

بِسْمِ خُدا .

آشنایی با صفحات پرونده پزشکی

N. ADIB

SKIL LAB CENTER

Shiraz University of Medical sciences

در سازمان های مراقبت سلامت مانند بیمارستان یکی از منابع اصلی اطلاعات مراقبت سلامت، پرونده پزشکی بیمار است و به عنوان مهم ترین و غنی ترین منبع اطلاعاتی مطرح می باشد.

پرونده پزشکی بیمار بیانگر کلیه اطلاعات مربوط به تاریخچه بهداشتی بیمار، بیماری ها، مخاطرات بهداشتی، تشخیص ها، آزمایشات، معاینات، روش های درمانی، سیر بیماری، پاسخ بیمار به درمان، پیگیری و ... می باشد.

کاربردهای پرونده های پزشکی

- ❖ اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی از بیمار
- ❖ ابزار ارتباطی بین پزشک و دیگر کارکنانی که در مراقبت از بیمار سهیم می باشند
- ❖ یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخ به درمان بیمار
- ❖ اساس مطالعه، بررسی و ارزشیابی فرایند ارائه مراقبت از بیمار
- ❖ ابزار پیشتنبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
- ❖ یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
- ❖ یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی
- ❖ منبع موثر جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
- ❖ یک منبع مفید برای آمارهای سلامت
- ❖ کمک به آموزش دانشجویان علوم پزشکی (به ویژه رشته های پزشکی و پرستاری)

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

➤ ثبت ناقص اطلاعات است

افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایت از بیمارستان

«از نظر قانونی چیزی که در پرونده ثبت نشده باشد یعنی انجام نشده است»

➤ خوانا نبودن و مستندسازی نادرست اطلاعات

یکی از دلایل خطاهای پزشکی (به ویژه خطاهای دارویی) خوانا نبودن مستندات پرونده

های پزشکی (بد خطی، استفاده از جوهر نامناسب، ریز بودن مستندات و ...)

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

➤ استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی

استفاده از اختصارات غیر مصوب باعث درک نادرست و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات

➤ می شود.

➤ سایر مشکلات عبارتند از:

استفاده از اصطلاحات پزشکی نامناسب، کلی و مبهم برای ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی،

مستندسازی و ثبت نا به جای اطلاعات در فرم های پرونده، استفاده از مداد

یا کاربن برای ثبت اطلاعات و ...

گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی عبارتند از:

❖ مسنولین پذیرش بیمار (ثبت اطلاعات دموگرافیکی)

❖ پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)

❖ پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و مراقبت های پرستاری)

❖ سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی، آزمایشگاه، فیزیوتراپی، کارشناسان تغذیه و ...)

اصول مهم در مستندسازی پرونده پزشکی (بستری یا سرپایی)

1. کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.
2. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش های پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.
3. اطلاعات سر برگ فرم ها (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و ...) به طور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.
4. کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضای مستندساز تأیید و تصدیق گردد.

اصول مهم در مستندسازی پرونده پزشکی (بستری یا سرپایی)

5. در تمامی گزارش ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.

6. مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند . بدین

منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با **جوهر آبی یا مشکی** ثبت شوند و از مداد،

خودکار سبز برای مستند سازی استفاده نشود.

جوهر ها باید دارای ثبات باشند (پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند)

7. مستندات و موضوعات ثبت شده در پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و

صریح باشند و از حدسیات، گمان و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات

استفاده نشود.

اصول مهم در مستندسازی پرونده پزشکی (بستری یا سرپایی)

8. در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.

9. مستند سازی باید در زمان رخداد حوادث انجام شود.

10. کلیه مستندات بایستی واضح، مداوم و پیوسته باشد. رعایت خوانا بودن، مرتب بودن، املاء صحیح، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

★ انسجام موارد ثبت شده الزامی است به طوری که در پرونده های دستی، موارد ثبت شده باید بلافاصله در سطر یا فضای موجود بعدی، مستند شوند و تمام خطوط باید به ترتیب پر شوند. هیچ فاصله خالی یا قابل استفاده ای نباید در بین نوشته ها باقی بماند.

اصول مهم در مستندسازی پرونده پزشکی (بستری یا سرپایی)

11. اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد. ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار روی آن نوشته شود (Error) و تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

12. محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد. منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

13. چنان چه لازم باشد، از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود.

اصول مهم در مستندسازی پرونده پزشکی (بستری یا سرپایی)

14. هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP (Subjective, Objective, Assessment & Plan) مستند گردد.

15. Subjective, Objective, Opinion, Options, Advice, Agreed Plan

16. اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه، رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. گزارش ارائه شده الکترونیکی نیز باید توسط پزشک درخواست کننده بررسی و پاراف گردد.

17. مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری ثبت گردد.

اصول مهم در مستندسازی پرونده پزشکی (بستری یا سرپایی)

16. در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد.

17. در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد، این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.

18. کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

ترتیب اوراق پرونده

1. برگ پذیرش و برگ دستور بستری
2. برگ ثبت علائم حیاتی
3. برگ دستور پزشک
4. برگ ثبت گزارش پرستاری
5. برگ ثبت داروها
6. برگ هیستوری (History Sheet)
7. برگ سیر بیماری (Progress Sheet)
8. برگ کانسالت یا مشاوره پزشک
9. جوابهای پاراکلینیک از قبیل: سونو واکو و غیره...
10. ECG
11. برگ نتایج آزمایشات
12. برگ انتقال خون و فراورده های آن
13. برگ ارزیابی سلامت (Assessment Sheet)
14. خلاصه پرونده

