



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

معاونت درمان

مدیریت پرستاری

شیوه‌نامه ثبت اطلاعات در کاردکس

بازنگری: اردیبهشت ۱۴۰۲

اعضای کمیته علمی به ترتیب حروف الفباء:

- خانم اقدس بهزادپور (کارشناس ارشد پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز شهید مدرس)
- خانم هانیه جعفریان (کارشناس ارشد پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز ۱۵ خرداد)
- آقای هادی ذکاوتی (کارشناس ارشد پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز طرفه)
- خانم کتابون زینعلی (کارشناس ارشد پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز شهدای تجریش)
- خانم مریم شکوری ثانوی (کارشناس ارشد پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز لقمان حکیم)
- خانم فاطمه شهسواری (کارشناس پرستاری و کارشناس امور پرستاری معاونت درمان)
- خانم فاطمه عرب قنبری (کارشناس پرستاری و کارشناس امور پرستاری معاونت درمان)
- خانم اکرم محمدرضایی (کارشناس ارشد پرستاری و کارشناس امور پرستاری معاونت درمان)
- خانم طیبه ملاطیفه (کارشناس ارشد پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز امام حسین)
- خانم فروغ مولا (کارشناس ارشد پرستاری و مدیر پرستاری دانشگاه)
- خانم مهناز نیک پیمما (کارشناس ارشد پرستاری و کارشناس امور پرستاری معاونت درمان)
- خانم شمسی نصیری رابنی (کارشناس ارشد پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز مسیح دانشوری)

تعریف کاردکس: کاردکس به کاربرگی اطلاق می شود که در آن برنامه مراقبت های پرستاری روزانه بیمار بستری در بخش های مختلف ثبت می گردد.

کاردکس مراقبتی برگه ای برای هر بیمار است که در ابتدای پذیرش بیمار در بخش تهیه و اطلاعات دموگرافیک و تاریخچه قبلی بیمار منطبق بر فرم ارزیابی اولیه، دستورات کتبی پزشک و برنامه مراقبتی موجود در پرونده، در آن ثبت می گردد.

پس از هر نوبت ویزیت و تغییر دستورات پزشکی و یا برنامه مراقبتی، کاردکس به روزرسانی شده و پرستاران بخش با مراجعه به آن، اطلاعات لازم در خصوص دستورات پزشکی و برنامه مراقبتی را به طور خلاصه و در کوتاه ترین زمان ممکن دریافت می نمایند. کاردکس از قسمت های مختلف تشکیل شده که در این دستورالعمل به آن پرداخته می شود.

هدف اصلی از تهیه کاردکس برای هر بخش، سرعت عمل در مراقبت از بیمار و به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است. همچنین استفاده از کاردکس، امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات پرونده پزشکی بیمار را یکجا فراهم می کند.

اهداف تنظیم کاردکس:

- ایجاد سرعت و دقت در مراقبت از بیمار
- دسترسی آسان و راحت به اطلاعات ضروری و مهم بیمار
- دستیابی آسان به دستورات دارویی و مراقبتی بیمار
- به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی و خطاهای درمانی و پزشکی
- جمع بندی اطلاعات مهم و ضروری بیمار در یک کاربرگ
- دستیابی آسان به نتیجه مراقبت های ارائه شده

دامنه کاربرد:

با توجه به یکسان سازی کاردکس مراقبتی بیماران از سوی مدیریت پرستاری و ارائه آن به مراکز آموزشی درمانی، ضروری است در کلیه بخش های بستری بیمارستان ها (اعم از دانشگاهی و غیر دانشگاهی) به استثنای بخش های بستری موقت زیر شش ساعت و سرپایی (مانند دیالیز، شیمی درمانی، تالاسمی و...)، کاردکس مراقبتی منحصر به هر بیمار تنظیم، ثبت و مورد استفاده قرار گیرد. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این کاربرگ در سطح بیمارستان ها مجاز نبوده و پیشنهادات مراکز

در خصوص افزودن اطلاعات اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی، باید به صورت مکتوب به این معاونت درمان ارسال گردد تا پس از بررسی، تصمیم نهایی به اطلاع بیمارستان رسانده شود.

