

### سوالات مخصوص بلوک زایمان

#### 1) مراقبت و پایش بارداری های پر خطر به چه صورت می باشد؟

مادران پر خطر در هر شیفت تحویل شیفت بعد می شود (مامایی و پزشکی) مادر توسط کادر بالینی شیفت بعد معاینه و تمامی موارد در گزارشات ثبت می شود. مادران پر خطر در اتاقی مشرف به ایستگاه پرستاری و مجهز قرار داده می شوند و مراقبت از آنان توسط ماماها با سابقه تر انجام می گردد.

#### 2) تریاز مادران از ابتدای بارداری تا 42 روز بعد از زایمان به چه صورت است؟ (علاوه بر پرسنل زایشگاه، پرسنل اورژانس نیز باید بدانند)

مادران باردار از ابتدای بارداری تا 42 روز بعد از زایمان در صورت مراجعه اورژانس و یا غیر اورژانس بایستی توسط متخصص زنان ارزیابی و ویزیت شوند. مادران سطح 1 و 2 بلافاصله توسط پزشک زنان در اورژانس ویزیت می شود و در صورت قرار داشتن در سطوح 3 و یا 4 توسط پرستار به بخش زایشگاه انتقال داده شده و در صورت ترخیص از سرویس زنان جهت ادامه درمان به اورژانس مربوطه انتقال می یابد.

#### 3) مدیریت درد در مادران باردار به چه صورت است؟

استفاده از روشهای بی دردی با حضور و دستور پزشک بیهوشی و انتخاب روش مناسب توسط پزشک با نظر بیمار

#### 4) مراقبت نوزادان در مراحل زایمان چگونه می باشد؟

قبل از تولد نوزاد، از مادر شرح حال کامل گرفته می شود، سن حاملگی، وضعیت سلامت جنین بر اساس ضربان قلب و ... بررسی می گردد.

مراقبت حین تولد: نوزاد بلافاصله پس از تولد جهت جلوگیری از هیپوترمی خشک می شود، کلاه و دستکش پوشانده می شود، ارزیابی اولیه نوزاد انجام می شود، دستبند نوزاد بسته می شود، کلامپ بند ناف انجام می شود. معاینه ی نوزاد و تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر انجام می شود و علائم حیاتی نوزاد بررسی می گردد.

مراقبت 2 ساعت بعد تولد: چک علائم حیاتی (ضربان قلب، تنفس، دمای بدن نوزاد) هر نیم ساعت تا 2 ساعت، مراقبت از بند ناف، و انجام شیر دهی

مراقبت پس از تولد تا ترخیص: کنترل نوزاد از تحمل تغذیه با شیر مادر، دفع ادرار و مدفوع، واکسیناسیون و تزریق ویتامین K، مراقبت از پوست و چشم و بند ناف، آموزش شیردهی و پوشاک نوزاد، برقراری ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد

#### 5) در صورت نیاز به احیا در نوزادان تازه متولد شده چه اقدامی انجام می شود؟

طی ارزیابی اولیه نوزادان ترم بودن، وضعیت آمنیوتیک، تنفس نوزاد، تون عضلانی بررسی می گردد. در ابتدا گرمای محیط تامین می شود، نوزاد خشک شده و راه هوایی پاک می شود. اگر آپنه بود و یا ضربان قلب زیر 100 بود، تهویه با فشار مثبت و شروع احیا پیشرفته شروع انجام می شود. اگر نوزاد سیانوز بود و ضربان قلب بالای 100 بود اکسیژن تراپی می شود و نوزاد تحت نظر قرار می گیرد. در صورتی که سن باردای کمتر از 32 هفته باشد یا نوزاد دفع مکنونیوم داشته باشد و یا ضربان قلب نامناسب داشته باشد و یا بارداری پر خطر داشته باشد، تیم احیا فراخوان می شود. اگر سن حاملگی کمتر از 28 هفته باشد علاوه بر پزشک و دو پرستار فراخوان می شود، دستگاه NCPAP آماده می شود و در صورت لزوم سورفکتانت تزریق می شود. اما اگر سن حاملگی بالای 28 هفته باشد یک پزشک و یک پرستار حاضر می شود.

