



مجموعه سؤالات پرتکرار آموزش، ایمنی و کنترل عفونت

گردآورندگان: ایرما ریحانی (سوپروایزر آموزشی) - زهرا نامدار (سرپرستار بخش زنان) - سعیده لشکری
(کارشناس کنترل عفونت و هماهنگ کننده ایمنی بیمار)
با تشکر از همکاران محترم بیمارستان شهید محمدی و خاتم بندرعباس



بازنگری
پائیز ۱۴۰۲

خداوند متعال وضعیت هیچ امتی را در کون نخواهد ساخت مگر اینکه فعالیت برادرگونی باشد. هر روز ۱۴

فهرست:

ردیف	عنوان	شماره صفحه
۱	منشور حقوق بیمار	۲
۲	شاخص های ایمنی بیمار	۲
۳	مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتند: (Never Event) ۲۹گانه	۲
۴	واک راند مدیریتی ایمنی بیمار	۳
۵	۹راه حل ایمنی بیمار	۳
۶	هفت قانون دارو دهی	۳
۷	روش شناسائی فعال بیماران	۴
۸	راهنمای کد گذاری بیماران پرخطر	۴
۹	ابزار ولز جهت ارزیابی احتمال بروز DVT	۵
۱۰	ابزار ارزیابی اقدام به خودکشی SAD	۵
	زخم فشاری	۶
۱۱	دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس - ویرایش هشتم	۸
۱۲	داروهای مشابه	۱۰
۱۳	داروهای پرخطر "هشدار بالا"	۱۰
۱۴	تعریف Back Up تجهیزات بخش	۱۱
۱۵	ابزار SMART (ترخیص ایمن)	۱۱
۱۶	سیلندر های گازهای طبی	۱۱
۱۷	تزریقات ایمن	۱۱
۱۸	رضایت آگاهانه	۱۳
۱۹	تلفیق داروئی	۱۴
۲۰	داروهای مخدر	۱۴
۲۱	درجه حرارت و رطوبت اتاق ها	۱۴
۲۲	سقوط	۱۴
۲۳	ابزار ISBAR تحویل بیمار	۱۵
۲۴	دی سی شوک	۱۵
	آمبویک	۱۶
۲۵	ترالی دارو - CPR	۱۶
۲۶	هموویزیلانس	۲۰
۲۷	برچسب نمونه آزمایش	۲۱
۲۸	HOT LINE	۲۱
۲۹	مهار فیزیکی	۲۲
۳۰	مهار شیمیائی	۲۲
۳۱	بهداشت دست ها	۲۳
۳۲	جداسازی بیماران (احتیاطات)	۲۴
۳۳	ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی (PPE)	۲۶
۳۴	ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی (PPE)	۲۷
۳۵	اطلاعات آموزشی کارکنان	۲۷
۳۶	ترتیب گزارش پرستاری براساس سیستم به سیستم - تشخیص پرستاری	۲۸
۳۷	منابع	۲۷

منشور حقوق بیمار در چه مکانی نصب می گردد و شامل چه مواردی می باشد؟

منشور حقوق بیمار در تمامی بخش ها در معرض دید مراجعه کنندگان قرار دارد و در قسمت جلوی درب ورودی بخش نصب شده است.

شامل ۵ محور اصلی و ۲۵ زیر محور است که محور ها عبارتند از :

- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده بشود.
- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

شاخص های ایمنی را نام ببرید؟

زخم فشاری- سقوط بیمار- عوارض تزریق خون- ترومبوز وریدی یا آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی- خونریزی یا هماتوم بعد از اعمال جراحی- میزان قلبیت به دنبال تزریق- میزان باز شدن زخم بعد از اعمال جراحی - خطاهای دارویی گزارش شده - CPR ناموفق

تعریف مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد (Never Event) ۲۹گانه:

شدید ترین وقایع ناخواسته که سبب بروز آسیب جدی یا مرگ می شوند و تحت عنوان وقایع تهدید کننده حیات (وقایعی که هرگز نباید اتفاق بیافتد) می شوند در ۷ گروه و ۲۹ کد تقسیم می گردند:

- ۱- وقایع مرتبط با اعمال جراحی
- ۲- وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی
- ۳- وقایع مرتبط با مراقبت بیمار
- ۴- وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار
- ۵- وقایع مرتبط با محیط درمانی
- ۶- وقایع جنائی
- ۷- وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار

آیا در بیمارستان شما راند بازدید مدیریتی ایمنی بیمار (واک راند) انجام می گیرد ؟

بله در واک راند ، جدول زمان بندی (جدول گانت) به بخش ها داده میشود و طبق این جدول بازدید از بخش ها و واحدها با حضور تیم مدیریت بیمارستان انجام می شود.

۹ راه حل ایمنی را بیان نمائید؟

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. شناسایی صحیح هویت بیمار
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفا یکبار مصرف از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

هفت قانون دارو دهی را نام ببرید ؟

۱. داروی صحیح
۲. راه صحیح
۳. زمان صحیح
۴. دوز صحیح
۵. بیمار صحیح
۶. مستند سازی صحیح
۷. حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستوردارویی داده شده

RS^۵ عبارت است از:

۱. داروی صحیح ۲. راه صحیح ۳. زمان صحیح ۴. دوز صحیح ۵. بیمار صحیح

سه موردی که به RS^۵ اضافه می شود عبارت است از:

۱. مستند سازی صحیح دریافت دارو برای بیمار بستری

۲. درج شفاف نام و جزئیات تماس پزشک تجویز کننده نسخه دارویی

۳. آموزش به بیمار یا مراقبین وی در ارتباط با دستور دارویی داده شده.

به یاد سپاری RS ۸ روشی مفید برای به یاد آوردن نکات مهم مرتبط به تجویز یک دارو در زمان نسخه نویسی یا دستورات شفاهی است،

روش شناسایی فعال بیماران

- از بیمار درخواست شود که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد / سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
 - پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
 - اگر بیمار کودک / معلول ذهنی / قادر به تکلم نباشد / هوشیار نباشد ، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / بستگان درجه یک او را شناسایی نمایید .
- در سیستم کد بندی رنگی " رنگ قرمز " فقط برای بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده و " رنگ زرد " برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد زخم فشاری ، در معرض خطر سقوط ، ترومبوآمبولیسم ، ریسک خودکشی ، سوء تغذیه ، تشنج) مورد استفاده قرار می گیرد .

راهنمای کد گذاری بیماران پرخطر در بیمارستان پیامبر اعظم ص قشم

بیماران پرخطر در شیفتهای مختلف شناسایی و بر روی دستبند آنان برچسب زرد نصب و با خودکار آبی کدگذاری روی برچسب ثبت شود و این بیماران تحت نظارت و پایش مستمر باشند. در گزارش پرستاری و کاردکس نیز ثبت گردد.

بیماران با سابقه حساسیت دارویی ، غذایی و... برچسب قرمز بر روی دستبند بیمار الصاق گردد.

ردیف	بیماران پرخطر	کدگذاری روی دستبند زرد	کد گذاری در کاردکس	معیار اندازه گیری
۱	بیماران در معرض سقوط	سقوط	میزان معیار مورس	Morse Score
۲	زخم فشاری	زخم	میزان معیار برادن	Braden Scale
۳	خودکشی	۱۲	میزان معیار SAD	Sad Score
۴	ترومبوز وریدهای عمقی	لخته	میزان معیار ولز	Wells Score
۵	پلی فارمسی	دارو	ثبت کلمه پلی فارمسی	تجویز بیش از ۴ دارو- سابقه مصرف دارو قبل بستری
۶	سوء تغذیه	تغذیه	ثبت میزان BMI و ZSCORE	منحنی رشد- BMI
۷	تشنج	C	کلمه Convulsion	سابقه تشنج بیمار

شناسایی بیماران در چه زمانی انجام میشود ؟ قبل از انجام هر پروسیجر درمانی- تشخیصی شناسایی صورت میگیرد.

در چه مواردی شناسایی بیماران توسط دوتفر از کارکنان واجد صلاحیت به طور مستقل انجام میشود؟

ترانسفوزیون خون، تغذیه مکمل وریدی ، تمامی مراحل نسخه نویسی و نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران

دو شناسه اصلی برای شناسایی بیمار کدامند؟ نام و نام خانوادگی - تاریخ تولد به روز، ماه و سال

در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری از کدام شناسه در دستبند شناسایی استفاده میشود؟ و از چه عبارتی

بر روی جلد پرونده استفاده میشود ؟ نام پدر در دستبند شناسایی - درج جمله ی " احتیاط بیمار با اسامی مشابه بر روی جلد پرونده "

برای بیماران مجهول الهوية از چه مواردی برای شناسایی استفاده می شود؟ کد پذیرش/ شماره پرونده بیمار



SAD PERSONS Scale

مقیاس ارزیابی اقدام به خودکشی

عوامل خطر	معیار	امتیاز
جنسیت (Sex)	زن	۰
	مرد	۱
سن (Age)	بین ۴۲ تا ۴۳ سال	۰
	کمتر از ۲۰ سال یا بالای ۴۴ سال	۱
افسردگی (Depression)	ندارد	۰
	دارد	۱
سابقه اقدام ناموفق به خودکشی (Previous attempt)	ندارد	۰
	دارد	۱
اعتیاد به الکل (Ethanol abuse)	ندارد	۰
	دارد	۱
تفکرات منطقی (Rational thinking loss)	دارد	۰
	ندارد	۱
حمایت های اجتماعی (Social supports Lacking)	برخوردار است	۰
	برخوردار نیست	۱
برنامه ریزی قبلی برای خودکشی (Organized plan)	ندارد	۰
	دارد	۱
وضعیت تاهل (No spouse)	متاهل	۰
	مجرد، بیوه، مطلقه (تنها زندگی می کند)	۱
بیماری (Sickness)	بدون بیماری شدید	۰
	وجود بیماری مزمن، ناتوان کننده و شدید	۱

۲ تا ۰	نحت نظر در منزل با پیگیری های لازم
۴ تا ۳	نحت نظر و بستری در بیمارستان
۶ تا ۵	بستری و نحت نظر ویژه در بیمارستان براساس برنامه مراقبتی مطمئن تنظیم شده
۱۰ تا ۷	بستری اجباری در بیمارستان با پیش بینی تیرهای ویژه و اختصاصی برای بیمار

Wells Score System

DVT بررسی احتمال وقوع

بله	خیر	یافته های بالینی
۱	۰	قلبی، ضعف یا گچ گیری اخیر اندام تحتانی
۱	۰	استراحت مطلق اخیر (بیش از ۳ روز) یا جراحی وسیع در ۴ هفته گذشته
۱	۰	تندیس موقعی در سیستم وریدهای عمقی
۱	۰	ادم کامل هر یک از پاها
۱	۰	ادم ماهیچه پشت ساق یا (calf muscle) با تفاوت ۳ سانتی متر بیشتر از پای دیگر (به اندازه ۱۰ سانتی متر زیر برجستگی تیبیا)
۱	۰	ادم گوده گذار (Pitting edema) در پای آسیب دیده
۱	۰	سیاهرگ های جانبی (کنترل) سطحی یا
۱	۰	سرطان فعال یا سرطان درمان شده طی ۶ ماه اخیر
۲	۰	تشخیص افتراقی از DVT (مانند کیست میکرو، سلولیت، آسیب ماهیچه ای، ترومبوز وریدهای سطحی، نارسایی مزمن وریدها بعد از قلبیت، لنف آدنوپاتی در ناحیه کشاله ران)

