

خط مشی و روش، روش اجرایی، دستورالعمل

مراقبت های عمومی بالینی

ردیف	خط مشی و روش	صفحه
۱	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	۳
ردیف	دستورالعمل	صفحه
۱	نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران	۶
۲	نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان	۸
۳	آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخشهای بالینی	۱۰
۴	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی زنان	۱۲
۵	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی عمومی	۱۵
۶	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی	۱۹
۷	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز	۲۲
۸	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی و پرتو درمانی	۲۴
۹	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپپی ها	۲۷
۱۰	اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری	۳۰
۱۱	اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان	۴۴
ردیف	روش اجرایی	صفحه
۱	جداسازی بیماران روانپزشکی	۴۷
۲	جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران	۴۹
۳	جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی	۵۲
۴	مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری	۵۴
۵	پیشگیری از ترومبو آمبولی وریدی و آمبولی ریوی	۵۸
۶	استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی	۶۳
۷	استفاده صحیح از روشهای مهار شیمیایی	۶۵

خط مشی و روش

خط مشی و روش: دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	دامنه: کلیه بخش ها درمانی
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PP-۰۱ صفحه: ۱ از ۲

صاحبان فرآیند و ذینفعان:

کادر پرستاری و مامایی ، کادر پزشکی ، سوپروایزرین

فرد پاسخگو:

مدیر پرستاری

تعاریف:

دستور شفاهی : دستور دارویی و یا مراقبتی که تلفنی و یا شفاهاً بدون ثبت در پرونده توسط پزشک جهت نجات جان بیماران در زمان فوریتها داده می شود و تنها در موارد اورژانس که تأخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد

بیانیه سیاست / خط مشی:

باتوجه به امکان بروز اشتباه در دستورات شفاهی و تلفنی و لزوم جلوگیری از بلا تکلیفی بیمار و کارکنان در راستای ارائه خدمات بالینی، بیمارستان باهدف به حداقل رساندن اشتباهات درمانی و تسریع در امر درمان بیماران و سیاست صدور و ثبت دستورات شفاهی فقط در موارد ضروری و اورژانس و براساس دستورالعمل مربوطه اتخاذ نموده و بر حسن اجرای آن نظارت دارد.

شیوه انجام کار:

- ۱- در صورت نیاز و بروز مشکل برای بیمار توسط پرستار/ ماما، مسئول بیمار با پزشک معالج وی تماس گرفته می شود .
- ۲- پزشک مسئول بیمار پس از شناسایی دقیق بیمار، دستور تلفنی خود را به پرستار یا مامای شیفت به صورت شفاهی ارائه می دهد در هنگام گزارش تلفنی، پرونده بیمار جهت احتمال هر گونه سؤال از طرف پزشک در دسترس باشد.
- ۳- پرستار/ ماما، مسئول بیمار موظف است در هنگام اطلاع به پزشک و دریافت دستورات شفاهی از همکار خود بخواهد که در ایستگاه پرستاری حضور داشته باشد تا بتواند به عنوان شاهد مستندات ثبت شده را امضاء نماید.
- ۴- پرستار مسئول بیمار موظف است بعد از دریافت دستور با صدای بلند دستور را بازخوانی کند تا پزشک بیمار تأیید نماید ضمن اینکه پرستار دوم نیز دستور را شنیده و تکرار می نماید . که این امر را "بازخوانی مجدد" یا "Read Back" می نامند.
- ۵- تاریخ و زمان دستور، نام پرستار، پزشک و دستور داده شده در برگ دستور پزشک در پرونده بطور کامل نوشته می شود . دستورات ثبت شده تلفنی توسط دو پرستار مهر و امضا و حتماً توسط خط بسته و ساعت و تاریخ نوشته می شود
- ۶- حتی الامکان در موارد دستور حیاتی و حاد سوپروایزر کشیک نیز در جریان امر قرار گرفته و دستور پزشک امضاء شود .

خط مشی و روش: دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	دامنه: کلیه بخش ها درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PP-۰۱ صفحه: ۲ از ۲

- ۷- پس از مراجعه پزشک در اولین فرصت ممکن دستور شفاهی خود را امضاء و مهر می نماید.
- ۸- در بخش بلوک زایمان هم دستورات تلفنی در مورد بیمارانی که بدون برگه بستری از مطب پزشک مراجعه می کنند پس از ویزیت ماما اجرا می گردد.

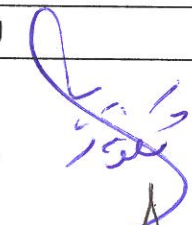
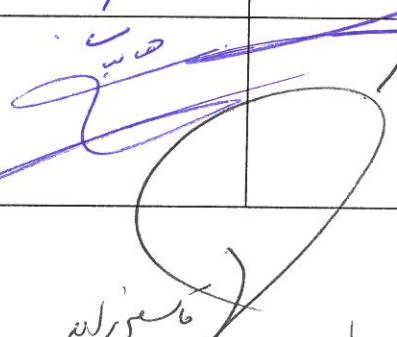
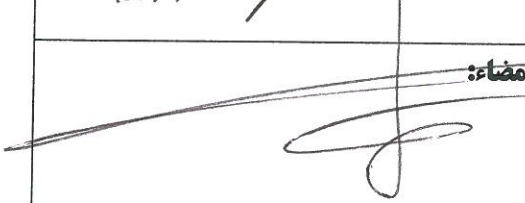
نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش:

کنترل مستندات: پرونده بیمار مطابق روش اجرایی توسط سوپروایزرین در شیفت های مختلف کنترل و مشاهدات عینی صورت می گیرد.

مصاحبه: جهت اطمینان از آگاهی کادر پرستاری و مامایی در شیفت های مختلف هر هفته ۱۰ نفر در خصوص اینکه مطابق خط مشی و روش عمل شده است یا خیر سؤال می شود

منابع و امکانات:

دستورالعمل ثبت دستورات شفاهی و تلفنی ابلاغ شده از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم قربانی خانم شرافت خانم زائر ثابت خانم هادیانی	مدیر پرستاری سوپروایزر آموزشی نماینده سوپروایزرین نماینده پرستاری	
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: مدیر درمان / مسئول ایمنی	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

دستور العمل

دستورالعمل: جابه جایی درون بخشی و بین بخشی بیماران	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۱ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

جابه جایی ایمن و انتقال صحیح اطلاعات بیمار در بین پرسنل پرستاری

تعاریف:

شرح اقدامات:

جابه جایی درون بخشی در بیمارستان:

- ۱- اعلام عدم رضایت بیمار از تخت یا اتاق یا همگن سازی بیماران در اتاق مورد نظر
 - ۲- به اطلاع سرپرستار در شیفت صبح / و مسئول شیفت در عصر برسانید.
 - ۳- جابه جایی بیمار با ویلچر صورت می گیرد و در صورتی که امکان انتقال با ویلچر ممکن نیست جابجایی با تخت بین اتاق ها با حضور خدمات صورت گیرد.
 - ۴- تغییر تخت و اتاق در سیستم HIS بیمارستان توسط پرستار/ ماما، مربوطه و منشی بخش تصحیح و ثبت گردد.
- جابه جایی بین بخشی :

- ۱- انتقال بیمار بنا به وضعیت بالینی طبق دستور پزشک و یا بر اساس نیاز تخت دهی پذیرش پس از هماهنگی با پزشک معالج و کسب موافقت بیمار انجام پذیرد.
- ۲- دستور در شیفت صبح توسط سرپرستار و در شیفت عصر و شب توسط مسئول شیفت به اطلاع پذیرش بیمارستان و سوپروایزر رسانده شود.
- ۳- در صورت وجود تخت خالی در بخش مربوطه این جابجایی با حضور پرستار و خدمات بخش (با تجهیزات لازم در هنگام جابجایی) صورت گیرد.
- ۴- قبل از انتقال بیمار کلیه علائم حیاتی و برگه I/O بیمار به دقت کنترل و ثبت گردد. کلیه اتصالات بیمار از جمله FC و درن و ... توسط پرستار/ ماما، تحویل دهنده کنترل شده و از صحت کارکرد آن اطمینان حاصل شود.
- ۵- انتقال به بخش دیگر در پرونده بیمار توسط پزشک و پرستار/ ماما، ثبت گردد.
- ۶- در هنگام انتقال کمر بند ایمنی تخت استفاده گردد و Bed side بالا برده شود.
- ۷- پرستار/ ماما، کلیه مدارک و پرونده بالینی بیمار همراه با گرافی و آزمایشات به بخش مورد نظر تحویل دهد.
- ۸- با توجه به قوانین بیمارستان فرم انتقال بیمار (SBARD) توسط پرستار/ ماما، تحویل دهنده و تحویل گیرنده جهت انتقال صحیح بیمار تکمیل گردد.

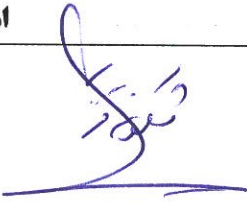
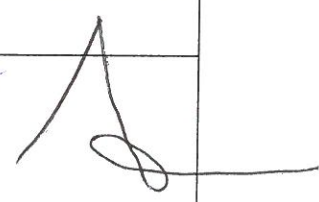
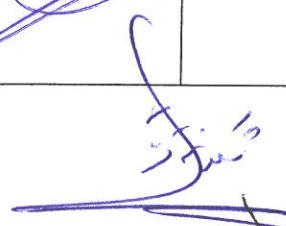
دستورالعمل: جابه جایی درون بخشی و بین بخشی بیماران	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: *	کد سند: GW-WI-01
تاریخ بازنگری: *	صفحه: ۲ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

پرونده بیمار، فرم SBARD، پرونده الکترونیک بیمار در HIS

منابع:

راهنمایی تحویل صحیح بیمار ابلاغی وزارت بهداشت ۱۳۹۳

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم قربانی	مدیر پرستاری	
خانم شرافت	سوپروایزر آموزشی	
خانم زائر ثابت	نماینده سوپروایزرین	
خانم هادیانی	نماینده پرستاری	
تایید کننده: خانم قربانی	سمت: مدیر پرستاری	امضاء:
		
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:
		

دستورالعمل: نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۲ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

انتقال ایمن بیمار ضمن استمرار مراقبت از بیماران بدحال با همراهی پرستار با توجه به وضعیت بیمار

تعاریف:

شرح اقدامات:

- درخواست انجام خدمات مورد نظر مثل TCD ، MRI و ... توسط پزشک معالج در پرونده بیمار و دفترچه بیمه بیمار مکتوب گردد.
 - پرستار/ ماما، مسئول با سوپروایزر شیفت هماهنگ کند.
 - از طریق سوپروایزر شیفت با مرکز مورد نظر تماس گرفته شود
 - شرح حال بیمار و شرایط بیمار به منطقه انتقال موقت اعلام گردد.
 - پس از اعلام ساعت و زمان انجام اقدامات و آمادگی بیمار جهت پروسه مورد نظر توسط مرکز مورد نظر به سوپروایزر
 - دفتر پرستاری با آمبولانس مجهز و تکسین مجرب / همراه بیمار / خدمات بیمار بر هماهنگی لازم را انجام دهد.
 - در صورت وضعیت بیمار با ماشین شخصی با همراه خود و بیمار بر بیمارستان انتقال یابد .
 - برگشت بیمار پس از انجام پروسیجر مورد نظر
 - زمان و تاریخ و مشخصات بیمار در دفتر ثبت اقدامات پاراکلینیک خارج از بیمارستان توسط سوپروایزر کشیک ثبت گردد
 - پس از بازگشت بیمار ، وضعیت همودینامیک و هوشیاری بیمار توسط پرستار/ ماما، بخش کنترل گردد
- ❖ مراکز (مرکز آنکولوژی گیلان - گاما اسکن مروارید ، مرکز تصویربرداری نگاه ، سونوگرافی دکتر آزاد بخش ، سونوگرافی دکتر پنکدار)

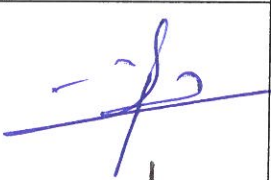
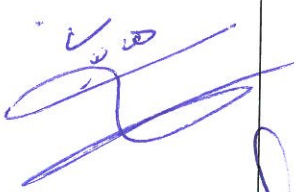
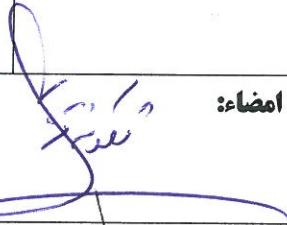
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

پرونده بیمار ، دفتر ثبت اقدامات پاراکلینیک خارج بیمارستان

منابع:

راهنمایی تحویل صحیح بیمار ابلاغی وزارت بهداشت ۱۳۹۳

دستورالعمل: نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۲ صفحه: ۲ از ۲

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم شرافت خانم روشن شمال خانم زائر ثابت خانم هادیانی	سوپروایزر آموزشی سوپروایزر بالینی نماینده سوپروایزرین نماینده پرستاری	 
تایید کننده: خانم قربانی	سمت: مدیر پرستاری	 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	

دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۳ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

ارتباط مناسب و صادقانه و پاسخدهی مناسب به نیازهای آموزشی بیماران و همراهان، ارتقای پیشگیرانه سلامتی بیماران

تعاریف:

شرح اقدامات:

۱. در بدو پذیرش به بیماران آموزشهای لازم را درخصوص اطلاعات بخشها، شرایط بخش و نیروی انسانی و ... توسط پرستار/ ماما، خوشامدگو و پرستاران بخش داده شود.
۲. درطول مدت بستری بیمار در بخش باید کلیه آموزشهای لازم درخصوص روند درمانی، اطلاعات دارویی، اطلاعات تغذیه ای و ... در اختیار بیمار و همراه توسط پرستار/ ماما، و پزشک معالج قرار گیرد.
۳. در زمان ترخیص بیمار باید کلیه مشاوره ها و آموزشهای لازم در خصوص مراقبتهای در منزل، نحوه مصرف دارو در منزل، و ... توسط پرستار پزشک به بیمار ارائه گردد.
۴. کلیه پرسنل پرستاری و پزشکان موظف هستند تا کلیه آموزشهای لازم را به بیمار و همراه در هر زمان که به خدمات آموزشی نیاز دارد با توجه به نیازهای بیماران ارائه نمایند.
۵. کلیه مدارک و مستندات آموزشی توسط پرستار/ ماما، و پزشک در فرم های آموزش به بیمار درج و در ۲ نسخه تهیه گردد.
۶. و توسط افراد آموزش دهنده مهر و امضا گردد
۷. یک نسخه آن در زمان ترخیص به بیمار و همراه ارائه گردد
۸. برای ارائه دوره های آموزشی لازم است تا دوره ها بصورت شفاهی و کاملاً ساده و قابل درک از سوی پرستاران، پزشکان و مشاوران مانند تغذیه و ... به بیمار آموزش داده شوند.
۹. آموزشهای تصویری در خصوص ایمنی بیمار داده شود.
۱۰. پمفلتهای بیماری های شایع و خود مراقبتی (فشار خون، دیابت، تشنج، ...) هر بخش در اختیار بیماران و همراهان قرار گیرد.
۱۱. فرم نحوه استفاده از دارو در منزل و نحوه مراقبت از بیمار و جای پانسمان بصورت کتبی و شفاهی به بیمار و خانواده آموزش داده شود
۱۲. کلیه نیازهای آموزشی بیماران در بخش توسط پرستار/ ماما، شناسایی گردد
۱۳. و برای آن برنامه های آموزشی لازم به شیوه مناسب تدارک دیده شود.
۱۴. کانال تلویزیون بیمارستان برای اطلاعات بهداشتی و آموزشی درمانی برای بیماران و خانواده روشن و اطلاع رسانی گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

فرم آموزش، پمفلت، تلویزیون
سرپرستار، پرستار

دستورالعمل: آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: *	کد سند: GW-WI-۰۳
تاریخ بازنگری: *	صفحه: ۲ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

منابع:

استانداردهای اعتباربخشی

تهیه کنندگان: خانم شرافت خانم هادیانی خانم امام دوست خانم پورصادقی		سمت: سوپروایزر آموزشی نماینده پرستاری سرپرستار بخش جراحی زنان مسئول حقوق گیرنده خدمت		امضاء:	
تایید کننده: خانم قربانی		سمت: مدیر پرستاری		امضاء:	
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق		سمت: مدیر عامل بیمارستان		امضاء:	

دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار	دامنه: بخش های جراحی زنان ، اتاق عمل
پس از اعمال جراحی زنان	
شماره ویرایش: ۰	کد سند: GW-WI-۰۴
تاریخ بازنگری: ۰	صفحه: ۱ از ۳
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

هدف:

ارائه خدمات مطلوب و به موقع به بیماران و حفظ ایمنی بیماران در طول روند ارائه خدمات

تعاریف:

شرح اقدامات:

اقدامات لازم قبل از عمل:

۱. هنگام تنظیم لیست عمل برای بیمار مورد نظر ابتدا بیمار و موضع عمل را به درستی شناسایی کنید (خصوصاً در ارتباط با ارگانهای قرینه) و در صورت لزوم ارگان مورد نظر با وسیله ای که رنگ آن ثابت باشد ، علامتگذاری گردد.
۲. بررسی دستورات پزشک معالج در ارتباط با آنتی بیوتیک قبل از عمل و مشاوره های لازم ، آزمایشات درخواستی ، رزرو خون ، رادیولوژی و... توسط سرپرستار در شیفت صبح / مسئول شیفت در عصر و شب انجام و در کاردکس قید گردد.
۳. در ارتباط با بیمارانی که در واحد پلی کلینیک مشاوره بیهوشی ، قلب ، داخلی و... برایشان انجام شده است ، دستورات مشاوره های مذکور کنترل شده و پیگیری مربوط به آن در واحد پلی کلینیک انجام شود. در اولین فرصت درخواست های مشاوره به پزشکان مربوطه اطلاع داده شود و پس از انجام آن ها نتایج مشاوره به پزشک اصلی اطلاع داده شود و در صورت اجازه ایشان دستورات برنامه ریزی و اجرا گردد.
۴. در صورت لزوم آمادگیهای لازم مثل انما ، پرپ روده ، پرپ وولو و واژن ، شیو ، دوش و... توسط مسئول شیفت برنامه ریزی و اجرا گردد.
۵. با توجه به ساعت اعلام شده از سمت OR گان و کلاه به بیمار پوشانده شود.
۶. کلیه برگه های رضایت عمل ، رضایت بیهوشی ، رضایت آگاهانه و... از بیمار و همراه وی پس از توضیح لازم امضاء گرفته و در پرونده به درستی ثبت گردد.
۷. هنگام تحویل بیمار به OR پرستار تحویل دهنده برگه چک لیست آمادگی بیمار جهت ورود به OR را پر کرده و پس از شناسایی بیمار بر اساس نام و دستبند شناسایی بیمار را با وسیله مناسب (ویلچر یا برانکارد) همراه خدمات به OR انتقال دهد.
۸. هنگام تحویل بیمار در OR به مشخصات بیمار ، اتصالات سوابق بیماری حساسیت غذایی و دارویی و... در موارد خاص توجه کرده و به مسئول ریکآوری تحویل داده شود.

