

• **مروری بر استانداردهای خدمات مراقبتی**

• **جلسه مورخه: ۲۷ دیماه ۱۴۰۰**

تشخیص های پرستاری در فرم ارزیابی اولیه

• خطر بروز زخم فشاری در ارتباط با:

- بیحرکتی
- مشکل درک حسی
- اختلال هوشیاری
- رطوبت
- بی اختیاری
- مشکل تغذیه
- ...

• اختلال در غشاء مخاطی دهان (مانند زخم دهان) در ارتباط با:

• ناشتا بودن

• تحریک لوله تراشه و لوله معده

• تنفس دهانی

• بهداشت ضعیف دهان

• دریافت مایعات کم و دهیدراتاسیون

• و...

احتمال یبوست در ارتباط با:

- یحرکتی
- عوارض جانبی داروهای آرامبخش و خواب آور
- رژیم غذایی کم فیبر
- ناشتا بودن و دهیدراتاسیون

• احتمال آسیب‌رسانی در ارتباط با:

• تضعیف رفلکس بلع

• کاهش هوشیاری

• استفراغ

• چاقی

• بارداری و ...

• **الگوی تنفسی غیر موثر (مانند تاکی پنه، تنگی نفس، و ...) در ارتباط با:**

• **تجمع ترشحات فراوان**

• **پاکسازی ناکافی راه هوایی**

• **اثر داروهای آرامبخش**

• **درد و ترس**

• **ادم ریه**

• **فیروز ریه**

• **اسپاسم راه هوایی**

• **و...**

انواع خطاها

- ۱- وقایع ناگوار Sentinel Event
- ۲- وقایع بدون عارضه No Harm Event
- ۳- نزدیک به خطا Near Miss

۱-وقایع ناگوار Sentinel Event

- وقایع غیر منتظره منجر به: مرگ یا صدمه جدی (Death/Harm) فیزیکی یا فیزیولوژیک

۲- وقایع بدون عارضه No Harm Event

- حوادثی که اتفاق می افتد ولی نتیجه هیچ آسیبی جهت بیمار ندارد
- (No Actual Harm) ولی حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان پروسه دارد .

۳- نزدیک به خطا Near Miss

- اشتباهی که توانائی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت شانس متوقف شده و روی نداده است .

اقدامات در صورت مواجهه با موارد ناخواسته درمان :

- ۱- گزارش **تلفنی و فوری** مورد به دفتر سوپروایزری و در ساعات اداری به کارشناس ایمنی بیمار
- ۲- و یا ثبت و گزارش تمامی وقایع ناخواسته در سامانه گزارش دهی خطاها در سایت بیمارستان :
- سایت دانشگاه علوم پزشکی - بیمارستانهای آموزشی - بیمارستان امام - ویژه همکاران - **سامانه ثبت خطا**
- ۳- سایر وقایع ناخواسته علاوه بر موارد فوق نیز لازم است گزارش گردد
- ۴- گزارش به معاونت درمان توسط کارشناس بلافاصله بعد از وصول خبر
- ۴- بررسی و تحلیل علل ریشه ای موارد ناخواسته در کمیته RCA
- ۵- بازخورد به کادر درمان جهت درس آموزی از خطاها

• بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

Patient Safety Executive **Walk-Rounds** •

مقررات کلی مربوط به بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

- برنامه بازدید در هر بخش موجود و در معرض دید نصب می باشد
- اعلام قبلی زمان و مکان مورد بازدید در بیمارستان جهت هماهنگی و اطمینان از آمادگی شرایط داخل بخش
- حضور کلیه کارکنان در بازه زمانی هماهنگ شده
- انجام مصاحبه خارج از سلسه مراتب اداری
- اطمینان بخشیدن به کارکنان در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات مورد بحث در بازدید های مدیریتی
- انجام صورتجلسه میدانی
- تصمیم گیری مدیریتی و بازخورد به بخش

افراد شرکت کننده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

- رئیس بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- مسؤل فنی / ایمنی بیمارستان
- مدیر خدمات پرستاری بیمارستان
- کارشناس کنترل عفونت
- کارشناس هماهنگ کننده مدیریت خطر / کارشناس مسوول ایمنی بیمار
- مسؤل بهبود کیفیت
- سوپروایزر آموزشی

