

بسمه تعالی

اطلاعیه شماره ۱۹

دفتر چه راهنمای شماره ۲

آزمون صلاحیت بالینی

دانشجویان پرستاری

به همراه

چک لیست ها آزمون

شهریور ۱۳۹۷

## مقدمه:

با سپاس بیکران به درگاه ایزد منان و آرزوی توفیق برای دانشجویان پرستاری ورودی مهر ۱۳۹۴ اراک و دانشجویان آزمون مجدد، راهنمای شماره ۲ آزمون صلاحیت بالینی رشته پرستاری در سال ۱۳۹۷ به شرح زیر اعلام می گردد.

## تذکر بسیار مهم :

دانشجویان ملزم می باشند، کلیه اطلاعیه های دبیرخانه برگزار آزمون صلاحیت بالینی را تا شهریور ۹۷ با دقت مطالعه نموده و پیگیری نمایند. تنها مرجع صدور اطلاعیه های مربوطه، پرتابل اینترنتی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک میباشد.

**<http://school-nurse.arakmu.ac.ir/Portal/Home/Default.aspx>**

## الف) اقدامات روز آزمون

### ۱- حضور در محل آزمون

دانشجویان باید در ساعت ۷:۰۰ روز پنج شنبه مورخ ۱۳۹۷/۶/۱ در محل برگزاری آزمون واقع در ساختمان مهارت های بالینی حضور داشته باشند. درب های محل امتحان ساعت ۷:۳۰ بسته خواهد شد. ساعت شروع آزمون گروه اول ۸:۰۰ دقیقه صبح می باشد.

### ۲- راهنمایی در خصوص آزمون:

علاوه بر اطلاعیه هایی که قبلا به دانشجوی ا ارائه شده است در ساعت ۷:۱۵ دقیقه الی ۷:۳۰ خلاصه ای از نحوه انجام آزمون به اطلاع دانشجویان خواهد رسید. حضور کلیه دانشجویان الزامی است.

## ۲- ثبت نام شرکت کنندگان

دانشجویان باید قبل ساعت ۷:۳۰ صبح روز آزمون در واحد ثبت نام ساختمان مهارت‌های بالینی برای آزمون ثبت نام نمایند. همچنین برای احراز هویت دانشجو، کارت دانشجویی یا کارت ملی الزامی است.

استفاده از کلیه وسایل ارتباطی از قبیل تلفن همراه، موبایل، تبلت، لب تاب ممنوع است.

کارت های ورود به آزمون باید بر روی سینه افراد نصب گردد. کارت ورود به آزمون همان کارت دانشجویی یا کارت ملی است.

دانشجویان گروه اول برای انجام آزمون آماده می شوند. دانشجویان گروه دوم باید به اتاق قرنطینه هدایت شوند. لذا برای این منظور دو اتاق مجزا مخصوص خواهران و برادران باید در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است کلیه وسایل ارتباطی از قبیل تلفن همراه، موبایل، تبلت، لب تاب نباید وارد محل آزمون گردد. دانشجویان می توانند فقط پذیرایی را به اتاق قرنطینه حمل کنند.

### - شروع آزمون:

شروع آزمون راس ساعت ۸:۰۰ صبح تاریخ ۱۳۹۷/۶/۱ و با استفاده از زنگ اخبار توسط کارشناس دفتر توسعه اعلام می گردد. با خوردن زنگ اول دانشجویان باید خود را به محل آزمون رسانده و با خوردن زنگ دوم با فاصله حداکثر یک دقیقه با ورود به اتاق در آزمون شرکت نماید. زنگ سوم نشان دهنده پایان آزمون می باشد و دانشجو تا هر مرحله ای از آزمون باید هر چه سریعتر محل آزمون را ترک نماید و با خوردن زنگ چهارم با فاصله حداکثر یک دقیقه بلافاصله در محل ایستگاه بعدی حضور یابد. این مراحل تا پایان امتحان گروه اول ادامه خواهد یافت.

هر دانشجو موظف است با در دست داشتن ساعت مچی زمان خود را تنظیم نماید. پس از پایان زمان ایستگاه دانشجو باید هر چه سریعتر ایستگاه را ترک نماید و نمی تواند مابقی پروسیجرها را انجام دهد.

## ۶- نحوه برگزاری آزمون:

این آزمون در مجموع ۱۴ ایستگاه دارد. ۴ ایستگاه از ۱۴ ایستگاه برای استراحت طراحی شده است. زمان هر یک از ایستگاه ها، ۹ دقیقه + ۱ دقیقه وقت جابجایی است. به هر فراگیر یک شماره عددی از ۱ تا ۱۴ داده می شود و این به آن معنا می باشد که دانشجویان هنگام شروع آزمون OSCE ابتدا از ایستگاهی می بایست فعالیت خویش را آغاز نمایند که دارای شماره آن ایستگاه می باشند. لیکن پس از برگزاری اولین آزمون حرکت فراگیران بر طبق عقربه های ساعت به سمت جلو می باشد. این امر قبل از شروع آزمون در ابتدا توسط مسئول هماهنگی آزمون نیز برای فراگیران تشریح می گردد. اعضای تیم اجرایی به فراگیران در انتخاب مسیر صحیح حرکت بین ایستگاه های آزمون کمک می نمایند. یکی از اعضای تیم اجرایی در فواصل مناسب بین ایستگاه ها استقرار یافته و با اتیکت راهنما که روی سینه آنها نصب شده مشخص می باشد. کلیه ایستگاه ها به نحو مناسب از شماره ۱ تا ۱۴ شماره گذاری گردیده و مسیر حرکت فراگیران نیز با پیکان مشخص می باشد.