اقدامات لازم حین عمل در اتاق عمل:

۱. تائید و شناسایی بیمار و موضع عمل و پروسیجر صحیح از زمان ورود بیمار به OR تا هنگام انجام جراحی به درستی بر اساس مشارکت بیمار بیدار و آگاه و کلیه اعضای تیم درمانی و علامت گذاری بیمار و کنترل پرونده و کلیشه های رادیوگرافی بیمار به صورت فعال انجام شود.
۲. آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باید یک ساعت قبل از برش پوست با دوز و طیف موثر تجویز و اجرا گردد. اعضای تیم جراحی باید تجویز آنتی بیوتیک را ۶۰ دقیقه قبل تائید نماید آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باید ظرف ۲۴ ساعت بعد از جراحی قطع شود.

دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار	دامنه: بخش های جراحی زنان ، اتاق عمل
پس از اعمال جراحی زنان	
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۴ صفحه: ۲ از ۳

- انجام Time out (وقفه ای کوتاه در فعالیت اتاق عمل قبل از برش پوست به منظور تایید بیمار ، پروسیجر ، موضع عمل و اقدامات لازم قبل از عمل مثل پروتز ، خون ، آزمایش و...)
 - در این زمان کلیه اعضای تیم جراحی با حضور در اتاق عمل باید پس از (شناسایی بیمار ، پروسیجر و موضع عمل) از وضعیت مناسب بیمار برای جراحی و حاضر بودن هرگونه ایمپلنت یا پروتز و یا موارد خاص دیگر که حین عمل لازم است و تأیید آماده بودن کلیه مدارک آزمایشگاهی و پاراکلینیکی و رزرو خون و رفع هرگونه ابهام و یا دغدغه اطمینان حاصل نماید و کلیه موارد فوق را با مستندات کنترل کنند.
 - اکیدا توصیه می شود که قبل از القای بیهوشی یکی از اعضای تیم شناسایی بیمار را فعالانه ضمن پرسش از بیمار به صورت کلامی و تطبیق با دستبند شناسایی انجام دهد.
- اقدامات لازم بعد از عمل:
- توجه به نکات زیر حین انتقال بیمار از OR به بخش و پس از عمل در بخش الزامی می باشد.
 - شناسایی درست بیمار (بیمار درست ، پرونده درست ، دستبند شناسایی ، درج صحیح دستورات پزشک در پرونده) توسط پرستار تحویل گیرنده الزامی است.
 - توجه به سطح هوشیاری بیمار و ثبت آن در برگه مربوطه (توسط تحویل گیرنده و تحویل دهنده) و توجه به علائم حیاتی بیمار هنگام تحویل.
 - کنترل اتصالات بیمار مثل درن ، T ، NGT و... توسط پرستار تحویل گیرنده و توجه به کار کردن آنها الزامی است.
 - کنترل و ارزیابی درد بیمار پس از انتقال به بخش انجام گیرد و در صورت نیاز بیمار به مسکن طبق دستور پزشک تزریق گردد.
 - جهت جلوگیری از آسپیراسیون هنگام تهوع و یا استفراغ احتمالی بیمار پس از بیهوشی در صورت عدم ممنوعیت الویشن سر بیمار رعایت گردد.
 - داروها و دستورات ثبت شده توسط پزشک حتما توسط سرپرستار یا مسئول شیفت وارد کاردکس شده و جهت انجام برنامه ریزی گردد.
 - کنترل علائم حیاتی بیمار پس از عمل حتما به دقت و طبق دستور پزشک کنترل و ثبت گردد و در صورت هرگونه علائم غیر طبیعی به پزشک مربوطه اطلاع داده شود.
 - ترشحات درن و یا دیورز بیمار بر اساس وزن و مایعات دریافتی کنترل و چارت گردد و در صورت بروز علائم غیر طبیعی به پزشک معالج اطلاع داده شود.
 - به محض بازگشت هوشیاری بیمار به وضعیتی که قادر به همکاری باشد ، حتما بیمار را تشویق به انجام تنفس عمیق نمائید تا از عوارض ریوی بیهوشی جلوگیری گردد.
 - کنترل محل عمل و پانسمان حتما انجام گیرد. در صورت بروز خونریزی و یا هرگونه علائم غیر طبیعی مراتب به پزشک معالج اطلاع داده شود.
 - در صورت وجود هرگونه دستور پزشک مبنی بر انجام آزمایش ، گرافی ، مشاوره و ... حتما مسئول شیفت انجام آن را برنامه ریزی کرده و پس از انجام نتایج جهت اخذ دستورات جدید به پزشک معالج اطلاع داده شود.
 - هنگام ترخیص بیمار حتما آموزش لازم به بیمار جهت نوع تغذیه ، روش مصرف داروهای منزل ، روش مراقبت از زخم و زمان مراجعه بعدی به پزشک معالج داده شود.

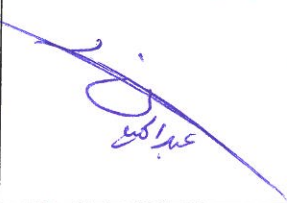
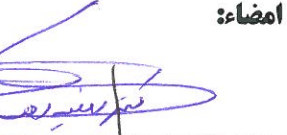
دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی زنان	دامنه: بخش های جراحی زنان، اتاق عمل
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۴ صفحه: ۳ از ۳

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

فرم های آموزشی، وسایل و تجهیزات ضروری، چک لیست آمادگی بیمار به اتاق عمل
پزشکان، سرپرستار، پرستاران، ماما، پرسنل اتاق عمل

منابع:

کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم دکتر عبداللهیان خانم امام دوست خانم مسرورخواه خانم بشاش	رئیس بخش جراحی زنان سر پرستار بخش مینا پرستار بخش مینا ماما بخش مینا	 
تایید کننده:	سمت:	امضاء:
خانم دکتر مهرافرا	مدیر گروه زنان	 
تصویب کننده:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر کریم زاد حق	مدیر عامل بیمارستان	 

دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی عمومی	دامنه: پلی کلینیک، اورژانس، بخش جراحی، اتاق عمل
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۵ صفحه: ۱ از ۴

هدف:

ارائه خدمات مطلوب و به موقع به بیماران و حفظ ایمنی بیماران در طول روند ارائه خدمات

تعاریف:

شرح اقدامات:

اقدامات قبل از عمل:

۱. پس از تکمیل پرونده بستری بیمار در واحد پذیرش دستبند شناسایی به دست بیمار بسته می شود و برای انجام اقدامات درمانی به واحد پلی کلینیک می رود
۲. در صورتی که بیمار از بخش پلی کلینیک و اورژانس وارد بخش جراحی شود آزمایشات و اقداماتی که در تمام موارد قبل از اعمال جراحی الکتیو بایستی که انجام شود به موارد زیر محدود می شود
الف. CBC در تمامی سنین
ب. رادیو گرافی سینه در افراد بالای ۶۰ سال و جراحی های بزرگ
پ. Bun.cr.Na.k.PT.PTT در جراحی های بزرگ و افراد بالای ۵۰ سال
ج. رزرو خون باتوجه به درخواست پزشک معالج و پزشک بیهوشی
ه. الکتروکاردیوگرافی در افراد بالای ۴۰ سال
۳. در موارد اعمال جراحی الکتیو هیچ یک از مشاوره ها از جمله مشاوره قلب و داخلی به صورت معمول انجام نمی شود مگر:
الف. دستور انجام آن توسط پزشک معالج و یا متخصص بیهوشی باثبات دلایل علمی در پرونده داده شود
ب. در صورتی که پزشک بیهوشی هر نوع مشاوره ای درخواست نماید ابتدا باید دستور انجام آن از پزشک اصلی گرفته شود
۴. توصیه به NPO بودن حداقل ۸ ساعت قبل از عمل باید توسط واحد پلی کلینیک به بیمار گفته شود
۵. توصیه می شود حتی المقدور بیمار قبل از عمل جراحی حمام نماید. ترجیها صبح روز عمل یا شب قبل عمل باشد.
۶. به بیمار توصیه می شود داروهای آنتی کواگولانت مصرفی در منزل را طبق دستور پزشک متخصص بیهوشیاز چند روز قبل قطع نماید و به دستور پزشک معالج بیمار نیز دقت شود.
۷. بعد از اتمام کارهای بیمار در پلی کلینیک بیمار با خدمات به بخش فرستاده شود.
بعد از ورود بیمار به بخش مشخصات بیمار با دستبند و مشخصات برگه پذیرش چک شود.

دامنه: پلی کلینیک، اورژانس، بخش جراحی، اتاق عمل	دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی عمومی
کد سند: GW-WI-۰۵ صفحه: ۲ از ۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

۸. بلافاصله بعد از ورود بیمار به بخش در محدوده زمانی مشخص شده توسط بیمارستان حداکثر تا ۱۵ دقیقه بیمار توسط پرستار ارزیابی شود.

۹. Iv line با توجه به عمل جراحی بیمار و قسمتی از بدن بیمار که پروسیجر جراحی روی آن صورت می گیرد فیکس شود.

۱۰. لیست عمل ارسال شده از پلی کلینیک که از روز قبل فرستاده شده چک شود.

در صورت عدم وجود اسم بیمار در لیست عمل دوباره لیست عمل فرستاده شود.

۱۱. بعد از ارزیابی بیمار ورود بیمار به بخش به پزشک مربوط اطلاع داده شود.

۱۲. دستورات لازم شامل انما و پروسیجرهای قبل از عمل خواسته شده از طرف پزشک معالج اجرا شود.

۱۳- آنتی بیوتیک پرونیلاکتیک در موارد جایز طبق اندیکاسیون و طبق دستور پزشک اجرا شود.

۱۴- شیو موهای زائد محل عمل توسط ماشین مخصوص کوتاه نمودن مو و ترجیحا یک ساعت قبل از عمل جراحی کوتاه شود. (درست بودن انجام شیو توسط پرستار مسئول شیفت کنترل شود)

۱۵- پیگیری درخواست رزرو p.c و سایر فرآورده های خونی طبق دستور پزشک معالج و پزشک متخصص بیهوشی با واحد بانک خون هماهنگی لازم صورت گیرد.

(در صورتی که درخواست رزرو p.c از واحد پلی کلینیک ارسال شده باشد طی تماس تلفنی رزرو خون پیگیری شود. در غیر این صورت درخواست رزرو خون از طریق پر نمودن برگه درخواست خون و ارسال به همراه کراس مچ به واحد بانک خون و درخواست از طریق سیستم HIS از طریق تلفن پیگیری شود)

۱۶- با توجه به ساعت اعلام شده از طرف اتاق عمل گان و کلاه به بیمار پوشانده شود. (قبل از پوشاندن گان و کلاه کلیه توضیحات در رابطه با عمل جراحی صورت گیرد)

۱۷- کلیه مدارک شامل رضایت عمل و رضایت بیهوشی و رضایت آگاهانه و .. از بیمار و همراهان پس از توضیحات کامل و با آگاهی کامل امضای گرفته شود.

۱۸- کلیه مدارک بیماران که از منزل به همراه خود آورده اند بررسی شود و مدارک مورد نیاز پرونده ضمیمه شود.

۱۹- هنگام تحویل بیمار به OR پرستار تحویل دهنده برگه چست لیست آمادگی قبل از عمل را پر کرده و علائم حیاتی ثبت شود (هم برگه ی چک علائم حیاتی و هم برگه ی چک لیست عمل از عمل)

۲۰- بیمار با ویلچر یا برانکارد به عمل جراحی درخواست شده به OR فرستاده میشود قبل از حرکت بیمار مجددا کلیه مشخصات بیمار با دستبند و پرونده بررسی شود.

دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی عمومی	دامنه: پلی کلینیک، اورژانس، بخش جراحی، اتاق عمل
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۵ صفحه: ۳ از ۴

۲۱- هنگام تحویل بیمار به OR به کلیه موارد توجه شود و پرستار بیمار کلیه اطلاعات را به پرستار اتاق عمل انتقال دهد (شامل حساسیت های دارویی و غذایی و تعداد واحد های خون رزرو شده و دستورات پزشکان مشاوره و ...)
۲۲- مدارک مورد نیاز در اتاق عمل به پرستار اتاق عمل تحویل داده شود و دفتر تحویل بیماران به OR با مشخصات و نام امضا گرفته شود.

اقدامات لازم حین عمل در اتاق عمل:

۱. تائید و شناسایی بیمار و موضع عمل و پروسیجر صحیح از زمان ورود بیمار به OR تا هنگام انجام جراحی به درستی بر اساس مشارکت بیمار بیدار و آگاه و کلیه اعضای تیم درمانی و علامت گذاری بیمار و کنترل پرونده و کلیشه های رادیوگرافی بیمار به صورت فعال انجام شود.
 ۲. آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باید یک ساعت قبل از برش پوست با دوز و طیف موثر تجویز و اجرا گردد. اعضای تیم جراحی باید تجویز آنتی بیوتیک را ۶۰ دقیقه قبل تائید نماید آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باید ظرف ۲۴ ساعت بعد از جراحی قطع شود.
 ۳. انجام Time out (وقفه ای کوتاه در فعالیت اتاق عمل قبل از برش پوست به منظور تایید بیمار، پروسیجر، موضع عمل و اقدامات لازم قبل از عمل مثل پروتز، خون، آزمایش و ...)
 ۴. در این زمان کلیه اعضای تیم جراحی با حضور در اتاق عمل باید پس از (شناسایی بیمار، پروسیجر و موضع عمل) از وضعیت مناسب بیمار برای جراحی و حاضر بودن هرگونه ایمپلنت یا پروتز و یا موارد خاص دیگر که حین عمل لازم است و تائید آماده بودن کلیه مدارک آزمایشگاهی و پاراکلینیکی و رزرو خون و رفع هرگونه ابهام و یا دغدغه اطمینان حاصل نماید و کلیه موارد فوق را با مستندات کنترل کنند.
- اکیدا توصیه می شود که قبل از القای بیهوشی یکی از اعضای تیم شناسایی بیمار را فعالانه ضمن پرسش از بیمار به صورت کلامی و تطبیق با دستبند شناسایی انجام اقدامات بعد از عمل

- ۱- در هنگام تحویل بیمار از ریکاوری توجه دقیق به دستبند شناسایی بیمار و مشخصات شناسایی پرونده الزامی است.
- ۲- علایم حیاتی و سطح هوشیاری بیماران کنترل و در پرونده در قسمت برگه تحویل بیماران از OR ثبت شود.
- ۳- پرونده بیمار بررسی شود (از نظر درج دستورات پزشک معالج و سایر مواردی که در OR ثبت میشود)
- ۴- کلیه مدارک تحویل داده شده به اتاق عمل تحویل گرفته شود (شامل:دفترچه بیمار و ...)
- ۵- کلیه اقدامات بیمار شامل IV LINE، درن، F.C، NGT و... توسط پرستاران تحویل گیرنده چک میشود و اطمینان از کارکرد صحیح کلیه اتصالات حاصل شود.
- ۶- کنترل محل عمل و محل پانسمان از نظر ترشحات و تمیزی پانسمان
- ۷- بیمار با برانکارد یا تخت در مواردی که جابجایی بیمار ممکن نباشد به بخش منتقل شود.
- ۸- الویت سر بیماران (در صورت عدم ممنوعیت الویت سر) و برگرداندن سر به یک طرف در حین انتقال بیمار صورت گیرد.

دامنه: پلی کلینیک ، اورژانس ، بخش جراحی ، اتاق عمل	دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی عمومی
کد سند: GW-WI-۰۵ صفحه: ۴ از ۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

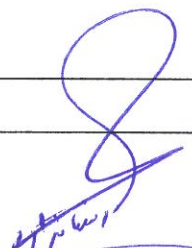
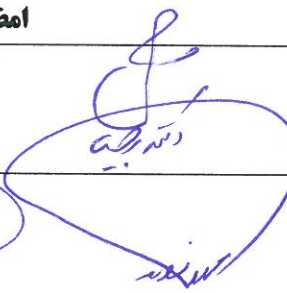
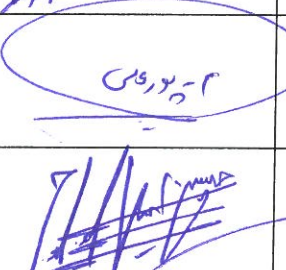
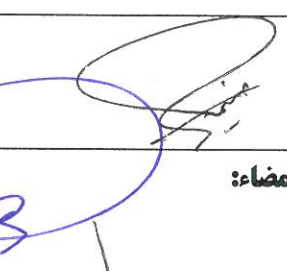
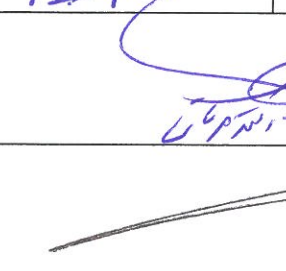
- ۹- پس از انتقال بیمار به بخش بیمار با حفظ حریم شخصی با حضور پرستار منتقل تخت گردد
- ۱۰- و مجددا کلیه اتصالات کنترل شود.
- ۱۱- علائم حیاتی در برگه علائم حیاتی ثبت گردد (به ساعت دستور داده شده توسط پزشک توجه شود)
- ۱۲- دستورات پزشک معالج توسط مسئول شیفت چک شود و وارد کاردکس و کارت دارویی شود.
- ۱۳- در صورت داشتن اتصالات شامل NGT و فولی کانتر و درن و ... ترشحات در برگه کنترل IO ثبت شود.
- ۱۴- بیمار تا زمان مناسب طبق دستور پزشک معالج NPO نگه داشته شود.
- ۱۵- کنترل محل عمل از نظر ترشحات و خونریزی صورت میگیرد و در گزارش پرستار ثبت شود.
- ۱۶- کلیه دستورات پزشک معالج مبنی بر آزمایش درخواست شده و یا اطلاع میزان ترشحات پیگیری و اطلاع داده شود و دستورات داده شده اجرا شود.