#### 6) برای استمرار ارتباط مادر و نوزاد چه اقداماتی و به چه صورتی انجام می شود؟

برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و استمرار آن تا حد امکان تا 60 دقیقه بدون جدایی. قرار دادن نوزاد بدون هر گونه پوشش و به صورت مایل و دمر بر روی قفسه سینه مادر بین سینه هایش، سر نوزاد نزدیک پستان مقابل، دهان نوزاد در تماس با نوک پستان، چشمان نوزاد در سطح نوک پستان مادر است. مادر و نوزاد بوسیله پتوی گرم و نوزاد پوشانده شوند. در خصوص مادران سزارین اسپینال و بیهوشی عمومی پس از ساکشن دهان و بینی، قطع بند ناف، خشک کردن نوزاد، ارزیابی سلامت نوزاد، بررسی نیاز به احیا، پوشاندن کلاه و پوشک، پوشاندن مادر و نوزاد با هم در یک پتو در حین ادامه جراحی انجام می شود.

## جزوه پنجم بخش های درمانی

### 7) جهت تداوم تغذیه با شیر مادر در نوزادان بستری چه اقداماتی انجام شده است؟

اتاق آموزش شیردهی در بخش زنان مامایی وجود دارد که آموزش مادران با وسایل کمک آموزشی انجام می شود. در هر شیفت پرستار رومینگ نظارت کامل بر نوزادان و نحوه تغذیه با شیر مادر دارند. فرم مشاهده شیردهی در بخش تکمیل می شود. شیر دوش برقی، یخچال، ظروف استریل نگهداری شیر بصورت یکبار مصرف موجود می باشد. آموزش در خصوص اهمیت شروع تغذیه با شیر مادر در ساعات اولیه تولد و تداوم شیردهی، مزایای شیر مادر آموزش داده می شود. حداقل یک نوبت کلاس آموزشی برگزار می شود و از زمان پذیرش تا ترخیص بصورت مداوم توسط مامای مسئول مادر آموزش داده می شود. پمفلت نیز ارائه داده می شود.

### 8) مزایای برقراری تماس پوست با پوست چیست؟

تداوم شیردهی، تحکیم روابط عاطفی مادر و نوزاد، پیشگیری از هیپوترمی، کنترل ضربان قلب، کاهش گریه و بی قراری

### 9) آموزش حین ترخیص مادر و نوزاد شامل چه چیزهایی می باشد؟

به زبان ساده و قابل فهم در خصوص علائم خطر مادر و نوزاد، بهداشت فردی، میزان فعالیت، تغذیه مادر و تغذیه نوزاد با شیر مادر، نحوه مراقبت از ناحیه اپیپیتومی و برش سزارین، مراقبت از نوزاد، مراجعه بعدی، علائم هشدار در نوزاد، پوشاک و حمام نوزاد، مراقبت از بند ناف، تغذیه انحصاری با شیر مادر تا 6 ماه، غربالگری 3-5 روزگی هیپوتیروئیدی، فنیل کتون اوری و فاویسم در مراکز خدمات جامع سلامت، ارجاع جهت ادامه واکسیناسیون، ارجاع به متخصص اطفال در 48 ساعت اول و... آموزش داده می شود و در پونده ثبت می گردد.

### 10) برنامه خودمراقبتی مادر و نوزاد چیست؟

حداقل شامل خونریزی پس از زایمان، تب، مراقبت از بخیه ها، درد پس از زایمان، درد پستان، یبوست، درد و گرفتگی پا، افسردگی پس از زایمان، سلامت جنسی و... آموزش داده می شود. مراقبت از نوزاد، مراجعه بعدی، علائم هشدار در نوزاد، پوشاک و حمام نوزاد، مراقبت از بند ناف، تغذیه انحصاری با شیر مادر تا 6 ماه، غربالگری 3-5 روزگی هیپوتیروئیدی، فنیل کتون اوری و فاویسم در مراکز خدمات جامع سلامت، ارجاع جهت ادامه واکسیناسیون، ارجاع به متخصص اطفال در 48 ساعت اول و... مادران پرخطر توسط مسئول مادر پرخطر پیگیری می شود و نوزادان پرخطر توسط مسئول نوزادان.

### 11) چه نوزادانی در خطر مشکلات شبکه هستند؟

نوزادان زودرس با تشخیص آسیفکسی هنگام تولد، شیرخواری که وضعیت بی ثبات شدید یا مستمر و تظاهراتی مانند هیپوکسی طولانی، اسیدوز شدید، هیپوگلیسمی یا هیپوتانسیون جدی نیازمند دارو تراپی، دریافت اکسیژن بیش از 48 ساعت، بیماری مزمن ریه حملات مکرر آپنه و... بخش های ویژه و اورژانس :

