وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

|  |  |
| --- | --- |
|  | شماره پرونده: |

##### دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني شيراز

**معاونت درمان**

**مركز پزشكي آموزشي درماني / بيمارستان :** ...................................

**فرم شماره 1**

فرم ارزيابي ريسك حوادث ترمبوآمبولیک در بيماران بستري در بخشهاي داخلي و جراحي غیر تروما jv,lh تروما

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام خانوادگي:** | **نام:** | **بخش:** | **پزشك معالج:** |
| **اتاق:** |
| **نام پدر:** | **تاريخ تولد :** | **تاريخ پذيرش:** |

**تشخیص بیماری :**

جدول ریسک فاکتورهای ترومبوآمبولی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ردیف | ريسك فاكتور | امتياز |
| **1** | **سرطان فعال (متاستاز يا شيمي درماني يا راديوتراپي در 6 ماه گذشته )** | **3** |
| **2** | **سابقه قبلي حوادث ترمبوتيك وريدي ( به جز ترمبوز وريدهاي سطحي )** | **3** |
| **3** | **كاهش تحرك ( حداقل 3 روز )** | **3** |
| **4** | **بيماري ترمبوفیلی شناخته شده (کمبود آنتي ترومبين III، پروتئین Cو /S فاكتورپنج لیدن/موتاسیون G20210A ، سندرم آنتي فسفولیپید)** | **3** |
| **5** | **جراحي يا تروماي اخير طي 1 ماه گذشته** | **2** |
| **6** | **سن بالاتر يا مساوي 70 سال** | **1** |
| **7** | **نارسايي قلبي يا تنفسي** | **1** |
| **8** | **سكته قلبي( acute MI ) يا سكته مغزي ایسکمیک** | **1** |
| **9** | **عفونت حاد يا بيماري هاي روماتيسي** | **1** |
| **10** | **چاقي (BMI≥30)** | **1** |
| **11** | **دريافت OCP و ترکیبات استروژنی** | **1** |
| **12** | **طول مدت جراحي با احتساب زمان بيهوشي بيش از 2 ساعت يا جراحي هاي ناحيه لگن** | **3** |
| **جمع امتياز** | |  |

**در صورتي كه بيمار كنترانديكاسيون دريافت آنتي كوآگولانت ندارد و جمع امتيازات4 ≥ باشد، شروع آنتي كوآ گولانت توصيه مي شود.**

**در صورت نياز به شروع آنتي كوآ گولانت پروفيلاكسي مي توان از يكي از روشهاي زير استفاده نمود:**

* **هپارين 5000 واحد زير پوستي 2 يا 3 بار در روز .**
* **هپارين با وزن مولكولي كم (انوکساپارین) 40mg زیر پوستی روزانه.**

**در موارد زير قبل از شروع آنتي كوآگولانت مشاوره تخصصي انجام مي شود:**

* **ترمبوستيوپني PLT≤50000**
* **INR>2**
* **نارسايي كبدي**
* **سكته مغزي حاد**
* **خونريزي گوارشي حاد**
* **بيماريهاي خونريزي دهنده (هموفيلي و ...)**
* **4 ساعت قبل تحت LP يا بيهوشي نخاعي و يا اپي دورال قرار گرفته باشد.**
* **در موارد منع مصرف داروهاي آنتي كوآ گولانت استفاده از روشهاي مكانيكال توصيه مي شود.**

**ملاحظات :**

**......................................................................................................................................................................................**

**...............................................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................................................**

**........................................................................................................................................................................................**

**....................................................................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................................................**

**مهر و امضاء پزشک معالج**