

مرکز آموزشی درمانی طالقانی
کتابچه اختصاصی بخش جراحی



❖ فهرست مطالب

۱- معرفی بخش

۲- معرفی رییس بخش، سرپرستار، کادر تحت سرپرستی

۳- فرآیندهای روتین بخش

۴- موارد بستری بخش

۵- لیست تجهیزات بخش و طرز استفاده

۶- دستورالعمل‌های مهم ایمنی و بهداشت دست

معرفی بخش:



بخش جراحی شامل:

- ایستگاه پرستاری
- ۱۲ اتاق جهت بستری
- سالن اصلی بخش
- ۳۳ تخت
- اتاق استراحت پرسنل
- اتاق معاینه
- اتاق تمیز و اتاق کثیف
- رختکن پرسنل
- اتاق دارو

اتاقهای ۳- ۵- ۹- ۱۰- ۱۱ مجهز به مانیتور بزرگسال می باشد.

❖ معرفی رئیس بخش، سرپرستار، کادر

تحت سرپرستی

- رئیس بخش: خانم دکتر نازلی نوالی
- مسوول بخش: سرکار خانم سولماز فخری نژاد
- پرستاران شاغل در بخش: ۱۷ نفر
- ماماهاى شاغل در بخش: ۱ نفر
- کادر کمک بهیار: ۴ نفر
- کادر خدمات: ۴ نفر
- منشی: ۱ نفر



فرم شرح شغل

تاریخ تهیه: ۸۷/۱۰/۱۱

الف) شناسنامه شغل	<p>۱- عنوان پست سازمانی: سرپرستار</p> <p>۲- واحد سازمانی: مراکز آموزشی و درمانی / بیمارستانها</p> <p>۳- رشته: بهداشتی و درمانی</p> <p>۴- رشته فرعی: خدمات پرستاری و مامائی</p> <p>۵- رشته شغلی: پرستار</p> <p>۶- گروه و طبقه شغلی (ورود به شغل):</p> <p>۷- عنوان سرپرست مستقیم: مدیر خدمات پرستاری یا رئیس خدمات پرستاری</p> <p>۸- نویسنده و تجزیه و تحلیل گر شغل: میرسجاد موسوی</p> <p>۹- تعداد مصاحبه شوندهگان: ۳ نفر</p> <p>۱۰- در تدوین این شرح شغل، شرایط احراز و شرح وظایف جناب آقایان سعید ملک پور و علی نعمتی و خانم تهمنه معنوی همکاری فرمودند.</p>
ب۱) خلاصه شغل	<p>۱- کمک به اهداف سازمانی مرکز آموزشی و درمانی در راستای تأمین سلامت و بهبودی بیماران</p> <p>۲- رهبری، کنترل و نظارت بر خدمات پرستاری در طول شبانه روز و پیگیری دستورات بمنظور ارائه بهترین مراقبتهای پرستاری از بیماران</p> <p>۳- تعیین وظایف کادر پرستاری مربوطه براساس نیاز بیماران، تعداد پرسنل و نوع بخش</p>
ب۲) هدف شغل	<p>تلاش در جهت تأمین سلامت و بهبودی بیماران به منظور برگرداندن بیمار به وضعیت زندگی عادی با ارائه بهترین خدمات پرستاری</p>
ج) مسئولیتها	<p>شاغل این پست براساس شرح وظایف مصوب در قبال:</p> <p>مسئولیت حفظ و نگهداری بیهیسه اموال تحت اختیار، کنترل و نظارت بر نحوه انجام امور پرستاری در حد استانداردهای تعیین شده و پروتکلهای موجود توسط کادر تحت سرپرستی، رسیدگی و برقراری نظم و ترتیب در پرونده های بیماران بستری براساس شاخص های مدارک پزشکی مسئول و پاسخگو می باشد.</p>
ج۱) ارتباطات	<p>شاغل این پست بصورت مستقیم و موثر با:</p> <p>بیماران و خانواده ایشان - پزشکان و دانشجویان رشته پزشکی، پرستاری - پرسنل تحت سرپرستی - سایر سرپرستاران، سوپروایزرهای آموزشی و بالینی، مدیر یا رئیس خدمات پرستاری، حسابداری، مدارک پزشکی، مددکاری - مدیر و رئیس بیمارستان ارتباط کاری دارد.</p>
ج۲) اختیارات	<p>شاغل این پست در چهارچوب قوانین، مقررات، آئین نامه ها و بخشنامه ها و با هماهنگی مسئولین ذیربط در قبال:</p> <p>ارزشیابی پرسنل تحت سرپرستی و اعطای امتیاز براساس شاخص های تعیین شده - پیشنهاد تعیین میزان اضافه کار و کارانه برای کادر مربوطه - پیشنهاد تعیین افراد و پرسنل مورد نیاز به دفتر پرستاری مرکز اختیارات لازم را دارد.</p>
ح) شرایط محیط کار	<p>- فعالیت شغلی در محیط بیمارستان و نامناسب بودن فضای بخشهای بستری به علت حجم و تراکم بیماران</p> <p>- احتمال ابتلاء به بیماریهای مسری و عفونی و کار در محیط عفونت زا</p> <p>- بروز حساسیت های دارویی ناشی از مواد شوینده و جراحات پوستی و وجود گازهای شیمیائی</p> <p>- نامناسب بودن هوای موجود در بخشهای بستری</p> <p>- سخت بودن خدمات پرستاری ارائه شده به بیماران</p> <p>- کار با مواد رادیو اکتیو و پرتوهای مضر</p>



فرم شرح شغل

تاریخ تهیه: ۸۷/۱۰/۱۱

الف) شناسنامه شغل	<p>۱- عنوان پست سازمانی: پرستار</p> <p>۲- واحد سازمانی: مرکز آموزشی و درمانی / بیمارستان</p> <p>۳- رشته: بهداشتی و درمانی</p> <p>۴- رشته فرعی: خدمات پرستاری و مامایی</p> <p>۵- رشته شغلی: پرستار</p> <p>۶- گروه و طبقه شغلی (ورود به شغل):</p> <p>۷- عنوان سرپرست مستقیم: سرپرستار بخش / رئیس خدمات پرستاری</p> <p>۸- نویسنده و تجزیه و تحلیل گر شغل: میرسجاد سیدموسوی</p> <p>۹- تعداد مصاحبه شوندگان: ۴ نفر</p> <p>۱۰- در تدوین این شرح شغل، شرایط احراز و شرح وظایف سرکارخانمها مرضیه خیری، آمنه میرزائی و آقایان نعمت رضازاده، علی نعمتی همکاری فرمودند.</p>
ب) خلاصه شغل	<p>۱- پذیرش بیمار و ثبت مشخصات مددجو و اجرای مراقبتهای اولیه پرستاری (تهیه ECG، مانیتورینگ، آزمایشات اطلاع رسانی به پزشک - کنترل درد بیمار</p> <p>۲- اجرای دستورات پزشکی و انجام دستورات دارویی</p> <p>۳- اولویت بندی و اجرای فرآیندهای پرستاری و برطرف کردن نیازها و مشکلات بیمار</p> <p>۴- ثبت گزارشات، پرستاری</p> <p>۵- تحویل گرفتن و تحویل دادن بخش و بیمار به مسئول مربوطه</p> <p>۶- مدیریت و هماهنگی در انجام وظایف توسط پرسنل زیرمجموعه وی (کمک بهیار، خدمات)</p> <p>۷- انجام پانسمانهای جراحی</p>
ب) هدف شغل	<p>این شغل در جهت رسیدن به اهداف بهداشتی، درمانی و آموزش و ارتقاء سلامت و برگرداندن بیمار به وضعیت سلامت قبلی از طریق ارائه خدمات پرستاری و کمک به امر درمان پزشکان معالج می باشد.</p>
ج) مسئولیتها	<p>شاغل این پست مسئولیتهای زیر را بر عهده دارد: ثبت صحیح مشخصات بیمار در اسناد و برگه های مربوط به گزارش پرستاری و پرونده پزشکی، اجرای صحیح دستورات دارویی و مستند کردن آنها و در صورت عدم انجام نیز ثبت علت عدم اجرای دستور، حمایت عاطفی و روانی از بیمار، آموزش به بیمار در مورد مشکل وی و ارائه مراقبتهای صحیح پرستاری، مراقبت و حفاظت بیمار (خطر سقوط از تخت و...) مدیریت در اجرای امورات مربوط به بیمار و تعیین وظایف پرسنل زیردست و احترام گذاشتن به حقوق بیمار و همکاران، ایجاد آرامش در محیط</p>
ج-۱) ارتباطات	<p>شاغل این پست بصورت مستقیم و موثر با: پزشکان، همکاران (پرستار)، سوپروایزرین بالینی، کمک بهیاران، کادر خدمات، دانشجویان پزشکی، بیمار و همراهان وی، سرپرستار بخش، مترون و سوپروایزر آموزشی، واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی از قبیل آزمایشگاه، رادیولوژی، مدارک پزشکی، اتاق عمل، اکو و... دانشجویان پرستاری، مربیان پرستاری ارتباط کاری دارد.</p>
ج-۲) اختیارات	<p>- شاغل این پست در چهارچوب قوانین، مقررات، آئین نامه ها و بخشنامه ها و با هماهنگی مسئولین ذیربط در قبال:</p> <p>- پذیرش بیمار و اجرای دستورات تجویز شده توسط پزشک در بخش های بستری</p> <p>- اجرای دستورات PRN با توجه به نیاز و مشکل بیمار</p> <p>- اجرای پروسیچرهای مربوط به CPR تا رسیدن پزشک در بخشهای ویژه (تزریق لیدوکائین و دادن شوک و ایتوباسیون)</p> <p>- اعلام وضعیت بیمار به پزشک معالج (در صورت لزوم)</p>
ج) شرایط محیط کار	<p>- کار پر استرس و محیط استرس زا در مواقع اورژانس</p> <p>- مشکلات مربوط به امنیت جسمی و شغلی (Middle Stick، ایدز، بیماریهای عفونی بیمارستانی و...)</p> <p>- شبکاری و مشکلات و عوارض مربوط به آن</p> <p>- ساعات کاری بالا و حجم کار بالا</p> <p>- درگیری با بیماران و همراهان آنها</p> <p>- خطر مواجهه با اشعه های یونیزان (انجام cheer X-lay پرتابی در بخش)</p> <p>- سر و صدا علیرغم مرکز درمانی بودن</p> <p>- مشکلات مربوط به کمردرد، دیسکهای کمری، گردنی، واریس</p> <p>- افسردگی و استرس</p>



فرم شرح شغل

تاریخ تهیه: ۸۸/۶/۲۲

الف) شناسنامه شغل	<p>۱- عنوان پست سازمانی: کمک بهیار</p> <p>۲- واحد سازمانی: مراکز آموزشی و درمانی / بیمارستانها</p> <p>۳- رشته: بهداشتی و درمانی</p> <p>۴- رشته فرعی: خدمات پرستاری و ماماپی</p> <p>۵- رشته شغلی: کمک بهیار</p> <p>۶- گروه و طبقه شغلی (ورود به شغل):</p> <p>۷- عنوان سرپرست مستقیم: سرپرستار - مدیر دفتر پرستاری</p> <p>۸- نویسنده و تجزیه و تحلیل گر شغل: میرسجاد موسوی</p> <p>۹- تعداد مصاحبه شوندگان: ۳ نفر</p> <p>۱۰- در تدوین این شرح شغل، شرایط احراز و شرح وظایف افرا مهرابی، اکرم خزایی، علی نعمتی همکاری فرمودند.</p>
ب ۱) خلاصه شغل	<p>۱- انجام امور مراقبتی</p> <p>۲- مراقبت و حفظ وسایل و تجهیزات پزشکی و لوازم موجود در بخش</p> <p>۳- کسب دستور و برنامه کار از مسئول شیفت</p>
ب ۲) هدف شغل	<p>مراقبت و حفاظت از بیمار با همکاری مسئول شیفت و با استفاده از وسایل و امکانات موجود همراه با مراقبت از وسایل و تجهیزات در راستای ارائه خدمات به بیماران با رعایت اصول و قوانین استانداردها</p>
ج) مسئولیتها	<p>شاغل این پست در قبال نیازهای بیمار تحت سرپرستی مسئول شیفت مسئولیت مستقیم داشته و موظف است در قبال مراقبت هایی که برای بیمار تعیین شده است، فعالیتهای محوله را انجام داده و نتایج حاصله را گزارش بدهد پیشگیری از حوادث احتمالی و مراقبت از خود بیمار در قبال خطرات اعم از حوادث یا انتقال آلودگی و بیمار از ارکان این پست بود و فرد در قبال آن پاسخگو خواهد بود بررسی دوره ای وسایل و تجهیزات مصرفی در رابطه یا مراقبت بیمار به منظور حفظ کارایی بایستی انجام بشود.</p>
ج ۱) ارتباطات	<p>مسئولین شیفت (پرستاران یا بهیاران) و نیز کارکنانی که با توجه به محوریت بیمار با آنان ارتباط برقرار می شود از ارتباطات این شغل می باشند. نظیر کارکنان آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی و سایر قسمتهای پاراکلینیکی و تشخیصی و توانبخشی، از سوی دیگر ارتباط غیرمستقیم با پزشکان و دانشجویان رشته های مختلف نیز مدنظر می باشد.</p>
ج ۲) اختیارات	<p>شاغل پست کمک بهیاری طبق شرح وظیفه در مراقبت و نگهداری از بیمار و نیز ارتباط درست با بستگان بیمار مسئولیتهایی دارد که براساس قوانین جاری به انجام آنها می پردازد رسیدگی به امور بیمار بایستی با هماهنگی سایر عوامل بخش باشد.</p>
ح) شرایط محیط کار	<p>کار در محیطهای بستری بیماران مستلزم داشتن دانش کافی برای محافظت از خود و مراقبت از بیمار و بستگان وی می باشد انجام امورات بیماران از جمله جابجایی و انتقال و مراقبت مستقیم از موارد مختلف بیماریها از مشکلات این شغل می باشد لزوم همکاری در ساعتی متوالی کار و نبودن تعطیل و استراحت کافی بین شیفتها از موارد قابل ذکر است از آنجائیکه کمک بهیار تحت نظر افراد متعدد و متفاوتی خدمت می کند در معرض فشارهای روحی و جسمی قرار می گیرد و لزوم مراجعت مکرر به اتاقهای بیماران و سایر قسمتهای بیمارستان وی را در معرض خستگی و فرسودگی زودرس قرار می دهد. بدلیل عدم وجود رده های بهیاری در بیمارستان ها قسمتی از وظایف آنها برعهده کمک بهیاران قرار داده شده که بر صعوبت و خطر شغلی می افزاید زیرا فرد مجبور به انجام اموری است که برای آن آموزش رسمی و کلاسی دریافت نکرده است.</p> <p>فشارهای جسمی و روحی - صعوبت کاری - زیان آور بودن - در معرض خطر بودن</p>

خدمات بخش:

*مراقبت‌های بعد از سزارین

* مراقبت پس از جراحی های زنان (هیسترکتومی، میومکتومی، کیستکتومی، کورتاژ، کولپورافی، سقط، لاپاراسکوپی، EP و ...)

*مراقبت بعد از جراحی های عمومی (تانسیلکتومی، سپتوپلاستی، رینوپلاستی، کله سیستکتومی، کیست هیداتیک، آپاندکتومی و ...)