### نکات مهم جهت آزمون گیرندگان :

- پوشیدن روپوش سفید و نصب اتیکت شناسایی در این آزمون الزامی است.
- دانشجو باید قبل از ورود به ایستگاه ها حتماً خودکار یا مداد به همراه داشته باشد، چون در برخی ایستگاه ها خواسته شده است، گزارشات پرستاری بنویسید.
- در این آزمون، پیش قرنطینه خواهیم داشت. زمانی که آزمون دانشجو تمام می گردد، می تواند از مرکز خارج شود.
- آزمون گیرندگان هیچ گونه آموزشی در هنگام آزمون به دانشجویان نمی دهد، بنابراین دانشجو نباید هیچ گونه راهنمایی درخواست کند، و همچنین نباید در مورد نمره خود صحبت نماید. بدیهی است پس از آزمون نتایج اعلام می گردد.

- هر گونه سر و صدا و بی نظمی در برگزاری آزمون یا تخلف در آزمون منجر به مردود شدن دانشجو و خروج از چرخه امتحان می گردد.
- مجدداً تکرار می شود، دانشجویانی که در اطاق قرنطینه قرار دارند به اندازه کافی مواد غذایی و آب با خود به همراه داشته باشند. همچنین لازم است یک وعده سبک غذایی همراه داشته باشند.
- پذیرایی طبق اطلاعیه شماره ۲ برگزاری آزمون صلاحیت بالینی دانشجویان بر عهده خود دانشجو می باشد.
- مسئولیت هرگونه کاهش زمان در حین انجام پروسیجر های آزمون به عهده خود دانشجو می باشد. لذا لازم است در وقت باقی مانده به اندازه کافی تمرین نمایید.
- ترتیب در انجام اقدامات هر پروسیجر لازم است. لذا اگر اقدامی بعد از زمان انجام خود توسط دانشجو انجام گیرد، امتیازی تعلق نخواهد گرفت.

## چک لیست های راهنما:

نکته بسیار مهم:

-چک لیست های ارائه شده برای راهنمایی دانشجویان در آزمون می باشد تا با نحوه برگزاری آزمون آشنا شوند و عینا مشابه چک لیست های امتحان صلاحیت بالینی نمی باشد. لذا لازم است دانشجویان پروسیجرها را از روی منابع مطالعه نمایند.

- دانشجویان باید دقت کنند: طبق تصمیم کمیته علمی برگزاری آزمون در هر دوره یک چک لیست به هر گروه امتحانی اضافه می گردد.

- برای اطلاعات بیشتر در خصوص برگزاری آزمون می توانید با دبیرخانه کمیته اجرائی برگزاری آزمون "جناب آقای جعفری منش" تماس بگیرید.

شماره تماس: ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۰۳ داخلی ۳۷۲

موبایل ۰۹۱۲۷۵۲۴۲۴۴

- چک لیست اکسیژن تراپی از طریق ماسک ونچوری

توضیحات	انجام نداد نمره ۰	ناقص نمره ۰.۵	صحیح ۱ نمره	
				۱ پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
				۲ وسایل را آماده کند ( منبع اکسیژن، فلومتر اکسیژن، رابط اکسیژن، آب مقطر، ماسک ونچوری، دستکش).
				۳ با توجه به دستورات پزشک، مدت و شیوه دریافت اکسیژن را تعیین نماید.
				۴ با بیمار ارتباط برقرار نموده و روش انجام کار را توضیح دهد.
				۵ دست ها را بشوید.
				۶ دستکش بپوشد.
				۷ وضعیت تنفسی بیمار را کنترل کند ( تقارن قفسه سینه، عمق و تعداد تنفس، میزان خلط، صداهای ریوی، بررسی علائم هایپوکسی و اندازه گیری $SpO_2$ از طریق پالس اکسی متری).
				۸ راههای هوایی بیمار را کنترل کند .
				وسیله مناسب دریافت اکسیژن(ماسک ونچوری) را به کاتتر اکسیژن وصل کند و کاتتر را نیز از طریق فلومتر به مخزن اکسیژن متصل نماید.
				۹ جهت مرطوب کردن اکسیژن دریافتی، مخزن آب متصل به فلومتر را تا حد تعیین شده از آب مقطر پر نماید.
				۱۰ ماسک را به طور کامل بر روی بینی و دهان بیمار فیکس کند و سپس بند یا کش متصل به آن را در پشت سر او محکم نماید.
				۱۱ با چرخاندن پیچ یا دگمه تعبیه شده بر روی فلومتر، مقدار اکسیژن تجویز شده برای بیمار را تنظیم کند.
				۱۲ حداقل هر ۴ تا ۶ ساعت یکبار مخزن اکسیژن، فلومتر، مخزن آب و ماسک یا کانولای بینی را کنترل کند و از مناسب بودن جریان اکسیژن اطمینان حاصل کند.
				۱۳ بر روی یک برگه بنویسد" در این اتاق اکسیژن تراپی انجام می شود" و بر روی درب اتاق نصب نماید.
				۱۴ به بیمار در مورد روشن نکردن سیگار ویا آتش در این اتاق توضیح دهد.
				۱۵ گزارش اکسیژن تراپی را در پرونده ثبت نماید.