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

فرم پذیرش و خلاصه ترخیص

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

سابقه بستری شدن: Former Record ندارد None ندارد Present دفعات بستری:		شماره پرونده: Unit No:	
نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:	
وضعیت تاهل: Marital status: متاهل Married ☐ مجرد Single ☐		جنس: Sex: مذکر M ☐ مؤنث F ☐	
محل کار: Place of Work:		محل صدور شناسنامه: Place of ID:	
شغل: Occupation:		مذهب: Religion:	
تاریخ تولد: Date of Birth:		محل تولد: Place of Birth:	
آدرس و تلفن: Address & Phone Number:			
آدرس و تلفن: Address & Phone:		همراه یا معرف بیمار: Accompanied By or Referred By:	
تاریخ پذیرش: Date:		تاریخ ترخیص: Discharge:	
ساعت پذیرش: Time:		ساعت ترخیص: Time:	
نوع پذیرش: Kind of Adm. سرپایی O.P.D. ☐ بستری Hosp. ☐ اورژانس Emergency ☐		به مرکز انتقالی اطلاع داده شد. Police Center Was Informed.	
تاریخ انتقال: Transfer Date:		به بخش: TO Ward:	
از بیمارستان: From Hospital:		به بیمارستان: To Hospital:	
آزمایشات و عکسبرداری (نتایج): Lab . & X- Rays (Results):			
تشخیص اولیه: Primary Diagnosis:		کد: Code:	
تشخیص حین درمان: Interim Diagnosis:		تشخیص نهایی: Final Diagnosis:	
علت خارجی: External Cause:		اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ: Operation & Other Procedures (With Date):	
وضعیت بیمار هنگام ترخیص: Recovered ☐ بهبود نسبی ☐ Some Improvement فوت نموده ☐ Expired پیگیری ☐ Follow up غیره: Etc.:		ترخیص با میل شخصی ☐ Discharge Without Physician's Order سایر موارد:	
توصیه‌های پس از ترخیص: Recommendation on Discharge:		مراجعه به درمانگاه / پزشک هفته دیگر.	
علت فوت: Cause of Death:		تاریخ: Date:	
ساعت فوت: Time:		ساعت:	
قبل از ۲۴ ساعت: Before 24 Hours ☐		بعد از ۲۴ ساعت: After 24 Hours ☐	
فوت: Death		بله ☐ Yes خیر ☐ No	
طول مدت بستری: Length of Stay:		مدت اقامت بیمار: No. of Consultation:	
آیا بیمار مشاوره داشته؟ Did The Patient Have Consultation?		تعداد مشاوره:	
امضاء سرپرستار بخش: Head Nurse of Service Signature:		امضاء پزشک معالج: Attending Physician Signature:	
امضاء پزشک پذیرش: Adm . Officer Signature:		امضاء مسئول بخش پذیرش:	

LETTER OF AUTHORIZATION

اجازه معالجه و عمل جراحی اینجانب بیمار / ولی بیمار ساکن پرازان خ شهرک بعد از آموزش پرورش خ فهمیده نیش ک اجازه می‌دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی - بیهوشی و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب/بیمار اینجانب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله رضایت و برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد انجام می دهند اعلام می دارم	
اثر انگشت و امضاء	شاهد (۱) شاهد (۲) تاریخ
اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی اینجانب بیمار / ولی بیمار رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود / بیمار خود در امور آموزشی - تحقیقاتی ، درمانی و حقوقی توسط بیمارستان را اعلام می دارم	
تاریخ: زمان: ساعت: دقیقه: اثر انگشت بیمار / ولی بیمار شاهد نام و نام خانوادگی: نام پدر: دارای کد ملی: نسبت با بیمار: سمت نشانی و شماره تلفن تماس: امضاء: اثر انگشت شاهد	
اجازه ترخیص یا میل شخصی اینجانب بیمار / ولی بیمار نسبت با بیمار با میل شخصی خود و برخلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان و با آگاهی از عوارض و خطرات محتمل از این اقدام که شامل این موارد می باشد. این مرکز را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود نمی دانم. تاریخ: زمان: ساعت: دقیقه: اثر انگشت بیمار / اولیا قانونی امضاء: مهر پزشک معالج شاهد: (کادر درمان): نام و نام خانوادگی: نام پدر: سمت: شاهد: نام و نام خانوادگی: نام پدر: دارای کد ملی: نسبت با بیمار: نشانی و شماره تلفن:	
اجازه قطع عضو اینجانب بیمار / ولی بیمار فرزند: دارای کد ملی: ساکن: با توجه به ضرورت و فوریت انجام قطع عضو به علت اجازه می دهم پزشک یا پزشکان مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان (نام عضو) اینجانب/بیمار اینجانب را از ناحیه قطع نمایند و بدینوسیله برائت پزشک یا پزشکان مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان فوق الذکر را از انجام اقدام فوق که در مورد انجام می دهند اعلام می دارم. تاریخ: زمان: ساعت: دقیقه: اثر انگشت بیمار / ولی بیمار امضاء: مهر پزشک معالج شاهد اول نام و نام خانوادگی: نام پدر: دارای کد ملی: نسبت با بیمار: سمت نشانی و شماره تلفن تماس: شاهد دوم: نام و نام خانوادگی: نام پدر: دارای کد ملی: نسبت با بیمار: سمت نشانی و شماره تلفن تماس: امضاء: اثر انگشت شاهد اول امضاء: اثر انگشت شاهد دوم	

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ نمودار علائم حیاتی

Unit No:

شماره پرونده:

COMPOSITE GERAPHIC CHART

Attending Physician: پزشک معالج:			Ward: بخش:		Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:			Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Father Name: نام پدر:	
Bed: تخت:								

Date: تاریخ:														
Hosp. Days: روزهای بستری:														
Post-Op. Days: روزهای بعد از عمل:														
فشار خون B. P.	نبض Pulse	حرارت Temp	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.	صبح A.M. عصر P.M.
250	160	41.5	ع	ا	۱۲	ع	ا	۱۲	ع	ا	۱۲	ع	ا	۱۲
240	150	41												
230	140	40.5												
220	130	40												
210	120	39.5												
200	110	39												
190	100	38.5												
180	90	38												
170	80	37.5												
160	70	37												
150	60	36.5												
140	50	36												
130	40	35.5												
120	30	35												
110	20													
100														
90														
80														
70														
60														
50														
40														
30														
20														
10														
جذب و دفع مایعات: Fluid Ab. & Ex.			جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.
جمع ۲۴ ساعته Tot. 24 Hr.														
دهان Oral														
از راه ورید I.V.														
خون Blood														
ادرار Urine														
سایر ترشحات Other Secretion														
مدفوع Stool														
وزن Weight														
فشار خون B. P.														
حرارت Temp.														