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

فرم های آموزشی ، وسایل و تجهیزات ضروری، چک لیست آمادگی بیمار به اتاق عمل

منابع:

کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری

امضاء:	سمت:	تهیه کنندگان:
 	جراح عمومی / مدیر گروه سرپرستار یاس ۱ سرپرستار یاس ۲ پرستار پرستار خدمات	دکتر رجبی خانم رمضان زاده خانم مهدی زاده خانم پور علی خانم حسینی نصب آقای ایمانی
 	امضاء: رئیس بخش جراحی	تایید کننده: آقای دکتر مردانی
 	امضاء: مدیر عامل بیمارستان	تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق

دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی	دامنه: آنژیوگرافی و پست آنژیو
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۶ صفحه: ۱ از ۳

هدف:

بالا بردن سطح ارائه خدمات ایمن و استاندارد به بیماران پیش از انجام آنژیوپلاستی، ارائه و انجام خدمات مناسب در زمان پذیرش بیمار جهت آماده سازی بیمار و انجام خدمات با آگاهی و رضایت بیمار می باشد

تعاریف:

شرح اقدامات:

قبل از عمل:

۱. پرستار دستور پزشک برای آماده نمودن بیمار جهت هر پروسیجر (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، Pace یا Eps - Abl) و برگه رضایت نامه را چک کند.
۲. معرفی بخش و پرسنل و مقررات بخش (نداشتن گوشی موبایل و همراه)
۳. انجام قد و وزن سپس انتقال به تخت ، پوشاندن گان و جدا کردن وسایل فلزی و اجزای مصنوعی (سمک و دندان مصنوعی و...) و تحویل به همراه ، مانیتورینگ و چک علائم حیاتی پایه (BP , HR , RR , T , O₂ Sat)
۴. پرستار با بیمار ارتباط کلامی موثر برقرار کند، جهت کاهش اضطراب پروسیجر را توضیح دهد و کلیه آموزشهای قبل و حین و بعد داده شود.
۵. پرستار تاریخچه بیماریها و مصرف داروها (بخصوص آسپرین ، پلاویکس و وارفارین) و حساسیت دارویی و غذایی را بررسی و ثبت کند
۶. پرستار رگ محیطی مناسب معمولاً از دست چپ بگیرد و سرم N/S یا H/S بنا به دستور پزشک وصل کند
۷. پرستار ECG پایه بگیرد و نبضهای انتهایی دوره‌های دورسال و تیپالیز را چک کرده و علامتگذاری کند و حس و حرکت و گرمی اندامها را نیز چک کند
۸. دریافت و بررسی آزمایشات از قبل انجام شده (CBC , Bun , Cr , Na , K , B/G , UA , HCV, HIV, HBS , PTT) و PT , INR و رزرو ۲ واحد خون جهت PCI و ضمیمه کردن اکو و آزمایشات و هرگونه مدارک پزشکی (هولترو اسکن و تست ورزش)
۹. چک شیو بدن بیمار از گردن تا زانو و NPO نگه داشتن ۴ - ۶ ساعت قبل پروسیجر (بسته به نوع پروسیجر)
۱۰. تماس با پزشک جهت اطلاع بستری شدن بیمار ، گرفتن پریمد ، اطلاع هرگونه موارد غیر طبیعی و ثبت یافته ها و مشاهدات.
۱۱. گذاشتن FC جهت بیماران کاندید PCI و Pace و Abl و Eps در بیماران خانم.
۱۲. اجرای آنتی بیوتیک تراپی وریدی در بیماران کاندید انواع Pace ها.
۱۳. منشی / پرستار از بیمار و بستگان درجه اول وی یا قیم رضایت نامه انجام هرگونه پروسیجر را در حضور پزشک دریافت کند
۱۴. در صورت وجود دستور پزشک آرامبخش قبل پروسیجر تزریق گردد

دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی	دامنه: آنژیوگرافی و پست آنژیو
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۶ صفحه: ۲ از ۳

۱۵. پس از اعلام بیمار جهت انجام پروسیجر مثانه بیمار تخلیه و همراه پرونده و کلیه مدارک توسط پرستار خدمات با ویلچر به بخش Cath lab تحویل داده شود

بعد از عمل:

۱. پزشک دستور انتقال بیمار را از بخش آنژیوگرافی به Post Angio به انضمام دستورات دارویی و مراقبتی را برای بیمار صادر کند.
۲. سرپرستار بخش آنژیوگرافی با بخش Post Angio تماس گرفته و شرایط را جهت انتقال بیمار و انجام مراقبتهای لازم هماهنگ نماید.
۳. پرستار تحویل دهنده بیمار دستور انتقال وی به بخش و مراقبتها و داروهای لازم برای بیمار را چک کند
۴. خدمات بخش به همراه پرستار بیمار را با برانکارد به بخش Post Angio منتقل نمایند .
- بعد از انتقال بیمار به بخش Post Angio پرستار اقدامات زیر را انجام می دهد :
۱. بیمار را از نظر هوشیاری، نبض پا، محل انسزیون و پانسمان ناحیه را از نظر خونریزی اکیموز و هماتوم کنترل کند.
۲. ضمن برقراری آرامش و ارتباط کلامی موثر با بیمار و حمایت پای آنژیو شده منتقل تحت شود.
۳. خط وریدی و سرم کنترل شده ، مانیتور گردد و علائم حیاتی و نبضهای دیستال طبق روتین چک و ثبت شود (از زمان خروج شیت تا پایان هموستاز هر ۲ دقیقه سپس هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت و سپس هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت)
۴. پرستار دستور پزشک مبنی بر خروج شیت را چک کند در صورت خارج کردن شیت بلافاصله روش کار و علت فشار دادن در بالای محل انسزیون به بیمار توضیح داده شود (اینکار جهت کاهش استرس، همکاری بیمار و پیشگیری از واژوواگال صورت می گیرد)
۵. پس از خروج شیت و برقراری هموستاز و گذاشتن کیسه شن تا ۴ ساعت، آموزش در مورد بی حرکتی محل پانچر به مدت ۶ - ۸ ساعت داده شود و جهت دفع ماده حاجب بیمار به مصرف مایعات و دفع ادرار تشویق گردد.
۶. کنترل نبضهای انتهایی از نظر حس و حرکت پاها و محل پانچر بطور منظم طبق زمان بندی چک و ثبت در پرونده شود.
۷. چک دستورات پزشک جهت سرم تراپی با توجه به EF بیمار و زمان PO کردن و... توسط پرستار انجام شود (بطور طبیعی بعد از دو ساعت رژیم مایعات شروع می شود)
۸. دفع ادرار بیمار کنترل شود در صورت عدم دفع ادرار تدابیر پرستاری استفاده شود (پوزیشن دهی، آب سرد و ...) در صورت عدم دفع به روش فوق طبق دستور پزشک سونداژ شود.
۹. در صورت درد ناحیه پانچر یا شکم ضمن بررسی کامل محل از نظر عدم وجود هماتوم و اکیموز و افت فشارخون و سایر اختلالات همودینامیکی، طبق دستور پزشک مسکن داده شود در غیر اینصورت و مشاهده علائم ذکر شده بیمار NPO نگه داشته شده و به پزشک اطلاع داده شود
۱۰. در صورت خونریزی و هماتوم مجدد ناحیه محل را استریل نموده و با کنترل خونریزی و تخلیه هماتوم با روش استریل انجام شود، پانسمان فشاری انجام شده سپس کیسه شن مجدداً به مدت ۴ ساعت روی ناحیه گذاشته شود
۱۱. پرستار تمام یافته ها و مشاهدات خود را ثبت و مهر و امضاء می نماید

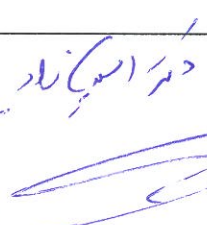
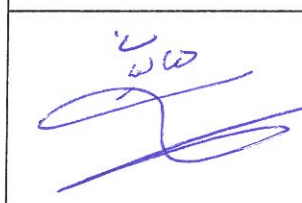
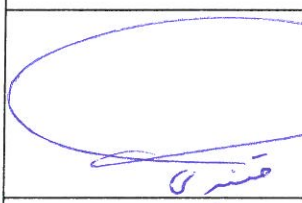
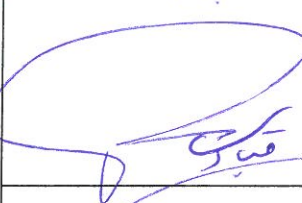
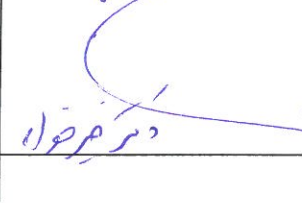
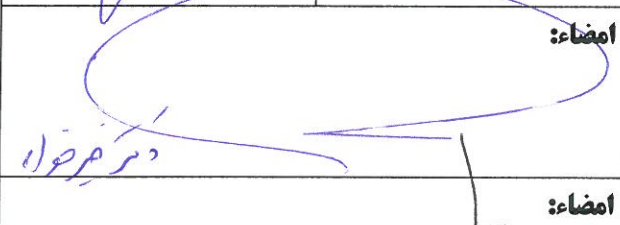
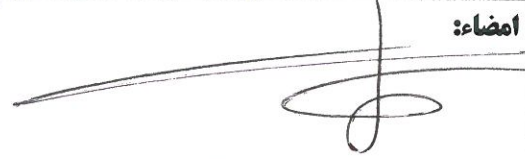
دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی	دامنه: آنژیوگرافی و پست آنژیو
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۶ صفحه: ۳ از ۳

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

پرونده بیمار، مانیتورینگ، ECG
پزشکان و پرستاران

منابع:

کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
آقای دکتر اسدیان راد خانم هادیانی خانم محنا خانم قنبری خانم قبادی	فوق تخصص الکتروفیزیولوژیک سرپرستار بخش پست آنژیو سرپرستار بخش آنژیو پرستار بخش پرستار بخش	    
تایید کننده: آقای دکتر خیر خواه	سمت: رئیس بخش پست آنژیو	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز	دامنه: بخش دیالیز
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۷ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

انجام دیالیز ایمن و درمان صحیح بیمار

تعاریف:

شرح اقدامات:

آمادگی های قبل از دیالیز

- ۱- هنگام وصل بیمار از دستکش مجزا برای هر بیمار استفاده گردد.
 - ۲- صافی مناسب (برحسب اضافه وزن، آزمایشات و...) جهت بیمار انتخاب شود.
 - ۳- پرایم دستگاه براساس اصول علمی انجام گیرد.
 - ۴- وزن و فشار خون بیمار قبل از دیالیز کنترل و ثبت شود.
 - ۵- وضعیت عروقی بیمار قبل از وصل به دستگاه دیالیز کنترل و ثبت گردد.
 - ۶- محل تزریق سوزن ها و پرمیکت به نحوه مناسب ضد عفونی گردد.
 - ۷- سوزن شریانی و وریدی براساس استانداردهای تعیین شده تزریق گردد.
- پایش مستمر حین دیالیز
- ۱- در طی دیالیز، هم بیمار و هم دستگاه دیالیز در فواصل هر ۱ تا ۲ ساعت و افرادی که un steble هستند در فواصل زمانی کوتاهتری کنترل شود.

۲- حین دیالیز فشارخون بیماران کنترل و ثبت گردد.

۳- استفاده از پروفایل جهت پیشگیری از عوارض حین دیالیز بر حسب نیاز بیمار استفاده گردد.

۴- در تمام مدت دیالیز ناحیه نیدل ها و کتترها از نظر هماتوم و خونریزی و قرمزی چک شود.

۵- در حین دیالیز تغذیه بیمار کنترل گردد.

پایش پس از دیالیز

۱- هنگام قطع بیمار از دستگاه دیالیز تمامی خون موجود در ست های شریانی-وریدی به بیمار برگردانده شود.

۲- محل کتتر از نظر عفونت (قرمزی و ترشحات و ...) و وضعیت بخیه ها مورد بررسی قرار گیرد.

دامنه: بخش دیالیز	دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز
کد سند: GW-WI-۰۷ صفحه: ۲ از ۲	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

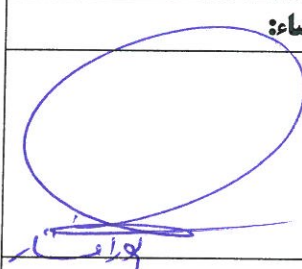
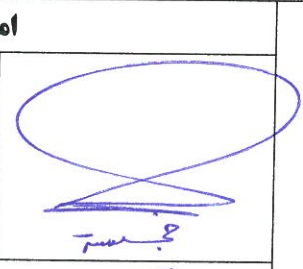
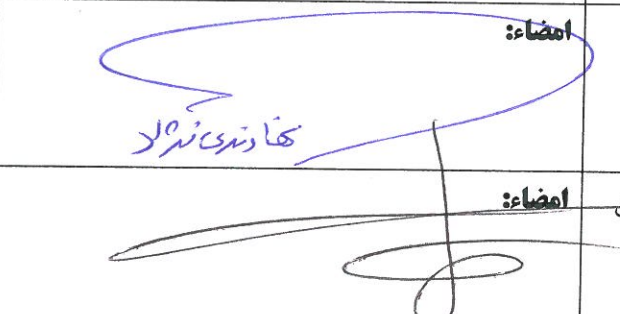
۳- اگر بیمار فیستول داشت محل خروج سوزن بعلت خطر بالای خونریزی باید محکم فشار داده و پانسمان شود.
۴- بعد از دیالیز باید فشار خون و وزن بیمار کنترل و وبا وزن قبل از دیالیز مقایسه شود (بیمار باید به وزن خشک مطلوب رسیده باشد)

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

پرونده بیمار

منابع:

کتاب بخش های ویژه- دکتر ذوالفقاری

امضاء:  امضاء: 	سمت: سرپرستار بخش دیالیز پرستار بخش دیالیز پرستار بخش دیالیز	تهیه کنندگان: خانم خجسته خانم پورافشار خانم اسلامی
امضاء: 	سمت: رئیس بخش دیالیز	تایید کننده: آقای دکتر نهانندی نژاد
امضاء: 	سمت: مدیر عامل بیمارستان	تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق

دامنه: بخش شیمی درمانی	دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی
کد سند: GW-WI-۰۸ صفحه: ۱ از ۳	شماره ویرایش: + تاریخ بازنگری: + تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

هدف:

انجام کموتراپی ایمن و درمان صحیح بیمار

تعاریف:

شرح اقدامات:

- ۱- کنترل دقیق علایم حیاتی بیماران قبل پذیرش و حین درمان
- ۲- توجه به تب دارنبودن بیمار قبل پذیرش و حین درمان
- ۳- اطلاع به پزشک معالج در صورت تب دار بودن
- ۴- داشتن جواب آزمایشات BUN-Cr-CBC قبل از انجام کموتراپی
- ۵- رنج آزمایشات می بایست به شرح زیر باشد:

WBC > ۳۰۰۰ BUN: ۶-۲۴ HB > ۱۰ CR= ۰/۵-۱/۶ PLT > ۱۰۰۰۰

- ۶- اجتناب از مصرف مواد غذایی زیر در حین و پس از کموتراپی:

- غذاهای پر ادویه و خیلی داغ
- خوردن غذاهای حجیم
- غذاهای سرخ شده و چرب
- غذاهای با بوی تند مثل سیر
- دراز کشیدن بعد از غذا
- اجتناب از مصرف غذاهای پر فیبر مثل سالاد و سبزیجات خام
- اجتناب از خشکبار و میوه های دانه دار
- اجتناب از مصرف میوه جات با پوست
- اجتناب از مایعات با کافئین بالا مثل قهوه-چای پررنگ و شکلات
- اجتناب از فرآورده های پروتئینی آماده مثل سوسیس-کالباس و همبرگر آماده باغذای بیرون
- ۷- تشویق بیماران به مصرف مواد غذایی زیر:
- رژیم غذایی پرپروتئین و پرکالری (تخم مرغ کاملاً پخته یا نیمرو شده و لبنیات پاستوریزه)
- مصرف آبمیوه تازه
- روزانه خوردن وعده های کوچک به دفعات متعدد مثلاً (۶ وعده در روز)

دامنه: بخش شیمی درمانی	دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی
کد سند: GW-WI-۰۸ صفحه: ۲ از ۳	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

- در زمان کموتراپی تغذیه سالم برای به حداقل رساندن کمبودها و ارتقا سیستم ایمنی مفید می باشد
- از مسواک نرم استفاده شده در هر ۲۴ یکبار از نخ دندان استفاده شود
- چرب کردن لب و مرطوب نگه داشتن دهان بیمار باید انجام شود
- قبل از کموتراپی موها کوتاه شود
- از برس یا شانه زدن زیاد خودداری شود
- از شامپو بچه استفاده شود
- از نرم کننده پوست و مو یا پماد A+D جهت کاهش خارش پوستی استفاده شود
- از رفتن به محل های شلوغ خودداری شود
- از تماس با افراد سرماخورده و مریض خودداری شود
- دست ها قبل از غذا و بعد از رفتن به توالت با صابون شسته شود
- بهداشت فردی رعایت شود
- مصرف دخانیات ممنوع
- از اسهال و یبوست جلوگیری شود
- در صورت ایجاد اسهال و یبوست به پزشک مراجعه شود

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

پرونده بیمار پرونده الکترونیک بیمار در HIS
پزشکان، پرستاران

منابع:

- تجربه بیمارستان
- کتاب راهنمای دویتا

دامنه: بخش شیمی درمانی	دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی
کد سند: GW-WI-08 صفحه: ۳ از ۳	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

تهیه کنندگان: خانم طباطبایی خانم مومن سرایی خانم حیدری	سمت: سرپرستار بخش پرستار بخش پرستار بخش	امضاء:
تایید کننده: آقای دکتر نجفی	سمت: رئیس بخش شیمی درمانی	امضاء:
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

دامنه: بخش اسکوپ	دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپ ها
کد سند: GW-WI-09 صفحه: ۱ از ۳	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

هدف:

ارائه خدمات ایمن و به موقع به مراجعه کننده جهت پروسیجر های اسکوپ

تعاریف:

شرح اقدامات:

- پذیرش بیمار در واحد آندوسکوپی بصورت سرپائی و بستری می باشد.
در پذیرش بیماران سرپایی:
۱. بیمار با نامه پزشک معالج مراجعه نماید و کلیه مراحل انجام پروسیجر به بیمار و همراه بطور کامل توضیح داده شود و حتی الامکان سعی شود در اسرع وقت به بیمار نوبت داده شود.
 ۲. در مورد پروسیجر آندوسکوپی ، بالن گذاری معده ، بالن آشالازی و پولیپکتومی معده بیمار از عصر روز قبل شام سبک میل نماید و از ۱۲ شب ناشتا باشد و تمامی داروهای ضروری بیمار غیر از ASA و داروهای ضد دیابت تا ساعت پنج صبح روز انجام پروسیجر باید مصرف گردند.
 ۳. در مورد پروسیجر کولونوسکوپی و پولیپکتومی کولون آمادگیهای بیمار از ۴۸ ساعت قبل اجرا گردد. از دو روز قبل از انجام کار ، مایعات و یک روز قبل داروهای ملین طبق دستور مصرف گردد.
 ۴. اگر بیماری دچار بیماری های قلبی ، عصبی ، کلیوی و غیره باشد حتماً باید ok انجام پروسیجر مربوطه را از پزشک معالج خود در روز مراجعه به همراه داشته باشد.
 ۵. برای بیماران توضیحات لازم جهت قرارداد با بیمه های تحت پوشش به طور جامع داده شود تا در روز انجام کار دچار مشکل نگردند و احياناً اگر قرار دادی فسخ گردید با بیمار تماس گرفته و اطلاع داده شود.
 ۶. در روز انجام پروسیجر ارائه مدارک بیمار ضروری می باشد.
 ۷. پرستار مراحل انجام پروسیجر را برای بیمار و همراه کاملاً شرح دهد و سپس رضایت آگاهانه از بیمار و همراه اخذ کند.
 ۸. بیمار توسط پرستار واحد آندوسکوپی ادمیت شود و شرح حال کامل از بیمار در مورد سابقه بیماریهای قبلی و سابقه خانوادگی گرفته شود و تمامی مدارک بیمار ضمیمه پرونده شود.
 ۹. به پزشک مربوطه اطلاع داده شود و بیمار جهت انجام پروسیجر به طور جامع ارزیابی و آماده گردد. این آمادگیها شامل : پوشیدن لباس (بلوز و شلوار و کلاه یک بار مصرف)، گرفتن علائم حیاتی ، گرفتن iv line ، چک کردن FBS با گلوکومتر در بیماران دیابتی و انتقال بیمار به اتاق مربوطه جهت انجام کار باشد.

دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپ ها	دامنه: بخش اسکوپ
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۰۹ صفحه: ۲ از ۳

۱۰. قبل از انجام آندوسکوپی دندان مصنوعی بیمار باید درآورده شود ، سپس از بیمار در مورد حساسیت دارویی و همچنین حساسیت به داروهای آرامبخش و خواب آور سوال شود و در صورت عدم حساسیت با توجه به دستور پزشک ، سطح هوشیاری و سن بیمار و پروسیجر مربوطه داروهای مورد نیاز جهت سدیت بیمار اجرا گردد.
 ۱۱. در حین انجام کار علایم حیاتی و GCS و O₂ sat بیمار بطور مداوم چک گردد و اگر همودینامیک بیمار stable نباشد به پزشک اطلاع داده و دستور پزشک اجرا گردد.
 ۱۲. پس از پایان کار نیز سطح هوشیاری ، خونریزی و علایم حیاتی تا زمان ترخیص کنترل و ثبت گردد.
 ۱۳. پرستار تا برگشت رفلکس بلع (۲-۴ ساعت بعد از انجام آندوسکوپی) بیمار را ناشتا نگه دارد.
 ۱۴. پرستار جهت رفع سوزش حلق نحوه استفاده از سرم نمکی را به بیمار آموزش دهد.
 ۱۵. پرستار علایم حیاتی را تا ۴ ساعت هر ۱۵-۳۰ دقیقه کنترل کند.
 ۱۶. پرستار بیمار را از نظر علائم عوارض آندوسکوپی (سوراخ شدن دستگاه گوارش ، پنومونی اسپیراسیون) کنترل کند .
 ۱۷. پرستار ثبت دقیق گزارش پرستاری را انجام دهد.
 ۱۸. هنگام ترخیص بیمار پمفلت آموزشی جهت مراقبت های بعد از انجام پروسیجر مربوطه به بیمار داده شود و توضیحات لازم نیز جهت آگاهی بیشتر ارائه گردد و گزارش پروسیجر صورت گرفته به صورت کتبی و عکس به بیمار ارائه داده شود.
 ۱۹. در مورد بیمارانی که از آنها بیوپسی جهت پاتولوژی به آزمایشگاه فرستاده شده رسید ارائه شود تا در تاریخ مربوطه جواب بیوپسی را از آزمایشگاه دریافت نمایند و طبق دستور پزشک در تاریخ مربوطه با جواب بیوپسی و عکس به مطب پزشک خود مراجعه نمایند.
- در پذیرش بیماران بستری:
۱. بیمار با دستور پزشک معالج در لیست پروسیجر مربوطه قرار گیرد سپس تمام اقدامات درمانی حین انجام کار و انتقال به بخش مانند بیماران سرپایی صورت گیرد.
 ۲. لازم به ذکر است در تمامی بیماران بستری باید یورین بگ تخلیه گردد سپس با برانکارد منتقل به واحد آندوسکوپی گردند.
 ۳. در پروسیجر آندوسکوپی باید متذکر شد که دندان مصنوعی و NGT بیمار قبل از انتقال به بخش آندوسکوپی باید خارج گردد.

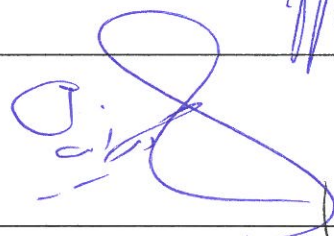
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

پرونده بیمار
پزشکان ، پرستاران

منابع:

کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری

دامنه: بخش اسکویی	دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکویی ها
کد سند: GW-WI-۰۹ صفحه: ۳ از ۳	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

امضاء:		سمت:	تهیه کنندگان:
			
		سرپرستار بخش پرستار بخش پرستار بخش	خانم شیرین پور خانم نخستین خانم رضا نژاد
امضاء:		سمت:	تایید کننده: آقای دکتر امینیان
			
امضاء:		سمت:	تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق
			
		مدیر عامل بیمارستان	

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۱ از ۱۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

هدف:

انجام زایمان ایمن و صحیح بیمار

تعاریف:

مادر پرخطر: مادری است که دارای یک یا چند مشخصه شامل پره اکلامپسی، دیابت، بیماری قلبی، پلی هیدرامنیوس، حاملگی خارج از رحم، حاملگی چندقلویی، خونریزی واژینال (نیمه اول و دم بارداری)، درد شکمی (نیمه اول و دوم بارداری، سقط عفونی، کاهش حرکات جنین، تنگی نفس، شکم حاد با احتمال آپاندیسیت یا تورشن کیست تخمدان، تب، تروما، پارگی زودرس کیسه آب، تهوع و استفراغ شدید و کنترل نشده، عفونت های ادراری، ابتلا به سرخچه و آبله مرغان در بارداری، بارداری توأم با روش های پیشگیری از بارداری، اعتیاد به مواد مخدر، سیگار، الکل، سابقه سقط های مکرر و مرده زایی و مول، نازایی، سابقه تولد نوزاد با وزن کم و سابقه نوزاد ناهنجار

شرح اقدامات:

مراقبت پیش از بارداری:

- از مادران مشخصات و شرح حال دقیق شامل وضعیت سلامتی، وضعیت خونریزی قاعدگی، روش پیشگیری از بارداری، سابقه ابتلا به STI، سابقه رفتارهای پرخطر در زن و یا همسر، سابقه بیماری زمینه ای (دیابت، فشار خون بالا، صرع، سل، کلیوی، آسم، قلبی و...) بیماری تیروئید، سابقه بیماری ژنتیک در خانواده، نسبت خویشاوندی با همسر، سابقه بیماری های روانی در زن یا همسر، مصرف داروها و حمایت دارویی، تماس با مواد شیمیایی و عفونی، وضعیت تغذیه مادر و سابقه بارداری ها و زایمان قبلی بررسی می شود.
 - معاینات شامل کنترل علائم حیاتی، اندازه گیری وزن، قد و تعیین BMI، معاینه کامل فیزیکی از نظر کم خونی، غده تیروئید، سمع قلب و ریه و پستان از نظر قوام، ظاهر، وجود توده و خروج هر نوع ترشح از پستان، لمس شکم از نظر بررسی اندازه کبد و طحال و بررسی شکم و اندام های تحتانی از نظر وجود ادم و ناهنجاری های اسکلتی انجام شود.
 - آزمایش شامل CBC، BGRH، FBs، U/C و U/A، TSH، HbsAg، HIVAg، RubellaAB، VDRL و پاپ اسمیر قبل از بارداری انجام شود.
 - واکسن توأم با توجه به جدول واکسیناسیون تزریق شود.
 - واکسن سرخچه در صورت تیتتر منفی آنتی بادی ضد سرخچه تزریق گردد که بهتر است در زمان قاعدگی فرد واکسینه شود.
 - واکسن هپاتیت نیز در صورت منفی بودن HbsAg تزریق شود.
 - آموزش تغذیه ی صحیح برای رسیدن به وزن ایده آل، بهداشت فردی، روانی و جنسی، بهداشت دهان و دندان، بهداشت محیط کار، مصرف دارو، منع استعمال دخانیات و کشیدن سیگار به مادر داده شود و ثبت گردد.
 - مصرف روزانه ۴۰۰ میلی گرم اسید فولیک ترجیحا سه ماه قبل از بارداری توصیه شود.
- مراقبت و پایش مستمر:

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۲ از ۱۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

۱. از مادران باردار شرح حال دقیق و تعیین سن بارداری بر اساس تاریخ LMP تاریخ ET و تطبیق آن با سونوگرافی در سه ماهه اول بارداری و تطبیق آن با ارتفاع رحم اخذ شود.
۱. در موارد سقط های مکرر بررسی آنومالی های رحم و ارتفاع سرویکس از طریق سونوگرافی ، بررسی آنتی فسفولیپید و بیماری زمینه ای مادر و تست های سلامت جنین و سونوگرافی NT و NB و در صورت لزوم آمینوسنتز انجام شود.
۲. در موارد بارداری توام با روش های پیشگیری از بارداری حتما بررسی رشد جنین با سونوگرافی و اطمینان از نبود حاملگی خارج از رحم انجام شود و در صورت مشاهده نخ IUD در نیمه اول بارداری جهت خروج اقدام شود ولی در صورت عدم خروج IUD و در صورت تمایل مادر به حفظ بارداری علائم خطر آموزش داده شود.
۳. در موارد حاملگی ناخواسته: حمایت روانی مادر ، آموزش خطرات مربوط به دستکاری و توجه به علائم سقط عفونی در مادر صورت گیرد.
۴. در مواردی که شغل مادر از مشاغل سنگین است توجه بیشتر به وضعیت سلامت ، تغذیه و وزن گیری مادر و پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین آموزش داده شود.
۵. در موارد مصرف الکل بررسی سلامت جنین در سونوگرافی های سریال و مشاوره با خانواده انجام گیرد.
۶. در مادران معتاد عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول بارداری و ارجاع به روان پزشک برای مادران جایگزین با متادون انجام شود و آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی انجام شود.
۷. در موارد سابقه نوزاد ناهنجار مصرف روزانه ۴ mg فولیک اسید تا هفته ۱۶ و سونوگرافی آنومالی اسکن قبل از هفته ۱۶ جهت بررسی وضعیت سلامت جنین برای ادامه یا ختم بارداری توصیه شود و بر اساس آنومالی های موجود مشاوره با خانواده برای کسب مجوز قانونی برای ختم بارداری و یا بررسی نوزاد پس از تولد از نظر وجود آنومالی پیگیری آموزش و انجام شود.
۸. در صورت خطر زایمان زودرس:
پیش از بارداری:
- به مادر توصیه شود فعالیت های خود را کمتر و استراحت را بیشتر نماید.
- مراقبت های پیش از بارداری انجام شود.
حین بارداری:
- به مادر توصیه شود برای دریافت مراقبت ها در فواصل زمانی تعیین شده مراجعه نمایند.
- به مادر توصیه شود در صورت وجود درد و خونریزی و شک به پارگی کیسه آب ، احساس فشار و سنگینی زیرشکم ، انقباضات شکمی ، درد و خروج مایع از واژن به بیمارستان مراجعه نمایند.
- در صورت نیاز با توجه به شرایط بالینی مادر در بیمارستان بستری و بررسی های تشخیصی و تزریق داروهای کورتیکواستروئید انجام شود.
- پس از ترخیص و اتمام بارداری:
- پیگیری های پس از زایمان مطابق پروتکل انجام شود.
۹. در صورت موارد یا شک به پارگی کیسه آب:

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۳ از ۱۴	شماره ویرایش: + تاریخ بازنگری: + تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

قبل از بارداری:

- مراقبت های معمول قبل از بارداری انجام شود.
- معاینه واژینال به منظور بررسی عفونت ، توده ، وضعیت رحم و ضمایم انجام شود.
- حین بارداری:
- به مادر برای کاهش فعالیت و استراحت بیشتر آموزش داده شود.
- ضربان قلب جنین چک شود.
- بررسی سلامت جنین با NST ، AFI و BPP و کالر داپلر انجام شود.
- سابقه بیماری های زمینه ای مادر (قلبی ، ریوی ، دیابت و...) و بررسی های سونوگرافی قبلی جهت تایید سن بارداری انجام شود.
- علائم حیاتی و علائم شوک به معاینه واژینال با اسپکولوم جهت رویت خروج مایع و مشاهده بند ناف ، بررسی ترشحات بد بو و چرکی ، کشت ترشحات سرویکس انجام شود.
- معاینه شکم از نظر تندرنس و انقباضات رحمی ، شنیدن صدای ضربان قلب جنین انجام شود.
- دو دوز بتامتازون ۱۲ میلی گرم عضلانی به فاصله ۲۴ ساعت تزریق شود.
- آزمایشات CBC و CRP و U/A و U/C و تست تشخیصی پارگی کیسه آب انجام شود.
- در صورت FHR بیش از ۱۶۰ ضربه در دقیقه ، تندرنس رحمی ، نبض مادر بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه ، حرارت بدن بیش از ۳۸ درجه سانتیگراد ، ترشحات بد بو و تعداد گلبول های سفید بیش از ۱۵۰۰۰ یا افزایش آن باید ختم بارداری انجام شود.
- در موارد ختم بارداری به روش زایمان واژینال ۲ gr آپی سیلسن وریدی هر ۶ ساعت (۴۸ ساعت اول وریدی و ۵ روز خوراکی) تزریق شود.
- در موارد ختم بارداری به روش سزارین کلیندامایسین با دوز اولیه ۹۰۰ میلی گرم Stat و سپس ۶۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت تزریق شود.
- در دوره انتظار در ۴۸ ساعت اول ۲ گرم آموکسی سیلین هر ۶ ساعت و سپس آموکسی سیلین ۵۰۰ میلی گرم خوراکی هر ۸ ساعت تا پایان هفته اول تجویز شود.
- در صورت Stable شدن مادر را ترخیص کنید
- پس از اتمام بارداری:
- از نظر بهبود علائم کوریوآمنیونیت پیگیری شود.
- ۱۰. در موارد پره اکلامپسی:
- پیش از بارداری:
- مراقبت های قبل از بارداری انجام شود.
- در صورت وجود فشار خون مشاوره داخلی و قلب درخواست شود.

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۴ از ۱۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

— مشاوره تغذیه ای انجام شود.

حین بارداری:

- علائم سر درد ، تاری دید ، درد اپی گاستر ، تهوع و استفراغ و تشنج در مادر بررسی شود.
- کنترل علائم حیاتی ، معاینه کبد ، سمع قلب و ریه ، شنیدن صدای قلب جنین ، اندازه گیری ارتفاع رحم ، بررسی رشد جنین و تعیین سن بارداری و فشار خون نیمه نشسته انجام شود.
- رژیم غذایی پر پروتئین و افزایش میزان استراحت ، آموزش علائم خطر پره اکلامپسی شدید و اکلامپسی آموزش شدید ، جنین مرده و از همه مهمتر نجات جان مادر ختم بارداری باید صورت بگیرد.
- حداقل ۴۸ ساعت پس از زایمان و اطمینان از Stable بودن بیمار ترخیص انجام شود.
- اندازه گیری فشار خون در روزهای ۱۰ - ۱۵ - ۴۲ تا ۶۰ روز پس از زایمان انجام شود.
- در موارد پره اکلامپسی شدید درمان با سولفات منیزیم شروع شود و تا ۲۴ ساعت پس از زایمان باید ادامه یابد. اگر تشنج پس از زایمان اتفاق افتاده است باید تا ۲۴ ساعت پس از آخرین تشنج تزریق ادامه یابد.
- در شرایط خاص مانند اکلامپسی ، پره اکلامپسی شدید در سه ماهه دوم بارداری ، تداوم علائم پره اکلامپسی شدید پس از ۲۴ ساعت و سندروم HELLP ، تا ۴۸ ساعت پس از زایمان با نظارت دقیق تزریق سولفات منیزیم ادامه یابد.
- در صورت overdose شدن با سولفات منیزیم (وجود آپنه ، از دست رفتن رفلکس ها) سولفات منیزیم را قطع و ۱۰ سی سی گلوکونات کلسیم در مدت دو دقیقه به صورت وریدی تزریق کنید.
- در صورت کاهش رفلکس ها و افزایش کراتینین ، سطح منیزیم را اندازه گیری کنید و در صورت کراتینین بالاتر از ۱/۲ میلی گرم در دسی لیتر دوز سولفات منیزیم اولیه تجویز شود و دوزهای بعدی نصف گردد.
- در مواردی که اختلال انعقادی وجود دارد تزریق عضلانی مجاز نیست.
- در صورت فشار خون بیشتر یا مساوی ۱۶۰/۱۱۰ تجویز دارو به یکی از روش های زیر توصیه می شود:
- ا- هیدرالازین ۱۰-۵ میلی گرم وریدی که در صورت لزوم هر ۲۰ دقیقه تا حداکثر ۳۰ میلی گرم تکرار کنید.
- ب- لابتالول وریدی ۲۰ میلی گرم در فواصل ۱۰ دقیقه ای تا ماکزیمم ۲۲۰ میلی گرم برای کنترل فشار خون استفاده شود.
- ج- نیفیدپین ۱۰ میلی گرم خوراکی هر ۲۰ تا ۳۰ دقیقه و حداکثر تا ۳۰ میلی گرم برای کنترل فشار خون استفاده کنید.
- در صورت عدم دسترسی به سولفات منیزیم از فنی توئین یا دیازپام استفاده کنید.
- هر یک ساعت علائم حیاتی و رفلکس ها و حجم ادرار را اندازه گیری کنید.
- ترالی پره اکلامپسی شامل تجهیزات حیاتی نظیر داروها ، ماسک ، آمبویگ کنار تخت بیمار قرار داده شود.
- در صورت کنترل فشار خون ، برقرار شدن ادرار به مقدار کافی ، عدم احتمال تشنج مجدد و عدم وجود علائم خطر مادر مرخص شود.

پس از زایمان:

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۵ از ۱۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

در صورتی که مادر با داروهای کاهنده فشار خون مرخص شد باید هر هفته جهت اندازه گیری فشار خون مراجعه کند و در صورت تداوم فشارخون بالا و پروتئینوری پس از ۶ هفته به متخصص داخلی ارجاع شود.

۱۱. در موارد دیابت:

قبل از بارداری:

قند خون کنترل شود و اجازه بارداری حداقل ۳ ماه بعد از طبیعی شدن قند خون و HbA1C داده شود.

– در صورت مصرف داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون، این داروها از ۳ ماه قبل بارداری قطع و انسولین شروع شود.

– مشاوره چشم پزشکی و بررسی تیروئید و کلیه و قلب انجام شود.

حین بارداری:

– مادر باید در بیمارستان جهت کنترل نمودن قند خون با تجویز انسولین تحت نظارت پزشک متخصص غدد بستری شود.

– مشاوره تغذیه انجام شود.

– ارزیابی عملکرد کلیه با اندازه گیری Cr - Bun و پروتئین ادرار ۲۴ ساعته و در صورت لزوم تکرار آن در طول بارداری انجام شود.