مباحث اصلی در بازدید مدیریتی ایمنی

- مورد ، مشکل و یا موضوعی طولانی شدن مدت بستری بیماری شده باشد
- اتفاق نزدیک به وقوعی که می توانست منجر به آسیب به بیمار شود
- اتفاقی که به بیمار آسیب رسانیده است
- جوانب محیطی می تواند به بیمار آسیب بزند
- چگونه میتوان از آسیب بعدی به بیمار پیش گیری کرد
- کدام یک از عوامل سیستمی و یا محیطی سبب افزایش میزان خطر بروز اشتباهات می شوند؟
- چه مداخله ای از سوی مدیران ارشد سبب ایمن تر شدن ارائه خدمات شما می شود

عناوین اصلی متن منشور حقوق بیمار

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد

۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است

انواع مشاوره بر اساس آخرین تصمیمات گروه‌های علمی دانشگاه آذر ۱۴۰۰

• Emergent: حضور آنی :

- در صورت درخواست ویزیت Emergent از هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال مورد فراخوان می‌بایست **ظرف مدت ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار** حاضر گردد. ولی مسئولیت بیمار بر عهده پزشک معالج اولیه خواهد بود

• Urgent: حضور فوری :

- در صورت درخواست ویزیت Urgent از هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال مورد فراخوان می‌بایست **حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت بر بالین بیمار** حاضر گردد.

• Non Urgent: حضور غیر فوری :

- در صورت درخواست ویزیت Urgent Non از هر سرویس تخصصی من جمله پزشک اورژانس، پزشک آنکال مورد فراخوان می‌بایست **حداکثر تا پایان شیفت آنکالی** برای ویزیت یا خدمات مشاوره بر بالین بیمار حاضر گردد و سایر فرایندهای ارائه خدمات به بیمار از جمله انتقال به بخش نباید منوط به انجام آن گردد.

- **بیماران اورژانسی به بیماران بدحالی اطلاق می شود**
- **که به هر دلیل در شرایط **تهدید کننده** حیات قرار گرفته**
- **و نیاز به ارائه **مراقبت‌های فوری**،**
- **ضرورت به **پایدار سازی** و خروج آنها از شرایط بحرانی است.**
- **تاخیر در **مراقبت و درمان باعث مرگ** یا عواقب وخیم برای بیمار می گردد**

۵ موقعیت شناسایی بیمار بدحال

- ۱- ارزیابی اولیه پرستاری در بدو پذیرش بیمار
- ۲- حین تحویل و تحول بخش
- ۳- در حین مراقبت / در طول شیفت
- ۴- در حین ویزیت بیماران توسط پزشک معالج / دستیاران
- ۵- توجه به اظهارات همراهان و مراقبین بیمار در مورد تغییر ناگهانی وضعیت بیمار

رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی

- اطلاع رسانی فوری و درخواست ویزیت تخصصی سرویس مربوطه
- پرستار وسایل و تجهیزات لازم (ترالی احیاء، دفیبریلاتور، وسایل اینتوباسیون و ونتیلاتور)
- اعلام کد ۹۹ (فراخوان تیم احیای قلبی) با توجه به وخامت حال بیمار توسط پرستار
- استفاده از پرستاران با تجربه و آموزش دیده در ارائه مراقبت به این بیماران
- ارزیابی مستمر وضعیت عمومی و وخامت حال بیمار در فواصل کوتاه
- تعدیل تقسیم و توزیع بیمار، به نحوی که امکان رسیدگی فوری و مراقبت مستقیم در بالین، توسط پرستار آموزش دیده و با تجربه فراهم باشد
- استقرار بیمار در اتاقهای نزدیک ایستگاه پرستاری
- کسب آگاهی مستمر از روند وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز **از طریق آموزش و حساس سازی بیمار/همراه**
- پیگیری و یادآوری درخواست مشاوره و انتقال بیماران بدحال به بخش ویژه
- استفاده از امکانات مانیتورینگ مستمر بیمار بدحال در صورت لزوم
- حضور مستمر تا زمان پایداری وضعیت همودینامیک بیمار و پایش وضعیت بالینی شامل پوزیشن مناسب به بیمار، تعبیه یا اطمینان از IVLINE مناسب، وصل به دستگاه مانیتور، O2 تراپی، کنترل فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشار خون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، پایش درصد اشباع اکسیژن خون، کنترل BS با گلوکومتر و...

