

گزارش پرستاری سیستم به سیستم در بخش سی سی یو

سیستم	ارزیابی (ASSESSMENT)	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)
سیستم مغز و اعصاب CNS	۱. بررسی سطح هوشیاری (LOC) (برای ارزیابی سطح هوشیاری از منابع معتبر علمی استفاده شود) ۲. بررسی GCSS ۳. بررسی سایز مردمک و واکنش به نور ۴. ارزیابی درد با اندازه گیری مقیاس آن و بررسی نیاز بیمار به تزریق داروهای مخدر ۵. بررسی نیاز بیمار به تزریق داروهای فلج کننده عصبی - عضلانی ۶. بررسی نیاز بیمار به اندازه گیری ICP با توجه به علائم بالینی وی ۷. بررسی کلیه اتصالات مانند: Ventriculostomy.... ۸. بررسی تستهای تشخیصی	۱- سطح هوشیاری (LOC): Alert: آگاهی به زمان، مکان و شخص Lethargic: تحریک پذیر، کاملاً بیدار می شود. عدم توجه، خواب آلود Confusion: اغتشاش شعور، آگاهی ضعیف به مکان و زمان Obtundation: هوشیاری کند، تنها در برابر محرکهای شدید بیدار می شود Stupors: خواب آلود، با تحریک بیدار نمی شود، محل درد را نشان میدهد Coma: با تحریک بیدار نمی شود، محل درد را نشان نمیدهد ۲. ثبت هرگونه تغییر در معیار گلاسکو و اقدامات انجام شده و نتایج آن ۳. ثبت هرگونه تغییر در سایز، واکنش و شکل مردمک و اقدامات انجام شده و نتایج حاصل ۴. ثبت نوع (نام) داروی تزریقی به صورت انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم ۵. ثبت اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ۶. ثبت پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج آنها ۷. ثبت هرگونه تغییر در اتصالات بیمار و اقدامات و نتیجه آنها ۸. ثبت درد مرتبط با سیستم با قید محل (در صورتیکه درد در ناحیه شکمی باشد در سیستم گوارشی نوشته شود) و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ۹. ثبت هرگونه مشاوره پزشکی انجام شده مرتبط با سیستم (مثلاً مشاوره مغز و اعصاب در سیستم عصبی نوشته شود)

گزارش پرستاری سیستم به سیستم در بخش سی سی یو

سیستم	ارزیابی (ASSESSMENT)	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)
سیستم تنفسی Respiratory system	۱. نوع راه هوایی (تنفس خود به خودی-ETT- تراکیاستومی و...) 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. ۳. بررسی صداهای تنفسی (طبیعی، استریدور، رالز، ویزینگ و...) ۴. بررسی و اندازه گیری فشار کاف ETT - تراکیاستومی (۱۸-۳۰ سانتی مترآب) ۵. بررسی الگوی تنفس، تعداد، عمق، قرینه بودن حرکات قفسه سینه، استفاده از عضلات فرعی تنفس، پرش پره های بینی و بررسی از نظر سرفه های غیر طبیعی ۶. بررسی نیاز به دریافت اکسیژن و نحوه دریافت آن ۷. بررسی o2 sat و ETCO2 ۷. بررسی تنظیمات ventilator و محدوده آلام ها ۸. لمس قفسه سینه جهت بررسی آمفیزیم زیرجلدی ۹. بررسی گازهای خونی (ABG) ۱۰. بررسی عکس قفسه سینه (CXR) ۱۱. بررسی کلیه اتصالات مانند chest tube ۱۲. بررسی نیاز به انجام فیزیوتراپی قفسه سینه ۱۳. بررسی نیاز بیمار به ساکشن ترشحات دهان، ETT یا تراکیاستومی تیوب ۱۴. بررسی ترشحات دهان، ETT یا تراکیاستومی تیوب از نظر میزان، رنگ و قوام ترشحات ۱۵. بررسی تستهای تشخیصی	۱. ثبت الگو و عمق تنفس (منظم، نامنظم، سطحی، عمقی، ارتوپنیا، دیسپنیا و ...) ، حداکثر و حداقل تعداد تنفس ۲. در صورت نیاز به اکسیژن ثبت میزان اکسیژن دریافتی و نحوه دریافت ۳. در صورت انجام ساکشن ثبت میزان، رنگ و قوام ترشحات و اقدامات انجام شده و نتایج حاصل از آن ۴. ثبت فشار کاف ETT - تراکیاستومی ۵. در صورت استفاده از کاپنوگراف ثبت میزان ETCO2 و مداخله انجام شده و نتایج حاصل از آن ۶. ثبت محل قرارگیری و نوسانات chest tube و هرگونه تغییر در نوع و میزان ترشحات و مراقبتهای انجام شده و نتایج حاصل از آن ۷. ثبت اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ۸. ثبت پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده (مانند: نمونه پاتولوژی و pleural tap و...) و پیگیری نتایج آنها ۹. ثبت نوع (نام) داروی تزریقی انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم ۱۰. ثبت صداهای غیرطبیعی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله و سرفه های غیر طبیعی ۱۱. ثبت هرگونه تغییر به دنبال لمس قفسه سینه (مانند: آمفیزیم و...) ۱۲. ثبت هرگونه تغییرات در تستهای تشخیصی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله (ABG، کشت خلط، CXR و...) ۱۳. ثبت تنظیمات ventilator و هرگونه تغییرات انجام شده با توجه به وضعیت بیمار