اصول مهم در کاردکس نویسی

- ۱- کاردکس مراقبتی بالینی برای هر بیمار در ابتدای پذیرش در بخش بستری، توسط سرپرستار/مسئول شیفت/پرستار مسئول بیمار تهیه و تنظیم می شود.
- ۲- کاردکس مراقبتی بیمار خوش خط، خوانا، با املاء و انشاء صحیح، استفاده از اصطلاحات استاندارد، بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی و بطور کامل و دقیق ثبت گردد.
- ۳- کاردکس بیمار تمیز و مرتب نگه داشته شده و تمامی پرستاران جهت تکمیل آن از الگوی واحد و هماهنگ استفاده نمایند.
- ۴- اطلاعات دموگرافیک و مشخصات بیمار، کلیه داروهای تجویز شده و نیازهای مراقبتی بیمار (بر اساس آخرین دستورات و اطلاعات پرونده بیمار)، کلیه اقدامات تشخیصی/درمانی/پروسیجرها با ذکر تاریخ و ساعت، کلیه مشاوره ها، خلاصه ای از تاریخچه قبلی بیمار، تاریخچه خانوادگی و داروهای مورد استفاده قبلی بیمار و سایر اطلاعات مورد نیاز، بایستی به طور دقیق و بر اساس راهنمای حاضر، در کاردکس ثبت گردد.
- ۵- در صورت نیاز به تعویض/پاکنویس کاردکس، نام پرستار تعویض کننده/پاکنویس کننده و تاریخ و نوبت تعویض/پاکنویس در کاردکس ثبت گردد.
- ۶- در صورت زیاد بودن تعداد داروها و اقدامات مراقبتی/درمانی، ادامه اطلاعات در کاردکس دیگر نوشته شده و با نوشتن جمله: ادامه در کاردکس مراقبتی دوم، این موضوع به اطلاع سایر کارکنان رسانده شود.
- ۷- تا زمان ترخیص بیمار، کلیه کاردکس ها در پرونده پزشکی وی بایگانی گردد.
- ۸- در هر شیفت و بر اساس فرآیند چارت راند، کلیه اطلاعات کاردکس با آخرین اطلاعات موجود در پرونده بیمار توسط سرپرستار/مسئول شیفت تطبیق داده شود.

روش ثبت اطلاعات در کاردکس

نحوه تکمیل کاردکس:

برای ثبت اطلاعات در کاردکس، از سه قلم (خودکار قرمز، خودکار آبی، مداد) استفاده می شود.

خودکار قرمز:

از خودکار قرمز برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند موارد ذیل استفاده می شود:

۱- حساسیت دارویی

۲- ملاحظاتی همچون: خطر خودکشی، وجود زخم یا هرگونه آسیب پوستی، ممنوعیت تزریق عضلانی، ممنوعیت استفاده از اندام (بیماران دیالیزی، ما سکتومی و ...)، گروه خونی، توجهات خاص مثل بیماری عفونی م شمول گزارش دهی (HBS, HCV, HIV و...)، ناتوانی، عوامل خطر و... استفاده می گردد.

۳- قطع نمودن دارو (DC)

خودکار آبی:

از خودکار آبی برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند اطلاعات فردی و مواردی مانند الکترولیتها، داروها، آزمایشات روتین، آزمایشات روزانه و آزمایشات انجام شده، علایم حیاتی زمان پذیرش، مشاوره های انجام شده، توجهات خاص (نوع/تاریخ عمل جراحی، نام جراح و نوع بیهوشی) و تزریق خون و فرآورده های خونی استفاده می گردد.

نکته: در مورد داروی PRN ، ذکر تناوب با خودکار آبی و شرایط با خودکار قرمز الزامیست.

مداد:

از مداد برای ثبت موارد متغیر همچون دستورات پزشک (به غیر از داروها)، سرم ها، کلیه مراقبت های پرستاری، تنظیمات ونتیلاتور و ارزیابی مستمر استفاده می شود.

به طور مثال به مواردی همچون قطع موقت دارو (Hold)، خدمات پاراکلینیک و مشاوره ها (تا زمانی که انجام نشده است)، علایم حیاتی، رژیم غذایی، وضعیت حرکتی، تغییر پوزیشن، رزرو خون و فرآورده های خونی می توان اشاره کرد.

