



Nursing Documentation

با همکاری دفتر پرستاری و واحد مدارک پزشکی

اصول کلی مستند سازی فرم های پرونده های پزشکی:

- به طور کلی در مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی، مستندسازان باید **اصول کلی مستندسازی** را رعایت کنند. رعایت کلیه قوانین عمومی برای گروه مستندسازان پرونده بیمار الزامی است. گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل :

الف (مسئولین پذیرش بیمار) ثبت اطلاعات دموگرافیکی

ب (پزشکان) ثبت مشاهدات و دستورات

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

ت سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی و ...).



اصول مستندسازی پرونده پزشکی بستری / سرپایی به شرح ذیل می باشد:

1. کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.

2. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارشهای پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.

3. اطلاعات سر برگ فرم ها (شامل نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ، نام بخش ، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و...) بطور کامل و دقیق ثبت و تکمیل شود.

*ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد

4. کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستند ساز تأیید و تصدیق گردد.

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

۶. مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند . بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد، خودکار سبز برای مستند سازی استفاده نشود

*مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارائه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مذکور مستثنی می باشد.

۷. مستندات و ثبیتات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمان ها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

۸. . مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود .

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

* اگر ثبیتات قابل خواندن نیستند ، ثبت کننده از ابتدا ثبیتات را در سطر بعدی تکرار کند و توضیح دهد ، چرا نوشته فوق را مجددا تکرار کرده است و تاکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است . اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند ، باید دقیقا مشابه اولی باشد و حتما تاریخ و امضاء داشته باشند.

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

۱۰. اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد. از دستورالعمل اصلاح خط خوردگی استفاده گردد.

۱۱. محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد.

۱۲. از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود

۱۳. در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد



مستند سازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی

فرم پذیرش و خلاصه ترخیص

موارد مربوط به بخش:

مدت اقامت بیمار به روز ثبت گردد.

در هنگام انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر یا به بیمارستان دیگر، تاریخ انتقال و همچنین نام بخش یا مرکز درمانی ثانوی ثبت گردد.

در صورت انجام مشاوره پزشکی برای بیمار تعداد مشاوره های انجام شده ثبت گردد.

تصدیق های لازم:

امضاء سرپرستار بخش الزامی است.

بیمارستان تخت جمشید

برگ پذیرش و خلاصه ترخیص

Former Record : سابقه بستری شدن :
None ندارد Present دارد
NO. of Hosp. : دفعات بستری

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

ID No: شناسنامه:	Marital status: وضعیت تاهل: Married ☐ متاهل Single ☐ مجرد	Sex: جنس: M ☐ مذکر F ☐ مؤنث	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب:	Place of ID: محل صدور شناسنامه:	Place of Birth: محل تولد:	Date of Birth: تاریخ تولد:
Address & Phone Number: آدرس و تلفن:					
Address & Phone: آدرس و تلفن:			Accompanied By or Referred By: همراه یا معرف بیمار:		
Date: تاریخ:	Admitting Physician: پزشک بستری کننده:	Ward: بخش:	Date: تاریخ:	Time: ساعت:	Time: ساعت:
Insurance Code: شماره بیمه:	Insurance: نوع بیمه:	به مرکز انتظامی اطلاع داده شد:	اورژانس ☐	بستری ☐	سرپایی ☐
Police Center Was Informed: Emergency: Hosp: Kind of A.d.m.			O.P.D. ☐		
From Hospital: از بیمارستان:	To Ward: به بخش:	To Ward: به بخش:	Transfer Date: تاریخ انتقال:		
Lab. & X - Rays (Results): آزمایشات و عکسبرداری (نتایج):					
Code: کد:	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:				
	Interim Diagnosis: تشخیص حین درمان:				
	Final Diagnosis: تشخیص نهایی:				
	External Cause: علت خارجی:				
Operation & Other Prpducres (With Date): اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ:					
Discharge Without Physician's Order: ☐ ترخیص با میل شخصی ☐ Some Improvement بهبود نسبی ☐ Recovered بهبودی ☐ فوت ☐ فوت از ۲۴ ساعت ☐ قبل از ۲۴ ساعت ☐ فوت بعد از ۲۴ ساعت ☐ Death مرگ					
Etc.: Follow up پیگیری ☐ Expired منقضی ☐ Condition on Discharge وضعیت بیمار هنگام ترخیص					
Recommendation on Discharge توصیه های پس از ترخیص: مراجعه به پزشک درمانگاه ☐ هفته دیگر ☐ سایر موارد: ☐ Return to OPD / Physician Week Time.					
Cause of death: علت فوت:	Before 24 Hours: قبل از ۲۴ ساعت ☐	After 24 Hours: بعد از ۲۴ ساعت ☐	Date: تاریخ:	Time: ساعت:	Time: ساعت:
Length of Stay: مدت اقامت بیمار:	No. of Consultation: تعداد مشاوره:	No ☐ خیر ☐ Yes ☐ بله	Did The Patient Have Consultation? آیا بیمار مشاوره داشته:		
امضای مسئول بخش پذیرش	امضای پزشک معالج	امضای رزیدنت	امضای سرپرستار بخش		
Adm. Officer Signature:	Attending Physician Signature:	Resident Signature:	Head nurse of Service Signature:		

LETTER OF AUTHORIZATION

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء یا اثر انگشت شخص بیمار باشد (در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد یا دچار اختلالات ذهنی و روحی باشد رضایت نامه ها توسط ولی یا سرپرست قانونی تکمیل گردد.)

اینجانب: بیمار / ولی بیمار ساکن: اجازه معالجه و عمل جراحی

اجازه میدهم پزشک یا پزشکان بیمارستان: هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی و یا انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجانب/ بیمار اینجانب/ بدينوسيله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد انجام می دهند اعلام می دارم.

امضاء: شاهد (۱) شاهد (۲) تاریخ:

اینجانب: بیمار / ولی بیمار ساکن: اجازه قطع عضو

اجازه میدهم پزشک یا پزشکان این بیمارستان (نام عضو): اینجانب / بیمار اینجانب را از ناحیه: قطع نمایند و بدينوسيله برائت پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد انجام می دهند اعلام می دارم.

امضاء: شاهد (۱) شاهد (۲) تاریخ:

اینجانب: بیمار / ولی بیمار ساکن: اجازه ترخیص با میل شخصی

این مرکز را ترک مینمایم و اعلام میدارم که هیچ یک از مسئولین این بیمارستان را مسئول عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی میشود نمیدانم. امضاء بیمار: امضاء یکی از بستگان درجه اول بیمار (در صورتی که بیمار قادر به امضاء نباشد)

امضاء: شاهد (۱) شاهد (۲) تاریخ:

اینجانب: رضایت خود را در مورد استفاده از اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی خود/ بیمار خود در امور آموزشی تحقیقاتی-درمانی و حقوقی توسط بیمارستان: اعلام میدارم. توسط واحد پذیرش

امضاء: شاهد (۱) شاهد (۲) تاریخ:

هزینه روزانه تخت در اتاق:	ریال) - (ایزوله	ریال
(دو تخته	ریال) - (ICU	ریال
(سه تخته و بیشتر	ریال) - (ICU	ریال
(نوزادان	ریال) - (Post ICU	ریال

هزینه همراه هر شب: بهای خدمات تشخیصی-درمانی مطابق تعرفه بیمارستانی می باشد.

اینجانب: بیمار / ولی بیمار دکتر: با ترخیص خود / بیمار خود را بر این اساس می بردارم.

امضاء: تاریخ: شاهد (۱) شاهد (۲):

* مدت زمان بستری بودن در بیمارستان، انجام رادیوگرافی ها، آزمایشها و سایر خدمات تشخیصی و درمانی شما طبق دستورات پزشک معالج می باشد.

ردیف	مبلغ سپرده	تاریخ پرداخت	شماره قبض صندوق



بیمارستان تخت جمشید

Former Record : سابقه بستری شدن :
None ندارد Present دارد
NO. of Hosp. : ۱ دفعات بستری

کد کامپیوتری : 40215903
شماره پرونده : 14-77-83

ADMISSION AND DISCHARGE SUMMARY SHEET

ID No: ۲۲۸۲۵۵۰۲۶۰	Marital status: Married ☐ Single ☐	Sex: M ☒ F ☐	Father Name: عبداله	Name: رهرا	Family Name: فلاحی
Place of Work: محل کار:	Occupation: شغل:	Religion: مذهب: تشیع	Place of ID: شناسنامه: ریحان	Place of تولد: ریحان	Date of تولد: ۱۳۵۸/۰۲/۱۵
Address & Phone Number: آدرس و تلفن: خرم‌دست منم ۳ کوچه بهمن ۱۰۲					
Address & Phone: آدرس و تلفن:			Accompanied By or Referred By: همراه با معرف بیمار: ۰۹۱۰۹۲۷۷۶۲۷		
Date: تاریخ: ۱۳۸۰/۰۸/۰۳	Discharge: ترخیص: ۱۳۸۰/۰۸/۰۳	Admitting Physician: پزشک بستری کننده: نادر-سجاد		Date: تاریخ: ۱۳۸۰/۰۸/۰۳	
Insurance Code: شماره بیمه:	Insurance: نوع بیمه: تامین اجتماعی	Police Center Was Informed: به مرکز انتظامی اطلاع داده شد.		Emergency: ☐ Hosp: ☐ O.P.D: ☐ Kind of A.d.m.	
From Hospital: از بیمارستان:	To Ward: به بخش:	To Ward: به بخش:	Transfer Date: تاریخ انتقال:		
Lab. & X - Rays (Results): آزمایشات و عکسبرداری (نتایج):					
Code: کد: T81.5	Primary Diagnosis: تشخیص اولیه: کتله سینه				
Code: T81.5	Interim Diagnosis: تشخیص حین درمان: کتله سینه				
Code: T81.5	Final Diagnosis: تشخیص نهایی: ~				
External Cause: علت خارجی:					
Operation & Other Prpduces (With Date): اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی با ذکر تاریخ: قسطری					
Discharge Without Physician's Order: ☐ ترخیص با میل شخصی ☐ Some Improvement بهبود نسبی ☐ Recovered بهبودی ☐ Condition on Discharge: فوت نموده ☐ فوت نموده ☐ Expired ☐ پیگیری ☒ Follow up غیره					
Others: مراجعه به پزشک درمانگاه: هفته دیگر سایر موارد: Return to OPD / Physician Week Time.					
Cause of death: علت فوت:	Before 24 Hours: قبل از ۲۴ ساعت	After 24 Hours: بعد از ۲۴ ساعت	Death: فوت:	Time: ساعت:	
Length of Stay: مدت اقامت بیمار:	No. of Consultation: تعداد مشاوره:	No ☐ Yes ☐	Did The Patient Have Consultation? آیا بیمار مشاوره داشته:		
Adm. Officer Signature: مدیر بیمارستان:	Attending Physician Signature: پزشک معالج:	Resident Signature: مسئول بخش:	Head nurse of Service Signature: سرپرستار بخش:		

بیمار از اورژانس به بخش منتقل شده ولی سرپرستار بدون مهر پرونده را تحویل واحد ترخیص داده اند.

[illegible]

استفاده از لاک غلط گیر!

فرم درخواست مشاوره پزشکی

در خصوص مشاوره های تخصصی مورد لزوم، تاریخ، ساعت و علت درخواست و همچنین تاریخ و ساعت مشاوره قید شود و در صورت موافقت با نظریه مشورتی پزشک مشاور، پزشک معالج دستور انجام اقدامات پیشنهادی را به صورت کتبی صادر نماید.

**در صورت ثبت دستور در فرم چک دستورات توسط پرستار با مهر و امضای پرستار
تعداد دستورات و تاریخ و ساعت انجام دستورات الزامی میباشد.**





بیمارستان تخت جمشید

برگ درخواست مشاوره

CONSULTATION REQUEST SHEET

Unit Number: شماره پرونده

Attending Physician: پزشک معالج	Ward: بخش	Name: نام	Family Name: نام خانوادگی
Date of Admission: تاریخ پذیرش	Room: اتاق	Date of Birth: تاریخ تولد	Father's Name: نام پدر
Bed: تخت	Date of Request: تاریخ درخواست		
Time: ساعت درخواست		Consultation Requested With: درخواست مشاوره با:	
Kind of Consultation: نوع مشاوره		Name of Requestive Physician: نام پزشک درخواست کننده	
☒ Non Urgent غیر اورژانس ☐ Urgent اورژانس			
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه			
Subject of Consultation & Clinical Notes: گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره			
مشاوره با پزشک متخصص قلب و عروق پزشک			
Consultant Physician's Observation & Notes: مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه ها)			
پزشک			
Date: تاریخ	Consultant Physician Name & Signature: نام پزشک مشاور و امضاء		

نمونه کامل شده فرم مشاوره

در صورت order پزشک طبق قوانین مستندسازی پرستاری چک گردد.