فرایندهای روتین بخش جراحی:

فرایند تحویل بیمار پس از انجام عمل جراحی از اتاق عمل:

۱ – تحویل بالینی بیمار توسط پرستار بر روی برانکارد از مسئول ریکاوری (توجه و ثبت وضعیت هوشیاری، آنژیوکت، سوند، سرم، پانسمان محل عمل) و ثبت آن در پرونده و مهر و امضاء برگ ریکاوری توسط پرستار تحویل گیرنده و کنترل پرونده از نظر ثبت دستورات پزشک پس از عمل

۲ – نظارت بر انتقال بیمار بر روی تخت توسط کمک بهیار و کادر خدماتی

۳ – آموزش های لازم به بیمار هوشیار یا همراه وی

۴ – چک دستورات پزشک و ثبت کاردکس

۵ – کنترل دقیق علائم حیاتی طبق دستور پزشک

۶ – اجرای دقیق دستورات و ثبت همزمان آن ها در پرونده

۷ – کنترل I/O طبق دستورات پزشک و ثبت آن

۸ – نظارت بر نوع رژیم غذایی بیمار، کارکرد شکم I/O و ثبت موارد

۹ – ثبت داروهای مصرفی و آزمایشات مورد لزوم و ... در برنامه HIS

۱۰ – ثبت وضعیت بیمار در دفتر گزارش بخش

اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی:

آمادگی قبل از عمل:

۱. پس از معرفی خویش به بیمار ارتباط موثر در جهت کاهش اضطراب وی برقرار گردد و در مورد نوع عمل و علت آن به وی توضیح داده شود .
۲. بیمار از نظر سوابق بیماریها، عمل جراحی ، مصرف دارو و سوابق آلرژی و وواکنشهای نامطلوب نسبت به دارو ی خاص و تزریق خون بررسی گردد و در صورت وجود، مورد در پرونده بیمار ثبت شود .
۳. در صورت دستور پزشک شب قبل از عمل آمادگی روده انجام شود .
۴. بیمار شب قبل از عمل در صورت امکان دوش گرم بگیرد و در صورت نیاز به برداشتن موهای زائد از لوسیون موبر یا ماشین تراش برقی استفاده شود .
۵. آموزشهای قبل از عمل شامل ورزشهای تنفسی (تنفس عمیق و سرفه) داده شوند.
۶. در خصوص اعمال جراحی الکتیو، به بیمار تاکید شود ۸ تا ۱۰ ساعت قبل از عمل چیزی از راه دهان نخورد و طبق دستور پزشک از طریق IVLine سرم بصورت KVO داده شود .
۷. در خصوص اعمال جراحی الکتیو طبق دستور پزشک ،مشاوره بیهوشی قبل از عمل انجام شود.
۸. از نداشتن دندانهای مصنوعی و ادامس داخل دهان و نداشتن زینت الات قبل از انتقال به اتاق عمل اطمینان حاصل شود . (اگر امکان خارج شدن زینت الات نبود با نواری پوشانده شوند)
۹. از تخلیه مثانه بیمار قبل از انتقال به اتاق عمل اطمینان حاصل گردد .
۱۰. گان و البسه مخصوص اتاق عمل به بیمار پوشانده شود .
۱۱. در صورت دستور تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکسی طبق دستورالعمل مربوطه در محدوده زمانی تعیین شده تزریق گردد .
۱۲. چک لیست آمادگی قبل از عمل تکمیل و مهر و امضاء شود و ضمیمه پرونده گردد.
۱۳. کلیه اوراق پرونده بیمار و مستندات لازم شامل برگ پذیرش و رضایت نامه بیمار، دستور پزشک ، نتایج آزمایشات ، مشاوره ها، نوار قلب و CXRay ، سونو گرافی و سایر اقدامات پاراکلینیک مورد نیاز چک شوند و از کامل بودن آنها اطمینان حاصل گردد .
۱۴. قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل مجدداً مشخصات بیمار نوع عمل ،پزشک جراح و ... با پرونده بیمار مطابقت داده شود .

۱۵. قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل از آگاهی و آمادگی اتاق عمل جهت پذیرش بیمار کسب اطمینان شود.
۱۶. قبل از تحویل بیمار به اتاق عمل کلیه اتصالات بیمار از نظر صحت کارکرد چک شود .
۱۷. علائم حیاتی قبل از تحویل بیمار به اتاق عمل چک گردد.
۱۸. بیمار با ویلچر یا برانکارد با حفظ شرایط ایمنی و حریم خصوصی و پوشش مناسب به اتاق عمل منتقل گردد.
۱۹. حین تحویل بیمار در اتاق عمل از آمادگیهای قبل از عمل اطمینان حاصل شود.
۲۰. از بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح طبق دستورالعمل نه راه حل ایمنی بیمار اطمینان حاصل گردد.

مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی:

۱. حین تحویل بیمار پس از اتمام عمل جراحی گزارش کامل وضعیت بیمار شامل مشخصات کامل وی ، نوع عمل ، نوع اقدامات انجام شده ، نوع مراقبت ها و دستورات بعد عمل ، میزان خونریزی ، میزان مایعات دریافت شده و دفع شده ، وضعیت علائم حیاتی و ... در ریکاورری دریافت شود.
۲. در ریکاورری تحت مانیتورینگ و حمایت تنفسی در صورت نیاز قرار گیرد .
۳. پس از تثبیت وضعیت شاخص های همودینامیک بیمار، میبایست بیمار بر اساس نظر پزشک بیهوشی پس از هماهنگی با بخش مربوطه منتقل گردد.
۴. حین انتقال بیمار به بخش شرح کاملی از وضعیت بیمار به پرستار مسئول بیمار داده شود.
۵. پس از کنترل سطح هوشیاری ، محل عمل از نظر خونریزی و پانسمنان ، خونریزی واژینال در اعمال جراحی زنان ، علائم حیاتی و اطمینان از کارکرد صحیح اتصالات، بیمار با همراهی پرستار و بیماربر / خدمات و کمک بهیار از اتاق عمل به بخش منتقل گردد.
۶. بیمار در ساعات اول بعد از عمل از نظر سطح هوشیاری ، ساچوریشن ، علائم حیاتی و وضعیت همودینامیک ، رنگ پوست و مخاط دهان ، لبها ، ناخن ها و لاله گوش در بخش بستری ارزیابی شود .(علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه برای یک ساعت و هر ۳۰ دقیقه تا ۲ ساعت و هر ۱ ساعت تا ۴ ساعت کنترل شود)
۷. درد بیمار با مسکن تجویز شده توسط پزشک مدیریت شود .
۸. کلیه اتصالات بیمار از نظر صحت کارکرد کنترل گردد.
۹. محل پانسمنان و درن ها را از نظر فیکس بودن و خونریزی غیر طبیعی کنترل شوند .

- ۱۰. هر گونه علائم غیر طبیعی شامل درد شدید ، خونریزی ،تنگی نفس ، سردی و رنگ پریدگی ،تعریق، ثابت نبودن وضعیت همودینامیک بیمار و... بلافاصله به جراح مربوطه و در صورت لزوم به پزشک بیهوشی اطلاع داده شودو پس از انجام اقدامات مراقبتی در پرونده بیمار ثبت گردد .
- ۱۱. دستورات پزشک شامل دستورات دارویی و رژیم غذایی و سایر مداخلات مراقبتی انجام شود .
- ۱۲. بر اساس مشکلات استخراج شده طی ارزیابی مستمر، مراقبتهای پرستاری طراحی و اجرا شود

آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش :

- سطح آمادگی و انگیزه بیمار در سه سطح ذیل سنجیده شود :
- هنگامی که بیمار به علت مشکلات جسمی و روحی مانند کاهش سطح هوشیاری، درد، اضطراب و ... قادر به تمرکز و دریافت آموزش ها نمی باشد.
- هنگامی که بیمار از شرایط جسمی قابل قبولی برخوردار است اما به دلایل مسائلی مانند نگرانی در مورد فرایند درمان، نگرانیهای مالی و ... به دریافت آموزش اهمیت نداده و انگیزه لازم را برای یادگیری ندارد.
- هنگامی که بیمار از شرایط جسمی قابل قبول برخوردار بوده و انگیزه لازم برای دریافت آموزش را دارد.
- بیماران باید دانش و مهارت لازم جهت تطابق با نیازهای درمانی و بهداشتی خود را دریافت کنند.
- از آنجا که ارائه آموزشها بر اساس احساس نیاز بیمار میزان یادگیری را افزایش می دهد، ترجیحا به سوالات ذهنی بیمار پاسخ داده شود .
- پزشک، پرستار و مامای مسئول بیمار به هنگام پذیرش بیمار، خود را معرفی کنند .
- آموزشها بصورت چهره به چهره، آموزش عملی و ایفای نقش در هر شیفت انجام و آموزش تکمیلی در روز ترخیص انجام گردد.
- بروشور یا پمفلت های تهیه شده بر اساس تعریف بیماری، درمان، مراقبت های پرستاری، راه های پیشگیری، نکات هشدار دهنده به بیماران حین بستری یا هنگام ترخیص تحویل داده شود .
- همراه بیمار در آموزشهای ارائه شده مشارکت داده شود.
- آموزش به بیمار در سه مرحله ابتدای بستری ، حین بستری و پس از ترخیص داده شود .

- آموزشهای بدو بستری طبق حداقلهای ابلاغ شده از سوی مدیر خدمات پرستاری توسط پرستار یا ماما به بیمار و همراه وی ارائه شود .
- آموزش های حین بستری شامل نوع بیماری و نحوه درمان و مراقبت، علائم و نشانه ها و پیشگیری از عوارض ، فعالیت ورژیم غذایی و سایر حداقلهای ابلاغ شده از سوی مدیر خدمات پرستاری توسط پرستار و ماما بصورت چهره به چهره ارائه شود .
- پرستار و ماما در خصوص علت بیماری و روند درمان و پیشگیری از عوارض بر اساس راهنمای تنظیم شده ی آموزش مراقبتی در قالب "پرسش ذهنی بیمار و پاسخ ان " آموزش دهد .
- آموزشهای حین ترخیص در سه محور رژیم غذایی ونحوه مصرف داروها و فعالیت و نیز پیگیری های لازم ارائه و در فرم آموزش به بیمار ثبت شود وبا مهر و امضاء پزشک و پرستار و امضاء و اثر انگشت بیمار یا همراه وی تایید گردد.
- کپی خوانای فرم تکمیل شده ی آموزش به بیمار به وی یا همراهش حین ترخیص تحویل داده شود و فرم اصلی ضمیمه پرونده گردد .
- از اثر بخشی آموزش با اخذ بازخورد آموزشهای ارائه شده از سوی بیمار ، اطمینان حاصل گردد .
- نکات آموزشی ارائه شده در گزارش پرستاری ثبت شوند .
- اثر بخشی آموزش به بیماران در کلیه بخشهای بالینی توسط سوپروایزرین بالینی مطابق دستورالعمل پایش اثربخشی آموزش به بیمار ، پایش شود .
- داده های جمع آوری شده طی پایش اثر بخشی آموزش به بیماران بصورت فصلی تحلیل گردند و به بخشها جهت مداخلات اصلاحی و مدیر خدمات پرستاری جهت طرح در مدیریت اجرایی بازخورد داده شوند.

فرایند انجام سونوگرافی

- ۱- پزشک دستور انجام سونوگرافی را صادر می کند
- ۲- پرستار یا منشی بخش هماهنگی های لازم را با بخش سونوگرافی ، به عمل می آورد.
- ۴- پذیرش سونوگرافی در سیستم HIS توسط پرستار
- ۵- بیمار(با پرونده و برگ درخواست سونوگرافی) بطور سرپایی و در صورت نیاز با برانکارد و یا ویلچر با همراهی کمک بهیار به بخش سونوگرافی منتقل می شود.
- ۶- پس از پایان سونوگرافی بیمار مجدداً توسط کمک بهیار به بخش منتقل می گردد.
- ۷- نتیجه سونوگرافی توسط پرستار مسئول بیمار به رویت و امضای پزشک می رسد و ضمیمه پرونده می گردد.

فرایند اعزام بیماران به سایر مراکز

- ۱- چک دستور پزشک مبنی بر اعزام مددجو
- ۲- هماهنگی با مرکز مورد نظر جهت اعزام و پذیرش بیمار توسط آن مرکز
- ۳- هماهنگی با دفتر پرستاری جهت اعزام بیمار
- ۴- کنترل دقیق برگ اعزام و سایر اوراق پرونده
- ۵- اطلاع به همراهان بیمار و توضیحات لازم به بیمار
- ۶- استخراج چک لیست داروها و آزمایشات
- ۷- برآورد هزینه توسط حسابداری و درج آن در پرونده در صورت اعزام بیمار در شیفت صبح- در صورت اعزام در شیفت عصر و شب برگه عدم تسویه حساب به اوراق اعزام الصاق میشود
- ۸- مشخص نمودن همراه بیمار جهت اعزام (پزشک، پرستار، کمک بهیار و ...)

۹ - اعزام بیمار با پوشش مناسب به مرکز مورد نظربه همراه وسایل و داروهای مورد نیاز (ست احیا و ...)

۱۰ - ثبت پرونده از نظر زمان ،محل و نحوه اعزام بیمار توسط پرستار

۱۱ - ثبت زمان ،محل و نحوه اعزام بیمار در دفتر گزارش .

نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران

الف) اقدامات مربوط به تحویل بیمار در بخش مبدا

۱. دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار چک شود.
۲. جهت انتقال بیمار با بخش مقصد هماهنگی لازم از طریق تلفن و HIS به عمل آید.
۳. اطلاعات پرونده از نظر ثبت شرح حال، گزارش پرستاری، نتایج اقدامات پاراکلینیکی و کنترل و نسبت به رفع نواقص آن اقدام شود.
۴. در گزارش پرستاری ساعت و تاریخ انتقال وضعیت بیمار و موارد پیگیری به روش SBAR ثبت گردد.
۵. کلیه وسایل متعلق به بیمار (دفترچه، وسایل شخصی،...) با هماهنگی همراه بیمار جهت انتقال آماده شود.
۶. بیمار با توجه به شرایط بالینی وی بوسیله ویلچر، برانکارد و یا تخت با رعایت نکات ایمنی و حفظ حریم خصوصی به بخش مقصد با همراهی پرستار یا مامای مسئول بیمار انتقال داده شود.
۷. در صورت ثابت نبودن علائم حیاتی بیمار یا مشکلات زمینه ای و نیاز وی به حمایت های تنفسی ، با اکسیژن پرتابل و آمبوبگ به بخش مقصد منتقل شود .

ب) اقدامات مربوط به تحویل بیمار در بخش بستری مقصد

۱. بیمارضمن رعایت دستورالعمل شناسایی بیمار و ارتباط موثر با خوشرویی ضمن معرفی مسئول بیمار به وی پذیرفته شود.
۲. کلیه لوازم بیمار تحویل گرفته شده و پرونده بیمار از نظر تکمیل مستندات کنترل شود.
۳. بیمار به تخت اختصاص یافته منتقل شود.

۴. کلیه اتصالات بیمار (آنژیوکت، سوند فولی و ...) از نظر ساعت، تاریخ و صحت عملکرد کنترل گردد.

۵. مقررات بخش، آموزش های بدو ورود به بیمار و همراه وی توضیح داده شود.

۶. زمان ورود، تاریخ، نحوه انتقال، نام پرستار/مامای انتقال دهنده و شرایط بیمار موقع انتقال در گزارش پرستاری ثبت گردد.

ج) اقدامات مربوط به تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل

۱. دستور بیمار مبنی بر انتقال وی به اتاق عمل کنترل شود.

۲. هماهنگی جهت انتقال بیمار به اتاق عمل از طریق تلفن و HIS بعمل آید.

۳. اقدامات لازم قبل از عمل انجام و فرم استاندارد آمادگی قبل از عمل تکمیل گردد.

۴. تمام اقدامات انجام یافته با ذکر تاریخ و ساعت در گزارش پرستاری ثبت شود.

۵. پرونده از نظر کامل بودن کنترل شود.

۶. بیمار با رعایت نکات ایمنی با ویلچر یا برانکارد و یا تخت به اتاق عمل منتقل شود.

۷. پرستار یا ماما حین انتقال بیمار را همراهی کند و تحویل پرستار اتاق عمل دهد.

د) انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش

۱. مشخصات بیمار، نوع عمل، برگ دستورات پزشک، شرح عمل، بیهوشی و ... توسط پرستار ریکاوری چک شود.

۲. وضعیت بیمار، نکات قابل توجه حین عمل و مراقبت های ویژه قبل از انتقال وی توسط پرستار ریکاوری به پرستار یا مامای تحویل گیرنده گزارش شود.

۳. هنگام تحویل بیمار ضمن رعایت دستورالعمل شناسایی، شرایط عمومی وی را از نظر هوشیاری، خونریزی، علایم حیاتی، کلیه اتصالات، پانسمان، O/I و ... توسط پرستار یا مامای تحویل گیرنده با حضور پرستار ریکاوری در فضای خروجی اتاق عمل چک شود.

۴. بیمار با رعایت نکات ایمنی با برانکارد به بخش و تخت اختصاص یافته همراه با پرستار یا مامای تحویل گیرنده منتقل شود.

۵. تاریخ، ساعت، نحوه انتقال، وضعیت هوشیاری و علایم حیاتی بیمار در گزارش پرستاری ثبت شود.

نحوه جابجایی درون بخشی

جابجایی درون بخشی بیمار بنا به ارزیابی وضعیت وی با هماهنگی سرپرستار در شیفت صبح و مسئول شیفت در عصر و شب و روزهای تعطیل با رعایت نکات ایمنی انجام شود.

انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان:

۱. پزشک دستور انجام خدمتی را که در این مرکز انجام نمی شود در پرونده بیمار ثبت کند.
۲. دستور صادر شده توسط پرستار مسئول چک شود.
۳. بیمار از نظر آگاهی از ارجاع و ایجاد شرایط روحی روانی لازم توسط پرستار مسئول توجیه گردد.
۴. شیفت عصر و شب پرستار مسئول به سوپروایزر وقت جهت هماهنگی با سایر مراکز درمانی اطلاع دهد و تاریخ و زمان اعلام را در گزارش پرستاری قید نماید.
۵. برگ مطالبه در دوبرگ توسط پزشک با مشخص شدن نوع خدمت تکمیل شود و پرستار مسئول شیفت برگه های مربوط به خدمات تشخیصی - پاراکلینیک و مدارک مورد نیاز را جهت تایید به دفتر پرستاری و سوپروایزر کشیک تحویل دهد.
۶. تکمیل فرم اعزام موقت توسط نرس و پزشک بیمار و تأیید سوپروایزر کشیک
۷. برگ تکمیل شده ی درخواست خدمات و پرونده بیمار توسط سوپروایزر چک شود.
۸. در صورت نیاز به خانواده بیمار توسط منشی در شیفت صبح و توسط پرستار مسئول بیمار در شیفت عصر و شب اطلاع داده شود.
۹. بعد از اخذ پذیرش از سایر مراکز درمانی توسط سوپروایزر در شیفتهای عصر و شب به بخش مربوطه اطلاع داده شود تا بیمار را جهت ارجاع آماده کنند. (در شیفت صبح اخذ پذیرش از سایر مراکز به عهده منشی بخش باشد در صورت عدم موفقیت در اخذ پذیرش، هماهنگی توسط سوپروایزر انجام شود)
۱۰. قبل از ارجاع تثبیت وضعیت بیمار و تعیین شرایط تیم همراه توسط پزشک معالج انجام شود

۱۱. حریم خصوصی بیمار حفظ گردد و استانداردهای ایمنی بیمار رعایت شود.
۱۲. تدارک تهیه آمبولانس و تجهیزات و امکانات ضروری برای انتقال بیمار توسط سوپروایزر وقت انجام گردد.
۱۳. مراقبتهای لازم حین انتقال توسط تیم درمانی همراه بیمار انجام شود.
۱۴. پس از دریافت خدمت در مرکز ارجاع شده، بیمار مجدداً با برگ مطالبه تایید شده دال بر انجام خدمت به واحد مبداء توسط تیم همراه بازگردانده و در بخش مربوطه بستری شود.

