

بِسْمِ تَعَالَى

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

دفترچه قوانین و مقررات بخش زایمان

جهت پرسنل جدید الورود

مرکز آموزشی پژوهشی درمانی ایزدی

نحوه پذیرش بیمار در بخش

لازم است که پرسنل مامایی در هنگام پذیرش بیمار موارد ذیل را رعایت نمایند:

- از ارائه پمفلت طرح تکريم به بیمار و یا همراهان اطمینان حاصل نمایند.
- از آماده بودن اتاق بیمار مطمئن شوند.
- دستور پزشک مبنی بر بستری بیمار را چک کنند.
- خود را با نام فامیل به بیمار معرفی نمایند.
- مسئول بخش را به بیمار معرفی کنند و او را از وظایف وی آگاه سازند.
- بیمار را به اتاق و تخت مربوطه راهنمایی کنند.
- بیمار را به هم اتاقی ها و سایر کادر پرستاری معرفی نمایند.
- نحوه استفاده از چراغ روشنایی اتاق و چراغ خواب را به بیمار آموزش دهند.
- محل توالت و حمام را به بیمار نشان دهند.
- جهت قبله و محل مخصوص نگهداری وسایل انجام فرایض دینی را به او نشان دهند.
- در مورد ساعت غذا، نوع رژیم غذایی خاص بیمار و مقررات آن و مقررات منع مصرف سیگار به بیمار توضیح دهند.
- در مورد محدودیتها، نیازمندی ها و وسایل الکتریکی مجاز برای استفاده در بیمارستان با بیمار صحبت نمایند.
- در مورد سایر امکانات موجود در بیمارستان و محل نماز خانه، فروشگاه، کتابخانه، توزیع روزنامه و غیره بیمار را راهنمایی نمایند.
- از همراهان بخواهید که در محل مخصوص ملاقات کنندگان منتظر بمانند.
- خلوت بیمار را فراهم نمایند.
- لباسهای بیمار را طبق مقررات بیمارستان جمع آوری کنند.
- به بیمار در پوشیدن لباس مخصوص بیمارستان کمک کنند.
- بیمار را در وضعیت راحت در تخت یا صندلی قرار دهند.
- درجه حرارت، نبض، تنفس، و فشار خون بیمار را به روش صحیح اندازه گیری کنند.
- در صورت لزوم قد و وزن بیمار را اندازه گیری و ثبت نمایند.
- شرح حال مامایی تکمیل شود.
- در موارد بارداری پره ترم فرم رضایت NICU تکمیل شود.
- در پایان گزارش پرستاری را تکمیل و نکات مهم و قابل پیشگیری را ثبت نمایند.

مواردیکه باید هنگام تغییر و تحول شیفت رعایت گردد:

- تحویل بیماران بر بالین
- کنترل وضعیت تنفس و هوشیاری بیمار
- کنترل بهداشت فردی بیمار
- کنترل FHR جنین
- کنترل آنژیوکت از نظر فیکس بودن، داشتن تاریخ (کمتر از ۷۲ ساعت)، بررسی از نظر فلبیت
- کنترل سرماها از نظر: حجم باقیمانده، حجم دریافتی (بر اساس دستور و مطابق با برگه I&O)، داشتن برچسب سرم (تنظیم قطرات، ساعت شروع و پایان)، نام پرستار، نام و میزان داروی اضافه شده.
- کنترل میکروستها (داشتن برچسب، تاریخ تعویض ۷۲-۴۸ ساعت باشد).
- کنترل سوند فولی از نظر فیکس بودن و بهداشت و حجم ادرار تخلیه شده و باقیمانده و ثبت در برگه I&O
- کنترل NGT از نظر فیکس بودن و میزان ترشحات برگشتی و ثبت در برگه I&O
- کنترل کلیه درن‌ها، کاترها، پانسمان و رعایت بهداشت و نظافت آنها
- کنترل برگه علائم حیاتی از نظر ثبت مشخصات بیمار و علائم وی طبق دستور
- کنترل بیمار از نظر پوزیشن، وضعیت استراحت.
- کنترل وضعیت درد بیمار و اقدامات انجام شده جهت تسکین درد.
- اطلاع از کلیه اقدامات درمانی انجام شده در شیفت قبل
- کلیه موارد کنترل شده در حضور پرسنل دو شیفت باید مطرح شود و پس از اتمام تحویل هیچ مسئولیتی به عهده شیفت قبل نمی باشد.