بیمارستان تخت جمشید
ISO 14001 ISO 45001 Green Hospital

بیمارستان تخت جمشید

برگ درخواست مشاوره

CONSULTATION REQUEST SHEET



شماره پرونده: Unit Number:

Attending Physician: پزشک معالج	Ward: بخش	Name: نام	Family Name: نام خانوادگی
Date of Admission: تاریخ پذیرش	Room: اتاق NICU	Date of Birth: تاریخ تولد	Father's Name: نام پدر
Said Ibrahimy - Afshaneh	Bed: تخت NICU 111	Noradpisar	Nowbar Mohammadi
Date of Request: ۱۴۰۲/۰۹/۲۶	Date of Request: تاریخ درخواست: ۱۴۰۲/۰۹/۲۶	Consultation Requested With: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵	Request: درخواست مشاوره با: علیرضا
Time: ۱۱:۳۰	Time: ساعت درخواست: ۱۱:۳۰		
Kind of Consultation: نوع مشاوره:	Non Urgent ☒ Urgent ☐	Name of Requestive Physician: نام پزشک درخواست کننده:	
Non Urgent ☒ Urgent ☐	غیر اورژانس ☒ اورژانس ☐		
Primary Diagnosis: تشخیص اولیه: <i>بیماری قلبی</i>			
Subject of Consultation & Clinical Notes: گزارشات کلینیکی و موضوع مشاوره:			
<i>بیمار ۱۳ روزه، مادر در بیمارستان بستریست. تشخیص: بیماری قلبی. تاریخ: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵.</i>			
مشاهدات و نظریات پزشک مشاور (خلاصه نظریات، تشخیص و توصیه ها):			
<i>۱۴۰۲/۰۹/۲۵ ۱۳:۳۰</i>			
Date: تاریخ: Consultant Physician Name & Signature: نام پزشک مشاور و امضاء:			

دستور شفاهی در برگه مشاوره نوشته شده است

فرم مراقبت قبل از عمل جراحی

ثبت تاریخ عمل، الزامی است.

ثبت تشخیص قبل از عمل ، نام عمل جراحی با ذکر سمت عمل (چپ یا راست برای عضوهای دوتایی یا دو طرفه بدن) الزامی است.

ثبت علائم حیاتی قبل از عمل ، فشارخون موقع پذیرش و پس از داروهای بیهوشی، داروهای قبل از عمل و ساعت استفاده از آنها، اثر

داروهای بیهوشی و اشاره به وجود یا عدم وجود اعضای مصنوعی الزامی است.

امضاء پرستار بخش با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تکمیل این فرم الزامی است .

امضاء پرستار اتاق عمل با ذکر نام و نام خانوادگی و سمت وی پس از تأیید کلیه مندرجات این فرم الزامی است .

برای کلیه اعمال جراحی و همچنین معاینات تحت بیهوشی مانند جاناندازی و گچ گیری و آندوسکوپی ، تکمیل نمودن این فرم الزامی است.

Attending Physician : پزشک معالج :		Ward : بخش :	Name : نام :	Family Name : نام خانوادگی :
Date of Admission : تاریخ پذیرش :		Room : اتاق :	Date of Birth : تاریخ تولد :	Father Name : نام پدر :
		Bed : تخت :		
Review of Op. Room Nurses		Date of Operation : تاریخ عمل جراحی :		
تغذیه Notes	تایید O.K.	Diagnosis: تشخیص :		
	☐	Site of Operation : نام عمل جراحی : چپ ☐ راست ☐ Left ☐ Right ☐		
	☐	Preparation of Op. Site: آماده نمودن محل عمل :		
	☐	Consent from attached : اجازه نامه عمل جراحی ضمیمه است ☐		
	☐	Patient's ID. Tag Affixed to : دوار مشخصات بیمار به بسته شده است		
	☐	B.P. After Using Pre-Anes. Drugs: فشار خون پس از داروهای بی‌هوشی : B.P. on Adm. : فشار خون موقیع پذیرش :		
	☐	Hb & Hct: هموگلوبین و هماتوکریت : Blood Sugar: قند خون : اوره خون : گروه خون :		
	☐	RH: Rh: گروه خونی : Blood Group : آر هاش :		
	☐	Time of the Last Urination Prior to Operation: ساعت آخرین ادرار قبل از عمل :		
	☐	Vital Signs before Op. : علائم حیاتی قبل از عمل : تنفس : Resp. نبض : Pulse حرارت : Temp.		
	☐	Under Treatment With These Drugs : تحت درمان با داروهای :		
	☐	Pre-Operation Drugs & Last Dose : داروهای قبل از عمل و ساعات استفاده آنها :		
	☐	Pre-Anes. Drugs Effects : خواب ☐ خواب آلود ☐ بیدار ☐		
	☐	Nurses Report : کافی ☐ Enough : گزارش پرستار : کافی ☐ Enough : اوراق رادیولوژی : کافی ☐ Enough : Laboratory Sheet: اوراق آزمایشگاهی : کافی ☐		
	☐	اعمالی مصنوعی دارد : Yes ☐ بله ☐ خیر ☐ برداشته شد : Yes ☐ بله ☐ خیر ☐ خارج گردید : Yes ☐ بله ☐ خیر ☐		
امضاء پرستار اتاق عمل :		Remarks : ملاحظات :		
Signature of Op. Room Nurse:		Ward Nurse's Signature : امضاء پرستار بخش :		

فرم بیهوشی صفحه اول :

فرم بیهوشی صفحه اول:

تشخیص قبل از عمل بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد الزامی است.

ثبت عمل جراحی پیشنهاد شده الزامی است.

ثبت داروهای قبل از بیهوشی ، الزامی است.

ثبت نوع بیهوشی، و داروی مورد استفاده برای بیهوشی الزامی است.

● ثبت علائم حیاتی بیمار(فشار خون، نبض، حرارت و تنفس) در مدت بیهوشی الزامی است. در جدول مربوط برای نبض بیمار از علامت

درجه حرارت از علامت ▲ ، با علامت بیهوشی از علامت × ، و برای تنفس از علامت ○ استفاده شود.

فرم بیهوشی صفحه اول (جلو صفحه):

ثبت مدت زمان بیهوشی (شروع بیهوشی، پایان بیهوشی) و مدت زمان عمل (شروع عمل، پایان عمل) الزامی است.

مربوط برای شروع و پایان بیهوشی از علامت X و برای شروع و پایان عمل از علامت ● استفاده شود.

ثبت ریسک بیهوشی الزامی است.

در صورتی که بنابر وضعیت بالینی، بیمار نیاز به مراقبت مخصوص در حین بیهوشی داشته باشد، ثبت نوع مراقبت مخصوص، الزامی است.

ثبت وضعیت عمومی بیمار در پایان بیهوشی الزامی است.

ثبت مقدار مایعات (خون ، سرم قندی و) تزریق شده به بیمار الزامی است.

کد ملی: National ID		شماره پرونده: Unit No:	
برگ بیهوشی ANESTHESIA RECORD			
نام خانوادگی: Family Name:	نام: Name:	بخش: Ward:	پزشک معالج: Attending Physician:
نام پدر: Father Name:	تاریخ تولد: Date of Birth:	اتاق: Room:	تاریخ پذیرش: Date of Admission:
وزن: Weight:	قد: Height:	ناشتایی: Fasting:	تاریخ بیهوشی: Date of Anesthesia:
تشخیص قبل از عمل: Pre-Operation Diagnosis:		عمل جراحی پیشنهاد شده: Suggested Operation:	
Pre medication			
☐ Regional ☐ Ultrasound guided	موسیرها	☐ Des ☐ Sevo ☐ Iso(%) ☐ N2O ☐ Air (L/min) Oxygen (L/min) Narcotic: Hypnotic: Relaxant:	
☐ Sedation ☐ MAC	ماینک و بخور		
☐ General ☐ Pre-Oxygenation ☐ Endotracheal Tube Size: ☐ Laryngeal Mask Size: ☐ Face Mask ☐ Armored Tube ☐ Difficult ☐ Non-Traumatic ☐ Rapid sequence ☐ Induction with cricoid pressure ☐ TIVA	ماینورینگ	ECG (Dysrhythmia) % O ₂ Inspired (FIO ₂) O ₂ Saturation (SpO ₂) End Tidal CO ₂ Temp: ☐ °C ☐ °F BIS CVP Urine (ml) Blood Loss (ml)	
Intravenous Lines: size: Site: size: Site: size: Site: size: Site:	علامت حیاتی	Baseline Values BP PR RR GCS T Disability	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20
Monitoring ☐ ECG ☐ NIBP ☐ Arterial Line (IBP) Size Site ☐ Ultrasound guided ☐ ☐ Central Venous Line Size Site ☐ Ultrasound guided ☐ ☐ Peripheral Nerve Stimulator ☐ BIS ☐ Cerebral Oximetry ☐ TOF ☐ Other	نمود	Tidal Vol. (ml) Resp. Rate Peak Pressure (cm H ₂ O) PEEP (cm H ₂ O) I/E Ratio	
☐ Eye Taped Shut ☐ Pressure points padding	Reversal ☐ Neostigmine ☐ Atropine ☐ Sugammadex	Position Risk	1 2 3 4 5 6
		Anesthesia nurse Anesthesiologist	کارشناس بیهوشی آنستزیولوژیست

نام و نام خانوادگی:		وزن:	قد:	تاریخ:
عمل جراحی پیشنهاد شده: <i>میوید</i>		تشخیص قبل از عمل:		
Pre-Operation Diagnosis:				
☐ Des ☐ Sevo ☐ Iso(%) ☐ N2O ☐ Air (L/min) Oxygen (L/min) Narcotic: Hypnotic: Relaxant:				
<i>Fenta 150 µg</i> <i>Atro 60 mg</i> <i>STP 250 mg</i>				
Serum N(S) 300 ml				
ECG (Dysrhythmia) <i>Normal</i> % O ₂ inspired (FiO ₂) <i>100</i> O ₂ Saturation (SpO ₂) End Tidal CO ₂ Temp: ☐ °C ☐ °F BIS CVP Urine (ml) Blood Loss (ml)				
Baseline Values				
BP <i>131/85</i>				
PR <i>71</i>				
RR <i>14</i>				
GCS <i>15</i>				
T				
Disability				
Tidal Vol. (ml) <i>600</i> Resp. Rate <i>10</i> Peak Pressure (cm H ₂ O) <i>16</i> PEEP (cm H ₂ O) <i>3</i> I/E Ratio <i>1:2</i>				
Anesthesia nurse Anesthesiologist				
کارشناس بیهوشی آنستزیولوژیست				

هویت پرستار بیهوشی نامشخص است.

فرم گزارش عمل جراحی

- تکمیل سر برگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی اتاق عمل الزامی است .
- فرم گزارش عمل جراحی، باید بلافاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد.
- مهر و امضای پزشک جراح و **پرستار اتاق عمل، الزامی است.**
- ثبت دستورات بعد از عمل، الزامی است.

بیمارستان تخت جمشید
 برگ گزارش عمل جراحی
 OPERATION REPORT SHEET

شماره پرونده : File Number :
 نام خانوادگی : Family Name :
 نام پدر : Father's Name :
 نام : Name :
 بخش : Ward :
 اتاق : Room :
 تاریخ تولد : Date of Birth :
 تخت : Bed :
 تاریخ پذیرش : Date of Admission :
 پزشک معالج : Attending Physician :
 کمک اول : First Assistant :
 کمک دوم : Second Assistant :
 پرستار اتاق عمل : Nurse of Op. Room :
 پرستار کمک : Assistant Nurse :
 نوع عمل : Kind of Operation :
 ساعت شروع : Start Time :
 ساعت خاتمه : End Time :
 تشخیص قبل از عمل : Pre-Op. Diagnosis :
 تشخیص بعد از عمل : Post-Op. Diagnosis :
 نوع عمل جراحی : type of operation :
 نمونه برداشت شده : Specimen :
 شرح عمل و مشاهدات : Procedure and Findings :
 شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از آن منطبق می باشد؟
 Count of Swabs / Instrument is Correct?
 نمونه جهت آزمایش فرستاده شد :
 Specimen Sent to Laboratory:
 امضا، پرستار اتاق عمل :
 Nurses of Op. Room Signature:

برگ گزارش عمل جراحی
 OPERATION REPORT SHEET

ادامه شرح عمل از صفحه قبل: Continue:

دستورات بعد از عمل: Post - Op. Orders:

Surgeon Signature:

امضا، جراح:

فرم مراقبت بعد از عمل جراحی

ثبت نوع عمل جراحی و بیهوشی الزامی است.

ثبت تاریخ عمل، و ساعت ورود و خروج به اتاق ریکاوری الزامی است.

ثبتیات این فرم نشان دهنده وضعیت بیمار از هنگام ورود به اتاق ریکاوری تا زمان خروج از اتاق ریکاوری است و باید توسط متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری تکمیل گردد، بنابراین علائم حیاتی بیمار، وضعیت تنفس، مایعات داده شده به بیمار، مایعات دفع شده، اقدامات و داروهای داده شده در اتاق ریکاوری و ... باید در این فرم ثبت گردد و ثبت این اطلاعات الزامی می باشد.

ثبت دستورات پزشک، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است.

ثبت مشاهدات پرستار، و تایید آن با مهر و امضاء، الزامی است.

مهر و امضاء متخصص بیهوشی و پرستار اتاق ریکاوری الزامی است.