– سونوگرافی انجام شود.

– کنترل آلفا فئوپروتئین در ۱۸ - ۱۶ هفته بارداری انجام شود و در صورت اثبات افزایش سطح AFP سرم، ارزیابی جنین توسط سونوگرافی جهت بررسی نقایص لوله عصبی انجام شود.

– مادران برای مانیتورینگ غلظت گلوکز و بررسی از نظر احتمال بروز پره اکلامپسی از هفته ۲۸ بارداری هفته ای یکبار ویزیت شوند.

– ارزیابی سلامت جنین از هفته ۲۸ بارداری با شمارش حرکات جنین و مطابق پروتکل های ارزیابی سلامت جنین انجام شود.

– سونوگرافی جهت ارزیابی رشد جنین از هفته ۳۲ بارداری و تکرار آن هر ۳ - ۲ هفته یکبار انجام شود.

– مادر را از هفته ۳۶ بارداری بر حسب شرایط مادر و جنین در بیمارستان بستری نمایند.

– در صورت بروز زایمان زودرس برای تسریع رسیدگی ریه جنین در صورت تحت کنترل بودن قندخون مادر با احتیاط بتامتازون تزریق شود.

پس از اتمام بارداری:

– به هرگونه علائم دال بر بروز عفونت در مادر در دوران پس از زایمان توصیه شده و سریع درمان شود.

– ترخیص بیمار با مشاوره متخصص غدد یا داخلی و با توجه به کنترل قند خون بیمار انجام شود.

۱۲. در موارد سرخچه:

قبل از بارداری:

– واکسن سرخچه در صورت تیتراژ منفی آنتی بادی ضد سرخچه تزریق گردد.

– پس از تزریق واکسن تا ۱ ماه فرد نباید باردار شود.

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۶ از ۱۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

حین بارداری:

- آزمایش IgG و IgM بلافاصله پس از تماس انجام شود و سپس ۳ - ۲ هفته بعد تکرار شود.
- در صورت IgM مثبت عفونت سرخجه تایید شده و باید به خانواده آگاهی کافی در مورد خطرات احتمالی داده شود و توصیه به ختم بارداری با توجه به نظر پزشک قانونی زیر هفته ۱۶ انجام شود.

بعد از اتمام بارداری:

- به خانم غیر ایمن پس از زایمان توصیه شود تا واکسیناسیون را انجام دهد.
- ۱۳. در موارد آبله مرغان:

قبل از بارداری:

در مواردی که فرد به آبله مرغان مبتلا شده یا تماس مشکوک داشته است توصیه کنید تا بهبودی کامل باردار نشوند.

حین بارداری:

- آزمایش IgG با جواب ۲ - ۱ روزه در طی ۷ - ۵ روز پس از تماس انجام شود و مادر ایزوله گردد.
- در موارد IgG منفی و مادر علامت دار طبق نظر متخصص عفونی درمان (تزریق IVIG و تجویز آسیکلیویر) آغاز شود.
- در مواردی که مادر علامت دار نیست آزمایش ۴ - ۳ هفته دیگر تکرار شود.

پس از اتمام بارداری:

- نوزاد مادر قبلاً مبتلا به آبله مرغان باید یک هفته IVIG بگیرد.

۱۴. بیماری قلبی:

قبل از بارداری:

- مادر به متخصص قلب جهت مشاوره و اخذ مجوز بارداری ارجاع شود.
- به مادرانی که بیماری قلبی دارند و بارداری برای آنها خطر جانی دارند به عدم بارداری توصیه شود.

حین بارداری:

- مشاوره با متخصص قلب در مورد ادامه بارداری ، درمان های مربوطه انجام شود.
- بیمار بر اساس نظر کاردیولوژیست و متخصص زنان به صورت مرتب و منظم ویزیت شود.
- در سن حاملگی ۲۲ - ۲۰ هفته اکوکاردیوگرافی جنین انجام شود.
- بررسی سونوگرافی سریال جنین از نظر IUGR و حجم مایع آمنیوتیک پس از هفته ۲۶ بارداری انجام شود.
- کنترل عفونت ها (به خصوص عفونت ادراری و عفونت تنفسی) انجام شود.
- در صورت لزوم پروفیلاکسی آندوکاردیت مدنظر باشد.
- به مادر توصیه شود که واکسن پنوموکوک و آنفلوانزا را بدون توصیه به سن بارداری تزریق نماید.
- بیماری های زمینه ای مادر مثل تیروئید و آنمی و... درمان شود.
- با کاردیولوژیست و پزشک بیهوشی جهت زمان ختم بارداری و محل زایمان مشاوره شود.

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۷ از ۱۴	شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

— به مادر درمورد انجام دستورات پزشک معالج تاکید شود و در ۴ هفته آخر بارداری و زایمان در بیمارستان سطح ۳ بستری گردد.

۱۵. تب:

پیش از بارداری:

— مشاوره با متخصص عفونی درخواست شود.

حین بارداری:

— علائم شوک و علائم حیاتی (تب، نفس سخت) میانه شکم (تندرنس رحم)، تندرس پهلوها، سفتی گردن، علائم

نارسایی قلبی، زردی و بثورات پوستی بررسی شود.

— سابقه دستکاری ماحصل بارداری، آبریزش، علائم گوارش و بی اشتهایی، اسهال خونی، بیماریهای قلبی و اگزودای حلق

، تغییر رنگ ادرار و مدفوع و سردرد شدید سوال شود.

— آزمایش CBC و U/A و U/C چک شود.

— در موارد کوریوآمیونیوت و سقط عفونی ختم بارداری را انجام دهید.

— در صورت Stable شدن مادر ترخیص انجام شود.

پس از ترخیص:

— در موارد ادامه بارداری بررسی سلامت رشد جنین و بررسی سلامت مادر طبق نظر متخصص انجام شود.

— مشاوره با متخصص داخلی - عفونی قلب انجام شود.

۱۶. تروما:

پیش از بارداری:

— مراقبت های معمول پیش از بارداری انجام شود.

— در صورت نیاز مشاوره جراحی، ارتوپدی و مغزو اعصاب درخواست شود.

حین بارداری:

— سن بارداری تعیین شود و مشکلات تنفسی، آبریزش و خونریزی و درد و نحوه تروما بررسی گردد.

— علائم شوک، علائم حیاتی و معاینه شکم (وجود انقباضات رحمی، افزایش تونسیسته رحم) معاینه واژینال (از نظر وجود

خونریزی، پارگی، وجود آبریزش) صدای قلب جنین بررسی شود.

— آزمایش CBC و BGRH انجام شود.

— سونوگرافی جهت بررسی وضعیت حاملگی انجام شود.

— در صورت وجود اندیکاسیون تزریق روگام در تروماهای منجر به خونریزی روگام تزریق شود.

— به مادر در مورد استراحت آموزش داده شود.

— NST انجام شود.

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۸ از ۱۴	شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

- در صورت دکولمان و پارگی کیسه آب و دیسترس جنینی مداوم و فوت قریب الوقوع مادر ختم بارداری صورت بگیرد.
- در صورت Stable بودن مادر و جنین ترخیص انجام شود.
- در صورت لزوم مشاوره جراحی، ارتوپدی و مغز و اعصاب درخواست شود.

مراقبت پس از ترخیص:

- بررسی سلامت جنین در موارد تداوم بارداری انجام شود.

۱۷. تنگی نفس:

پیش از بارداری:

- انجام مراقبت های معمول پیش از بارداری
 - جهت بررسی های بیشتر مشاوره قلب و داخلی انجام دهید و از مادر بخواهید از پزشکان اجازه بارداری کسب نماید.
- حین بارداری:

- تعیین سن بارداری و بررسی سوابق بیماری های زمینه ای مادر، در قفسه سینه و مشکلات تنفسی بررسی شود.
- کنترل علائم حیاتی مادر، رنگ ملتحمه، معاینه شکم (بزرگی کبد، طحال و...)، سمع ریه (رال، ویزینگ، تاکی پنه) ادم حاد ریه، آمبولی ریه، حمله آسم، نارسایی قلبی و پنومونی بررسی شود.
- آزمایش CBC و دیگر آزمایشات مطابق با نظر متخصص مربوطه انجام شود.
- مشاوره داخلی، قلب و بیهوشی بر حسب شرایط درخواست شود.
- به بیمار موارد خطر تنگی نفس را آموزش دهید.

پس از ترخیص:

- ویزیت در مطب پزشک مشاور مطابق با نظر ایشان انجام شود.

- بررسی سلامت جنین در صورت تداوم بارداری

۱۸. تهوع و استفراغ شدید:

پیش از بارداری:

- مراقبت های معمول دوران قبل از بارداری انجام شود.
- مشاوره با متخصص جراحی، داخلی، مغز و اعصاب و عفونی در صورت نیاز انجام شود.

حین بارداری:

- زمان شروع و نوع استفراغ و تعداد دفعات آن، در شکم و علائم گوارشی، درد اپی گاستر، ضعف و بی حالی، کاهش وزن و سردرد به صورت دقیق پرسیده شود.
- ارزیابی دقیق علائم حیاتی (تب)، معاینه شکم (تندرنس و ریباند شکم)، سفتی گردن، کاهش وزن واضح، ایکتر بررسی و هیدراتاسیون انجام شود.
- بیمار باید بستری شود.

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۹ از ۱۴	شماره ویرایش: ♦ تاریخ بازنگری: ♦ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

- آزمایش ادرار ، آزمایش الکترولیت ها و قند خون و تست های کبدی انجام شود.
- سونوگرافی حاملگی انجام شود.
- در صورت وجود شکم حاد ، مول و EP درمان جراحی انجام شود.
- آموزش برای حمایت روانی و توصیه های بهداشتی برای کاهش تهوع داده شود.
- در صورت لزوم مشاوره با متخصص جراحی ، داخلی ، مغز و اعصاب و عفونی انجام شود.

پس از ترخیص:

- پیگیری مراقبت های دوران بارداری در فواصل منظم انجام شود.
- ۱۹. حاملگی چندقلویی:

قبل از بارداری:

مراقبت های معمول پیش از بارداری انجام شود.

حین بارداری:

- سابقه بارداری قبلی بررسی گردد.
- اندازه گیری فشارخون ، ارتفاع رحم ، صدای قلب جنین و وزن گیری مادر انجام شود.
- آزمایشات مطابق با بارداری یک قلویی انجام شود.
- سونوگرافی جهت بررسی کیسه آب و پرده های جنینی ، حجم مایع آمنیوتیک و تعیین رشد جنین انجام شود.
- سونوگرافی داپلر ، NST و BPP انجام شود.
- روزانه ۱۰۰ - ۶۰ میلی گرم آهن ، مولتی ویتامین ، اسیدفولیک ۱ میلی گرم تجویز شود.
- رژیم غذایی مناسب ، استراحت کافی ، علائم زایمان زودرس ، پارگی کیسه آب و کاهش حرکات جنین و فواصل مراقبت ها آموزش داده شود.
- در صورت مرگ یک قل و سن حاملگی بالای ۳۴ هفته ، حاملگی مولار در یک قل و سن بارداری ۳۸ هفته ختم بارداری داده شود.

پس از ترخیص:

- ویزیت هر دو هفته یکبار تا ۲۸ هفته و سپس هفته ای یکبار انجام شود.
- ۲۰. در صورت کاهش حرکات جنین:
- از مادر درمورد تعداد حرکات جنین و فواصل آن سوال شود.
- صدای قلب جنین سمع شود.
- NST و BPP و سونوگرافی از نظر حجم مایع آمنیوتیک انجام شود.
- با توجه به شرایط مادر و سن جنین بررسی ها در بیمارستان انجام شود.

پس از ترخیص:

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۱۰ از ۱۴	شماره ویرایش: + تاریخ بازنگری: + تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

- به مادر درمورد کنترل حرکات جنین آموزش داده شود.
- در صورت نیاز پیگیری سلامت بارداری با NST و سونوگرافی انجام شود.
- ۲۱. بارداری مول:
- پیش از بارداری:
- در صورت سابقه بارداری مولار توصیه شود بارداری حداقل ۶ ماه تا یک سال به تعویق بیفتد.
- حین بارداری:
- شرح حال از نظر وجود تهوع و استفراغ و تمایل مادر به بارداری مجدد، تپش قلب، علائم تنفسی و سردرد اخذ شود.
- علائم حیاتی، معاینه فیزیکی (کبد و طحال) سمع ریه و اندازه رحم ارزیابی شود.
- در صورت تشخیص مول مادر بستری شود.
- آزمایش های CBC، BGRH، BHCG، کبدی، کلیوی و تست های تیروئیدی و پروتئین ادرار در صورت افزایش فشار خون انجام شود.
- سونوگرافی، رادیوگرافی قفسه سینه و سی تی اسکن در صورت درگیری ریه انجام شود.
- بر حسب شرایط بیمار و نظر پزشک تخلیه مول انجام و نمونه جهت پاتولوژی ارسال شود.
- پس از اتمام بارداری:
- مقدار BHCG ماهانه تا ۶ ماه اندازه گیری شود.
- در صورت نیاز مشاوره آنکولوژی یا داخلی درخواست شود.
- ۲۲. عفونت ادراری:
- پیش از بارداری:
- مراقبت های قبل از بارداری و آزمایشات U/C و U/A انجام شود.
- حین بارداری:
- علائم تب و لرز، سوزش و تکرر ادرار، احساس دفع ادرار، درهای کولیکی و انقباضات رحمی بررسی شود.
- آزمایشات CBC و Bun، Cr، U/A و U/C انجام شود.
- سونوگرافی جهت بررسی سنگ های ادراری و پیلونفریت انجام شود.
- آنتی بیوتیک مناسب شروع شود.
- ۲۴ ساعت پس از قطع تب ترخیص انجام شود.
- مشاوره با متخصص داخلی و ارولوژی انجام شود.
- پس از ترخیص:
- U/A و U/C در فواصل مناسب انجام شود.
- خونریزی واژینال در بارداری:

دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری	دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۱۰ صفحه: ۱۱ از ۱۴

پیش از بارداری:

– مراقبت های معمول دوران قبل از بارداری انجام شود.

حین بارداری:

- شرح حال کامل اخذ شود.
- سن بارداری تعیین شود.
- علائم حیاتی و حجم خونریزی واژینال بررسی شود.
- معاینه شکم و بررسی انقباضات رحمی انجام شود.
- سونوگرافی جهت بررسی تشخیصی از نظر هماتوم ، جفت سر راهی و دکولمان ، وازوپریا و چسبندگی غیر طبیعی جفت انجام شود.
- در صورت وجود انقباضات رحمی در زیر هفته ۳۴ بارداری ، توکولیز با دقت فراوان تحت نظر پزشک و با توجه به وضعیت مادر جنین انجام شود.
- آموزش کافی در مورد خطرات خونریزی برای مادر و جنین انجام شود.
- حداقل سه روز پس از قطع خونریزی بیمار را ترخیص نمایید.
- در موارد سابقه جراحی روی رحم و وجود جفت سرراهی و چسبندگی های غیر طبیعی جفت باید مد نظر قرار بگیرد.
- در موارد خونریزی کنترل نشده ، دیسترس جنینی ، جنین ۳۷ هفته ، شواهد محوریتی ریه ، خطر آنمی در نوزاد و ختم بارداری با روش سزارین انجام شود.

پس از ترخیص:

- مراقبت های معمول پس از زایمان و ارزیابی از نظر خونریزی و آنمی انجام شود.
- ۲۳. درد حاد شکمی:
- اخذ شرح حال و سابقه از نظر محل و نحوه درد علائم ادراری همراه ، وجود خونریزی و میزان آن ، سابقه دستکاری ماحصل بارداری ، تهوع و استفراغ و بی اشتهاهی انجام شود.
- علائم حیاتی از نظر علائم شوک ، تب و لرز ، معاینه واژینال (میزان خونریزی ، نسج در حال دفع) ، لمس توده در آدنکس معاینه شکم و پهلوها (تندرنس رحمی ، ریباند و تندرنس شکم و درد پهلوها) ، میزان خونریزی و ضربان قلب جنین ارزیابی شود.
- در صورت علائم شوک همراژیک ، خونریزی شدید ، شکم ها ، پیلونفریت ، سنگ های ادراری ، سقط عفونی ، تائیکاردی و یا برادیکاردی جنین مادر بستری شود.
- آزمایشات CBC ، U/A و U/C انجام شود.
- مطابق با سن بارداری NST و سونوگرافی انجام شود.
- در موارد خونریزی شدید ، سقط عفونی ، کنده شدن زودرس جفت و کوریوآمنیونیت ختم بارداری انجام شود.
- در موارد شکم حاد مشاوره جراحی درخواست شود.

دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری	دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: ۱۰-GW-WI- صفحه: ۱۲ از ۱۴

— موارد شکم حاد می تواند به دلیل پارگی اسکار رحم باشد که باید بلافاصله اقدام به جراحی شود.

— در صورت بهبودی با توصیه به استراحت و آموزش علائم شروع زایمان ، مادر را ترخیص کنید.

پس از ترخیص:

— مادر را در فواصل زمانی مشخص ویزیت و ارزیابی کنید.

۲۴. پلی هیدرآمنیوس

قبل از بارداری:

— در صورت سابقه یک بارداری با پلی هیدرآمنیوس مادر از نظر دیابت بررسی شود و سابقه هنجاری مادرزادی در جنین قبلی و یا سوء مصرف مواد توسط مادر بررسی شود.

حین بارداری:

— بررسی از نظر تعیین سن بارداری ، از نظر ارزیابی علائم حیاتی ، حال عمومی مادر و بررسی سلامت جنین انجام شود.

— مادر دیابتیک و مادر علامت دار (اندکس بزرگتر از ۴۰) ختم بارداری شود.

— آزمایشات غربالگری دیابت انجام شود.

— سونوگرافی جهت تعیین ناهنجاریها و آناتومی جنین انجام شود.

— درخواست مشاوره با پریتنولوژیست برای استفاده از ایندومتاسین و احتمال Amnio reduction انجام شود.

— در موارد حاملگی ترم و ناهنجاری مادرزادی کشنده ، بارداری خاتمه داده شود.

— در صورت Stable بودن وضعیت مادر و اطمینان از جمع بودن رحم مادر را ترخیص نمایید.

— مشاوره با خانواده جهت احتمال عوارض نوزادی و بقای نوزاد انجام شود.

پس از ترخیص:

— مراقبت های معمول پس از زایمان در فواصل زمانی تعیین شده انجام شود.

۲۵. حاملگی خارج رحم:

پیش از بارداری:

— در موارد سابقه بارداری خارج رحمی بررسی های تشخیصی و مراقبتی با احتمال محور بارداری خارج رحمی انجام شود.

— سایر مراقبت های معمول دوران بارداری انجام شود.

حین بارداری:

— شرح حال اخذ شود.

— ارزیابی علائم حیاتی ، معاینه واژینال ، معاینه شکم و آزمایش BHGC انجام شود.