نمره ۲-۰	خطر پایین وقوع DVT
نمره ۳-۵	خطر متوسط وقوع DVT
نمره ۶-۸	خطر بالا وقوع DVT

آموزش ضمن خدمت کارکنان و ایمنی بیمار

زخم فشاری چیست؟ جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروی خرد کننده که بر اثر فشرده شدن طولانی این بافت ها میان لایه های حمایت کننده خارجی (بستر) و داخلی (اسکلت) که در محل زائده استخوانی ایجاد می شود را زخم فشاری گویند

معیار ارزیابی زخم PUSH TOOL

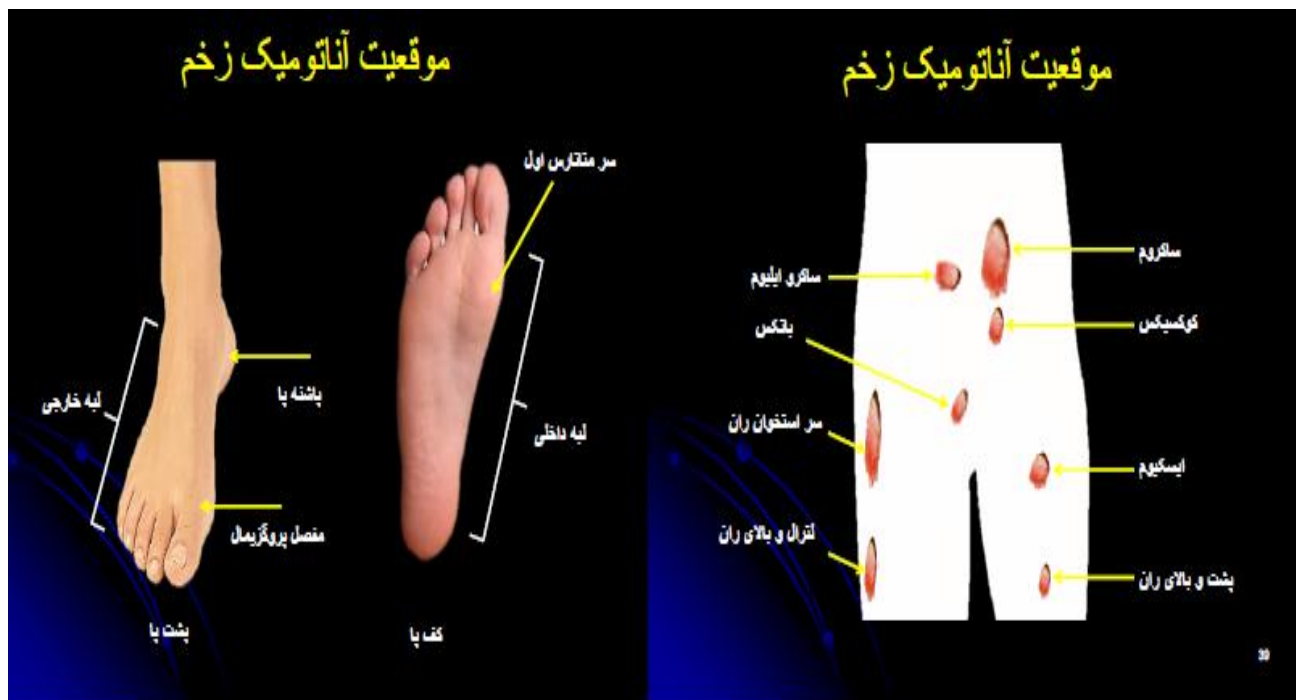
طول x عرض (cm)	برای این قسمت، اندازه بزرگترین طول و بزرگترین عرض زخم را به سانتی متر با خط کش استریل اندازه گرفته و در یکدیگر ضرب نموده و امتیاز عدد حاصل ضرب را در جدول پیدا کنید.
مقدار ماده مترشحه	این قسمت مربوط به میزان آگزودای زخم فشاری است. مقدار آگزودای زخم را بعد از برداشتن پانسمان و قبل از گذاشتن پانسمان دیگر تخمین بزنید: * در مورد زخم فشاری درجه ۱، تاول سالم و همچنین زخم با بافت نکروز خشک؛ امتیاز صفر * در صورتی که میزان ترشحات به گونه ای باشد که کمتر از ۱/۳ پانسمان را درگیر کرده باشد؛ امتیاز ۱ * در صورتی که بین ۱/۳ و ۲/۳ پانسمان را اشغال کرده باشد امتیاز ۲ * در صورتی که بیش از ۲/۳ پانسمان را آلوده کرده باشد، امتیاز ۳ به آن تعلق می گیرد.
نوع بافت	برای تعیین نوع بافت زخم، می بایست بدترین (وخیم ترین بافت) در نظر گرفته شود. به عنوان مثال اگر در یک زخم درجه ۴، حتی به میزان ۱ درصد هم بافت نکروز وجود داشته باشد (علی رغم وجود سایر بافتها در بستر زخم) باید بافت نکروزه را به عنوان وخیم ترین بافت در نظر گرفته امتیاز ۴ بدهید.  بسته اندومیم شده  بافت مخاطی  بافت گوشت  بافت زرد شبیه دانه (سلولاف)  بافت نکروزه

اقدامات مراقبتی و پیشگیری از زخم فشاری:

ارزیابی پوست -برطرف کردن فشار- تغذیه مناسب- ماساژ استاندارد پشت بیمار- کنترل ملحفه و البسه- حمام- تشک مواج- تغییر پوزیشن

در بیماران با ریسک بالا و خیلی بالا، و همچنین تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی و یا غیرقابل حرکت انجام می شود. در پوزیشنهای لترال بهتر است از بالشهای کوچک مابین نواحی استخوانی استفاده نمود(در تمامی موارد ، تغییر پوزیشن هر دو ساعت بوده اما در کودکان و نوزادان در بخشهای ویژه هر ۴ ساعت انجام می گیرد.





جهت پیشگیری از زخم فشاری در بیماران بستری از چه ابزاری برای ارزیابی آنان استفاده می شود؟ برای ارزیابی بیماران در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری با توجه به عوامل داخلی و عوامل خارجی از معیار برادن براساس جدول ذیل استفاده می شود:

ارزیابی زخم فشاری بر اساس معیار برادن

ارزیابی توانایی در تغییر وضعیت و جابجایی	ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی بیمار	ارزیابی رطوبت پوست بیمار
۱ بیمار بدون کمک قادر به جابجایی نیست.	۱ توانایی یا اجازه خروج از تخت را ندارد.	۱ پوست بیشتر خیس است.
۲ گاهی قادر به جابجایی است.	۲ توانایی راه رفتن بسیار محدود است.	۲ پوست اغلب مرطوب است.
۳ بیمار اکثر اوقات قادر به جابجایی است.	۳ اغلب اوقات در تخت یا صندلی است.	۳ پوست نسبتاً مرطوب است.
۴ بیمار قادر به جابجایی است.	۴ توانایی راه رفتن به طور مستقل دارد.	۴ پوست معمولاً خشک است.
ارزیابی توانایی در تغییر وضعیت و جابجایی	ارزیابی وضعیت تغذیه	ارزیابی سلامت درک حسی
۱ بیمار توانایی حرکت مستقل را ندارد.	۱ بیمار به ندرت بیش از ۱/۳ غذايش را می خورد.	۱ عدم توانایی در احساس درد در اکثر نقاط بدن
۲ بیمار نسبتاً حرکت مستقل دارد.	۲ بیمار فقط ۱/۲ وعده غذايش را می خورد.	۲ عدم توانایی در احساس درد در نیمی از نقاط بدن
۳ بیمار توانایی حرکتی مستقل دارد.	۳ بیش از ۱/۲ وعده غذايش را می خورد.	۳ عدم توانایی در احساس درد در ۱ یا ۲ اندام بدن
۴ بیمار وعده غذايش خود را می خورد.	۴ بیمار وعده غذايش خود را می خورد.	۴ توانایی پاسخ مناسب به درد را دارد.
کنترل معمولی: بالاتر از ۱۹	ریسک پائین: ۱۵-۱۸	ریسک متوسط: ۱۳-۱۴
ریسک بالا: ۱۰-۱۲	ریسک بالا: ۹	ریسک خیلی بالا: کمتر از ۹

توجه: در صورتی که نمره برادن بیمار ۱۲ و کمتر باشد در هر شیفت ارزیابی بایستی تکرار گردد.

دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس - ویرایش هشتم

1. **ترالی احیای اورژانس:** عبارت است از کمد متحرک دارو و تجهیزات احیا به رنگ قرمز با 5 کشو در ابعاد متفاوت که 2 کشو اول آن مطابق استاندارد، شلف بندی می باشد. ترالی احیاء حاوی داروهای حیات بخش اورژانس و است. تجهیزات مورد استفاده در عملیات احیای قلبی ریوی (CPR) است.

2. **قفسه داروهای اورژانس:** عبارت است از قفسه ای که در بخش اورژانس موجود است و حاوی داروهای ضروری و در صورت لزوم داروهای ترجیحی بخش اورژانس می باشد.

3. **داروهای حیات بخش:** داروهایی هستند که وجود آنها در ترالی احیاء بخش اورژانس تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی، ضروری و غیر قابل حذف بوده و عدم وجود آنها موجب آسیب پایدار و تهدید حیات بیمار می گردد.

4. **داروهای ضروری:** داروهایی هستند که وجود آنها در قفسه دارویی بخش اورژانس تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی اجباری است و امکان حذف و یا کم کردن تعداد هیچ کدام از آنها وجود ندارد

5. **داروهای ترجیحی:** داروهایی هستند که وجود آنها در بخش اورژانس بیمارستان های عمومی ارجحیت دارد، بنابراین توصیه می شود این داروها در داروخانه شبانه روزی مراکز درمانی با در نظر داشتن شرایط صحیح نگهداری، در دسترس قرارگیرد.

6. **داروهای القای بیهوشی و آرام بخشی:** داروهایی هستند که وجود آنها فقط در بخش اورژانس مراکز درمانی دولتی و غیردولتی دارای متخصص طب اورژانس یا متخصص بیهوشی مقیم در اورژانس، ضروری است.

7. **داروهای شل کننده عضلات:** داروهایی هستند که وجود آنها فقط در بخش اورژانس مراکز درمانی دولتی غیردولتی دارای متخصص طب اورژانس یا متخصص بیهوشی مقیم در اورژانس، ضروری است.