نکته: Hold دارو با ذکر ساعت ثبت گردد.

نکته: داروهایی که در هر شیفت تغییر دوز مصرف دارند (انسولین، داروهای روان و ...) با مداد ثبت شوند.

راهنمای تکمیل کاردکس مراقبتی بیمار

صفحه اول: در سربرگ کاردکس، عنوان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و سپس نام بیمارستان/مرکز پزشکی آموزشی و درمانی ثبت شود.

اطلاعات دموگرافیک

نام و نام خانوادگی:	سن:	شکایت اصلی:	گروه خون و ارهاش:
کد ملی:	جنس:	تشخیص:	تاریخ انتقال:
تاریخ پذیرش:	نام پدر:	پزشک معالج:	بخش مبدا:
کد پذیرش:	بخش:	نوع بیمه:	بیمارستان مبدا:
ساعت ورود:	تخت:		

در این قسمت: گروه خون و ارهاش بیمار با خودکار قرمز ثبت می شود.

تاریخ انتقال: تاریخ ورود بیمار به بخش از بخش قبلی/بخش مبدا: نام بخش قبلی بیمار/بیمارستان مبدا: نام بیمارستان قبلی بیمار

مراقبت های پرستاری

مراقبت های پرستاری از اتصالات				مراقبت های پرستاری	تاریخ
مراقبت های پرستاری	تاریخ تعویض	تاریخ تعبیه	نوع اتصال		
تنظیمات ونتیلاتور	تاریخ	تنظیمات ونتیلاتور	تاریخ	نوع اتصال	
Mode		PS		ETT <input type="checkbox"/>	
Rate		PEEP		TT <input type="checkbox"/>	
TV/PC		Trigger			
FIO ₂		T ins			

بخش مراقبت های پرستاری شامل دو ستون مراقبت های پرستاری و مراقبت های پرستاری از اتصالات می باشد.

مراقبت‌های پرستاری:

مراقبت های پرستاری (اقدامات خاص) شامل نحوه کنترل وضعیت هوشیاری، نحوه کنترل علائم حیاتی، فیزیوتراپی، تغذیه خوراکی، مراقبت های اولیه مانند دهانشویه، مراقبت های پرینه، مراقبت از پوست، مراقبت از زخم، ارزیابی درد، اعزام (با ذکر شرایط شامل: اعزام با دارو، پرونده و ...)، رزرو خون و فرآورده های خونی و ...

نکته: در صورت وجود زخم، جهت ارزیابی زخم از معیار Push Tool استفاده شود.

مراقبت های پرستاری از اتصالات:

کلیه اتصالات (نظیر: سوند فولی، سوند معده، ژژنوستومی، گاستروستومی، لوله تراشه، تراکئوستومی، شالدون، آرترا لاین، چست تیوپ (...)) در ستون نوع اتصال نوشته می شود.

تاریخ تعبیه: زمان اتصال ابزار به بیمار ثبت می شود.

تاریخ تعویض: زمان تعویض اتصال ثبت می شود.

تنظیمات ونتیلاتور:

تنظیمات با ذکر آخرین زمان تغییرات ثبت شود.

مشاوره ها و خدمات پاراکلینیکی

آزمایش های درخواستی		اقدامات پاراکلینیکی و تصویربرداری				مشاوره		
نوع	تاریخ درخواست	نوع / آمادگی		تاریخ درخواست	تاریخ انجام	سرویس مشاوره	تاریخ درخواست	تاریخ انجام
		نوع	آمادگی					
CBC, BUN, Cr (daily)	۱۴۰۲/۲/۲	Brain CT scan	ناشتایی از ۴ ساعت قبل	۱۴۰۲/۲/۲		مشاوره بیهوشی	۱۴۰۲/۲/۳	۱۴۰۲/۲/۲
ALT, AST, ALP (شنبه ها)	۱۴۰۲/۲/۳	یا ویدون کنتراست				مشاوره گوارش اطلاع داده شد.		۱۴۰۲/۲/۲

بخش مشاوره شامل ستون های زیر می باشد:

تاریخ درخواست به معنای زمان ثبت دستور پزشک می باشد.

تاریخ انجام به معنای زمان انجام مشاوره می باشد.

