

ابزارهای ارزیابی بیمار

با توجه به اهمیت ارزیابی صحیح بیمار، در این قسمت به چند نمونه از ابزارها و روشهای پرکاربرد جهت ارزیابی بیمار می پردازیم.

۱- در بخش اورژانس دو روش وجود دارد:

الف) بررسی اولیه بیمار با روش ABCDE

پارامترها	نحوه بررسی پارامترها
A: Airway	آیا راه هوایی بیمار باز و ایمن است؟ به حرکت هوا گوش کنید. بالا و پایین رفتن سینه بیمار را مشاهده کنید. لوله تراشه را از نظر باز و ایمن بودن و مناسب بودن طول آن بررسی کنید.
B: Breathing	آیا بیمار نفس می کشد؟ بالا و پایین رفتن سینه بیمار را مشاهده کنید. رنگ بیمار را بررسی کنید. ساچوریشن، حجم جاری و ریت تنفس را کنترل کنید.
C: Circulation	آیا گردش خون بیمار میکند؟ نبض بیمار و قوت نبض را بررسی کنید. رنگ بیمار را بررسی کنید. ریت و ریتم قلب و فشار خون شریانی را چک کنید.
D: Disability	سطح هوشیاری بیمار چگونه است؟
E: Exposure	محیط اطراف بیمار را چگونه ارزیابی کردید؟ آیا شان بیمار حفظ شده است؟ آیا عضو مورد معاینه در معرض دید معاینه گر است؟

ب) تریاژ AVPU: در ارزیابی بیمار در تریاژ اورژانسی کاربرد دارد و شامل ارزیابی موارد زیر است:

A (alert): بیمار کاملاً هوشیار است.

V (verbal respond): بیمار به تحریکات کلامی پاسخ میدهد.

P (pain respond): بیمار به تحریکات دردناک پاسخ میدهد.

U (unreasoned): بیمار به تحریکات دردناک پاسخ نمیدهد.

۲- بررسی سطح هوشیاری

ارزیابی سطح هوشیاری با اسکور GCS (Glasgow coma scale): در بیمارانی که تحت عمل جراحی انتخابی قرار گرفته اند؛ GCS را باید بعد از هوشیار شدن و رفع اثر داروهای بیهوشی محاسبه کنیم

باز کردن چشم ها	پاسخ کلامی (غیر انتوبه)	پاسخ کلامی (انتوبه)	فعالیت حرکتی
۴- خود به خود	۵- هوشیار است و صحبت می کند	۵- به نظر می رسد که قادر به صحبت باشد	۶- اطاعت از دستورات
۳- با تحریک کلامی	۴- هوشیار نیست و صحبت نمی کند	۳- توانایی وی برای صحبت کردن مورد می کشد	۵- محل درد را تعیین میکند
۲- با تحریک دردناک	۳- کلمات نامناسب	۲- معمولاً پاسخ نمی دهد	۴- با تحریک دردناک عقب می کشد
۱- بدون پاسخ	۲- صداهای نامفهوم	۱- معمولاً پاسخ نمی دهد	۳- کورتیکه
	۱- بدون پاسخ	۱- بدون پاسخ	۲- دسریه
			۱- بدون پاسخ

روشهای تحریک دردناک استاندارد:

- فشار روی بستر ناخن
- فشار روی عضله سرشانه
- فشار روی استخوان اوربیت

FOUR Score : ارزیابی سطح هوشیاری بر اساس معیارهای جدید

FOUR Score برخلاف GCS، عملکرد کلامی را بررسی نمی کند و بیماران کمایی اینتوبه و دارای تراکتوستومی را دقیقتر بررسی می کند. مقیاس FOUR Score دارای چهار قسمت پاسخ چشمی، پاسخ حرکتی، پاسخ ساقه مغز، الگوی تنفس با حداکثر امتیاز هر قسمت 4 و حداقل امتیاز صفر میباشد. ارزیابی تمام اجزای این امتیازبندی معمولاً چند دقیقه طول می کشد و در مجموع، امتیاز بین صفر تا شانزده دارد. اگرچه GCS بطور وسیع در بیمارستان ها به عنوان یک ابزار استاندارد در ارزیابی بکار می رود اما دارای نواقص و محدودیت هایی می باشد:

اولا مفید بودن جزء کلامی در ارزیابی سطح هوشیاری مورد سوال است. جزء کلامی اساساً آگاهی به زمان و مکان و شخص را مورد بررسی قرار می دهد که سریعاً می تواند در یک بیمار تحریک شده و گیج بدون آنکه نقص هوشیاری داشته باشد تغییر کند. برعکس بسیاری از بیماران بدون پاسخ یا پاسخ کلامی اندک، هوشیار می باشند. علاوه بر این پاسخ کلامی از GCS نمی تواند شرایط بحرانی و حاد بیماری که تحت اینتوباسیون قرار گرفته است را ارزیابی نماید.