تحویل وسایل و تجهیزات بخش از نظر موجود بودن و سالم بودن

- این کار در ابتدای هر شیفت و توسط مسئول شیفت انجام می شود.
- تحویل کلیه دستگاههای بخش شامل انفوزیون پمپ، ساکشن، تشک مواج، فشار سنج و ثبت در دفتر تحویل وسایل. (و دیگر وسایلی که در دفتر تحویل و تحول وسایل ثبت شده است)
- تحویل گرفتن و کنترل داروها، لوازم مصرفی طبق لیست
- کنترل و تحویل دفاتر بخش
- تکمیل و تحویل وایت بر دو اطلاع از مسئول شیفت و مسئول تغذیه در شیفت مربوطه

تحويل و کنترل ترالی کد:

- داروهای ترالی کد از نظر تعداد و بررسی کمبودها و تاریخ انقضاء و طریقه
- نگهداری آنها در داخل و خارج از یخچال چک می گردد.
- وسایل ترالی کد از نظر تعداد، تاریخ انقضاء توجه به سایزهای مختلف اشاره شده در چک لیست.
- کنترل تجهیزات ترالی کد مانند لارنگوسکوپ ، آمبویگ، چراغ قوه، از نظر صحت عملکرد و وجود باطری و لامپ اضافه، توجه به تاریخ انقضاء ستهای پانسمان
- توجه به نظافت کلی ترالی کد و سالم بودن چرخهای آن و باز و بسته شدن دربهای آن
- وجود تخته CPR، اکسیژن و مانومتر، داشتن ماسک اکسیژن، سوند رابط جهت آمبویگ
- آماده بودن کامل آمبویگ جهت CPR

یخچال دارویی:

برای کنترل یخچال دارویی بایستی موارد زیر در نظر گرفته شود:

- از گذاشتن هر گونه مواد غذای در داخل آن پرهیز شود.
- ترمومتر در یخچال نصب باشد و چارت مخصص درج دمای یخچال بر روی درب یخچال نصب و در سه شیفت ثبت گردد.
- وجود NGT و قالبهای یخ (جهت ارسال ABG) در فریزر یخچال
- درج تاریخ باز شدن ویالها ، شربتها بر روی آنها و توجه به مدت زمانیکه می توان آنها را در یخچال نگهداری شود.

استو ؛ دارویی:

با توجه به سیاست هر بخش تعدادی دارو مانند (انواع مسکنها و داروهای اختصاصی هر بخش) در استو ؛ دارویی موجود است که باید به تاریخ انقضاء آنها توجه گردد.

نظافت بخش:

توجه به نظافت سطوح بالایی، میانی و گوشه های بخش ، سرویسهای بهداشتی ، دربهای شیشه ای بخش ، یونیت بیماران (تخت، لاکر، bed table ، وسایل و تجهیزات اتاق مانند یخچال، تلویزیون ، دستگهای پزشکی، مانومتر سانترال و پرتابل، ونتیلاتور، مانیتورها انواع پمپ ها) پوشه های آلومینیومی پرونده، کاردکس، لوازم التحریر، ایستگاه پرستاری، تلفن و کامپیوتر، سطوح زباله و دقت در تفکیک زباله های عفونی از غیر عفونی، safety box برانکارد، ویلچر، میزها.

با توجه به سیاست هر بیمارستان کلیه بخشهای ذکر شده با محلولهای ضد عفونی رایج را در هر بیمارستان به صورت روزانه نظافت و ضد عفونی می گردد.

دفاتر بخش:

لازم است در ابتدای هر دفتر روش تکمیل آن ثبت شود تا پرسنل نسبت به درج صحیح اطلاعات اقدام نمایند.

دفتر پذیرش و ترخیص بیمار:

برای ثبت مشخصات بیماران بستری و ترخیص شده به کار می رود و شامل موارد زیر است :

نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر ، سن، نام پزشک معالج، شماره پرونده، تاریخ بستری، تاریخ ترخیص، آدرس، شماره تماس و تشخیص نهایی

دفتر تحویل و تحول وسایل:

این دفتر در ابتدای هر شیفت و توسط پرستار مسوول تکمیل می شود و شامل انواع تجهیزات و تعداد آنها می باشد در این دفتر صحت کارکرد تجهیزات یا اینکه در دست تعمیر بودن آنها نیز ثبت می گردد.