فرایند درخواست مشاوره جهت بیماران به خارج از مرکز

- ۱ - کنترل دستور پزشک و ثبت در کاردکس
- ۲ - هماهنگی با مراکز مربوطه بر اساس دستورات پزشک و مشخص شدن نوع مشاوره (جراحی، نورولوژی، داخلی و ...)
- ۳ - تکمیل برگ مشاوره توسط پزشک با ذکر نام پزشک مشاور
- ۴ - هماهنگی با دفتر پرستاری و تکمیل برگ مطالبه در صورت لزوم
- ۵ - مشخص کردن همراه بیمار (پزشک، پرستار، کسان بیمار یا فقط بیمار بر)
- ۶ - ثبت پرونده بیمار از نظر نوع مشاوره و محل مشاوره و زمان انتقال بیمار
- ۷ - انتقال بیمار جهت مشاوره با رعایت پوشش مناسب و همراه با وسایل و داروهای احتمالی مورد نیاز
- ۸ - ثبت ساعت انتقال و محل مشاوره و نوع مشاوره در دفتر گزارش.

لازم به توضیح است که ممکن است مشاوره به صورت تلفنی انجام شود که در این صورت پزشک پس از مشاوره با پزشک مورد نظر دستورات پزشک مشاور را در برگ دستورات می نویسد و پرستار یا ماما دستورات را کاردکس کرده و انجام می دهد.

۵- فرایند ترخیص بیمار

- ۱- کنترل دستورات پزشک و چک کردن پرونده
- ۲- رویت بیمار توسط کارشناس بیمه
- ۳- کنترل کامل پرونده از نظر ثبت داروهای مصرفی و آزمایشات و تطابق آن با پرونده
- ۴- ثبت خدمات ارائه شده به بیمار در برنامه HIS توسط منشی (نوارقلبی- هزینه همراه - مشاوره ها و در صورت تحت نظر بودن بیماران ثبت ویزیت بیمار)
- ۵- آموزش مربوط به مراقبت های مورد نیاز در منزل به بیمار و ارائه پمفلت آموزشی
- ۶- ارائه خلاصه پرونده به بیمار
- ۷- ارائه برگ تسویه حساب به همراه بیمار جهت ارائه به حسابداری
- ۸- اخذ برگ تسویه حساب از همراه بیمار و اجازه به بیمار و همراه وی جهت ترخیص
- ۹- خارج نمودن آنژیوکت بیمار
- ۱۰- ثبت نام بیماران ترخیصی در دفتر ترخیص توسط منشی بخش و تحویل پرونده ها به واحد ترخیص

۶- فرایند ثبت دستورات شفاهی

۱. دادن دستورات شفاهی توسط پزشک
۲. گوش دادن دقیق به دستورات شفاهی پزشک توسط پرستار مسئول بیمار
۳. قرائت بلند دستورات شفاهی پزشک توسط پرستار مسئول بیمار به پزشک دستور دهنده
۴. گوش دادن دقیق دستورات شفاهی پزشک توسط پرستار یا پرستار دوم (بعنوان شاهد)
۵. ثبت دقیق دستورات شفاهی پزشک با درج تاریخ و ساعت در برگ دستورات پزشک پرونده بیمار توسط پرستار یا مامای مسئول بیمار
۶. مهر و امضای دستورات پزشک توسط پرستار یا مامای مسئول بیمار و پرستار یا مامای شاهد
۷. تایید دستور پزشک توسط سوپروایزر در صورت تک نرسه بودن بخش
۸. مهر و امضای دستورات پزشک توسط پزشک دستور دهنده در اسرع وقت و حداکثر تا ۲۴ ساعت

۷- فرایند ترانسفوزیون خون

- چک دستورات پزشک مبنی بر ترانسفوزیون خون توسط پرستار مسئول بیمار و پرستار شاهد
- رعایت بهداشت دست طبق خط مشی بهداشت دست ها
- رگ گیری مطمئن با آنژیوکت مناسب توسط پرستار
- سونداژ مثانه در صورت لزوم طبق دستور پزشک
- اخذ نمونه خون به میزان ۱ CC در شیشه سیتراته جهت تعیین گروه خونی و ۲CC در لوله های ساده آزمایشگاهی جهت کراس مچ توسط پرستار
- وصل سرم سالین نرمال و یا سرم تجویزی پزشک توسط پرستار
- تکمیل برگه درخواست خون توسط پزشک
- ثبت درخواست خون در دفتر آزمایش و HIS توسط پرستار
- ارسال نمونه ها با برچسب مشخصات بیمار و برگ درخواست ترانسفوزیون خون به آزمایشگاه توسط کمک بهیار
- تحویل گرفتن خون کراس مچ شده از آزمایشگاه توسط کمک بهیار و تحویل دادن آن به پرستار بخش توسط کمک بهیار

- کنترل برگه درخواست خون با برچسب کیسه خون از نظر نوع گروه خونی، RH، تاریخ انقضا، شماره کیسه و نام بیمار توسط پرستار مسئول بیمار و پرستار شاهد جهت تزریق خون
- کنترل کیسه خون از نظر وجود لخته یا حباب و یا هرگونه موارد غیر طبیعی در کیسه خون و در صورت اشکال عودت به آزمایشگاه توسط پرستار مسئول بیمار و پرستار شاهد
- رعایت بهداشت دست و پوشیدن دستکش توسط پرستار
- وصل ست خون به کیسه خون و آویزان کردن کیسه خون به پایه سرم و هواگیری ست خون توسط پرستار
- کنترل علائم حیاتی بیمار قبل از شروع تزریق خون توسط پرستار و پر کردن برگ تزریق خون
- تنظیم سرعت انفوزیون طبق نظر پزشک توسط پرستار
- کنترل بیمار از نظر علائم حساسیت در ۱۰-۵ دقیقه اول تزریق توسط پرستار
- قطع جریان خون در صورت بروز علائم حساسیت و اطلاع فوری به پزشک و اقدام لازم مطابق دستور مجدد پزشک توسط پرستار
- کنترل علائم حیاتی طبق جدول زمانبندی شده بر روی برگ تزریق خون توسط پرستار
- الصاق برچسب کیسه خون به محل مربوطه در برگ ترانسفوزیون خون توسط پرستار
- خارج کردن ست خون از آنژیوکت و انداختن ست خون و کیسه خون داخل کیسه و ارسال آن به آزمایشگاه
- ثبت و مستندسازی تمامی اقدامات و گزارشات در پرونده بیمار و برگ ترانسفوزیون و دو مهره کردن گزارش و برگ ترانسفوزیون با پرستار شاهد

***توصیه:

- ✓ در استفاده از هر کیسه خون از ست خون مجزا باید استفاده کرد.
- ✓ انتظار می‌رود تا ۲ ساعت ترانسفوزیون یک واحد خون به اتمام برسد و هرگز نباید بیش از ۴ ساعت به طول بیانجامد.
- ✓ جهت حفظ صحیح زنجیره سرمایی خون، می‌بایست تحویل واحدهای خون از آزمایشگاه یک به یک انجام گیرد.

۸- نمونه گیری آزمایش و ارسال آزمایشات

- ۱- چک دستورات پزشکی توسط پرستار یا مامای مسئول
- ۲- آماده کردن وسایل و لوازم ضروری خونگیری بسته به نوع آزمایش توسط فرد گیرنده خون
- ۳- شستن دست طبق خط مشی بهداشت دست توسط فرد گیرنده خون
- ۴- شناسایی بیمار و توجیه پروسیجر در بالین وی قبل از نمونه گیری توسط فرد گیرنده خون
- ۵- ضدعفونی محل خونگیری ، روی موضع بصورت دورانی به مدت ۳۰ ثانیه و اخذ نمونه پس از خشک شدن موضع
- ۶- الصاق برچسب مشخصات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد ، تاریخ و ساعت بر روی ظرف نمونه توسط فرد گیرنده خون بلافاصله پس از خونگیری در بالین بیمار
- ۷- ثبت آزمایشات درخواستی در دفتر تحویل آزمایشات و سیستم HIS توسط فرد گیرنده خون
- ۸- ارسال بموقع نمونه های خونی به آزمایشگاه با رعایت نکات ایمنی شامل پوشیدن دستکش و حمل با جا لوله ای توسط کمک بهیار
- ۹- تحویل نمونه و ارزیابی کمی و کیفی نمونه و امضا در دفتر آزمایشات بخش توسط کادر آزمایشگاه

۹- فرایند سونداژ مثانه

- ۱- شناسایی بیمار و توجیه پروسیجر
- ۲- بهداشت دست طبق خط مشی تعیین شده توسط پرستار یا مامای مسئول
- ۳- پوشیدن دستکش استریل توسط پرستار یا مامای مسئول
- ۴- شستشو و ضدعفونی اطراف پیشابراه با محلول آنتی سپتیک(بتادین) با استفاده از ست استریل سونداژ توسط پرستار یا مامای مسئول
- ۵- بازبینی مجدد بسته بندی کاتتر از نظر هرگونه صدمه و پارگی و کنترل تاریخ انقضا و باز کردن آن به روش آسپتیک توسط فرد کمک کننده

۶- وارد کردن کاتتر استریل با رعایت نکات آسپتیک توسط پرستار یا مامای مسئول

۷- وصل انتهای کاتتر به یورین بگ برای ایجاد سیستم درناژ بسته توسط پرستار یا مامای

مسئول

۸- فیکس یورین بگ به کنار تخت بوسیله گیره توسط کمک بهیار (بنحوی که بر روی کف اتاق

قرار نگیرد)

تجهيزات بخش:

* مانیتور

* دستگاه الکتروشوک

* دستگاه ECG

* پمپ انفوزیون

* پمپ سرنگ

* گلوکومتری

* سونی کیت

* ساکشن بزرگسال

* ساکشن نوزادی

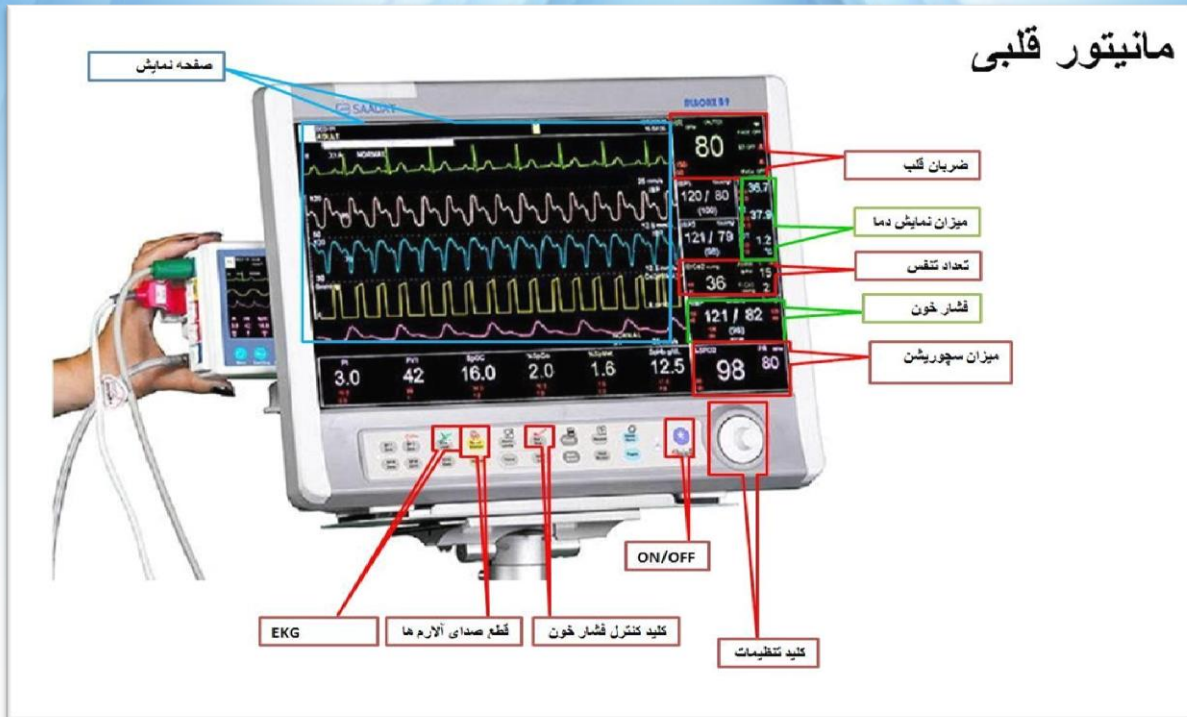
* آمبوبگ

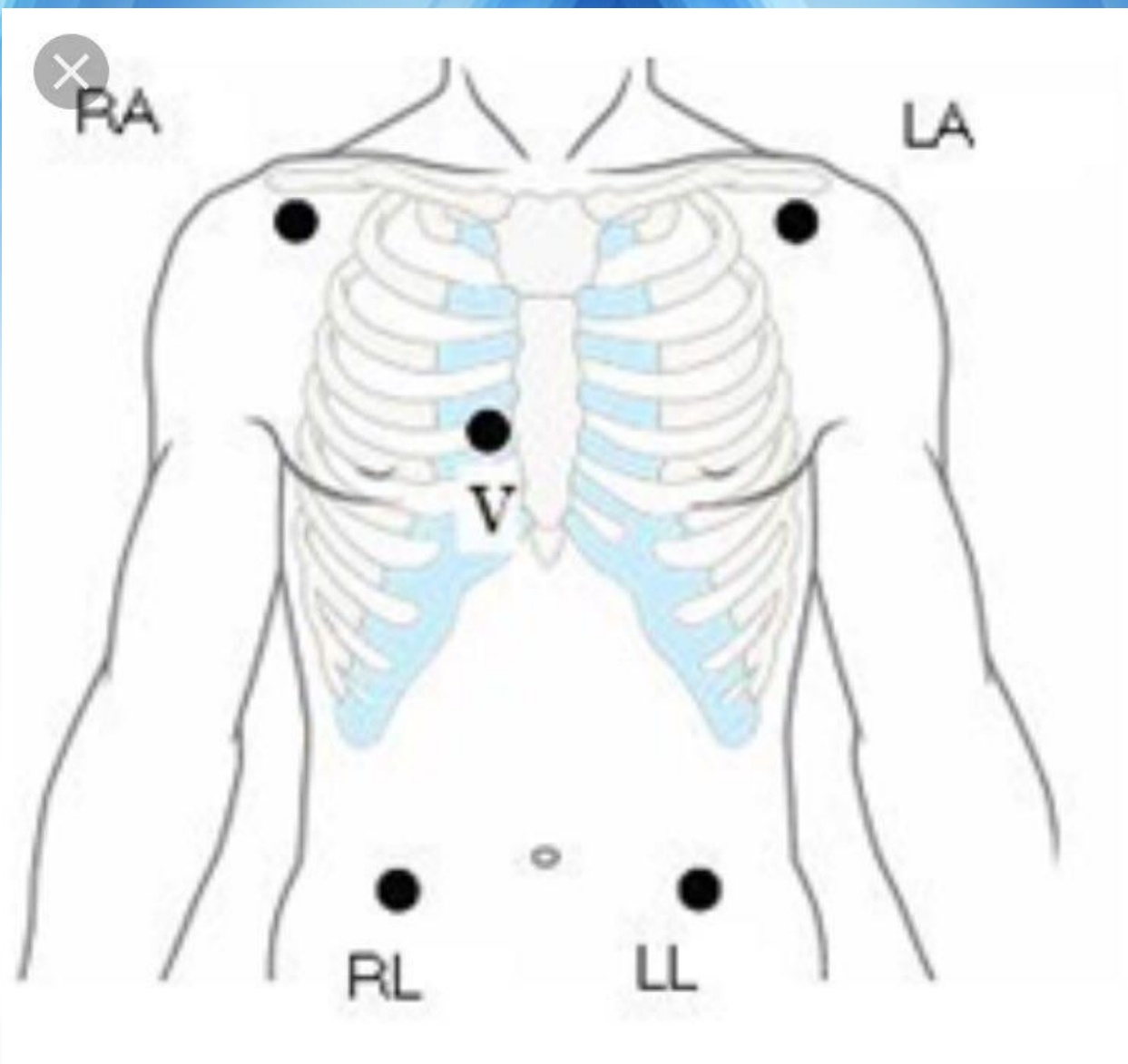
*هود شیمی درمانی

*شیردوش

مانیتور بزرگسال

مانیتور قلبی





مشخصات ظاهری:

نمای جلویی و کنار دستگاه کانکتورهای کنار دستگاه، کلیدهای کنترل کننده عملیاتی، صفحه نمایش، نشانگرها، نمای پشت دستگاه می باشد.

