

حداقلهای تعیین شده و مشکلات قابل ثبت در گزارش پرستاری	بررسی	سیستم
<p>۱- سطح هوشیاری:</p> <p>Alert: آگاهی به زمان, مکان و شخص</p> <p>Lethargic : تحریک پذیر, کاملاً بیدار می شود. عدم توجه, خواب آلود</p> <p>Confusion : اغتشاش شعور, آگاهی ضعیف به مکان و زمان</p> <p>Obtundation : هوشیاری کند, تنها در برابر محرکهای شدید بیدار می شود</p> <p>Stuporous : خواب آلود, با تحریک بیدار نمی شود, محل درد را نشان میدهد</p> <p>Coma : با تحریک بیدار نمی شود, محل درد را نشان نمیدهد</p> <p>۲. ثبت نوع (نام) داروی تزریقی به صورت انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۳. ثبت هرگونه تغییر در ساینز, واکنش و شکل مردمک و اقدامات انجام شده و نتایج حاصل</p> <p>۴. ثبت هرگونه تغییر در معیار گلاسکو, fourscore و اقدامات انجام شده و نتایج</p> <p>۵. ثبت هرگونه تغییر در اتصالات بیمار و اقدامات و نتیجه</p>	<p>۱. سطح هوشیاری</p> <p>۲. معیار GCS ,FOUR SCORE</p> <p>۳. ساینز مردمک و واکنش به نور</p> <p>۴. بررسی نیاز به تزریق آرامبخش یا مخدر</p> <p>۵. بررسی نیاز به تزریق داروهای فلج کننده عصبی-عضلانی</p> <p>۶. شکایت از سر درد, تهوع ناشی از افزایش ICP</p> <p>۷. بررسی عدد مقیاس درد و مقیاس ریچموند</p> <p>۸. بررسی کلیه اتصالات</p> <p>مانند: Ventriculostomy.....</p> <p>۹. بررسی تستهای تشخیصی</p>	<p>سیستم مغز و اعصاب CNS</p>

حداقلهای تعیین شده و مشکلات قابل ثبت در گزارش یرستاری	بررسی	سیستم
<p>۱. ثبت الگو و عمق تنفس (منظم، نامنظم، سطحی، عمقی، ارتوپنیا، دیسپنیا و ...)</p> <p>۲. در صورت انجام ساکشن ثبت میزان، رنگ و قوام ترشحات و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p> <p>۳. در صورت استفاده از کاپنوگراف ثبت میزان ETCO₂ و مداخله انجام شده و نتایج</p> <p>۴. ثبت نوسانات chest tube و هرگونه تغییر در نوع و میزان ترشحات و مراقبتهای انجام شده و نتایج</p> <p>۵. ثبت پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده (مانند: نمونه پاتولوژی و pleural tap و) و پیگیری نتایج</p> <p>۶. ثبت نوع (نام) داروی تزریقی انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۷. ثبت صداهای غیرطبیعی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله و سرفه های غیر طبیعی</p> <p>۸. ثبت هرگونه تغییر به دنبال لمس قفسه سینه (مانند: آمفیزم و ...)</p> <p>۹. ثبت هرگونه تغییرات در تستهای تشخیصی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله (ABG، کشت خلط، CXR و ...)</p>	<p>۱. نوع راه هوایی (تنفس خود به خودی-ETT- تراکیاستومی و ...)</p> <p>۲. وضعیت قرارگیری راه هوایی (بررسی ETT یا تراکیاستومی از نظر محل قرارگیری، سایز راه هوایی و عددی که ETT روی آن ثابت شده است.)</p> <p>۳. بررسی صداهای تنفسی (طبیعی، استریدور، رالز، ویزینگ و ...)</p> <p>۴. بررسی و اندازه گیری فشار کاف</p> <p>۵. بررسی الگوی تنفس، تعداد، عمق، فریگی حرکات قفسه سینه، استفاده از عضلات فرعی تنفس، پرش پره های بینی</p> <p>۶. بررسی o₂ sat و ETCO₂</p> <p>۷. بررسی تنظیمات ventilator و محدوده آلام ها</p> <p>۸. لمس قفسه سینه جهت بررسی آمفیزیم زیرجلدی</p> <p>۹. بررسی گازهای خونی (ABG)</p> <p>۱۰. بررسی عکس قفسه سینه (CXR)</p> <p>۱۱. بررسی کلیه اتصالات مانند chest tube</p> <p>۱۲. بررسی نیاز به دریافت اکسیژن و صحت میزان و نحوه دریافت آن</p> <p>۱۳. بررسی انجام فیزیوتراپی قفسه سینه</p> <p>۱۴. بررسی نیاز بیمار به ساکشن</p> <p>۱۵. بررسی ترشحات دهان، ETT یا تراکیاستومی تیوپ از نظر میزان، رنگ و قوام ترشحات</p> <p>۱۶. بررسی تستهای تشخیصی</p> <p>۱۷. بررسی از نظر سرفه های غیر طبیعی</p>	<p>سیستم تنفسی Resp</p>