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

ثانیا و مهم تر اینکه GCS رفلکس های ساقه مغز و حرکات چشم یا پاسخ های پیچیده ی حرکتی را در بیماران با تغییر هوشیاری ارزیابی نمی کند. سیستم امتیاز دهی FOUR در انواع شرایط ICU قابل استفاده است. برای کاربر آسان بوده و اطلاعات نورولوژیک پایه را در اختیار قرار می دهد و اجازه می دهد تا ارزیابی دقیقی از بیماران با تغییر سطح هوشیاری به عمل آید.

FOUR چهار جزء را در بیماران بررسی می نماید: ۱- پاسخ چشمی ۲- پاسخ حرکتی ۳- واکنش های ساقه مغز ۴- وضعیت تنفسی.

امتیاز هر جزء از ۰ تا ۴ می باشد و در نتیجه امتیاز کل این ابزار از ۰ تا ۱۶ است و می تواند پیش آگهی ضعیف بیماران و وقوع مرگ مغزی را در بیمارانی که شرایط بحرانی دارند پیش بینی نماید. علاوه بر این FOUR قادر است سندروم Lacked – in Vegetative را افتراق دهد، در مقابل GCS قادر به انجام این ارزیابی ها نمی باشد، زیرا فقط از سه جزء باز کردن چشم، پاسخ حرکتی و پاسخ به تحریک دردناک تشکیل شده است و برای بررسی وضعیت هوشیاری بیمارانی که ایستوبه شده اند کارا نیست.

Lacked – in Syndrom: سندرمی که در آن بیمار آگاه است اما نمی تواند حرکت کند و با زبان ارتباط کلامی برقرار کند که به دلیل فلج کامل تمام عضلات اختیاری به جز عضلات چشم می باشد.

Vegetative State: حالتی که در آن بیمار بیدار می باشد اما هوشیاری ندارد.

الگوی تنفس شاین استوک: دوره های منظم که آن تعداد و عمق تنفس افزایش می یابد، سپس کاهش می یابد تا اپنه ایجاد شود، (معمولا حدود ۲۰ ثانیه)

الگوی تنفسی Biot: دوره های طبیعی تنفس (۳ تا ۴) که به دنبال آن دوره های متغیری از آپنه وجود دارد، (معمولا ۱۰ تا ۶۰ ثانیه)

الگوی تنفسی Atoxic: دوره های تنفسی غیر نرمال که از ویژگی بارز آن تنفس نامنظم و افزایش زمان آپنه است.

پاسخهای حرکتی غیر طبیعی

لوکالیزه کردن: تلاش هدفدار برای بر طرف کردن یا برداشتن محرک دردناک از عضو خود. مشکل عملکردی مغز متوسط است.

ویدراول (پس کشیدن): تلاش برای دور کردن خود عضو از محرک دردناک

پاسخ دکورتیکه: فلکسیون غیر طبیعی بازو در محل آرنج، اداکسیون شانه ها و اکستانسیون پا و قوزک که خودبخود یا در پاسخ به محرک دردناک اتفاق می افتد. احتمالا در درگیری مستقیم یا فشار روی تالاموس اتفاق می افتد.

پاسخ دسربره: اکستانسیون غیر طبیعی آرنج و چرخش داخلی شانه و ساعد و اکستانسیون پاها) که خودبخود یا در پاسخ به محرک دردناک اتفاق می افتد. اختلال عملکرد مغزی شدید تر از قبلی (تا سطح مغز میانی)

فلاسید: فاقد پاسخ به محرک دردناک (ضایعه پل مغزی یا بصل النخاع)