کانکتورهای کنار دستگاه:

تمامی کانکتورها نسبت به استفاده همزمان با Defibrillator محافظت شده اند.

کلیدهای کنترل کننده عملیاتی:

ALARM silence:

با فشردن این کلید میتوان صدای آلام را به طور موقت به مدت دو دقیقه قطع کرد.

FREEZE:

از این کلید جهت ثابت کردن سیگنالهای روی صفحه استفاده می گردد. با فشردن مجدد آن، ترسیم سیگنالها ادامه خواهد یافت.

HOME MENU:

با این کلید می توان همواره به منو یا صفحه قبل برگشت.

POWER:

از این کلید جهت روشن یا خاموش کردن سیستم استفاده می گردد.

@: با این کلید می توان روشنایی تصویر را کم یا زیاد نمود.

علاوه بر این کلیدها، پنج کلید فشاری در قسمت پایین صفحه نمایش برای استفاده از امکانات و عملکردهای سیستم قرار دارند.

صفحه نمایش:

در این صفحه شکل موجها، حالت و مقادیر انتخاب شده، پیغامهای خطا، مقادیر تنظیم محدوده های آلام دستگاه، تاریخ، ساعت و صفحه TREND و صفحه SET UP قابل رویت می باشد.

نمای پشت دستگاه:

در پشت دستگاه چند کانکتور و یک فیوز تعبیه شده است.

جهت اتصال ولتاژ مستقیم به سیستم یا از برق ۱۲ ولت اتومبیل و یا از برق منبع تغذیه ایزوله استفاده می شود.

راهنمای مختصر برای کار با دستگاه:

۱. پروب های مربوط به پارامترهای مختلف علائم حیاتی را در کانکتورهای مربوطه محکم نمایید.

۲. الکترودها و پروب های دستگاه را به بیمار وصل کنید.

۳. دستگاه را روشن نموده و منتظر صفحه نمایش اصلی بعد از انجام تست داخلی که توسط خود دستگاه انجام می گیرد، باشید.

۴. محدوده های آلارم را چک نمایید و در صورت نیاز آنها را تنظیم نمایید.

۵. در صورت نیاز می توانید روشنایی نور دستگاه را با استفاده از کلیدهایی که برای این منظور در نظر گرفته شده اند، تنظیم نمایید.

۶. در صورت استفاده از شبکه سانترال، کابل شبکه را به کانکتور مربوطه وصل کنید.

صفحه نمایش:

صفحه های نمایش دستگاه می تواند به یکی از شکل های زیر نمایش داده شود:

مدل ERT، توانایی اندازه گیری و نمایش پارامترهای زیر را دارد:

۱. ECG

۲. RESP

۳. TEMP

مدل ESN، توانایی اندازه گیری و نمایش پارامترهای زیر را دارد:

۱. ECG

۲. SPO2

۳. NIBP

شکل موج ECG

مقادیر عددی مربوط به ECG

شکل موج ECG

مقادیر عددی مربوط به TEMP

شکل موج PLTH

مقادیر عددی مربوط به SPO2

SET UP

ALARM

TREND

مدل EST، توانایی نمایش و اندازه گیری پارامترهای زیر را دارد:

TEMP ، SPO2

مدل ENTER، نمایش و اندازه گیری پارامترهای زیر را دارد:

ECG,NIBP,TEMP,RESP

ناحیه عددی:

در قسمت راست صفحه پنجره هایی وجود دارد که پارامترهای عددی SPO2, HR, NIBP, TEMP, RR در آنها نمایش داده می شوند.

کلیدهای کاربردی:

SELECT:

با فشردن این کلید می توان هر یک از متغیرهای محدوده های بالا و پایین آلارم مربوط به پارامترهای عددی را جهت تغییر و تنظیم انتخاب نمود. این آمادگی به صورت تغییر رنگ پس زمینه پارامتر عددی قابل مشاهده می باشد.

ON/OFF:

با این کلید میتوان دستگاه را نسبت به آلارم پارامترهای موجود فعال یا غیر فعال نمود.

INC:

با این کلید می توان محدوده عددی آلارم انتخاب شده را زیاد کرد.

DEC:

با این کلید می توان محدوده عددی آلارم انتخاب شده را کم کرد.

SAVE:

با این کلید می توان تغییراتی را که در صفحه آلارم ایجاد شده ذخیره و اعمال کرد.

HOME/MENU:

جهت خارج شدن از صفحه آلارم و برگشت به منوی اصلی مورد استفاده قرار می گیرد.

مانیتورینگ و کابل ECG: کابل ECG و لیدهای متصل به آن به وسیله کانکتور قفلی که

جهت اتصال محکم کابل ECG به مانیتور انتخاب شده است، به مانیتور وصل می گردد.

۱. کابل ECG را به کانکتور مربوطه در کنار دستگاه متصل نمایید.
۲. CHEST LEAD ها را در محل مناسب روی سینه بیمار قرار دهید.
۳. الکترودها را به CHEST LEAD متصل نمایید.
۴. با استفاده از کلیدهای مناسب، لید مورد نظر خود را انتخاب نمایید که بهترین دامنه را در صفحه نمایش مشاهده نمایید.
۵. فیلتر ECG را در حالتی قرار دهید که مورد نظرتان است. توجه داشته باشید که اگر در محیطی به شدت نویزی از دستگاه استفاده می نمایید، از فیلتر مانیتور استفاده کنید.

۶. با استفاده از منوی SET UP، بزرگسال یا نوزاد بودن بیمار را مشخص کنید.

دستگاه قادر به تشخیص و حذف PACE MAKER است. در صورت فعال بودن PACED ECG، سیگنال ناشی از PACE MAKER تشخیص داده شده و آنها در شمارش نبض دخالت داده نمی شوند. سیگنالهای PACE تشخیص داده شده توسط خطهای عمودی به ارتفاع یک سانتی متر روی سیگنال ECG قابل رویت خواهند بود.

پنجره عددی:

در پنجره عددی که جهت HR در نظر گرفته شده است، اطلاعات زیر وجود دارد:

۱- عدد HR

۲- شماره ی LEAD

۳- عدد SIZE

۴- محدوده های بالا و پایین آلارم و ALARM ON/OFF

۵- نوع FILTER

۶- نشانگر ضربان

فیلتر ECG:

فیلترهای دستگاه طبق جدول زیر قابل تنظیم است:

تنظیم فیلتر ECG را می توان از طریق منوی SET UP انجام داد.

میان گیری HR:

همواره فاصله زمانی بین QRS تا QRS قبلی وارد جدول میانگیری شده و HR از میانگین ۴، ۸ و یا ۱۶ ثانیه گذشته، QRS ها محاسبه می گردد. تنظیم زمان میانگیری در منوی SET UP، با عنوان HR Avrage امکان پذیر است.

وضعیت پاسخ SPO2:

این امکان وجود دارد که اندازه گیری و نمایش SPO2 در سه حالت زیر در منوی SET UP تنظیم گردد.

NORMAL: برای اکثر اوقات این وضعیت توصیه می شود.

FAST: در حالی که بیمار بیهوش است می تواند مورد استفاده قرار بگیرد. در این وضعیت SPO2 به حرکت بیمار حساس خواهد بود، ولی در عوض تغییرات SPO2 سریعتر قابل مشاهده می باشد.

SLOW: حساسیت نمایش SPO2 به حرکت بیمار در حداقل مقدار خود قرار دارد. در این وضعیت باید توجه داشت که ممکن است تغییرات SPO2 بیمار به کندی نمایش داده می شود.

مانیتورینگ NIBP:

دستگاه S630 با استفاده از تکنیک تکنیک نوسان سنجی فشار غیر تهاجمی، فشار خون را اندازه گیری می کند. پمپ داخل دستگاه کاف را تا فشار تقریبی ۸۰ mmhg یا تا زمانی که به طور موثری جریان خون مسدود شود باد می کند. سپس تحت کنترل مانیتور فشار داخل کاف، به تدریج کاهش پیدا می کند، در این هنگام یک سنسور فشار، فشار هوا را تشخیص و یک سیگنال به مدار NIBP ارسال می کند. همین طور که بتدریج فشار کاف کاهش داده می شود، خون در شریانی که قبلا مسدود شده بود جریان پیدا می کند و مقدار اندازه گیری شده ی فشار توسط سنسور تغییر میکند.

کلیدهای کاربردی:

کلیدهایی که در منوی NIBP قرار دارند، به شرح زیر می باشند:

STOP: جهت قطع کردن ادامه کار اندازه گیری NIBP

START: جهت شروع اندازه گیری NIBP

MODE: جهت انتخاب یکی از حالت های AUTO یا MANUAL

List: جهت دیدن فهرست اندازه گیری ها که دارای دو منوی زیر است:

NEXT: جهت دیدن پنجره فهرست بعدی

BACK: جهت دیدن پنجره فهرست قبلی

مانیتورینگ TEMP:

اندازه گیری دمای بدن بیمار با تحلیل سیگنالی که از پروب مربوطه دریافت می گردد انجام می گیرد. این سیگنال ناشی از تغییرات مقدار مقاومت قطعه ای است که مقاومت آن بسته به دما می باشد. این قطعات ترمیستور نامیده می شوند. سیگنال ارسال شده از پروب توسط مدار داخلی دریافت و پس از تحلیل و پردازش جهت اندازه گیری و درج مقدار دمای بیمار مورد استفاده قرار می گیرد.

مانیتورینگ RESPIRATION:

تنفس بیمار به وسیله دو الکتروود از سه الکترودهای کابل ECG قابل تشخیص می باشد. یک سیگنال تحریک خیلی کوچک در اثر تغییرات امپدانس بافتهای قفسه سینه به دلیل تنفس الکتروودها اعمال می شود که جهت نمایش سیگنال و اندازه گیری تعداد تنفس در دقیقه مورد استفاده قرار می گیرد. اطلاعات تنفسی به صورت یک شکل موج در قسمت گرافیکی ترسیم می گردد. تعداد تنفس در یک دقیقه در پنجره عددی نمایش داده شده و در اطلاعات ذخیره می گردد.

کلیدهای کاربردی:

RESP SIZE: با این کلید می توان سرعت جاروب سیگنال RESP را روی مقادیر 6mm/s, 12.5, 25 تنظیم کرد.

نگهداری و رفع اشکال:

پیغامهای خطای سیستمی:

یک پیغام خطا موقعی اتفاق می افتد که یک یا تمام قسمت‌های دستگاه به طور درست عمل نکند و این پیغام خطا تا زمانی که عامل آن از بین نرود مشاهده می شود. اگر دستگاه نتواند هر کدام از وظایف خود را به طور صحیح انجام دهد و یا بخشی از سخت افزار به طور صحیح کار نکند یک پیغام خطا مشاهده خواهد شد.

سرویس: مانیتور S630 احتیاجی به سرویس مرتب به جز تمیز کردن، نگهداری باطری و آنچه که به مراکز درمانی توصیه شده است را ندارد. دستورات سرویس به طور کامل در Service Manual آمده است.

تمیز کردن:

بر روی دستگاه Auto clave انجام ندهید و آن را با اکسید اتیلن و سایر شوینده های ساینده استریل ننمایید. دستگاه را در مایعات غوطه ور نسازید. برای استریل کردن آن می توانید از محلول فرمالین، قرص فرمالین و یا از لامپ UV استفاده کنید.

نگهداری باطری:

اگر به مدت طولانی نمی خواهید از دستگاه استفاده کنید، فیوزی که در پشت دستگاه تعبیه شده را خارج کنید. اگر به مدت طولانی از دستگاه استفاده نکرده اید، جهت استفاده مجدد باید دستگاه حداقل به مدت ۱۶ ساعت جهت شارژ کامل به برق AC متصل باشد.

دستگاه الکترو شوک:



نکات ایمنی (بسیار مهم)

۱. به هیچ وجه برای تخلیه شوک، پدالها را به هم نچسبانید.

۲. به هیچ وجه برای تخلیه شوک، گاز خیس بین پدالها قرار ندهید.

۳. تست دستگاه فقط تحت شرایط ذکر شده در تست ۳۰ ژول (انتخاب انرژی ۳۰ ژول، شارژ آن و تخلیه روی خود دستگاه) باید انجام شود. تست دستگاه به هر روش دیگری غیر مجاز است. به هم چسباندن پدالها یا استفاده از گاز خیس و تخلیه شوک، ضمن ایجاد خطر برای کاربر، موجب آسیب جدی دستگاه میشود.

۴. با توجه به هوشمند بودن این دستگاه، انرژی شارژ شده را روی هوا تخلیه نمیکند و حتماً باید پدالها آغشته به ژل الکترولیت شده و روی بدن بیمار قرار داده شود.

۵- برای شوک دادن حتماً سطح پدالها را کاملاً به ژل آغشته کنید و با فشاری در حدود ۱۰ کیلوگرم روی سینه فشار دهید. بعد از اتمام کار حتماً ژل روی سطح پدالها کاملاً با الکل تمیز شود.

۶- در صورتیکه هرگونه پیغام FAULT روی نمایشگر دستگاه ظاهر شد، دستگاه را خاموش نموده و به نمایندگی ارسال نمایید.

آریتمی ها بیشتر توسط داروها درمان می شوند اما در مواردی داروها موثر نیستند در این موارد ممکن است از درمانهای الکتریکی خاص استفاده شود که شایع ترین آنها شوک الکتریکی و پیس میکر است.

نظر به اینکه مهمترین حلقه در زنجیره بقا، دفیبریلاسیون سریع می باشد، لذا استفاده از شوک الکتریکی جایگاه بسیار مهمی در درمان آریتمی ها و احیاء قلبی ریوی دارد

مکانیسم شوک الکتریکی:

در فاصله چند هزارم ثانیه انرژی الکتریکی با ولتاژ بالا تخلیه کرده که باعث دیپولاریزاسیون تمام سلولهای قلبی شده و سپس رپولاریزاسیون و بدنبال آن به گره سینوسی اجازه ضربان سازی داده میشود.

روشهای بکار گیری شوک الکتریکی :

شوک غیرهماهنگ دفیبریلاسیون Defibrillation

شوک هماهنگ کاردیوورژن cardioversion

الف) دفیبریلاسیون (شوک الکتریکی غیر سینکرونیزه)

Defibrillation :

(وارد کردن مقدار انرژی الکتریکی ۳۶۰ - ۲۰۰ ژول (یا وات بر ثانیه) به بیماری که دچار فیبریلاسیون بطنی شده است، این انرژی الکتریکی بصورت غیر سینکرونیزه (غیر هماهنگ با ریتم قلب) به قلب وارد میشود. شوک الکتریکی غیر سینکرونیزه در موارد تکیکاردی بطنی سریع بدون نبض (فلاتر بطنی) نیز کاربرد دارد.

ب) کاردیوورسیون Cardioversion (شوک الکتریکی

سینکرونیزه):

استفاده از شوک الکتریکی سینکرونیزه برای قطع آریتمیهایی است که کمپلکس QRS دارند مانند: PAT، فلتر و فیبریلاسیون دهلیزی، تکیکاردی بطنی بانقبض).

معمولاً بصورت انتخابی و در بیماران هوشیار انجام میشود. بعبارت دیگر، کاردیوورسیون وارد نمودن مقدار معینی انرژی الکتریکی (معمولاً به مقدار کم) به قلب در زمان مناسب است، بطوری که تخلیه (شوک) الکتریکی از موج T (مرحله آسیب پذیری قلب) فاصله داشته و همزمان با موج R باشد.

در کاردیوورسیون مقدار ولتاژ معمولاً بین ۲۰۰ - ۵۰ میباشد.

انواع دستگاههای الکترشوگ

براساس شکل موج این دستگاه ها براساس موجی که ایجاد می کنند به دو گروه مونوفازیک و بای فازیک تقسیم می شوند.

دستگاه مونوفازیک

دستگاه بایفازیک

دستگاه الکتروشوک مونوفازیک:

در دستگاه های مونوفازیک جریان الکتریسیته بین الکترودها فقط در یک مسیر جریان مییابد.

دستگاه الکتروشوک بای فازیک:

در دستگاه های بایفازیک در دو مرحله جریان الکتریکی انتقال می یابد، ابتدا در یک مسیر جریان مییابد، سپس به صورت بالعکس برمیگردد و در حقیقت جریان الکتریسیته به صورت دو طرفه در طی دو فاز بین پدال ها به جریان در میآید.

دستگاه های بایفازیک با مقدار انرژی کمتر نسبت به مونوفازیک دارای اثر بخشی بیشتر میباشند ، در این دستگاه ها با کاهش انرژی تا حد ۵۰٪ همان اثرات درمانی یا بیشتر از آن نیز کسب میشود. نتایج تحقیقات نشان داده اند که میزان انرژی بالا در حین شوک دادن، ممکن است باعث آسیب سلولهای قلب شود. با توجه به اینکه میزان انرژی مورد نیاز در دفیبریلاتورهای بایفازیک کمتر از مونوفازیک میباشد،

بنابراین خطر صدمه به سلولهای قلبی و اختلال عملکرد قلبی بعد از احیاء کاهش می یابد .