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ دستورات پزشک

PHYSICIAN'S ORDER SHEET

Unit No: شماره پرونده:

[illegible]

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برسک گزارش پوستار

NURSE'S NOTE SHEET

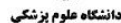
Unit No: شماره پرونده:

[illegible]

A : شماره بازیگری :

The Ministry of Health & Medical Education

The University of Medical Science Shiraz دانشگاه علوم پزشکی شیراز



و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس
معاونت درمان و دارو

MEDICATION SHEET

Unit No: شماره پرونده :

Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
-------	------	-------	------	--------------	---------------

Name of Nurse	AB	Name of Nurse	AB	Name of Nurse	AB

Med

[illegible]

Medication Sheet

[illegible]

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ شرح حال و معاینه بدنی

شماره پرونده: Unit No:

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

شکایت اصلی بیمار: Chief Complaint:

تاریخچه بیماری فعلی: History of Present Illness:

تاریخچه بیماریهای قبلی: Past Diseases History:

داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات: Current Drug Therapy & Other Addiction:

حساسیت به: Allergy to:

سوابق فامیلی: Family History:

معاینات بدنی و بررسی های بالینی: Physical & Clinical Examination:

Skin: ☐ پوست: ☐

SKull: ☐ جمجمه: ☐

Ear: ☐ گوش: ☐

Please Complete the Reverse Side. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

Physical Examination & Clinical Investigation (Continued):

معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):

Eyes: ☐	چشم: ☐
Nose: ☐	بینی: ☐
Mouth: ☐	دهان: ☐
Throat: ☐	گلو: ☐
Neck: ☐	گردن: ☐
Lymph Nodes: ☐	غدد لنفاوی: ☐
Chest: ☐	قفسه سینه: ☐
Breast: ☐	پستان: ☐
Heart: ☐	قلب: ☐
Lung: ☐	ریه: ☐
Vessels: ☐	عروق: ☐
Abdomen: ☐	شکم: ☐
Genital Organ (Male): ☐	اندام تناسلی (مذکر): ☐
Genital Organ (Female): ☐	اندام تناسلی (مؤنث): ☐
Rectum: ☐	مقعد: ☐
Nervous System: ☐	اعصاب: ☐
Extremities: ☐	اندامها (فوقانی، تحتانی): ☐
Bones-Joints-Muscles: ☐	استخوان - مفاصل - عضلات: ☐

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت ☒ مشخص گردد.

NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with ☒

SUMMARY:

خلاصه:

Primary DX:

تشخیص اولیه:

Signature of Examining Physician:

امضاء پزشک معاینه کننده:

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

برگ سیر بیماری

PROGRESS NOTES SHEET

Attending Physician:		بخش:	نام:	Family Name:
Date of Admission:		Room:	Date of Birth:	Father Name:
		Bed:		

[illegible]

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ درخواست مشاوره
CONSULTATION REQUEST SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				
Date of Request:	تاریخ درخواست:	Consultation Requested With:					
Time:	ساعت درخواست:						
Kind of Consultation:	نوع مشاوره:	Requestive Physician:					
Non emergency ☐	غیراورژانس	Emergency ☐	اورژانس				
Primary Diagnosis:							
Subject of Consultation & Clinical Notes:							
مشاوره							
مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه ها):							
Consultant Physician's Observation & Notes:							
مشاهده							
Date:	تاریخ:	Consultant Physician Name & Signature:					
		نام پزشک مشاور و امضاء:					



مرکز آموزشی درمانی نمازی

Operation Sheet

ID	Name	Age	Date	UN	Code	Ward
Anesthesiologist:		Anesth. Assistants:		Type of Anesthesia:		
Surgeon:						
Operation:						
Pre op Dx						
Post op Dx						
Indication						
Findings						
Procedure:						
Start Time:						
Finish Time:						
EBL: cc		Blood Transfusion: cc		IV Fluid: cc		
Scrub Nurses			Circular Nurses			
☐ Specimen		Sponge count		Wound		Signature:

برگ گزارش پاتولوژی
PATHOLOGY REPORT SHEET

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		
Pathology Sample NO: شماره نمونه پاتولوژی:	Date of Report: تاریخ تنظیم گزارش:	Date Recived: تاریخ دریافت نمونه:	
Biopsy Location , and Sample Description: شرح مشخصات و محل برداشتن نسج:			
Preservative: محلول نگهدارنده:			
Macroscopic Examination: معاینات ماکروسکوپی:			
Microscopic Examination: معاینات میکروسکوپی:			
Diagnosis: تشخیص:			
Pathologist Name & Signature: نام و امضاء پاتولوژیست:			

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No:

شماره پرونده:

RADIOLOGY REPORT SHEET[illegible]

طرح استانداردسازی و بینه نمودن سیستم دادرسی پزشکی کشور ۱۳۸۱:۱۰۰

برسک گزارش رادیولوژی

شماره پرونده: Unit No:

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
		Bed:	تخت:				

I		V1	
II		V2	
III		V3	
aVR		V4	
aVL		V5	
aVF		V6	

Interpretation:	Rate	Rhythm	AQRS	تفسیر:
P-R	QRS	QT	VAT	QRS-T
				Angle

Diagnosis :	تشخیص:
-------------	--------

Cardiologist Signature :	امضاء کاردیولوژیست:	Cardiologist Name:	نام کاردیولوژیست:	Date:	تاریخ:
--------------------------	---------------------	--------------------	-------------------	-------	--------