مراقبت و درمان بیماران با بد حال / اختلال هوشیاری

- بررسی سطح هوشیاری در بخش اورژانس با روش AVPU ثبت در گزارش پرستاری و اطلاع رسانی لازم
- بررسی سطح هوشیاری در بیماران غیر انتوبه با GCS ثبت در گزارش پرستاری و اطلاع رسانی لازم
- بررسی سطح هوشیاری در بیماران انتوبه با روش four score ثبت در گزارش پرستاری و اطلاع رسانی لازم
- بررسی بیمار از نظر احتمال آسیب پوستی از طریق برادن
- بررسی بیمار از نظر احتمال سقوط از طریق مورش
- کنترل علائم حیاتی، سطح ساچوریشن چک BS چک بیمار
- وصل به مانیتورینگ، تعبیه خط وریدی مناسب، بالا نگهداشتن و فیکس کردن نرده های کنار تخت
- اقدامات در جهت پیشگیری از آسپیراسیون ، تا تعیین تکلیف بیمار توسط پزشک
- بررسی نیاز به سونداژ مثانه و NGT و اطلاع به پزشک
- NPO نگهداشتن موقت بیمار و پیگیری تعیین تکلیف داروهای خوراکی
- الگوی تنفسی بیمار به صورت مستمر بررسی شده و در صورت غیر موثر بودن اطلاع رسانی گردد
- مراقبت از سیستمها مانند دهان و دندان، چشم، و رسیدگی به بهداشت عمومی، کنترل لوله و اتصالات، مهار فیزیکی و شیمیایی با نظر پزشک
- بر اساس شرایط بیمار ، تمام تجهیزات نجات دهنده حیات بیمار را در کنار تخت بیمار قرار میدهد

• زمان حضور تیم احیا بر بالین بیمار بعد از اعلام کد :

• کمتر از ۲ دقیقه

• نحوه قرار گیری ترالی احیا در بخش باید به نحوی باشد که :

• دسترسی آسان، فوری و بدون مانع به ترالی احیا ظرف مدت یک دقیقه فراهم

گردد

منظور از مراقبت و مانیتورینگ در بیماران حاد :

- فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشار خون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، پایش درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (پالس اکسی متری) است
- سایر مراقبت ها همانند بیماران با اختلال هوشیاری و مراقبت بیماران اورژانسی خواهد بود

- در ابتدای شیفت اطمینان از سالم و آماده بکار بودن تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیمار
- ارزیابی اولیه بیمار در بدو ورود و اطلاع به پزشک مقیم / دستیار / اینترن جهت ویزیت اولیه بیمار در بخش
- ارزیابی سطح هوشیاری مطابق معیار های تعیین شده
- ارزیابی شدت درد بیماران مطابق معیار های تعیین شده
- کنترل علائم حیاتی و درصد اشباع اکسیژن خون شریانی طبق موارد پیش گفت
- در صورت داشتن (ARTLine) فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و متوسط شریانی را به طور مداوم مشاهده و ثبت
- اطلاع رسانی هر گونه تغییر ناگهانی در وضعیت همودینامیک غیر نرمال
- کنترل و ثبت I/O – مراقبت از لوله و اتصالات
- اجرای مهارکننده های فیزیکی و شیمیایی بر حسب نیاز بیمار
- در بخش عادی پرستار آموزش دیده / تحت نظر مستقیم مسئول شیفت از بیمار مراقبت می کند و ازسیت مخصوص بخش CU برای ثبت گزارشات پرستاری و مراقبتها استفاده می کند.

