ضروریست و بایستی با روش‌های دقیق و علمی وزن و قد بیمار ثبت شده باشد. استفاده از روش‌های علمی تخمین وزن و قد صرفاً برای بیمارانی انجام می‌شود که امکان ایستادن بدلیل عدم هوشیاری، بد حالی، فلج خمیدگی یا قوز پشت میسر نباشد انجام می‌شود. در ایستگاه پرستاری کلیه بخش‌ها می‌بایست نمودگرم BMI بزرگسالان، جدول تعیین نمایه توده بدنی برای افراد بالای ۶۵ سال، جدول تعیین نمایه توده بدنی برای جانبازان، افراد دارای نقص عضو و معلولین جداول علمی تخمین قد و وزن به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه‌ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد. این جداول مطابق با پیوست‌های کتاب دستورالعمل‌های ارزیابی و پیگیری تغذیه‌ای بیماران بستری در بیمارستان (ویژه بزرگسالان) تهیه شود. عدم وجود ترازو و قد سنج استاندارد در بخش و یا محل قرار گیری نامناسب ترازو و یا قد سنج نشان دهنده عدم ارزیابی صحیح تغذیه‌ای می باشد (برای بیمارانی که قادر به ایستادن هستند)، و در صورت درج وزن تخمینی به دلیل عدم وجود ترازو قد سنج برای این بیماران قابل قبول نیست. برای آندسته از بیمارانی که قادر به ایستادن نمی باشند از روش‌های علمی تخمین وزن و قد استفاده شود. <sup>۵۷</sup> مهناز داوری (کارشناس ایمنی بیمار) بنابراین این چارت و جداول مربوطه باید در ایستگاه پرستاری در دسترس پرستاران قرار گیرد. برگه ارزیابی تخصصی تغذیه می‌بایست به طور کامل تکمیل گردد. در صورت