### 1) مراقبت ها و پایش های قبل، حین و پس از اقدامات تهجمی کدامند؟

#### وظایف پرستار جهت مراقبت و پایش مستمر حین انجام همودایلیز

1. کنترل فشارخون بیمار هر 30-60 دقیقه و مانیتورینگ بیمار در صورتیکه بیمار دچار اختلال همودینامیک و یا افت فشارخون و کاهش سطح هوشیاری باشد
2. پایش بیمار در طول دیالیز از نظر عوارض احتمالی مانند افت فشار و کرامپ و یا آنژین
3. بررسی محل اتصالات کاتترها و محل نیدل های شریانی و وریدی از نظر فیکس بودن و خونریزی احتمالی
4. اطمینان از آنتی کواگولاسیون تراپی در طول دیالیز
5. بررسی ست صافی از نظر وجود لخته
6. ارائه آموزشهای لازم به بیمار از نظر مراقبت از دسترسی عروقی و رژیم غذایی و سایر موارد مورد نیاز

#### مراقبت و پایش مستمر پس از دیالیز

1. بررسی بیمار از نظر علائم حیاتی و عوارض دیالیز

## جزوه پنجم بخش های درمانی

2. کنترل محل خروج نیدل ها از نظر قطع خونریزی و ارائه آموزش لازم به بیمار را در این زمینه
3. توزین مجدد بیمار از نظر وزن خشک

### مراقبت و پایش مستمر بیمارانی که پس از انجام دیالیز به بخش بستری برگشته اند

جهت بیماران حادثه جدیدا شالدون گذاشته اند، تعویض پانسمان انجام شود  
بیماری که دچار وضعیت ناپایدار می باشد، از نظر علائم حیاتی پایش شود  
اکسس بیمار از نظر خونریزی کنترل و از کشیده شدن و آسیب به آن پیشگیری شود  
به هیچ عنوان نباید از اکسس بیمار جهت دارودهی و یا سایر اقدامات تزریقی استفاده شود. هرگز از دست فیستول یا گرافت دار جهت کنترل فشارخون و یا خونگیری و وصل سرم استفاده نشود. اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپها

### وظایف پرستار جهت آمادگی قبل از انجام آندوسکوپی و کلونوسکوپی:

- 1- بیمار را از ساعت 12 شب به بعد NPO کرده و در شبفت صبح به قسمت آندوسکوپی اطلاع دهد. البته جهت انجام کلونوسکوپی از ظهر روز قبل برای بیمار رژیم مایعات شفاف تجویز میشود
  - 2- برقراری خط وریدی مناسب و سرم تراپی طبق دستور پزشک معالج
  - 3- بررسی نتایج آزمایشات بیمار و در صورت نرمال نبودن اطلاع به پزشک معالج، جهت انجام یا عدم انجام اسکوپ
  - 4- بررسی تست های انعقادی در صورت مصرف داروی ضد انعقاد .
  - 5- انما طبق دستور پزشک و نظارت بر مصرف صحیح پودر پیدرولاکس و بیزاکودیل و اطمینان از تخلیه روده ی بیمار (قبل از انجام کلونوسکوپی )
  - 6- ارائه توضیحات لازم به بیمار در ارتباط با نحوه ی انجام پروسیجر
  - 7- انتقال بیمار همراه با کمک پرستار و در صورت نیاز همراه با پرستار به بخش آندوسکوپی بعد از اطمینان از آمادگی کامل بیمار
  - 8- ارائه آموزش های لازم به بیمار و اخذ رضایت آگاهانه توسط کارشناس آندوسکوپی و پزشک در آندوسکوپی ، پروکتوسکوپی و سیگموئیدوسکوپی آمادگی کمتری مورد نیاز است :
- برای پاک کردن قسمت انتهایی روده، از تنقیه با آب ساده گرم یا سرم شستشو تا شفاف شدن مایع برگشتی استفاده می شود محدودیت رژیم غذایی نیاز نیست و دادن داروهای آرامبخش ضرورت ندارد

### مراقبت و پایش مستمر حین آندوسکوپی و حین کلونوسکوپی

1. اطمینان از صحت کارایی خط وریدی بیمار
2. استفاده از وسایل حفاظت فردی در حین انجام پروسیجر
- 3 کارشناس آندوسکوپی در صورت استفاده از دارو های آرام بخشی متوسط و نیز احتمال بروز عوارض کلونوسکوپی باید مراقبت های لازم مانند قراردادن اکسیژن برای بیمار ، توجه به ریتم تنفسی و وضعیت هوشیاری و پالس اکسیمتری ، کنترل علائم حیاتی بیمار و جلوگیری از سقوط را انجام دهد و ترالی اورژانس نیز در دسترس باشد .
4. حفظ پوزیشن مناسب بیمار و حریم خصوصی وی در حین انجام پروسیجر
5. در صورت نیاز، پرستار مسوول بیمار باید حین انجام پروسیجر بر بالین بیمار حضور داشته باشد.