حداقلهای تعیین شده و مشکلات قابل ثبت در گزارش پرستاری	بررسی	سیستم
<p>۱. ثبت ریتم قلبی از نظر منظم یا نامنظم بودن</p> <p>۲. ثبت محل قرارگیری کاتترهای ورید مرکزی و محیطی و هرگونه تغییرات غیرطبیعی (مانند: ترشحات غیرطبیعی، عدم کارکرد کاتتر، فلپیت و سلولیت و...)</p> <p>۳. ثبت سرم دریافتی شیفیت طبق نمونه: میزان سرم دریافتی 1/3 2/3 750cc میباشد.</p> <p>۴. ثبت پروسیجرهای انجام شده و پیگیری نتایج آنها (آزمایشات تشخیصی، اکو و سی تی آنژیو و آنژیوگرافی و...)</p> <p>۵. ثبت نام داروی تزریقی انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۶. ثبت موارد غیرطبیعی نبض های محیطی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p> <p>۷. ثبت تغییرات غیرطبیعی در فشارخون، ضربان قلب و CVP و MAP و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله (اقدامات مانند: افزایش یا کاهش قطرات سرم و داروهای انفوزیون وریدی به دنبال تغییرات همودینامیک)</p> <p>۸. ثبت خونریزی مرتبط با سیستم باقید محل (در صورتیکه خونریزی در سیستمهای دیگر باشد در همان سیستم ثبت گردد مثلا خونریزی گوارشی در سیستم گوارشی ثبت گردد)، مقدار، نوع و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p> <p>۹. ثبت تغییرات ECG (مانند: سکته حاد قلبی)</p>	<p>۱. بررسی فشارخون، تعداد ضربان قلب و ریتم قلبی</p> <p>۲. بررسی نبض های محیطی از نظر تعداد، عمق و ریتم</p> <p>۳. بررسی متوسط فشارخون شریانی (MAP) و فشار ورید مرکزی (CVP)</p> <p>۴. بررسی محل کاتترهای ورید مرکزی و محیطی (مانند کاتتر CVP و ناحیه آنژیوکت)</p> <p>۵. بررسی نوع و میزان سرم دریافتی، داروهای تزریق شونده (انفوزیون وریدی)</p> <p>۶. بررسی خونریزی از نظر محل، مقدار، نوع، داخلی یا خارجی</p> <p>۷. بررسی ECG ۱۲ لیدی</p> <p>۸. بررسی تستهای تشخیصی (آزمایشات، اکو، آنژیوگرافی و سی تی آنژیو و...)</p>	<p>سیستم قلبی عروقی CVS</p>