MAP : Mean Arterial Pressure •

- فشار خون متوسط شریانی:
- فشار متوسط شریانی یک پارامتر مهم بالینی جهت بررسی پرفیوژن بافتی است
- وین 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

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

- در صورت تاکیکاردی و برادیکاردی بیمار، (فشار آرترا لاین) ART ارجح می باشد

گروه های کاندید پذیرش در ICU :

- گروه یک : بیماران با وضعیت ناپایدار بالینی و همودینامیکی حاد مواجه هستند و نیازمند مانیتورینگ مداوم ، پیشرفته و یا تهاجمی می باشند
- گروه دوم : بیمارانی که در خطر بالای اختلال ناگهانی در وضعیت بالینی هستند مثل افرادی که بیماری مزمن داشته و ناگهان بسمت شرایط حاد و بحرانی پسرقت می

نمایند

- گروه سوم : بیمارانی که احتمال بهبودی آنها از بیماری زمینه ای کم است اما بستری در بخش ICU شرایط حاد بیماری را تخفیف می دهد .
- گروه چهارم : بیمارانی که بسیار کم یا فایده ای مراقبت بحرانی نمی برند و نوع مراقبت آنها برگشت ناپذیر و منجر به مرگ با احتمال بالا می شود
- در صورت وجود چندین بیمار قابل انتقال به بخش مراقبت های ویژه و محدودیت تخت در ICU، الویت با بیمارانی که امید به زندگی بالایی دارند می باشد که طبق

نظر متخصص مقیم بیهوشی خواهد بود.

گروه یک از جمله :

(۱) از جمله بیماران در سطح ۱ و ۲ تریاژ - اختلالات تنفسی با نیاز به راه هوایی مصنوعی - نارسایی تنفسی مثل آسم - کرایز آدیسون ، میگزوم ، طوفان تیروئیدی - بیماران جراحی با ریسک بالا - شوک و خونریزی شدید - کتواسیدوز دیابتیک - کوما ، هایپراسمولار - بیماران کلیوی و اورمی در فاز حاد و خطرناک - مادران پرخطر - مسمومیت با وضعیت تهدید کننده حیاتی - اختلالات شدید آب و الکترولیت - بیماران اورژانس یا دیگر بخشهای بیمارستان پس از عملیات CPR موفق - در بیماران حاد تنفسی (کووید-۱۹) با علایم افت ساچوریشن ، درگیری بالای ریه، دیسترس تنفسی و مادران باردار نیاز به مراقبت ویژه پذیرش می شوند

شناسایی و پیگیریها در بیماران مجهول الهویه با شیوه ایمن

در صورت پذیرش در اورژانس :

پرونده ای با نام مجهول الهویه و کد مربوطه توسط کادر کمک بهیار اورژانس با هماهنگی پذیرش و مسئول شیفت اخذ می گردد مچ بند بیمار با همان عنوان نصب می گردد

این بیماران جزو بیماران آسیب پذیر محسوب می گردند

مسئول شیفت اورژانس پذیرش بیمار مجهول الهویه را به مسئول شیفت نگهبانی / سوپروایزر / مددکاری / امور حقوقی بسته به زمان پذیرش اطلاع می دهد

در صورت داشتن اموال شخصی ، آنها را لیست ، صورتجلسه و تحویل مسئول انتظامات / اتاق کنترل میگردد

شناسایی بیمار مجهول الهویه:

از طریق کد بیمار و نام مجهول الهویه استفاده

در صورت وجود ۲ یا بیشتر بیمار مجهول الهویه در بخش: از طریق کد بیمار

پیگیریها در بیماران مجهول الهویه با شیوه ایمن

• در صورت عدم احراز هویت تا زمان ترخیص ، اطلاع مجدد به واحد مددکاری و مشاور حقوقی جهت هماهنگی با بهزیستی و مراجع ذیصلاح مربوطه

• اطلاع رسانی فوت بیمار مجهول الهویه:

• در اوقات اداری به واحد سوپروایزر / مددکاری / امور حقوقی / مسئول انتظامات

کد ۲۴۷

بیمارستان ۲۴۷ (منتخب) :

بیمارستان با قابلیت ارائه خدمت آنژیوپلاستی اولیه که خدمات را به صورت تمام وقت ۲۴ ساعته و ۷ روز در هفته ارائه نماید.