8. **آنتی دوت های ضروری و ترجیحی مسمومیت ها:** آنتی دوت هایی که در بیماران مسمومیت در بخش های اورژانس استفاده می شوند که در دستورالعمل حاضر به صورت آنتی دوت های ضروری و ترجیحی ارائه شده است.

9. **داروهای با هشدار بالا:** داروهایی هستند که بروز اشتباه در مصرف آنها با خطر بالایی از ایجاد آسیب های جدی حتی مرگ بیماران همراه می باشد. باید بر اساس بخشنامه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا، اقدامات لازم در خصوص برچسب گذاری و استفاده از این گروه از داروها صورت گیرد.

تغییرات ویرایش ۸ ترالی احیا:

تغییرات کشوی اول:

- اضافه شدن آمپول اپی نفرین ۱۰ سی سی (۱/۱۰۰۰) به کشوی اول بعد از آب مقطر به جای اپی نفرین یک سی سی (۱/۱۰۰۰) است. (در احیا مصرف دارد)
- کاهش داروهای ترالی اول شامل:
- آمپول آمیودارون از ۵ به ۳
- آمپول لیدوکائین ۲٪ از ۵ به ۳
- آمپول دوپامین از ۳ به ۲
- آمپول نالوکسان از ۱۰ به ۵
- آمپول دیازپام از ۱۰ به ۵
- آمپول فنوباربیتال در ویرایش هشتم ستاره دار شده و آمپول فنی توئین ستاره دار نمی باشد.

تغییرات کشوی دوم:

- اپی نفرین یک سی سی (۱/۱۰۰۰) تعداد ۱۰ عدد به کشوی دوم بعد از فامونتیدین اضافه شده است. (در واکنش های آنافیلاکسی مصرف دارد.)
- آمپول نور اپی نفرین (لئوفد) به تعداد ۳ عدد اضافه و ستاره دار است.
- دکستروز ۵۰٪ از ۳ عدد به ۲ عدد کاهش یافته است.
- قرص ASA میلی گرم ۳۲۵ حذف شده است و قرص ASA ۱۰۰ میلی گرم باید فقط موجود باشد.

تغییرات کشوی سوم :

- آنژیوکت آجری، سرنگ گاوآژ و سرسوزن حذف شده است.
- انواع سرنگ ها، سرنگ انسولین، آنژیوکت خاکستری و آبی و زرد، سه راهی، آنژیوکت، هپارین لاک، اسکالپ، انواع لوله های آزمایش، ست کا میکروست و ست سرم تعدادشان کم شده است. اکستشن تیوب و کاتتر ورید مرکزی اضافه شده است.

تغییرات کشوی چهارم :

- NGT از ۳ به ۱
- باند دو عدد ۱۵ و ۱۰ سانت
- گاز استریل از ۲۰ به ۵
- نلاتون یک عدد در رنگهای مختلف
- سوند فولی یک عدد در سایز های مختلف بجز ۱۲ و ۱۴
- کیسه ادراری ۱ عدد
- دستکش استریل / لاتکس ۵ جفت
- یک بار مصرف از ۱ بسته به ۵ جفت
- تیغ بیستوری ۱ عدد
- نخ بخیه ۲ عدد (۱-۰) کات

تغییرات کشوی پنجم:

- نوار احیا براسلو (جهت تخمین میزان دارو براساس قد و وزن کودکان)
- آمبو بگ نوزاد، ماسک LAM نوزاد اضافه شده است.
- نازل ایروی، گوشی پزشکی، کاف فشار سنج اطفال و بزرگسال حذف شده است.
- تعداد لوله های ETT کاف دار (۸،۵) از هر سایز دو عدد
- تعداد لوله های بدون کاف از هر سایز دو عدد اضافه شده است.
- آمبوبگ بزرگسال، کودکان، کانولای بینی، رابط اکسیژن، ایر وی و سه راهه رابط ساکشن ۲ عدد می باشد.
- توجه: وجود ست تزریق داخل استخوانی اینترا اسئوس در کشوی دوم و تی پیس نوزادان و تشک گرمائی در کشوی پنجم اختیاری است.
- لزوم وجود کیف احیا بزرگسالان در ترالی نوزادان ذکر شده است.

دو پیام مهم ایمنی دارویی:

- ❖ داروهای فاقد برچسب مشخصات به دور انداخته شوند.
- ❖ هیچگاه دارویی را که به طور ۱۰۰ درصد نمی دانید چیست، به بیمار ندهید.

نحوه چیدمان داروهای ترالی در کشوی اول و دوم چگونه است؟ از راست به چپ و از جلو به عقب و به صورت مارپیچی

داروهای ستاره دار چه نوع دارویی هستند؟ داروهایی که در زمان استفاده نیاز به مانتیورینگ قلبی دارند.

چه مواردی در ارتباط با داروهای مشابه باید رعایت شود؟

بررسی و رعایت 7RS - خواندن دقیق مشخصات دارویی در هر بار تجویز و عدم اتکا به تشخیص دیداری، مکان دارو، بیویژه در ترالی اورژانس که داروهای مشابه و پرخطر نزدیک بهم هستند - نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در تریتمنت - برچسب زرد رنگ بایستی به نحوی روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد - در تمامی انبار های بیمارستان ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه بابرچسب زرد نشان گذاری شود - داروهای هشدار بالا که شباهت اسمی یا شکلی دارند فقط برچسب قرمز زده شود - الکترولیت های با غلظت بالا را در استوک پرستاری قرار ندهید - از حروف درشت در نوشتن داروهای مشابه اسمی استفاده کنید مانند روش TALL MAN LETTERING مانند DOPamin در مقابل DOBUTamin

داروهای پرخطر " هشدار بالا " چه داروهایی هستند؟

داروهایی هستند که هنگام تجویز نیاز به چک مستقل دوگانه (دبل چک) دارند و شامل:

- داروهای مندرج در لیست 12 گانه
- داروهای سیتوتوکسیک
- داروهای مخدر
- انسولین
- داروهای بلاک کننده عصب عضله و بیهوشی تزریقی

نکته: داروهای 12 گانه بایستی از داروخانه دارای برچسب قرمز بر روی خود دارو داشته باشند و لیبل باکس داروهای قرمز ۱۲ گانه فونت ۴۸ داشته باشند.
باکس سایر داروهای پرخطر هم لیبل قرمز داشته باشند.

داروهای هشدار بالا و داروهای ۱۲ گانه پرخطر چگونه برچسب گذاری میشوند؟

در تمامی محل های نگهداری دارو (انبار، داروخانه، تریتمنت، ترالی کد، واحدهای درمانی) برچسب گذاری قرمز روی جعبه کشو/قفسه/سبد، نام دارو و قدرت دارویی با زبان فارسی و فونت ۴۸ قابل رویت و خوانا به رنگ خط مشکی درج میگردد.

احتیاطات وتوجهات در مورد داروهای هشدار بالا را بیان نمایید ؟

بررسی و رعایت 7RS* بر روی تمام وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای هشدار بالای نیازمند چک مستقل دوگانه شامل باتل، میکروست، سرنگ پمپ انفوزیون برچسب قرمز الصاق شود* در قسمت ثبت داروی هشدار بالا در گزارش پرستاری حتما دوبرستار مهر و امضا نمایند* در زمان نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند از حروف بزرگ استفاده نمایید* تجویز تلفنی یا شفاهی داروی هشدار بالا محدود نمایید* ممنوعیت دسترسی آزاد به داروهای هشدار بالا

- ❖ ویال یا آمپول پتاسیم کلراید دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی قرار گیرد.
- ❖ ویال های انسولین را برحسب نوع بطور مجزا در یخچال نگهداری کنید و تاریخ بازکردن و انقضا دارو را برروی ویال درج نمایید.
- ❖ ویال های هپارین با غلظت های متفاوت به صورت جداگانه نگهداری شوند.

تعریف Back UP بخش چیست و در صورتیکه تجهیزات ضروری بخش شما خراب شود، می دانید از کدام بخش باید وسایل دریافت کنید ؟

بخش Back Up به معنای بخش پشتیبان است و بایستی تمامی پرسنل از مکان نگهداری لیست مطلع بوده و بدانند که بخش Back Up بخش خود کدام است.

برای ارتقاء تریخیص ایمن از چه ابزاری استفاده میشود ؟ ابزار SMART

در ابزار اسمارت به چه مواردی اشاره میشود ؟

۱- علائم و نشانه ها (signs) ۲- داروها (medications) ۳- زمان ویزیت بعدی (Appointments) ۴- نتایج (Results) ۵- صحبت های لازم (Talk with me)

سیلندر گاز اکسیژن (O2) - سیلندر گاز نیتروژن (N2) و گاز دی اکسید کربن (CO2) چه رنگی است ؟

سیلندر گاز اکسیژن سفید - سیلندر گاز دی اکسید کربن خاکستری و سیلندر گاز نیتروژن سیاه می باشد. گاز N₂ نیتروکساید آبی

تزریقات ایمن به چه معنا است ؟

۱- به بیمار آسیب نرساند ۲- به کارکنان خدمات بهداشتی آسیب نرساند ۳- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.

خطر انتقال عفونت منتقله از راه خون به چه عاملی بستگی دارند ؟ ۱- عامل بیماری ۲- حجم عفونت ۳- نوع مواجهه

اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات را نام ببرید؟ رعایت بهداشت دست - پوشیدن دستکش در مواقع ضروری - استفاده از وسایل حفاظت فردی یکبار مصرف - آماده سازی و ضد عفونی پوست

برای ضد عفونی پوست چه گام هایی باید برداریم ؟ از سواب پنبه الکل یکبار مصرف استفاده کنیم - موضع تزریق را از مرکز به خارج با پنبه الکل ضد عفونی کنیم - پنبه الکل را بمدت ۳۰ ثانیه در موضع بمالید - هرگز از سواب پنبه الکل موجود در ظرفی که در الکل خیس خورده است بدلیل آلودگی با باکتری استفاده نکنیم.

گام های ضروری در تزریقات را نام ببرید؟ بهداشت دست را طبق استاندارد انجام دهید - در صورت نیاز به گذاشتن درپوش سرسوزن به صورت یک دستی اقدام نمایید و از دو دست استفاده نشود- لوله نمونه خون را قبل از ورود سرسوزن به داخل آن در راک قرار دهند - از یک جفت

دستکش یکبار مصرف برای بیش از یک تزریق استفاده نکنند - سرنگ، سرسوزن و لانس را فقط یکبار مصرف کنیم - بعد از ضدعفونی، موضع تزریق را لمس نکنید - سرسوزن را در خارج از سفتی باکس نیندازید - سفتی باکس را بیش از 3/4 پر نکنید و یا درب آن را جدا ننمایید - در صورت وقوع نیدل استیک بلافاصله این واقعه را طبق پروتکل داخلی بیمارستان اطلاع دهد.