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: اتاق:		Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: تخت:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Father's Name: نام پدر:	
Date: تاریخ:		Kind of Anes:		Kind of OP:		نوع عمل جراحی:	
Exit: خروج: ساعت: 41		IN: ورود: ساعت: 200		Gen. Gond: وضع عمومی:		Gen. Gond: وضع عمومی:	
Awakeness: بیداری: 39		Awakeness: بیداری: 39		B.P: فشار خون: 38		B.P: فشار خون: 38	
Pulse: نبض: 37		Pulse: نبض: 37		Respiration: تنفس: 36		Respiration: تنفس: 36	
Local Cyanosis: سیانوز موضعی: 35		Local Cyanosis: سیانوز موضعی: 35		Gen. Cyanosis: سیانوز عمومی: 34		Gen. Cyanosis: سیانوز عمومی: 34	
Skin Colour: رنگ پوست: 40		Skin Colour: رنگ پوست: 40		Skin Temp: حرارت پوست: 40		Skin Temp: حرارت پوست: 40	
Nurse's Sign: امضاء پرستار:		Nurse's Sign: امضاء پرستار:		Total Amount: جمع مقدار:		Total Amount: جمع مقدار:	
Surgeon: جراح:		Surgeon: جراح:		Through: از راه:		Through: از راه:	
By: بوسیله:		By: بوسیله:		Anesthesiologist Name & Sign:		Anesthesiologist Name & Sign:	

برگ مراقبت بعد از عمل جراحی
 RECOVERY ROOM RECORD

مشاهدات پرستار و امضاء / تاریخ Nurses's Observation / Signature & Date	امضاء و تاریخ Signature & Date	دستورات پزشکی Physician's Orders
توسط همکاران پرستاری نام و نام خانوادگی: امین زینب (فرزانه مصفا) بیمار با فشار خون پایین و تنفس ضعیف در حال حاضر در حال بهبودی است.		

فرم دستورات پزشکی

پرستاران بایستی به شکلی (معمولاً با علامت چک مارک) در فرم دستورات پزشکی نشان دهند که دستورات اجرا شده است . **تاریخ و ساعت** چک شدن دستور توسط پرستار باید ذکر شود.

در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است پرستار **بلافاصله** فرم دستورات پزشکی را مرور نموده و موارد را با **درج علامت ✓ تایید** و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز با ذکر **تعداد موارد** انجام شده؛ **تاریخ و ساعت** انجام دستور، و **نام و امضای** خود را مستند نماید.

فرم دستورات پزشک

دستورات تلفنی (Tel order) بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)

- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور

- متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و **نام و امضاء پرستار شاهد**

- **نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور**

- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی



PHYSICIAN'S ORDER SHEET



شماره پرونده : File Number :

[illegible]

طرح استاندارد سازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۴۰۰/۱۰

برگ دستورات پزشکی

10

برگ دستورات پزشک
PHYSICIAN'S ORDER SHEET

[illegible]

فرم گزارش پرستار

گزارش پرستار باید نشان دهنده مشاهدات عینی پرستار از تغییرات بالینی ، رفتاری و روحی بیمار، و مداخلات مجاز پرستاری باشد.
گزارش پرستاری باید شامل موارد زیر باشد:

- ثبت کلیه اقدامات دارویی شامل داروهای داده شده و دوز آنها
- ثبت کلیه اقدامات درمانی انجام شده توسط پرستار مثل پانسمان، وصل سرم، نوار قلب و ...
- ثبت ساعت اطلاع به پزشک و هنگام ویزیت بیمار
- ثبت نمونه های آزمایشات ارسال شده به آزمایشگاه
- ثبت وضعیت عمومی بیمار مثل درد ، غذا و اشتها ، دفع، استراحت و خواب (مخصوصا در شیفت شب)
- ثبت علائم حیاتی بیمار

فرم گزارش پرستار 1

- **ثبت رفتار بیمار :** مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست . رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود ، بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک نیز می شود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار نوشته شود.
- **عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری :** مثال : اثر مسکن بر درد ، اثر پاشویه بر تب ، گرما و سرما بر کاهش تورمو ... (مبنای گزارش درک بیمار و مشکلات عینی اوست)
- **ثبت حوادث غیر مترقبه :** فرار ، سقوط ، حساسیت و آلرژی ، برق گرفتگی، کما ، ایست قلبی و تنفسی،خودکشی باید با ذکر ساعت و توضیحات کامل و اقدامات انجام شده و نیز در جریان قرار دادن مسئولین ، ثبت گردد.. هم چنین باید اقدامات لازم ایمنی یا حفاظتی،اطلاع به پزشک ،حمایت و آموزش ، ابزار و وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار ، قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.
- **ثبت ویزیت های انجام شده و تعداد آن(توسط فیزیوتراپیست ، مسئول تغذیه، بیهوشی و..)**
- **ثبت پیشرفت بیمار،آموزشهای داده شده به وی**

فرم گزارش پرستار 2

- ثبت وضعیت نوزاد برای موارد زایمانی در بخش زنان و زایمان (حتی در صورت سالم بودن نوزاد در مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت)
- ثبت موارد پاراکلینیک : جواب آزمایشات ، گرافی ها ، باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگهای لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود .
- زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می شود، پرستار باید نتایج را کنترل کرده، یافته های غیر طبیعی و بحرانی را مشخص نموده به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستار ثبت نماید. پزشک نیز باید بلافاصله یافته های آزمایشگاهی، تصویربرداری و سایر خدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.
- ثبت تاریخ و ساعت گزارشات الزامی است.
- امضاء پرستار همراه با مهری که حاوی مشخصات وی می باشد یا امضاء پرستار که حاوی درج مشخصات وی بصورت دستی می باشد همراه با مهر بخش الزامی است.
- انتهای هر گزارش باید با خطی بسته شود.



بیمارستان تخت جمشید

برگ گزارش پرستاری

NURSE'S NOTE SHEET



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

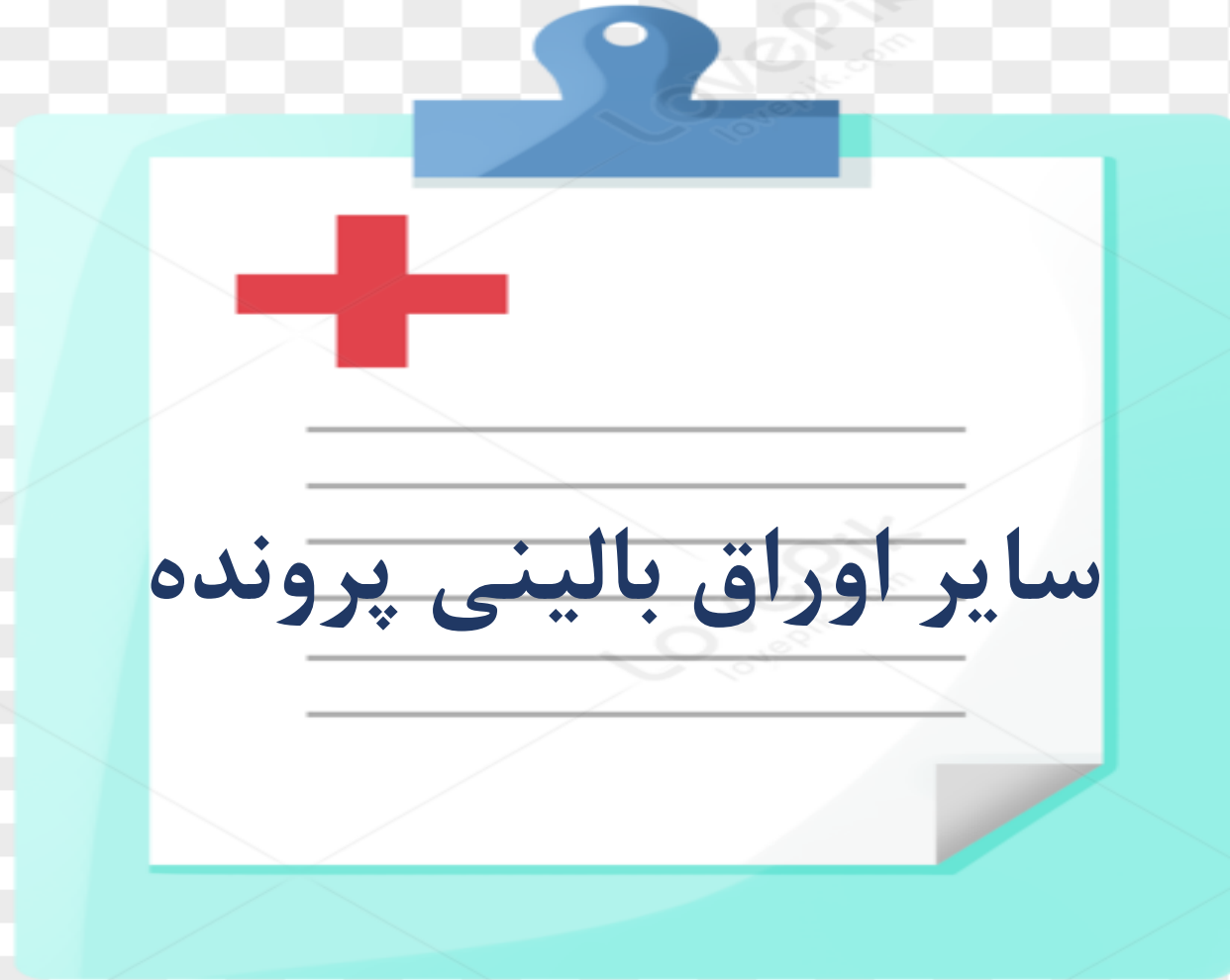
Unit Number : شماره پرونده :

[illegible]

برگ گزارش پرستاری

NURSE'S NOTE SHEET

[illegible]





پزشک معالج : نام و نام خانوادگی : نام پدر :		Ward : Room : Bed :		بخش : اتاق : تخت :		Name: Date of Birth : تاریخ تولد :		Family Name: Father's Name: نام خانوادگی : نام پدر :	
Date of Admission : تاریخ پذیرش :									
امضا: Signature	مشاهدات و ملاحظات Observation & Remarks	فشار خون B.P	تنفس Resp	نبض Pulse	حرارت Temp	ساعت Time	تاریخ Date		
دکتر احمدی به بیمار علامت حیاتی دارد در صورت نیاز تست است	بیمار موقت به نوبت نام آرام خانوادگی و سمت حرم	90/60	18	72	37.5	14:30	1400/1400		

نمونه برگ کنترل علائم حیاتی

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

date	روزهای بستری : Hosp. Days		روزهای بعد از عمل : Post - OP. Days		حرارت	نبض	فشار خون	صبح A.M		عصر P.M		صبح A.M		عصر P.M		صبح A.M		عصر P.M		صبح A.M		عصر P.M		صبح A.M		عصر P.M		
					Temp	Pulse	B. P	۴	۸	۱۲	۴	۸	۱۲	۴	۸	۱۲	۴	۸	۱۲	۴	۸	۱۲	۴	۸	۱۲	۴	۸	۱۲
250	160	41.5																										
240	150	41																										
230	140	40.5																										
220	130	40																										
210	120	39.5																										
200	110	39																										
190	100	38.5																										
180	90	38																										
170	80	37.5																										
160	70	37																										
150	60	36.5																										
140	50	36																										
130	40	35.5																										
120	30	35																										
110	20																											
100																												
90																												
80																												
70																												
60																												
50																												
40																												
30																												
20																												
10																												

جذب و دفع مایعات : Fluid Ab. & Ex	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.
Tot. 24 Hr. جمع ۲۴ ساعته																
Oral دهان																
I. V. از راه ورید																
Blood خون																
Urine ادرار																
Other Secretion سایر ترشحات																
Stool مدفوع																
Weight وزن																
B.P فشار خون																
temp. حرارت																

نمونه برگ کنترل علائم حیاتی

بیمارستان تخت جمشید

برگ جذب و دفع مایعات



دانشگاه علوم پزشکی تهران

شماره پرونده: Unit Number:



FLUID BALANCE CHART (24 HOURS)

بیمارستان تخت جمشید

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

دفع Out Put				جذب Intake				Date:
ترشحات مختلف Other Secretion	استفراغ Vomiting	مدفوع Stool	ادرار Urine	راه های دیگر Other Ways	مایعات L.V.Fluid	خون Blood	راه دهان Oral	تاریخ Time
								۱۹-۲۰
								۲۰-۲۱
								۲۱-۲۲
								۲۲-۲۳
								۲۳-۲۴
								۲۴-۱
								جمع ۶ ساعته 6Hr Total
								۱-۲
								۲-۳
								۳-۴
								۴-۵
								۵-۶
								۶-۷
								جمع ۶ ساعته 6Hr Total
								۷-۸
								۸-۹
								۹-۱۰
								۱۰-۱۱
								۱۱-۱۲
								۱۲-۱۳
								جمع ۶ ساعته 6Hr Total
								۱۳-۱۴
								۱۴-۱۵
								۱۵-۱۶
								۱۶-۱۷
								۱۷-۱۸
								۱۸-۱۹
								جمع ۶ ساعته 6Hr Total
								جمع ۱۲ ساعته 12 Hr Total