نوع مشاوره به معنای سرویس تخصصی مورد نظر است. مانند مشاوره گوارش، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، درد و ...

نکته ۱: درخواست مشاوره تا زمانی که انجام نشده با مداد ثبت می شود.

نکته ۲: مراحل پیگیری با مداد ثبت می شود (در صورت اورژانسی بودن حتماً قید شود، اطلاع داده شد/ انجام شد).

نکته ۳: بعد از انجام مشاوره، تاریخ انجام مشاوره در ستون مربوطه وارد و با خودکار آبی ثبت می شود.

اقدامات تصویر برداری و پاراکلینیک شامل ستون های زیر می باشد:

تاریخ درخواست به معنای زمان ثبت دستور پزشک می باشد.

تاریخ انجام به معنای زمان انجام آن خدمت می باشد (مثال: تاریخ درخواست اکوکاردیوگرافی ۱۴۰۲/۰۲/۰۲ بوده و در

تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۶ انجام شده است. تاریخ انجام باید در ستون مربوطه ثبت گردد).

نکته ۱: درخواست خدمات تصویر برداری و پاراکلینیک تا زمانی که انجام نشده با مداد ثبت می شود.

نکته ۲: بعد از انجام خدمات تصویر برداری و پاراکلینیک با خودکار آبی ثبت می گردد.

نکته ۳: در صورتی که دستور پزشک مشروط باشد، شرایط درخواست شده توسط پزشک در کاردکس ثبت شود.

(مثال: انجام سونوگرافی مثانه و مجاری ادرار در صورت IO کمتر از ۱۵۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت، انجام CT scan

ریه با کنتراست بعد از اکستیبوب شدن و...)

نکته ۴: در ستون مربوط به آمادگی ها نکات مهم و کلیدی ذکر شود.

آزمایش های درخواستی شامل ستون های زیر می باشد:

تاریخ درخواست به معنای زمان ثبت دستور پزشک می باشد.

آزمایشات درخواست شده با ثبت نام آزمایشات و زمان انجام آن قید شود.

مثال: (6 AM) CBC, Na, K, BUN, Cr یا FBS (6-18)

ارزیابی مستمر:

ارزیابی مستمر:
سطح مراقبتی:
ارزیابی احتمال سقوط:
ارزیابی احتمال زخم فشاری:
ارزیابی احتمال خودکشی:
ارزیابی احتمال سوء تغذیه:
ارزیابی پلی فارمسی:
ارزیابی احتمال ترومبوآمبولی:
ارزیابی احتمال تشنج:
نوع رژیم غذایی و روش تغذیه:
نوع فعالیت:

بخش ارزیابی مستمر شامل ردیف های زیر می باشد:

سطح مراقبتی:

سطح مراقبتی بیمار بر اساس ارزیابی انجام شده تعیین می شود. بدیهی است با توجه به احتمال تغییر سطح مراقبتی بیمار، سطح تعیین شده در ارزیابی اولیه، علاوه بر کاربرد در تدوین برنامه مراقبت، به عنوان مبنایی جهت مقایسه وضعیت بیمار در ارزیابی های مستمر می باشد (راهنمای ارزیابی اولیه با شماره ۷۵۵/ص/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۱/۱۹ و دستورالعمل شیوه مراقبت موردی با شماره ۷۵۴۷۹/ص/۱۳۹۵ مورخ ۱۳۹۵/۱۲/۱۳)

ارزیابی احتمال سقوط:

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط طراحی شده است که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

بیمار را از نظر احتمال سقوط بر اساس معیارها و ابزارهای پیش بینی کننده سقوط (معیار مورس) توصیه شده وزارت بهداشت در راهنمای ابلاغی پیشگیری از سقوط ارزیابی نمایید (راهنمای پیشگیری از سقوط، مرداد ۱۳۹۳).

نتایج ارزیابی و میزان ریسک، علاوه بر فرم ارزیابی، در گزارش پرستاری و کاردکس نیز ثبت گردد.

در صورتی که نتایج ارزیابی حاکی از ریسک سقوط باشد، برای بیمار از دستبند زرد استفاده نماید.

با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر سقوط تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود (راهنمای ارزیابی اولیه با شماره ۷۵۵/ص/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۱/۱۹).