جمع آوری پسماندهای بیمارستانی از بخش ها جهت ارسال به واحد امحا زیاله چگونه انجام گردد؟ زمان دفع پسماندها عفونی و عادی

(بر اساس تفکیک کدبندی رنگی) نایلون ها بیش از دو سوم پر نشوند و حتما برچسب با تاریخ و نام بخش داشته و در در انتهای شیفیت با آسانسور مخصوص و از مسیر مشخص شده به واحد امحا ارسال گردد. پسماندهای شیمیائی بر همین اساس زمانی که سه چهارم سطل پر گردید امحا می شود.

دفع بهداشتی ویالهای چنددوژی در چه صورتی انجام میشود؟ در صورتی که استریلیتی و یا محتوی ویال خراب باشد - در صورتی که تاریخ انقضا دارو گذشته باشد - در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری نشده باشد - در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده اقدام گردد. زمانی که تاریخ تولید یا انقضا دارو زده نشود

پس از آماده سازی ویالهای مولتی دوز چه مشخصاتی بر روی ویال نوشته میشود؟ تاریخ و زمان آماده کردن دارو تاریخ انقضا دارو - نام پرستار - میزان حلال

برای جلوگیری از ایجاد جراحات کارکنان بهداشتی حین تزریقات چه اقداماتی باید انجام داد؟ برای شکستن سر ویالهای دارویی از یک پد استفاده کنید - از گذاشتن در پوش سر سوزن بعد از تزریق خودداری کنید - در صورت نیاز به درپوش، از روش یک دستی استفاده نمایید - از شکستن یا خم کردن سرسوزن خودداری کنید - سایر اشیاء تیز و برنده را در سفتی باکس بیاندازید - به منظور پیش گیری از جراحات دفع سرنگ و سرسوزن باهم صورت گیرد - از باقی ماندن ظروف ایمن بیش از 5 روز در محیط درمانی خودداری شود و تاریخ و نام بخش و نوع پسماند (تیزوبرنده) بر روی آن ثبت گردد - ظروف ایمن حاوی پسماند را جهت انتقال به واحد امحا زیاله مهر و موم کنید و از خالی کردن مجدد آن جلوگیری شود.

محلول ارجح برای آماده سازی پوست طبق توصیه CDC محلول کلرهگزیدین گلوکونات 2٪ است اما در کشور ما از الکل 70٪ برای این منظور استفاده می شود.

- هرگز از پنبه الکل از قبل آماده شده استفاده نکنید.

- به جای پنبه الکل آماده، پنبه بسته بندی یکبار مصرف، پنبه استریل شده یا اتوکلاو و یا پد الکلی مورد استفاده قرار گیرد.

- الکل 70 درجه بیش از الکل 90 درجه خاصیت میکروب کشی دارد. لذا استفاده از الکل 70 درجه جهت گندزدایی وسایل و ضدعفونی پوست، ارجحیت دارد. رقیق کردن الکل بایستی توسط کاربر آموزش دیده و در محیط مناسب (و نه در بخش) انجام شود از ظرف به ظرف کردن الکل خودداری کنید. الکل را به صورت اسپری های آماده و یا داخل شیشه اصلی دارای برچسب مشخصات در بخش نگهدارید.

- هنگام تزریق، پوشش پلاستیکی روی ویال را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درجه یا ترکیبات کلرهگزیدین تمیز کرده و بگذارید خشک شود.
- از یک سرنگ برای کشیدن محلول فقط یکبار استفاده کنید. اگر فقط سرسوزن عوض شود، باز هم امکان انتقال عفونت وجود دارد. - در هر بار استفاده از ویال باید از سرنگ و سوزن استریل استفاده شود. سوزن به هیچ وجه نباید روی پوشش پلاستیکی سر ویال باقی بماند چون راه مستقیم ورود میکروب است.
- در بیشتر مواقع توصیه می شود ویالها بعد از مصرف در یخچال نگهداری شوند، ولی در مورد ویال لیدوکائین نگهداری در یخچال امکان رشد ارگانیسم های استافیلوکوک اورئوس را فراهم می کند.
- در بخش هایی مثل همودیالیز بهتر است از ویالهای مولتیپل دوز استفاده نشود. در صورت استفاده، برای هر بیمار ویال جداگانه استفاده شود.

موارد تزریقات ایمن در دادن دارو را نام ببرید ؟

- از تعویض سرسوزن و استفاده مجدد یک سرنگ برای چند بیمار خودداری فرمایید - از یک سرنگ و سرسوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده نکنید - از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب فرمایید - از ویالهای تک دوزی استفاده نمایید- ویالهای چند دوزی را به یک بیمار اختصاص داده و برچسب نام و تاریخ روی آن ویال باشد - ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به احتمال آلودگی با اسپری و ترشحات محیطی قرار ندهیم - به طور همزمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیمار باز نکنید.

اخذ رضایت آگاهانه در چه پروسیجریهای الزامی و در چه مواردی الزامی نیست ؟

- در تمامی اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی و پروسیجریهای تهاجمی الزامی است.
- اخذ رضایت آگاهانه از بیماران در وضعیت های تهدید کننده زندگی و اختلالات هوشیاری الزامی نیست.

حداکثر مدت اعتبار رضایت آگاهانه چند روز است ؟

- در مورد عمل جراحی / پروسیجریهای تهاجمی حداکثر ۳۰ روز میباشد ولی در بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی ، ترانسفوزیون مکرر خون ، پلازما فرز ، دیالیزخونی و صفافی و.. به شرط ثابت ماندن شرایط این رضایت نامه بمدت یکسال اعتبار دارد. «هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.

چه پروسیجریهایی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد ؟

- تعبیه ی سوند فولی - باز کردن راه وریدی محیطی - گذاردن لوله معده - تزریق وریدی - پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی / بعد از مواجهه نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

تلفیق دارویی را تعریف نمایید ؟

- تلفیق دارویی فرآیند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی به منظور پیشگیری از حذف ، مصرف بیش از میزان دستور داده شده ، خطای مرتبط به دوز با تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت (تغییر در مجموعه ارائه کننده ، نوع خدمت ، پزشک و سطح خدمت) بایستی انجام شود درواقع تلفیق دارویی کار مشترک ارائه کنندگان خدمت است.

لیست داروهای مشمول تلفیق دارویی را نام ببرید ؟

- ۱- داروهای نسخه شده ۲- ویتامین ها ۳- داروهای روی پیشخوان ۴- مواد تشخیصی و کنتراست ها ۵- تغذیه مکمل ۶- فرآورده های خونی ۷- مایعات وریدی ۸- مواد غذایی ۹- داروهای گیاهی

نکته مهم درخصوص داروهای مخدر را نام ببرید.

- نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص و بالاتر انجام شود.
- استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستور دارویی
- درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفتها
- الزام به چک مستقل دوگانه

درجه حرارت اتاق بیماران چقدر باید باشد؟ در تابستان ۲۸ - ۲۴ ----- در زمستان ۲۳ - ۲۰

رطوبت نسبی اتاق بیماران چقدر باید باشد؟ در تابستان ۶۰ - ۵۰ ----- در زمستان ۵۰ - ۳۰

اتاق زایمان دمای اتاق ۲۵-۲۶

سقوط را تعریف نمایید و دو دسته از عوامل سقوط را نام ببرید ؟ سقوط به عنوان افتادن به زمین منجر به آسیب یا بدون آسیب تعریف می نمایند و دو دسته عوامل داخلی و عوامل خارجی در بروز سقوط دخیل می باشد عوامل داخلی عواملی است که منشا فیزیولوژیک دارد و عوامل خارجی با علل محیطی و سایر مخاطرات مرتبط می باشد.

عوامل خطرزای داخلی سقوط را نام ببرید ؟ ۱- سابقه سقوط قبلی ۲- اختلالات بینایی ۳- قامت لرزان و نوع راه رفتن ۴- وضعیت مختل عملکردی ۵- مشکلات سیستم عضلانی اسکلتی مانند استئوپروز و آتروفی عضلانی ۶- وضعیت مغزی مانند گیجی، عدم هوشیاری و اختلال حافظه ۷- بیماریهای حاد که توام با افت فشارخون وضعیتی سخته و لرزش باشد ۸- بیماریهای مزمن مانند دیابت، دمانس، پارکینسون، گلوکوم، کاتاراکت، پف آرتريت ۹- جنسیت مونث ۱۰- اختلالات قلبی عروقی ۱۱- بیماران سالمند ۱۲- آنمی و کمبود ویتامین D

عوامل خطرزای خارجی سقوط را نام ببرید ؟ ۱- مصرف داروهای موثر بر سیستم عصبی مرکزی مانند آرام بخش، مسکن ها، آنتی کواگولانت ها، شیمی درمانی ۲- فقدان ریل های کمکی در دستشویی ها ۳- طراحی نامناسب اسباب و اثاثیه اتاق و بخشها ۴- شرایط زمین مانند کفپوش کنده شده وسطوح لغزنده ۵- عدم کفایت نور محیط ۶- کفش تنگ و بدون حفاظ ۷- عدم کفایت وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر، عصا و واکر ۸- پایین بودن نسبت کمک پرستاران و پرستاران به بیماران

مهمترین اقدامات پیشگیری از سقوط را عنوان نمایید ؟ ۱- در صورت مثبت شدن معیار موریس برای پیشگیری از سقوط طرح درمانی بریزید ۲- در صورت سقوط، بیمار را از نظر آسیب احتمالی بررسی نمایید ۳- در ابتدای تحویل شیفت آموزش های لازم در مورد پیشگیری از سقوط به بیمار و همراه داده شود ۴- از بیمار بخواهید که در صورت لزوم درخواست کمک کند ۵- در کنار تخت بیمار صندلی راحتی بگذارید ۶- راهروهای منتهی به دستشویی دارای نور کافی و فارغ از هرگونه مانع و اشیا اضافی باشد ۷- در صورت نیاز بیمار وسایل کمک حرکتی مانند واکر در دسترس بیمار باشد ۸- حفاظ تخت بیماران همیشه بالا نگه دارید ۹- ارتفاع تخت از سطح زمین را ارزیابی نمایید ۱۰- محیط را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بررسی نمایید ۱۱- بیماران در معرض خطر را تنها رها نکنید ۱۲- در زمان انتقال بیماران از بالا بودن حفاظ برانکاردها مطمئن شوید ۱۳- جابجایی بیماران را به صورت ایمن انجام دهید ۱۴- در شب محیط راه به صورت نسبی روشن نگه دارید.

جهت پیشگیری از سقوط بیماران از چه ابزاری استفاده می شود؟ بر اساس اطلاعات فراهم آمده ابزار مورس جدول ذیل بکار گرفته می شود و سپس بایستی مداخلات با توجه به نیاز بیمار طراحی و تنظیم شود.