### مراقبت و پایش مستمر پس از آندوسکوپی و پس از کلونوسکوپی

- 1-NPO نمودن بیمار حداقل تا 2 ساعت بعد از انجام پروسیجر و برگشت کامل رفلکس بلع
- 2- ارائه مراقبت های لازم جهت جلوگیری از سقوط بیمار.

## جزوه پنجم بخش های درمانی

3- شروع رژیم غذایی طبق دستور پزشک

4- ارائه آموزش های لازم به بیمار

5- به بیمار علائمی را که پس از کلونوسکوپی لازم است بلافاصله اطلاع دهد آموزش داده شود مانند هر گونه خونریزی از رکتوم ، درد شکم ، نفخ و تب ، ارسال نمونه پاتولوژی

6- به دلیل اثرات فراموشی دارو میدازولام ممکن است بیمار آموزش های ارائه شده را به خاطر نسپارد لذا وجود همراه آموزش دیده برای بیمار لازم است و استراحت در تخت تا برگشت کامل سطح هوشیاری و انجام مراقبت های لازم جهت جلوگیری از سقوط بیمار

7- بیمار از نظر علائم خونریزی از راست روده و علائم پارگی ( تب ، نفخ شکم ، درد و وجود ترشح از راست روده ) بررسی شود

### • وظایف پرستار جهت آمادگی های قبل از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی

1- کنترل و مهر و امضای دستور پزشک معالج

2- کنترل اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک از بیمار

3- گرفتن خط وریدی از بیمار و آزمایشات روتین CBC-Cr-BUN-FBS (در صورت آنژیوپلاستی BG-Rh ورزو 4 واحد خون) به آزمایشگاه ارسال شود.

4- تزریق 1000-500 سی سی سرم نرمال سالین با توجه به شرایط بیمار 4 تا 6 ساعته برای بیمار طبق دستور پزشک معالج

5- اخذ ECG از بیمار و پس از رویت توسط پزشک ضمیمه پرونده می گردد.

6- سابقه مصرف داروهای ضد انعقاد ، سابقه دیابت و نحوه مصرف داروهای دیابتی را از بیمار سوال و همچنین سابقه هرگونه حساسیت دارویی و غذایی ( ماهی ، ید ) را بررسی و به پزشک معالج اطلاع دهد .

7- کنترل و علامت گذاری نبض های دیستال بیمار در آنژیوگرافی فمورال و انجام تست آلن در آنژیوگرافی رادیال

8- ارائه آموزش های لازم به بیمار در مورد نحوه ی انجام آنژیوگرافی و نیز نحوه ی همکاری بیمار در حین انجام آنژیوگرافی

9- اطمینان از عدم وجود اندام و وسایل مصنوعی قبل از انتقال بیمار به روی تخت آنژیو

بیمارانی که قرار است آنژیوپلاستی شوند حداقل 8 عدد قرص پلاویکس و همچنین یک عدد قرص آسپرین 325 میلی مصرف می کنند

اطمینان از وجود نتایج آزمایشات PTT-PT در مورد بیمارانی که سابقه مصرف وارفارین و یا هپارین دارند .

10- اطمینان از وجود سی دی آنژیوگرافی قبلی بیمار و مدارک دیگر مانند اکو و نوار قلب

### • وظایف پرستار جهت مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی

1- کنترل وضعیت هوشیاری بیمار

2- مانیتورینگ بیمار و بررسی از لحاظ آریتمی

3- کنترل علائم حیاتی و نبض های انتهایی بیمار در بخش آنژیو ساعت اول هر 15 دقیقه ، در ساعت دوم هر 30 دقیقه ، سپس هر یک ساعت به مدت 4 ساعت و پس از ورود به بخش CCU و CVICU و در فواصل زمانی مشخص

4- خروج شیت شریانی طبق دستور پزشک در زمان مناسب و پک محل خروج شیت با کیسه شن کنترل نبض دورسال پدیس قبل وبعد از خروج شیت( در بخش CCU و CVICU در صورت وجود شیت، بررسی محل آن از نظر خونریزی و هماتوم و خروج شیت در ساعت مقرر طبق دستور پزشک و پروتکل شیت شریانی)

5- بررسی محل خروج شیت از نظر هماتوم و خونریزی

6- شروع رژیم غذایی در زمان مناسب طبق دستور پزشک در صورت NPO بودن بیمار

7- بررسی بیمار را از نظر تب ، خونریزی ، شوک وازوواگال و انجام اقدامات لازم در صورت وجود عارضه و اطلاع به پزشک مقیم

### 2) مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد به چه صورت می باشد؟

با ورود بیمار به بخش و استقرار در تخت ، پرستار مسئول بیمار را به دستگاه مانیتورینگ متصل می نماید