دفیبریلاتورهای مونوفازیک :

در افرادی که دارای مقاومت بالا در جدار قفسه سینه بعلت مواردی مانند وجود مو در قفسه سینه ، بزرگ بودن قفسه سینه، تماس ضعیف پدالها با قفسه سینه و پوست خشک ممکن است اثر بخشی کافی نداشته باشد. اگر مقاومت خیلی بالا باشد ممکن است جریان الکتریسیته کافی به قلب نرسد و

در نتیجه دفیبریلاسیون موفقیت آمیز نباشد. بعضی از انواع دفیبریلاتورهای بایفازیک به گونه ای طراحی شده اند که در تمامی افراد با مقاومت‌های مختلف، قادرند مقدار انرژی یکسان را به عضله قلب برسانند، به عبارتی در صورت استفاده از این نوع دفیبریلاتورها، میزان مقاومت قفسه سینه تأثیری در رسیدن انرژی الکتریکی به عضله قلب ندارد.

جدول معادل سازی مقادیر دستگاه الکتروشوک منوفازیک به بایفازیک

۳۰ ۵۰ ۷۵ ۱۰۰ ۱۵۰ ۲۰۰ ۳۰۰ ۳۶۰

۲۰ ۳۰ ۵۰ ۷۵ ۱۰۰ ۱۲۰ ۱۵۰ ۲۰۰

محل گذاشتن پدالهای الکتروشوک:

۱. پدال اول در سمت راست و فوقانی استرنوم (دومین فضای بین دنده ای، قاعده قلب)

۲. پدال دوم در فضای پنجم بین دنده ای (نوک قلب) در امتداد خط میدکلاویکلار (میان ترقوه ای)

هنگام استفاده از دستگاه‌های الکتروشوک خارجی بصورت دفیبریلاسیون جهت درمان تکیکاردی بطنی بدون نبض (فلاتر بطنی) و فیبریلاسیون بطنی (VF) توجه به نکات زیر ضروری است:

در صورت وجود Tach.V (تکیکاردی بطنی) بدون نبض یا VF باید سریعاً دفیبریلاسیون انجام شود زیرا درمان انتخابی VF دفیبریله کردن میباشد (باید توجه شود که در بیماران با VT دارای نبض و هوشیار از کار دیوورسیون یا شوک الکتریکی سینکرونیزه استفاده میشود)

در صورت نبودن مانیتورینگ، باید به بیمار بزرگسال بدون نبض و بیهوش شوک الکتریکی داد زیرا اگر بیمار دچار آسیستول هم باشد استفاده از شوک الکتریکی صدمه زننده نیست. احتمال رفع آن بوسیله شوک الکتریکی زیاد است. در این موارد CPR برای دو دقیقه با نسبت ۲:۳۰ انجام شود و سپس از دفیبریلاسیون استفاده شود.

در استفاده از دفیبریلاسیون برای درمان T.V یا F.V ، زمان بسیار مهم است. در صورت استفاده سریع از دفیبریلاسیون، میزان موفقیت بسیار زیاد است.

بعد از وقوع T.V (بدون نبض) یا F.V ، ابتدا یک شوک الکتریکی به میزان ۳۶۰ ژول در منوفازیک یا ۲۰۰ ژول در بای فازیک داده میشود، اگر مؤثر نبود شوک دوم با همان ژول داده میشود.

نکته: در اطفال شوک الکتریکی به میزان ۲ ژول به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن استفاده میشود در صورت عدم جواب، شوک الکتریکی با دو برابر میزان اولیه ادامه مییابد.

در صورت نبودن مانیتورینگ، نباید به کودکان بدون نبض و بیهوش شوک الکتریکی داد. سطح پدال الکتروشوک بالغین ۸۱۲x سانتیمتر باشد اگر کوچک باشد احتمال سوختگی پوست وجود دارد در کودکان بالای یکسال می توان از پدال الکتروشوک بالغین استفاده کرد.

فشار روی پدلها در هنگام دادن شوک ۸ کیلوگرم در بزرگسالان و ۵ کیلوگرم در بچه های ۸ - ۱۰ سال مییابد. ایجاد جرقه نشانه عدم تماس صحیح پوست و پدلها است.

لازم است قبل از شوک الکتریکی مقاومت پوستی را پایین آورد ، کاهش مقاومت پوست با وسایل زیر صورت می گیرد :

با گازهای آغشته به نرمال سالین به شرط آنکه مایع آنها زیاد نبوده و باعث ایجاد ارتباط در سطح پوست بین دو پدال نگردد

. هرگز از گاز آغشته به الکل نباید استفاده شود که باعث ایجاد جرقه و انفجار و سوختگی خواهد شد.

به کار بردن ژل مخصوص الکتروود که کاملاً بین پدلها و پوست ارتباط برقرار می کند در استفاده از ژل نیز باید دقت کرد باعث ایجاد ارتباط در سطح پوست بین دو پدال نگردد. به هیچ وجه از KY ژل استفاده نشود. هنگام استفاده از شوک الکتریکی افراد از تخت فاصله داشته باشند

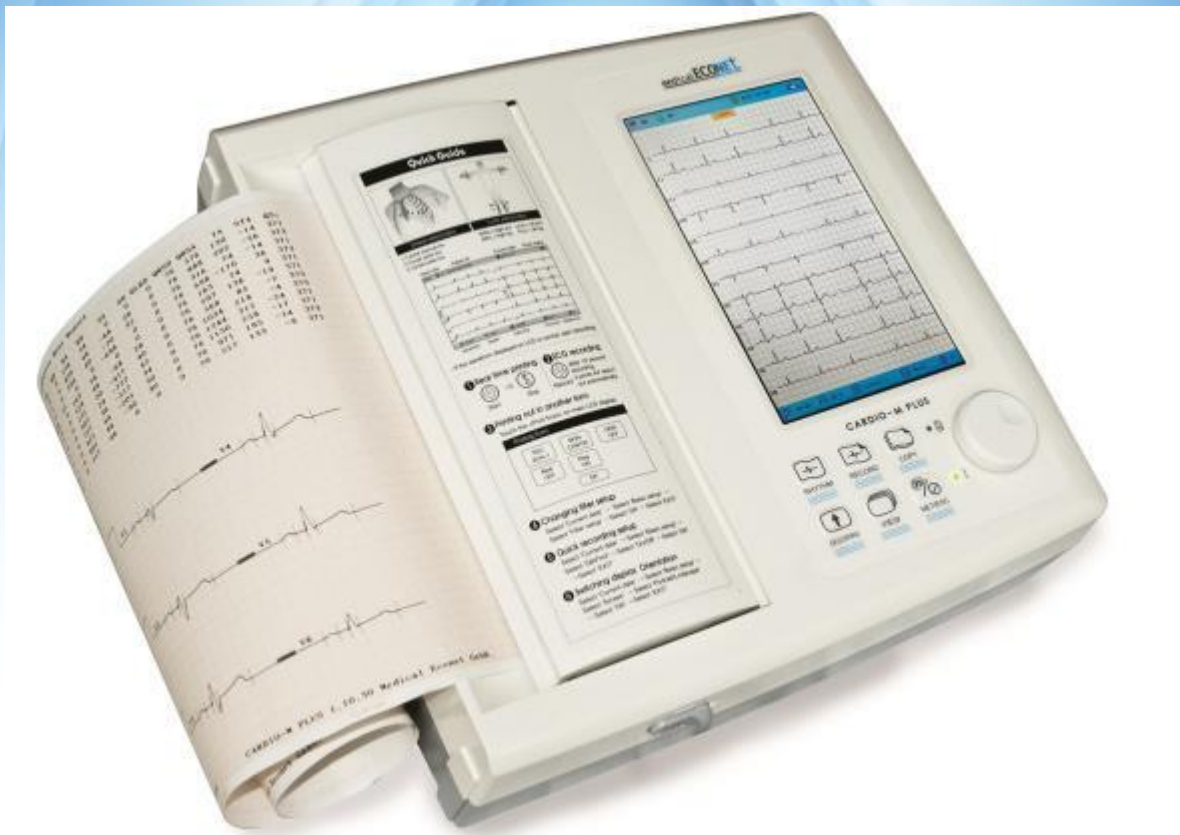
هنگام استفاده از شوک الکتریکی جریان اکسیژن قطع شود.

اگر بیمار دچار فیبریلاسیون بطنی نرم (F.V Fine) باشد باید از داروی آدرنالین استفاده شود تا فیبریلاسیون بطنی نرم به فیبریلاسیون بطنی خشن (F.V Coarse) تبدیل شود تا بهتر به دفیبریلاسیون پاسخ دهد. در F.V نرم، ارتفاع امواج بطنی کمتر از ۱ میلی‌متر بوده و پیش آگهی بد است.

در F.V خشن، ارتفاع امواج بطنی بیشتر از ۱ میلی‌متر بوده و پیش آگهی بهتری نسبت به VF نرم دارد.

گاهی سلولهای میوکارد به دفیبریلاسیون جواب نمیدهند که معمولاً در نتیجه کاهش اکسیژن، کاهش درجه حرارت، اسیدوز و عدم تعادل الکترولیتی است. در این موارد با تصحیح علت، دفیبریلاسیون مجدداً استفاده میشود.

دستگاه ECG:



راهنمای استفاده سریع از دستگاه الکتروکاردیوگراف :

مدل medical ECONET CardioM Plus :

دستگاه: ۱

۱- نمایشگر

۲- پرینتر

۳- کلید درب پرینتر

دکمه راه اندازی مجدد : با فشار این دکمه دستگاه خاموش شده و مجدد روشن می شود.۴-

با فشار این دکمه می توانید فقط نحوه نمایش کانال ها را روی نمایشگر تغییر دهید.۵-

جهت توقف پرینت در هر لحظه می توانید از این کلید استفاده کنید.۶-

۷-کلید گردان

جهت پرینت مجدد از آخرین نوار قلب از این دکمه می توانید استفاده کنید.۸-

دکمه پرینت با تفسیر ۹-

دکمه پرینت بدون تفسیر ۱۰-

۱۱- نشانگر شارژ باتری : زمانی که باتری شارژ کامل شود این نشانگر سبز می شود

۱۲) نشانگر اتصال برق شهر

۱۳) محل اتصال کابل برق شهر

۱۴) پورت اتصال سریال

۱۵) پورت اتصال شبکه

۱۶) محل اتصال سیم زمین به دستگاه

۱۷) کلید روشن و خاموش دستگاه

۱۸) پورت اتصال USB

۱۹) محل اتصال کابل بیمار

۲۱) نشانگر ضربان قلب (HR)

۲۱) محل وارد کردن مشخصات بیمار : جهت وارد کردن مشخصات بیمار این قسمت را لمس کنید.

پنجره ای باز می شود که می توانید مشخصات را وارد کنید.

۲۲) نشانگر تاریخ

۲۳) نشانگر منبع تغذیه و شارژ باتری در زمان استفاده از باتری

۲۴) نشانگر Lead Long : جهت انتخاب این قسمت را لمس کنید. در پنجره باز شده در قسمت CH1 لید را انتخاب کنید.

۲۵) فرم پرینت : جهت انتخاب این قسمت را لمس کنید. در پنجره باز شده در قسمت REC فرم پرینت را انتخاب کنید.

۲۶) لیست بیمارهای ذخیره شده در حافظه دستگاه

۲۷) سرعت پرینت : جهت تغییر آن این قسمت را لمس کنید.

۲۸) گین دامنه : جهت تغییر آن این قسمت را لمس کنید.

۲) روش کار با دستگاه :

ابتدا دستگاه را به برق متصل کنید و با استفاده از کلید روشن و خاموش دستگاه را روشن کنید. آیکون را انتخاب کنید. جهت انتخاب می توانید از کلید گردان استفاده کرده یا صفحه نمایشگر را لمس کنید. کلمپ و پوارها را پس از ژل زدن به بیمار متصل کنید. پس از آن که عدد ضربان قلب روی نمایشگر به درستی ظاهر شد و تمامی لیدها روی نمایشگر بدرستی نمایش داده شد به دو صورت می توانید پرینت بگیرید.

پرینت بدون تفسیر (RHYTHM) : (در این حالت دستگاه به طور همزمان سیگنال دریافتی از بیمار را به شکل ۱۲ کاناله پرینت می گیرد.

پرینت بدون تفسیر (RECORD) : (در این حالت دستگاه به مدت ۱۱ ثانیه سیگنال را در حافظه خود ذخیره می کند و سپس فیلترها را به سیگنال ذخیره شده اعمال می کند و پارامترهای نوار قلب و تفسیر آن را استخراج کرده و به فرم تنظیم شده پرینت می گیرد.

نکات مهم :

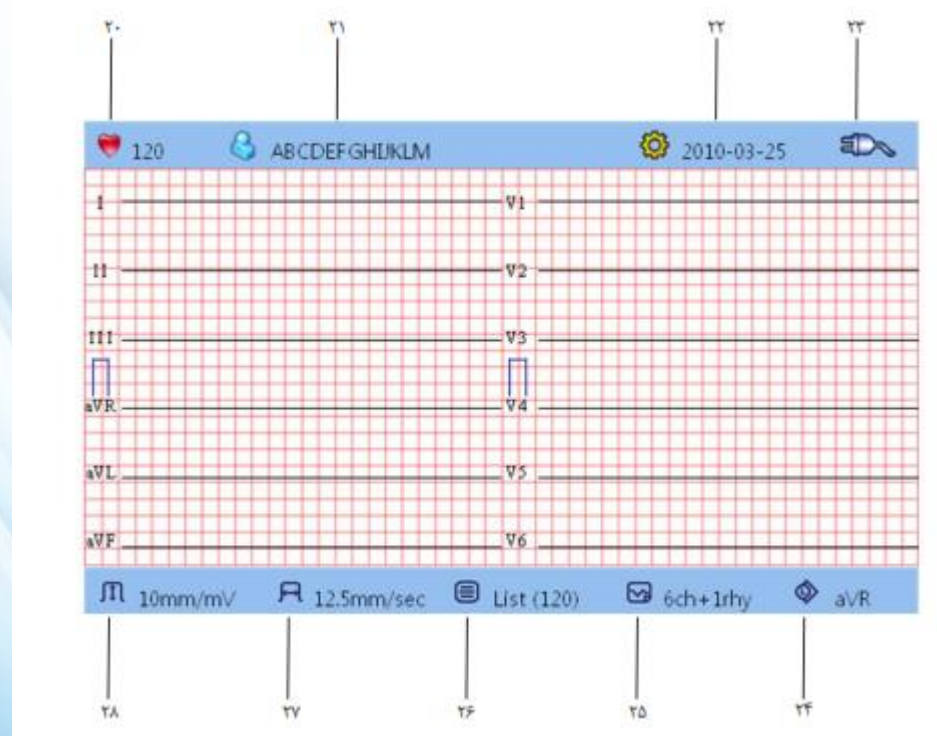
۱- از آنجایی که در حالت پرینت با تفسیر سیگنال به طور کامل پردازش می شود این نحوه پرینت گرفتن توصیه می گردد.

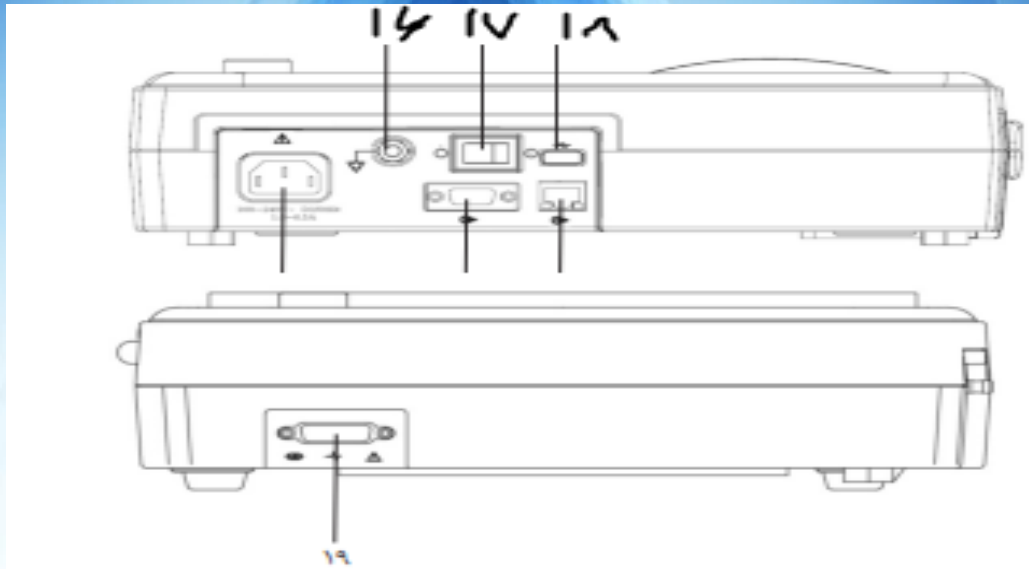
۲- جهت جلوگیری از خراب شدن زود هنگام کلمپ و پوارها و به حداقل رساندن نویز در نوار قلب بعد از انجام هر تست ژل روی کلمپ و پوارها را تمیز کنید تا خشک نشود و پیچ آنها را محکم کنید.