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

	<p>E4: پلک ها را باز میکند ، پلک می زند و یا شیء را تعقیب می کند. E3: پلک ها را باز می کند اما با چشم چیزی را تعقیب نمیکند E2: پلک ها بسته است اما نسبت به صدای بلند آنها را باز میکند E1: پلک ها بسته است اما نسبت به محرک دردناک آنها را باز می کند E0: پلک ها نسبت به محرک دردناک هم بسته می مانند .</p>	<p>پاسخ چشمی Eye response</p>
	<p>M4: نشان دادن اعداد با انگشتان دست یا مشت کردن آن (طبق دستور) M3: محل درد را مشخص می کند . M2: در پاسخ به محرک دردناک ، اندامهایش را خم می کند . M1: در پاسخ به محرک دردناک ، اندامهایش را باز می کند . M0: عدم پاسخ به محرک دردناک ، یا انقباض عمومی عضلات</p>	<p>پاسخ حرکتی Motor Response</p>
	<p>B4: واکنش مردمک ها و قرنیه وجود دارد . B3: یکی از مردمک ها گشاد و ثابت است . B2: فقدان واکنش مربوط به هر کدام از واکنشهای مردمک و قرنیه B1: فقدان هر دو واکنش مردمک و قرنیه B0: فقدان واکنش مربوط به مردمک ، قرنیه ، سرفه</p>	<p>واکنش ساقه مغز Brainstem Reflexes</p>
	<p>R4: لوله داخل نای ندارد ، الگوی تنفسی عادی است . R3: لوله داخل نای ندارد ، الگوی تنفسی شین استوک است . R2: لوله داخل نای ندارد ، الگوی تنفسی نامنظم است . R1: تعداد تنفس بیمار از تعداد تنفس دستگاه ونتیلاتور بیشتر است R0: تعداد تنفس بیمار مساوی با تعداد تنفس دستگاه ونتیلاتور است</p>	<p>تنفس Respiration</p>

جدول FOUR Score

FOUR Score چهار جزء را در بیماران بررسی می نماید امتیاز هر جزء از ۰ تا ۴ می باشد و در نتیجه امتیاز

کل این ابزار از ۰ تا ۱۶ است.

۱ - پاسخ چشمی

۲ - پاسخ حرکتی

۳ - واکنش های ساقه مغز

۴ - وضعیت تنفسی .

تقسیمات هوشیاری:

الف) بیدار و آگاه: اضطراب ، لتارژی

ب) بیدار و عدم آگاهی: دلیریوم، دمانس، سایکوز، حالت نباتی

ج) عدم بیداری و عدم آگاهی: کما، مرگ مغزی، خواب

۴- ارزیابی بقراری بیمار

معیار ریچموند یا Richmond Agitation Sedation Score: RASS معیار ریچموند یک معیار جهت بررسی بیماران آژیته و بیمارانی که سدا تپو دریافت کرده اند می باشد و به عنوان ارزیابی درد قابل استفاده نمی باشد. معیار ریچموند ۳ مرحله دارد:

- ۱- مشاهده: بیمار فقط مشاهده می شود. اگر بیمار هوشیار است، امتیاز مناسب (+۱ تا +۴) را برای او در نظر بگیرید. اگر هوشیار نیست مرحله دو را انجام دهید.
- ۲- تحریک کلامی: نام بیمار را با صدای بلند صدا زده و از او بخواهید به شما نگاه کند. در صورت نیاز 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.
- ۳- 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-)

عنوان	توضیح
۴	پرخاشگر آسیب به پرسنل
۳	خیلی آژیته لوله و اتصالات را به صورت پرخاشگرانه می کشد.
۲	آژیته بی قراری با و نیتلاتور 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.

۵- تعریف واژه ها

- هوشیار: بیمار فوراً به کوچکترین محرک ها پاسخ می دهد.
- کانفیوز: بیمار به زمان و مکان آگاه نیست و غالباً به اشخاص آگاه است. اما قضاوت و تصمیم گیری مختل و دامنه توجه کاهش می یابد.
- دلیریوس: بیمار به زمان، مکان و اشخاص آگاه نیست و درک واقعیت کاهش می یابد و غالباً توهم بینایی و شنوایی دارد.

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

لتارژیک: حالت خواب آلودگی دارد ولی چشمان خود را با صدا کردن باز میکند، به شما نگاه کرده و به سئوالات پاسخ میدهد و دوباره می خوابد. اگر با لمس ضعیف (بدون درد) شما، به آرامی پاسخ دهد و کمی گیج باشد و توجه به محیط کاهش یابد او بتوندیشن نام دارد.

استئوپور: بیمار تنها با وجود محرکهای قوی و مستمر خارجی بیدار می ماند. پاسخ کلامی کند است و یا وجود ندارد. پاسخ حرکتی به صورت پس کشیدن یا لوکالیزه کردن محرک است. کمترین آگاهی را به محیط دارد. کما: محرکهای قوی خارجی و داخلی نیز نمی تواند پاسخ عصبی در بیمار ایجاد کند. چشمها بسته است.