— سونوگرافی ترجیحا واژینال انجام شود.

— علائم حاملگی خارج از رحم شامل: لکه بینی یا خونریزی خفیف ، درد شکمی ، رحم کمی بزرگتر از حد طبیعی ، تندرنس و

لمس توده در آدنکس و حرکات دردناک سرویکس بررسی شود.

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-10 صفحه: ۱۳ از ۱۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

- در مواردی که مادر گروه خونی منفی و همسر گروه خونی مثبت دارد حتما آمپول روگام تزریق شود.
 - در برخی موارد هم حاملگی خارج از رحم است و هم داخل رحم که باید بررسی کافی در مورد زنده بودن جنین داخل رحم انجام شود.
 - در صورت افزایش تیتراژ BHCG در ۴۸ ساعت به میزان ۶۶ درصد و بیشتر و تکرار مجدد تست و انجام سونوگرافی پس از ۴۸ ساعت و الگوی افزایشی مناسب مادر با پیگیری سلامت بارداری ترخیص شود.
 - در موارد بارداری نابجا بر حسب ساینز توده درمان دارویی با متوتروکسات یا درمان جراحی به روش لاپاراتومی یا لاپاراسکپی انجام شود.
 - در موارد افزایش تیتراژ BHCG به میزان کمتر از ۶۶ در صد و ثبات علائم حیاتی کورتاژ انجام شود.
 - در صورت نبود پرزهای جفتی ۲۴ ساعت بعد تیتراژ BHCG انجام شود و در صورت کاهش تیتراژ تا منفی شدن تست آزمایش را تکرار نمایید.
 - در صورت نبود پرزهای جفتی و افزایش تیتراژ BHCG پس از ۲۴ ساعت حاملگی خارج از رحم تشخیص داده شود و درمان طبی و یا جراحی شروع شود.
- پس از ترخیص:
- تیتراژ BHCG تا زمانی که صفر شود در فواصل زمانی مشخص انجام شود.

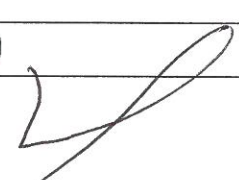
منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

پزشکان زنان و مامای بخش

منابع:

راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان

دامنه: بخش جراحی زنان و زایمان	دستورالعمل: اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
کد سند: GW-WI-10 صفحه: ۱۴ از ۱۴	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

امضاء:		سمت:	تهیه کنندگان:
		رئیس بلوک زایمان مامامسئول بلوک زایمان مامای بخش مامای بخش	خانم دکتر روشن کار خانم نژاد مقدم خانم اسکندری خانم قربان نژاد
			
امضاء:		سمت: مدیر گروه زنان	تایید کننده: خانم دکتر مهر افزا
			
امضاء:		سمت: مدیر عامل بیمارستان	تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق
			

دامنه: کلیه بخش های درمانی، آزمایشگاه	دستورالعمل: اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان
کد سند: GW-WI-11 صفحه: ۱ از ۲	شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱

هدف:

با هدف ارتقا ایمنی بیمار، بهبود استانداردهای جلب مشارکت و تعامل بیمار و جامعه و جلوگیری از بلامتکلیفی بیماران پس از ترخیص و یا انجام مجدد آزمایشاتی که یک بار انجام شده و هزینه اش پرداخت شده است.

تعاریف:

تست های معوقه : آزمایشاتی است که تا زمان بستری بودن هنگام ترخیص بیمار جواب آنها آماده نشده است و با اجرای این خط مشی ، تاریخ و کد آزمایش مربوطه هنگام ترخیص ، تحویل بیمار و همراهان داده می شود.
کانال ارتباطی آزاد: راهی است برای اطلاع به موقع آزمایشات به پزشک و یا پرستار مسئول بیمار در بخش که می تواند تلفن با خط آزاد باشد.

شرح اقدامات:

- ۱- در هنگام پذیرش بیمار ادرس و شماره تلفن بیمار را از همراه بگیرید .
 - ۲- در سیستم HIS و پرونده ثبت نمایید.
 - ۳- آزمایشات معوقه بیمار در حال ترخیص توسط پرستار/ ماما، مسئول بیمار بررسی شده و لیست آنها تهیه گردد.
 - ۴- تست های معوقه توسط پرستار/ ماما، به منشی بخش اعلام شود.
 - ۵- در ستون تست های معوقه در دفتر ادمیت توسط منشی ثبت گردد.
 - ۶- توسط پرستار/ ماما، آموزش به بیمار و خانواده جهت پیگیری تست های معوقه و ثبت کد آزمایشی و تاریخ جوابدهی در فرم توصیه های زمان ترخیص صورت گیرد.
 - ۷- پرستار/ ماما، موظف است آزمایشات بیماران را از نظر جوابدهی پس از گذشت زمان مورد انتظار پیگیری و تعیین تکلیف نماید.
 - ۸- واحدهای پاراکلینیک در مورد بیماران سرپایی در هنگام پذیرش از بیمار ادرس و شماره تلفن دریافت نماید.
 - ۹- منشی جواب آزمایشات معوقه را طبق شماره تلفن قید شده به بیمار اطلاع رسانی نماید.
 - ۱۰- منشی فیش های دریافت تست های پاراکلینیکی معوقه مثل پاتولوژی یا تست های سلامت جنین را به همراه بیمار در هنگام بستری تحویل بدهد. و توضیحات لازم داده می شود و در برگه آموزش به بیمار ثبت می گردد.
 - ۱۱- و دفتر تحویل اقدامات پاراکلینیکی از همراه بیمار امضاء بگیرد.
 - ۱۲- منشی بخش در زمان ترخیص تلفن تماس بیمار و خانواده را دوباره اخذ نماید .
 - ۱۳- در زمان تعیین شده تماس بگیرد
 - ۱۴- در صورت دوری راه بیمار از طریق تلگرام و ایمیل نتایج را ارسال نماید.
- کلیه آزمایشات و گرافی ها ، پاتولوژی و در برگه توصیه های زمان ترخیص ثبت شده تا پس از ترخیص توسط پرستار مسئول یا منشی پیگیری گردند.

دستورالعمل: اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان	دامنه: کلیه بخش های درمانی ، آزمایشگاه
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-WI-۱۱ صفحه: ۲ از ۲

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

دفتر ثبت نتایج موقعه

دفتر تحویل

پرستار پرستاری، پرستار آزمایشگاه، پرسنل تصویر برداری، منشی بخش

منابع:

- راهنمای ارزیابی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار
- تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم قربانی	مترون بیمارستان	
خانم زائر ثابت	نماینده سوپروایزرین	
خانم ستاری	مسئول هماهنگ کننده ایمنی	
آقای هادی	سوپروایزر آزمایشگاه	
آقای فرحمند	سوپروایزر تصویربرداری	
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان /مسئول ایمنی	امضاء:
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

روش اجرایی

روش اجرایی: جداسازی بیماران روانپزشکی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: + تاریخ بازنگری: + تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۵ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

ارائه مراقبت های اختصاصی به بیماران روان پزشکی و افزایش ایمنی بیماران روانپزشکی ، جداسازی بیماران روانپزشکی جهت پیشگیری از آسیب رساندن به خود و دیگران و حفظ ایمنی بیمار و ارتقاء سلامت

تعاریف:

شیوه انجام کار: (جه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی ، توسط چه کسی انجام می شود)

با توجه به اینکه بیمارستان قائم، یک بیمارستان جنرال می باشد و بیماران با تشخیص بیماریهای روانی جهت درمان در این مرکز پذیرش نمی شوند، ولی در صورت مراجعه بیماران با بیماری های روانی جهت انجام پروسیجر های درمانی- تشخیص مختلف تحت شرایط خاص ارائه می گردد.

۱- هر بیماری که در بخش پذیرش می شود در بدو ورود از سوی پرستار الویت بندی و ارزیابی می شود تا وضعیت بالینی و علایم حیاتی وی مشخص شود و شرح حال را به پزشک معالج می دهد. پس از ارزیابی اولیه پرستار وضعیت روحی و هوشیاری در گزارش اولیه ثبت می گردد.

۲- در صورت تایید پزشک معالج ، دال بر داشتن علائم ناپایدار روحی و روانی، مشاوره روانپزشک می دهد تا در صورت سابقه مصرف هرگونه دارو یا نیاز به مصرف هر دارویی بررسی تلفیق دارویی اجرا گردد.

۳- بعد از تایید روانپزشک، جهت تامین ایمنی بیمار، بیمار از سایر بیماران جدا می شود.

۴- پرستار/ ماما، علت جداسازی بیمار را برای همراه بیمار توضیح می دهد.

۵- بیمار منفک شده، در اتاق ایزوله موجود در هر بخش جهت ایمنی بیماران انتقال داده می شود.

۶- در صورتیکه تخت خالی در بخش موجود نیست در همان اتاق فعلی از پاراوان استفاده کرده و طبق دستور قبلی پزشک بصورت موقت از مهارهای شیمیایی یا فیزیکی استفاده می شود تا فضایی برای پذیرش بیمار آماده گردد یا بیمار اعزام شود.

۷- ایمنی فضای فیزیکی در نظر گرفته شده از نظر شرایط محیطی اعم از نور- صدا- گاردهای محافظ- ناخن گیر- جواهرات - کلیدها - لوازم آرایش- آینه - وسایل شیشه ای و شکستنی- وسایل تیز و برنده- جوراب نایلونی - بندکفش- کش و یاهر وسیله ارتجاعی دیگر ، پروتزها - تیغ ، جنس تجهیزات استفاده شده (اعم از فلزی یا غیر فلزی بودن، تیز و برنده بودن و) چک شده است.

۸- پرستار/ ماما، جهت پیشگیری آسیب رساندن بیمار به خود یا دیگران بستری شدن این بیماران را به پرسنل توزیع غذا اطلاع رسانی می نماید تا سرو غذا برای این بیماران با قاشق و چنگال پلاستیکی باشد.

روش اجرایی: جداسازی بیماران روانپزشکی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۵ صفحه: ۲ از ۲

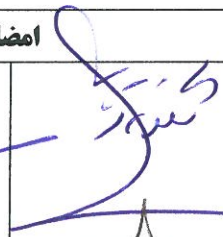
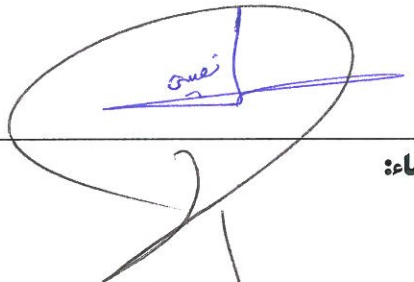
- ۹- پرستار/ ماما، در صورتیکه جداسازی بیمار روانی جهت کنترل بیمار مفید نبود، به پزشک معالج اطلاع رسانی می نماید تا در صورت نیاز اقدام به مهار (فیزیکی - شیمیایی) انجام پذیرد.
- ۱۰- پرستار/ ماما، کلیه اقدامات و تمهیدات انجام شده در زمینه جداسازی و پیشگیری آسیب به خود و یا دیگران را در گزارش پرستاری (طبق دستورالعمل گزارش نویسی) ثبت می نماید. کلیه موارد شامل بخش زایمان و جراحی زنان و پرسنل مامایی نیز می شود.
- ۱۱- این دسته از بیماران در اتاقی که در واحد اورژانس جهت بیماران اعصاب و روان آماده شده است بستری می شوند با اختصاص یک نیروی درمان و خدمات و در صورت لزوم نگهبان به آن اتاق کلیه امور مراقبتی و درمان در طول بستری در همان واحد انجام می پذیرد.

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

امکانات ایمن برای مهار فیزیکی (کمر بند ایمنی و مچ بند....)
اتاق خصوصی ، اتاق اعصاب و روان اورژانس
پزشکان ، پرستاران ، روانشناس ، خدمات

منابع/مراجع:

سیاست بیمارستان / استانداردهای خدمات پرستاری

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم قربانی خانم شرافت خانم زائر ثابت خانم ستاری خانم نصیبی	مدیر پرستاری سوپروایزر آموزشی نماینده سوپروایزرین کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سرپرستار اورژانس	 
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان/ مسئول ایمنی	
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	

روش اجرایی: جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۶ صفحه: ۱ از ۳

هدف:

پیشگیری از انتقال عفونتهای بیمارستانی و ارتقا کیفی خدمات سلامت و کاهش میزان ابتلا به عفونتها، جلوگیری و کاهش سطح مخاطرات بیماریهای واگیر برای بیماران و عیادت کنندگان می باشد.

تعاریف:

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

۱. شناسایی و تشخیص بیماران عفونی واگیر در بدو ورود که با تشخیص اولیه پزشک بستری شده اندو یا در ویزیت های بعد توسط پزشک شناسایی می شوند که باید جدا سازی و ایزوله شوند توسط مسئول بخش یا رابط کنترل عفونت
۲. بیمار در اتاق ایزوله معمولی با ایزوله با فشار منفی بستری می شوند.
۳. نصب اقدامات احتیاطی استاندارد روی درب اتاق ایزوله با توجه به نوع بیماری فرد توسط پرستار/ماما، بخش یا رابط کنترل عفونت قرار دادن و استفاده از محافظ فردی (ماسک جراحی-ماسک N۹۵-گان-دستکش-عینک-کلاه-چکمه) در اتاق ایزوله توسط مسئول بخش با همکاری بهداشت حرفه ایی
۴. آموزش و نظارت پرسنل و همراه جهت استفاده از وسایل محافظ فردی و رعایت بهداشت دست ها در قبل ورود و بعد از خروج از اتاق ایزوله بیمار توسط سوپر وایزر کنترل عفونت با همکاری رابط کنترل عفونت بخش
۵. سوپر وایزر کنترل عفونت بیمارستان موظف است پس از انجام روند نظارتی بر اجرای صحیح عملکرد پرسنل درمانی در مواجه با بیماران ایزوله و در مورد بیماری های واگیر شامل باسیل سل-التور-سوختگی های بزرگ و آلوده -آنفلوآنزای خونی و پرندگان، کرونا ویروس و ایبلا و سایر بیماری های واگیردار عفونی طبق دستورالعمل گزارش دهی فوری بیماری ها به دانشگاه و انجام سایر اقدامات و پیگیری ها می باشد
۶. گزارش دهی موارد ذکر شده به انضمام انواع هپاتیت ها به مرکز بهداشت شهرستان و استان توسط سوپر وایزر کنترل عفونت انجام می شود
۷. کلیه بیماری های مشمول دستورالعمل گزارش فوری باید بصورت فوری، تلفنی در مدت زمان مقرر گزارش شده و سپس در فرم گزارش ثبت بیماری ها به مرکز بهداشت ارسال گردد. (فلج شل-مننژیت-مالاریا-وبا-سیاه سرفه-طاعون-دیفتی-تیفوس-آنفلوآنزای پرندگان-سرخچه-بوتولیسم-سیاه زخم-هر نوع گزیدن حیوان- کرونا ویروس و ایبلا) توسط سوپر وایزر کنترل عفونت انجام می شود

روش اجرایی: جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۶ صفحه: ۲ از ۳

۸. شناسایی بیماران ذکر شده در بخش ها توسط رابط کنترل عفونت و اطلاع به سوپر وایزر کنترل عفونت پس از آموزش و ارزیابی پرونده آنها و اطلاع به پزشک مسئول تیم کنترل عفونت و پس از مطرح کردن در کمیته کنترل عفونت که در این راستا به همراهان آموزشهای لازم جهت جلوگیری و بررسی ابتلاء بیماری داده می شود (سوپر وایزر کنترل عفونت)
۹. گوشی-فشار سنج در اتاق ایزوله بصورت انحصاری موجود می باشد و پرستار بخش نباید برای سایر بیماران استفاده کند
۱۰. آموزش به بیمار جهت پوشاندن دهان و بینی در هنگام عطسه و سرفه توسط پرستار بخش یا رابط کنترل عفونت
۱۱. ثبت موارد و اطلاع رسانی به مرکز بهداشت توسط سوپر وایزر کنترل عفونت
۱۲. نظافت و شستشوی و ضد عفونی اتاق ایزوله و استفاده از اشعه UV بعد از خروج بیمار از اتاق ایزوله بیمار توسط خدمات بخش
۱۳. اتاق های ایزوله دارای تجهیزات شستشوی دست (سینک دستشویی) و تجهیزات ضد عفونی دست طبق استاندارد دانشگاه را دارا باشند و همچنین اتاق های ایزوله باید دارای فیلتر هوا و تهویه فشار منفی باشند که کنترل آن به عهده مسئول بخش با همکاری مهندس تاسیسات می باشد
۱۴. ثبت موارد و اطلاع رسانی به مرکز بهداشت توسط سوپر وایزر کنترل عفونت صورت می گیرد.

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

اتاق ایزوله معمولی و فشار منفی ، وسایل حفاظت فردی (ماسک جراحی - ماسک N۹۵ - گان - دستکش - عینک - کلاه - چکمه) ،
اشعه UV
سرپرستار بخش ، پرستار بخش ، سوپر وایزر کنترل عفونت ، خدمات بخش

منابع/مراجع:

دستورالعمل های کنترل عفونت (راهنمای مراقبتهای کشوری)

روش اجرایی: جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: + تاریخ بازنگری: + تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۶ صفحه: ۳ از ۳

تهیه کنندگان: خانم قربانی خانم طولمی خانم زائر ثابت خانم صادق نیا خانم نصیبی	سمت: مدیر پرستاری سوپروایزر کنترل عفونت نماینده سوپروایزرین مهندس بهداشت حرفه ای سرپرستار اورژانس	امضاء:
		مهندس
		مدیر پرستاری
تایید کننده: آقای دکتر رضا زاده	سمت: پزشک کنترل عفونت	امضاء:
		نصیب
تصویب کننده: دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل	امضاء:

روشن اجرایی: جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: *	کد سند: GW-PR-۰۷
تاریخ بازنگری: *	صفحه: ۱ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

هدف:

ارائه مراقبت های اختصاصی به بیماران پرخطر اجتماعی و افزایش ایمنی بیماران پرخطر اجتماعی ، کاهش اثرات و عواقب منفی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی در سلامت جسمی و روحی سایر بیماران بستری در بخش

تعاریف:

بیمار با رفتار پرخطر اجتماعی ، شامل بیماری است که بدنبال استفاده از روش های ضد اجتماعی جهت آسیب به خود و یا دیگران باشد

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی ، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱-پرستار/ماما، بیمار رفتار پرخطر اجتماعی را در ارزیابی اولیه، یا در حین مراقبت های پرستاری شناسائی میکند که شامل افرادی هستند که با رفتار خود سبب آسیب به دیگران یا خود می شوند و شامل افرادی با رفتار تهاجمی، پرخاشگری، ناهنجاریهای شخصیتی حاد مثل اسکیزوفرن ها، مانیای شدید.
- ۲- پرستار/ماما ، بیمار رفتار پرخطر اجتماعی را در اتاق ایزوله بستری می نماید یا در اتاق هایی با تعداد تخت پائین بستری نماید و از بستری نمودن بیمار حتی الامکان در کنار او اجتناب نمایدو در بخش های با یونیت جداگانه مشکلی از نظر جابجایی بیمار وجود ندارد .
- ۳- از بستری کردن این بیماران درکنار اقشار آسیب پذیر مثل کودکان و زنان باردار و... اجتناب نماید.
- ۴- پرستار/ماما باید با حفظ شأن و منزلت و محرمانگی پرونده بیمار را در بخش بستری نماید.
- ۵- پرستار باید به پزشک معالج، مسئول نگهداری بستری شدن این بیماران را اطلاع رسانی نماید و در صورت نیاز برای کمک در بخش حاضر شوند.
- ۶-پرستار/ماما باید رعایت سکوت برای اتاق این بیماران را بری حفظ آرامش این بیماران به کلیه پرسنل بخش در هرشیفت یادآوری نماید(خدمات- پرستار)
- ۷- در صورتی که جداسازی بیمار به کنترل رفتار پرخطر بیمار کمکی نکرد پرستار/ماما باید به پزشک اطلاع رسانی نموده و از دستورات مهارفیزیکی و مهارشیمیایی پزشک در این مواقع استفاده نماید.
- ۸- در صورتی که مهار شیمیایی و اقدامات دارویی موثر نبود مهار فیزیکی با دستور پزشک انجام می شود.
- ۹- بیمار پرخاشگر با دستور پزشک مهار فیزیکی توسط پرستار- بیماربر- خدمات- نگهبان اجرایی می نماید. ایمنی محیط فیزیکی بیمار را کامل رعایت نماید تا با مهار فیزیکی این بیمار از آسیب رساندن به خود و دیگران جلوگیری بعمل آید.
- ۱۰- پرستار/ماما موظف است دستورات مهار شیمیائی را برای بیمار اجرا نماید تا با فقط آرامش این بیماران دیگران از آسیب این بیماران در امان باشند.
- ۱۱- پرستار /ماما موظف است کلیه اقدامات را بطور دقیق با زمان شروع و پایان در گزارش پرستاری ثبت نماید.