- چک لیست انفوزیون مایع وریدی

توضیحات	انجام نداد ۰ نمره	ناقص ۰.۵ نمره	صحیح ۱ نمره	پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل را آماده کند(سرم تجویز شده، ست سرم، آنژیوکت، تورنیکه، پنبه الکل، دستکش یکبار مصرف، چسب، هپارین لاک، قطعه مشمایی، اتیکت، چسب و پایه چسب، پایه سرم).	۲
				دست های خود را بشوید و دستکش بپوشد.	۳
				خود را به بیمار معرفی کند و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نماید.	۴
				در اتاق را ببندد و در صورت درخواست بیمار اطراف تخت پاراوان قرار دهد.	۵
				بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت یا نیمه نشسته قرار دهد.	۶
				یک قطعه مشمایی کوچک در زیر دست بیمار قرار دهد.	۷
				تورنیکه را ببندد.	۸
				از طریق مشاهده و لمس کردن با نوک انگشتان، ورید مناسب برای رگ گیری را بر روی دست بیمار پیدا کند.	۹
				ناحیه مورد نظر را با پنبه الکل از مرکز به محیط ضد عفونی کند.	۱۰
				اسکالپ وین یا آنژیوکت را از بسته بندی خارج کند و پوشش پلاستیکی محافظ سر سوزن را از آن جدا کند.	۱۱
				اسکالپ وین یا آنژیوکت را به نحو صحیح در دست غالب خود بگیرد.	۱۲
				به کمک انگشت شست دست غیر غالب خود پوست ناحیه تزریق را از فاصله تقریبی ۵ سانتی در زیر محل تزریق به طرف پایین بکشد و ورید انتخابی را ثابت کند.	۱۳
				آنژیوکت یا اسکالپ وین را در زاویه ۳۰ تا ۴۵ درجه نسبت به پوست بگیرد به نحوی که برش اربن نوک سرسوزن به طرف بالا قرار گیرد.	۱۴
				سر سوزن را از روی پوست و از قسمت بالا یا بغل ورید وارد رگ کند و اندکی به جلو براند.	۱۵
				در صورت برگشت خون، در مورد آنژیوکت شیب آن را کاهش دهد و به سطح پوست نزدیک کند و در حالیکه سر سوزن را از قسمت انتهایی آنژیوکت بیرون می کشد، کاتتر پلاستیکی را به آرامی در مسیر رگ جلو ببرد .	۱۶
				تورنیکه را باز کند.	۱۷
				درپوش واقع در انتهای سرسوزن را از آن جدا کند و دهانه خروجی آنژیوکت را ببندد.	۱۸
				آنژیوکت یا اسکالپ را با چسب فیکس کند.	۱۹
				مشخصاتی همچون تاریخ و ساعت رگ گیری و نام فرد مسئول را بر روی سطح	۲۰



				خارجی چسب یادداشت کند.	
				ست سرم را از بسته بندی در آورد و پس از ضدعفونی کردن ناحیه مورد نظر بر روی سرم، کلاهک تیز را بردارد و با فشار در قسمت تعیین شده فرو کند.	۲۱
				سرم را به پایه سرم آویزان کند و هواگیری کند	۲۲
				قسمت انتهایی ست سرم یا میکروست را از درپوش آن بیرون آورد و به داخل دهانه آنژیوکت متصل نماید.	۲۳
				به آرامی کلامپ تعبیه شده بر روی ست یا میکروست را باز کند و تعداد قطره های وارد شده به ست یا میکروست را طبق محاسبه قبلی تنظیم کند.	۲۴
				وسایل را جمع آوری کند و اقلام عفونی و برنده را در سطلمهای مخصوص بیاندازد.	۲۵
				بیمار را در پوزیشن مناسب قرار دهد.	۲۶
				آموزش های لازم را درمورد عوارض سرم تراپی به بیمار بدهد.	۲۷
				پاراوان را بردارد.	۲۸
				دستکش را خارج کند و دستهای خود را بشوید.	۲۹