گزارش پرستاری سیستم به سیستم در بخش سی سی یو

سیستم	ارزیابی (ASSESSMENT)	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)
سیستم قلبی عروقی CVS	<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 کتتر CVP و ناحیه آنژیوکت)</p> <p>۵. بررسی عملکرد پیس میکر با توجه به نوع آن</p> <p>۶. بررسی پارامترهای بالون پمپ و عملکرد آن</p> <p>۷. بررسی نوع و میزان سرم دریافتی، داروهای تزریق شونده (انفوزیون وریدی)</p> <p>۸. بررسی خونریزی از نظر محل، مقدار، نوع، داخلی یا خارجی</p> <p>۹. بررسی ECG ۱۲ لیدی</p> <p>۱۰. بررسی پروسیجرهای تشخیصی و درمانی و آزمایشات (اکو، آنژیوگرافی و سی تی آنژیو window, pig tail ...)</p>	<p>۱. ثبت ریتم قلبی از نظر منظم یا نامنظم بودن و نوع آریتمی قلبی، حداکثر و حداقل تعداد ضربان قلب</p> <p>۲. ثبت حداکثر و حداقل میزان فشار خون</p> <p>۳. ثبت تغییرات غیرطبیعی در فشارخون، ضربان قلب و در صورت بررسی 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>۴. ثبت محل قرارگیری کاتترهای ورید مرکزی و محیطی و هرگونه تغییرات غیرطبیعی (مانند: ترشحات غیرطبیعی، عدم کارکرد کاتتر، فلجیت و...)</p> <p>۵. ثبت سرم دریافتی شیفیت طبق نمونه: میزان سرم دریافتی 750cc 1/3 2/3 میباشد.</p> <p>۶. ثبت اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها</p> <p>۷. ثبت پروسیجرهای انجام شده و پیگیری نتایج آنها (آزمایشات تشخیصی، اکو و سی تی آنژیو و آنژیوگرافی و window, pig tail ...)</p> <p>۸. ثبت نام داروی تزریقی انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۹. ثبت موارد غیرطبیعی نبض های محیطی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p> <p>۱۰. ثبت خونریزیها مرتبط با سیستم باقیمد 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>۱۱. ثبت تغییرات ECG (مانند: سکنه حاد قلبی)</p> <p>۱۲. ثبت نوع پیس میکر، تنظیمات و مراقبتهای مربوط به آن.....</p> <p>۱۳. ثبت پارامترهای مربوط به بالون پمپ و مراقبتهای مربوط به آن.....</p>

گزارش پرستاری سیستم به سیستم در بخش سی سی یو

سیستم	ارزیابی (ASSESSMENT)	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)
پوست SKIN	۱. بررسی پوست از نظر رنگ پوست، قوام، تورم و ادم، هماتوم، رطوبت، خشکی، هماتوم، رطوبت، خشکی، اکیموز، سلولیت و زخم فشاری با قید اندازه طول و عرض و عمق و هرگونه ضایعات پوستی و ویژگی های زخم های ضایعات پوستی 2. بررسی درجه حرارت 3. بررسی ریسک بروز زخم فشاری (معیار برادن) 4. توجه به پانسمان، انواع درن جراحی و ترشحات از ناحیه 5. بررسی زخم جراحی از نظر ترشحات، حرارت، قرمزی و تورم و ادم 6. بررسی پوست پس از انجام change position 7. بررسی تستهای تشخیصی	۱. ثبت از نظر رنگ، قوام، تورم و ادم، هماتوم، رطوبت، خشکی پوست، اکیموز، سلولیت و زخم فشاری با قید اندازه طول و عرض و عمق و هرگونه ضایعات پوستی و ویژگی های زخم های فشاری و ثبت عدد معیار برادن ۲. ثبت حداکثر و حداقل درجه حرارت و موارد غیر طبیعی مانند هیپوترمی یا هیپوترمی ۳. ثبت پانسمان های انجام شده با قید مشخصات زخم و ترشحات، اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ۴. ثبت اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ۵. ثبت پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج ۶. ثبت مراقبتهای پوستی مانند ماساژ پشت و اندام ها