حداقلهای تعیین شده و مشکلات قابل ثبت در گزارش پرستاری	بررسی	سیستم
<p>۱. ثبت عدد معیار برادن در صورتیکه در Icu sheet ثبت نشده باشد</p> <p>۲. ثبت پانسمان های انجام شده با قید مشخصات زخم و ترشحات ، اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p> <p>۳. ثبت پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج</p> <p>۴. ثبت مراقبتهای پوستی مانند ماساژ پشت و اندام ها</p> <p>۵. ثبت موارد غیر طبیعی مانند هیپوترمی یا هیپوترمی</p> <p>۶. ثبت موارد غیرطبیعی تمامیت و رنگ پوست ، تعداد و ویژگی های زخم های فشاری و هرگونه ضایعات پوستی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p>	<p>۱. بررسی پوست از نظر رنگ پوست، قوام، تورم و ادم، هماتوم، رطوبت، خشکی، اکیموز، سلولیت، زخم فشاری با قید اندازه طول و عرض و عمق و هرگونه ضایعات پوستی</p> <p>۲. بررسی معیار برادن</p> <p>۳. بررسی درجه حرارت</p> <p>۴. توجه به پانسمان، انواع درن جراحی و ترشحات از ناحیه</p> <p>۵. بررسی زخم جراحی از نظر ترشحات، حرارت، قرمزی و تورم</p> <p>۶. بررسی پوست پس از انجام change position</p> <p>۷. بررسی تستهای تشخیصی</p>	<p>پوست SKIN</p>
<p>۱. ثبت نوع کنترا ادراری (external و internal و suprapubic و urostomy tube)</p> <p>۲. ثبت بالانس مایعات مانند نمونه (مایعات دریافتی: ۱۲۰۰ و مایعات دفعی: ۱۶۰۰ بالانس ۴۰۰-)</p> <p>۳. ثبت نام داروی تزریقی انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۴. ثبت موارد غیرطبیعی در سیستم ادراری-تناسلی (رنگ، کیفیت) مانند: هماچوریا یا ادرار کدر و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p> <p>۵. ثبت هرگونه تغییرات در تستهای تشخیصی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p>	<p>۱. بررسی ادرار از نظر رنگ، میزان (حداقل 0/5cc/kg/hr باشد) کیفیت و ترشحات از ناحیه تناسلی</p> <p>۲. بررسی اتصالات مربوط به سیستم ادراری و ترشحات</p> <p>۳. بررسی تعادل مایعات (بالانس دخول و خروج مایعات)</p> <p>۴. بررسی تستهای تشخیصی (آزمایشات، سونوگرافی، عکس رادیولوژی و...)</p>	<p>سیستم تناسلی-ادراری GU</p>

حداقلهای تعیین شده و مشکلات قابل ثبت در گزارش پرستاری	بررسی	سیستم
<p>۱. ثبت مراقبت های مرتبط به اتصالات مانند(تعویض کیسه کولوستومی,چک NGT و ...)</p> <p>۲. ثبت پروسیجرهای انجام شده و پیگیری نتایج آنها(آزمایشات تشخیصی,اندوسکوپی,کولونوسکوپی و ...)</p> <p>۳. در بیمارانی که خودشان قادر به خوردن غذا هستند ثبت میزان غذای دریافتی بیمار به درصد</p> <p>۴. ثبت نام داروی تزریقی انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۵. ثبت تغییرات غیرطبیعی مرتبط با سیستم گوارشی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله مانند(اسهال,یبوست,استفراغ و Residual و ملنا,اشتهای کم)</p>	<p>۱. بررسی وضعیت تغذیه(PO,NPO,داشتن اتصالات مانند NG tube و OG tube و انواع استومی)</p> <p>۲. بررسی از نظر نوع و میزان مواد غذایی دریافتی و میزان اشتها</p> <p>۳. بررسی از نظر باقیمانده غذای دریافتی یا residual</p> <p>۴. بررسی از نظر دردهای شکمی,نفخ,آسیت و صداهای روده ای</p> <p>۵. بررسی از نظر الگوی دفعی(رنگ,قوام,تعداد دفعات)</p> <p>۶- ارزیابی تغذیه ای</p>	سیستم گوارشی GI
<p>۱. ثبت عدد امتیاز ارزیابی ریسک سقوط(مثلا معیار مورس)</p> <p>۲. ثبت استفاده از ساید ریل و بالا بودن آن</p> <p>۳. ثبت وضعیت حرکتی (- oob-Bed rest CBR) و استفاده از وسایل کمک حرکتی</p> <p>۴. ثبت تغییرات غیرطبیعی در قدرت عضلانی و دامنه حرکتی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p>	<p>۱. بررسی اندام ها از لحاظ ظاهری,تن عضلانی,دامنه حرکتی عضلات,قدرت عضلانی</p> <p>۲. بررسی از نظر محدودیتهای حرکتی(مانند LOOB,OOB,CBR و بررسی نیاز بیمار به وسایل کمک حرکتی)</p> <p>۳. بررسی نیاز به ورزش های active و passive و فیزیوتراپی</p> <p>۴. بررسی ایمنی و بالا بودن side rail</p> <p>۵. ارزیابی ریسک سقوط بیمار</p> <p>۶. بررسی دردهای عضلانی-اسکلتی</p>	عضلانی - اسکلتی
<p>۱. ثبت موارد طبیعی و غیر طبیعی رفتاری اقدامات و نتایج حاصله</p>	<p>۱. بررسی رفتاری از نظر اضطراب و بی قراری,ارام بودن,علائم افسردگی</p> <p>۲. بررسی بیمار از نظر نیاز به مشاوره روانپزشکی</p>	رفتاری