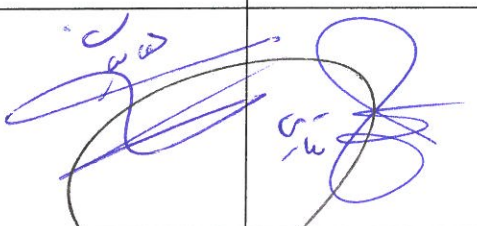
روش اجرایی: جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۲ صفحه: ۲ از ۲

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

امکانات ایمن برای مهار فیزیکی (کمر بند ایمنی و مچ بند.....)
اتاق خصوصی
پزشکان، پرستاران، روانشناس، خدمات

منابع/مراجع:

استانداردهای خدمات پرستاری

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم قربانی خانم زائر ثابت خانم ستاری خانم هادیانی	مدیر پرستاری نماینده سوپروایزرین کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار نماینده پرستاری	 
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان/مسئول ایمنی	
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	

روش اجرایی: مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری	دامنه: کلیه بخش ها درمانی
شماره ویرایش: * تاریخ بازنگری: * تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۸ صفحه: ۱ از ۴

هدف:

پیشگیری از بروز زخمهای فشاری در بیماران بستری و شناسایی صحیح نشانه های ایجاد زخم در بیماران

تعاریف:

زخم فشاری: جراحت موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خردکننده میباشد.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- معیار شناسایی بیماران در معرض خطر که توسط پرسنل پرستاری باید مورد بررسی قرار گیرد: سن بالا، چاقی، مبتلا به ضایعات عصبی، بیماران کم تحرک و با هوشیاری کم، اختلالات بی اختیاری ادرار و مدفوع، بیماران با اختلالات ارتوپدی، بیماران دچار کمبود ویتامین و پروتئین، بیماران دچار سوء تغذیه و بستری در بخش ICU، بیماران با اختلالات حرکتی اعم از بیماران همی پلژی، پاراپلژی و کوادرپلژی
- ۲- یک معاینه عمومی توسط پرستار از پوست به خصوص نقاطی از پوست که در معرض دید نیستند و تحت فشار قرار دارند انجام می شود در فواصل زمانی معینی که پوست کثیف میشود پرستار آن را تمیز می کند.
- ۳- پیشگیری (اقدامات لازم برای پیشگیری از زخم بستر) در بیماران در معرض خطر:
 - بررسی پوست بیمار توسط پرستار بخش حداقل یکبار در روز.
 - تغییر پوزیشن حداقل هر ۲ ساعت (در بیمارانی که خود قادر به چرخیدن در تخت نیستند، بیماران بخش های ویژه و ...) با کمک کمک بهیار و خدمات در حضور پرستار.
 - استفاده از تشک مواج و چند شکن در بخشهای بستری.
 - حمام در تخت (بر حسب نیاز بیمار، شرایط بالینی بیمار، ثبت در کاردکس و در فلوچارت) توسط کمک بهیار و خدمات در حضور پرستار.
 - ماساژ پشت (در هر شیفت _ ثبت در گزارش پرستاری) توسط پرستار
 - برای تغییر پوزیشن و یا انتقال بیمار از ملحفه استفاده شود و از کشیدن بیمار برای سطح تخت جدا خودداری گردد.
 - از بالش برای حفظ پوزیشن مناسب استفاده شود.
 - از ایجاد چین و چروک در ملافه ها جلوگیری شود.
 - از بلند کردن سر تخت (بیش از ۳۰ درجه) خودداری شود.
 - پوست بیمار تمیز و خشک نگه داشته شود.
 - دقت در مورد رژیم غذایی بیمار (دریافت کالری - پروتئین و ویتامین کافی) و در صورت نیاز، مشاوره ی تغذیه.

روشی اجرایی: مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری	دامنه: کلیه بخش ها درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۸ صفحه: ۲ از ۴

۴- اقدامات لازم در صورت ایجاد زخم بستر در بیماران:

- در صورت ایجاد زخم ، ثبت نحوه ی پانسمان ، شستشو و محلول مورد استفاده ، محل زخم ، اندازه ، رنگ و ظاهر آن ، وجود ترشحات و وضعیت پوست باید در گزارش پرستاری توسط پرستار بخش ذکر گردد.
- با توجه به وضعیت بیمار و زخم وی ، طرح مراقبتی (ثبت شده در کاردکس) و توسط پرستار اجرا گردد.
- افزایش تعداد دفعات حمام شخصی ، استفاده از عوامل شوینده ملایم و اجتناب از آب داغ و مالش بیش از حد
- بررسی و معالجه بی اختیاری ، رعایت بهداشت به موقع پوست و استفاده از پدهای جاذب که سریعاً یک سطح خشک را برای پوست به وجود می آورند.
- استفاده از مرطوب کننده ها برای پوست خشک و به حداقل رساندن فاکتورهای محیطی که منجر به خشکی پوست می شود از جمله کاهش رطوبت یا سردی هوا.
- روی برجستگی ها استخوانی را مالش ندهید.
- استفاده از تکنیکهای صحیح چرخش،انتقال و پوزیشن دادن به بیمار به منظور به حداقل رساندن آسیب ایجاد شده بوسیله اصطکاک .
- استفاده از لوبرکانت (روغن) یا پوششهای حمایتی به منظور کاهش آسیب ناشی از اصطکاک.
- شناسایی و تصحیح عوامل دریافت پروتئین و دریافت کالری و توجه به مکملهای غذایی و حمایت تغذیه ای افراد.
- ایجاد یک برنامه نوتوانی به منظور نگهداری یا بهبود حرکت و فعالیت.
- استفاده از بالش روی برجستگی های استخوانی از جمله زانوها و قوزک های پا تا از تماس مستقیم با یکدیگر حفظ گردند.
- اجتناب از پوزیشن هایی که فشار را مستقیماً بر روی تروکانترها وارد می نمایند.
- آموزش به افرادی محدود در صندلی که توانایی دارند و قادرند هر ۱۵ دقیقه وزن بدن را به قسمتی دیگر منتقل کنند.
- ۱- درجه بندی زخم و نحوه پانسمان:
- Stage ۱: منطقه دیگر در مقایسه پوست سالم که تحت فشار نیست ، تفاوت های عمده ای دارد که شامل: قرمزی ، گرمی ، درد و حالت سفتی و خشکی پوست می باشد.
- Stage ۲: در این مرحله اولین علائم آسیب و تخریب در بخشی از ضخامت پوست (درم) مشاهده می شود که علاوه بر علائم بالا تاول نیز زده است.
- Stage ۳: در این مرحله با از بین رفتن ضخامت پوست ، نکروز و صدمه بافت زیر جلد همراه است. این آسیب ممکن است تا فاشیا هم پیشروی کند اما از آن فراتر نمی رود. از نظر بالینی به صورت یک زخم عمیق با یا بدون نفوذ در بافتهای مجاور ظاهر می کند.
- Stage ۴: با از بین رفتن تمام ضخامت پوست ، توام با تخریب گسترده و نکروز بافت است که به صورت صدمه به عضلات ، استخوان یا بافت زیرین بروز می کند.
- ۲-پرستار با توجه به درجه زخم اقدام به پانسمان آن می نماید.
- ۲- پرستار با علم براینکه دلیل زخم بستر از نوع درجه یک فشار اعمال شده بر پوست می باشد، بوسیله گذاشتن بالش و رینگ فشار وارده بر نواحی مستعد زخم را کم می کند.

روش اجرایی: مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری	دامنه: کلیه بخش ها درمانی
شماره ویرایش: + تاریخ بازنگری: + تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۸ صفحه: ۳ از ۴

- ۴- پرستار در زخمهای بستر درجه دو با تمیز نگه داشتن پوست و استفاده از پانسمان مخصوص سعی در محافظت از ناحیه زخم نموده و از شستن زخم با پنبه خودداری نموده چون می تواند الیاف پنبه در زخم باقی بماند.
- ۵- پرستار ناحیه زخم را با استفاده از پانسمان های مخصوص اولا هیدراته نموده و ثانیا سبب ثابت ماندن درجه حرارت زخم تا ۳۷ درجه سانتی گراد شده که تمام این موارد کمک به التیام زخم می کند.
پرستار از پانسمان هایی استفاده می کند که ظرفیت جذب بالائی دارد.
- ۶- پرستار با توجه به شناخت زخم درجه سوم و با علم براینکه این نوع زخم منبع مناسبی برای عفونت می باشد علاوه بر کلیه اقداماتی که در زخم های درجه یک و درجه دو انجام می دهد در این نوع زخم نیز انجام می دهد. در صورت نیاز به پزشک معالج اطلاع داده تا براساس آنتی بوگرام از ناحیه زخم آنتی بیوتیک مناسب نماید.
- ۹- پرستار درمورد زخم بستر درجه چهار علاوه بر اطلاع به پزشک و در صورت تشخیص پزشک معالج برای برداشتن بافت های مرده و نکروزه اقدامات لازم جهت انتقال بیمار به اتاق عمل را فراهم می آورد.
- ۱۰- پرستار در مورد تمام موارد زخم بستر نوع درجه ۲-۳-۴ همواره به این نکته توجه دارد که یک پانسمان ایده آل اولاً اجازه تبادل گازهائی مانند اکسیژن، دی اکسیدکربن و بخار آب را به ناحیه می دهد و ثانیاً زخم را از تروما، باکتری، اشعه فوق بنفش و سایر عوامل آزاردهنده حفظ می نماید

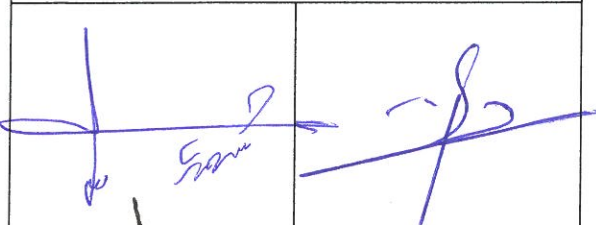
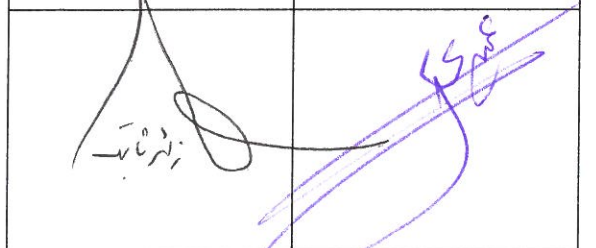
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

سرپرستار
پرستار مسئول بیمار (شناسایی بیمار)
رابط زخم بستر در بیمارستان (انجام اقدامات اولیه و آموزش به پرستار مسئول)

منابع/مراجع:

کتاب کلیات مراقبتهای استاندارد و حرفه ای پرستاری/کتاب برونر سوارث ۱۳۹۰

روش اجرایی: مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری	دامنه: کلیه بخش ها درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۸ صفحه: ۴ از ۴

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم شرافت خانم زائر ثابت خانم شهмهری خانم عمیدی خانم شمشمیری	سوپروایزر آموزشی نماینده سوپروایزرین سرپرستار ICU سرپرستار ICU۲ / مسئول زخم بستر سرپرستار داخلی	
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان / مسئول ایمنی	
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زادحق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	

روشن اجرایی: پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: *	کد سند: GW-PR-09
تاریخ بازنگری: *	صفحه: ۱ از ۵
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	

هدف:

حفظ ایمنی بیمار و ارائه خدمات به موقع

تعاریف:

تعریف ترومبوآمبولی: ترومبوآمبولی به معنای تشکیل لخته در درون رگ خونی و سپس حرکت آن از طریق رگ به محل دیگر و مسدود کردن رگ در محل جدید است. در پدیده ترومبوآمبولی انسداد رگ در بافت هدف موجب بروز اختلال در عملکرد آن میشود. شایعترین محل ایجاد لخته در رگ های خونی ساق است و شایعترین محل انسداد رگ در عروق ریوی است. ترومبوآمبولی میتواند موجب انسداد عروق مغز، دستگاه گوارش و کلیه هم بشود. منشا لخته خون ممکن است در ورید یا شریان باشد.

تعریف ترومبوآمبولی ریوی: دنبال ایجاد لخته خون در ساق، ران یا لگن این لخته میتواند خود را از طریق جریان خون به ریه رسانده و موجب بیماری به نام آمبولی ریوی شود. آمبولی به معنای وارد شدن چیزی به درون جریان خون و حرکت آن در مسیر گردش خون است و ترومبوآمبولی به معنای آمبولی از جنس لخته خون است. پس وقتی لخته خون در درون یک رگ بوجود میاید حرکت آن و انتقال آن به محل دیگر را ترومبوآمبولی میگویند. اگر این لخته وریدی به ریه برود به آن ترومبوآمبولی ریوی یا به اختصار آمبولی ریوی میگویند. خطرناک ترین مشکلی که این لخته های خون میتوانند ایجاد کنند شدن آنها از داخل ورید های ساق و حرکت آنها به طرف قلب است. حرکت لخته در داخل وریدهای عمقی را ترومبوآمبولی Thromboembolism میگویند. بعد از رسیدن این لخته ها به قلب آنها به ریه میرسند. در درون ریه اولین مانع بر سر راه این لخته ها مویرگ های ریه هستند. رسیدن لخته به وریدهای ریه را ترومبوآمبولی ریوی Pulmonary Thromboembolism میگویند

پس میبینیم که در ابتدا لخته یا ترومبوز Thrombosis در ورید های ساق بوجود میاید که به آن ترومبوز عروق عمقی یا Deep vein thrombosis DVT میگویند. با حرکت لخته به سوی ریه با بیماری جدیدی مواجه هستیم که به آن ترومبوآمبولی ریوی Pulmonary thromboembolism میگویند.

ترومبوآمبولی وریدی (VTE) Venous thromboembolism

کنده یا رها شدن لخته از سیاهرگهای عمقی و حرکت در جریان خون

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی را بررسی نموده که به شرح زیر مورد بررسی پرستار/ ماما قرار می گیرد:

۱. جراحی های بزرگ در ناحیه شکم و لگن
۲. ترومای وسیع به چند سیستم، صدمات نخاعی، شکستگی ستون مهره ها، شکستگی لگن.
۳. بیماران با بدخیمی های موضعی و متاستاتیک علی الخصوص در حال شیمی درمانی و اشعه درمانی
۴. بیماران حاد با بیماری داخلی شامل سکته های مغزی، سکته های قلبی، بیماریهای تضعیف کننده عصبی عضلانی (گیلن باره)

روش اجرایی: پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۰	کد سند: GW-PR-۰۹
تاریخ ابلاغ: ۹۵/۹/۱	صفحه: ۲ از ۵
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۹/۱	

۵. افراد با فاکتورهای اختصاصی شامل چاقی، سن بالای ۴۰ سال، استروژن درمانی
۶. فاکتورهای خاص بیماران ICU شامل استفاده از تهویه مکانیکی طولانی مدت، فلج عصبی-عضلانی ناشی از داروها، کاتترهای ورید مرکزی، سسپیس شدید، اختلالات انعقادی، ترومبوسیتوپنی ناشی از هپارین.
۷. همه ی بیماران از بدو ورود به بخش مراقبت ویژه باید از نظر خط ترومبوآمبولی وریدی (VTE) توسط پرستار مورد بررسی قرار گیرند و مطابق با میزان ریسک شروع پروفیلاکسی از طرف پزشک توسط پرستار باید پیگیری قرار گیرد.
۸. کلیه ی بیماران باید به صورت روزانه از نظر ریسک فاکتورهای بروز VTE شامل: وضعیت بالینی، نیاز به کاتترهای ورید مرکزی، وضعیت حال حاضر بیمار از نظر پروفیلاکسی VTE، وجود ریسک خونریزی و پاسخ به درمان، توسط پرستار مورد بررسی قرار گیرند.
۹. تحرک بیمار باید تا حد امکان باید به بیشترین میزان خود رسانید شود و از بی حرکتی طولانی بیمار در تخت جلوگیری شود.
۱۰. از کارکرد مناسب وسایل پیشگیری از VTE مثل جورابها و پمپها اطمینان حاصل شود و به جز در هنگام پاکسازی و برقراری بهداشت پوست و یا بررسی پوست، از بیمار جدا نشوند.
۱۱. بررسی بیماران از جهت اینکه آسپیرین به تنهایی و بدون ابزارهای مکانیکی نمی تواند در پیشگیری از بروز ترومبوآمبولی موثر باشد.
۱۲. در بیماران پس از جراحی قلب توانبخشی قلب و استفاده از درمان های مکانیکی بسیار کارا می باشد.
۱۳. در بیماران ارتوپدی استفاده از پمپ آنتی آمبولی برای پیشگیری از ترومبوآمبولی به صورت روزانه بسیار کارا می باشد
۱۴. بررسی داروهای روزانه بیمارانی که شامل شروع پروفیلاکسی دارو می باشند که به انواع زیر تقسیم می شوند:
- * **بیماران با ریسک متوسط:** که شامل بیماران بدحال و بیماران پس از عمل جراحی که هپارین تجویز نشده است. بررسی این بیماران با تجویز Unfractionated Heparin با دوز پایین LMWH، هپارین با وزن مولکولی پایین و فونداپارینوکس (Fondaparinux) می باشد.
- * **بیماران با ریسک بالا:** بیماران با ترومای وسیع، بیماران آسیب نخاعی و بیماران تحت اعمال جراحی ارتوپدی که بررسی این بیماران با تجویز LMWH هپارین با وزن مولکولی پایین و فونداپارینوکس (Fondaparinux) و یا آنتاگونیست های ویتامین K می باشد.
- * **بیمارانی که در ریسک خونریزی قرار دارند:** باید پروفیلاکسی مکانیکی (غیر دارویی) مثل جورابهایی با فشار تدریجی و یا وسایل پنوماتیک فشاری ترومبوآمبولی را دریافت نمایند. این روشها در سایر بیماران نیز همزمان با روش های دارویی قابل استفاده است.
۱۵. تمام زنان باردار باید از نظر خطر ترومبوآمبولی یک بار پیش از بارداری و یک بار در طی بارداری بررسی شوند که بر اساس عوامل ایجاد خطر پیشگیری های لازم صورت می گیرد.