بررسی ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)		
Morse Fall Risk Assessment		
عوامل خطر (Risk Factor)	معیار (Scale)	امتیاز (Score)
سابقه سقوط	ندارد	۰
	دارد	۲۵
تشخیص ثانویه	خیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعال)	۰
	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	۱۵
وسایل کمک حرکتی	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله	۰
	استفاده بیمار از عصا و واکر	۱۵
	بیمار هنگام راه رفتن از اثاثیه (کمد، صندلی و ...) اطراف خود کمک می گیرد.	۳۰
مانع درمانی و ریدی یا هپارین	ندارد	۰
	دارد	۲۰
الگوی گام برداشتن و حرکت	نرمال	۰
	ضعیف	۱۰
	معیوب	۲۰
	طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود)	۰
وضعیت روانی - ذهنی	اغراق در توانایی / فرموش کردن محدودیت ها	۱۵
ریسک پائین: ۰-۲۴	ریسک متوسط: ۲۵-۴۴	ریسک بالا: ۴۵ و بالاتر

تغییر و تحول شیفت در مجتمع شما چگونه انجام می شود؟

بر اساس استاندارد ISBAR - I : (معرفی بیمار)، S : Situation (بیان شرایط فعلی)، B : Background (سوابق پزشکی)،
A : Assessment (نتایج ارزیابی های انجام شده)، R : Recommendation (دستورات پزشک یا اقداماتی که باید برای بیمار انجام شود).

واردی که در خصوص کار با الکتروشوک باید آگاهی کامل داشته باشید:

- نحوه چک کردن دستگاه: در ابتدای هر شیفت توسط فرد مسئول دستگاه چک شده و خروجی آن در دفتر مخصوص قرار داده می شود.
- انواع دستگاه: بای فازیک (جریان دو طرفه و تخلیه انرژی تا ۲۰۰ ژول) منو فازیک (جریان یک طرفه و تخلیه انرژی تا ۳۶۰ ژول)
- ریتم های غیر قابل شوک: آسیستول و PEA
- ریتم های قابل شوک: VF و PVT (نرم)
- در حالت سینکرونایز انرژی کجا تخلیه می شود؟ ابتدای موج R
- جهت چه ریتمی از حالت سینکرونایز استفاده می شود؟ VT دارای نبض
- پدال ها کجا قرار می گیرند؟ Apex (فضای بین دنده ای ۵ و ۶ سمت چپ)، Sternum (فضای بین دنده ای ۲ و ۳ سمت راست)
- چه مقدار وزن بر روی قفسه سینه بیمار وارد می کنید؟ ۱۰ تا ۱۲ کیلوگرم
- از چه ماده رسانایی جهت انتقال انرژی استفاده می کنید؟ ژل الکتروود و اگر نبود گاز خیس را در محل مورد نظر گذاشته و سپس بر میداریم تا پوست مرطوب شود ولی مقدار ژل و آب مورد استفاده نباید به گونه ای باشد که بین پدال ها اتصال و ارتباط برقرار شود.
- شرایط کار دیوورژن درمانی چیست؟ موجود بودن دستور پزشک، اخذ رضایت آگاهانه و استفاده از داروهای سدیشن

مواردی که در خصوص کار با آمبویک باید آگاهی کامل داشته باشید:

- نحوه چک کردن دستگاه: ۱- ابتدا بهداشت دست را رعایت کنید. ۲- اگر ماسک به آمبویک وصل است ابتدا آن را جدا کنید. ۳- دریچه اطمینان را ببندید. ۴- با استفاده از کف دستتان مسیر خروجی را ببندید ۵- بگ را فشار داده و توجه کنید که نشتی دارد یا خیر.
- چه موقع دریچه اطمینان باید بسته باشد؟ هنگام چک کردن دستگاه، وقتی با استفاده از ماسک می خواهیم تهویه را انجام دهیم.
- چه موقع دریچه اطمینان باید باز باشد؟ در صورت وجود راه هوایی مستقیم (لوله تراشه، تراکئوسومی و LMA)
- کیسه ذخیره چه کاری انجام می دهد؟ اکسیژن را ذخیره کرده و باعث می شود FIO2 بیشتری به بیمار انتقال یابد
- گنجایش بگ در آمبویک چقدر است؟ ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ سی سی و ما فقط ۵۰۰ تا ۷۰۰ سی سی از آن را مجاز هستیم که تخلیه کنیم (۱/۳ ظرفیت)

مواردی که در خصوص ترالی اورژانس و داروهای آن باید آگاهی کامل داشته باشید:

- داروی ستاره دار به چه معنی است؟ داروهایی که نیاز به مانیتورینگ قلبی دارند
- استثناء آمپول هالوپریدول چیست؟ فقط در تزریق وریدی نیاز به مانیتورینگ قلبی دارد
- یک عدد آمپول لورازپام را از ترالی خارج کنید: در ویرایش جدید لورازپام حذف شده است و دیازپام مجدد جایگزین شده
- یک عدد لوله تراشه سایز ۶ را از ترالی خارج کنید: در کمترین زمان ممکن این کار باید انجام شود و باید تسلط کامل نسبت به محل قرارگیری وسایل داشته باشید.
- چه هنگام از آتروپین در احیا استفاده می کنیم؟ آتروپین در احیاء استفاده نمی شود ولی اگر بیمار برگشت و برادیکاردی داشت استفاده خواهد شد.
- اگر داروی آتروپین کمتر از دوز درمانی تزریق شود چه اتفاقی می افتد؟ اثر عکس داشته و برادیکاردی تشدید می گردد.
- کاربردهای دیگر آتروپین را نام ببرید؟ آنتی دوت در مسمومیت با ارگانوفسفره ها و استفاده در برخی از اعمال جراحی جهت کاهش ترشحات بدن
- در خصوص داروی X چه می دانید؟ ابتدا دسته دارویی و سپس کاربرد درمانی، عوارض، مراقبت های پرستاری و ملاحظات خاص آن دارو را توضیح دهید.

اقدامات اولیه در مواجهه با بیمار بدحال یا مشکوک به ایست قلبی و ریوی:

- ۱- کنترل ایمنی صحنه
 - ۲- چک سطح هوشیاری: بر اساس مقیاس AVPU (A: Alert -V: Verbal -p: painful -U: un response) با ضربه زدن به شانه و صدا زدن بیمار
 - ۳- درخواست کمک
 - ۴- چک نبض و تنفس: نبض کاروتید جهت بزرگسالان (به مدت حداقل ۵ ثانیه و حداکثر ۱۰ ثانیه)، نبض کاروتید یا فمورال جهت اطفال و نبض براکیال جهت شیرخواران (چک تنفس از طریق بالا و پایین شدن قفسه سینه) در مورد نوزادان چک نبض و تنفس یک تا دو دقیقه کنترل گردد.
 - ۵- برداشتن نرده بالای تخت بیمار جهت باز نمودن راه هوایی از قسمت بالای سر بیمار
 - ۶- درخواست ترالی اورژانس، دی سی شوک، اکسیژن و دستگاه ساکشن بدون ترک کردن بیمار
 - ۷- ماساژ قلبی ۵ سیکل با نسبت ۳۰ ماساژ و ۲ تنفس (در صورت عدم وجود نبض و تنفس) بلافاصله شروع شود.
 - ۸- عمق ماساژ در بزرگسالان ۵ تا ۶ سانتی متر است.
 - ۹- داروی واقدام خط اول در احیا اپی نفرین است.
 - ۱۰- داروهای خط دوم احیا آمیودارون یا لیدوکائین است.
- نکته: اگر بیمار دارای راه هوایی پیشرفته می باشد تعداد تنفس ۱۰-۱۲ مرتبه در دقیقه می باشد.

مکان جای گذاری دست در بزرگسالان: وسط قفسه سینه به طوری که دستها بر قفسه سینه عمود باشد.

اگر بیمار نبض دارد اما تنفس ندارد:

1- باز کردن راه هوایی از طریق مانور Head tilt chin lift یا jaw thrust

2- تهویه با آمبو بگ و ماسک به روش C-E

3- تهویه بیمار به تعداد ۱۰ تنفس در دقیقه یا هر ۶ ثانیه یک نفس

4- چک نبض بیمار هر دو دقیقه یک بار و در صورت عدم وجود نبض شروع ماساژ قلبی

در الگوریتم: CPR

بعد از شوک اول ← لاین گیری

بعد از شوک دوم ← اپی نفرین

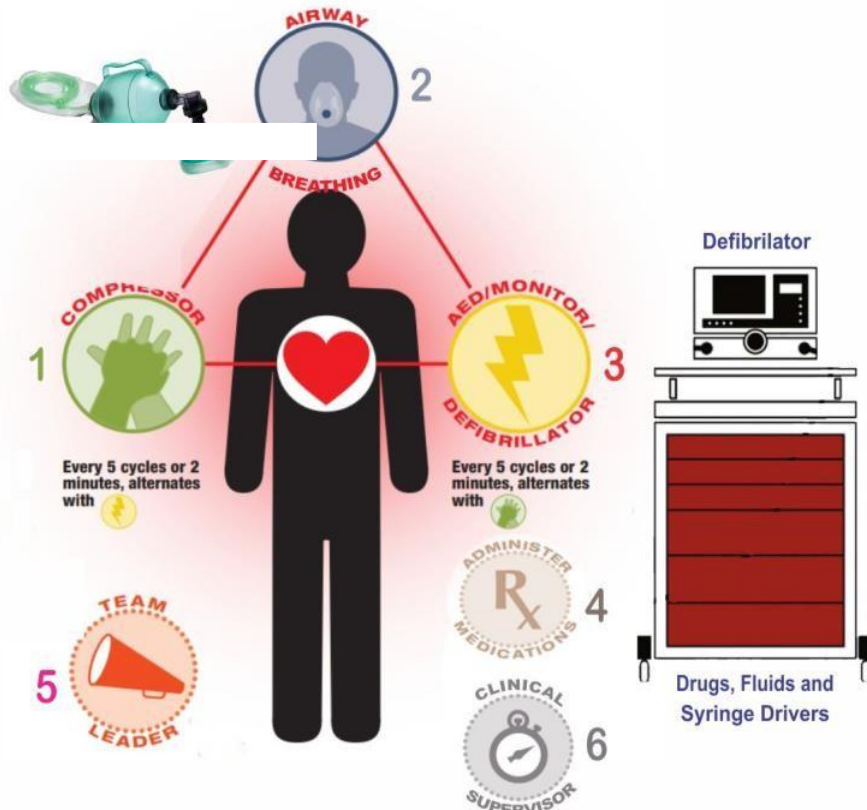
بعد از شوک سوم ← آمیودارون و یا لیدوکائین

مثال: در فصوص داروی آدنوزین هرچه میدانید بگویید، آنتی آریتمی است، PSVT را به ریتم سینوسی تبدیل می کند، عوارض آن: آریتمی برتر مثل آسیستول است و همچنین کاهش فشار خون بنابراین نیاز به مانیتور قلبی می باشد، وسایل ایضا باید آماده باشد، جهت جلوگیری از کاهش فشار خون پاها بالاتر از سطح بدن قرار گیرد و از یک ورید مجزا سرم نرمال سالین وصل و آماده تزریق باشد دارو در طی ۳ ثانیه باید تزریق شود و در عرض ۱۰ ثانیه اثر می کند و بلافاصله پس از تزریق ۲۰ تا ۵۰ سی سی نرمال سالین تزریق می کنیم. همچنین دارو باید از نزدیکترین ورید به قلب تزریق گردد.