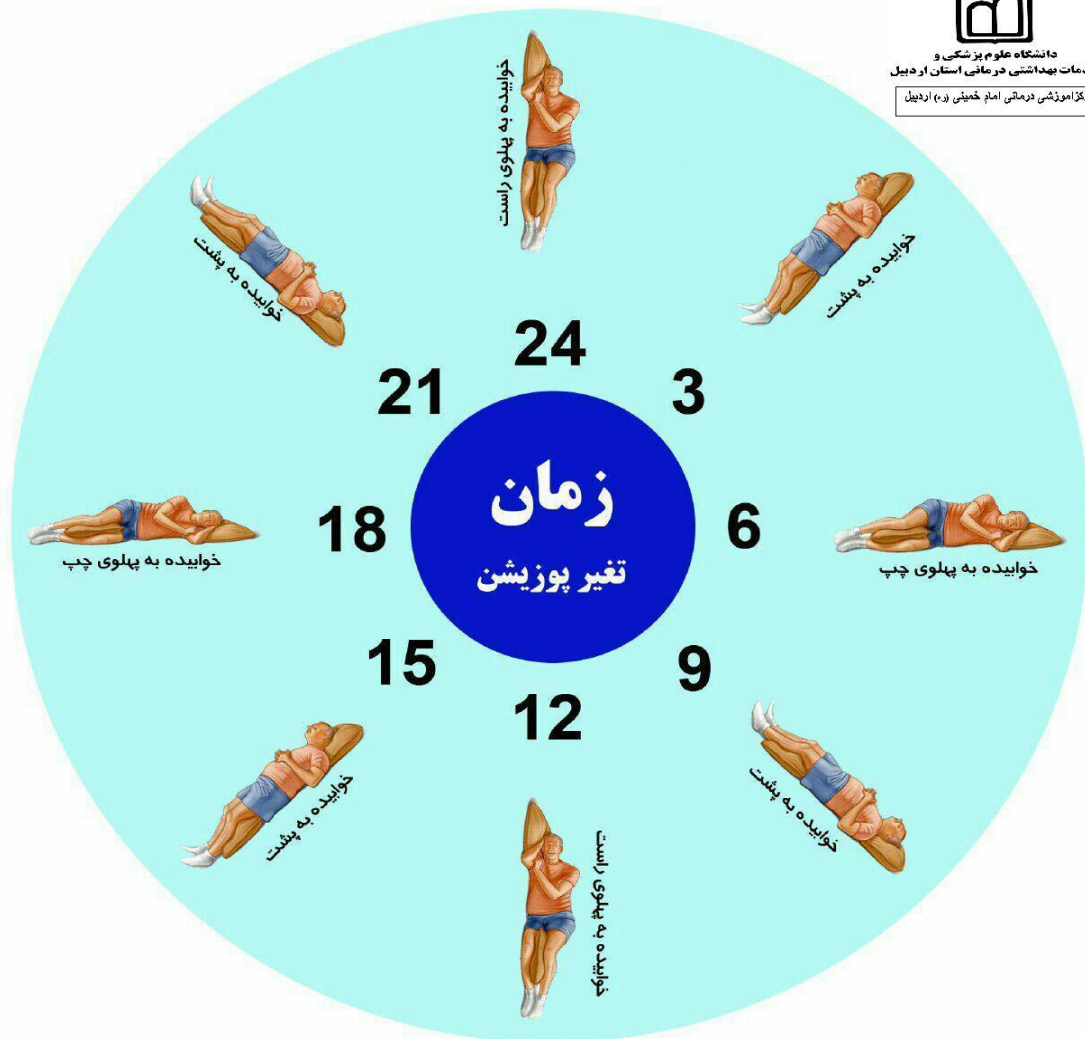
بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

۶- تغییر پوزیشن



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل
مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل



بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

۷- خلاصه سطوح مراقبتی:

دارو درمان	آموزش و حمایت عاطفی	سلامت عمومی	فعالیت روزانه	
بدون درمان و دارو یا درمان مختصر .	واکنش های غیر عادی یا ناسازگار ندارد.	خوب، جهت اقدامات تشخیصی، پروسیجرهای ساده یا جراحی ساده	تقریباً جنبه خودکفایی دارد .	سطح ۱ : Self Care
به ۲۰_۳۰ زمان در هر شیفت نیاز است .	بیمار به ۱۰_۵ دقیقه آموزش و حمایت عاطفی در هر شیفت نیاز دارد	علائم خفیف شامل بیش از یک بیماری خفیف، نیازمند مشاهده دقیق علائم حیاتی، ادرار و جذب و دفع مایعات می باشد .	نیازمند کمک در آماده کردن غذا، قرار گرفتن در پوزیشن مناسب، نیازمند کمک جهت رفتن به دستشویی یا استفاده از ظرف ادرار میباشد.	سطح ۲ : Minimal Care
نیازمند ۶۰- ۳۰ دقیقه زمان در هر شیفت می باشد.	در هر شیفت ۳۰-۱۰ دقیقه زمان لازم دارد. بیمار ممکن است، گیج، بیقرار و یا پرخاشگر باشد ولی از طریق دارو درمان، دادن آگاهی و یا مهار فیزیکی به طور مناسبی کنترل میگردد	علائم حاد ممکن است در حال عود و یا بهبود باشد، ضروری است هر ۲_۴ ساعت وضعیت فیزیولوژیکی و عاطفی بیمار مورد مشاهده دقیق و ارزشیابی قرار گیرد .	نیاز به دادن غذا دارد ولی قادر به خوردن یا بلعیدن می باشد. نیازمند گذاشتن و برداشتن Bed Pan و ظرف ادرار می باشد، به طور نسبی می تواند بچرخد و یا خود را بلند کند، بی اختیاری در دفع دو بار در هر شیفت وجود دارد .	سطح ۳ : Moderate Care
نیازمند بیش از ۶۰ دقیقه زمان در هر شیفت می باشد	در هر شیفت بیش از ۳۰ دقیقه زمان جهت آموزش نیاز است، بیمار ممکن است دچار گیجی، پرخاشگری و یا بیقراری بوده و با دارو درمانی و دادن آگاهی به طور مداوم و یا مهار فیزیکی قابل کنترل نباشد.	به شدت بیماری، علائم حیاتی نظیر خونریزی و یا از دست دادن مایع، بحران های حاد تنفسی، و یا بحران هایی که نیازمند مشاهده دقیق و ارزشیابی مکرر می باشد.	نمی تواند خود غذا بخورد، اشکال در خوردن و بلعیدن، ممکن است نیازمند تغذیه از طریق لوله باشد. بی اختیاری بیش از دو بار در یک شیفت . ممکن است نیاز به دو نفر جهت چرخاندن باشد.	سطح ۴ : Extensive Care
بیمار <u>انتوبه</u> که سیستم های مختلف بدن دچار اختلال شده است و نیازمند <u>مراقبت ویژه</u> می باشد . سیستم گوارش، بینایی، شنوایی، تنفس، قلب، پوست، حرکتی، دفع و بهداشت که در هر شیفت باید بررسی شده و بعد از انجام مراقبت، مستندسازی شود. تغییر پوزیشن و فیزیوتراپی اندام در ساعات مشخص در هر شیفت انجام میشود.. توجه: در سطح ۵ بیمار انتوبه است و نیازمند <u>مراقبت ویژه</u> است ولی در سطح ۴ بیمار با وضعیت حاد و شدیداً بدحال بوده و نیاز به مراقبت کامل دارد. آموزش به خود بیمار و در صورت عدم امکان به خانواده اش ارائه میشود.				سطح ۵ : Intensive Care

۸- ارزیابی زخم فشاری

راهنمای ارزیابی ریسک زخم فشاری بر اساس معیار برادن

مخبر بررسی امتیاز	درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرک	تغذیه		گشش / سایش
					تغذیه	گشش / سایش	
۱	کاملاً مختل: عدم پاسخ به محرک دردناک	همیشه مرطوب	محدود به تخت	کاملاً بی حرکت	خیلی مختل	اغلب کمتر از ۱/۳ غذایش را میخورد بیش از ۵ روز NPO بوده و یا مایعات شفاف خوراکی/مایعات وریدی دریافت می کند	سر خوردن مکرر در تخت
۲	خیلی مختل: پاسخ صرفاً به محرک دردناک	اغلب مرطوب	محدود به صندلی	محدودیت زیاد: تغییر اندک در پوزیشن بدن و اندام ها بصورت گهگاهی	احتمالاً ناکافی	فقط نصف غذایش را میخورد کمتر از میزان توصیه شده رژیم مایعات/تغذیه لوله ای دریافت می کند	سر خوردن گهگاهی در تخت
۳	کمی مختل: پسرخ به محرک کلامی ولی عدم اختلال در حس درد در یک یا دو اندام	گاهی مرطوب	راه رفتن یا کمک	محدودیت کم: تغییر اندک در پوزیشن بدن و اندام ها بصورت مکرر	ناکافی	بیش از نصف غذایش را میخورد بیشتر نیازهای تغذیه ای بیماران دارای تغذیه لوله ای/TPN مرتفع می گردد	عدم سر خوردن (حفظ پوزیشن مطلوب)
۴	کاملاً سالم: پاسخ به محرک کلامی بدون مشکلی در حس درد	همیشه خشک	راه رفتن بدون کمک	عدم محدودیت	کافی	بیشتر غذایش را میخورد	