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No:

شماره پرونده:

LABRATORY REPORT ATTACHMENT SHEET

[illegible]

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Clinic No: شماره درمانگاهی:

Unit No: شماره پرونده:

برگ خلاصه پرونده

UNIT SUMMARY SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Bed: تخت:	Occupation: شغل:	Married status: وضعیت تأهل: Married ☐ متاهل Single ☐ مجرد	Sex: جنس: Male ☐ مرد Female ☐ زن
Address & Phone No.: آدرس و شماره تلفن:			
Chief Complaint of the Patient & Primary Diagnosis: شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه:			
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:			
Medical & Surgical Procedures: اقدامات درمانی و اعمال جراحی:			
Results of Paraclinical Examination: نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:			
Disease Progress (Cause of Death): سیر بیماری (در صورت فوت، علت مرگ):			
Patient's Condition on Discharge: وضعیت بیمار هنگام ترخیص:			
Recommendations after Discharge: توصیه‌های پس از ترخیص:			
Attending Physician's Name & Signature: نام و امضاء پزشک معالج:			

فرم های مشرق



درخواست خون و فرآورده های خونی

مسئول تکمیل فرم : - پرستار و پزشک در خواست کننده
- فرد نمونه گیر



قسمت های ذیل توسط پزشک و پرستار درخواست کننده تکمیل شود :

مشخصات بیمار:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کدملی: (در صورت دسترسی)	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:	

سابقه:

آیا نیاز به تجویز دارو قبل از تزریق می باشد؟

بله ☐ خیر ☐ نام دارو :

نحوه تجویز :

سابقه تزریق در ۳ ماه گذشته : ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐
سابقه حاملگی در ۳ ماه گذشته : ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐
سابقه بروز عوارض حاد مرتبط با تزریق خون : ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐
سابقه وجود آنتی بادی غیر منتظره در سرم : ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده

تشخیص بیماری :

علت نیاز به خون یا فرآورده کدام یک از موارد زیر می باشد.

کم خونی مزمن ☐ کم خونی حاد ☐ نقص سیستم انعقاد ☐
نقص در تعداد پلاکت ☐ عمل جراحی (نوع عمل) ☐ نقص در عملکرد پلاکت ☐
خونریزی ☐ سایر علل ذکر شود :

- در صورت درخواست فرآورده های گلبول قرمز میزان هموگلوبین: g/dl

- در صورت درخواست فرآورده پلاکتی میزان پلاکت /mm³

- گروه خون و Rh بیمار (در صورت مشخص بودن) :

فرآورده های درخواستی:

☐ گلبول قرمز متراکم	Red Blood Cells	تعداد واحد	☐ خون کامل	Whole Blood (WB)	تعداد واحد
☐ گلبول قرمز کم لکوسیت	leukoreduced RBC	تعداد واحد	☐ پلاسما تازه منجمد	Fresh Frozen Plasma (FFP)	تعداد واحد
☐ کبسه خون اطفال		تعداد واحد	☐ رسوب کرایو	CryoPrecipitate (AHF)	تعداد واحد
☐ گلبول قرمز شسته شده	تعداد دفعات شستشو:	تعداد واحد	☐ پلاسما فاقد کرایو	Cryo Poor Plasma (CPP)	تعداد واحد
☐ سایر فرآورده ها و یا ویژگی های خاص فرآورده	تعداد واحد		☐ پلاکت	Platelet (PLT)	تعداد واحد

(با ذکر نام)

* توجه: در صورتیکه پلاکت درخواستی از نوع پلاکت فریزس باشد، فرم مخصوص آن باید تکمیل گردد.

* هدف از درخواست خون :		الف: رزرو خون ☐	ب: آماده سازی خون جهت تزریق ☐	ج: تزریق پس از رزرو ☐
تاریخ و ساعت نیاز به خون یا فرآورده:	درخواست کننده :			
مدت زمان یا سرعت توصیه شده برای تزریق خون و فرآورده :	پزشک معالج:			
تست های آزمایشگاهی مورد درخواست:	گروه خون و Rh ☐	امضاء و مهر نظام پزشکی :		
غربالگری آنتی بادی ☐	کراس میج ☐	تاریخ:		

این قسمت توسط نمونه گیر تکمیل شود

اینجانب تایید می نمایم که نمونه خون از بیمار با مشخصات فید شده در این فرم اخذ شده و شناسایی از طریق ☐ پرستی مستقیم از بیمار و یا ☐ مشاهده میج بند حاصل شده و نمونه در همان زمان برچسب زده شده است.

مشخصات نمونه گیر: ☐ پرستار ☐ پرسنل آزمایشگاه ☐
نام: نام خانوادگی: تاریخ خونگیری: ساعت خونگیری: امضاء:

این فرم در ۳ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد. در مواقع نیاز به خون اورژانسی به جای این فرم، فرم درخواست خون و فرآورده های خونی به طور اورژانسی (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه) به شماره 00.HV.007.GDL تکمیل شود.

این راهنما براساس کتاب های Technical Manual. AABB 2008 و Clinical Diagnosis & Laboratory Management By Laboratory Methods. 2007 شده و شامل همه اندیکاسیون ها نمی باشد. بدیهی است تجویز خون و فرآورده های خونی با پزشک معالج است که می تواند با استفاده از راهنمای ملی و بین المللی اقدام نماید.