#### ➤ کنترل ریتم قلب

(چست لیدها را در محل مناسب نصب و سپس پروپ مربوطه به چست لیدها وصل میشود و هرگونه دیس ریتمی جدید الوقوع اطلاع داده میشود)

#### ➤ کنترل فشار خون

- پرستار فشار خون بیمار را کنترل و در صورت بالا بودن فشار خون  $<160$  و یا افت فشار خون  $<90$  BP دقت بیشتری در امر درمان دارویی می نماید داروهای مشروط به فشار را تا زمان اصلاح فشار به تعویق می اندازد.
- 2- پرستار در صورت نیاز و عدم اصلاح فشار خون بیمار به پزشک مقیم/بخش اطلاع می دهد.
- نکته : تغییر در دوز هر گونه دارو چه کاهنده فشار خون و چه افزایشنده های فشار خون فقط به دستور پزشک معالج است .
- 3- پرستار تمامی اقدامات انجام شده و فشار خون بیمار را در شیت و پرونده ثبت می نماید.

#### ➤ کنترل درجه حرارت و انجام اقدامات مناسب

#### ➤ کنترل تنفس

کنترل تنفس بیمار طبق استاندارد بخش و در صورت وجود تنفس غیر طبیعی مانند تنفس کمتر از 8 و یا بیشتر از 20، تنفس های تهدید آمیز و خطرناک از جمله شاین استوک، تاکی پنه، برادی پنه در بیمار اطلاع سریع به پزشک مقیم/پزشک معالج بیمار و اجرای دستورات

#### ➤ کنترل درصد اشباع اکسیژن خون

در صورت افت O2 Sat ، به بیمار پوزیشن مناسب داده (نیمه نشسته) و صحت عملکرد تجهیزات مربوط به O2 رسانی را بررسی و به پزشک مقیم/بخش اطلاع و دستورات اجرا می شود در مواقعی که بیمار تحت سیستم حمایتی تنفسی می باشد اقداماتی مانند تغییر در تنظیمات دستگاه و یا این توبه مجدد طبق نظر پزشک معالج انجام می شود و پس از انجام این تغییرات از بیمار نمونه ABG کنترل می شود

#### ➤ کنترل فشار ورید مرکزی

جهت اندازه گیری فشار دهلیز راست و بررسی میزان حجم مایعات در گردش لاین CVP را به ترانسد یوسر وصل روی مانیتور ترانسد یوسر صفر می شود. اطلاع افزایش یا کاهش به پزشک

#### ➤ کنترل فشار خون شریانی:

- مانیتور را روشن و تنظیم می نماید
- سه راهی آرترا لاین را به کنتر ترانسد یوسر وصل می نماید
- روی مانیتور کنار تخت بیمار ترانسد یوسر شریانی را صفر می کند
- به موج تولید شده روی مانیتور و عدد مربوط به فشار سرخ رگی توجه می کند
- در صورتی که فشار خون بالا و یا پایین تر از حد معمول باشد به پزشک اطلاع و سریعاً درمان را شروع می کند.

## جزوه پنجم بخش های درمانی

### ویژه بخش CCU

در بخش CCU پرستار طبق استاندارد بخش به روش زیر از بیماران ECG اخذ می نماید:  
از تمامی بیماران پذیرش الکتیو،  
از بیماران پذیرشی از اورژانس، در بدو ورود ( به خصوص بیماران MI)  
از بیماران پذیرش شده بعد از آنژیوگرافی / آنژیوپلاستی که chest pain یا آریتمی دارند،  
از بیماران بستری بخش که تحت مانیتورینگ مداوم هستند، در ابتدای شیفت صبح  
تمامی بیماران مانیتورینگ شده در بخش، از طریق مانیتور سانتال مستقر در ایستگاه پرستاری، توسط پرستار حاضر در ایستگاه، پایش می شوند.

### ویژه بخش همودیالیز :

در بخش همودیالیز باتوجه به شرایط بیمار و نظریزشک ، بیمار توسط پرستار مانیتورینگ می شود.  
2. در بخش همودیالیز بیمارانی که از بخش های ویژه پذیرش می شوند و بیماران بدحال سایر بخشها مانیتورینگ طبق روال بخش مربوطه توسط پرستار ادامه می یابد و در صورت شرایط ناپایدار پرستار بخش مربوطه طبق صلاحدید مسوول شیفت تا پایداری وضعیت ، بر بالین بیمار می ماند.