روشی اجرایی: پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۰	کد سند: GW-PR-۰۹
تاریخ ابلاغ: ۹۵/۹/۱	صفحه: ۳ از ۵
تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۹/۱	

۱۶. تمام زنان باید از نظر خطر ترومبوآمبولی یک بار پیش از بارداری، یک بار در طی بارداری (ترجیحا اولین ویزیت) و در هر بار پذیرش در بیمارستان توسط پرستار/اما بررسی شوند و اقدامات لازم برای آنها انجام شود.
۱۷. به مادران در هنگام بارداری و پس از زایمان صرف نظر از مصرف یا عدم مصرف داروی ضد انعقاد در مورد علائم DVT (درد، تورم، حساسیت در لمس، اختلاف در قطر ساقها و رانها و قرمزی) و مراجعه به موقع توسط پرستار/اما آموزش داده می شود و توصیه می شود که تحرک و مصرف کافی مایعات داشته باشند.
۱۸. تمام مادران بستری، بخصوص در زمان پس از زایمان توسط تشویق پرستار/اما می شوند تمرینات (Exercises) ساده ای را باعث افزایش جریان خون می شوند بر روی تخت انجام دهند.
۱۹. داروهای ضد انعقاد (برای پیشگیری) که در این دستور العمل ذکر شده اند به شرح زیر می باشند. مقدار و نحوه تجویز آنها به تفکیک رژیمهای مختلف دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص پیشگیری از ترومبوآمبولی زنان باردار ذکر شده است
- هپارین با وزن مولکولی کم- (LMWH) Low Molecular Weight Heparin
- هپارین تجزیه نشده - (UFH) Unfractionated Heparin
- آنتاگونیست ویتامین- K (VKA) Vitamin K Antagonist یا وارفارین
۲۰. در زنان باردار برای پیشگیری و درمان VTE توصیه می شود تا حد امکان به جای UFH از LMWH، استفاده شود.
۲۱. قبل از شروع داروهای ضد انعقاد آزمایشات زیر انجام شود:

CBC- PT- INR -Cr - a PTT - Liver Function Tests

۲۲. موارد منع مصرف هپارین با وزن مولکولی کم (LMWH) به این شرح هستند:
 - خونریزی فعال در طی بارداری و یا پس از زایمان
 - احتمال خونریزیهای شدید (جفت سر راهی)
 - بیماریهای خونی مثل وون ویل براند یا هموفیلی یا اختلالات انعقادی اکتسابی
۲۳. ترومبوسیتوپنی (شمارش پلاکت کمتر از ۷۵ هزار)
۲۴. سکته مغزی حاد در ۴ هفته اخیر (ایسکمیک یا هموراژیک)
۲۵. بیماریهای شدید کلیوی (GFR کمتر از ۳۰ میلی لیتر در دقیقه)
۲۶. بیماری شدید کبدی (PT بیشتر از حد طبیعی یا واریسهای شناخته شده)
۲۷. فشار خون بالای کنترل نشده (فشار خون سیستولیک بالاتر از ۲۰۰ یا فشار خون دیاستولیک بیشتر از ۱۲۰ میلیمتر جیوه)

روش اجرایی: پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۰ تاریخ بازنگری: ۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۹ صفحه: ۴ از ۵

جدول شماره ۲- ارزیابی عوامل خطر ایجاد ترومبوآمبولی وریدی (VTE) در بارداری و پس از زایمان

امتیاز	عوامل خطر مرتبط با شرایط طبی
۴	سابقه VTE قبلی (به جز موارد VTE به علت جراحی بزرگ)
۴	ترومبوفیلی اکتسابی (سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی): حداقل یک معیار آزمایشگاهی و حداقل یک معیار بالینی
۳	سابقه VTE قبلی به علت جراحی بزرگ
۳	هر یک از مشکلات طبی: سرطان، بیماری قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی یا بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک، دیابت ملیتوس نوع یک با نفروپاتی، بیماری سیکل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کنونی
۳	ترومبوفیلی ارثی پر خطر (کمبود آنتی ترومبین، کمبود پروتیین C یا S، ترومبوفیلی کم خطر هموزیگوت یا همراه)
۱	ترومبوفیلی ارثی کم خطر (فاکتور ۵ لیدن هتروزیگوت، جهش ژن پروترومبین G20210A)
۱	تاریخچه خانوادگی VTE (بدون زمینه یا وابسته به استروژن) در بستگان درجه اول
۱	وجود آنتی فسفولیپید آنتی بادی (فقط معیار آزمایشگاهی، بدون وجود معیار بالینی)
عوامل خطر مرتبط با شرایط عمومی	
۲	چاقی (BMI مساوی یا بیشتر از ۴۰) قبل یا اوایل بارداری
۱	چاقی (BMI مساوی یا بیشتر از ۳۰ و کمتر از ۴۰) قبل یا اوایل بارداری
۱	سن بیشتر از ۳۵ سال
۱	سابقه سه بار یا بیشتر زایمان (≥ 3 para) صرف نظر از بارداری فعلی
۱	استعمال سیگار
۱	وجود وریدهای واریسی واضح (علامتدار یا بالای زانو یا همراه با قلیبت، ادم، تغییرات پوستی)
عوامل خطر مامایی و زایمان	
۲	سزارین اورژانس (در لیبر)
۱	سزارین غیر اورژانس (الکتیو)
۱	پره اکلامپسی کنونی
۱	بارداری با روشهای کمک باروری IVF / ART (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود)
۱	دو یا چند قلوایی
۱	زایمان با ابزار
۱	لیبر طولانی (بیشتر از ۲۴ ساعت بستری)
۱	خونریزی پس از زایمان بیشتر از یک لیتر/تزریق خون به هر تعداد واحد
۱	زایمان زودرس (کمتر از ۳۷ هفته) در بارداری کنونی
۱	مرده زایی در بارداری کنونی
عوامل خطر موقت	
۴	سندرم هیپراستیمولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود)
۳	جراحی در دوران بارداری یا پس از زایمان (آپاندکتومی، پستن لوله ها، ...) به جز ترمیم فوری پریینه
۳	استفراغ شدید بارداری (به حدی که باعث از دست دادن وزن، دهیدراتاسیون، کتوز، آلوکالوز به دلیل از دست دادن اسید کلریدیک و هیپوکالمی شود)
۱	عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری) مانند پنومونی، پیلونفریت، عفونت زخم بعد از زایمان
۱	بستری در بیمارستان یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)، دهیدراتاسیون

روشنی اجرایی: پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: + تاریخ بازنگری: + تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۰۹ صفحه: ۵ از ۵

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

جوراب، پمپ آنتی آمبولی، داروهای مورد نیاز

پزشک و پرستار، ماما

منابع/مراجع:

راهنمای طبابت بالینی ترومبوآمبولیک وریدی

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم شرافت	سوپروایزر آموزشی	
خانم ستاری	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
خانم زائر ثابت	بیمار/پرستار ICU-OH	
خانم عمیدی	نماینده سوپروایزرین	
خانم نژاد مقدم	سرپرستار ICU۲	
خانم نظر بلند	ماما مسئول بلوک زایمان	
	پرستار ICU-OH	
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان/مسئول ایمنی	امضاء:
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء:

روش اجرایی: استفاده صحیح از ابزار فیزیکی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۱۰ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

حفظ ایمنی بیماران و جلوگیری از ضربه به خود و دیگران

تعاریف:

استفاده از راهکارهای فیزیکی (مانند استفاده از دستبند، کمر بند ایمنی تخت) برای آرام نمودن بیمار و کاهش مخاطرات برای او در بخش های درمانی تا بتواند در شرایط ایمن از خدمات درمانی و مراقبتی بهره برد.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- شناسایی سریع آژیتاسیون بیمار و انجام اقدامات پیشگیرانه توسط پرستار/ ماما مربوطه صورت می گیرد.
- ۲- پزشک و پرستار/ ماما بیمار بی قرار را از نظر عوامل موثر در ناآرامی بیمار مثل اینتوباسیون، پروسیجرهای تشخیصی درمانی، اضطراب، درد، اختلال خواب و... مورد بررسی قرار می دهد.
- ۳- مسئول شیفت حتی الامکان بیماران بی قرار را در نزدیک استیشن یا محلی که دید مستقیم داشته باشد، قرار می دهد.
- ۴- دلایل استفاده از مهار فیزیکی توسط پرستار مربوطه در گزارش پرستاری ثبت می گردد.
- ۵- دلایل استفاده از مهار فیزیکی با دستور پزشک صورت می گیرد.
- ۶- در صورت استفاده از مهار فیزیکی پرستار/ ماما مربوطه کنترل می نماید که ازباند های پهن و پنبه ای چرمی استفاده می شود.
- ۷- پرستار/ ماما مربوطه نبض های انتهایی بیمار را هر ساعت بررسی می نماید.
- ۸- پرستار/ ماما توجه می نماید که راستای طبیعی بدن حفظ شود و شانه ها در موقعیت مناسب قرار گیرند.
- ۹- پرستار/ ماما مربوطه توجه می نماید که وسایل مهار هر ۲ ساعت برداشته میشوند و تغییر پوزیشن صورت می گیرد و مجددا بسته می شوند.
- ۱۰- در صورت اجازه پزشک، پرستار در مدت مهار فیزیکی با دادن مایعات کافی از کم آبی بدن بیمار جلوگیری می کند.
- ۱۱- در صورت اجازه پزشک پرستار جهت خوردن غذا مهار فیزیکی را شل نموده و برای کنترل بیمار از خدمات و یا بیماربر کمک می گیرد.
- ۱۲- در صورت اجازه پزشک طی مدت مهار فیزیکی خدمات باید در برآورده کردن نیاز های شخصی مثل استفاده از توالت به بیمار کمک نماید در غیر این صورت از لوله لگن استفاده شود و یا بیمار سونداژ گردد.
- ۱۳- اگر مهار بیمار بصورت فیزیکی میسر نباشد یا احتمال آسیب جدی به وی به دنبال آن باشد پرستار باید به پزشک معالج اطلاع رسانی نموده و در گزارش پرستاری توسط پرستار/ ماما ثبت نماید.

روش اجرایی: استفاده صحیح از ابزار فیزیکی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۱۰ صفحه: ۲ از ۲

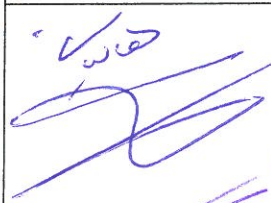
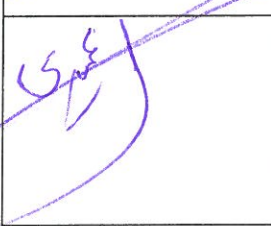
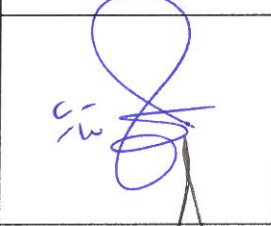
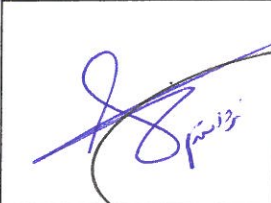
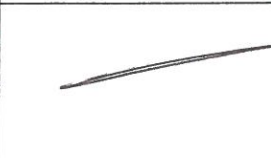
۱۴- پرستار/ ماما باید طبق دستور پزشک نوع مهار فیزیکی زمان شروع و خاتمه مهار و علت مهار فیزیکی و اقداماتی که توسط پرستار/ ماما در قبل - حین و پس از مهار فیزیکی انجام شده و بررسی های به عمل آمده را در گزارش پرستاری ثبت نماید

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

کمر بند ایمنی و مچ بند
سرپرستار ، پرستار/ ماما مسئول بیمار

منابع/مراجع:

راهنمای بالینی پرستاری،صلصالی مهوش،آرزومانیانس سونیا،وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی.نشرپونه ۱۳۸۹

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم شرافت خانم هادیانی خانم ستاری خانم زائر ثابت خانم عمیدی خانم نژاد مقدم	مسئول آموزش نماینده پرستاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار/سرپرستار ICU-OH نماینده سوپروایزرین سرپرستار ICU۲ ماما مسئول بلوک زایمان	     
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان/مسئول ایمنی	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 

روشی اجرایی: استفاده صحیح از ابزار شیمیایی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ بازنگری: ۹۵/۱۰/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۱۰/۱	کد سند: GW-PR-۱۱ صفحه: ۱ از ۲

هدف:

حفظ ایمنی بیماران و جلوگیری از ضربه به خود و دیگران

تعاریف:

استفاده از راهکارهای شیمیایی (سدیشن) برای آرام نمودن بیمار و کاهش مخاطرات برای او در بخش های درمانی تا بتواند در شرایط ایمن از خدمات درمانی و مراقبتی بهره برد.

شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی، توسط چه کسی انجام می شود)

- ۱- پرستار / پزشک با ارزیابی بیمار، بیماران نیازمند به مهار شیمیایی را مشخص می نمایند. بیمارانی که (رفتارهای تهاجمی؛ رفتارهای خطرناک برای بیماران دیگر، رفتار خودتخریبی، رفتار فیزیکی یا کلامی تهدیدکننده یا سابقه پرخاشگری و تهاجم، مسمومیت با الکل، داروهای همراه با کنترل ضعف یا فقدان کنترل رفتارها، رفتارهایی همراه با کنترل ضعیف و سابقه تهاجم و رفتارهای خود آسیب رسانی همراه با کنترل ضعیف، خواست خود بیمار) را دارا هستند.
- ۲- پزشک و پرستار بیمار بی قرار را از نظر عوامل موثر در ناآرامی بیمار مثل اینتوباسیون، پروسیجرهای تشخیصی درمانی، اضطراب، درد، اختلال خواب و... مورد بررسی قرار می دهد.
- ۳- مسئول شیفت حتی الامکان بیماران بی قرار را در نزدیک استیشن یا محلی که دید مستقیم داشته باشد، قرار می دهد.
- ۴- دلایل استفاده از مهار شیمیایی توسط پرستار مربوطه در گزارش پرستاری ثبت می گردد.
- ۵- دلایل استفاده از مهار شیمیایی با دستور پزشک صورت می گیرد.
- ۷- پرستار مربوطه نبض های انتهایی بیمار را هر ساعت بررسی می نماید.
- ۱۰- استفاده از سداتیوها و آرامبخش ها با دستور پزشک به عنوان عاملی جهت کاهش نیاز به مهار فیزیکی توسط پرستار مورد استفاده قرار می گیرد.
- ۱۱- پرستار در حین انفوزیون دارو علائم حیاتی بیمار از جمله ضربان قلب و سطح اکسیژن خون، فشار خون را بررسی می کند. (کنترل ها بصورت روتین و منظم چه در زمان ارائه دارو و... کنترل بیمار از نظر علائم حیاتی صورت می گیرد).
- ۱۲- پرستار همچنین بیمار را از نظر سطح بیداری و یا عدم تاثیر دارو و بی قراری بیمار چک کند.
- ۱۳- پرستار در صورت عدم موثر بودن سدیشن به پزشک جهت تغییر دارو و یا افزایش دوز دارو اطلاع می دهد.
- ۱۴- پرستار مهار شیمیایی بیمار را باید طبق دستور زمانی و نوع مهار شیمیایی که پزشک دستور داده است به انجام رساند
- ۱۵- پرستار در صورت نیاز بیمار به مهار شیمیایی مجدد، به پزشک اطلاع دهد و پس از بررسی مجدد بیمار دستورات مهار شیمیایی مجدد توسط ایشان نوشته شود.
- ۱۶- استفاده از Standing order توسط پرستار در مواقع اورژانسی و با نظر مسئول شیفت مورد استفاده قرار می گیرد.
- ۱۷- پرستار کلیه اقدامات و مشاهدات خود را در برگه گزارش پرستاری ثبت می نماید.

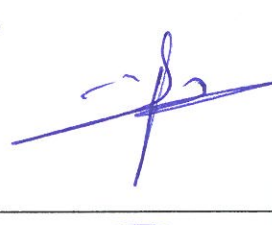
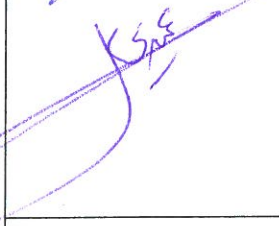
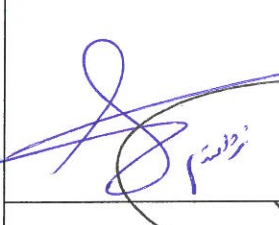
روش اجرایی: استفاده صحیح از ابزار شیمیایی	دامنه: کلیه بخش های درمانی
شماره ویرایش: ۱ تاریخ ابلاغ: ۹۵/۹/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۹۶/۹/۱	کد سند: GW-PR-۱۱ صفحه: ۲ از ۲

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:

داروهای آرام بخش
سرپرستار ، پرستار / ماما مسئول بیمار

منابع/مراجع:

راهنمای بالینی پرستاری. صلاصالی مهوش، آرزومانیان سونیا، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. نشریونه ۱۳۸۹

تهیه کنندگان:	سمت:	امضاء:
خانم شرافت	سوپروایزر آموزشی	
خانم هادیانی	نماینده پرستاری	
خانم ستاری	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
خانم زائر ثابت	بیمار / سرپرستار ICU-OH	
خانم عمیدی	نماینده سوپروایزرین	
خانم نژاد مقدم	سرپرستار ICU۲	
	ماما مسئول بلوک زایمان	
تایید کننده: آقای دکتر قاسم زاده	سمت: معاون درمان / مسئول ایمنی	امضاء: 
تصویب کننده: آقای دکتر کریم زاد حق	سمت: مدیر عامل بیمارستان	امضاء: 