جهت مدیریت درمان بیماران با علایم مشخصه **ایسکمی حاد میوکارد** همراه با **بالا رفتن پایدار قطعه ST** یا **LBBB** که به نظر می رسد جدید باشد

اقدام پرستاری کد سکت قلبی:

اخذ نوار قلب ، رویت توسط متخصص مقیم اورژانس ، در صورت تأیید سکت حاد قلبی توسط ایشان اعلام کد ۲۴۷ و هماهنگی متخصص مقیم با پزشک اینترونشنال ، جهت انتقال بیمار ۲۴۷ به کت لب / تزریق ترومبولیتیک

در صورت تأیید ضرورت P PCI اطلاع سریع به سوپروایزر توسط مسئول شیفت اورژانس جهت هماهنگی حضور تیم لب

آمادگیهای قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی

شناسائی فعال بیمار را حداقل با دو شناسه

اطمینان از آمادگیهای لازم شامل :

۱. زمان ناشتا بودن، ۶ تا ۸ ساعت قبل
۲. جواب آزمایشات، روتین و مارکرها را طبق درخواست پزشک چک و در صورت غیر طبیعی بودن، به پزشک اطلاع دهید
۳. اطمینان از شیو و آماده بودن محل مربوطه
۴. اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه
۵. اجرای پریمد قبل از آنژیوگرافی / آنژیوپلاستی طبق نظر پزشک

توجهات دارویی مهم در مورد آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی

- هپارین و انوکسپارین شب قبل از آنژیوگرافی/ آنژیوپلاستی HOLD
- قرص وارفارین حداقل از ۳ روز قبل HOLD و در صورت عدم HOLD بودن نتیجه PT INR به پزشک اطلاع داده شود
- متفورمین بیماران دیابتی را ۲۴ ساعت قبل و ۴۸ ساعت بعد از آنژیوگرافی/ آنژیوپلاستی HOLD
- قرص گلی بند گلامید / گلی گلازید بیمار را از ۶ صبح روز آنژیوگرافی تا زمان PO شدن HOLD
- در مدت زمان NPO بودن، انسولین دریافتی بیمار را HOLD

انتقال بیمار به کت لب

- باتوجه به وضعیت بالینی ،همودینامیک و تابلو های بالینی پرخطر ، بیمار را بابرانکارد مجهز به کپسول اکسیژن ، دستگاه دی سی شوک، فشارسنج و پالس اکسی متری و پایش مستمر به کت لب منتقل کنید.
- انتقال بیماران در زمانی که پرستار از آماده بودن اتاق اطمینان یافته و کنترل صحت تجهیزات انجام شده ، صورت پذیرفته و بیماران، در اتاق بدون مراقب منتظر نباشند

تخصیص کد ۳۲۴ به بیماران با GCS مساوی با ۳ در جهت تقویت سیستم شناسایی افراد مرگ مغزی (۵ فرمان وزیر)

۱. تخصیص کد ۳۲۴ به بیماران با GCS مساوی با ۳، بدون تنفس، بدون دریافت sedative در تمامی بخش های اورژانس

و بستری بیمارستان های سراسر کشور.

۲. اعلام کد ۳۲۴ بلافاصله پس از شناسایی توسط سرپرستار / مسئول شیفت به سوپروایزر کشیک و اعلام بلافاصله توسط

سوپروایزر به واحد فراهم آوری اعضا و واحد شناسایی دانشگاه/دانشکده

۴. اعلام GCS کمتر یا مساوی ۵ توسط سرپرستار / مسئول شیفت به واحد فراهم آوری اعضا و نسوج پیوندی و واحدهای

شناسایی دانشگاه/دانشکده

درخواست اهدای عضو امری تخصصی است که هماهنگ کنندگان اهدای آن دوره های

تخصصی را گذرانده اند و پزشکان و پرسنل بیمارستان لازم است از انجام این درخواست

خودداری نموده و تنها وضعیت بیمار را به اطلاع خانواده برسانند

• دستور العمل جامع اعزام و انتقال

اعزام / انتقال :

- هر گونه جابه جایی بیمار از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگر، اعزام / انتقال نامیده می شود.