- چک لیست برقراری راه وریدی

توضیحات	انجام نداد نمره ۰	ناقص نمره ۰.۵	صحیح نمره ۱	
				۱ پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
				۲ وسایل را آماده کند(اسکالپ وین یا آنژیوکت، تورنیکه، پنبه الکل، دستکش یکبار مصرف، چسب، هیپارین لاک، قطعه مشمایی).
				۳ دست های خود را بشوید و دستکش بپوشد.
				۴ خود را به بیمار معرفی کند و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نماید.
				۵ در اتاق را ببندد و در صورت درخواست بیمار اطراف تخت پاراوان قرار دهد.
				۶ بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت یا نیمه نشسته قرار دهد.
				۷ یک قطعه مشمایی کوچک در زیر دست بیمار قرار دهد.
				۸ تورنیکه را ببندد.
				۹ از طریق مشاهده و لمس کردن با نوک انگشتان، ورید مناسب برای رگ گیری را بر روی دست بیمار پیدا کند.
				۱۰ ناحیه مورد نظر را با پنبه الکل از مرکز به محیط ضد عفونی کند.
				۱۱ اسکالپ وین یا آنژیوکت را از بسته بندی خارج کند و پوشش پلاستیکی محافظ سر سوزن را از آن جدا کند.
				۱۲ اسکالپ وین یا آنژیوکت را به نحو صحیح در دست غالب خود بگیرد.
				۱۳ به کمک انگشت شست دست غیر غالب خود پوست ناحیه تزریق را از فاصله تقریبی ۵ سانتی در زیر محل تزریق به طرف پایین بکشد و ورید انتخابی را ثابت کند.
				۱۴ آنژیوکت یا اسکالپ وین را در زاویه ۳۰ تا ۴۵ درجه نسبت به پوست بگیرد به نحوی که برش اریب نوک سرسوزن به طرف بالا قرار گیرد.
				۱۵ سر سوزن را از روی پوست و از قسمت بالا یا بغل ورید وارد رگ کند و اندکی به جلو براند.
				۱۶ در صورت برگشت خون، در مورد آنژیوکت شیب آن را کاهش دهد و به سطح پوست نزدیک کند و در حالیکه سر سوزن را از قسمت انتهایی آنژیوکت بیرون می کشد، کاتتر پلاستیکی را به آرامی در مسیر رگ جلو ببرد و در مورد اسکالپ وین شیب را کم کند و سرسوزن را به آرامی و تا به آخر در مسیر رگ جلو براند.
				۱۷ تورنیکه را باز کند.
				۱۸ درپوش واقع در انتهای سرسوزن را از آن جدا کند و دهانه خروجی آنژیوکت را ببندد.
				۱۹ آنژیوکت یا اسکالپ را با چسب فیکس کند.

				مشخصاتی همچون تاریخ و ساعت رگ گیری و نام فرد مسئول را بر روی سطح خارجی چسب یادداشت کند.	۲۰
				وسایل را جمع آوری کند و اقلام عفونی و برنده را در سطلهای مخصوص بیاندازد.	۲۱
				بیمار را در پوزیشن مناسب قرار دهد.	۲۲
				آموزش های لازم را درمورد علائم قلبیت و ترومبوفلبیت به بیمار بدهد.	۲۳
				پاراوان را بردارد.	۲۴
				دستکش را خارج کند و دستهای خود را بشوید.	۲۵

– چک لیست پانسمان زخم با استفاده از گاز

توضیحات	انجام نداد ۰. نمره	ناقص ۰.۵ نمره	صحیح ۱ نمره	
				۱ پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
				۲ وسایل را آماده کند (دستکش یکبار مصرف و دستکش استریل، ست پانسمان استریل، محلول شستشو دهنده، محلول ضد عفونی کننده، باند و نوار چسب، کیسه زباله، گان، ماسک، عینک).
				۳ پرونده پزشکی را مشاهده کرده و نوع پانسمان را انتخاب نماید.
				۴ میزان اطلاعات بیمار در مورد دلایل، اهداف و شیوه اجرای پانسمان کنترل کند و توضیحات کافی در خصوص پروسجر به بیمار بدهد.
				۵ بیمار را در پوزیشن مناسب قرار دهد به نحوی که محل زخم در معرض دید باشد.
				۶ در و پنجره های اتاق را ببندد و پاراوان را بکشد.
				۷ سطل زرد و مشکی را در کنار تخت قرار دهد.
				۸ دستهای خود را بشوید.
				۹ ماسک و عینک بزند و گان و دستکش های یکبار مصرف بپوشد.
				۱۰ پانسمان های کثیف قدیمی را به آرامی از روی زخم جدا کند و به درون کیسه زباله آماده شده بیاندازد.
				۱۱ زخم را از نظر رنگ، بو، ادم و ترشحات کنترل کند.
				۱۲ دستکش یکبارمصرف را از دست خارج کند و به داخل کیسه زباله بیاندازد.
				۱۳ بسته دستکش استریل را باز کند و به صورت آماده بر روی میز جلوی تخت قرار دهد.
				۱۴ با رعایت تکنیک استریل ست پانسمان را باز کند.
				۱۵ مقداری محلول ضد عفونی کننده درون گالی پات و مقداری سرم شستشو در رسیور بریزد.
				۱۶ دستکش های استریل را بپوشد.
				۱۷ یک سواب پنبه ای را با استفاده از فورسپس داخل گالی پات کرده و با محلول ضد عفونی تجویز شده آغشته نماید.
				۱۸ سواب های پنبه ای را برداشته و اقدام به ضد عفونی زخم نماید (با چرخش مچ دست و گرداندن سواب، تمامی سطوح آن را به شکل دورانی بر روی زخم بکشد).
				۱۹ با سرم شستشو محلول ضد عفونی کننده را پاک کرده و زخم را تمیز نماید.
				۲۰ با استفاده از گاز، سطح زخم را خشک کند.