ارزیابی زخم فشاری:

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری طراحی شده است که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

در ابتدا بیمار را از نظر وجود زخم فشاری ارزیابی نموده، سپس بیمار از نظر احتمال خطر ابتلاء به زخم با استفاده از معیارهای پیشگویی کننده (معیار نورتون، برادن و واترلو) ارزیابی و نتیجه با ذکر عدد (امتیاز) در کاردکس ثبت شده، بیماران مستعد شناسایی و اقدامات پیشگیرانه/مراقبتی برنامه ریزی و اجرا گردد (راهنمای پیشگیری از زخم فشاری، مرداد ۱۳۹۴).

نتایج ارزیابی و میزان ریسک، علاوه بر فرم ارزیابی، در گزارش پرستاری و کاردکس نیز ثبت گردد.

در صورتی که نتایج ارزیابی حاکی از ریسک ابتلاء به زخم فشاری باشد، برای بیمار از دستبند زرد استفاده نمایید.

با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود (راهنمای ارزیابی اولیه با شماره ۷۵۵/ص/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۰۱/۱۹).

ارزیابی خطر خودکشی:

ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی به عنوان یک چارچوب مفهومی است که شامل ارزیابی، مداخله و ارزیابی مجدد می باشد. طراحی معیار ارزیابی مقدماتی خودکشی به منظور ارائه خدمات پیشگیرانه از بیماران در معرض خطر خودکشی، امری ضروری است. برای این منظور ابزار غربالگری و سطح بندی ریسک اقدام به خودکشی طراحی گردیده است (راهنمای شناسایی بیماران بزرگسال بستری در معرض خطر خودکشی با شماره ۷۶۵۲۳/ص/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۱۲/۲۷).

بزشکان و پرستاران محترم لطفا جهت تکمیل سوالات غربالگری بیماران در معرض خطر خودکشی بدون در نظر گرفتن علت مراجعه بیمار و شکایت وی؛ شش سوال زیر را پرسیده و بر اساس اقدامات لازم که در راهنما ذکر شده است اقدام نمایید.

ردیف	جدول شماره ۱- سوالات غربالگری بیماران در معرض خطر خودکشی	پاسخ	
		خیر	بله
۱	آیا تا به حال افکاری مربوط به بی ارزشی دنیا و زندگی داشته اید؟		
۲	آیا تا به حال به پایان دادن زندگی فکر کرده اید؟		
۳	آیا تا به حال افکار مربوط به مرگ و مردن داشته اید؟		
۴	آیا تا به حال اقدام به خودکشی کرده اید؟		
۵	آیا در حال حاضر به خودکشی فکر می کنید؟		
۶	آیا تا به حال مرگ را به زندگی ترجیح داده اید؟		

سوالات غربالگری افکار خودکشی (جدول شماره ۱) می بایست جهت کلیه بیماران بستری در معرض خطر تکمیل گردد و در صورتیکه پاسخ به کلیه سوالات خیر باشد نیاز به اقدام خاصی نمی باشد و در صورتیکه هر کدام از سوالات بله باشد به منظور ارزیابی ریسک خطر خودکشی بر اساس جدول اقدامات الزامی سطح بندی ریسک خودکشی (جدول شماره ۲) اقدام شود.

۱- سوال کردن باید بدون قضاوت و تلقین پذیری انجام پذیرد تا در حد امکان پاسخ ها واقعی باشند. و می بایست به بیماران اطمینان داده شود که این سوالات از کلیه بیماران پرسیده می شود تا بیمار احساس ناامنی ننماید و در پاسخدهی سوگیری نداشته باشد.

۲- این سوالات موجب احساس راحتی بیماران در بیان افکارشان خواهد شد.

۳- پاسخ "نه" تنها به یکی از سوالات ممکن است نوعی پرهیز از صحبت درباره افکار مرگ و خودکشی باشد لذا می بایست به سوالات بعدی نیز بپردازید.

نکته: موارد ریسک خطر پایین ارزیابی مجدد جهت تعیین ریسک خطر به صورت دو بار در روز انجام شود.

توصیه می شود سوالات غربالگری در برگه شرح حال کلیه بیماران بستری اضافه شود.