### ویژه بخش نوزادان :

مراقبت از نوزادان

- 1- مناسب سازی فضای فیزیکی
  - 2- اصول ارزیابی و مراقبت تکاملی
  - 3- مراقبت خانواده محور
  - 4- تریخیص و پیگیری نوزاد پرخطر
- همچنین در مراقبت تکاملی نوزادان در بخش به کاهش سر و صدا ، کاهش نور ، حواس بویایی و چشایی ، وضعیت دهی به نوزاد نارس و مدیریت درد توجه می شود.

هم آغوشی مادر و نوزاد از زمان تولد آغاز می شود که پس از زایمان و در نیم ساعت اول تولد هم آغوشی انجام می شود . در بخش نوزادان هم آغوشی جهت همه نوزادان انجام می شود مگر نوزادان بدحال ، نوزادان متصل به ونتیلاتور و نوزادانی که کتتر نافی دارند که با دستور پزشک kmc انجام می شود . در بخش نوزادان غیر از مادران نوزادانی که B.F می شوند و حضور 24 ساعته دارند بقیه مادران در سه شیفت صبح ، عصر و شب زیر نظر پرستار مراقبت هم آغوشی نوزاد خود را انجام می دهند.  
در نوزادان با وزن کمتر از 2 کیلو گرم ، بدحال و با سن کمتر از 32 هفته و یا نوزادانی که تحت اکسیژن تراپی طولانی بوده اند معاینه چشم پزشکی انجام می شود.

بهبود ← دستورالعمل ها ← اعتبار بخشی ← مراقبتهای حاد و اورژانس

### 3) در صورت نیاز بیماران بخش ویژه به اقدامات پاراکینیکی چه اقدامی انجام می شود؟

انجام رادیوگرافی، سونوگرافی، اکوکاردیوگرافی بصورت پرتابل انجام می شود.

### اختصاصی اورژانس :

#### (1) تریاژ بیماران به چه صورت انجام می شود؟

بیماران در بدو ورود به بخش اورژانس توسط پرستار تریاژ ویزیت شده، با توجه به علائم حیاتی و شکایت بیمار سطح تریاژ مشخص شده و فرم تریاژ در سیستم ثبت و فرم آن پرینت گرفته می شود. و پس از آن بیمار توسط پزشک اورژانس ویزیت شده و سطح تریاژ توسط پزشک تایید می شود.

#### (2) تعیین تکلیف بیماران اورژانس به چه صورت و در چه بازه ی زمانی باید انجام شود . انجام می شود؟

بیماران پس از تریاژ توسط پزشک اورژانس ویزیت می شوند و کمتر از 6 ساعت بیماران تعیین تکلیف می شوند( ترخیص، انتقال به سرویس پزشک متخصص). خروج فیزیکی بیماران از اورژانس باید ظرف مدت 12 ساعت انجام شود. نکته: پذیرش بیماران الکتیو در بخش های بستری مانع از پذیرش بیماران اورژانس نمی شود.

#### (3) نحوه ی پذیرش و پرداخت هزینه ها در اورژانس به چه صورت می باشد؟ دستور العمل پذیرش و درمان بی قید و شرط بیماران اورژانسی را بیان نمایید .

پذیرش بیماران و ارائه خدمات به ایشان در اورژانس به هیچ عنوان منوط به پرداخت هزینه نمی باشد و بیمارستان باید بدون درخواست وجه نسبت به درمان بیمار اورژانسی اقدام نموده و پس از ارائه خدمت مطابق تعرفه هزینه را دریافت نماید . پیگیری پرداخت هزینه درمان بیمار اورژانسی ارتباطی با پرسنل درمانی ندارد و ایشان باید فارغ از پرداخت هزینه خدمات درمانی را به بیمار ارائه دهند .

#### (4) دسترسی بیماران به خدمات تشخیصی و درمانی به چه صورت می باشد؟

برنامه مقیم پزشکان اورژانس بصورت 24 ساعته می باشد و درمان بیماران بدون وقفه انجام می شود. واحد داروخانه، تصویر برداری و آزمایشگاه و بانک خون بصورت 24 ساعته فعال می باشد.

#### (5) تریاژ مادران از ابتدای بارداری تا 42 روز بعد از زایمان به چه صورت است؟ ( علاوه بر پرسنل زایشگاه ، پرسنل اورژانس نیز باید بدانند )

مادران باردار از ابتدای بارداری تا 42 روز بعد از زایمان در صورت مراجعه اورژانس و یا غیر اورژانس بایستی توسط متخصص زنان ارزیابی و ویزیت شوند. مادران سطح 1 و 2 بلافاصله توسط پزشک زنان در اورژانس ویزیت می شود و در صورت قرار داشتن در سطوح 3 و 4 توسط پرستار به بخش زایشگاه انتقال داده شده و در صورت ترخیص از سرویس زنان جهت ادامه درمان به اورژانس مربوطه انتقال می یابد.

