

گزارش پرستاری سیستم به سیستم

حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)	ارزیابی (ASSESSMENT)	سیستم
<p>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 نمی دهد Coma : با تحریک بیدار نمی شود، محل درد را نشان نمیدهد</p> <p>۲. ثبت هرگونه تغییر در معیار گلاسکو، fourscore و.... اقدامات انجام شده و نتایج</p> <p>۳. ثبت هرگونه تغییر در سائیز، واکنش و شکل مردمک و اقدامات انجام شده و نتایج حاصل</p> <p>۴. ثبت نوع (نام) داروی تزریقی به صورت انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۵. ثبت هرگونه تغییر در اتصالات بیمار و اقدامات و نتیجه آنها</p>	<p>۱. بررسی سطح هوشیاری (LOC) ۲. بررسی GCS ,FOUR SCORE ۳. بررسی سائیز مردمک و واکنش به نور ۴. ارزیابی درد با اندازه گیری مقیاس آن و بررسی نیاز بیمار به تزریق داروهای مخدر ۵. ارزیابی مقیاس ریچموند و بررسی نیاز بیمار به تزریق داروهای آرامبخش ۶. بررسی نیاز بیمار به تزریق داروهای فلج کننده عصبی-عضلانی ۷. بررسی نیاز بیمار به اندازه گیری ICP با توجه به علائم بالینی وی ۸. بررسی کلیه اتصالات مانند: Ventriculostomy.... ۹. بررسی تستهای تشخیصی</p>	<p>سیستم مغز و اعصاب CNS</p>

حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)	ارزیابی (ASSESSMENT)	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 حاصل از آن</p> <p>۳. ثبت فشار کاف ETT - تراکیاستومی</p> <p>۴. در صورت استفاده از کاپنوگراف ثبت میزان ETCO2 و مداخله انجام شده و نتایج حاصل از آن</p> <p>۵. ثبت نوسانات chest tube و هرگونه تغییر در نوع و میزان ترشحات و مراقبتهای انجام شده و نتایج حاصل از آن</p> <p>۶. ثبت پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده (مانند: نمونه پاتولوژی و pleural tap و ...)</p> <p>پیگیری نتایج آنها</p> <p>۷. ثبت نوع (نام) داروی تزریقی انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم</p> <p>۸. ثبت صداهای غیرطبیعی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله و سرفه های غیر طبیعی</p> <p>۹. ثبت هرگونه تغییر به دنبال لمس قفسه سینه (مانند: آمفیزم و ...)</p> <p>۱۰. 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 ETT - تراکیاستومی (۱۸-۳۰ سانتی مترآب)</p> <p>۵. بررسی الگوی تنفس، تعداد، عمق، قرینه بودن 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 آمفیزم 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 نحوه دریافت آن</p> <p>۱۳. بررسی نیاز به انجام فیزیوتراپی قفسه سینه</p> <p>۱۴. بررسی نیاز بیمار به ساکشن ترشحات دهان، ETT یا تراکیاستومی تیوب</p> <p>۱۵. بررسی ترشحات دهان، ETT یا تراکیاستومی تیوب از نظر میزان، رنگ و قوام ترشحات</p> <p>۱۶. بررسی تستهای تشخیصی</p> <p>۱۷. بررسی از نظر سرفه های غیر طبیعی</p>	

گزارش پرستاری سیستم به سیستم

حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)	ارزیابی (ASSESSMENT)	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، فلبیت و...)</p> <p>۳. ثبت سرم دریافتی شیفت طبق نمونه: میزان سرم دریافتی 750cc 1/3 2/3 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 MAP و CVP 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 خونریزیها 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: سکتة 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 کتتر 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>

حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده شده از ارزیابی بیمار و (نحوه صحیح ثبت در گزارش پرستاری)	ارزیابی (ASSESSMENT)	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 و 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 و ادم</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 کتتر ادراری (external و internal nephrostomy و urostomy و suprapubic tube)</p> <p>۲. 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-</p> <p>تناسلی (رنگ، کیفیت ترشحات) مانند: هماچوری 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>

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. 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</p> <p>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 ...</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>	سیستم گوارشی GI
<p>۱. ثبت امتیاز ارزیابی ریسک سقوط (مثلا معیار مورس)</p> <p>۲. ثبت استفاده از ساید ریلها 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 ساید ریلها</p> <p>۵. ارزیابی ریسک سقوط بیمار</p> <p>۶. بررسی دردهای عضلانی-اسکلتی</p>	سیس عضلانی - اسکلتی MS
<p>۱. ثبت موارد طبیعی و غیر طبیعی رفتاری اقدامات و نتایج حاصله</p>	<p>۱. بررسی رفتاری از نظر اضطراب و بی قراری، آرام بودن، علایم افسردگی</p> <p>۲. بررسی بیمار از نظر نیاز به مشاوره روانپزشکی</p>	رفتاری

گزارش پرستاری سیستم به سیستم

References:

- Guideline title receiving a patient into ICU. ICU medical directo. 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)

تابستان ۱۳۹۶