ارزیابی ترومبوآمبولی:

این ارزیابی تا زمان ابلاغ دستورالعمل از وزارت بهداشت مطابق با نظر متخصصین هر مرکز قابل انجام است (معیارهای ارزیابی پیشنهادی: ولز، کاپرینی و جنووا).

پذیرش

پذیرش:
GCS:
T:
PR:
BP:
MAP:
RR:
SpO ₂ :
BMI:
Weight:
Height:

در این قسمت علائم حیاتی بیمار در بدو ورود با خودکار آبی ثبت می شود. در قسمت اندازه گیری فشار خون دست راست یا چپ مشخص می شود.

عوامل خطر

عوامل خطر:	
<input type="checkbox"/>	دخانیت
<input type="checkbox"/>	سوء مصرف مواد
<input type="checkbox"/>	الکل
<input type="checkbox"/>	فشارخون
<input type="checkbox"/>	دیابت
<input type="checkbox"/>	زخم فشاری بدو ورود
<input type="checkbox"/>	بارداری
<input type="checkbox"/>	آلرژی
<input type="checkbox"/>	معلولیت
موارد هشدار دهنده:	

در صورت وجود هر کدام از موارد فوق، با تیک مشخص می شود. در صورت داشتن آلرژی، حتماً نوع آلرژی (غذایی، دارویی یا فصلی) قید شود.

در صورت داشتن زخم فشاری بدو ورود، بهتر است تعداد، درجه، ابعاد و محل در قسمت مراقبت های پرستاری قید و در گزارش پرستاری مختصات زخم بطور کامل ثبت شود.

ثبت عوامل خطر با خودکار قرمز انجام می شود.

توجهات خاص

توجهات خاص:
نوع / تاریخ عمل جراحی:
نوع بیهوشی:
پزشک جراح:
ناتوانی:
بیماری عم (Ctrl) زارش دهی:
سایر:

در این قسمت نوع و تاریخ انجام عمل جراحی، نوع بیهوشی و نام پزشک جراح و نوع ناتوانی بیمار نوشته می شود.

بیماری های عفونی مشمول گزارش دهی شامل دو نوع گزارش می باشد:

بیماریهای مشمول گزارش فوری (تلفنی):

وبا (التو)، فلج شل حاد، دیفتری، سیاه سرفه، کزاز نوزادان، مننژیت، آنفلوانزا، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، سیاه زخم تنفسی، بوتولیسم، هر مورد حیوان گزیدگی، سرخک، سرخجه مادرزادی، تب دانگ، مسمومه، جنون گاوی، شیستوزومیازیس، هر گونه افزایش ناگهانی موارد عفونی و تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF).

بیماریهای مشمول گزارش غیر فوری:

بیماریهای آمیزشی، تیفوئید، شیگلوز، کالا آزار، تب مالت، سالک، عفونت های بیمارستانی، موارد نیدل استیک، لپتوسپیروز، کیست هیداتیک، سیاه زخم جلدی، انواع هپاتیت های وایرال (A,B,C,D)، سل، جذام، کزاز بالغین، عوارض ایمن ساز، HIV مثبت و ایدز.

بیماریهای غیر واگیر، شامل:

سرطان ها، سوانح و حوادث، هایپوتیروئیدی مادرزادی، فنیل کتونوری، تالاسمی ماژور و کمبود آنزیم G6PD.

سایر:

مواردی مانند بیماری های منتقله از راه های خون و فرآورده های خونی، جراحی های خاص، ممنوعیت استفاده از اندام (شالدون و ...)، پیس میکر و ... با خودکار قرمز ثبت شود.

شماره کاردکس: پرستار نگارنده: پرستار بازنویس کننده: تاریخ بازنویسی کاردکس: نام سرپرستار/مسئول شیفت کنترل کننده:

شماره کاردکس: در صورتی که برای یک بیمار بیش از یک کاردکس استفاده شود، کاربرد دارد.

پرستار نگارنده: نام پرستاری که کاردکس قبلی را ثبت کرده است.

نام پرستار بازنویس کننده: نام پرستاری که کاردکس را پاکنویس می کند.

تاریخ بازنویسی کاردکس: در صورت تعویض کاردکس، تاریخ پاکنویس ثبت می شود و کاردکس قبلی در پرونده بیمار بایگانی شود.