				رویه خارجی زخم را با لایه های نازک گاز ببوشاند.	۲۱
				چند لایه گاز را با پنس گرفته و بر روی سطح زخم قرار دهد.	۲۲
				پانسمان را با استفاده از باند و چسب محکم نماید.	۲۳
				تاریخ انجام پانسمان روی آن نصب گردد.	۲۴
				دستکش، ماسک، گان و عینک را درآورد و به داخل کیسه زباله بیاندازد.	۲۵
				پاراوان و وسایل استفاده شده را جمع آوری نماید.	۲۶
				دست های خود را بشوید.	۲۷
				گزارش پانسمان را در پرونده پزشکی بیمار ثبت کند.	۲۸

- چک لیست سونداژ

توضیحات	انجام نداد ۰. نمره	ناقص ۰.۵ نمره	صحیح ۱ نمره	پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل را آماده کند (سوند فولی، یورن بگ، دستکش یکبار مصرف و استریل، ژل لوبریکانت، ظرف آب و صابون، محلول ضدعفونی کننده، ست پانسما، ۲ عدد سرنگ ۱۰ سی سی، دو عدد آب مقطر، رابرشیت، چسب، ماژیک).	۲
				پرونده بیمار را چک کند و دستور سونداژ را بررسی نماید.	۳
				خود را به بیمار معرفی کند و اجازه انجام مراقبت را از وی کسب نماید.	۴
				مواردی همچون میزان احتباس ادرار، آخرین بار دفع ادرار، قابلیت حسی حرکتی بیمار، سطح هوشیاری، سابقه حساسیت به لاتکس و ... را در ارتباط با دستگاه تناسلی ادراری از بیمار سوال کند.	۵
				در اتاق را ببندد و در اطراف تخت پاراوان قرار دهد.	۶
				دست های خود را بشوید.	۷
				دستکش یکبار مصرف را بپوشد.	۸
				ملافه های روی بیمار را به طرف پایین تا زده و پاهای بیمار را در معرض دید قرار دهد.	۹
				رابرشیت را در زیر باسن و ران های بیمار قرار دهد.	۱۰
				بیمار زن در پوزیشن خوابیده به پشت، پاهای باز، زانوها کاملاً خم و کف پاها روی تشک و بیمار مرد در پوزیشن خوابیده به پشت پاها اندکی از یکدیگر فاصله داشته باشند، قرارداده شود.	۱۱
				کیسه ادراری را بر روی پایه کناری تخت نصب کند و لوله پلاستیکی متصل به آن را در محلی نزدیک به پاهای بیمار در روی تخت فیکس کند.	
				آب مقطر را به داخل سرنگ اولی بکشد.	۱۲
				ست پانسما را با رعایت تکنیک استریل باز کند. سرنگ دوم را در داخل ست بیاندازد.	۱۳
				پوشش خارجی کنتر را به دقت باز کند و به آرامی بر روی حاشیه کناری ست قرار دهد.	۱۴
				مقداری محلول ضدعفونی کننده درون گالی پات بریزد.	۱۵
				مقداری از ژل لوبریکانت بر روی یکی از گازهای استریل درون ست خالی کند.	۱۶
				دستکش یکبار مصرف را خارج کند و دستکش استریل بپوشد.	۱۷
				بادکنک سوندفولی را امتحان نماید.	۱۸
				با استفاده از پنس یا فورسپس گلوله های پنبه ای آغشته به بتادین را بردارد و مجرای ادراری را ضدعفونی کند.	۱۹
				با دست غالب و استریل خود بخش فوقانی سوند ادراری را در فاصله ۷/۵ تا ۱۰ سانتی نوک آن بگیرد و به ژل آغشته کند.	۲۰
				نوک کنتر را به داخل مجرای ادراری فرو کند و ۵ تا ۸ سانت به جلو برود.	۲۱

				با دست غیر غالب و آلوده خود، قسمت انتهایی سوند را که از مجرا خارج شده محکم بگیرد (به حالت کلمپ).	۲۲
				با دست غالب خود سرنگ حاوی ۱۰ سی سی آب مقطر را به مجرای بالن متصل کند و تمامی مایع را تزریق کند.	۲۳
				سوند را رها کند و اجازه دهد مقدار اضافی آن از مجرای ادراری خارج شود.	۲۴
				کاتتر را به کیسه ادراری (یورین بگ) متصل کند و جریان ادرار را تحت نظر قرار دهد.	۲۵
				تاریخ نصب فولی را به کمک چسب فولی یادداشت کند.	۲۶
				با استفاده از چسب چند قسمت از سوند را به بدن و تخت بیمار فیکس کند.	۲۷
				رابرشیت را از زیر پاهای بیمار جمع کند. لباس ها و ملافه های بیمار را مرتب کند و پاراوان و وسایل را بردارد.	۲۸
				دستکش را از دست خارج کند.	۲۹
				دست های خود را بشوید.	۳۰
				مراقبت انجام داده شده را در برگه گزارش پرستاری ثبت کند.	۳۱