آشنایی با اوراق پرونده های بیمارستانی:

۱- برگ نمودار علائم حیاتی

۲- برگ شرح حال مامایی و برگ پیشرفت زایمان که هر ۱۵ دقیقه باید FHR نوزاد در آن به تعداد نوشته شود .

۳- برگ سیر بیماری : سیر بیماری توسط پزشک معالج نوشته و مهر و امضاء می شود.

۴- برگ گزارش آزمایشگاه : کلیه آزمایشات بیمار به ترتیب تاریخ از قدیم به جدید چسبانده شده و برگه های جدید تر رو قرار می گیرند.

جهت انتقال بیماران بین بخشها:

- حضور پرستار در زمان تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار
- تحویل پرونده (بخصوص کامل بودن فرم ۵)
- انجام موارد Stat و پروسیجرهای اورژانس در بخش مبدا
- تمیز و مرتب بودن بیمار (در صورت کثیف بودن بیمار ، تمیز نمودن آن به عهده پرستاری است که بیماران را تحویل می دهد)
- در صورت دستور داشتن line IV باید تاریخ ، نام پرستار و شیفت روی آن نوشته و بدون عارضه باشد.
- در صورت داشتن پانسمان ، پانسمان تمیز با تاریخ و نام پرستار باشد.
- گزارش پرستاری کامل نوشته شده و موارد خاص در آن قید گردد.
- پرونده، گرافی ها، دفترچه بیمه، و به طور کل وسایل بیمار با دفتر تحویل و از بخش مقصد امضا گرفته شود.

تذکر:

بخشهای ویژه در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار ملزم به پذیرش و انجام کارهای درمانی بیمار با هر شرایطی می باشند ولی در صورتی که بیمار در رزرو بخشهای ویژه در بخش ها بستری باشد بر اساس دستور العمل بالا تحویل داده شود.

تذکر:

بعد از اتمام تحویل بخش مقصد حق هیچگونه اعتراضی ندارد و تمام موارد باید قبل از تحویل کنترل گردد.

جهت انتقال بیماران برای مشاوره پاراکلینیک:

- هماهنگی با واحد پاراکلینیک مربوطه.
- انجام اقدامات مربوطه به آمادگی قبل در صورت نیاز .
- همراه داشتن پرونده(داشتن مدار ؛ مورد نیاز واحد پاراکلینیک مربوطه الزامیست).
- در صورت نیاز به اکسیژن با رعایت دستورات پروتکل انتقال حتماً به واحد مربوطه اطلاع داده شود.
- حضور بیمار بر در کنار بیماران ناتوان الزامی می باشد. (کار این بیماران با اولویت انجام می شود).
- حضور پرستار در کنار بیماران بد حال الزامی می باشد. (کار این بیماران با اولویت انجام می شود).

تذکر:

پرونده در پایان مشاوره بلافاصله تحویل داده می شود. و در زمان تحویل بیمار در پرونده ذکر گردد.

موارد مورد نیاز به احیای نوزاد:

- اطلاع کامل از وسایل احیای نوزاد – ترالی احیای نوزاد
- اطلاع و مهارت در احیای نوزاد و روند گام به گام احیای نوزاد
- چک کردن وسایل احیای نوزاد در هر شیفت
- اطلاع رسانی به رزیدنت و پزشک اطفال در موارد لازم

اداره زایمان طبیعی به طور استاندارد:

- اداره موارد اورژانس مامایی
- اداره موارد بیماران high risk
- تکمیل پرونده و شرح حال مامایی
- تحویل و تحول نوزاد، معاینه نوزاد زیروارمر
- تزریق ویتامین K به طور صحیح، آغاز شیر دهی در نوزاد آموزش شیردهی به مادر و مشاهده شیر خوردن نوزاد
- تحویل نوزاد با تکمیل پرونده و اثر کف پای نوزاد و اثر انگشت مادر هنگام تحویل به بخش نوزادان

گزارش نویسی در پرستاری:

- گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم یاد آوری می گردد. امید است همکاران محترم پرستار و بهیار بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند.
- ۱- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری با زدن مهر نظام مامایی یا مهر مخصوص بخش نام خانوادگی ، سمت و امضاء، خود را وارد نمایید.
 - ۲- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت ، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
 - ۳- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را به طور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. بعنوان مثال ساعت ۱ بعدازظهر را به صورت ۱۳:۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت ۰۹:۱۵ ثبت نمایید.
 - ۴- علائم حیاتی ساعت ۵ صبح و ساعت ۶ بعدازظهر (۱۸:۰۰) را علاوه بر ثبت در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده در برگه چارت علائم حیاتی نیز رسم نمایید.
 - ۵- هر گونه علائم حیاتی ساعتی باید در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده نوشته شده و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه بصورت واضح و خوانا ثبت شود.
 - ۶- چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود.
 - ۷- در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک به علتی اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود.
 - ۸- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.
 - ۹- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل: نام دارو ، دوز دارویی، راه تجویز دارو، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد).
 - ۱۰- در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو ، پایین بودن فشار خون بیمار...).
 - ۱۱- با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیربیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد بخصوص در گزارش پذیرش بیمار حتماً قید نماید.
 - ۱۲- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار ، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد ، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهیان و... وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد.

۱۳- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

۱۴- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.

۱۵- دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمانهای مربوطه گزارش نمایید.

۱۶- در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.

۱۷- در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هر گونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

۱۸- شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.

۱۹- ضروریست پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار در اسرع وقت گزارش نماید.

۲۰- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

۲۱- گزارش عملیات احیا قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.

۲۲- از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.

۲۳- گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.

۲۴- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لا ؛ و یا سیاه کردن و نیز پا ؛ کردن آنها اکیداً اجتناب نمایید.

دستور العمل تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری

الف) بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که قابل خواندن باشد.

ب) در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید: اشتباه است.

۲۵- گزارش پرستاری همانطور که در ابتدا ذکر شد ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا براین هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت.

مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از:

الف) اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعد اضافه گردیده است .

ب) ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری.

ج) حذف نکات مهم گزارش.

د) ثبت تاریخ گزارش بنحوی که مؤید این مسئله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است.

ذ) دوباره نویسی و تغییر گزارش

ر) تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود.

ز) اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین .

۲۶- در گزارش نویسی انحصاراً مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

۲۷- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید .

۲۸- در صورتیکه بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید دقیقاً گزارش کنید.

۲۹- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند بپرهیزید.

۳۰- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.

۳۱- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضوری ، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

۳۲- در بین و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.

۳۳- در پایان گزارش از مهر نظام پرستاری یا مهر بخش استفاده کنید.

۳۴- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرورنده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد ونباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

وظایف مسئول بخش:

- برنامه ریزی برای ارائه مراقبتهای مطلوب
- آموزش پرسنل
- نوشتن لیست ماهیانه، درخواست تجهیزات مصرفی بخش ،جایگزینی وسایل مصرفی ، نوشتن شرح وظایف برای کلیه پرسنل و نظارت بر کار آنها ، نظارت بر کار خدمات و نوشتن شرح وظایف روزانه خدمات ، آموزش پرسنل جدید ورود به بخش، توجیه وظایف محوله رزیدنت ها و انترن ها شرکت در جلسات دوره ای بیمارستان .
- کل داروهای مورد نیاز هر بیمار توسط مسئول هر بیمار در کامپیوتر ثبت می شود و از داروخانه تحویل گرفته می شود.
- چون کارهای پرستاری بخش به صورت Case method اجرا میشود In charge بخش جانشین مسئول بخش می باشد.

ایجاد محیط امن برای مادر و نوزاد:

- ۱- استفاده از نرده تخت به منظور جلوگیری از افتادن نوزاد هنگام شیر خوردن و در بیماران اکلامپسی.
- ۲- رعایت استانداردهای فضای فیزیکی مورد نیاز (مانند فاصله استاندارد تخت ها از یکدیگر ، وجود اتاق های ایزوله و دارو ، محل جمع آوری زباله ،محل شستشوی ابزار و...، استقرار سرویسهای بهداشتی در خارج از بخش).
- ۳- سیستم تهویه مرکزی ، رعایت فشار هوای مورد نیاز به خصوص در اتاقهای ایزوله و...
- ۴- برقراری مقررات انضباطی سخت گیرانه جهت ورود و خروج کارکنان و ملاقات کنندگان.
- ۵- تفکیک بیماران (بر اساس نوع بیماری ، مدت زمان اقامت و ...)
- ۶- ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب وسایل و تجهیزات پزشکی مرتبط با بیماران (نظیر ونتیلاتور، آسپیراتور، آمبویگ و ...)
- ۷- استفاده از دستورات عملیاتی کاری مناسب جهت تعویض کاتترهای داخل عروقی سوندهای ادراری، Chest tube و...
- ۸- آموزش مداوم کارکنان در ارتباط با بهداشت دست و کنترل عفونت
- ۹- گزارش کردن اشتباهات دارویی باعث حفظ ایمنی بیمار و همچنین به عنوان یک منبع اطلاعاتی با ارزش برای پیشگیری از اشتباهات دارویی در آینده است .