نام سرپرستار/مسئول شیفت کنترل کننده: کنترل کاردکس بعد از تعویض بر عهده سرپرستار یا پرستار مسئول شیفت می باشد.

تمامی اطلاعات این قسمت با خودکار آبی ثبت می شود.

صفحه دوم

دارو درمانی

تاریخ	Medicine & Drugs	دوز مصرفی	طریقه مصرف	ساعت تجویز	تاریخ قطع دارو	توجهات پرستاری
۱۴۰۲/۲/۱	Amp Amikacin 500 mg	500 mg	IV	6-14-22	۱۴۰۲/۲/۲	انفوزیون در 100 ^{CC} N/S
۱۴۰۲/۲/۱	Cap omeprazole 20 mg	20 mg	PO	6		ناشتا
۱۴۰۲/۲/۱	Tab warfarin 5 mg	2.5 mg	PO	18		یا کنترل PT, PTT

نکته: ثبت کلیه داروها با خودکار آبی می باشد.

تاریخ: تاریخ دستور پزشک می باشد.

Medicine & Drugs: در این قسمت نام دارو باید ثبت شود. در ثبت نام دارو به سه نکته ذیل توجه شود:

- شکل دارویی (قرص، کپسول، پرل، آمپول، ویال و...)
- نام دارو بطور کامل و خوانا ثبت شود.
- دوز دارو مطابق با نوع داروی موجود در داروخانه بیمارستان ثبت شود (مثال: آمپول کفلین یک گرمی یا ۵۰۰ میلی گرمی جلوی نام دارو نوشته می شود).

دوز مصرفی: دوز درخواست شده توسط پزشک می باشد.

طریقه مصرف: منظور روش مصرف دارو می باشد (خوراکی، گاوآژ، وریدی، عضلانی و...).

ساعت تجویز: زمانبندی دارو بر اساس دستور پزشک و روتین بیمارستان می باشد. ساعت مصرف دارو از ۱ تا ۲۴ ثبت شود.

قطع دارو: در صورت قطع دارو، با خودکار قرمز روی آن یک خط صاف کشیده و در قسمت مربوطه، تاریخ قطع دارو ثبت شود.

نکته: در صورت تغییر دوز دارو، بعد از DC نمودن، نام دارو با دوز جدید در سطر بعد نوشته شود.

نکته: در صورت Hold شدن دارو، با ذکر تاریخ در قسمت توجهات پرستاری با مداد نوشته شود.

توجهات پرستاری: در این قسمت، مواردی که به هنگام تجویز دارو باید مورد توجه قرار گیرد، نوشته می شود (مثال: تجویز دارو با کنترل Bp, PT, PTT، انفوزیون دارو طی ۲۰ دقیقه با میکروست، نوع و حجم سرم جهت انفوزیون داروهای تزریقی و...).

Stat drug & medicine & serum

تاریخ	Stat drug & medicine & serum	داروی اضافه شده	حجم سرم	طریقه مصرف	ساعت تجویز	تاریخ قطع دارو	توجهات پرستاری

دارو و سرم های Stat در قسمت مربوطه تا ۲۴ ساعت بصورت **مدادی** باقی مانده و پس از آن پاک می شود.

Serum and Infuse Medicine or Drugs

Serum and Infuse Medicine or Drugs						
تاریخ	Name	داروی اضافه شده	حجم سرم	ساعت تجویز	تاریخ قطع دارو	توجهات پرستاری

سرم ها و انفوزیون ها در این قسمت نوشته می شود. نکته: مواردی نظیر حجم سرم، تعداد قطرات در دقیقه، ساعت شروع و داروهای اضافه شده در سرم باید ثبت گردد. در صورتی که داروی اضافه شده از لیست داروهای پرخطر بود، با خودکار قرمز ثبت شود.

ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی

تاریخ	ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی	واحد/سی سی	ساعت شروع	ساعت پایان	ایجاد عارضه

در این قسمت ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن با ذکر تاریخ، نوع فرآورده، واحد/سی سی، ساعت شروع، ساعت پایان و در صورت بروز عارضه، نوع عارضه ایجاد شده ثبت می شود.

پروتکل انسولین

تاریخ:	پروتکل انسولین

در این قسمت تاریخ شروع پروتکل انسولین و نحوه تجویز آن ثبت می شود.