دو علت اعزام و انتقال:

• الف – کمبود امکانات و تجهیزات تشخیصی درمانی نسبت به نوع و شدت بیماری

• ب – فقدان یا کمبود تخصص مورد نیاز در مرکز درمانی

سطوح کادر درمانی برای اعزام و انتقال

• پزشک متخصص و یا دستیار تخصصی

• پزشک عمومی

• اینترن

• پرستار مراقبت ویژه

• کارشناس / کارشناس ارشد پرستاری

• کارشناس یا کاردان هوشبری

• کارشناس یا کاردان فوریت‌های پزشکی

• کارشناس / کارشناس ارشد مامایی

• بهیار

• کمک پرستار

توجهات در اعزام :

- در صورت نیاز به حضور پزشک متخصص در تیم اعزام،
- **دستور پزشک فوق تخصص هم رشته یا مسئول فنی مرکز درمانی الزامی است.**
- اولویت با حضور کادر درمانی همگن مطابق با طرح انطباق می باشد.
- پزشک معالج بیمار موظف است علت انجام اعزام و انتقال را به بیمار یا خانواده وی توضیح داده و **سپس با هماهنگی نمودن پرستار اقدام به اخذ رضایت بصورت کتبی از بیمار یا ولی قانونی وی نموده و فرم مربوطه را تکمیل نماید.**
- تیم اعزام و انتقال موظف می باشند در حین انتقال بیمار، بر بالین وی و در قسمت کابین عقب **حضور داشته باشند.**

محتوی اطلاعات بین مرکز مبدا و مقصد

۱. اطلاعات کامل بالینی بیمار

۲. درمانهای دریافت شده

۳. دلایل انتقال

۴. روش انتقال بیمار

۵. مهلت زمانی موجود برای انتقال به صورت مستند و مکتوب

برخی الزامات اعزام و انتقال بیمار

- دستور پزشک مبنی بر اعزام یا انتقال
- اخذ پذیرش از بخش/واحد/ مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار
- اطلاع و هماهنگی مرکز پایش مراقبت های درمانی MCMC و ستاد هدایت دانشگاه رعایت طرح انطباق
- مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار، حداقل شامل پرونده بیمار و گرافیها
- پیش بینی و تامین تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن با توجه به شرایط بالینی بیمار
- تامین آمبولانس با امکانات مناسب و متناسب با سطح بیماری
- اطمینان از کامل بودن تجهیزات آمبولانس و آماده به کار بودن آنها قبل از اعزام
- رعایت فرآیند ISBAR در تحویل بیمار به آنکال اعزام و بیمارستان یا مرکز مقصد

• قبل از انتقال، بیمار باید به صورت مناسب احیا و حداً امکان، وضعیت ABC و D بیمار (راه هوایی، تنفس و جریان خون و ناتوانی / معلولیت بیمار) بررسی، کنترل و مدیریت شود

• برای انتقال بیماران نیازمند به مراقبتهای ویژه سطح ۲، ۱ و ۳، تمامی داروهای نجات بخش و وسایل و لازم پزشکی ضروری برای احیا بیماران، اکسیژن رسانی، تهویه، مانیتورینگ همودینامیک و احیا بایستی همراه باشد.

انواع آمبولانس

• آمبولانس تیپ A

• آمبولانسی است که جهت حمل و نقل بیماران غیر اورژانسی طراحی و تجهیز شده است

• آمبولانس تیپ B

• آمبولانسی است که به منظور پایش، درمان و انتقال بیماران یا مصدومین طراحی و تجهیز شده است

• آمبولانس تیپ C

• آمبولانسی است که به منظور پایش، درمان های پیشرفته و انتقال بیماران یا مصدومین نیازمند خدمات مراقبتی ویژه طراحی و تجهیز شده است

• آمبولانس هوایی

• بالگرد مجهز به تجهیزات پزشکی و ارتباطی است که از آن صرفاً برای انتقال بیماران و

مصدومین به مراکز درمانی استفاده می شود

مراقبت و درمان

بیماران سالمند

و بیماران اعزامی از مرکز نگهداری

مواردی در خصوص آموزش به بیماران سالمند و بیماران مراکز نگهداری

- آموزش تعیین میزان فعالیت – ورزش منظم – کنترل وزن
- اجتناب از استعمال دخانیات
- داشتن رژیم کم نمک و کم چرب – مصرف مایعات کافی – اجتناب از نوشیدنی های کافین دار و الکل – مصرف غذا به دفعات مکرر و مقدار کم – خوردن غذاهای سرشار از فیبر و محدود کردن مصرف ملی
- اندازه گیری منظم فشار خون
- رعایت دستورات دارویی
- تخلیه کامل مثانه و کم کردن فواصل بین تخلیه ادرار