نحوه چک کردن ORDER پزشکی:

- ۱- چک کردن حتماً با خودکار قرمز انجام شود.
- ۲- دو طرف order و بالا و پایین آن باید بسته شود تا امکان اضافه کردن موردی وجود نداشته باشد.
- ۳- مهر چک شد را در پایین order زده و موارد چک شده به حروف نوشته شود . تاریخ و ساعت به طور کامل نوشته شود و نام پرستار حتماً قید شود. سپس پرستار باید در کنار مهر امضا کند.
- ۴- زمان order باید به صورت ۲۴ ساعته نوشته شود.

نحوه کار کردن با کامپیوتر و سیستم HIS:

برای ثبت کلیه اطلاعات بیمار و مشاهده موارد مورد نیاز توجه به نکات زیر ضروری است :

- ۱- پذیرش بیمار: ابتدا بعد از پذیرش بیمار در واحد پذیرش، نام بیمار در لیست انتظار بخش قرار می گیرد. در بخش مورد نظر نام بیمار از لیست انتظار انتخاب و سپس روی شماره تخت کلیک و انتخاب کرده و سپس از تب کناری اختصاص تخت را انتخاب می کنیم نام بیمار روی تخت قرار می گیرد.

۲- انتقال به بخش دیگر: روی نام بیمار کلیک کرده و انتخاب بخش کلیک کرده و نام بیمار مورد نظر انتخاب شود بعد در قسمت مربوطه بخش مورد نظر را انتخاب کرده و تایید شود.

۳- انتقال به تخت دیگر: همانند انتقال به بخش دیگر بوده با این تفاوت که به جای بخش شماره تخت دلخواه انتخاب و تایید می شود.

۴- آماده ترخیص: نام بیمار انتخاب و بر روی گزینه ترخیص کلیک کرده گزینه نوع ترخیص ظاهر میگردد گزینه مورد نظر را انتخاب و تایید می کنیم.

۵- RAD: در این قسمت بعداز باز کردن پنجره و انتخاب نام بیمار مورد نظر جواب گرافی های بیمار را وارد می کنیم و سپس از آن پرینت می گیریم.

۶- LAB: با باز کردن پنجره LAB و انتخاب نام بیمار و وارد کردن کدهای آزمایش، آزمایش دلخواه را برای بیمار درخواست کرده و همچنین جواب آزمایشات قبلی بیمار قابل مشاهده است.

۷- PHAR: با باز کردن این پنجره و انتخاب بیمار مورد نظر و نوشتن ۱۴/ می توان کلیه اقلام مصرفی بیمار را درخواست کرد.

نکاتی که در هنگام توزیع غذا در شیفت باید رعایت گردد:

لیست رژیم غذایی توسط پرستار براساس دستور پزشک نوشته می شود و هنگام توزیع غذا توسط پرستار بخش کنترل می گردد.

نکات مربوط به کنترل عفونت در بخش:

- ۱- مهمترین راه پیشگیری از ایجاد عفونت بیمارستانی شستن دستها قبل و بعد از هر پروسیجر می باشد.
- ۲- مهمترین اقدام جهت بیمارانی که سونداژ می شوند عبارت است از ارسال U/A و U/C قبل از سونداژ و در صورتی که سوند بیشتر از ۳ روز باقی بماند هنگام خروج سوند باید این آزمایشات مجدد ارسال شود.
- ۳- در صورت مشاهده فلبيت پس از خروج آنژیوکت یک سوم انتهای آن را چیده و داخل لوله کشت گذاشته و به آزمایشگاه جهت بررسی میکروب شناسی ارسال شود.
- ۴- تعویض IV هر ۷۲ ساعت یکبار انجام گرفته و در صورت مشاهده هر گونه علائمی نظیر فلبيت آنژیوکت تعویض شود.
- ۵- میکروستها هر ۷۲ ساعت یکبار تعویض شده و از گذاشتن سر سوزن بالای باکس سرم جداً خودداری شود.