### اختصاصی اتاق عمل :

#### (1) نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل به چه صورت می باشد؟

اولویت جراحی با بیماران اورژانسی می باشد. بیمارانی اورژانسی می باشند که در صورت عدم ارائه به موقع اقدامات درمانی منجر به صدمات عضوی و یا جانی می شود.

بیماران پر خطر بیمارانی هستند که احتمال مرگ و میر آنان بیش از 5 درصد می باشد. این بیماران کاندید انجام مشاوره های تشخیصی و ... می باشند.

بیماران عفونی در انتهای لیست اعمال جراحی قرار دارند و ضدعفونی اتاق و تجهیزات ضروری می باشد. در مورد بیماران عفونی پرخطر یا عمل اورژانسی پس از هماهنگی مسئول اتاق عمل یا مسئول شیفت اتاق عمل با پزشک معالج زمان انجام عمل به نحوی تنظیم گردد که باعث

## جزوه پنجم بخش های درمانی

تعطل یا تاخیر در انجام عمل یا آسیب به بیمار نگردد. تابلو(اتاق عفونی تردد ممنوع)را روی درب نصب کند و رفت و آمدوتعداد پرسنل حاضر در این اتاق به حداقل برسد.از ست جراحی و پگ یکبار مصرف برای بیمار عفونی استفاده شود. در سیستم HIS امکان مشخص بودن بیماران فراهم شده است. لیست اعمال زده می شود و برنامه ریزی جهت جراحی انجام می شود.

### 2) بدو پذیرش بیماران در اتاق عمل چه اقدامی انجام می شود؟

کنترل مجدد هویت بیمار بر اساس اصول شناسایی صحیح بیمار، ارزیابی مجدد بیماران (بیماران از لحاظ شرایط جسمی، روانی سوابق بیماری و دارویی، شیو ناحیه عمل، اجسام کاشتنی، گرفتن شرح حال پیرامون سابقه حساسیت بیهوشی در عمل جراحی بررسی می گردد)، ارتباط و تعامل بابیمار جهت کاهش استرس، کنترل اتصالات و کامل بودن پرونده بیمار

### 3) برای کاهش اضطراب بیماران چه اقدامی انجام می شود؟

آموزش خودمراقبتی در زمینه کاهش اضطراب و استرس به بیماران داده می شود. ارتباط موثر بین بیماران و کادر جراحی انجام می شود و توضیحات شفاف و قابل فهم به بیمار توسط پزشک معالج ارائه می شود.

### 4) قبل از بیهوشی چه اقداماتی انجام می شود؟

ابتدای هر شیفت صحت عملکرد تجهیزات بررسی و در صورت وجود مشکل مراتب به مسئول شیفت جهت رفع عیب اطلاع داده می شود. راه هوایی بیماران توسط پزشک متخصص بیهوشی چک می شود. بعد از ورود بیمار اتصالات بیمار چک و تائید می شود. در ابتدای هر القای بیهوشی ، صحت اتصالات بیهوشی و آرام بخشی اتاق عمل به بیمار توسط متخصص بیهوشی بررسی و تائید می شود. قبل از اتصال گاز طبی به بیمار ، تکنسین بیهوشی انطباق گاز در شرف استفاده با گاز تجویزی اطمینان حاصل میکند.

### 5) چک لیست جراحی ایمن چیست و چگونه تکمیل می شود؟

شامل 3 قسمت می باشد. (بدو ورود بیمار : با توجه به اهمیت به موضوع چک لیست اضافه شده است)، قبل از القاء بیهوشی(صحت هویت بیمار، صحت علامت گذاری محل جراحی، صحت عملکرد ماشین بیهوشی و سایر تجهیزات، راه هوایی، ریسک خونریزی و... بررسی شده)، قبل از اقدام به برش جراحی (شناسایی بیمار، تائید محل جراحی، تائید دریافت انتی بیوتیک، وقایع حاد مربوط به به جراحیو...)، قبل از خروج بیمار از اتاق عمل( اتمام شمارش گازها و ابزار ها، صحت برچسب گذاری پاتولوژی، مشکلات پیش آمده، انتقال به ریکاوری

### 6) ترخیص بیماران از اتاق عمل به چه صورت انجام می شود؟

با دستور پزشک بیهوشی به بخش مورد نظر تماس گرفته، پرستار بخش علائم حیاتی بیمار را چک کرده و بیمار با تجهیزات لازم با رعایت پوشش مناسب و حریم خصوصی با برانکارد حفاظ دار به بخش انتقال می یابد.