بدون خطر: ۱۹-۲۳	ریسک پایین: ۱۵-۱۸	ریسک متوسط: ۱۳-۱۴	ریسک بالا: ۱۰-۱۲	ریسک خیلی بالا: ۹-۶
-----------------	-------------------	-------------------	------------------	---------------------

* نحوه ثبت شاخص برادن در HIS:

ورود به منوی پذیرش F2 ← گزینه اضافی ← گزینه ارزیابی احتمال بروز زخم فشاری ← انتخاب محدوده مورد نظر

اهم اقدامات و مراقبت های ضروری در پیشگیری از زخم فشاری	
<ul style="list-style-type: none"> استفاده از تشک مواج برای بیماران فاقد تحرک اجتناب از کشیدن بیمار بر روی تخت در زمان جابجایی اطمینان از عدم جا ماندن اشیاء و تجهیزات بر روی تخت بیمار ثبت کلیه اقدامات صورت گرفته در گزارش پرستاری 	<ul style="list-style-type: none"> الصاق لیبل زرد یا درج ریسک مربوطه بر روی دستبند شناسایی بیمار تغییر پوزیشن بر اساس جدول تغییر پوزیشن حفظ ملافه بیمار بصورت خشک و بدون چروک آموزش اقدامات مراقبت از پوست به بیمار/ خانواده

تهیه شده توسط دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

اردبیل

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

۹- ارزیابی خطر سقوط

مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

راهنمای ارزیابی ریسک سقوط بیمار بر اساس معیار مورس

امتیاز	مصادیق	ریسک فاکتورهای تاثیرگذار	
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 میزود		
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 افراموش کردن محدودیتهای خود	وضعیت مغزی	
۰	طبیعی (آگاه به محدودیتهای تواناییهای حرکتی خود)		
ریسک بالا: ۴۵ و بالاتر		ریسک متوسط: ۲۵-۴۴	ریسک پایین: ۰-۲۴

* نحوه ثبت شاخص مورس در HIS:

ورود به منوی پذیرش F2 + گزینه اضافی -> گزینه امتیاز ریسک سقوط بیمار -> انتخاب محدوده مورد نظر

اهم اقدامات و مراقبت های ضروری در پیشگیری از سقوط بیمار
الماسک لیبل زرد با درج ریسک مربوطه بر روی دستبند شناسایی بیمار 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 بیمار از تخت بصورت تدریجی (عدم خروج ناگهانی بیمار از تخت)
تظارت بیشتر به بیمار در طول شیفت علی الخصوص شیفت شب
حفظ روشنائی 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 اشیعایی در صورت صلاحدید پزشک معالج
ثبت کلیه اقدامات انجام یافته در گزارش پرستاری بیمار در هر شیفت

تهیه شده توسط دکتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

۱۰- تاریخ تعویض لوله ها و اتصالات، چست لید ها

عنوان اتصالات	زمان تعویض
آنژیوکت	۹۶ ساعت
ست سرم، ست K، سه راهی آنژیوکت، چست لید، سوند اکسترنال	۴۸ ساعت
سرم شستشو، سرم حلال میکروست، سرنگ گاوآژ، هپارین لاک، سرسوزن، Airway	۲۴ ساعت
ست خون	به ازاء هر یک کیسه فرآورده
میکروست	۷۲ ساعت
سرنگ انفوزیون	بعد از هر بار اتمام انفوزیون دارو
NGT، سوند ادراری فولی	۱۴ روز
کیسه ادراری	همزمان با تعویض سوند فولی
ETT (Endotracheal Tube)	بر حسب نیاز و اندیکاسیون بالینی و بر اساس دستور پزشک
پانسمان کاتتر و ...	پوشش گاز: ۲۴ ساعت پوشش شفاف استریل: ۷ روز
کاتتر اکسیژن	اختصاصی برای هر بیمار
تیوب و رابط ساکشن، T Piece، کاتتر مانت، خرطوم ونتیلاتور	۵ روز
فیلتر HME	۴۸ ساعت
Cut Down	یک ماه
سوزن پورت	۸ تا ۱۰ روز
ویال انسولین	۲۸ روز بعد از باز شدن
چست باتل	۵ روز در صورت پر شدن ۳/۴ حجم باتل (800ml) زودتر از موعد مقرر تعویض گردد.
کیسه ایلئوستومی و کلستومی	بعد از هر بار مصرف

بسمه تعالی

بیمارستان آموزشی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل

۱۱- ارزیابی خطر آمبولی ریوی و ترومبوز آمبولی وریدی طبق معیار ژنو (Geneva)

راهنمای ارزیابی ریسک ترومبوآمبولی بر اساس معیار ژنو (Revised Geneva Score)