نکته: در خصوص تمامی داروها باید اطلاعات کامل داشته باشید بویژه داروی آدنوزین، اپی نفرین، آتروپین، آمیودارون، دیازپام

- چه داروهایی را می توان از طریق لوله تراشه تجویز کرد و میزان آن چقدر است؟ آتروپین، اپی نفرین، لیدوکائین، نالوکسان، وازوپرسین (عبارت NAVEL ناول را بخاطر بسپارید) - به مقدار ۲/۵ برابر دوز وریدی در لوله تراشه ریخته می شود و پس از آن ۲ تا ۳ آمبو نیز زده می شود. واژوپرسین در احیاء استفاده نمی شود ولی میتوان از طریق لوله تراشه تجویز نمود.

چیدمان نقشهای ضروری در احیای قلبی - ریوی



۵- رهبر یا مسئول هدایت گروه

- هر تیم احیا باید یک رهبر داشته باشد.
- مشخص کردن شرح وظایف اعضای گروه و جابجایی آنها در صورت لزوم
- تصمیم گیری در مورد شروع یا ختم احیا
- تصمیم گیری در مورد کلیه اقدامات دارویی و درمانی و هدایت گروه

۶- سوپر وایزر بالینی

- ثبت زمان حضور اعضای گروه و نظارت بر احیا
- ثبت زمان مداخلات و تزریق داروها (جهت یادآوری دوز بعدی)
- ثبت فواصل وقفه حین فشردن قفسه سینه
- ارتباط موثر با رهبر گروه
- هماهنگی برای انتقال یا اعزام بیمار
- هماهنگی برای تهیه وسایل یا تجهیزات لازم

۳- مسئول مانیتورینگ/دیفبریلایسیون

- وصل کردن مانیتور/دیفبریلایسیون
- چک ریتم و نبض کاروتید جهت تایید ایست قلبی و تکرار آن هر دو دقیقه
- بعد از مانیتورینگ بیمار، قرار دادن دستگاه طوری که توسط رهبر گروه قابل دیدن باشد.
- اعمال شوک در ریتم های قابل شوک
- جابجایی با مسئول انجام فشردن قفسه سینه هر ۵ سیکل یا ۲ دقیقه یا زودتر (در صورت خستگی)

۴- مسئول دسترسی عروقی و تزریق داروها

- برقراری دسترسی عروقی (IV/IO)
- تزریق مناسب داروها و مایعات وریدی
- فلاش کردن 20 ml نرمال سالین بعد از تزریق دارو و بالا نگه داشتن اندام ۱۰ تا ۲۰ ثانیه

* Intravenous/Intraosseous

۱- مسئول فشردن قفسه سینه

- انجام ۵ سیکل فشردن قفسه سینه (۲ دقیقه)
- جابجایی با مسئول انجام دیفبریلایسیون
- بعد از هر ۵ سیکل یا ۲ دقیقه و یا زودتر (در صورت خستگی)

۲- مسئول اداره راه هوایی و تهویه تنفسی

- باز کردن راه هوایی با مانورهای مناسب
- باز نگه داشتن راه هوایی با تعبیه وسایل پایه، سوپراگلوتیک و یا لوله داخل تراشه
- انجام تهویه مصنوعی با BVM یا در صورت نیاز اتصال بیمار به ونتیلاتور و تنظیم اولیه آن طبق نظر پزشک

* BVM : Bag Valve Mask

نکات مهم ACLS

CPR با کیفیت بالا

- مانیتورینگ امواج کاپنوگرافی : اگر دی اکسید کربن انتهای بازدم بیمار (PETCO₂) کمتر از 10 mm Hg باشد، برای بهبود کیفیت احیا تلاش نمایید.
- مانیتورینگ فشار خون شریانی : اگر فشار داخل شریانی در فاز استراحت (دیاستولیک) کمتر از 20 mm Hg باشد، برای بهبود کیفیت احیا تلاش نمایید.

انرژی شوک جهت دفیبریلاسیون

- بای فازیک : بر اساس توصیه شرکت سازنده (شروع با ۱۲۰ تا ۲۰۰ ژول) در صورت مشخص نبودن، استفاده از حداکثر انرژی ممکن و دوز دوم و دوزهای بعدی هم با همان مقدار انرژی و یا انرژی بالاتر توصیه می گردد.
- مونوفازیک : ۳۶۰ ژول

راه هوایی پیشرفته

- راه هوایی پیشرفته شامل اینتوباسیون داخل تراشه یا وسایل پیشرفته سوپراگلوتیک از قبیل LMA ، Combitube و Laryngeal tube می باشد.
- استفاده از امواج کاپنوگرافی یا کاپنومتري برای اطمینان از محل صحیح تعبیه و پایش راه هوایی پیشرفته و کیفیت احیا توصیه می گردد.
- در صورت وجود راه هوایی پیشرفته، ۱ تهویه مصنوعی هر ۶ ثانیه (۱۰ بار در دقیقه)، بدون قطع فشردن قفسه سینه توصیه می شود.

دارو درمانی

- دوز IV/IO اپی نفرین : 1mg هر ۳ تا ۵ دقیقه
- دوز IV/IO آمیودارون : دوز اول 300mg بولوس، دوز دوم 150 mg
- دوز IV/IO لیدوکائین : دوز اول 1-1.5 mg/kg بولوس، دوز دوم 0.5-0.75 mg/kg
- سولفات منیزیم فقط در صورت ریتم Torsades de points همراه با QT طولانی 1-2 g رقیق شده با 10 ml D₅W ظرف ۲۰-۵ دقیقه توصیه می شود.
- جهت دارودرمانی روش داخل وریدی (IV) ارجح بوده و روش داخل استخوانی (IO) انتخاب دوم می باشد.
- برای رسیدن سریعتر داروها به گردش خون بیمار بعد از هر تزریق 20 ml سرم نمکی فلاش شود و سپس محل تزریق ۲۰-۱۰ ثانیه بالا نگه داشته شود.

برگشت گردش خون خودبخود (ROSC)

- وجود نبض و فشار خون • افزایش ناگهانی و مداوم PETCO₂ (>40 mm Hg)
- وجود امواج فشار شریانی خودبخود با مانیتورینگ شریانی

علل قابل برگشت (5H , 5T)

- | | |
|------------------------|--------------------|
| • هیپوولمی | • تنش پنوموتوراکس |
| • هایپوکسی | • تامپوناد قلبی |
| • هیدروژن یون (اسیدوز) | • توکسین ها (سموم) |
| • هیپو یا هایپرکالمی | • ترومبوز ریوی |
| • هیپوترمی | • ترومبوز کرونری |

مواردی که در خصوص هموویزلانس باید آگاهی کامل داشته باشید:

- قبل از تزریق خون و فرآورده خونی: چک نمودن دستور پزشک توسط دو پرستار بطور جداگانه، اخذ رضایت آگاهانه از بیمار، تکمیل فرم درخواست بطور کامل، دریافت نمونه خون لازم طبق استاندارد از بیمار
- هنگام تحویل فرآورده از بانک خون: بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز و حباب گاز و هرگونه نشستی، چک مشخصات بیمار، شماره کیسه، نوع فرآورده، تاریخ تهیه و انقضاء فرآورده و مطابقت آن با برگه مراقبت تزریق فرآورده. تمامی این موارد توسط دو پرستار بطور جداگانه انجام می شود (دیل چک مجزا).

- از زمان خروج فرآورده از بانک خون تا تحویل آن به بخش حداکثر چقدر زمان داریم؟ ۳۰ دقیقه
- هنگام تزریق فرآورده: اکسیژن و ترالی اورژانس در دسترس باشد، شناسایی ایمن بیمار توسط دو کادر بالینی (رجوع به بخش ایمنی بیمار)، توضیح و آموزش لازم به بیمار در خصوص پروسیجر، بررسی علائم حیاتی و ثبت آن در برگه مراقبت تزریق، آماده نمودن فرآورده و وصل نمودن آن به ست خون، اطمینان از مناسب بودن خط ورودی، وصل نمودن فرآورده.
- بیشترین واکنش ها در چه زمانی از شروع تزریق رخ می دهد و چه کاری باید انجام داد؟ ۱۵ دقیقه اول تزریق _ ۵ دقیقه اول پرستار باید بر بالین بیمار حضور دائم داشته باشد و طی ۱۰ دقیقه بعدی مشاهده مکرر بیمار و بررسی وضعیت وی و تا پایان تزریق مطابق با جدول زمانی تعیین شده در فرم مراقبت بر بالین بیمار حضور داشته باشد.
- سرعت تزریق خون چقدر است؟ طی ۱۵ دقیقه اول ۱۵ تا ۲۰ قطره در دقیقه و پس از اطمینان از عدم بروز حساسیت می توان تا ۳۰ قطره در دقیقه تزریق را ادامه داد. افزایش سرعت تزریق باید با نظر پزشک و در نظر گرفتن شرایط بالینی بیمار باشد.
- طی چه مدت زمانی می توان خون را تزریق نمود؟ بسته به شرایط بالینی بیمار زمان ایده آل ۱/۵ تا ۲ ساعت و حداکثر مدت زمان ۴ ساعت است.

- شایع ترین علائم واکنش به خون و فرآورده خونی کدام است؟ سر درد، تب (افزایش دمای بدن بیشتر از ۱ درجه از دمای ثبت شده قبل از تزریق)، لرز، کمر درد، تنگی نفس، کاهش یا افزایش فشار خون، کاهش یا افزایش ضربان قلب، افزایش تعداد تنفس، بروز ضایعات پوستی مانند راش و کهیر، خارش پوست، ادرار خونی، خونریزی از محل جراحی. در بیماران غیر هوشیار بیمار باید بطور مداوم پایش شود و به مانیتور قلبی بیمار و تغییرات آن توجه ویژه می شود زیرا بیمار قادر به بیان علائمی مانند تنگی نفس، سر درد و خارش پوست نمی باشد.
- در هنگام بروز واکنش حساسیتی به خون و فرآورده خونی چه کاری انجام می دهید؟ ۱- قطع جریان فرآورده ۲- باز نگهداشتن خط ورودی بوسیله نرمال سالین ۳- بررسی علائم حیاتی و اقدامات لازم در صورت بروز مشکل مانند تجویز اکسیژن و تغییر پوزیشن در صورت بروز تنگی نفس ۴- تماس با پزشک و اجرای دستورات وی ۵- پس از پایدار شدن شرایط بیمار مجدداً کیسه فرآورده توسط دو پرستار چک می گردد ۶- ارسال کیسه فرآورده به بانک خون (ارسال نمونه ادرار و نمونه خون با هماهنگی بانک خون و طبق درخواست آن باشد) ۷- تکمیل فرم بروز عوارض خون و فرآورده خونی و ارسال آن به بانک خون ۸- ثبت تمامی اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار به آن در گزارش پرستاری با ذکر دقیق ساعت انجام اقدامات.
- استاندارد خون گرم چیست؟ فقط با دستور پزشک قابل اجرا است و خون بوسیله Blood warmer گرم می شود.
- در چه مواردی از خون گرم استفاده می شود؟ اکسچنج خون نوزادان، خونریزی های وسیع و نیاز به جایگزینی میزان فرآورده زیاد، در برخی از بیماران که به دمای پایین خون واکنش حساسیتی نشان می دهند (بیشتر در بخش تالاسمی مشاهده می شود)

در صورت وجود ابهام در ارتباط با برجسب نمونه ها چه اقدامی انجام میشود ؟

بیمار مجدد شناسایی میشود و نمونه گیری مجدد انجام میشود و فرایند منجر به اشتباه بررسی میگردد

HOT LINE یعنی چه و دستورالعمل آن چگونه است و آیا در بیمارستان شما وجود دارد ؟

خط ارتباطی یکطرفه (آزاد) موجود در بخش جهت اعلام نتایج بحرانی پاراکلینیک در صورت وجود مقادیر بحرانی در نتایج بیماران بستری.