۳- حتی الامکان هر گونه وسیله فلزی را از بیمار دور کنید و از بیمار بخواهید از عطسه زدن و سرفه کردن پرهیزد.

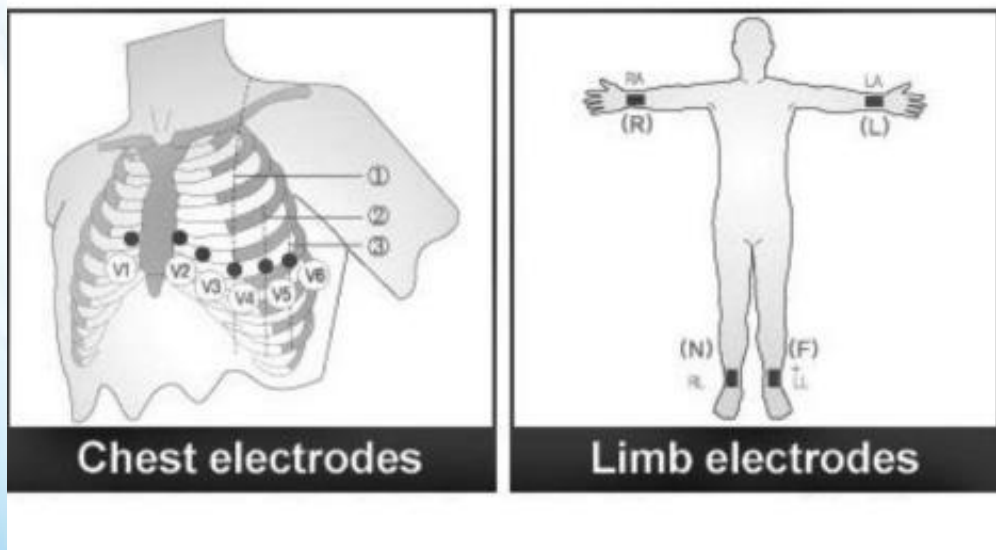
۴- جهت جلوگیری از خراب شدن زود هنگام باتری از آن استفاده شود. زمان کافی برای شارژ باتری ۱۱ ساعت می باشد.

۵- جهت بازکردن درب پرینتر درب را به پایین فشار داده و همزمان کلید درب پرینتر را به راست بکشید .





۳- نحوه اتصال کابل بیمار:



پمپ سرنگ:



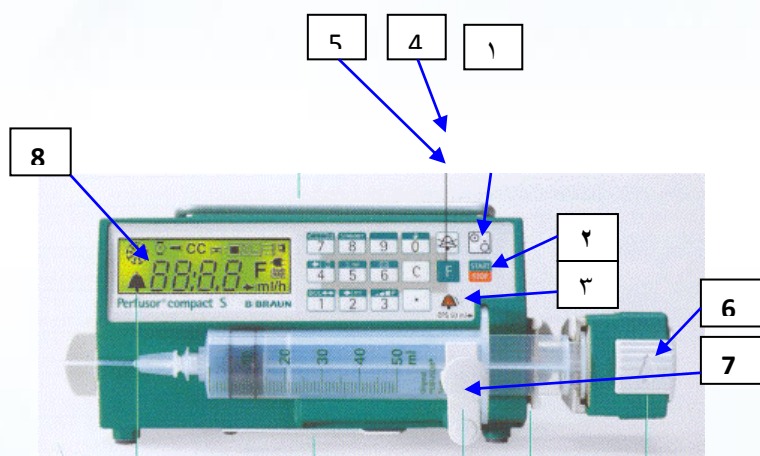
پمپ سرنگ MEDIMA:

بعد از وصل پایه پمپ با استفاده از یک پیچ به کف پمپ بر روی صفحه نگهدارنده متصل به پایه سرم و اطمینان از خشک بودن پریز دستگاه کابل برق را وصل می کنیم.

۱. حین استفاده از میکروست قطره بر دقیقه همان ml/h
۲. دستگاه از قطره شمار استفاده نمی کند
۳. دستگاه جهت استفاده از ست یا میکروست نیاز به تنظیم ندارد
۴. با استفاده از دکمه‌های on/off دستگاه را روشن کنید
۵. منتظر شوید تا دستگاه تست اولیه خود را به پایان برساند
۶. سرعت تزریق بر حسب ml/h را توسط صفحه کلید اعداد وارد کنید و کلید yes را فشار دهید
۷. مقدار تزریق برابر حسب ml در مقابل پارامتر volume وارد کرده و کلید yes را فشار دهید
۸. با زدن کلید yes به صورت پیوسته مقادیر مربوطه را تایید تا از منو تنظیمات خارج شوید.
۹. با دو دست دوطرف ست سرم را گرفته و در محل مخصوص خود فشار دهید تا درپوش محافظ بسته شود

۱۰. سپس بخش سمت راست سرم را داخل کلمپ سبز رنگ قرار داده و کلمپ رادر محل مخصوص خود قرار دهید و پس از باز کردن کلمپ ست سرم دکمه **yes** را فشار دهید. همچنین در صورت وجود هوا داخل ست با زدن دکمه <<< اقدام به هوا گیری نمایید.
۱۱. در صورت انجام صحیح موارد بالا عبارت **ready** بر روی صفحه نمایشگر مشخص می شود.
۱۲. سوزن را به بدن بیمار وارد نموده و در صورتی که در ست حباب هوا وجود ندارد دکمه **start** را بزنید. پس از متوقف نمودن یا پایان یافتن تزریق ابتدا کلمپ ست سرم را بسته و به ترتیب دکمه **open** و دکمه **yes** را فشار دهید و پس از چند ثانیه و مشاهده پیام **remoye iv set** سرم را از محل خود خارج و کلمپ سبز رنگ را نیز جدا نمایید.

دستورالعمل کار با دستگاه پمپ سرنگ B BRAUN



(۱) کلید On/Off : برای

خاموش کردن

دستگاه به مدت ۲

ثانیه فشار دهید .

(۲) Start/Stop : شروع و پایان تزریق

(۳) نمایشگر آلارم

(۴) قطع آلارم

(۵) کلید عملکرد F : ابتدا کلید F را جهت دسترسی به عملکردهای خاص دستگاه فشار دهید.

(انتخاب / کلید Enter)

(۶) قفل کننده انتهای پیستون سرنگ : برای حرکت دادن قسمت نگهدارنده پیستون سرنگ با

دست باید ابتدا این کلید به سمت بالا هل داده شود تا صدا و گیر کند .

۷) نگهدارنده سرنگ : سرنگ را در محل آن قفل می کند. برای برداشتن سرنگ ابتدا بکشید و سپس به چپ بچرخانید.

۸) صفحه نمایشگر : تمامی اطلاعات مهم را در یک لحظه نشان می دهد : ریت تزریق، نوع سرنگ، استفاده از باتری ها برق شهر، نشانگر تزریق و نشانگرهای آلارم

۹) دکمه حذف اطلاعات

- نحوه تزریق و تنظیمات مربوط به آن :

دستگاه را توسط کلید ۱ روشن کنید. در ابتدا دستگاه کلیه قسمتها را به صورت ظاهر شدن بر روی صفحه به مدت ۲ ثانیه چک می کند و صدای آلارم برای یک لحظه شنیده می شود. برای جا انداختن سرنگ ابتدا هولدر سرنگ را باز کنید. نگهدارنده انتهای پیستون را بالا داده و سرنگ را جا بیاندازید مادامیکه سرنگ جا می افتد کلید نگهدارنده انتهایی به سمت پایین بر می گردد. در انتها هولدر سرنگ را به جای اولیه آن برگردانید.

وقتی سرنگ جا افتاد به صفحه نمایش دقت کنید، در صورتی که علامت سرنگ در گوشه سمت راست بالای صفحه چشمک بزند آن قسمتی که چشمک زن است خوب جا نیافتاده است و باید سرنگ را طوری تنظیم نمود که علامت سرنگ ثابت شود.

کد سرنگ با نوع آن باید مطابقت کند. (برای سرنگ ۵۲ سی سی ایرانی کد ۵۴ و برای سرنگ ۲۲ سی سی کد ۲۳ ظاهر می شود).

اگر کد اشتباه بود ابتدا کلید F را زده و سپس دکمه شماره ۷ را فشار دهید. توسط کلید C کد موجود را پاک کرده و کد مورد نظر را وارد کنید و دکمه F را مجدد فشار دهید.

لاین متصل به سرنگ را توسط دکمه Bol پریم نمایید. برای این کار ابتدا دکمه F و سپس ۱ را فشار دهید. (این قسمت خاص مدل Perfusor Compact s می باشد.)

تنظیم ریت تزریق :

جهت تنظیم حجم تزریق ابتدا کلید F و کلید شماره ۲ را به ترتیب زده تا خط صاف --- نمایان شود. حجم مورد نظر را به دستگاه بدهید و جهت تایید مجدداً کلید F را فشار دهید.

برای تعیین زمان کل تزریق کلید F و سپس ۴ را فشار دهید تا خط صاف --- نمایان شود. حال زمان را بر اساس ساعت کامپیوتری به دستگاه بدهید و جهت تایید مجدداً کلید F را فشار دهید.

برای مشاهده مقدار حجم تزریق شده تاکنون ابتدا F و سپس دکمه شماره ۵ را فشار دهید.

جهت BOLUSE (تزریق سریع) مقداری از حجم سرنگ کلید F را زده و سپس دکمه ۱ را فشار دهید؛ بعد توسط کلید C ریت تزریق را پاد کرده و مقدار حجم مورد نظر خود جهت تزریق سریع را فشار داده و مجدد دکمه F را بزنید.

جهت شروع عمل تزریق و متوقف کردن آن از کلید Start/Stop استفاده شود.

برای خاموش کردن موقت آلارم کلید ۳ را فشار دهید.

نکته: باید توجه داشت که در پمپ سرنگ مدل Perfusor Compact تنها می توان حجم مورد نظر برای تزریق را بر اساس ml در یک ساعت تزریق کرد. بنابراین جهت تنظیم ریت تزریق باید ابتدا شخص کل حجم تزریق را بر زمان کل تقسیم کرده و حجم بدست آمده برای تزریق در یک ساعت را به دستگاه بدهد. زیرا در این مدل زمان قابل تنظیم نمی باشد.

دستگاه گلوکومتری:



برای اندازه گیری قند خون بیماران استفاده می شود.

اجزای تشکیل دهنده:

۱- لانست یا سوزن کوچک

۲- نوار تست

۳- گلوکومتر

۴- پد الکل

روش اجرا:

دست های خود را با آب و صابون بشویید محل مورد نظر را با پد الکل تمیز نموده و نوار تست را داخل گلوکومتر قرار دهید با لانست یا سوزن کوچک نمونه گیری کرده قطره اول دور انداخته شود و قطره دوم را لمس کنید بعد از چند ثانیه نتیجه را ثبت نمایید.

سونی کیت



این دستگاه جهت تشخیص صدای قلب جنین و محاسبه تعداد ضربان قلب آن با استفاده از روش ماوراء صوت داپلر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دستگاه سونیکید بر مبنای تئوری داپلر با سیستم فرا صوت و از طریق پروب تبدیل‌کننده پیزوالکتریک، صدای قلب جنین را منعکس کرده و از طریق بلندگو یا گوشی شنیده می‌شود. این دستگاه قابل حمل بوده و جهت استفاده در مطب یا بخش زایمان مناسب است. طرز کار دستگاه بسیار آسان و ساده بوده و با برق شهر و باتری کار می‌کند. دستگاه از نظر اتصال الکتریکی از ایمنی بالایی برخوردار است. و خطری از نظر اشعه، امواج الکتریکی و یا الکترو مغناطیسی ندارد. استفاده از پروب با تکنولوژی جدید امکان پوشش سطحی وسیع تر و یافتن آسان‌تر جنین را فراهم آورده است. همچنین جهت بهینه شدن صدای قلب جنین از تکنولوژی کاهش نویز استفاده شده است.

نکات قابل توجه:

۱. دستگاه حتما روی لاکر قرار گیرد و از نزدیکی آن با وسایل الکتریکی و مایعات خودداری شود.
۲. دستگاه از برق جدا شود تا با باتری کار کند. برای استفاده از دستگاه لازم است ژل مخصوص بر روی شکم فرد قرار گیرد. حال ابتدا پروب را از جایگاه بیرون بیاورید و سپس دستگاه را روشن کنید.
۳. از کشیدن کابل پروب و ضربه به پروب جدا خودداری شود و پس از هر بار استفاده از دستگاه، باقیمانده ژل روی پروب حتما تمیز گردد (ترجیحا با پنبه و الکل).
۴. روشن شدن وضعیت هشدار نوری وضعیت باتری نشاد دهنده این است که دستگاه باید به برق وصل شود تا باتری شارژ شود.
۵. پس از هر بار استفاده از دستگاه، ابتدا آن را خاموش نمایید و سپس پروب را در جایگاه قرار دهید.
۶. اکیدا تاکید می شود در پایان هر روز کاری دستگاه را جهت شارژ به برق متصل نمایید و در طول روز (ساعات کاری) دستگاه از برق جدا باشد و با باتری کار کند.

ساکشن بزرگسال



دستگاه ساکشن (suction) یا وکیوم پمپ (Vacuum pump) دستگاهی است که توسط پمپ مکش و با ایجاد خلاء، باعث ایجاد فشار منفی شده و هوا و مایعات را به درون می کشد. از این وسیله برای خارج کردن ترشحات مترشحه از شکاف ایجاد شده برای جراحی ها و نیز هر جا که حجم مایعات خارج شده از بدن بیمار بالا باشد، استفاده می شود.

اجزاء تشکیل دهنده دستگاه:

۱. موتور الکتریکی

۲. مولد فشار منفی

۳. مخزن جمع آوری مایعات

۴. فیلتر های تصفیه

۵. مانومتر

۶. اتصالات انتقال دهنده مایعات و فشار منفی

نکات اساسی برای ساکشن کردن مطمئن:

- ساکشن عملی آسیب زا می باشد.
- حتما از پریز مجهز به اتصال زمین استفاده کنید و دوشاخه سیم برق دستگاه را به پریز وارد کنید.

ساکشن فقط برای موارد زیر انجام می گیرد:

سرفه بیمار، وجود دیسترس، سمع رالهای تنفسی، افزایش فشار ونتیلاتور و افت ناگهانی paO_2 و SPO_2 . بنابراین در بعضی از بیماران نیاز است که عمل ساکشن هر

ساعت و یا زودتر انجام شود ولی در بعضی دیگر فقط هر ۴ ساعت یک بار و یا خیلی دیرتر این نیاز احساس میشود.

- قبل و بعد از ساکشن , اکسیژن اضافی به بیمار بدهید , تحقیقات نشان داده که بدون تجویز اکسیژن اضافی ساکشن داخل تراشه موجب هیپوکسی می شود.
- حتی الامکان از کاتتر های ساکشن کوچکتر استفاده نمایید . پیشنهاد می شود کاتتری باید جهت ساکشن کرد استفاده شود که قطر خارجی آن کمتر از نصف قطر داخلی تراشه باشد.

نکات قابل توجه

- بیشتر از سه بار کاتتر را وارد نکنید , چون هر چه تعداد ساکشن کردن بیشتر باشد خطر تروما افزایش می یابد . ست ساکشن را حدود ۱۰ ثانیه یا کمتر در لوله تراشه نگه دارید .
- فشار دستگاه ساکشن را حدود ۸۰-۱۲۰ میلیمتر جیوه قرار دهید چون با افزایش فشار ساکشن , خطر اتلکتازی , هیپوکسی و تروما بیشتر می شود.
- هنگام ساکشن کردن , تعداد ضربان قلب , ریتم قلبی , فشار شریانی و spO_2 را اندازه گیری کنید در صورت بروز تغییرات ساکشن را متوقف کرده و اکسیژن اضافی به بیمار بدهید .

آمادگی های لازم قبل از ساکشن:

- ۱- باز کردن بسته استریل به روش استاندارد
- ۲- روشن کردن ساکشن و تنظیم فشار دستگاه
- ۳- پوشیدن گان، ماسک و عینک در صورت لزوم
- ۴- وصل سوند استریل به دستگاه ساکشن

۵- پهن کردن یک حوله استریل روی سینه بیمار و زیر لوله تراکیاستومی

۶- پوشیدن دستکش استریل

۷- قرار دادن سوند استریل در دست استریل غالب (با رعایت کلیه نکات مربوط به تکنیک آسپتیک)

ساکشن نوزادی



این وسیله برای خارج کردن مایعات مترشحه که در نتیجه شکاف ایجاد شده برای جراحی ها و نیز هر جا که مایعات خارج شده از بدن بیمار بالا باشد استفاده می شود که در موارد سرفه بیمار، وجود دیسترس سمع راههای تنفسی، افزایش فشار ونتیلاتور و افت ناگهانی SPO2 استفاده می شود.