پ-۱-۸-۲ ☆ تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه‌ای (گاواژ) یا رعایت اصول بهداشتی و ضوابط مربوط و تحت برنامه‌ریزی کارشناس تغذیه اجرا می‌شود.	سطح دو
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی بیماران نیازمند به حمایت تغذیه‌ای (تغذیه انترال/گاواژ)</li> <li>❖ ثبت بیماران نیازمند به حمایت تغذیه‌ای (تغذیه انترال/گاواژ) در سامانه اطلاعات بیمارستان توسط پرستار در هر نوبت کاری و براساس دستور پزشک</li> <li>❖ تنظیم برنامه گاواژ / تغذیه انترال بیمار توسط مشاور تغذیه و ثبت در برگه ارزیابی تخصصی تغذیه</li> <li>❖ آماده سازی و تهیه محلول گاواژ یا رعایت اصول بهداشتی</li> <li>❖ انجام گاواژ / تغذیه انترال برای بیمار توسط پرستار آموزش دیده مطابق رژیم غذایی تنظیم شده</li> <li>❖ نظارت کارشناس تغذیه بر مراحل تهیه، توزیع و نوع ظروف تغذیه انترال/گاواژ</li> <li>❖ تدوین برنامه بهبود/انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم</li> </ul>	
<p>در تغذیه روده‌ای و گاواژ بیماران، میزان نیاز بیمار باید بر اساس ارزیابی‌های انجام شده که در فرم‌های تغذیه‌ای موجود در پرونده بیماران ثبت میگردد توسط کارشناس تغذیه بررسی و برآورد می‌شود. در صورت هرگونه تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک ( به طور مثال از انترال به تغذیه دهانی یا از تغذیه دهانی به NPO و ... )، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع تغذیه انترال/گاواژ، توسط پرستار به مشاور تغذیه جهت تنظیم رژیم جدید اطلاع رسانی شود. حداقل دو نوع گاواژ تجاری (استاندارد و پر پروتئین) برای بیماران بستری واجد شرایط بایستی در دسترس باشد. محلول گاواژ مورد نیاز در یخس، بایستی با ثبت درخواست در سامانه اطلاعات بیمارستان یا بصورت مکتوب، دریافت گردد. منظور از رعایت اصول بهداشتی مطابق با دستور العمل "سیاست‌های اجرایی و ضوابط یخس تغذیه در بیمارستان‌ها" است.</p>	
<p>➤ نکات مهم در خصوص تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه‌ای (تغذیه انترال/گاواژ)</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. تا زمانی‌که بیمار توسط مشاور تغذیه ارزیابی تخصصی تغذیه نشده است مبنای درخواست گاواژ دستور پزشک است.</li> <li>۲. در صورت استفاده از گاواژ تجاری آماده‌سازی در اتاق گاواژ و یا محیط تمیز با شرایط دور از آلودگی و عفونت در مجاورت یخس‌های مراقبت ویژه انجام شود.</li> <li>۳. وجود هرگونه گاواژ دستی تهیه شده توسط همراه بیمار و یا هر نوع آمیوه نشان دهنده عدم مراقبت صحیح تغذیه‌ای بیمار است.</li> <li>۴. محلول‌های گاواژ دریافت شده می بایست دارای برچسب مشخصات حداقل شامل نام یخس، نام بیمار، نوع تغذیه انترال/گاواژ، تاریخ و ساعت تهیه باشند.</li> <li>۵. اولویت با تهیه و تامین گاواژهای صنعتی می باشد و تنها در شرایط بحرانی و یا تشخیص مشاور تغذیه از گاواژ دست ساز استفاده می شود.</li> <li>۶. در صورت استفاده از فرمولا تجاری می‌توان توسط پرستار آموزش دیده و در اتاق تمیز آماده سازی و استفاده شود.</li> <li>۷. به هیچ عنوان از گاواژ دست ساز تهیه شده توسط همراه بیمار استفاده نشود.</li> <li>۸. فرمولای تجاری آماده بسته به نیاز بیمار باید در زمان مورد نیاز توسط پرستار آموزش دیده در محیطی تمیز تهیه شود.</li> <li>۹. توزیع محلول گاواژ در ظروف استاندارد و مجاز ( یکبار مصرف گیاهی درب دار) به یخس‌های مورد نیاز صورت پذیرد.</li> <li>۱۰. در صورت استفاده از محلول آماده گاواژ استاندارد تجاری، نیازی به استفاده از ظروف یک بار مصرف گیاهی نیست.</li> <li>۱۱. استفاده از ظروف ویژه ارائه شده توسط شرکت تولید کننده فرمولا ( لیوان‌های Shaker ) پلامانع است.</li> <li>۱۲. ثبت برچسب مشخصات بیمار بر روی ظرف گاواژ یا تاریخ و ساعت تهیه آن ضروری است.</li> <li>۱۳. توزیع گاواژ توسط متصدی توزیع غذا به یخس‌ها حداقل دو بار در روز صورت پذیرد.</li> <li>۱۴. در صورت عدم تحمل گاواژ می بایست به مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود.</li> <li>۱۵. در صورت تغییر روش تغذیه توسط پزشک می بایست به مشاور تغذیه اطلاع رسانی شود.</li> <li>۱۶. اصول بهداشتی تهیه محلول گاواژ مطابق طبق دستورالعمل<sup>۱</sup> مربوط رعایت شود.</li> <li>۱۷. بیماران نیازمند استفاده مصرف محلول گاواژ از سطح ایمنی پایین تری دارند و رعایت استانداردهای بهداشتی و ارائه آموزش‌های لازم ضروری است.<sup>۲</sup></li> </ol>	
<p>وجود فضای مجزا مندرج در کتاب ضوابط خدمات غذایی در مجاورت آشپزخانه یا رعایت اصول بهداشتی برای تهیه تغذیه انترال/گاواژ دستی با امکانات لازم شامل دستگاه مخلوط کننده، ترازو، سینک ظرفشویی، سطل زیاله درب دار، ظروف یک بار مصرفی گیاهی بایستی پیش بینی و فراهم شود. امکانات مشروحه بایستی به صورت اختصاصی هر یک برای آماده سازی تغذیه انترال/گاواژ دستی استفاده شود.</p> <p style="text-align: center;">مهناز داوری (کارشناس ایمنی بیمار)</p>	

سطح دو	ب-۱-۷-۳ بیماران سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ شناسایی بیماران سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک</li> <li>❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان توسط پزشک در همه بخش های بستری</li> <li>❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه</li> <li>❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه</li> <li>❖ بررسی / تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و مضای پزشک</li> <li>❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک</li> <li>❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مورد تایید پزشک</li> <li>❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مورد تایید پزشک</li> <li>❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی</li> </ul>
	<p>پس از اطلاع رسانی توسط بخش، مشاور تغذیه حداکثر تا ۲۴ ساعت بایستی فرم ارزیابی تخصصی تغذیه برای بیمار را تکمیل نماید. وجود برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در پرونده بیمار کافی نیست و بایستی برگه ارزیابی تخصصی تغذیه به طور کامل تکمیل شده و در نهایت ملاک ارزیابی این استاندارد مطابقت غذای سرو شده برای بیمار با رژیم ثبت شده در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه و غذای ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان است.</p> <p>برای بیماران جدید تحت دیالیز در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک، مشاوره تغذیه ارزیابی تخصصی تغذیه را انجام و رژیم غذایی بیمار را تنظیم می نماید. رژیم غذایی درمانی تنظیم شده جهت اجرا در بیمارستان و همچنین در صورت تایید پزشک معالج در منزل تداوم می یابد. پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص متناسب با شرایط بیمار و دستور پزشک معالج با تکمیل فرم پیگیری تغذیه انجام می شود.</p> <p>مشاوره تغذیه بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری / تشخیص بیماری با شرایط خاص و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک، انجام می شود.</p>



با تشکر از توجه شما!