طی مصاحبه با بیمار، بیمار شما باید به موارد زیر کاملاً آگاه و پاسخگو باشد:

نام پرستار و پزشک معالج، علت بستری، خلاصه ای از بیماری فعلی را بیان نماید، داروهای مصرفی و عوارض و مراقبت های آن، نوع رژیم غذایی و میزان فعالیت بدنی، قوانین و مقررات بیمارستان، فضای فیزیکی بخش، اقداماتی که برای وی انجام شده و یا قرار است در آینده انجام شود، در صورت پروسیجر خاص بتواند به زبان ساده و بطور مختصر آن را بیان کند و مراقبت های قبل و بعد از آن را شرح دهد.

فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون را بیان کنید ؟

ضروریست مراحل زیر به صورت همزمان و مستقل توسط دو نفر از کادر بالینی ذیصلاح (دو پرستار / پزشک و پرستار) انجام گیرد.

- تایید هویت بیمار و شناسایی ایمن و فعال
- مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده و دستور تزریق خون
- بررسی و تایید انطباق کیسه خون ارسالی از بانک خون با برگه درخواست
- مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر کیسه خون ارسالی و برگه خون و دستور تزریق خون

برجسب نمونه آزمایش چه زمانی به ظرف نمونه الصاق میشود ؟

بعد از گرفتن نمونه از بیمار و ریختن نمونه در ظرف آزمایش و قبل از ترک بالین بیمار لیبل مشخصات بیمار روی جداره لوله / ظرف آزمایش الصاق میشود و از چسباندن لیبل روی درب ظروف خودداری نمایند.

مهاری فیزیکی :

- ❖ ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی فراهم شده است .
- ❖ مهار فیزیکی و مدت آن صرفاً با دستور پزشک و ذکر اندام های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن در دستور پزشک صورت می گیرد .
- ❖ ثبت و کنترل سیستم عصبی – عروقی اندام های مهار شده به صورت مستمر انجام می شود .
- ❖ ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی (بررسی شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن) انجام می شود .
- ❖ تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل (احتمال سقوط ، ایجاد زخم فشاری ، صدمه بافتی ، آسیب به خود) صورت می گیرد .
- ❖ حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی انجام می شود .
- ❖ زمان شروع ، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری ثبت می گردد .
- ❖ تکرار مهار فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم صورت می گیرد .

در مادران باردار به دلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت ، مهار فیزیکی ممنوع است.

در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد مهار عضو مبتلا ممنوع می باشد.

مهاری شیمیایی :

- ❖ سابقه دارویی و حساسیت های شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات دارویی لحاظ می گردد .
- ❖ مهار شیمیایی صرفاً با دستور پزشک انجام می گردد .
- ❖ پاسخ به درمان / علایم حیاتی / شرایط بالینی به صورت مستمر قبل ، حین ، پس از مهار شیمیایی ارزیابی می گردد .
- ❖ شرایط بیمار قبل از شروع مهار و پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ثبت می گردد .
- ❖ تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط ، مانیتورینگ مداوم ، پایش و کنترل مستمر انجام می گردد .
- ❖ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار شیمیایی حفظ می گردد .
- ❖ تکرار مهار شیمیایی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم انجام می گردد .
- ❖ با توجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هر روز (حداکثر سه بار) توصیه می شود با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود .

دستورالعمل بهداشت دست:

۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست از نظر سازمان جهانی بهداشت :

برای تشخیص آسان موقعیت های رعایت بهداشت دست ، سازمان جهانی بهداشت « مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست » را ارائه نموده است. این موقعیت ها عبارتند از :

- قبل از تماس با بیمار
- قبل از انجام اقدامات تشخیصی درمانی تمیز / استریل
- بعد از آلودگی دست با مایعات و ترشحات بدن
- بعد از تماس با بیمار
- بعد از تماس با فضای مجاور بیمار

تکنیک های رعایت بهداشت دست:

الف -بهداشت دست با آب و صابون

ب -بهداشت دست با استفاده از محلول ضد عفونی با بنیان الکلی

الف-روش صحیح شستن دست با آب و صابون

مدت زمان کل فرایند 40 تا 60 ثانیه است.

ب-بهداشت دست با استفاده از محلول ضد عفونی با بنیان الکلی

مدت زمان کل فرایند 20 تا 30 ثانیه است.

دستورالعمل جداسازی بیماران

How to Handrub?

روش صحیح ضد عفونی دست ها با ضد عفونی کننده های الکلی

Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

1a

کف دست را با مقدار کافی ضد عفونی کننده الکلی پر کنید

1b

کف دست ها را به هم بمالید

2

کف دست راست را روی پشت دست چپ گذاشته و بین انگشت ها را اسکراب کنید و برعکس

3

کف دست ها روی هم قرار گرفته و ما بین انگشتان را مالش دهید

4

انگشت ها را در هم ناییده به حالت قفل شده و پشت انگشت ها به کف دست مقابل مالش داده شود

5

کف دست راست را با کف دست چپ را با کف دست راست احاطه کرده و به صورت دورانی مالش دهید و برعکس

6

انگشتان را جمع کرده به صورت چرخشی در کف دست مقابل حرکت دهید و برعکس

7

دست ها آماده است

8

دستورالعمل جداسازی بیماران

دستورالعمل های جدید بر رعایت دو نوع احتیاط تکیه دارند :

۱- احتیاط های استاندارد (Standard Precaution)

۲- احتیاط های مبتنی بر روش انتقال (Transmission-based precaution)

احتیاط های استاندارد

احتیاط های استاندارد به عنوان اصلی ترین سطح کنترل عفونت و یک " حداقل لازم" باید در صورت احتمال مواجهه با موارد زیر به کار برده شوند.



- ❖ خون
- ❖ همه مایعات و ترشحات بدن (به جز عرق) صرف نظر از اینکه حاوی خون قابل مشاهده باشند یا خیر
- ❖ پوست سالم
- ❖ غشاهای مخاطی

دلایل رعایت احتیاط های استاندارد برای تمام بیماران چه عفونی و چه غیر عفونی عبارتند از :

- ❖ خطر کسب عفونت برای افراد سالم از افراد حاوی عامل عفونی
- ❖ احتمال آلودگی به عامل عفونی قبل از بروز علائم و مثبت شدن نتایج آزمایشات
- ❖ احتمال کسب عفونت از سطوح، محیط و تجهیزات بیمار

احتیاط های استاندارد شامل موارد زیر است :

۱- رعایت بهداشت دست

۲- استفاده از وسایل حفاظت فردی براساس ارزیابی خطر و نوع تماس مورد نظر

۳- پیشگیری از صدمه با سوزن و وسایل نوک تیز (Needle Stick)

۴- بهداشت تنفسی و آداب سرفه

۵- بهداشت محیط (پاک کردن و گندزدایی محیط)

۶- مدیریت پسماند

۷- بسته بندی و انتقال وسایل مراقبت بیمار، ملحفه، لباس

۸- محل استقرار بیمار



سه نوع احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت ها وجود دارد که عبارتند از :

۱. جدا سازی هوایی (precaution airborne): یکی از راه های انتقال بیماری از راه هوا است. برای آنکه ذرات به مدت طولانی در هوا باقی بمانند باید قطری کمتر از ۵ میکرومتر داشته باشند. برای جلوگیری از انتشار آنها تهویه هوا یا ونتیلاسیون لازم است. در بیمارانی که دچار سرخک، سل، سارس، آبله مرغان، زونا و ... شده اند از این نوع جداسازی استفاده میگردد.

- هنگام ورود به اتاق از ماسک مخصوص N ۹۵ استفاده کنید و بلافاصله پس از خروج از اتاق ماسک خارج گردد.
- وجود فشار هوای منفی در داخل اتاق در مقایسه با محیط اطراف
- درب اتاق بسته باشد پنجره به سمت هوای آزاد باز شود و حداقل ۶-۱۲ بار در ساعت تعویض هوا صورت گیرد.
- بیمار داخل اتاق بماند در صورت جابجایی حتما ماسک بپوشد.

۲. جداسازی قطرات (precaution droplet): قطرات معمولاً از طریق سرفه، عطسه و صحبت کردن تولید می شوند. انتقال قطره ای زمانی رخ می دهد که ذرات بزرگتر (بیش از ۵ میکرومتر) حاوی عوامل عفونت زا از طریق هوا به جلو رانده می شوند و در ملتحمه چشم، مخاط بینی و یا دهان میزبان جدید مستقر می شوند. در بیمارانی که دچار آنفلوآنزا، مننژیت، اوریون، سرخچه، مسموم و ... شده اند از این نوع جداسازی استفاده میگردد.

- فاصله حداقل ۱ متر بین بیمار مبتلا و سایر افراد سالم رعایت گردد. اگر در فاصله یک متری از این بیمار قرار دارید از ماسک جراحی (ماسک معمولی) استفاده کنید.
- در صورت نیاز به جابجایی بیمار، بیمار حتماً ماسک جراحی بپوشد.