برگ جذب و دفع مایعات

۱۸

FLUID BALANCE CHART (24 HOURS)

دفع Out Put				جذب Intake				Date:
ترشحات مختلف Other Secretion	استفراغ Vomiting	مدفوع Stool	ادرار Urine	راه های دیگر Other Ways	مایعات L.V.Fluid	خون Blood	راه دهان Oral	تاریخ Time
								۱۹-۲۰
								۲۰-۲۱
								۲۱-۲۲
								۲۲-۲۳
								۲۳-۲۴
								۲۴-۱
								جمع ۶ ساعته 6Hr Total
								۱-۲
								۲-۳
								۳-۴
								۴-۵
								۵-۶
								۶-۷
								جمع ۶ ساعته 6Hr Total
								۷-۸
								۸-۹
								۹-۱۰
								۱۰-۱۱
								۱۱-۱۲
								۱۲-۱۳
								جمع ۶ ساعته 6Hr Total
								۱۳-۱۴
								۱۴-۱۵
								۱۵-۱۶
								۱۶-۱۷
								۱۷-۱۸
								۱۸-۱۹
								جمع ۶ ساعته 6Hr Total
								جمع ۱۲ ساعته 12 Hr Total
								جمع ۲۴ ساعته 24 Hr Total

نمونه برگ جذب
و دفع مایعات

نمونه تکمیل شده فرم ارزیابی اولیه پرستاری

محدودیت ها و توانایی ها	۱. محدودیت ها: شنوایی: ☐ خیر ☐ بله بینایی: ☐ خیر ☐ بله نقص و قطع عضو: ☐ بله ☐ خیر ۲. وسایل کمکی و پروتزها: ☐ ندارد ☐ دارد ۳. توانایی استفاده از رنگ احضار پرستار: ☐ بله ☐ خیر ۴. انجام فعالیت روزانه زندگی: غذا خوردن: ☐ مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) لباس پوشیدن: ☐ مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) استحمام: ☐ مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) دستشویی رفتن: ☐ مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک) تحرك و جابجایی: ☐ مستقل ☐ وابسته (نیازمند کمک)		
وزن:	قد:	نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):	زُد اسکور نمایه توده بدنی (کمتر از ۱۹ سال):
۱) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از ۲۰ است؟	بله ☐ خیر ☐	در بیمار قابل ارزیابی ☐	در بیمار کمتر از ۱۹ سال، زُد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از ۲۰ یا بیشتر از ۲۰ است؟
۲) آیا بیمار طی ۳ ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟	بله ☐ خیر ☐		
۳) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟	بله ☐ خیر ☐		
۴) آیا بیماری فرد از نوع بیماری های ویژه (رجوع به راهنما) است؟	بله ☐ خیر ☐		
نتیجه ارزیابی: «ارجاع به کارشناس تغذیه لازم است؟»	بله ☐ خیر ☐		
در صورتی که حتی یک جمله در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود. در مادران باردار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تأکید است.			
در صورت وجود زخم فشاری موقعیت آناتومیک آن بر اساس راهنما قید شود.	ندارد ☐ دارد ☐		
احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری	ندارد ☐ دارد ☐		
احتمال خطر سقوط:	ندارد ☐ دارد ☐		
غریب الگوی و بررسی درد	در صورت وجود درد از سفر تا ده نمره درد بیمار چند است: محل درد: طول مدت: مداوم ☐ متناوب ☐		
روش های تسکین درد:	دارویی (ذکر نام دارو): غیر دارویی ذکر روش: تأثیر درد روی فعالیت بیمار: دارد ☐ ندارد ☐		
ارزیابی نیاز به خدمات مددکاری اجتماعی	بیمار جزء گروه های پرخطر اجتماعی (رجوع به راهنما) می باشد: ☐ بله ☐ خیر		
مشکل در پرداخت هزینه های درمان (مصدومین ترافیکی، مصدومین شغلی، فاقد بیمه، اتباع غیر ایرانی):	دارد ☐ ندارد ☐		
حضور همراه مؤثر:	بله ☐ خیر ☐		
ارجاع از ارگان های قضایی و حمایتی:	بله ☐ خیر ☐		
بدون مشکل ☐			
ارزش های مذهبی و فرهنگی بیمار	ارزش های مذهبی و فرهنگی بیمار / خانواده که بر روی روند درمان یا آموزش تأثیر گذار باشد: ☐ بله ☐ خیر		
در صورت جواب بله توضیح دهید:			
نیازهای آموزشی و خودمراقبتی	آیا بیمار تمایل به یادگیری دارد؟ ☐ بله ☐ خیر	آیا بیمار توانایی یادگیری دارد؟ ☐ بله ☐ خیر	در صورت جواب خیر نزدیکترین فرد به بیمار جهت ارائه آموزش:
موانع یادگیری:	بله ☐ خیر ☐	نام ببرید:	
ذکر نیازهای آموزشی بیمار در بند ورود با توجه به ارزیابی انجام شده:			
بررسی بیشتر	آیا بیمار نیاز به بررسی های جامع تر ذیل دارد؟ ☐ بله ☐ خیر	در صورت بله موارد مشخص شود (مددکاری، تغذیه، بازتوانی، روانپزشکی، سایر موارد)	
سطح مراقبتی	سطح ۱ ☐ سطح ۲ ☐ سطح ۳ ☐ سطح ۴ ☐ سطح ۵ ☐		
تشخیص های پرستاری بند ورود با توجه به ارزیابی اولیه:			
۱- ☐			
۲- ☐			
۳- ☐			

نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار
تاریخ

نام و نام خانوادگی و امضاء پرستار
تاریخ

نام خانوادگی:	Family Name:	نام:	Name:	بخش:	Ward:	پزشک معالج:	Attending Physician:	
نام پدر:	Father's Name:	تاریخ تولد:	Date of Birth:	اتاق:	Room:	تاریخ پذیرش:	Date of Admission:	
				تخت:	Bed:			
ساعت ورود به بخش:	ساعت شروع ارزیابی:	دین:	وضعیت تاهل:	مجرد ☐ متأهل ☐ سایر ☐ نام ببرید ☐	وضعیت بارداری:	بله ☐ خیر ☐	وضعیت شیردهی:	بله ☐ خیر ☐
منبع اطلاعات:	بیمار ☐ همراه ☐ (با ذکر نسبت).....	مشخصات فردی که در مواقع ضروری بتوان با او تماس گرفت (نام و شماره تماس).....	علامت حیاتی بند ورود:	T: ☐ RR: ☐ PR: ☐ BP: ☐	نام ببرید ☐	سایر ☐	پرلکار ☐	سایر ☐
لحظه ورود:	با پای خود ☐ صندلی چرخدار ☐ برلکار ☐	نام ببرید ☐	اوله و اتصال بیمار (IV، استومی، لوله ترشه و...) ذکر نام و محل					
وضعیت ارتباطی	سطح هوشیاری:	هوشیار ☐ خواب آلود ☐ گیج ☐ بدون پاسخ ☐	آگاهی به زمان و مکان و شخصی: دارد ☐ ندارد ☐	زبان و نوع گوی:	نماز به متوجه دارد: بله ☐ خیر ☐	نحوه صحبت کردن:	واضح ☐ اشکال در تکلم ☐ عدم توانایی در صحبت کردن ☐	با اشاره ☐
وضعیت همکاری:	ندارد ☐ دارد ☐	با ذکر دلیل:						
بررسی تاریخچه سلامت و بیماری	شکایت اصلی / علت مراجعه بیمار (بیان مشکل از زبان بیمار):	علت بستری (تشخیص اولیه پزشک معالج):	سابقه بستری: دارد ☐ ندارد ☐	سابقه جراحی: دارد ☐ ندارد ☐	تاریخ آخرین بستری:	علت آخرین بستری:	درد: دارد ☐ بله ☐ خیر ☐	در صورت داشتن سابقه نام بیماری:
سابقه بیماری (جسمی / روانی / اختلال مادرزادی):	ندارد ☐ دارد ☐	ذکر نوع عمل جراحی:	سابقه بیماری (جسمی و روانی):	ندارد ☐ دارد ☐	تاریخ آخرین بستری:	علت آخرین بستری:	درد: دارد ☐ بله ☐ خیر ☐	در صورت داشتن سابقه نام بیماری:
سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی):	ندارد ☐ دارد ☐	ذکر نوع عمل جراحی:	سابقه ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی:	خیر ☐ بله ☐	سابقه واکشن به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی:	خیر ☐ بله ☐	درد: دارد ☐ بله ☐ خیر ☐	در صورت داشتن سابقه نام بیماری:
عادات و عوامل خطر:	سوء مصرف دارو ☐ سوء مصرف مواد مخدر ☐ مصرف الکل ☐ مصرف سیگار ☐ مصرف قلیان ☐ سابقه کار با مواد شیمیایی ☐	سابقه کار در معدن ☐ سابقه کار در جراحی ☐ سابقه کار در جراحی ☐	سابقه کار در معدن ☐ سابقه کار در جراحی ☐ سابقه کار در جراحی ☐	سابقه کار در معدن ☐ سابقه کار در جراحی ☐ سابقه کار در جراحی ☐	سابقه کار در معدن ☐ سابقه کار در جراحی ☐ سابقه کار در جراحی ☐	سابقه کار در معدن ☐ سابقه کار در جراحی ☐ سابقه کار در جراحی ☐	سابقه کار در معدن ☐ سابقه کار در جراحی ☐ سابقه کار در جراحی ☐	سابقه کار در معدن ☐ سابقه کار در جراحی ☐ سابقه کار در جراحی ☐
خواب و استراحت:	۱- میزان خواب: طبیعی ☐ کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) ☐ بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) ☐	۲- مشکلات خواب: ندارد ☐ دارد ☐	نام ببرید:					
حساسیت دارویی:	خیر ☐ بله ☐	نمی داند ☐	نوع دارو:	نوع واکنش:				
حساسیت غذایی:	خیر ☐ بله ☐	نمی داند ☐	نوع غذا:	نوع واکنش:				
۱. عصبی: سرگیجه ☐ عدم تعادل ☐ سردرد ☐ تشنج ☐ کرختی و بی حالی ☐ مردمکها: فرین ☐ غیر فرین ☐	سایر توضیحات:							
۲. قلبی و عروقی: نبض: سینوسی ☐ تاتی کاردی ☐ برادیکاردی ☐ سیالوز ☐ واریس ☐ ادم ☐	سایر توضیحات:							
۳. تنفسی: بدون مشکل ☐ تنفس عمیق ☐ سریع ☐ سطحی ☐ آهسته ☐ سرفه ☐ خلط ☐ دیس پنه ☐	در زمان استراحت ☐ ارتوپدی ☐							
۴. گوارشی: رژیم غذایی خاص: خیر ☐ بله ☐ نام ببرید:	سایر توضیحات:							
۵. ادراری: مناسلی: بدون مشکل ☐ بی ادری ☐ اولیگوری ☐ سوزش ادرار ☐ تکرر ادرار ☐ هماجوری ☐ عفونت ☐ دیالیز ☐	سایر موارد ☐ نام ببرید:							
۶. پوست: بدون مشکل ☐ رنگ پوست: سیالوز ☐ رتگ بریده ☐ زرد ☐ درجه حرارت پوست: گرم ☐ سرد ☐ تعریق ☐	تورگو پوست: طبیعی ☐ ضعیف ☐							
۷. اسکلتی عضلانی: بدون مشکل ☐ گرگر ☐ فلج ☐ اسکلیوز ☐	سایر توضیحات:							
۸. روحی و روانی: ظاهر کلی: مرتب ☐ زوئیده ☐ سایر ☐ نام ببرید:	آیا ظاهر کلی بیمار با سن تقویمی او تناسب دارد: بله ☐ خیر ☐							
وضعیت رفتاری: آرام ☐ بی قرار ☐ پر خاشاک ☐	سابقه اقدام به خودکشی: دارد ☐ ندارد ☐	سابقه آسیب به خود و دیگران: دارد ☐ ندارد ☐						
۹. سایر سیستمها: وجود مشکل: بله ☐ خیر ☐	ذکر سیستم و مشکل:							
ارزیابی سابقه دارویی	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو	نام دارو

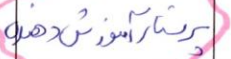
فرم آموزش به بیمار (بدو ورود و زمان بستری)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ابریز