### 7) برای استمرار ارتباط مادر و نوزاد چه اقداماتی و به چه صورتی انجام می شود؟

برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و استمرار آن تا حد امکان تا 60 دقیقه بدون جدایی. قرار دادن نوزاد بدون هر گونه پوشش و به صورت مایل و دمر بر روی قفسه سینه مادر بین سینه هایش، سر نوزاد نزدیک پستان مقابل ، دهان نوزاد در تماس با نوک پستان ، چشمان نوزاد در سطح نوک پستان مادر است. مادر و نوزاد بوسیله پتوی گرم و نوزاد پوشانده شوند. در خصوص مادران سزارین اسپینال و بیهوشی عمومی پس از ساکشن دهان و بینی ، قطع بند ناف، خشک کردن نوزاد ، ارزیابی سلامت نوزاد، بررسی نیاز به احیا، پوشاندن کلاه و پوشک، پوشاندن مادر و نوزاد با هم در یک پتو در حین ادامه جراحی انجام می شود.



### 8) شناسایی نوزاد چگونه انجام می شود؟

پس از تولد نوزاد، نوزاد با ذکر جنسیت به مادر نشان داده می شود. ماما/ کارشناس اتاق عمل اقدام به الصاق دستبند می نماید، دو عدد به پای نوزاد بسته شده و یکی از دستبند ها به دستبند مادر الصاق می شود. نکته: در صورتیکه هر دو باند شناسایی نوزاد مفقود شده باشد مسئول بخش را مطلع کرده و مسئول بخش تمامی باندهای شناسایی نوزادان را بررسی کرده در صورتیکه مغایرتی در این زمینه مشاهده نکرد برای نوزاد 2 باند شناسایی جدید تهیه می نماید. اطلاعات روی دستبند نوزاد باید شامل کلمه "نوزاد" + نام و نام خانوادگی مادر، نام و نام خانوادگی پدر، جنسیت نوزاد، تاریخ تولد نوزاد به روز، ماه و سال ساعت تولد و شماره پرونده مادر باشد. در صورت چند قلوزایی باید روی دستبند نوزادان شماره قل ها نیز ثبت گردد. 1 و 2 و 3 و ... انتقال مادر و نوزاد همزمان با هم انجام می شود.

### 9) در صورت نیاز به احیا در نوزادان چه اقدامی انجام می شود؟

در صورت مشاهده ی نوزاد نیازمند به احیا، پرستار نوزاد باید بلا فاصله و بدون فوت وقت، عملیات احیا را آغاز نموده و اقدام به بازکردن راه هوایی، ساکشن کردن ترشحات دهان و بینی، خشک کردن و تحریک تنفسی نوزاد، وصل پروپ پالس اکسی متر و مانیتورینگ نماید. مسوول شیفت، باید پزشک مقیم اطفال یا آنکال و پرستار مسوول احیا نوزاد در شیفت مربوطه را سریعاً مطلع نماید.

پرستار احیا کننده نوزاد باید سریعاً ساکشن ترشحات را شروع کند و در صورت نیاز تهویه با فشار مثبت را آغاز کند. انجام اقدامات MRSOPA (ماسک- تغییر وضعیت راه هوایی- ساکشن دهان و بینی- باز کردن دهان- افزایش فشار- راه هوایی جایگزین و موثر بودن PPV (تهویه با فشار مثبت)).

فیکس کردن لوله تراشه و ثبت احیا در فرم مربوطه

پزشک متخصص مقیم نوزادان (کد B) رهبری تیم احیا را به عهده دارد. برقراری راه هوایی انجام می دهد. لوله گذاری داخل تراشه و چک کردن آن از نظر محل مناسب

پرستار احیا کننده نوزاد که کد C می باشد، در صورتیکه ضربان قلب پس از برقراری تهویه کمتر از 60 بود، ماساژ قلبی به صورت زیر باید توسط پرستار کد C انجام شود:

محل مناسب ماساژ 1/3 تحتانی جناغ سینه را انتخاب نماید، جناغ را به اندازه 1/3 قطر قدامی خلفی قفسه سینه، دوبار در هر ثانیه فشار دهد و سپس بعد از 3 بار فشردن یک وقفه ایجاد کند (به صورت 3.2.1 و تنفس انجام می شود).

بعد از هر 3 بار فشردن قفسه ی سینه توسط پرستار C، پرستار A باید طی توقف تهویه تنفسی را انجام دهد. پس از 30 ثانیه ماساژ قلبی ضربان قلب نوزاد را کنترل و اگر ضربان قلب بیش از 60 بود ماساژ را متوقف کند نوزاد را مانیتورینگ می کنند و EKG از نوزاد گرفته می شود.