در بالغین اندیکاسیون های مهم تزریق پلاکت: (حجم هر واحد تقریباً ۵۰ میلی لیتر است) ۱- $Plt < 10000-20000$ به علت کاهش تولید پلاکت در بیماری که خونریزی ندارد - $Plt < 10000$ در صورتیکه بیمار stable است - $Plt < 20000$ در صورتی که بیمار شب دارد. - $40000-50000$ در صورت خونریزی یا انجام اقدامات نهاجمی یا جراحی - $Plt < 100000$ در صورت خونریزی شکیبه یا CNS یا بعد از عمل بای پس قلب ۲- خونریزی عروق کوچک به علت اختلال عملکرد پلاکت صرف نظر از شمارش پلاکت. توصیه های مهم درباره تزریق پلاکت: کاربرد تزریق پلاکت پیشگیری یا درمان خونریزی به علت ترومبوسیتوپنی یا نقص عملکرد پلاکت می باشد • برای پایدار سازی وضعیت بیماران تحت شیمی درمانی، آستانه تزریق پیشگیرانه شمارش پلاکت ۱۰۰۰۰ می باشد • در خونریزی مرتبط با نقص عملکرد پلاکتی یا خونریزی ترومبوسیتوپنیک مرتبط با کواگولوپاتی هیچ گونه عدد مشخصی برای تزریق Plt وجود ندارد و باید با توجه به وضعیت بالینی بیمار اقدامات درمانی صورت گیرد • بای پس قلبی رویی ممکن است به طور اکتسابی موجب نقص عملکرد موقتی پلاکت شود و به صورت خونریزی از عروق کوچک ظاهر کند و تزریق پیشگیرانه پلاکت در بای پس قلبی رویی معمول کاربردی ندارد. در ITP و HIT و TTP تزریق پلاکت اندیکاسیونی ندارد. (طول عمر پلاکت شدیداً کاهش می یابد. تزریق پلاکت به موارد بحرانی خونریزی محدود می گردد.)	در بالغین اندیکاسیون های مهم تزریق گویچه های قرمز (حجم هر واحد تقریباً ۲۵۰ میلی لیتر است) ۱- آنمی علامتدار در یک بیمار با حجم خون طبیعی (علایمی مانند نارسایی احتقانی قلب، آنژین و ...) ۲- از دست دادن حاد خون بیشتر از ۱۵٪ حجم خون تخمین زده شده ۳- $Hb < 9$ قبل از عمل جراحی و انتظار از دست دادن بیش از 500 ml خون در عمل جراحی ۴- $Hb < 7$ در یک بیمار بدحال و بحرانی ۵- $Hb < 8$ در بیمار مبتلا به سندرم حاد عروق کرونر ۶- $Hb < 10$ همراه با خونریزی ناشی از اورمی یا ترومبوسیتوپنی ۷- موارد زیر در بیماری سلول داسی شکل (SCA) - الف - احتباس حاد: $Hb < 5$ یا افت Hb به میزان بیشتر از ۲۰٪ از Hb پایه - ب - سندرم حاد قفسه سینه که در این حالت Hb هدف (مطلوب) برابر ۱۰ است و HbS کمتر از ۳۰٪ بشود. - ج - پیشگیری از سکته مغزی (stroke): $HbS < 30\%$ بشود. - د- بیهوشی عمومی: $Hb = 10$ هدف و $HbS < 60\%$ اندیکاسیون های مهم تزریق رسوب کرایو: (حجم هر واحد تقریباً ۱۵ میلی لیتر است) ۱- کمبود فاکتور ۸ (در صورت عدم دسترسی به کنسانتره فاکتور) ۲- بیماری فون ویلبراند (در صورت عدم دسترسی به کنسانتره فاکتور) ۳- خونریزی از عروق کوچک و فیبریโนژن کمتر از $100/100\text{ mg}$ ۴- کمبود فاکتور ۱۳ ۵- خونریزی اورمیک (در این حالت ارجحیت دارد) اندیکاسیونهای استفاده از خون شسته شده: - سابقه واکنش آلرژیک یا آنافیلاکتیک - تزریق خون با حجم یا سرعت بالا در نوزادان و کودکان با جثه کوچک - بیمار IgA-deficient وقتی اهداکننده IgA-deficient در دسترس نمی باشد. - هموگلوبینوری حمله ای شبانه (PNH)
اندیکاسیون های مهم تزریق پلاسما: (FFP) (حجم هر واحد تقریباً ۲۰۰ میلی لیتر است) ۱- کمبود فاکتورهای انعقادی (در صورت عدم دسترسی به کنسانتره فاکتور) ۲- کواگولوپاتی رفتی (جایگزینی بیش از یک حجم خون) ۳- PT, PTT بیش از ۱/۵ برابر میانگین طیف مرجع در صورت نیاز به جراحی در بیماری که خونریزی ندارد ۴- خونریزی در بیمار مبتلا به سیروز - انعقاد داخل رگی منتشر (DIC) ۵- برگشت سریع اثر وارفارین Warfarin Reversal ۶- TTP ۷- گاه در پلاسما فرزیس به عنوان مایع جایگزین	اندیکاسیونهای استفاده از خون اشعه دیده: ۱- تزریق خون داخل رحمی - نوزادان پره مجبور با وزن کم هنگام تولد ۲- نوزادان با اریتروبلاستوز فتابلیس - نقص ایمنی مادرزادی ۳- بدخیمی های هماتولوژیک یا تومورهای توپر نظیر نوروبلاستوما - هوجکین - سارکوما
۴- پیوند مغز استخوان یا سلولهای بنیادی خون محیطی ۵- تزریق خون و فرآورده تهیه شده از خویشتن اوندان بیولوژیک ۶- درمان با فلودارابین ۷- فرآورده های گرانولوسیتی	راهنمای انتقال خون در نوزادان: تزریق RBC: - از دست دادن ۱۰٪ یا بیشتر از حجم خون در سن کمتر از ۴ ماهه و بیش از ۱۵٪ در سن بیشتر از ۴ ماهه - هماتوکریت کمتر از ۲۰٪ ($Hb < 8\text{ g/dl}$) با آنمی علامت دار - هماتوکریت کمتر از ۲۰٪ با یا اکسیژن تراپی کمتر از ۲۵٪ یا تهویه مکانیکی یا $\text{MAP} < 6\text{ cmH}_2\text{O}$ - هماتوکریت کمتر از ۴۵٪ ($Hb < 13\text{ g/dl}$) با بیماری قلبی مادرزادی - سیانوتیک یا استفاده از ECMO
تزریق پلاکت: - پلاکت کمتر از ۳۰۰۰۰ در نوزاد ترم همراه با نارسایی در تولید پلاکت - پلاکت کمتر از ۵۰۰۰۰ در نوزاد نارس stable - پلاکت کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در نوزاد نارس بدحال	تزریق پلاسما: (FFP) - کمبود فاکتور انعقادی در صورت عدم دسترسی به کنسانتره فاکتور - انعقاد داخل رگی منتشر (DIC)



فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی به طور اورژانس (تهیه کمتر از ۳۰ دقیقه)



مسئول تکمیل فرم: ۱- پزشک معالج ۲- پرسنل بانک خون

این قسمت توسط پزشک معالج تکمیل شود:

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی:	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
استان:	شهر:	بیمارستان:	بخش:	شماره پرونده:	

نمونه خون بیمار:

- تهیه و قبل از تزریق ارسال شد ☐
 - ارسال نشد ☐

علت درخواست خون اورژانس:

تاریخ درخواست: ساعت درخواست:

مطلع نمودن بانک خون:

- درخواست تلفنی از بانک خون و سپس تکمیل فرم ☐
 - تکمیل و ارسال فرم به بانک خون ☐

زمان نیاز به خون:

- بلافاصله پس از درخواست پزشک (بدون کراس مچ) ☐

- ۳۰ دقیقه پس از دریافت درخواست (تعیین Rh, ABO و کراس مچ) ☐

اینجانب: پزشک معالج بیمار، مسئولیت درخواست خون اورژانس: ☐ بدون کراس مچ ☐ بدون تعیین گروه ABO و Rh را می‌پذیرم. امضاء و مهر نظام پزشکی:

نام فرآورده مورد نیاز:

- RBC ☐ تعداد:
 Whole Blood ☐ تعداد:

این قسمت توسط بانک خون بیمارستان تکمیل شود:

تاریخ دریافت درخواست: --- / --- / --- ساعت دریافت درخواست: ---

مشخصات فرآورده ارسالی:

گروه خون و Rh براساس برجسب سازمان انتقال خون:
 شماره (های) اهدا:
 تعداد واحد ارسالی:

خصوصیات ظاهری کیسه: مناسب ☐

نام شخص ارسال کننده:

تاریخ ارسال کیسه: ساعت ارسال:

نام شخص تحویل گیرنده:

امضاء:

* توجه: این فرم در ۲ نسخه تکمیل گردد. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست، نسخه زرد رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی جهت نگهداری در پرونده، مجدداً به بخش ارسال گردد.

Medical Center: مرکز آموزشی درمانی / درمانی :

ID Number: کد ملی:

Unit No: شماره پرونده:

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

RESUSCITATION REPORT FORM (CPCR)

Attending physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
	Room: اتاق:		
	Bed: تخت:		
Admission: پذیرش:	جنس: زن ☐ Female	Date of Birth: تاریخ تولد (روز/ماه/سال):	Father Name: نام پدر:
Date & Time: تاریخ و ساعت:	Gender: مرد ☐ Male		
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:		Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی تنفسی:	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی تنفسی:
Weight: وزن: kg	Height: قد: cm	Date: تاریخ:	داخل بیمارستان ☐ Inside the Hospital
		Time: ساعت و دقیقه: (24h)	خارج بیمارستان ☐ Out of Hospital
PMH: بیماری های زمینه ای قلبی: پرفشاری خون ☐ دیابت ☐ بیماری قلبی عروقی ☐ سایر:		وضعیت بیمار در بدو ورود: Patient's Condition on Arrival: A ☐ V ☐ P ☐ U ☐	
Provisional Diagnosis: تشخیص اولیه:		در حضور شاهد: Witnessed Arrest: No ☐ خیر Yes ☐ بلی	
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:		سابقه احیا بیمار در بستری فعلی: دارد ☐ Yes ندارد ☐ No Former CPRs in Current Admission:	

اقدامات انجام شده: PROCEDURES:

BLS: انجام شد ☐ Done انجام نشد ☐ Not Done			
توجه: در صورتیکه BLS توسط افرادی غیر از تیم احیا انجام گیرد، کادر زیر تکمیل گردد.			
Basic Life Support	ماساژ قلبی (Chest Compression): انجام شد ☐ Done انجام نشد ☐ Not Done		
	وضعیت راه هوایی در معاینه اولیه (Airway Status in The First Exam): باز ☐ Open مسدود ☐ Blocked اقدام انجام شده:		
Advanced Cardiac Life Support	تنفس (Breathing): دارد ☐ Have ندارد ☐ Don't Have اقدام انجام شده:		
	استفاده از AED (AED Usage): بلی ☐ Yes خیر ☐ No مدت عملیات BLS (BLS Duration): دقیقه (min)		
Advanced Cardiac Life Support	6. Medication : داروها:		
	1. Airway Management: روش مراقبت از راه هوایی: ETT ☐ لوله تراشه LMA ☐ ماسک لارنژال Combitube ☐ سایر ☐ Others		
	2. The First Detected Cardiac Rhythm: اولین ریتم قلبی مشاهده شده: PEA ☐ VT ☐ VF ☐ Asystole ☐ PEA Detected Rhythm in PEA :		
	3. Was Defibrillation Performed? دفیبریلاسیون انجام شد؟ بلی ☐ Yes خیر ☐ No در صورتی که مقدار ژول آخرین دوز: و تعداد دفعات شوک: پاسخ نهایی به دفیبریلاسیون داشت؟ بلی ☐ Yes خیر ☐ No توضیح:		
	4. Rhythm Change During CPR & Performed Action: تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا و اقدام انجام شده:		
5. IV Access: راه وریدی: Had ☐ داشت Didn't Have ☐ نداشت (راه وریدی دقیقه بعد از شروع عملیات احیا تعبیه گردید.)			
7. نیاز به پیس میکر موقت داشت؟ بلی ☐ Yes (خارجی ☐ Ext داخلی ☐ Int) خیر ☐ No			