امتیاز	مشخصات بالینی		
۱	سن بیشتر از ۶۵ سال		
۳	سابقه PE (آمبولی ریه) یا DVT (ترومبوز وریدهای عمقی)		
۲	جراحی (تحت بیهوشی عمومی) یا شکستگی اندام تحتانی در ماه گذشته		
۲	تومور بدخیم / بدخیمی هماتولوژیک فعال یا درمان شده در یکسال اخیر		
۳	درد یکطرفه اندام تحتانی		
۲	هموپتزی (خلط خونی)		
صفر	کمتر از ۷۵	ضربان قلب	
۳	۷۵-۹۴		
۵	۹۵ و بالاتر		
۴	درد در لمس اندام تحتانی و ادم یکطرفه		
ریسک بالا، بالاتر از ۱۰		ریسک متوسطه ۱۰-۴	ریسک پایین ۳-۰

اهم اقدامات و مراقبت های ضروری در پیشگیری از ترومبوآمبولی بیمار
<ul style="list-style-type: none"> ☒ الصاق لیبل زرد با درج ریسک مربوطه بر روی دستبند شناسایی بیماران با ریسک بالا ☒ آموزش به بیمار و خانواده در مورد احتیاطات ایمنی ☒ آموزش به تمام بیماران پرخطر و مادران باردار و پس از زایمان در مورد علائم DVT (درد، تورم و قرمزی، حساسیت در لمس، اختلاف در قطر ساق و ران طرف مبتلا با طرف سالم) و ضرورت مراجعه به موقع به بیمارستان ☒ آموزش ورزشهای ایزوتونیک و ایزومتریک به بیمار و خانواده ☒ ضرورت محدودیت حرکتی بیمار مبتلا به DVT ☒ ثبت کلیه اقدامات انجام یافته در گزارش پرستاری بیمار در هر شیفت

۱۲- ارزیابی وزن بیمار

$$\text{وزن (به کیلوگرم)} \\ \text{قد (به متر)} \times \text{قد (به متر)} = \text{نمایه توده بدنی}$$

Score	BMI range (kg/m ²)	Weight Category	Significance
2	< 18.5	Underweight	Poor protein - energy status probable
1	18.5 - 20	Underweight	Poor protein-energy status possible
0	20 - 25	Desirable weight	Poor protein-energy status unlikely
0	25 - 30	Overweight	Increased risk of complications associated with chronic overweight
0 (obese)	> 30	Very overweight (obesity)	Moderate (30 - 35kg/m ²) high (35 - 40 kg/m ²) and very high risk (>40 kg/m ²) of obesity-related complications

سوال ۴، تعیین بیماریهای ویژه با مشاهده و مصاحبه با بیمار، شرح حال درج شده در پرونده و ارزیابی وضعیت او صورت می گیرد. در صورتی بیماری فرد حاد یا وضعیت او وخیم و مبتلا به یکی از بیماریهای ویژه ارزیابی شود (مانند ابتلا به: دیابت کنترل نشده، فشار خون بالا و بیماری های قه عروقی، سرطان ها، سوختگی، سکته، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری های نورولوژی منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه، ضربه به سر، ناتوانی تغذیه دهانی به هر دلیل)، پاسخ «بله» در محل مربوطه علامت خورده و در غیر این صورت در محل «خیر» علامت زده می شود. در مواردی که ابنا

را علامت زده و واحد مددکاری بیمارستان را مطلع نمایید.

۱- گروه پر خطر اجتماعی: کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/ اقدام به خودکشی/ اختلالات روانپزشکی/ بی خانمانی و مجهول الهویه بودن/ بیماری های خاص، صعب العلاج و نادره شرح ذیل (از مصادیق آسیب اجتماعی می باشد که چنانچه بیمار واجد هر یک از این مصادیق باشد ضروری است قسمت گروه پر خطر اجتماعی علامت زده شود.

- بیماریهای خاص شامل: تالاسمی، هموفیلی و دیالیز
- بیماریهای صعب العلاج مثل MS، دیابت و سرطان
- بیماریهای نادر شامل PKU و EB (سندرم پوست پروانه ای)

۲. وجود مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی/مصدومین شغلی/ فاقد بیمه/ اتباع غیر ایرانی)

۳. عدم حضور همراه موثر

۴. ارجاع از ارگانهای قضایی و حمایتی

با توجه به اینکه این فرم در اورژانس تکمیل نمی گردد، نحوه ارزیابی بیمار از نظر نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی در اورژانس در دستورالعمل مداخلات مددکاری اجتماعی اورژانس اعلام می گردد.