- چک لیست لاواژ به کمک NGT

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل را آماده کند (سوند بینی معدی ، سرنگ گاوژ، ژل لوبریکانت، چسب ضد حصیری، یک لیوان آب با نی، رسیور، دستکش یک بار مصرف، چراغ قوه، آبسلانگ، گوشی پزشکی، ماژیک، هیپارین لاک، حوله، سرم نرمال سالین، ست سرم، رسیور، یورین بگ، اتیکت سرم).	۲
				پرونده پزشکی بیمار را بررسی و دستور گاوژ را مشاهده نماید.	۳
				اطراف تخت پاراوان می کشد.	۴
				با بیمار ارتباط برقرار نموده و نحوه انجام پروسجر و لزوم انجام آن را به بیمار توضیح دهد.	۵
				دستها را ضد عفونی می کند.	۶
				دستکش یک بار مصرف می پوشد.	۷
				سوراخ بینی را از نظر هر گونه تنگی، انحراف، انسداد و پولیپ بررسی کند.	۸
				وضعیت هوشیاری و رفلکس گگ بیمار را بررسی کند.	۹
				سر تخت را در زاویه ۴۵ الی ۹۰ درجه بالا برده و بیمار را در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار دهد، به نحوی که سر و گردن اندکی به طرف عقب خم شده باشد.	۱۰
				روی سینه بیمار را با حوله بپوشاند و رسیور را در دسترس وی قرار دهد	۱۱
				فاصله تقریبی سوند از بینی تا معده را اندازه گیری کند و با ماژیک علامت می زند (با استفاده از معیار NEX).	۱۲
				جهت تسهیل ورود سوند به داخل بینی ۳ تا ۴ سانتی متر ابتدایی آن را با ژل لوبریکانت آغشته کند.	۱۳
				سر بیمار را اندکی به عقب خم کند و نوک سوند را با دقت وارد سوراخ بینی نموده و سپس به آرامی آن را به سمت عقب و پایین هدایت کند( به طرف گوش و حلق بیمار). در صورت هوشیار بودن بیمار یک لیوان آب به همراه نی در اختیار وی قرار دهد تا با خوردن آن به پایین رفتن لوله کمک کند.	۱۴
				از عبور سوند در حلق اطمینان می یابد و سوند را آنقدر در داخل مری جلو می برد تا به نقطه علامت گذاری شده با ماژیک برسد.	۱۵
				از استقرار صحیح سوند داخل معده مطمئن شود(مقداری هوا را توسط سرنگ به داخل سوند تزریق کند و به طور همزمان با قرار دادن گوشی بر روی ناحیه معده	۱۶



			صداهای حاصل از ورود هوا را گوش دهد و یا اینکه با اتصال یک سرنگ خالی به انتهای سوند و کشیدن پیستون آن به طرف عقب مقداری از ترشحات معده را آسپیره کند).	
			با مژیک دیواره سوند را در محل خروج از بینی علامت گذاری می کند تا در صورت جابجایی بلافاصله آن را درست کند.	۱۷
			با استفاده از چسب سوند بینی را در محل خود محکم کند.	۱۸
			جهت جلوگیری از نشت ترشحات معده بر روی لباس ها و ملافه بیمار و پیشگیری از ورود هوا به داخل معده، سر سوند را کلامپ کند.	۱۹
			بر روی سر سوند تاریخ نصب آن را می نویسد.	۲۰
			سرم شستشو را هواگیری و آماده تزریق به داخل معده کند.	۲۱
			ست سرم را به ناحیه سر لوله وصل کند و ۲۰۰ سی سی سرم را به داخل معده وارد کند.	۲۲
			ست سرم را جدا کند و سر لوله را به یورین بگ متصل کند.	۲۳
			مراحل را تکرار کند. این کار را تا زمانی که مایع آسپیره شده از معده کاملاً روشن و صاف شود ادامه دهد.	۲۴
			مقدار سرم وارد شده به داخل معده و مقدار مایع آسپیره شده را به دقت اندازه بگیرد و در گزارش پرستاری یادداشت کند.	۲۵
			تخت را مرتب کند و پاراون را باز کند.	۲۶
			وسایل را جمع آوری کند.	۲۷
			دستکش را خارج و دست های خود را ضدعفونی کند.	۲۸

چک آموزش به بیمار ارتوپدی (پس از گچ گیری پا)