۳. جدا سازی تماسی (precaution contact): انتقال تماسی می تواند یا از طریق تماس مستقیم پوست با پوست صورت گیرد یا از طریق تماس غیر مستقیم با عامل عفونی در محیط، ورود به ملتحمه چشم، مخاط بینی و دهان که معمولاً از طریق دست آلوده صورت می گیرد. تماس مستقیم شامل تماس بدنی سطح به سطح و انتقال فیزیکی میکروارگانیسم بین فرد آلوده و میزبان مستعد است. مثلاً هنگام جابه جایی بیمار در تخت توسط پرستار، یا هنگام حمام بیمار، یا سایر مراقبتهای مربوط به بیمار که نیاز به تماس مستقیم با بیمار وجود دارد. همچنین این نوع انتقال می تواند بین دو بیمار نیز رخ دهد که یکی منبع میکروارگانیسم و دیگری میزبان مستعد است. تماس غیر مستقیم شامل تماس میزبان مستعد با یک شی آلوده به میکروارگانیسم مانند سطح آلوده، تجهیزات آلوده مراقبت از بیمار، ابزارها یا دست های آلوده ای که شسته نشده اند یا دستکش آلوده ای که بین دو بیمار تعویض نشده باشند. در بیمارانی که دچار عفونتهای مقاوم به دارو، آبله مرغان، با ترشح، زخم بستر عفونی، عفونت شیگلایی، شپش، سرخچه مادرزادی، تب های خون ریزی دهنده، سارس، آبله مرغان، زونا و ... شده اند از این نوع جداسازی استفاده میگردد:

- هنگام ورود به اتاق بیمار دستکش و گان بپوشید.
- قبل از ترک اتاق دستکش و گان را درآورده دستها را بشویید.
- گوشی، فشار سنج، ترمومتر و وسایل بیمار از اتاق خارج نشود.

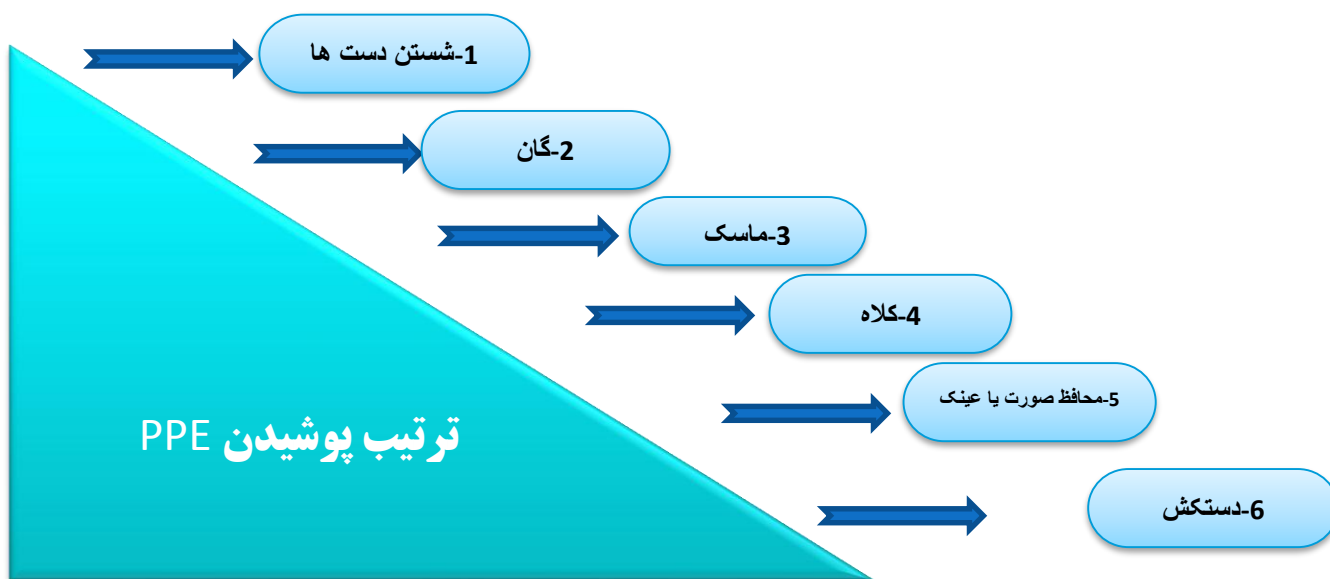
ایزولاسیون معکوس (بیماران با نوتروپنی) isolation reverse

جداسازی اتاق با لیبل احتیاطات نوتروپنیک و تخصیص برچسب روی چارت و پرونده بیمار

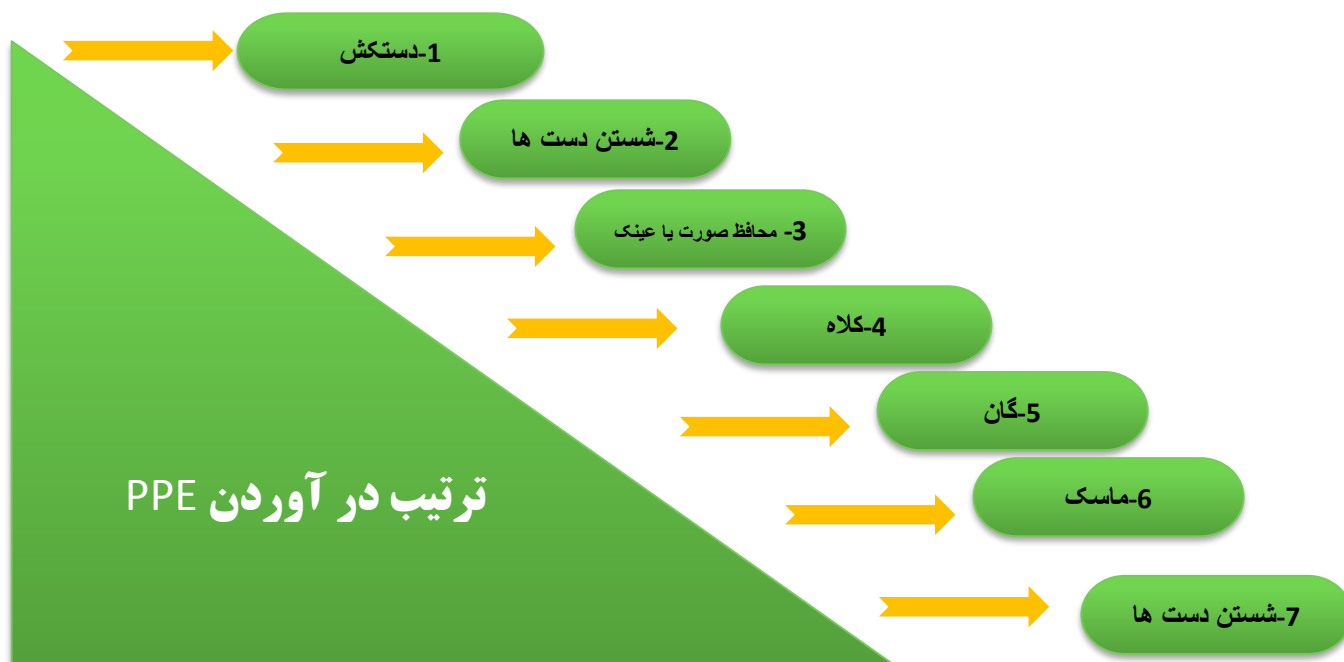
- رعایت احتیاطات استاندارد به ویژه شستن دستها
- عدم اجازه ورود پرسنل غیر درمانگر و یا ملاقات کننده بیمار به اتاق
- عدم اجازه ورود میوه و سبزیجات و گل و گیاه به اتاق بیمار
- بیمار داخل اتاق بماند در صورت الزام در جابجایی حتما ماسک جراحی بپوشد و در مدت کوتاهی به اتاق برگردد .

نکته : در بیماران HIV+ رعایت احتیاطات استاندارد عمومی کفایت می نماید اما در صورت بروز عوارض، بسته به نوع مشکل ایجاد شده تصمیم گیری انجام خواهد شد. در برخی از بیماریها چند نوع ایزولاسیون با هم اجرا خواهد شد.

ترتیب پوشیدن و در آوردن وسایل حفاظت فردی در صورت نیاز به پوشیدن تمام اجزاء:
الف-ترتیب پوشیدن:



ب-ترتیب در آوردن:



پرستار و بهیار شاغل در بخش نسبت به چه مواردی باید آگاهی کامل داشته باشد؟

- ۵ بیماری و ۵ داروی شایع بخش
- ۵ بیماری شایع مجتمع (سرطان، سکته مغزی، فشار خون، دیابت، تالاسمی) * بسته به میزان شیوع کووید ۱۹ این بیماری نیز جزو بیماری های شایع مجتمع می باشد.
- سیاست های آموزش به بیمار
- خدمات شایع بخش
- نتایج پایش های بخش (اثربخشی آموزش به بیمار، رضایتمندی بیماران از آموزش و ارائه خدمات پرستار و پزشک)
- برنامه سالیانه آموزش به بیمار در بخش ها
- آلبوم آموزش به بیمار



گزارش پرستاری بر اساس ترتیب سیستم به سیستم

- ۱- سیستم اعصاب مرکزی (CNS)
- ۲- سیستم تنفس (Res)
- ۳- سیستم قلبی و عروقی (CV)
- ۴- سیستم پوست (Skin)
- ۵- سیستم ادراری (GU)
- ۶- سیستم گوارشی (GI)
- ۷- سیستم ماهیچه ای - اسکلتی (Musculoskeletal/ activity)
- ۸- سیستم روانی - اجتماعی (Psychosocial)
- ۹- آموزش به بیمار و خانواده
- ۱۰- سایر موارد others

مشکلات مشاهده شده در ارزیابی بیمار در گزارش پرستاری ثبت گردد.

Nursing Diagnosis

چگونه تشخیص پرستاری بنویسیم؟

تشخیص پرستاری عبارتی است که وضعیت فعلی سلامتی بیمار و نگرانی های وی را به صورتی که با اقدام پرستاری قابل حل شدن باشد، نشان می دهد. تشخیصهای پرستاری در حقیقت مشکلات بالین و بالقوه مربوط به سلامتی بیمار هستند که با مداخلات پرستاری قابل حل شدن هستند. تشخیص پرستاری تفاوت پرستار در مورد وضعیت سلامت مددجو می باشد و خط دهنده اقدامات پرستاری است.

الواح تشخیص پرستاری:

- موجود (بالین)، آن دسته از مشکلاتی هستند که در حال حاضر وجود دارند و باید خیلی فوری جهت برطرف نمودن آنها تدابیر پرستاری طرح ریزی نمود.
- احتمالی (بالین): آن دسته از مشکلاتی هستند که احتمال بوجود آمدن آنها خیلی زیاد است و پرستار لازم است جهت پیشگیری از آنها تدابیری را طرح نماید.

تشخیص پرستاری شامل دو قسمت است: ۱. مشکل بیمار ۲. اتیولوژی (سبب) شامل: عناصر محیطی، روانشناختی، اجتماعی، فیزیولوژیکی، معنوی

سبب
Etiology

+

در ارتباط با
Related to

+

مشکل
Problem

=

فرمول بندی
تشخیص
پرستاری

مثال: اختلال در تغذیه کمتر از نیاز به بدن (مشکل) در ارتباط با بی اشتها (اتیولوژی)

منابع:

- خلاصه دستورالعمل های ایمنی بیمار و کنترل عفونت تهیه شده توسط مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان پانیز ۱۴۰۲
- کتابچه دستورالعمل احتیاطات استاندارد و ایزولاسیون تهیه شده توسط مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان تابستان ۱۴۰۰
- دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران - نسخه دور پنجم سال 1401
- American heart Association Guidelines for cardio pulmonary Resuscitaition and Emergency Cardio vascular care 2020