تاریخ تهیه: ۹۷/۷/۱	تاریخ بازنگری: ۰۱/۰۱/۴۰	تاریخ بازنگری بعدی: ۰۲/۰۱/۴۰																	
شماره پرونده:	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:																	
بخش بستری:	میزان تحصیلات:	تاریخ پذیرش:																	
موانع یادگیری: اختلال بینایی ☐ اختلال شنوایی ☐ سطح آگاهی ☐ تمایل برای دریافت اطلاعات ☐ تفاوت های فرهنگی ☐ زبان و لهجه ☐ معلولیت ذهنی ☐ سایر موارد ☐																			
نیازسنجی آموزشی: علل به وجود آمدن بیماری ☐ سیرو روند بیماری ☐ روش درمان ☐ تغذیه و رژیم درمانی ☐ داروها (نحوه مصرف و عوارض) ☐ چگونگی و میزان فعالیت ☐ آشنایی با نحوه پیگیری نیاز های مراقبتی ☐ آشنایی با نحوه پیگیری مشکلات مالی ☐ سایر موارد ☐																			
نوع آموزش	موضوع آموزش				روش آموزشی			آموزش دهنده			اثربخشی			آموزش دهنده			اثر بخشی مجدد		
	تیمار	آموزش گروهی	آموزش فردی	آموزش خودآموز	مهر و امضاء	تیمار	آموزش گروهی	آموزش فردی	آموزش خودآموز	مهر و امضاء	تیمار	آموزش گروهی	آموزش فردی	آموزش خودآموز	مهر و امضاء	تیمار	آموزش گروهی	آموزش فردی	آموزش خودآموز
آموزش بدو ورود	۱. آشنایی با نام پزشک معالج، سرپرستار، پرستار بخش																		
	۲. آشنایی با مقررات بخش (ساعت حضور و ملاقات همراه، عدم استعمال دخانیات، ساعت سرو غذا و...)																		
	۳. آشنایی با فضای فیزیکی بخش (نمازخانه، سرویس بهداشتی، پله اضطراری و...)																		
	۴. آشنایی با نحوه کار با تجهیزات بخش (احضار پرستار، زنگ خطر، ترده حفاظت تخت و...)																		
	۵. آشنایی با منشور حقوق بیمار																		
	۶. آشنایی مددجو و همراهان از هزینه های درمان																		
	۷. اطلاع مددجو و همراهان از فرایند رسیدگی به شکایات																		
امضاء و اثر انگشت مددجو:																			
آموزش ضمن بستری	۱. اطلاع به مددجو در خصوص بیماری خود																		
	۲. آموزش به مددجو در رابطه با اقدامات انجام شده درباره بیماری																		
	۳. اطلاع مددجو در مورد رژیم غذایی																		
	۴. اطلاع به مددجو در مورد دارو های مصرفی (میزان، مدت، نحوه مصرف، تداخلات دارویی)																		
	۵. اطلاع در مورد کنترل عفونت (بهداشت دست، تکنیک زباله و...)																		
	۶. اطلاع به مددجو در مورد مراقبت های لازم از (سجور، پتسمان، آتل و ...)																		
	۷. اطلاع به مددجو در مورد خطرات و عوارض پروسیجر های درمانی																		
	۸. اطلاع به مددجو در مورد مراقبت از لوله ها و اتصالات (سوند، آنژیوکت، کاتتر و...)																		
	۹. اطلاع مددجو از نحوه استراحت در تخت و میزان فعالیت (RBR، CBR) حرکت با ویلچر و...)																		
	۱۰. اطلاع به مددجو در مورد مراقبت های قبل از عمل																		
	۱۱. اطلاع به مددجو در مورد مراقبت های بعد از عمل																		
	۱۲. اطلاع به مددجو در مورد نحوه شیردهی به نوزاد																		
	۱۳. آموزش های لازم به والدین درمورد نوزاد (واکسیناسیون، آزمایشات غربالگری و...)																		
	۱۴. اطلاع به مددجو در مورد روش های تسکین درد																		
	۱۵. آموزش به مددجو در مورد موارد تهدید کننده (سقوط از تخت و...)																		
	۱۶. آموزش به مددجو در مورد اقدامات پاراکلینیکی انجام شده																		
امضاء و اثر انگشت مددجو:																			

نمونه تکمیل شده فرم آموزش به بیمار (بدو ورود و زمان بستری)

		فرم آموزش به بیمار (زمان ترخیص)			
بیمارستان تخت جمشید		کد فرم: TJH-Q-AC-F-001		شماره ویرایش فرم: ۰۱	
تاریخ تهیه: 97/07/01		تاریخ ابلاغ: 1401/07/10		تاریخ بازنگری: 1401/07/01	
کد سند: TJH-C-NM-F-147		شماره ویرایش: 04			
شماره پرونده:		نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	
تحصیلات:		پزشک معالج:		بخش بستری:	
سن:		تشخیص:		تاریخ پذیرش:	
ارزیابی سنجش اثربخشی: مددجو روش استفاده از داروها را می داند ☐ مددجو از رژیم غذایی خود اطلاع دارد ☐ مددجو در خصوص مراقبت های لازم در منزل اطلاع دارد ☐ مددجو درباره اسهال و میزان فعالیت اطلاع دارد ☐					
۱. نحوه مصرف دارو					
ردیف	نام دارو	مقدار دارو	زمان مصرف	توضیحات ویژه	نام دارو
۱				۵	
۲				۶	
۳				۷	
۴				۸	
۲. رژیم غذایی					
۳. علائم هشدار دهنده درمورد بیماری (در صورت وجود) علائم یاد شده به پزشک مراجعه شود					
۴. نحوه فعالیت در منزل					
۵. نحوه مراقبت های لازم در منزل در مورد (سوند، پانسمان، مراقبت از محل عمل، استحمام)					
۶. زمان و مکان مراجعه به پزشک					
۷. روش صحیح استفاده از تجهیزات					
۸. زمان و مکان دریافت نتایج تست های پاراکلینیکی معوقه					
۹. مکان یا شماره تماس مراجع یا انجمن های (دیابت، MS، بیماران خاص)					
مشاوره تغذیه در مورد تداخلات غذا و دارو / آموزش های تداخلات تغذیه ای با داروها توسط کارشناس تغذیه					
مددجوی گرامی: جهت استفاده از مشاوره های مراقبتی در مورد بیماری خود می توانید با شماره واحد آموزش سلامت در ساعات اداری تماس حاصل فرمایید.					
*** توجه توجه: ارائه خدمات پرستاری در منزل توسط مرکز خدمات پرستاری طرف قرارداد این بیمارستان صورت میگیرد. (لطفاً در صورت نیاز به دفتر پرستاری مراجعه نمایید)					
امضاء و اثر انگشت مددجو:		مهر و امضاء آموزش دهنده:		مهر و امضاء سرپرستار:	
					
مهر و امضاء پزشک:					

نمونه تکمیل شده فرم آموزش به بیمار (زمان ترخیص)

 فرم آموزش به بیمار (زمان ترخیص)		 فرم آموزش به بیمار (زمان ترخیص)	
کد فرم: TJH-Q-AC-F-001		شماره ویرایش فرم: ۰۱	
تاریخ تهیه: 97/07/01		تاریخ بازنگری: 1401/07/01	
کد سند: TJH-C-NM-F-147		شماره ویرایش: 04	
شماره پرونده:	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن:
تحصیلات:	پزشک معالج:	بخش بستری:	تاریخ پذیرش:
ارزیابی سنجش اثربخشی: مددجو روش استفاده از داروها را می داند ☒ مددجو از رژیم غذایی خود اطلاع دارد ☐			
مددجو در خصوص مراقبت های لازم در منزل اطلاع دارد ☒ مددجو درباره استراحت و میزان فعالیت اطلاع دارد ☒			
۱. نحوه مصرف دارو			
نام دارو	مقدار دارو	زمان مصرف	توضیحات ویژه
۱	۲۵	۵	
۲	۵۰	۶	
۳	۱۰	۷	
۴	۱۰	۸	
۲. رژیم غذایی			
۷-۱۰ روز بعد از عمل جراحی از مصرف غذاهای سنگین و نفاخ خودداری نمایید.			
۳. علائم هشدار دهنده درمورد بیماری (در صورت وجود علائم یاد شده به پزشک مراجعه شود)		در صورت تشدید درد محل برش جراحی و خروج ترشح چرکی و قرمزی و تورم زیاد در محل عمل درد شکم - تهوع و استفراغ و تب و لرز به پزشک معالج مراجعه نمایید.	
۴. نحوه فعالیت در منزل		در منزل تحرک تحرک کافی داشته باشید و به مدت ۳ ماه از انجام ورزش و کارهای سنگین خودداری نمایید.	
۵. نحوه مراقبت های لازم در منزل در مورد (سوند، پانسمان، مراقبت از محل عمل، استحمام)		۴۸ ساعت بعد از جراحی حتماً پانسمان برداشته شده و استحمام کنید. تعویض پانسمان روزانه انجام شود.	
۶. زمان و مکان مراجعه به پزشک		 بعد به مطب پزشک معالج مراجعه نمایید.	
۷. روش صحیح استفاده از تجهیزات		-	
۸. زمان و مکان دریافت نتایج تست های پاراکلینیکی معوقه		۱۰ روز بعد جواب پاتولوژی پیگیری شود. تماس به آزمایشگاه ۰۲۴۳-۲۱۱۹۱۸۳ ساعت ۵-۲۰ بعدظهر	
۹. مکان یا شماره تماس مراجع یا انجمن های (دیابت، MS)		-	
مشاوره تغذیه در مورد تداخلات غذا و دارو / آموزش های تداخلات تغذیه ای با داروها توسط کارشناس تغذیه		-	
مددجوی گرامی: جهت استفاده از مشاوره های مراقبتی در مورد بیماری خود می توانید با شماره واحد آموزش سلامت در ساعات اداری تماس حاصل فرمائید.			
توجه توجه: ارائه خدمات پرستاری در منزل توسط مرکز خدمات پرستاری طرف قرارداد این بیمارستان صورت میگیرد. (لطفاً در صورت نیاز به دفتر پرستاری مراجعه نمایید)			
امضاء و اثر انگشت مددجو:	مهر و امضاء آموزش دهنده:	مهر و امضاء سرپرستار:	مهر و امضاء پزشک:

 فرم آموزش به بیمار (زمان ترخیص)		 فرم آموزش به بیمار (زمان ترخیص)	
کد فرم: TJH-Q-AC-F-001		شماره ویرایش فرم: ۰۱	
تاریخ تهیه: 97/07/01		تاریخ بازنگری: 1401/07/01	
کد سند: TJH-C-NM-F-147		شماره ویرایش: 04	
شماره پرونده:	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	سن:
تحصیلات:	پزشک معالج:	بخش بستری:	تاریخ پذیرش:
ارزیابی سنجش اثربخشی: مددجو روش استفاده از داروها را می داند ☒ مددجو از رژیم غذایی خود اطلاع دارد ☐			
مددجو در خصوص مراقبت های لازم در منزل اطلاع دارد ☒ مددجو درباره استراحت و میزان فعالیت اطلاع دارد ☒			
۱. نحوه مصرف دارو			
نام دارو	مقدار دارو	زمان مصرف	توضیحات ویژه
۱	۲۵	۵	
۲	۵۰	۶	
۳	۱۰	۷	
۴	۱۰	۸	
۲. رژیم غذایی			
۳. علائم هشدار دهنده درمورد بیماری (در صورت وجود علائم یاد شده به پزشک مراجعه شود)			
۴. نحوه فعالیت در منزل			
۵. نحوه مراقبت های لازم در منزل در مورد (سوند، پانسمان، مراقبت از محل عمل، استحمام)			
۶. زمان و مکان مراجعه به پزشک			
۷. روش صحیح استفاده از تجهیزات			
۸. زمان و مکان دریافت نتایج تست های پاراکلینیکی معوقه			
۹. مکان یا شماره تماس مراجع یا انجمن های (دیابت، MS)			
مشاوره تغذیه در مورد تداخلات غذا و دارو / آموزش های تداخلات تغذیه ای با داروها توسط کارشناس تغذیه			
مددجوی گرامی: جهت استفاده از مشاوره های مراقبتی در مورد بیماری خود می توانید با شماره واحد آموزش سلامت در ساعات اداری تماس حاصل فرمائید.			
توجه توجه: ارائه خدمات پرستاری در منزل توسط مرکز خدمات پرستاری طرف قرارداد این بیمارستان صورت میگیرد. (لطفاً در صورت نیاز به دفتر پرستاری مراجعه نمایید)			
امضاء و اثر انگشت مددجو:	مهر و امضاء آموزش دهنده:	مهر و امضاء سرپرستار:	مهر و امضاء پزشک:



بیمارستان
تخت جمشید



بیمارستان تخت جمشید



فرم کنترل صحت عملکرد فرآیند استریلیزاسیون لوازم و ابزارهای استفاده شده در سایر واحدها

واحد علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز

(بخش های بستری - اورژانس - بلوک زایمان - درمانگاه - اتاق عمل سربایی)

شماره سند TJH-C-IC-F-003	سابقه و تعداد دفعات بستری دارد ☐ ندارد ☐	شماره پرونده: Unit NO
تاریخ ویرایش: خرداد ۹۳		
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:
نوع پروسیجر:	نام جراح / پزشک:	نام فرد کمک دهنده:
		نام پرسنل دهنده ابزار:
		تاریخ بستری:
		نام بخش:

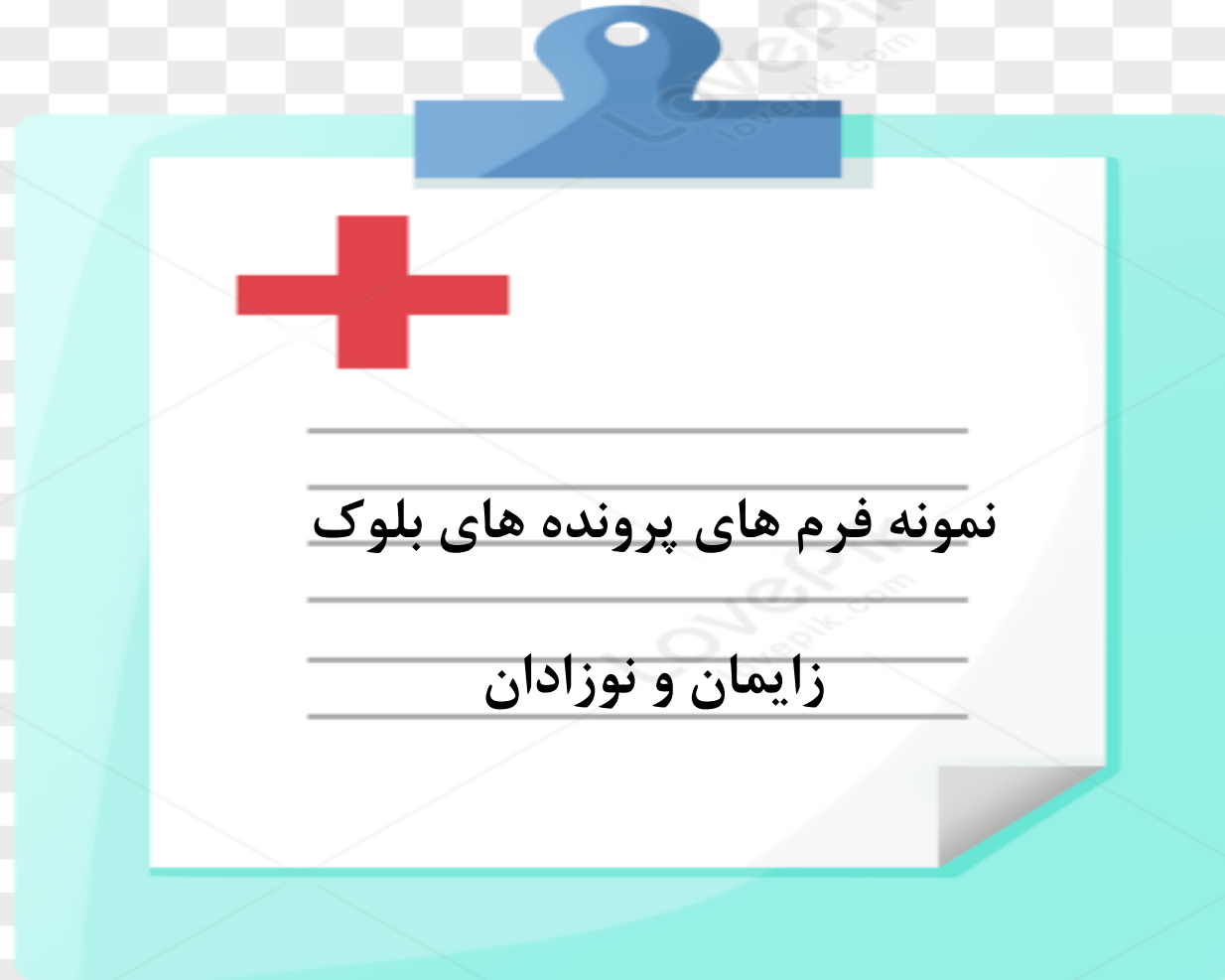
محل الصاق اندیکاتورهای کلیه بک ها و ست ها و وسایل استفاده شده

اندیکاتور بک	اندیکاتور ست برپ	اندیکاتور ست بانسمان	اندیکاتور ست بغیه	اندیکاتور ست کت دان
اندیکاتورست تراکتوسنومی	اندیکاتورست رژیونال بیوشی	اندیکاتورست LP	اندیکاتورست زایمان	اندیکاتورست اپی زیاتومی
اندیکاتورست D&G	اندیکاتورست چست نیوب	اندیکاتورست بین گذاری	اندیکاتور وسایل تک پیچ	اندیکاتور ست:

نام ، نام خانوادگی و مهر و امضاء پرستار تکمیل کننده فرم :

مهر و امضاء

۱۱/۶



ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	First Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Attending Physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:		
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Time: ساعت:			

Chief complaint: علت مراجعه (شکایت اصلی بیمار):

History of Present Illness: تاریخچه بیماری فعلی:

Obstetric History: تاریخچه بارداری:

Living Child: تعداد زنده	Abortion: تعداد سقط:	Para: تعداد زایمان:	Gravida: تعداد حاملگی:
Dead Child: تعداد مرده	Still birth: تعداد مرده زایی:		
LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:	Gestational age: سن بارداری:	EDC: تاریخ احتمالی زایمان:	LMP: اولین روز آخرین قاعدگی:
by Sonography: با سونوگرافی:			
Childbirth preparation class: شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان:		Prenatal care: انجام مراقبت های بارداری:	
No: خیر:	Yes: بله:	No: خیر:	Yes: چندبار:
Cause: علت:		Hospital Admission during Pregnancy: سابقه بستری در بیمارستان دربارداري فعلی:	
		No: خیر:	Yes: بله:

Past Medical History: تاریخچه بیماری های قبلی:

Minor Thalassemia: تالاسمی مینور	Hypertension: فشار خون بالا	Diabetes: دیابت	Heart dis: بیماری قلبی
Genital tract disorder: ناهنجاریهای دستگاه تناسلی	Tuberculosis: سل	Kidney dis: بیماری کلیوی	
Infertility & ART: نابارایی و استفاده از روش های کمک باروری	Psychiatric disorder: اختلال روانی	Asthma: آسم	Liver dis: بیماری کبدی
Surgical History: سابقه عمل جراحی	Coagulopathy: اختلال انعقادی	Epilepsy: صرع	Thyroid dis: بیماری تیروئید
HbsAg, HIV: هپاتیت ب، ایدز	Other: سایر:		

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

Family History: تاریخچه خانوادگی:

Previous Obstetric History: تاریخچه بارداری و زایمان های قبلی:

Fetus Malformation: جنین ناهنجار	dystocia: زایمان سخت	Post partum hemorrhage: خونریزی پس از زایمان:
Vacuum or forceps delivery: زایمان با فورسپس یا وکیوم	Preterm labor: زایمان زودرس	Blood Transfusion history: سابقه دریافت خون
Post term labor: نوزاد با وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم		
Birth weight > 4000 gr		
Previous deliveries: نوع زایمان های قبلی:		
If C/S, Cause: در صورت سزارین، علت آن:		
Other: سایر:		

در صورت علامت گذاری هر مورد، توضیح لازم ثبت گردد:

داروهای مصرفی و وابستگی به مواد: Current Medication & Addiction History

Current Medications: داروهای در حال مصرف
Drug sensitivity: حساسیت دارویی
Addiction/ cigarette: وابستگی به مواد مخدر/سیگار

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

Vital Sign: علائم حیاتی:

BP: فشارخون:	PR: نبض:	Temp: درجه حرارت:	T: تنفس:	RR: RR:
--------------	----------	-------------------	----------	---------

Weight estimate: زمان شروع درد: Onset of labor pain: FHR: تعداد ضربان قلب جنین در دقیقه: Tachymetry: تخمین وزن جنین:

Vaginal exam: معاینه واژینال:

Dilatation: دیلاتاسیون:	Station: جایگاه جنین:	Effacement: انقباض:	Position: وضعیت:	Bleeding: خونریزی:	Amniotic fluid: وضعیت کیسه آب
No: ندارد:	Yes: دارد:	Yes: دارد:	Yes: دارد:	Yes: دارد:	Yes: دارد:

Weight: گروه خون و ارهانش:	Height: قد:	Blood Group & Rh: Partner's Rh: ارهانش همسر (در صورت منفی بودن ارهانش مادر):
----------------------------	-------------	--

Physical Examination: معاینه فیزیکی:

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

Summary: خلاصه

Primary Diagnosis: تشخیص اولیه

Name of Examining Physician: نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	Signature Of Examining: امضاء و سمت:
Date: تاریخ:	

Time: ساعت: DB-۱/۲



بیمارستان تخت جمشید

ثبت پیشرفت زایمان

Labor progress Record

Unit Number: شماره پرونده:

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family Name:	نام خانوادگی:
Attending Physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				
Time:	ساعت:						

تاریخ	Date
ساعت	Time
قلب جین	FHR
انقباض رحمی uterus contraction	شدت Intensity
	فاصله Frequency
	مدت Duration
دیلاتاسیون	Dilatation
افاسمان	Effacement
ایستگاه	Station
عضو نمایش	Presentation
وضعت	Position
کیسه آب	Amniotic Membrane
دستورات دارویی	Medication Order
اکسی توسین / میزوپروستول Oxytocin/misoprostol	
تعداد قطره / مقدار Dose/Drop in min	
تعداد نبض P	
فشار خون BP	
تعداد تنفس RR	
درجه حرارت T	
نام و نام خانوادگی مراقبت کننده	Signature

روش های کاهش درد (دارویی/غیر دارویی)

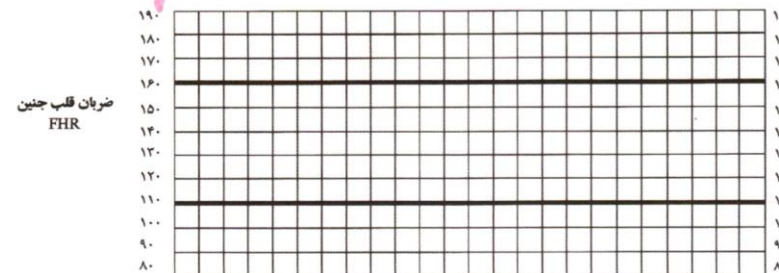
روش های کاهش درد (دارویی/ غیر دارویی)		روش های کاهش درد (دارویی/ غیر دارویی)	
Method:	نوع روش:		
Onset of Pain management	ساعت شروع:		
Duration	مدت زمان استفاده:		
Labor support:	حضور همراه:	بله:	خیر:
		Yes:	No:
	توضیحات:		

Unit Number: شماره پرونده:

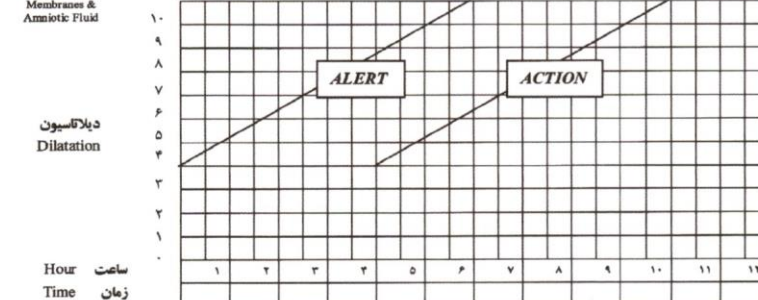
بیمارستان تخت جمشید

پارتو گراف

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:				
Date of Admission Time:	تاریخ پذیرش: ساعت:	Bed:	تخت:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:



وضعیت کیسه آب و
مایع آمنیوتیک
Membranes &
Amniotic Fluid



Hour ساعت
Time ن

نزول سر جنین
Descend

[illegible]

Contraction / ١٠ min

[illegible]

داروهای مصرفی Drug

[illegible]

ت

[illegible]

کامل رسور



بیمارستان تخت جمشید

زایمان

Delivery

شماره پرونده: Unit Number:

ID Number:	کد ملی:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Attending physician:	پزشک معالج:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Date of Admission	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:				
Time:	ساعت:						

Placenta expulsion :	ساعت خروج جفت:	Delivery Date & Time:	تاریخ و ساعت زایمان:
Placenta & Membrane expulsion :	خروج جفت و پرده ها:	Position of delivery :	وضعیت زایمان
Incomplete	ناقص:	upright	Lithotomy
Complete	کامل		
No :	خیر :	Delivery Method	روش زایمان
Yes:	بله	Instrumented delivery	Vaginal
۴	۳	Cesarean	سزارین
۲	۱	VBAC	سزارین
If Laceration, degree of that:	در صورت پارگی، درجه آن:	Infant Sex	جنس نوزاد
Dead/مردده	زنده/Alive	Ambiguous	مبهم
Apgar at ۵	آپگار دقیقه پنجم:	Male	پسر
Apgar at ۱	آپگار دقیقه اول:	Female	دختر
		Physician/پزشک	عامل زایمان/ Birth attendant
		Midwife/ماما	
			نوضیحات ضروری:

داروهای مصرفی: Medications

Dose & time	نوع دارو	Medication	نوع دارو	Dose & time	نوع دارو
	ساعت، میزان و طریقه مصرف		ساعت، میزان و طریقه مصرف		نوع دارو
		Prostaglandin F _{2α}	پروستاگلندین F _{2α}		Oxy.
		Misoprostol	میزوپروستول		Methergine
		Other	سایر:		Antibiotic

مراقبت ۲ ساعت اول پس از زایمان Post partum care (2hour)