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				خود را به بیمار معرفی کند و جهت معاینات از وی اجازه می گیرد.	۲
				درد محل گچ گیری را با پرسیدن محل دقیق درد و شدت آن ارزیابی کند.	۳
				وضعیت عصبی و عروقی (حرکت، حس، رنگ پریدگی، دما، نبض و پرشدگی مویرگی) عضو گچ گرفته شده کنترل می کند.	۴
				بیمار را به حرکت دادن انگشتان دست یا پای که داخل گچ است، تشویق می کند.	۵
				بیمار به حرکت دادن تمام مفاصل غیر ثابت و سالم خود جهت حفظ عملکرد مفاصل تشویق می کند.	۶
				به بیمار در مورد محدودیت های حرکتی (استفاده از عصا، عدم گذاشتن پا روی زمین، عدم انداختن وزن بدن روی پای دارای گچ) آموزش می دهد.	۷
				به بیمار آموزش دهد که گچ را تا خشک شدن کامل آن در وضعیت صحیح در معرض هوا قرار دهد تا از بدشکلی گچ تازه جلوگیری نماید.	۸
				به بیمار در مورد خیس نکردن گچ یا برش ندادن لبه های اضافی گچ آموزش دهد.	۹
				به بیمار در مورد استفاده از لباس مناسب برای اندام دارای گچ (لباس با آستین یا پاچه گشاد) آموزش دهد.	۱۰
				به بیمار در رابطه با لزوم وجود گچ و مدت زمانی که باید گچ را داشته باشد (۲ تا ۶ ماه بسته به نظر پزشک) توضیح دهد.	۱۱
				به بیمار در مورد تشریح روند درمان برای بیمار، گرفتن گرافی کنترل (در صورت لزوم) پس از گچ گیری و مراجعه مجدد به پزشک (۱ ماه بعد) توضیح دهد.	۱۲
				به بیمار آموزش دهد در صورت وجود درد، نبض ضعیف، رنگ پریدگی، بی حسی، فلج و عدم تحرک اندام و وجود ترشح یا بوی بد از زیر گچ هرچه سریعتر به پزشک مراجعه کند.	۱۳
				به بیمار در خصوص پیشگیری از زخم بستر و نقاط فشاری حساس (به علت افزایش فشارگچ روی برجستگی های استخوانی ممکن است زخم فشاری ناشی از گچ ایجاد شود) آموزش دهد.	۱۴
				به بیمار در خصوص سندرم عدم تعادل (انجام انقباضات ایزومتریک و	۱۵

				ایزوتونیک زیر گچ. تقویت عضلات با ورزش و فیزیوتراپی) آموزش دهد.	
				به بیمار آموزش دهد جهت پیشگیری از ادم، عضو مبتلا بالاتر از سطح قلب قرار دهد.	۱۶
				به بیمار آموزش دهد از خاراندن پوست زیر گچ به علت ایجاد زخم خودداری کند. در صورت خارش می تواند از سشوار با هوای سرد استفاده کند.	۱۷
				به بیمار آموزش دهد می تواند استحمام کند ولی باید عضو گچ گرفته شده را با یک محفظه پلاستیکی محافظت کند.	۱۸
				مراقبت انجام داده شده و آموزش های داده شده را در برگه گزارش پرستاری ثبت کند.	۱۹

- چک لیست مراقبت پرستاری از بیمار بعد جراحی شکم

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				پرونده بیمار را بررسی می کند.	۲
				وسایل را آماده کند (چک لیست آموزش به بیمار، خودکار، دستکش یکبار مصرف، فشارسنج، گوشی، ترمومتر، ساعت مچی، برگه ثبت علائم حیاتی، برگه ثبت دفع و جذب، سرنگ، آمپول موفین، آب مقطر، اسپرومتری تشویقی).	۳
				دست های خود را ضد عفونی می کند.	۴
				دستکش یکبارمصرف را بپوشد.	۵
				برای حفظ حریم خصوصی پاراوان قرار دهد.	۶
				سطح هوشیاری بیمار را بررسی می کند.	۷
				خود را به بیمار معرفی کند و با برقراری ارتباط مناسب با بیمار از وی حمایت می کند.	۸
				علائم حیاتی (فشارخون، نبض، تنفس، دمای بیمار) بیمار را (ذکر نماید: هر ۱۵ دقیقه ۱ ساعت اول- هر ۳۰ دقیقه ۶ ساعت اول- هر ۶ساعت تا ۲۴ ساعت) کنترل می کند.	۹
				علائم حیاتی بیمار (فشارخون، نبض، تنفس، دمای بیمار و سطح هوشیاری) را در برگه علائم حیاتی ثبت می کند.	۱۰
				پانسمان بیمار را از نظر رنگ، بو، میزان ترشحات و خونریزی بررسی می کند.	۱۱
				درد محل لاپاراتومی را با پرسیدن محل دقیق درد و شدت آن ارزیابی کند.	۱۲
				یکی از روشهای تن آرامی، تنفس عمیق، موسیقی و تصور هدایت را جهت کاهش درد به بیمار آموزش می دهد.	۱۳
				در صورت نرمال بودن فشار خون، طبق دستور ۳ میلیگرم مورفین برای بیمار تجویز می کند.	۱۴
				سوند ادراری بیمار را از لحاظ اتصال بررسی کرده و ادرار موجود در کیسه ادراری را تخلیه می کند.	۱۵
				میزان ادرار بیمار را ثبت کرده و در صورتی که در یک ساعت کمتر از ۳۰ سی سی می باشد، اطلاع دهد.	۱۶
				درن و لوله های متصل به بیمار را از لحاظ مقدار ترشحات و نحوه اتصال بررسی می کند.	۱۷