۱۲- بخش ارزشهای مذهبی فرهنگی

۱۴- اطلاع از تحویل بیمار بر اساس SBAR

وضعیت **situation** : تشریح وضعیت کنونی (آخرین وضعیت بیمار) در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)

سوابق **background**: بیان سوابق مرتبط و کاربردی و بیماریهای زمینه ای بیمار به اختصار

ارزیابی **assessment**: نتیجه گیری با توجه به شرح حال اخذ شده ، یافته های پاراکلینیکی و معاینات فیزیکی

توصیه ها **recommendation**: پیشنهادات درمانی و مراقبتی با توجه به نتیجه گیریهای انجام شده

۱۵- اطلاع از ترخیص بیمار بر اساس SMART

Sign: علائم و نشانه هایی که بیمار در صورت مشاهده آنها بایستی به پزشک مراجعه کند.

Medications: نحوه مصرف ایمن داروها (زمان مصرف، دوز مصرف، عوارض دارویی، تداخلات دارویی) با تلفیق

داروئی و نوشتن تمام داروهای مصرفی در نسخه داروئی در حین ترخیص با تاکید به بیمار و خانواده او در حفظ سوابق داروئی و ارایه آن به پزشک معالج در هر مراجعه

Appointments: زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه/بیمارستان

Results: ثبت نتایج معوقه (آزمایشگاه /تصویربرداری) در دفتر تست معوقه توسط منشی بخش و اطلاع به بیمار/همراه

و تحویل کپی آن با دریافت کارت شناسایی

Talks: آموزشهای لازم به بیمار/ خانواده به صورت گفتاری و نوشتاری درمورد: محدوده / میزان فعالیتهای فیزیکی،

تغذیه و رژیم درمانی

۱۶- رعایت ۷ رایت در دارودهی، کنترل دارو در سه مرحله قبل از اجرا

رعایت هفت قانون دارودهی: داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح، بیمار صحیح، مستند

سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار/مراقبین بیمار در رابطه با سوال در مورد دستور دارویی داده شده.

۱۷- مقیاس ارزیابی اقدام به خودکشی SAD PERSONS scale

Sex (جنس): مردان <u>نمره ۱</u> و زنان <u>نمره صفر</u> (اقدام به خودکشی در بیشتر زنان ناموفق بوده و در بیشتر مردان موفق می باشد).	S	۱
Age (سن): اقدام به خودکشی در سنین کمتر از ۲۰ سال و بالای ۴۴ سال، <u>نمره ۱</u> تعلق می گیرد.	A	۲
Depression: <u>نمره ۱</u> در صورت وجود افسردگی تعلق می گیرد.	D	۳
Previous attempt: <u>نمره ۱</u> در صورت اقدام به خودکشی ناتمام قبلی تعلق می گیرد.	P	۴
Ethanol abuse (اعتیاد به الکل): <u>نمره ۱</u> در صورت اعتیاد به الکل تعلق می گیرد.	E	۵
Rational thinking loss (از دست دادن تفکرات منطقی): در صورت عدم وجود تفکرات منطقی، <u>نمره ۱</u> تعلق می گیرد.	R	۶
Social Supports Lacking (فقدان حمایت های اجتماعی): در صورت عدم وجود حمایت های اجتماعی، <u>نمره ۱</u> تعلق می گیرد.	S	۷
Organized Plan (برنامه سازماندهی شده): اگر برنامه طراحی شده تا مرز خودکشی و مرگ وجود داشت، <u>نمره ۱</u> تعلق می گیرد.	O	۸
No Spouse (نداشتن همسر): در افراد مطلقه، بیوه، تنها یا مجرد، <u>نمره ۱</u> تعلق می گیرد.	N	۹
Sickness (بیماری): اگر بیماری مزمن، ناتوان کننده و شدید باشد، <u>نمره ۱</u> تعلق می گیرد.	S	۱۰

اقدامات بالینی لازم	کل نمرات
تحت نظر در منزل با پیگیری های لازم	۰ تا ۲
تحت نظر و بستری در بیمارستان	۳ تا ۴
بستری و تحت نظر ویژه در بیمارستان بر اساس برنامه مراقبتی مطمئن تنظیم شده	۵ تا ۶
بستری اجباری در بیمارستان با پیش بینی نیروهای ویژه و اختصاصی برای بیمار	۷ تا ۱۰

۱۸- اکسیژن

Device	O2 Fellow	FIO2
Nasal Prong	1-6 lit/min	Up to %44
Simple Mask	5-8 lit/min	Up to %60
Mask+ Reserve bag (Rebreathing)	Less than 1/3 of bag should collapse in every breath	Up to %85
Mask+ Reserve bag (Non- Rebreathing)	Less than 1/3 of bag should collapse in every breath	Up to %100