اجزا مهم تشکیل دهنده این وسیله:

- ۱- موتور الکتریکی ۲- موتور فشار منفی ۳- مخزن جمع آوری ۴- فیلتر تصفیه ۵- مانومتر ۶- اتصالات انتقال دهنده مایعات ۷- فشار منفی

روش ساکشن کردن:

- ۱- باز و بسته کردن استریل به روش استاندارد ۲- روشن کردن ساکشن با تنظیم فشار دستگاه ۳- پوشیدن گان، ماسک و عینک در صورت لزوم ۴- وصل سوند استریل به دستگاه ساکشن ۵- پهن کردن یک حوله استریل بر روی سینه بیمار و زیر لوله تراکتوستومی ۶- پوشیدن دستکش استریل ۷- قرار دادن سوند استریل در دست غالب و ساکشن بیمار

فشار ساکشن بر حسب میلی متر جیوه ۶۰ تا ۸۰

فشار ساکشن بر حسب سانتی متر آب ۸۰ تا ۱۰۰

شیردوش:

شیردوش مدل Lactina



طرز کار:

این دستگاه ریتم مکش ۳ مرحله‌ای مانند نوزاد دارد شامل: مکش، رهایی، استراحت

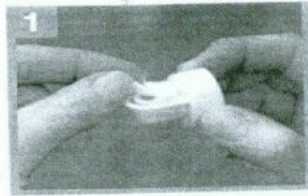
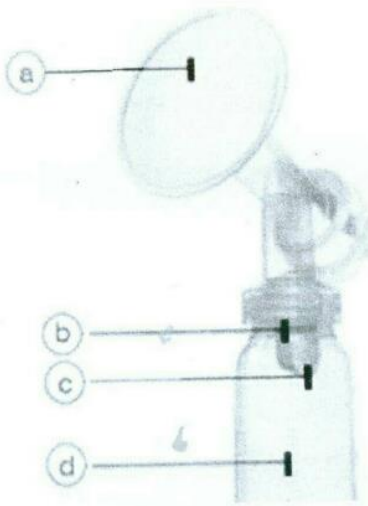
دارای دو فاز: ۱- دو دقیقه ماساژ ۲- دوشیدن شیر

قابل استفاده به صورت تکی و جفتی (قابل استفاده همزمان برای دو مادر)

راهنمای طرز قرارگیری درست دیافراگم درون رابط

۱- غشاء را بطور کاملاً مسطح روی سرپوش قرار دهید.

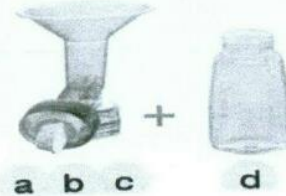
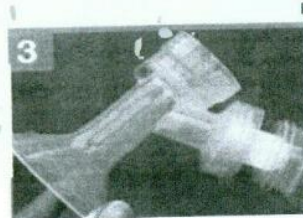
medela



۲- مجموعه سرپوش و غشاء را به داخل رابط شیردوش (a) فشار دهید. مطمئن شوید که سرپوش را در ست چپ یا راست رابط مطابق شکل قرار داده اید. (دقت فرمایید قرار گیری دیافراگم در جهت اشتباه باعث کاهش مکش دستگاه میشود.)



۳- رابط شیردوش را دور بطری ببیجانید.



شرکت آرمان تندرست - واحد خدمات پس از فروش

تلفن ۰۲۱-۶۶۴۷۹۹۳۰ فاکس: ۰۲۱-۶۶۴۷۹۹۰۳

نحوه استریلیزه و گندزدایی قطعات جانبی شیردوش :

مدت زمان استفاده از قطعات جانبی شیردوش های بیمارستانی، گندزدایی و استریلیزه کردن آنها به شرح ذیل است:

ست کامل قطعات جانبی شیردوش Lactina با کد ۸۰۰۰۳۹۱ باید حداکثر بعد از یک ماه استفاده تعویض گردد. البته پیشنهاد می شود برای هر مادر یک ست جداگانه اختصاص داده شود و با استفاده از Basic kit با کد ۸۰۰۰۶۰۵ برای هر شخص از خطر ابتلا به بیماریها (برای مثال انتقال باکتری ها) بین افراد جلوگیری گردد.

گندزدایی: قطعات را از هم جدا کرده و در دمای ۹۳ درجه سانتیگراد داخل ماشین شستشو قرار دهید. استریلیزه: قطعات را از هم جدا کرده و در دمای ۱۳۴ درجه سانتی گراد به مدت سه دقیقه و یا در دمای ۱۲۵ درجه سانتیگراد به مدت پانزده الی بیست دقیقه در دستگاه اتوکلاو قرار دهید. قبل از استریلیزه کردن از تمیز و سالم بودن قطعات اطمینان حاصل نمایید.)

❖ تذکرات مهم:

۱. ماشین شستشو فقط جهت شستشوی لوازم مصرفی شیردوشها مورد استفاده قرار گیرد.
۲. کالیبره بودن ماشین شستشو فقط جهت شستشو و دستگاه اتوکلاو در طول عمر و کیفیت استریلیزه قطعات موثر است.
۳. برای جلوگیری از آسیب احتمالی قطعات از قرار دادن آنها به صورت انبوه و یا اعمال فشار در دستگاه اتوکلاو اجتناب نمایید.
۴. در صورت بالا بودن دمای دستگاه، قطعات شکل خود را از دست داده و غیرقابل استفاده می گردند در صورت پایین بودن دمای دستگاه قطعات به خوبی استریلیزه نخواهند شد.
۵. قطعات را با اکسید اتیلن استریلیزه نمود.

هود شیمی درمانی



راه اندازی دستگاه:



۱. کلید (MAIN SWITCH) در وضعیت ΦN () قرار دهید. درب کابین را با فاصله ۲ سانتیمتر از کف بسته نگهدارید.

۲. کلید (FAN) جهت فعال کردن هوای کابین می باشد که این سیستم را همیشه ۵ دقیقه قبل از استفاده کردن از دستگاه روشن کنید تا کلیه پارسیکلهای داخل کابین جذب فیلتر گردد. پس از سپری شدن مدت فوق، دستگاه آماده بهره برداری می باشد.

۳. کلید (SOCKET) برای فعال شدن پریز داخل کابین می باشد. (حداکثر ولتاژ قابل استفاده ۲۲۰ ولت - ۱۵ آمپر)

۴. کلید (LIGHT) را جهت روشنایی داخل کابین، در وضعیت bN () قرار دهید.

۵. کلید (UV1 / UV2): در صورت آلوده شدن محیط کابین کلید UV1 را روی ON قرار بگذارید لامپ UV پس از ۲۰ ثانیه فعال می گردد و بعد از ۲۰ دقیقه از مدار خارج می گردد و توجه داشته باشید زمانی که لامپ UV روشن باشد افراد اتاق را ترک کنند. (اشعه UV از شیشه عبور نمی کند).
توضیح: طول عمر مفید لامپ UV ۸۰۰۰ ساعت می باشد زمان کارکرد UV بطور اتوماتیک در صفحه COUNTER ثبت میگردد.

۶. توجه: کلید UV2 به صورت عمومی غیر فعال است.

۷. برای حرکت درب جلوی دستگاه از کلیدها DOOR POSITION استفاده کنید و در زمان استفاده از لامین ایر فلو درب جلوی کابین را تا حد مجاز بالا نگه دارید در غیر این صورت دستگاه آلام می دهد.

* اگر درب دستگاه در وضعیت نامناسب باشد در همه حال دستگاه آلام می دهد.

* توضیح ۱ - فاصله درب دستگاه از روی میز کابین هر چه کمتر باشد احتمال آلوده شدن محیط کار کمتر خواهد بود.

* توضیح ۲- دستگاه را در اتاق کم رفت و آمد نصب نمایید و توجه داشته باشید، زمان نظافت اتاق، دستگاه خاموش و درب جلو کاملاً بسته باشد.

* توضیح ۳- فیلتر دستگاه حدود ۱۵۰۰ ساعت الی ۲۵۰۰ ساعت قابل استفاده می باشد و در زمان کارکرد فیلتر به طور اتوماتیک در صفحه COUNTER ثبت میگردد.

آمبویگ

آمبویگ یک مخزن هوایی از جنس سیلیکون یا پلاستیک است که همیشه متسع میشود مگر در صورت فشرده شدن. آمبویگ به صورت دستی در ایجاد فشار مثبت ریوی و یا در شرایط پنوموتراکس یا در تنفس مصنوعی استفاده می شود.

این وسیله دارای شیری یکطرفه برای ورود هواست به نحوی که از آن خارج نمی شود. آمبویگ بدون وصل شدن اکسیژن غلظت ۲۱٪ ، بعد از وصل کردن اکسیژن غلظت ۴۰٪ و بعد از وصل کردن اکسیژن و کیسه رزرو اکسیژن غلظت ۱۰۰٪ را تامین می کند.

آمبویگ به دو صورت استفاده می شود. یا به لوله تراشه متصل می شود. یا مستقیماً با ماسک روی صورت استفاده می شود که در این صورت از تکنیک EC استفاده می شود سه انگشت زیر فک تحتانی به شکل E و انگشت اشاره و شصت برای نگه داشتن ماسک به شکل C استفاده می شود و ماسک روی صورت کیپ می شود.

برای چک کردن آمبویگ ، سوپاپ اطمینان بسته می شود و قسمت خروج هوا با کف یک دست بسته می شود. و آمبویگ با دست دیگر فشار داده می شود. در صورت سالم بودن آمبویگ باید نشتی نداشته باشد. سوپاپ اطمینان در صورت استفاده کردن از آمبویگ باید باز باشد تا باعث بارو تروما نشود.



Case های بستری بخش جراحی (۲) و مراقبت های پرستاری:

سزارین و مراقبت های پرستاری:

- مراقبت های پس از سزارین شامل دو مرحله است. مراقبت های روز اول و دوم که در بیمارستان و توسط تیم درمانی انجام می شود و مراقبت های در منزل که باید به مدت ۶ هفته صورت گیرد.

مراقبت های پس از عمل در بیمارستان:

- کنترل سطح هوشیاری
- بررسی و اندازه گیری فشار خون که افت یا بالا رفتن نداشته باشد
- شمارش تعداد نبض که تند یا کند نباشد.
- تعداد تنفس
- میزان خونریزی واژینال و جمع شدن رحم
- اندازه گیری حجم ادرار
- کنترل محل بخیه از نظر خونریزی فعال یا هماتوم
- کنترل استفراغ
- کنترل درد
- تجویز سرم و مایعات کافی در ۲۴ ساعت اول پس از سزارین
- حرکات دست و پا و تنه در بستر

آموزش مراقبت های پس از عمل سزارین در منزل:

- پس از رفتن به منزل آرامش محیط لازم است..
- بی حرکتی در این مرحله نیز مضر است و حتما در منزل راه بروند.
- رژیم غذایی شامل ویتامین، مایعات و پروتئین کافی است. مصرف آب میوه تازه و تخم مرغ و شیر و دوغ و آب باید در برنامه تغذیه روزانه گنجانده شود..

- دوش گرفتن روزانه به صورت کوتاه مدت و به کمک همراه از روز دوم جراحی سزارین توصیه می شود. محل بخیه نیاز به لیف و صابون زدن ندارد، پس از دوش گرفتن محل بخیه به آرامی خشک شود.
- بخیه ها نیاز به پانسمان - مالیدن آنتی بیوتیک یا کرم ندارند. شستشو با بتادین لازم نیست.
- اگر شکم افتاده و چاق است توصیه می شود با پارچه نخی یا شکم بند یا دست، شکم بالا نگه داشته شود که روی شکاف عمل نیفتد و محل بخیه، خشک باشد نه مرطوب و عرق کرده.
- اگر محل بخیه دچار درد و قرمزی و ورم یا ترشح شد باید به پزشک اطلاع داده شود.
- فرد زائو باید هر روز دفع کافی ادرار و اجابت مزاج داشته باشد اگر اختلالی در این رابطه وجودداشت باید تیم درمانی را در جریان قرار داد.
- از نظر خونریزی واژینال معمولا هر روز به سمت کم شدن می رود. اگر مشخصا از حد روز دوم قاعدگی فرد بیشتر شد و ادامه داشت، باید به پزشک اطلاع دهند.
- هر نوع احساس تب باید به وسیله درجه حرارت زیرزبانی ثبت شود اگر از ۳۸ درجه سانتی گراد بیشتر بود و ادامه داشت علامت خطر است و ممکن است به دلیل آندومتريت حاصل از سزارین عفونت ادراری، عفونت زخم، ترومبوفلیت و غیره باشد.
- علائم درد و تورم و تغییر رنگ در پا به ویژه وقتی یک طرفه باشد زنگ خطر ترومبوفلیت است که در پای چپ شایع تر است و اورژانس طب می باشد. در عمل جراحی سزارین شانس این بیماری بیشتر از زایمان طبیعی می شود.
- علائم سوزش یا درد حین ادرار کردن، درد ناحیه پهلو که نیاز به پیگیری فوری دارد که ممکن است نشانه عفونت ادراری پس از سزارین مثلا در اثر سونداژ مثانه باشد.
- مصرف مسکن در حد تخفیف درد، نه الزاما برطرف کردن کامل درد، توصیه می شود به ویژه در مادران شیرده، ترجیح این است که مصرف مسکن زیاد نباشد.
- مصرف قرص آهن باید ادامه یابد حداقل تا ۶ هفته ضروری است. سپس براساس شیردهی مادر و اندازه گیری هموگلوبین خون تصمیم گیری شود.

- در مراقبت های پس از سزارین باید بدانیم که حداقل تا ۳ هفته فرد نباید مقاربت داشته باشد. پس از این مدت اگر شرایط روحی و جسمی تثبیت شده بود و خونریزی نداشت؛ می تواند تماس جنسی داشته باشد.

کیستکتومی و مراقبت های پرستاری:

کیستکتومی، نام نوعی عمل جراحی زنان می باشد که در آن کیست های تخمدان برداشته میشود. کیست تخمدان، ساک یا کیسه ای است که حاوی مایعات یا بافت هایی می باشد که از تخمدان تشکیل می شود. کیست های تخمدان در سنین باروری خانم ها بسیار شایع هستند. خانم ها ممکن است یک یا چند کیست داشته باشند. اندازه کیست تخمدان مختلف است و کیست های تخمدان می توانند از نظر اندازه متفاوت باشند. در بیشتر موارد، کیست های تخمدان بی ضرر هستند و به خودی خود از بین می روند. در سایر موارد، ممکن است مشکلاتی را ایجاد کرده و نیاز به درمان و جراحی داشته باشند.

مراقبت های پس از عمل در بیمارستان:

- کنترل سطح هوشیاری
- بررسی و اندازه گیری فشار خون که افت یا افزایش نداشته باشد
- شمارش تعداد نبض که تند یا کند نباشد.
- تعداد تنفس
- کنترل محل عمل از نظر هماتوم و خونریزی
- اندازه گیری حجم ادرار
- کنترل محل بخیه از نظر خونریزی فعال یا هماتوم
- کنترل تهوع و استفراغ
- کنترل درد
- تجویز سرم و مایعات کافی در ۲۴ ساعت اول پس از هیستریکتومی
- حرکات دست و پا و تنه در بستر

آموزش مراقبت های بعد از عمل در منزل:

- پس از رفتن به منزل آرامش محیط لازم است.

- مراجعه به پزشک معالج در صورت مشاهده خونریزی و ترشحات واژن، تب و لرز و درد
- مراجعه به پزشک معالج در صورت مشاهده قرمزی ، خونریزی و ترشح از محل بخیه ها
- مراجعه به پزشک معالج در صورت داشتن درد و تورم ساق پا
- خودداری از نشستن و خوابیدن طولانی مدت
- مراجعه به پزشک معالج یا درمانگاه جهت برداشتن بخیه ها.(در صورتی که برش عرضی باشد ، ۷ تا ۱۰ روز پس از عمل و در صورتی که محل برش طولی باشد، ۱۰ تا ۱۴ روز پس از عمل)
- محل جراحی را تمیز و خشک نمایید
- ۴۸ ساعت بعد از جراحی می توانید روزانه به صورت سرپایی دوش بگیرید
- مصرف نسخه دارویی تجویز شده هنگام ترخیص به طور مرتب
- اجتناب از برداشتن و حمل وسایل سنگین و زور زدن تا سه ماه پس از جراحی
- رانندگی از دو هفته پس از جراحی امکان پذیر است.
- اجتناب از خوردن مواد غذایی یبوست زا و نفاخ مثل موز، شیر وحبوبات
- استفاده از غذاهای پر پروتئین (گوشتی) میوه جات و سبزی جات و روغن زیتون جهت ترمیم سریع محل جراحی و پیشگیری از یبوست
- در هنگام سرفه محل جراحی به داخل شکم فشار داده شود تا از بروز فتق جلوگیری شود.
- پیگیری و اخذ جواب پاتولوژی ۱۴ روز بعد

هیستریکتومی و مراقبت های پرستاری:

این عمل یکی از گزینه های درمانی در زنان مبتلا به فیبروئید ، اندومتریوز، بیماری التهابی لگن و یا دوره های سنگین قاعدگی می باشد.مراقبت های بعد از عمل هیستریکتومی در دو مرحله انجام می شود.مراقبت های بعد از عمل که طی بستری در بیمارستان توسط کادر درمانی انجام می شود و مراقبت هایی در منزل پس از ترخیص انجام می شود.