گزارش پرستاری سیستم به سیستم در بخش سی سی یو

<p>۱. ثبت نوع کتتر ادراری (external و internal و suprapubic و nephrostomy tube و urostomy) ثبت میزان ادرار بیمار. در صورتی که بیمار کتتر ادراری ندارد تعداد دفعات ادرار ثبت گردد.</p> <p>۲. در صورت دستور پزشک ثبت بالانس مایعات مانند نمونه (مایعات دریافتی: ۱۲۰۰ و مایعات دفعی: ۱۶۰۰ با 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 ترشحات) مانند: هماجوریا 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>۶. ثبت اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها</p> <p>۷. ثبت پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج</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 style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">سیستم تناسلی-ادراری GU</p>
---	---	---

گزارش پرستاری سیستم به سیستم در بخش سی سی یو

حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری	ارزیابی (ASSESSMENT)	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. ثبت اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها</p> <p>۴. ثبت نوع رژیم غذایی و وضعیت تغذیه بیمار (PO, NPO, داشتن اتصالات مانند NG tube و OG tube و انواع استومی)</p> <p>۵. در بیمارانی که خودشان قادر به خوردن غذا هستند ثبت میزان غذای دریافتی بیمار به درصد</p> <p>۶. ثبت نام داروی تزریقی انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۷. 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>۸. ثبت خونریزی ها مرتبط با سیستم با قید محل، مقدار، نوع و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</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 در صورت داشتن NG tube</p> <p>۴. بررسی از نظر دردهای شکمی، نفخ، آسیت و ...</p> <p>۵. بررسی صداهای روده ای بیمار</p> <p>۶. بررسی از نظر الگوی دفعی (رنگ، قوام، تعداد دفعات)</p> <p>۷. ارزیابی تغذیه ای</p>	<p>سیستم گوارشی GI</p>
<p>۱. ثبت امتیاز ارزیابی ریسک سقوط (مثلا معیار موریس) و اقدامات انجام شده جهت پیشگیری از سقوط بیمار مانند بالا بودن سایدریلها</p> <p>۲. ثبت وضعیت حرکتی (CBR - Bed rest - OOB) و استفاده از وسایل کمک حرکتی</p> <p>۳. ثبت تغییرات غیرطبیعی در قدرت عضلانی و دامنه حرکتی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله</p> <p>۴. ثبت اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها</p> <p>۵. ثبت پروسیجرهای انجام شده و پیگیری نتایج آن</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 سایدریلها</p> <p>۵. ارزیابی ریسک سقوط بیمار</p> <p>۶. بررسی دردهای عضلانی - اسکلتی</p>	<p>سیستم عضلانی - اسکلتی MS</p>

گزارش پرستاری سیستم به سیستم در بخش سی سی یو

سیستم	ارزیابی (ASSESSMENT)	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)
رفتاری - روانی - اجتماعی	۱. بررسی رفتاری از نظر اضطراب و بی قراری، آرام بودن، علایم افسردگی ۲. بررسی بیمار از نظر نیاز به مشاوره روانپزشکی	۱. ثبت موارد طبیعی و غیر طبیعی رفتاری اقدامات و نتایج حاصله

References:

- - Guideline title receiving a patient into ICU. ICU medical director. Publication (issue) date: February 2014. next review date: February 2017
- NANDA international, Inc. NURSING DIAGNOSES : definitions & classification 2015-2017
-

*تهیه کنندگان:

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - معاونت درمان - مدیریت پرستاری استان با همکاری:

- زهره هادیان (کارشناس مدیریت پرستاری استان)
- سهیلا رضایی (کارشناس ارشد پرستاری بیمارستان نمازی)
- مریم نیاکان (سوپروایزر آموزشی بیمارستان شهید فقیهی)
- مرضیه امیری (کارشناس پرستاری بیمارستان شهید فقیهی)
- آرزو چایی چی (سوپروایزر آموزشی بیمارستان قلب الزهرا)

گزارش پرستاری سیستم به سیستم در بخش سی سی یو

تابستان ۱۳۹۶