ساعت اول پس از زایمان	ساعت دوم پس از زایمان	Time	ساعت
Post partum care (first hrs)	Post partum care (second hrs)		
		General appearance	حال عمومی
		Bleeding	میزان خونریزی
		Uterine	وضعیت رحم
		Perineum & Suture	وضعیت پرینه و محل بخیه
		Breast & Breast Feeding	وضعیت پستان ها و شیردهی
		Blood Pressure	فشارخون
		Temperature	درجه حرارت
		Pulse	تعداد نبض
		Respiratory Rate	تعداد تنفس
		Signature	نام خانوادگی مراقبت کننده

مادر در تاریخ: ساعت: با فشارخون: نبض: وضعیت رحم: میزان خونریزی: حال عمومی: به بخش پس از زایمان اتاق عمل بخش مراقبت های ویژه انتقال یافت

بیمارستان تخت جمشید

ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی

در بارداری و پس از زایمان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

شماره پرونده: Record Number:

Risk Assessment for Venous Thromboembolism (VTE)

Attending physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	First Name:	نام:	Family name:	نام خانوادگی:
Date of Admission	تاریخ پذیرش:	Room:	اتاق:	Date of Birth:	تاریخ تولد:	Father Name:	نام پدر:
Time:	ساعت:	Bed:	تخت:				

عوامل خطر

شرایط طبی

سابقه VTE قبلی (به جز یک بار رخداد VTE به علت جراحی بزرگ)	۴
ترومبوفیلی اکتسابی (سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی): حداقل یک معیار آزمایشگاهی و حداقل یک معیار بالینی	۴
سابقه VTE قبلی به علت جراحی بزرگ	۳
هر مشکل طبی: سرطان، بیماری قلبی، لوپوس فعال، پلی آرتروپاتی التهابی یا بیماری التهابی روده، سندرم نفروتیک، دیابت ملیتوس نوع یک با نفروپاتی، بیماری سیگل سل، اعتیاد تزریقی وریدی کتونی	۳
ترومبوفیلی ارثی پر خطر (کمبود آنتی ترومبین، کمبود پروتئین C یا S، ترومبوفیلی کم خطر هموزیگوت یا همراه)	۳
ترومبوفیلی ارثی کم خطر (فاکتور ۵ لیدن هتروزیگوت، جهش ژن پروترومبین G20210A)	۱
تاریخچه خانوادگی VTE (بدون زمینه یا وابسته به استروژن) در بستگان درجه اول	۱
وجود آنتی فسفولیپید آنتی بادی (فقط معیار آزمایشگاهی، بدون وجود معیار بالینی)	۱

شرایط عمومی

چاقی (نمایه توده بدنی مساوی یا بیشتر از ۴۰) قبل یا اوایل بارداری	۲
چاقی (نمایه توده بدنی مساوی یا بیشتر از ۳۰ و کمتر از ۴۰) قبل یا اوایل بارداری	۱
سن بیشتر از ۳۵ سال	۱
سابقه سه بار یا بیشتر زایمان (para ≥ 3) صرف نظر از بارداری فعلی	۱
استعمال سیگار	۱
وجود وریدهای واریسی واضح (علامتدار یا بالای زانو یا همراه با فلیت، ادم، تغییرات پوستی)	۱

شرایط مامایی و زایمان

سزارین اورژانس (در لیبر)	۲
سزارین غیر اورژانس (الکتیو)	۱
پره اکلامپسی کتونی	۱
بارداری با روشهای کمک باروری (فقط در دوره بارداری در نظر گرفته شود)	۱
دو یا چند قلویی	۱
زایمان یا ایزار	۱
لیبر طولانی (بیشتر از ۲۴ ساعت بستری)	۱
خونریزی پس از زایمان بیشتر از یک لیتر/تزریق خون به هر تعداد واحد	۱
زایمان زودرس (کمتر از ۳۷ هفته) در بارداری کتونی	۱
مرده زایی در بارداری کتونی	۱

شرایط موقت

سندرم هیپراسیمبولیشن تخمدان (فقط در سه ماهه اول در نظر گرفته شود)	۴
جراحی در دوران بارداری یا پس از زایمان (آپاندکتومی، یسٹن لوله ها، ...) به جز ترمیم فوری پرینه	۳
استقرار شدید بارداری (به حدی که باعث از دست دادن وزن، دهیدراتاسیون، کتوز، آکالوز به دلیل از دست دادن اسید کلریدریک و هیپوکالمی شود)	۳
عفونت سیستمیک (نیازمند تجویز آنتی بیوتیک یا بستری) مانند پنومونی، پیلونفریت، عفونت زخم بعد از زایمان	۱
بستری در بیمارستان یا بی حرکتی (مساوی یا بیشتر از ۳ روز استراحت در بستر)، دهیدراتاسیون، استفاده از صندلی چرخ دار	۱
جمع امتیاز بیمار: (با توجه به جمع امتیاز هر بیمار، برای انجام اقدام بعدی به راهنمای کشوری ارایه خدمات مامایی و زایمان (میث ترومبوآمبولی وریدی، پیشگیری) مراجعه شود)	

راهنمای ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان

نکته مهم: بتن کامل میث ترومبوآمبولی وریدی در راهنمای کشوری ارایه خدمات مامایی و زایمان نوشته شده که باید در محل مناسبی در معرض دید کارکنان و پزشکان نصب شود. ضمناً به تمام مادران در بارداری و پس از زایمان، صرف نظر از مصرف یا عدم مصرف دارو باید در مورد علائم DVT (درد، تورم، حساسیت در لمس، اختلاف در قطر ساقها و زانها و قرمزی)، مراجعه به موقع، توصیه به تحرک و مصرف کافی مایعات آموزش داده شود.

زمان و نحوه تکمیل فرم:

- این فرم باید هنگام بستری در بیمارستان برای کلیه مادران (از ابتدای بارداری تا ۶ هفته پس از زایمان) تکمیل شود. همچنین در صورت هر یک از شرایط زیر باید ارزیابی خطر انجام و فرم تکمیل شود.
 - پس از ۲ روز بستری در بیمارستان
 - در صورتی که بیمار در حین بستری برای سزارین یا هر عمل جراحی دیگر به اتفاق عمل منتقل شود (قبل از انتقال به اتاق عمل)
 - پس از زایمان طبیعی
- تکمیل کننده فرم ترجیحاً باید پزشک معالج باشد. در صورتی که ماما این فرم را تکمیل می کند باید پزشک معالج آن را مطالعه نموده و در نهایت تصمیم گیری در مورد اقدام بعدی بر عهده پزشک معالج است.
- پس از ثبت مشخصات بیمار، در صورت وجود هر عامل خطر، امتیاز مربوط به آن عامل در مقابل آن در ستون (وضعیت بیمار) درج گردد، و سپس در پایان فرم جمع امتیازات ستون مذکور محاسبه شود. با توجه به جمع امتیاز هر بیمار و قطعی که در آن قرار گرفته، برای تجویز دارو یا سایر توصیه ها به شرح زیر اقدام شود:

اقدامات توصیه شده، بعد از ارزیابی عوامل خطر در مقطع بارداری

نتیجه ارزیابی	اقدام
تجویز داروی ضد انعقاد یا دوز پروفیلاکسی از ابتدای بارداری	
مجموع امتیاز = ۳ یا بیشتر	توجه: در موارد سابقه VTE یا ابتلا به ترومبوفیلی ارثی یا اکتسابی با توجه به اینکه مقدار تجویز دارو ممکن است بیشتر باشد باید با متخصصی هماتولوژی یا داخلی نیز مشاوره انجام شود.
مجموع امتیاز = ۳	تجویز داروی ضد انعقاد یا دوز پروفیلاکسی از هفته ۲۸ بارداری

- در مورد برخی عوامل خطر حتی اگر به تنهایی وجود داشته باشند به شرح زیر اقدام شود:
 - زمانی که به علت استراحت شدید بارداری بستری می شوند باید دارو بصورت پروفیلاکسی بر ای آنان تجویز و پس از بهبودی، قطع شود
 - زمان مبتلا به سندرم هیپراسیمبولیشن تخمدان باید تا پایان سه ماهه اول، دارو بصورت پروفیلاکسی برای آنان تجویز شود.
 - در صورت انجام عمل جراحی در بارداری، تجویز دارو بصورت پروفیلاکسی حداقل تا زمان ترخیص یا تحرک کامل بیمار باید ادامه یابد (منظور از تحرک کامل Mobility این است که فرد در زمان بیداری، بیش از ۵۰ درصد اوقات در حال حرکت بوده و در بستر نباشد)
- در تمام مادران بستری در حین بارداری، صرف نظر از مصرف یا عدم مصرف دارو، حتی الامکان، پیشگیری مکانیکی توصیه می شود.
- در صورت تصمیم به مسافرت، توصیه شود که مادر حتی الامکان از جوراب الاستیک استفاده و حداقل هر ۲ ساعت یکبار کمی راه برود.

اقدامات توصیه شده، بعد از ارزیابی عوامل خطر در مقطع پس از زایمان (طبیعی یا سزارین)

نتیجه ارزیابی	اقدام
مجموع امتیاز = ۳ یا بیشتر	تجویز داروی ضد انعقاد یا دوز پروفیلاکسی تا ۱۰ روز پس از زایمان
توجه: در موارد سابقه VTE یا ابتلا به ترومبوفیلی ارثی یا اکتسابی با توجه به اینکه مدت یا مقدار تجویز دارو ممکن است بیشتر باشد باید با متخصصی هماتولوژی یا داخلی نیز مشاوره انجام شود.	
مجموع امتیاز = ۲	تجویز داروی ضد انعقاد یا دوز پروفیلاکسی حداقل تا ترخیص یا زمان تحرک کامل بیمار
توجه: منظور از تحرک کامل یا Mobility این است که فرد در زمان بیداری، بیش از ۵۰ درصد اوقات حرکت کند و در بستر نباشد.	

- در موارد زیر تجویز داروی ضد انعقاد می بایست تا ۶ هفته پس از زایمان ادامه یابد.
 - سابقه VTE قبلی
 - ترومبوفیلی ارثی از نوع پرخطر بدون علامت که خود سابقه VTE ندارند.
 - ترومبوفیلی اکتسابی (سندرم آنتی فسفولیپید آنتی بادی): یعنی وجود حداقل یک معیار آزمایشگاهی و حداقل یک معیار بالینی
 - ترومبوفیلی ارثی از نوع کم خطر که خود سابقه VTE ندارند ولی سابقه VTE در بستگان درجه اول وجود دارد.
- در شرایط زیر برای ادامه دارو تا ۶ هفته (یا زمانی که عامل خطر برطرف شده) بطور فردی تصمیم گیری شود.
 - بیمار از ابتدا یا مدتی از بارداری داروی ضد انعقاد دریافت کرده
 - یک یا چند عامل خطر بطور دائمی (بیشتر از ۱۰ روز) وجود دارد مانند عفونت زخم یا جراحی یا بستری طولانی
- در تمام مادران بستری برای سزارین، حتی الامکان پیشگیری مکانیکی قبل و بعد از عمل توصیه می شود.
- در مادران خیلی چاق یا معیار BMI > 40 تا ۱۰ روز پس از زایمان (طبیعی یا سزارین) تجویز دارو بصورت پروفیلاکسی توصیه می شود.
- در صورت تصمیم به مسافرت، توصیه شود مادر حتی الامکان از جوراب الاستیک استفاده و حداقل هر ۲ ساعت یکبار کمی راه برود.