گزارش عملیات احیا: RESUSCITATION REPORT:

مدت عملیات احیا (CPCR Duration): دقیقه (min)	
Date & Time of Death : تاریخ فوت: ساعت فوت:	نتیجه احیا (CPCR Result): موفق ☐ Successful فوت بیمار ☐ Expired
* در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیا و ایجاد گردش خون خودبخودی، قسمت زیر تکمیل شود:	
تحت نظر در بخش: اورژانس ☐ انتقال به ICU ☐ انتقال به سایر بخش ها (نام بخش ذکر گردد):	

Name of Nurse: نام و نام خانوادگی پرستار مسئول بیمار:	Name of Physician : نام و نام خانوادگی پزشک مسئول تیم احیا:
Seal & Signature: مهر و امضاء	Seal & Signature: مهر و امضاء

شماره پرونده: Unit Number:

فرم نظارت و پایش احیاء

نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		بخش: Ward:		کد ملی: ID Number:	
				اتاق: Room:		پزشک معالج: Attending physician:	
				تخت: Bed:			
نام پدر: Father Name:		تاریخ تولد: (روز/ماه/سال) Date of Birth:		جنس: زن ☐ Female / مرد ☐ Male		پذیرش: Admission: تاریخ و ساعت: Date & Time:	
مکان وقوع ایست قلبی تنفسی: Arrest Location:		زمان وقوع ایست قلبی تنفسی: Arrest Time:		این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:			
داخل بیمارستان ☐ Inside the Hospital		تاریخ: Date:		قد: Height:		وزن: Weight:	
خارج بیمارستان ☐ Out of Hospital		ساعت و دقیقه: (۲۴h) Time:		سانتی متر: cm		کیلوگرم: kg	
زمان دقیق اعلام کد احیاء:		زمان دقیق شروع عملیات احیاء:		زمان دقیق پایان عملیات احیاء:			
دقیقه:		دقیقه:		ساعت:			
آیا اعلام کد احیاء بلافاصله صورت گرفته است؟		نام و سمت اعلام کننده کد احیاء:		مدت عملیات احیاء:			
بله ☐ خیر ☐							
نتیجه احیاء:		در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیاء قسمت زیر تکمیل شود					
موفق ☐ فوت بیمار ☐ (تاریخ فوت: ساعت فوت:)		انتقال به: ☐ CCU ☐ ICU سایر بخش ها یا مراکز دیگر (ذکر شود):					

اعضاء تیم احیاء

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت و درجه علمی	مهر و امضاء	زمان ورود (ساعت و دقیقه)
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

مشکلات مشاهده شده در حین عملیات احیاء

تجهیزات:
نیروی انسانی:
سایر موارد (ذکر شود):

اقدامات صورت پذیرفته در خصوص مشکلات ذکر شده و نتایج پیگیری

تجهیزات:
نیروی انسانی:
سایر موارد (ذکر شود):

توجه: این فرم در دفتر پرستاری بایگانی شود.
نام و نام خانوادگی و امضاء
سوپروایزر ناظر بر عملیات احیاء

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده:

FLUID BALANCE CHART (24 HOURS)

[illegible]

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

شماره پرونده: Unit No:

برگ مراقبت قبل از عمل جراحی

PRE-OPERATION CARE SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Bed: تخت:				
بررسی پرستار اتاق عمل Review of Op. Room Nurses		تاریخ عمل جراحی: Date of Operation:		
تأیید O.K.	نظریه Notes	تشخیص: Diagnosis:		
☐	☐	نام عمل جراحی: Name of Operation: سمت عمل: Site of Operation ☐ چپ Left ☐ راست Right		
☐	☐	آماده نمودن محل عمل: Preparation of Op. Site:		
☐	☐	اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است ☐ Consent form Attached ☐		
☐	☐	نوار مشخصات بیمار به بسته شده است. Patient's ID, Tag Affixed to		
☐	☐	فشار خون موقع پذیرش: B.P. on Adm.: فشار خون پس از داروهای بیهوشی: B.P. After Using Pre- Anes. Drugs:		
☐	☐	قند خون: Blood Sugar: اوره خون: Urea: هموگلوبین و هماتوکریت: Hb & Hct:		
☐	☐	گروه خون: Blood Group: ارشاش: RH:		
☐	☐	ساعت آخرین ادرار قبل از عمل: Time of the Last Urination Prior to Operation:		
☐	☐	علائم حیاتی قبل از عمل: Vital Signs before Op. : حرارت: Temp. نبض: Pulse تنفس: Resp.		
☐	☐	تحت درمان با داروهای: Under Treatment with These Drugs:		
☐	☐	داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده آنها: Pre- Operation Drugs & Last Dose:		
☐	☐	اثر داروهای قبل از بیهوشی: Pre- Anes. Drug Effects: بیدار ☐ Awake خواب آلود ☐ Sleepy خواب ☐ Asleep		
☐	☐	اوراق آزمایشگاهی: کاف ☐ کاف ☐ اوراق رادیولوژی: کاف ☐ گزارش پرستار: کاف ☐ Laboratory Sheets Enough Radiology Sheets Enough Nurses Report Enough		
☐	☐	اعضای مصنوعی دارد: بله ☐ خیر ☐ برداشته شد: بله ☐ خیر ☐ انگشتر: ساعت: سایر متعلقات: خارج گردید: ☐ Prosthesis No Removed No Ring Watch Others Removed		
ملاحظات: Remarks:		امضاء پرستار اتاق عمل:		
امضاء پرستار بخش: Ward Nurse's Signature:		Signature of Op. Room Nurse:		

طرح استانداردسازی و بیهوشی، بهمن ۱۳۸۰

برگ مراقبت قبل از عمل جراحی

RECOVERY ROOM RECORD

Unit No: شماره پرونده:

برگ مراقبت بعد از عمل جراحی

برگ مراقبت بعد از عمل جراحی
RECOVERY ROOM RECORD

RECOVERY ROOM RECORD

[illegible]

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره یرونده:

VITAL SIGNS SHEET

[illegible]

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:
مرکز آموزشی درمانی / درمانی: Medical Center:

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان
Adults' Professional Nutritional Assessment & care Form

کد ملی: ID Number		شماره پرونده: Unit No :	
نام خانوادگی: Family Name	نام: Name	بخش: Ward	پزشک معالج: Attending Physician
نام پدر: Father Name	تاریخ تولد: Date of Birth (روز/ماه/سال)	اتاق: Room	
		تخت: Bed	
	جنس: Sex Male ☐ مرد Female ☐ زن	تاریخ پذیرش: Date Of Admission	
وضعیت بارداری / شیردهی: Current status of Pregnancy/Lactation باردار: ☐ Pregnant شیرده: ☐ Nursing هیچکدام: ☐ None		میزان فعالیت بدنی اخیر بیمار: Recent physical activity level خیلی سبک: ☐ sedentary متوسط: ☐ moderate شدید: ☐ Extreme سبک: ☐ mild	
سابقه مصرف اخیر مکمل های غذایی و داروها: Recent medicine or supplement intake history		تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج: Dx.	
بیماری های زمینه ای: Underlying Dis.		داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج: Medicine Order	
حساسیت غذایی یا دارویی: Food or Drug Allergy		دستور غذایی پزشک معالج: Diet Order	
نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک: تغذیه دهانی: ☐ Oral Nutrition تغذیه وریدی: ☐ Total Parenteral Nutrition تغذیه با لوله: ☐ Enteral Nutrition منع تغذیه با دهان: ☐ Nil Per Os			
اطلاعات تن سنجی: Anthropometric Data			
وزن فعلی (کیلوگرم): Current Body Weight (Kg)	قد (سانتیمتر): Height (Cm)	نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع): BMI (kg/m2)	
وزن معمول (کیلوگرم): Usual Body Weight (Kg)	دور بازو (سانتیمتر): MAC (Cm)	ضخامت چین پوستی (سانتیمتر): Skin fold Thickness (Cm) (Biceps-Triceps)	
وزن ایده آل (کیلوگرم): Ideal Body Weight (Kg)	تغییر وزن اخیر: (بلی/خبر): Recent Weight Change (Y/N)	مدت زمان تغییرات وزن اخیر: Weight Variation Duration(W/M) (هفته / ماه)	

مشکلات گوارشی و غذایی : Gastrointestinal/Digestive Disorders تهوع ☐ Nausea استفراغ ☐ Vomiting اسهال ☐ Diarrhea ریفلاکس ☐ (Reflux) کاهش مصرف یا بی اشتهاپی طی هفته گذشته ☐ Anorexia یبوست ☐ Constipation اختلال بلع و جویدن غذا ☐ Dysphagia and Chewing Problems مشکلات دهانی یا دندانی / دندان مصنوعی ☐ Denture problems	
وضعیت بالینی: تحلیل عضلانی مشهود ☐ Wasting کاهش چربی زیر جلدی ☐ (Subcutaneous Dystrophy) ادم ☐ Edema آسیت ☐ Ascitis تغییرات مو و پوست، ناخن ☐ Skin ,Hair, & Nails changes ضعف / لرزش ☐ weakness/tremors	
آزمایش های مورد نیاز برای پیگیری The Laboratory Test Needed for Fallow up	
تاریخچه مختصر رژیم غذایی / سابقه رژیم های غذایی Diet History	
نتیجه ارزیابی شدت سوء تغذیه: در معرض سوء تغذیه ☐ At Risk of Malnutrition سوء تغذیه متوسط ☐ Moderate Malnutrition سوء تغذیه شدید ☐ Severe Malnutrition Malnutrition Grade:	
نیازهای تغذیه ای: انرژی مورد نیاز (Energy: Kcal/d) : پروتئین مورد نیاز (Protein: g/d) : حجم مایعات مورد نیاز (Fluid: cc/d) : مکمل تغذیه ای مورد نیاز (Supplement) : Nutritional Needs	
تداخلات غذایی با داروهای مصرفی بیمار: Food and Drug Interactions	
رژیم غذایی تنظیم شده توسط مشاور تغذیه در اولین ویزیت: Recommended Diet at the First Visit	
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء پزشک معالج Physician s' Name/signature/stamp	نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه : Dietitians' Name /Signature/Stamp
تاریخ رویت فرم تکمیل شده: Date of Form Approving	تاریخ تکمیل فرم: Date of Form Filling

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

ID Number: کد ملی:

فرم پیگیری وضعیت تغذیه

Unit No: شماره پرونده:

Nutritional Status Follow up Form

Attending physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:			
Date of admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Father Name: نام پدر:			
		Bed: تخت:		Sex: جنس: Male ☐ مرد: Female ☐ زن:					
Dietitians' signature and stamp مهر و امضاء مشاور تغذیه	Recommend diet پیشنهادی غذایی رژیم	Recommend supplement مکمل های غذایی پیشنهادی	Appetite Status وضعیت اشتها (ضعیف/متوسط/خوب)	Intake Route (EN-TPN-PO-NPO) نحوه تغذیه	Edema (+/-) ادم	Laboratory test results نتیجه آزمایشات مورد نیاز	MAC محیط د ور بازو (Cm)	Weight (Kg) وزن	Index شاخص
									First Visit نوبت اول
									Second Visit نوبت دوم
									Third Visit نوبت سوم
									Fourth Visit نوبت چهارم
									Fifth Visit نوبت پنجم
									Sixth Visit نوبت ششم
آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر									
Date of Form Filling: تاریخ تکمیل فرم:			Dietitians' Name /Signature/Stamp:			نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مشاور تغذیه:			

با آرزوی موفقیت