مراقبت‌های قبل از تزریق فرآورده های خونی:

- ۱- خون باید از نظر ABO و RH با گیرنده سازگار باشد ولی می توان خون کامل Rh منفی را به بیماران Rh مثبت تزریق نمود.
- ۲- در FFP سازگاری از نظر ABO کافی است ، کراس ماچ لازم نیست ولی در تزریق به میزان زیاد بین پلاسمای اهدا کننده و گلبول قرمز بیماران بهتر است انجام شود.
- ۳- پلاکت متراکم نباید قبل از تزریق در یخچال نگهداری شود. زیرا سبب کاهش عملکرد پلاکت می شود و این فرآورده باید در عرض ۳۰ دقیقه تزریق شود.
- ۴- پلاکت متراکمی که از اهدا کنندگان Rh مثبت می باشد. نباید برای خانم های Rh منفی در سنین بارداری تجویز شود.
- ۵- خون و فرآورده های خونی تا ۴ ساعت پس از شروع باید تزریق شوند.
- ۶- چنانچه فرآورده ای بیش از ۳۰ دقیقه در دمای اتاق باشد نباید تزریق شود.
- ۷- چنانچه واحد خون (RBC) باز نشود و در دمای اتاق باشد در عرض ۳۰ دقیقه به بانک خون برگردانده و قابل استفاده است.
- ۸- خون نباید در ظرف آب داغ قرار بگیرد زیرا باعث همولیز گلبول های قرمز و آزاد شدن پتاسیم شده که خطرناک است .
- ۹- فرآورده ای که ذوب شده نباید دوباره منجمد شده و باید مصرف شود، در صورت تأخیر در تزریق باید در دمای محیط نگهداری شده و در عرض ۴ ساعت مصرف شود.
- ۱۰- اگر کیسه خون یا فرآورده دارای هر یک از شرایط زیر باشد به بانک خون عودت داده می شود: هر گونه نشت از کیسه ، رنگ غیر طبیعی، همولیز و وجود لخته ، دمای نامطلوب، برچسب ناسالم گذشتن تاریخ انقضاء یا وجود حباب گاز در کیسه
- ۱۱- قبل ، حین و بعد از تزریق خون علائم حیاتی بیمار کنترل شود.
- ۱۲- مشخصات بیمار و گروه خونی و برگه درخواست را با مشخصات و گروه خونی فرآورده کنترل کنید.
- ۱۳- واکنش های شدید اغلب در ۱۵ دقیقه اول تزریق بروز می کند، مراقبت بیمار باشید.
- ۱۴- فرآورده های خونی باید توسط ست خون تزریق شود و در صورت نیاز به رقیق کردن از سرم نرمال سالین استفاده شود.
- ۱۵- پلاسمای Redcell که در معرض دمای بالاتر از ۴۰ قرار بگیرند ایجاد واکنش های شدیدی می کنند.
- ۱۶- هیچ محلول و دارویی غیر از نرمال سالین نباید به خون اضافه بطور مثال محلول دکستروز ۵ درصد باعث لیز گلبولها شده و اگر طی تزریق واکنشی رخ دهد نمی توان مشخص کرد که علت آن خون تزریقی یاد آوری تزریقی بوده است.

۱۷- بررسی شرایط عمومی بیمار (در صورتی که علائمی مانند کهیر، استفرغ، سر درد ، درد در محل تزریق ایجاد شد باید تزریق را متوقف و سرم N/S ۰/۹ درصد تزریق نمود و سریعاً به پزشک اطلاع داد)

نکاتی که باید در زمان ترخیص بیمار به آن توجه کرد:

- ۱- طبق گزارش پرستاری داروهای بیمار در خواست شود.
- ۲- آخرین Order پزشک کنترل شده و گزارش پرستاری ترخیص با ذکر ساعت و مشخص کردن نوع ترخیص (توسط پزشک یا با رضایت شخصی) نوشته شود.
- ۳- پس از جمع شدن پرونده توسط منشی بخش پرستار مسئول شیفت باید پرونده را کنترل کرده و صفحه اول در قسمت امضای سر پرستار و صفحه یا آخر برگ هزینه امضا کند. (کلیه دستورات پزشک از نظر مهر و امضای پزشک ، مهر چک شد پرستاری ، برگ خلاصه پرونده ، برگ صفحه اول پرستاری از نظر کامل بودن و ... بررسی شود).

موفق باشید