دانشگاه علوم پزشکی تهران



تریاز اورژانس بلوک زایمان

کد فرم: TJH-C-NM-F-001	شماره ویرایش فرم: ۰۱
تاریخ ابلاغ: ۹۷/۲/۱	تاریخ بازنگری: ۹۸/۲/۱
تاریخ تهیه: ۹۷/۲/۱	شماره ویرایش: ۰۱
کد سند: TJH-C-NM-F-001	

کد پذیرش:

سطح تریاز نهایی:

نام و نام خانوادگی مددجو:	تاریخ مراجعه:	ساعت مراجعه:
سن:	باردار ☐ غیرباردار ☐	
نحوه ارجاع:	آمبولانس ۱۱۵ ☐ آمبولانس خصوصی ☐ وسیله شخصی ☐ امداد هوایی ☐ سایر ☐	
نحوه ورود:	با برانکار ☐ با ویلچر ☐ با پای خود ☐ با همراه ☐ بدون همراه ☐ سایر ☐ مراجعه ۲۴ ساعت قبل ☐	
شکایت اصلی مددجو:		
سابقه حساسیت دارویی و غذایی:		

شرایط تهدید کننده حیات (سطح ۱)

س سطح ۱: شرایط تهدید کننده حیات	عضایق مادر:	سطح هوشیاری مددجو:	A V P U
مخاطره راه هوایی ☐ سیانوز ☐ علایم شوک ☐ تشنج ☐ تروما ☐ خونریزی شدید واژینال (دفع لخته) ☐ زایمان قریب الوقوع ☐	سر درد شدید ☐ تاری دید ☐ دراپی گاستر ☐		
عضایق جنین:	احساس بیرون زدگی بندناف توسط مادر ☐ عدم حرکت در جنین بالای ۲۵ هفته ☐		

مددجویان پر نادر (سطح ۲)

لتهاری و خواب آلودگی ☐ دیسترس شدید تنفسی ☐ درد شدید همراه با بیقراری ☐	انقباضات تنابیک رحم ☐ تب بالای ۳۹ درجه ☐ پارگی کیسه آب ☐ استفراغ شدید بالای ۲۴ هفته حاملگی ☐
کاهش حرکت جنین در جنین بالای ۲۵ هفته ☐ خونریزی خفیف تا متوسط واژینال ☐	افت های قلب جنین ☐ انقباضات شدید رحمی در مادران با سابقه دو بار یا بیشتر سزارین یا جراحی روی رحم ☐
سابقه پزشکی: سابقه دارویی:	
FHR:	T:
RR:	PR:
BP:	

مددجویان سطح ۳:

تعداد تسهیلات مورد نیاز مددجو در اورژانس: ۲ و بیشتر ☐	
علایم حیاتی*:	FHR:
T:	RR:
PR:	BP:
سایر مددجویان (سطح ۴ و ۵):	
تعداد تسهیلات مورد نیاز مددجو در اورژانس:	هیچ ☐ ۱ مورد ☐

سطح تریاز مددجو:

۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐

ارجاع به کدام قسمت بخش اورژانس:

* ثبت علایم حیاتی برای مددجویان سطح ۲ با تشخیص مامای تریاز و لزوم عدم تاخیر در رسیدگی به مددجویان با شرایط پر خطر

نام و اعضای مامای تریاز:

شرح حال و دستورات پزشک:

پزشک: مامای

تاریخ و ساعت ویزیت:

گزارش مامای:

ماما

ساعت و تاریخ گزارش:

مهر و امضاء ماما:

بیمار در تاریخ:

ساعت:

مرخص گردید:

در بخش: بستری گردید.
به درمانگاه همان بیمارستان: فرستاده شد.
به بیمارستان: اعزام گردید.

کامل

اجازه معالجه و عمل جراحی

اینجاب مددجو / ولی مددجو، ساکن اجازه می دهم پزشک یا پزشکان بیمارستان هر نوع معالجه و در صورت لزوم عمل جراحی، و با انتقال خون که صلاح بدانند در مورد اینجاب / مددجو اینجاب به مورد اجرا گذارند و بدینوسیله برات پزشک یا پزشکان این بیمارستان را از کلیه اقدامات فوق که در مورد انجام دهند اعلام می دارم.

شاهد (۱): تاریخ:

شاهد (۲): امضاء:

اجازه ترخیص یا میل شخصی

اینجاب با میل شخصی خود بر خلاف صلاحدید و توصیه پزشکان مسئول بیمارستان این مرکز را ترک می نمایم و اعلام می دارم که هیچ یک از مسئولین عواقب و خطراتی که از این عمل ناشی می شود را برعهده ندارند.

امضاء مددجو: امضاء یکی از بستگان درجه اول مددجو:

شاهد (۱): تاریخ:

شاهد (۲): امضاء:



بیمارستان
تخت جمشید

ISO 14001

ISO 45001

Green Hospital

بیمارستان تخت جمشید

گزارش وضعیت قلب جنین در رحم

PETAL HEART MONTORING RECORD



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

شماره پرونده: unit number:

شماره سند
TJH-C-NM-F-057

تاریخ ویرایش: خرداد ۹۳

Attending physician: پزشک معالج:	ward: بخش:	First name: نام:	Family name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father name: نام پدر:
Time: ساعت:	Bed: تخت:		

stress test fetal monitoring ST:	بررسی جنین در حالت استرس: NST:	non stress fetal monitoring
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

G=	P=	Ab=	L.ch=	LMP=	EDC=
Speed of the stress	سرعت دستگاه:	The time of test	مدت زمان انجام تست:		
۱/۲	۱/۱	۳۰ دقیقه	۲۰ دقیقه	۱۰ دقیقه	

Reason of order	علت درخواست:
No	شماره:
Date:	تاریخ:
Type of order	نوع درخواست:

محل الصاق نوار:

کامل پرسرور

Result	نتیجه:
Recommendation	توصیه:
Name & signature of physican	نام و امضاء پزشک:

گزارش وضعیت قلب جنین در رحم

۱۳/۴

اثر انگشت مادر
Mother Finger Print

Newborn Foot Print (Left) اثر پای چپ نوزاد

Newborn Foot Print (Right) اثر پای راست نوزاد

بیمارستان تخت جمشید

معاینه بدنی و بررسی های بدو تولد نوزاد

Physical Examination
& Clinical Investigation of Newborn

Mother's ID Number :
کد ملی مادر :

Unit Number :
شماره پرونده :

Mother's Date Birth : تاریخ تولد مادر :	Mother's First Name : نام مادر :	Mother's Family Name : نام خانوادگی مادر :
Consanguinity : نسبت خویشاوندی والدین :	Mother's Blood Group & RH : گروه خونی مادر :	Father's Family Name : نام و نام خانوادگی پدر :
Birth Attendant MD : پزشک مسئول زایمان :	Mother's Nationality : ملیت مادر :	Father's Nationality : ملیت پدر :

علائم حیاتی Vital Signs		نبض/PR : دم/تا : تنفس/RR :
اولین معاینه 1st Exam		
طبیعی Normal	غیر طبیعی Abnormal	
Skull & Fontanel جمجمه و ملاح ها		
Skin پوست		
Head & Neck & Face سر و گردن و صورت		
Chest & Respiratory قفسه سینه و تنفس		
Heart قلب		
Abdomen شکم		
Genital Organ دستگاه تناسلی		
Extremities اندام ها		
Spain ستون مهره ها		
Anus مقعد		
Birth Trauma صدمات زایمان		
Congenital Anomaly ناهنجاری های بدو تولد		
Others سایر موارد		
Urination دفع ادرار		
Defecation دفع مدفوع		
Reflexes رفلکس ها		

Signed & Sealed : تاریخ و ساعت معاینه : Time & Date Exam : مهر و امضای معاینه کننده :

Time & Date Transfer :

تاریخ و ساعت تحویل نوزاد :

Signed & Sealed : مهر و امضای تحویل دهنده نوزاد : Signed & Sealed : مهر و امضای تحویل گیرنده نوزاد :

Physical Examination & Clinical Investigation

معاینه بدنی و بررسی های پزشک

وزن به گرم : Birth weight (gr)		قد به سانتی متر : Height (cm)	
دور سر به سانتی متر : Head Circumference (cm)		سن به هفته : Birth age (week)	
علائم حیاتی Vital Signs		نبض/PR : درجه حرارت / T : تنفس/PR :	
اولین معاینه Exam 1 st		دومین معاینه Exam 2 nd	
طبیعی Normal	غیر طبیعی Abnormal	طبیعی Normal	غیر طبیعی Abnormal
Skull & Fontanel جمجمه و ملاح ها			
Skin پوست			
Head & Neck & Face سر و گردن و صورت			
Chest & Respiratory قفسه سینه و تنفس			
Heart قلب			
Abdomen شکم			
Genital organ دستگاه تناسلی			
Extremities اندام ها			
Spain ستون مهره ها			
Anus مقعد			
Birth trauma صدمات زایمانی			
Congenital anomaly ناهنجاری های بدو تولد			
Others سایر موارد			
Urination دفع ادرار			
Defecation دفع مدفوع			
Reflexes رفلکس ها			
Breastfeeding : تغذیه با شیر مادر :		مطلوب : Desirable : نامطلوب : Undesirable :	
Vomiting : استفراغ :		دارد : Yes : ندارد : No :	
Fever : تب :		دارد : Yes : ندارد : No :	
Agitation : بی قراری :		دارد : Yes : ندارد : No :	
Other : سایر موارد :		دارد : Yes : ندارد : No :	
تاریخ و ساعت معاینه : Date & Time :		تاریخ و ساعت معاینه : Date & Time :	
مهر و امضای پزشک : Physician Signed :		مهر و امضای پزشک : Physician Signed :	

لوازم مصرفی بلوک زایمان

TJH-C-OB

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی:

انژیوکت سبز	نخ ها	سرم شستشو	سوزن اسپینال ۲۶
انژیوکت صورتی	نخ کرومیک 0	داروها	سوزن اسپینال ۲۷
انژیوکت آبی	نخ کرومیک 2/0	هیوسین	ست ایدورال پورنکس ۱۸
هپارین لاک	نخ کرومیک 3/0	پرومتازین	ست ایدورال پورنکس ۱۶
ست سرم	نخ ویکریل 0	اتروپین	مترونیدازول
	نخ ویکریل 2/0		سفتریاکسون
ست خون	کلمپ بند ناف		بتامتازون
میکروست	پوار	اکسی توسین ۱۰ واحد	دگزامتازون
تیغ شیو	چسب ها	سایتوتک	هیدروکورتیزون
سرنگ	چسب انژیوکت	پروژسترون	
سرنگ 2	چسب ضد حساسیت	مترون	وکیوم کیوی
سرنگ 5	چسب لوکوپلاست	لیدوکائین ۱٪	دیزپام
سرنگ 10	چسب لید	لیدوکائین ۲٪	سولفات منیزیم ۲۰٪
سرنگ 20	دستبند	شیاف دیکلوفناک	فنی توین
سرنگ 50	دستبند نواز		
سرنگ انسولین	دستبند بزرگسال	شیاف ایندومتاسین	ژل لوبریکانت
سر سوزن	وسایل شخصی بیمار		ژل لیدوکائین
پد الکلی	گان تک بلند		امپلی سیلین
گاز ساده	سرجی فیکس	سیکلوزست	سفاژولین
دستکش	کلاه بیمار	دکستروز ۲۰٪	بتادین
دستکش استریل ۷	پوشک مادر	دکستروز ۵۰٪	سولفات منیزیم ۵۰٪
دستکش استریل 7/5	پیشبند نایلونی	هیدرالازین	
دستکش استریل 8	روتختی کشدار		
دستکش استریل 8/5	ماسک کشدار	بیکرینات سدیم	نوار تست قند خون
دستکش وینیل	کاور کفش	کلوکونات سدیم	سواب پنبه
دستکش لاتکس	رسمیور ایرانی	اندانسترون	لوله تراشه سایز ۰۰۰۰
دستکش نایلونی	پروپ ترمومتر	جنتامایسین	ست شستشوی زخم (اریکانور)
سوند	لگن بیمار (بدین)	میدازولام	اکتشن تیوپ
سوند نلاتون سبز	سه راهی	افدرین	تنس (تحریک الکتریکی)
سوند فولی.....	دستمال کاغذی	پتدین	کانکشن تراشه تیوپ - فینگر تیپ
یورین بگ	زیرانداز نایلونی	مورفین	ساکشن تیوپ
سوند نلاتون آبی	زیرانداز بالدار	فتنانیل	
سوند نلاتون مشکلی	قلاب آمنیوتومی	سو فتنانیل	
سوند نلاتون سفید	سرم ها	ایپ نفرین	
سوند نلاتون نارنجی	سرم رینگر	مارکابین	
سوند اکسیژن بینی	سرم نرمال سالین	امپول ایندورال	
ساکشن تیوپ	سرم دکستروز 5%	اب مقطر	
ساکشن تراشه تیوپ	سرم 1/3 2/3	سوزن اسپینال ۲۵	
سوند رابط اکسیژن			

چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

گزارشات	چارچوب زمانی ثبت	چارچوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانس	پذیرش اورژانس و قبل از ترخیص یا انتقال بیمار از اورژانس	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	بدو پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی	۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجم
گزارشهای مشاوره	بلافاصله پس از انجام مشاوره	۲۴ ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	بلافاصله بعد از عمل	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص *	بلافاصله بعد از انجام اقدام	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	زمان ترخیص	از زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص
گواهی فوت	زمان مرگ	از زمان مرگ تا ۷ روز پس از ترخیص
فرم انتقال	زمان انتقال	۲۴ ساعت بعد از انتقال

* نوار مغز، نوار قلب، تستهای استرس تردمیل، تصویربرداری پزشکی و سایر گزارش های

اگر گزارشی در چارچوب زمانی ثبت انجام نگردد و بعد از این زمان تکمیل گردد تحت عنوان Late Entry (یادداشت تاخیری) ثبت گردد.

رفع نقص پرونده پزشکی

۱. در بخش مدارک پزشکی ، پرونده پس از بررسی کمی و کیفی ، در صورت ناقص بودن ، باید مستند ساز را از طریق فکس، ایمیل، یا اطلاع الکترونیکی از نقص پرونده پزشکی آگاه کند. مستند ساز موظف است طی ۱۴ روز از تاریخ دریافت نقص نسبت به رفع نقص مراجعه کند.

۲. الصاق فرم رفع نقص (که حاوی نام و شماره پرونده بیمار و عناصر ناقص پرونده و تاریخ ارجاع به بخش درمانی می باشد) ضروری است.

۳. چنانچه پرونده ظرف ۱۴ روز رفع نقص نشد، ابتدا بصورت شفاهی اخطار داده می شود و در صورت تکرار مسئول مدارک پزشکی درخواست تذکر کتبی را از مدیریت دارد.

با تشکر از حسن توجه همکاران محترم