مراقبت های پس از عمل در بیمارستان:

- کنترل سطح هوشیاری
- بررسی و اندازه گیری فشار خون که افت یا افزایش نداشته باشد
- شمارش تعداد نبض که تند یا کند نباشد.
- تعداد تنفس
- اندازه گیری حجم ادرار
- کنترل محل بخیه از نظر خونریزی فعال یا هماتوم
- کنترل تهوع و استفراغ
- کنترل درد
- تجویز سرم و مایعات کافی در ۲۴ ساعت اول پس از هیسترکتومی
- حرکات دست و پا و تنه در بستر

آموزش مراقبت های پس از هیسترکتومی در منزل:

- پس از رفتن به منزل آرامش محیط لازم است..
- بی حرکتی در این مرحله نیز مضر است و حتما در منزل راه بروند.
- رژیم غذایی شامل ویتامین، مایعات و پروتئین کافی است. مصرف آب میوه تازه و تخم مرغ و شیر و دوغ و آب باید در برنامه تغذیه روزانه گنجانده شود..
- دوش گرفتن روزانه به صورت کوتاه مدت و به کمک همراه از روز دوم جراحی توصیه می شود. محل بخیه نیاز به لیف و صابون زدن ندارد، پس از دوش گرفتن محل بخیه به آرامی خشک شود.
- بخیه ها نیاز به پانسمان- مالیدن آنتی بیوتیک یا کرم ندارند. شستشو با بتادین لازم نیست.
- اگر شکم افتاده و چاق است توصیه می شود با پارچه نخی یا شکم بند یا دست، شکم بالا نگه داشته شود که روی شکاف عمل نیفتد و محل بخیه، خشک باشد نه مرطوب و عرق کرده.
- اگر محل بخیه دچار درد و قرمزی و ورم یا ترشح شد باید به پزشک اطلاع داده شود.
- فرد باید هر روز دفع کافی ادرار و اجابت مزاج داشته باشد اگر اختلالی در این رابطه وجود داشت باید تیم درمانی را در جریان قرار داد.

- علایم درد و تورم و تغییر رنگ در پا به ویژه وقتی یک طرفه باشد زنگ خطر ترومبوفلیت است که در پای چپ شایع تر است و اورژانس پزشکی می باشد.
- علایم سوزش یا درد حین ادرار کردن، درد ناحیه پهلو که نیاز به پیگیری فوری دارد که ممکن است نشانه عفونت ادراری پس از عمل مثلا در اثر سونداژ مثانه باشد.
- تا دو ماه مقاربت انجام نگیرد.
- پیگیری و اخذ جواب پاتولوژی دو هفته بعد

کورتاژ و مرقت های پرستاری:

از کورتاژ برای تشخیص و درمان شرایط خاص رحم، مانند خونریزی های سنگین یا برای پاکسازی رحم پس از سقط جنین استفاده می شود.

مراقبت های پس از کورتاژ در بیمارستان:

- کنترل سطح هوشیاری
- بررسی و اندازه گیری فشار خون که افت یا افزایش نداشته باشد
- شمارش تعداد نبض که تند یا کند نباشد.
- تعداد تنفس
- کنترل تهوع و استفراغ
- کنترل درد
- حرکات دست و پا و تنه در بستر
- تجویز سرم و مایعات کافی
- کنترل خونریزی

آموزش مراقبت های پس از کورتاژ در منزل:

- پس از رفتن به منزل آرامش محیط لازم است.
- بی حرکتی مضر است و حتما در منزل راه بروند.

- رژیم غذایی شامل ویتامین، مایعات و پروتئین کافی است. مصرف آب میوه تازه و تخم مرغ و شیر و دوغ و آب باید در برنامه تغذیه روزانه گنجانده شود.
- هر نوع احساس تب باید به وسیله درجه حرارت زیرزبانی ثبت شود اگر از ۳۸ درجه سانتی گراد بیشتر بود و ادامه داشت علامت خطر است و ممکن است به دلیل آندومتريت به دنبال کورتاژ، عفونت ادراری و غیره باشد.
- علایم سوزش یا درد حین ادرار کردن، درد ناحیه پهلو که نیاز به پیگیری فوری دارد که ممکن است نشانه عفونت ادراری پس از کورتاژ مثلا در اثر سونداژ مثانه باشد.
- ممنوعیت مقاربت تا قطع خونریزی و جلوگیری از حاملگی تا پیروی بعدی به علت نازک بودن مخاط رحم
- پیگیری و اخذ جواب پاتولوژی دو هفته بعد

رینوپلاستی و مراقبت های پرستاری:

رینوپلاستی عمل تغییر شکل بینی با هدف زیبا سازی بینی و حفظ عملکردهای طبیعی آن است.

مراقبت های بعد از عمل در بیمارستان:

- کنترل سطح هوشیاری
- بررسی و اندازه گیری فشار خون که افت یا افزایش نداشته باشد
- شمارش تعداد نبض که تند یا کند نباشد.
- کنترل تنفس به دلیل درد و اختلال در تنفس پس از جراحی در نتیجه دستکاری بینی
- کنترل تهوع و استفراغ
- کنترل درد
- حرکات دست و پا و تنه در بستر
- تجویز سرم و مایعات کافی
- کنترل خونریزی و هماتوم محل عمل
- کمپرس سرد تا ۲۴ ساعت اول
- رعایت پوزیشن نیمه نشسته با زاویه ۳۰ درجه

آموزش مراقبت های بعد از عمل در منزل:

- استراحت نسبی تا یک هفته و پرهیز از فعالیت های جسمی زیاد، ورزش کردن، بلند کردن اجسام سنگین.
- خودداری از خوردن غذاهای سفت که نیاز به جویدن دارد و استفاده از غذاهای نرم و میکس شده
- خودداری از فین کردن و خشک کردن بینی با دستمال کاغذی نرم در صورت داشتن ترشح یا خونابه
- اجتناب از صحبت کردن طولانی و مکالمات تلفنی و فعالیت های اجتماعی زیاد حداکثر به مدت دو هفته
- اجتناب از کشیدن سیگار به مدت دو ماه و از مجاورت با افراد سیگاری پرهیز شود.
- قبل از برداشتن گچ در صورت نیاز به استحمام ، از وان یا ریختن آب با ظرف بر روی بدن استفاده شود.از خیس کردن بینی و دوش گرفتن جدا خودداری و زمان استحمام کوتاه باشد و از گرمای زیاد و بخار اجتناب گردد زیرا موجب تورم بینی و خیس شدن پانسمانها خواهد شد. حداقل به مدت دو هفته از خندیدن، گریه کردن و حرکات اضافی صورت خودداری و در هنگام عطسه از دهان استفاده شود.
- مسواک کردن دندانها با استفاده از مسواک کودک و نرم و با ملایمت انجام شود.
- از دستکاری لب بالا و بینی خودداری کرده تا بینی دچار جابجایی نشود.
- حداقل یک هفته از پوشیدن لباسهایی که دکمه ندارند و عبور آن از سر به سختی می باشد خودداری شود.
- خودداری از شنا کردن و سونا رفتن به مدت دو ماه
- حداقل ۲ ماه از عینک استفاده نشود.
- بعد از کشیدن تامپونها ، داخل بینی را با سرم سدیم کلراید روزی ۳ بار باید شستشو داد.
- بخیه ها و اسپلینت روی بینی معمولا در روز ۶ یا ۷ برداشته می شوند.
- تا ۶ ماه از ضربه زدن به بینی جدا خودداری کرده و پمادهای ترمیمی فقط به دستور پزشک باید استعمال شود.

تیروئیدکتومی و مراقبت های پرستاری:

تیروئیدکتومی برای درمان اختلال تیروئید مانند سرطان تیروئید، بزرگ شدن غیر سرطانی تیروئید(گواتر) و پرکاری تیروئید انجام می شود.میزان برداشت غده تیروئید بستگی به علت مراجعه بیمار دارد.

مراقبت های بعد از عمل در بیمارستان:

- کنترل سطح هوشیاری
- بررسی و اندازه گیری فشار خون که افت یا افزایش نداشته باشد
- شمارش تعداد نبض که تند یا کند نباشد.
- تعدادتنفس
- کنترل محل بخیه و درن از نظر خونریزی فعال یا هماتوم
- کنترل تهوع و استفراغ
- کنترل درد
- تجویز سرم و مایعات کافی
- حرکات دست و پا و تنه در بستر
- رعایت پوزیشن سر و تنه با زاویه ۳۰ درجه
- کنترل ترشحات هموواگ
- کنترل علائم هیپو کلسمی
- ممنوعیت دریافت مواد غذایی برای چند ساعت پس جراحی که به محض برطرف شدن تهوع این ممنوعیت به اتمام میرسد معمولا کمی مشکل در بلع وجود دارد ، که ابتدا مایعات سرد ویخ داده می شود و سپس رژیم نرم و بعد رژیم معمولی میل کند .

آموزش مراقبت های بعد از عمل در منزل:

- بیشتر بیماران بعد از عمل مختصری درد را تجربه ی کنند اما بعضی از بیماران ممکن است از سفتی و درد در ناحیه شانه ،گردن و پشت یا سردردهای تنشی برای چند روز شکایت داشته باشند که بر حسب شدت درد مسکن داده می شود.

- گاهی در عمل جراحی تیروئید، غده پاراتیروئید نیز آسیب می بیند و یا برداشته می شود که منجر به اختلال در متابولیسم کلسیم میشود، به محض کاهش سطح کلسیم سرم، تحریک پذیری اعصاب همراه با انقباض دست ها و پاها و لرزش ماهیچه ای (مخصوصاً در اطراف دهان) اتفاق می افتد که این مورد باید سریعاً به پزشک معالج اطلاع داده شود البته اختلالات کلسیم بعد از عمل جراحی تیروئیدکتومی معمولاً موقتی می باشد. از دیگر علایم کاهش کلسیم سرم، کرختی، گزگز، خارش، کرامپ عضلانی و سفتی دستها و پاها می باشد.
- معمولاً پس از عمل جراحی در ناحیه عمل یک یا دو درن و هموواگ (جهت تخلیه ترشحات از محل عمل) تعبیه خواهد شد که معمولاً در دومین روز بعد از عمل و قبل از ترخیص برداشته خواهد شد.
- توصیه می شود جهت کاهش تورم طنابهای صوتی آرامتر صحبت کرده و از داد زدن خودداری شود.
- داشتن آرامش جسمی و ذهنی و تغذیه کافی در منزل و استفاده از غذاهای پر کالری
- به دلیل اهمیت کنترل دقیق وضعیت تیروئید مراجعه به مطب یا درمانگاه سه تا پنج روز بعد از ترخیص
- اجرای دقیق توصیه های پزشکی در منزل و مصرف داروها
- پیگیری و اخذ جواب پاتولوژی دو هفته بعد

میومکتومی و مراقبت های پرستاری:

میومکتومی که گاهی به آن فیبرکتومی نیز گفته می شود، نام نوعی عمل جراحی زنان می باشد که در آن لیومیومهای بافت رحم که با نام فیبروئید شناخته می شوند، برداشته می شود. در واقع به برداشتن یک توده غیر سرطانی از جنس بافت عضلانی که رشد غیر طبیعی پیدا کرده است، اطلاق می شود. در این جراحی، هدف بازسازی بافت رحم و برطرف نمودن علائم می باشد نه حذف کل بافت رحم که در هیستریکتومی اتفاق می افتد.

مراقبت های پس از عمل در بیمارستان:

- کنترل سطح هوشیاری

- بررسی و اندازه گیری فشار خون که افت یا افزایش نداشته باشد
- شمارش تعداد نبض که تند یا کند نباشد.
- تعداد تنفس
- اندازه گیری حجم ادرار
- کنترل محل بخیه از نظر خونریزی فعال یا هماتوم
- کنترل تهوع و استفراغ
- کنترل درد
- تجویز سرم و مایعات کافی در ۲۴ ساعت اول پس از عمل
- حرکات دست و پا و تنه در بستر

آموزش مراقبت های بعد از عمل در منزل:

- پس از رفتن به منزل آرامش محیط لازم است.
- ممنوعیت مقاربت بعد از عمل تا دو ماه
- مراجعه به پزشک معالج در صورت مشاهده خونریزی و ترشحات واژن، تب و لرز و درد
- مراجعه به پزشک معالج در صورت مشاهده قرمزی، خونریزی و ترشح از محل بخیه ها
- مراجعه به پزشک معالج در صورت داشتن درد و تورم ساق پا
- خودداری از نشستن و خوابیدن طولانی مدت
- مراجعه به پزشک معالج یا درمانگاه جهت برداشتن بخیه ها. (در صورتی که برش عرضی باشد، ۷ تا ۱۰ روز پس از عمل و در صورتی که محل برش طولی باشد، ۱۰ تا ۱۴ روز پس از عمل)
- محل جراحی را تمیز و خشک نمایید
- ۴۸ ساعت بعد از جراحی می توانید روزانه به صورت سرپایی دوش بگیرید
- مصرف نسخه دارویی تجویز شده هنگام ترخیص به طور مرتب
- اجتناب از برداشتن و حمل وسایل سنگین و زور زدن تا سه ماه پس از جراحی
- رانندگی از دو هفته پس از جراحی امکان پذیر است.
- اجتناب از خوردن مواد غذایی یبوست زا و نفاخ مثل موز، شیر و حبوبات
- استفاده از غذاهای پر پروتئین (گوشتی) میوه جات و سبزی جات و روغن زیتون جهت ترمیم سریع محل جراحی و پیشگیری از یبوست

- در هنگام سرفه محل جراحی به داخل شکم فشار داده شود تا از بروز فتق جلوگیری شود.
- پیگیری و اخذ جواب پاتولوژی ۱۴ روز بعد

📌 نتایج معوقه تست های پاراکلینیک:

منظور از نتایج معوقه تست های پاراکلینیک ، نتایج پاراکلینیکی آماده شده اعم از آزمایش،نتایج پاتولوژی و سونوگرافی و رادیولوژی است که نتایج آن پس از ترخیص بیمار یا اعزام مشخص می شود.

لیست آزمایشات معوقه در مرکز شامل:

*نتایج غیر طبیعی : TSH – HBsAg – HIV – HCV- U/C - B/C – - RETIC - COOMBS BILL
G - - HbA1c – PD C1 – آزمایشات لوپوس – تستوسترون – پروژسترون – کلیه آزمایشات ارجاعی به بیرون از مرکز که توسط اساتید زنان و نوزادان درخواست کرده اتد .

❖ روش کار:

- ۱) فرم پیگیری تست های معوقه شامل مشخصات مددجو، تاریخ انجام تست پاراکلینیکی ، شماره پرونده ،شماره تماس بیمار ، نوع تست پاراکلینیکی (اعم از آزمایش و یا نمونه پاتولوژیک و نتایج گرافی و سونوگرافی های انجام شده در مرکز)، تاریخ تحویل جواب ، تحویل گیرنده ،تحویل دهنده و آدرس بیمار توسط سرپرستار تهیه و تنظیم شود
- ۲) موارد نیاز به پیگیری بعد از ترخیص یا اعزام مددجودر دفتر پیگیری نتایج پاراکلینیکی معوقه توسط مراقب مسئول در بخش های بالینی ثبت شود
- ۳) جواب آزمایشات معوقه و پاتولوژی از آزمایشگاه یا جواب رادیو گرافی و سونوگرافی از رادیولوژی و طبق مستندات دفتر پیگیری توسط سرپرستار در بخش های بالینی پیگیری و دریافت شود
- ۴) نتایج معوقه اعم از طبیعی و غیر طبیعی توسط سرپرستاربخش به رویت پزشک رسانده شده و مهر و امضا شده و بعد از اخذ کپی از نتیجه غیر طبیعی ضمیمه پرونده بیمار می شود .
- ۵) لیست نتایج معوقه غیر طبیعی به منشی بخش جهت اطلاع رسانی به بیماران توسط سرپرستار داده شود

- ۶) در بخشهای بالینی به مددجو یا همراه وی جهت مراجعه برای دریافت نتایج معوقه غیر طبیعی توسط منشی بخش اطلاع تلفنی داده شود.
- ۷) در صورت عدم مراجعه بیمار یا همراهش برای دریافت جواب نتایج معوقه غیر طبیعی بعد از سه بار تماس تلفنی به فواصل ۲۴ ساعت ، نتایج به آدرس بیمار توسط دبیر خانه ارسال شود .
- ۸) اطلاع رسانی نتایج تستهای معوقه غیر طبیعی و نمونه های پاتولوژی بیماران سرپایی مراجعه کننده به آزمایشگاه از طریق شماره تلفن های اخذ شده از بیماران سرپایی و ارسال پیام کوتاه به شماره بیمار از طریق his واحد مربوطه انجام شود .
- ۹) تاریخ تحویل نتایج پاراکلینیکی معوقه غیر طبیعی به مددجو یا همراه وی در فرم ثبت شده و اثر انگشت اخذ شود
- ***لازم به ذکر است آزمایش TSH می بایستی بعد از تایید استاد مقیم کشیک درخواست گردد .

گردآورندگان:

سرکار خانم فخری نژاد، سرپرستار محترم بخش جراحی

سرکار خانم فرشته شمس، کارشناس پرستاری

با تشکر از همکاری خانم محمودی، سوپروایزر آموزشی

بازنگری: آذر ۱۴۰۰

س