				جهت خروج ترشحات ریه و همچنین حمایت از زخم و کاهش درد به بیمار توصیه میکند که روی محل عمل را با دست یا یک بالش حمایت نموده و سرفه کند.	۱۸
				جهت خروج ترشحات ریه، بیمار را به انجام اسپرومتری تشویق می کند.	۱۹
				نتایج آزمایشات بیمار، بخصوص میزان هماتوکریت و سطح پتاسیم خون را بررسی می کند.	۲۰
				به بیمار آموزش می دهد شروع تغذیه طبق نظر پزشک ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از عمل با مایعات صاف به مقدار کم سپس مصرف مایعات کامل و غذاهای نیمه جامد مثل سوپ و فرنی و پوره و پس از آن مصرف غذاهای معمولی می باشد.	۲۱
				بیمار آموزش می دهد جهت پیشگیری از یبوست، مایعات و غذاهای فیبردار استفاده نماید و تحرک داشته باشد.	۲۲
				به بیمار آموزش می دهد برای جلوگیری از استاز خون و ایجاد ترومبوز، حرکات فعال پا را انجام دهد.	۲۳
				به بیمار آموزش می دهد در صورت بروز علائم (تب بیش از ۲ روز -درد و سفتی شکم - باز شدن یا عفونت بخیه ها-استفراغ های متوالی) هر چه سریعتر اطلاع دهد.	۲۴
				دستکش را از دست خارج می کند.	۲۵
				دست های خود را ضدعفونی کند.	۲۶
				مراقبت انجام داده شده و آموزش های داده شده را در برگه گزارش پرستاری ثبت کند.	۲۷

۲) گروه امتحانی مراقبت های ویژه

چک لیست احیا قلبی و ریوی پایه

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل را آماده کند (چست لید، دستگاه الکتروشوک، دستگاه مانیتورینگ، ژل الکتروشوک، آمبوبگ، اکسیژن. دستکش، ماسک).	۲
				دستکش می پوشد.	۳
				اطراف تخت پاراوان می کشد.	۴
				هوشیاری بیمار را با صدازدن و ضربه زدن به شانه بیمار چک میکند.	۵
				نبض و تنفس را همزمان باهم چک میکند (نبض را از طریق شریان کاروتید و در عرض ۱۰ ثانیه چک میکند و همزمان تنفس را از طریق بالا و پایین رفتن قفسه سینه چک میکند)	۶
				بلافاصله درخواست کمک کرده و کد ۹۹ اعلام می کند.	۷
				تخته CPR را پشت بیمار قرار میدهد.	۸
				دستهارا در محل مناسب (یک سوم تحتانی استرنوم) قرار می دهد.	۹
				ماساژ قلبی رامحکم (Hard) و سریع (Fast) با سرعت ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه انجام می دهد.	۱۰
				انگشتها به طور مستقیم و کشیده قرار گرفته یا روی دنده ها در یکدیگر قفل شده است	۱۱
				آرنج ها را راست نگه داشته و فشارابه طور عمود وارد میکند	۱۲
				از فشار وزن کل بدن برای فشردن استفاده می کند.	۱۳
				فشار به عمق ۶-۵ سانتیمتر را در هر ماساژ رعایت میکند	۱۴
				بعد از هر بار فشردن قفسه سینه، اجازه رهاشدن بدون برداشتن دست رابه قفسه سینه می دهد.	۱۵
				از مانورهای باز کردن راه های هوایی به تناسب استفاده میکند.(مانورهای Head Tilt/ Chin Lift)	۱۶
				بعد ۳۰ ماساژ، آمبوبگ را به روش CE در روی دهان بیمار نگه می دارد.	۱۷
				بعد ۳۰ ماساژ به بیمار ۲ تنفس با آمبوبگ در طی ۵ ثانیه می دهد.	۱۸
				بعد از ۲ دقیقه ماساژ یا ۵ سیکل ۳۰ به ۲ نبض را مجددا چک میکند.	۱۹
				پدال های دفیبریلاتور را به طور صحیح روی بیمار قرار می دهد.	۲۰
				ریتم قلبی بیمار اچک میکند، در صورتی که بیمار دارای ریتم قابل شوک است، ژول	۲۱

				مورد نظر را تنظیم می نماید. در این غیر صورت CPR را ادامه می دهد.	
				پدال را پس از آغشته کردن با ژل روی ناحیه مناسب قرار می دهد (پدال استرنوم فضای بین دنده ای دوم سمت راست ، پدال اپکس در فضای بین دنده ای ۵ میدکلاویکل)	۲۲
				فشار مناسب و قرینه بر روی هردو پدال به وزن ۱۰-۱۲ کیلوگرم وارد می کند	۲۳
				سه مرتبه اعلام شوک می کند و از تخت فاصله می گیرد.	۲۴
				دکمه تخلیه راهمزمان فشار می دهد.	۲۵
				بلافاصله پس از شوک مجدد ماساژ قلبی را شروع کند.	۲۶
				توالی CABD را رعایت میکند.	۲۷
				وسایل و پاراون را بر می دارد.	۲۸
				دستکش را خارج و دست های خود را ضد عفونی می کند.	۲۹
				عملیات احیا را در گزارش پرستاری ثبت می کند.	۳۰

- چک لیست ساکشن کردن لوله تراشه

۱	پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.			
۲	وسایل را آماده کند (نلاتون، دستکش استریل ، سرم نرمال سالین، آب مقطر، سرنگ ۱۰ سی سی، دستگاه ساکشن، آمبویگ ، اکسیژن ).			
۳	پرونده پزشکی بیمار را بررسی می کند.			
۴	نحوه انجام پروسجر و لزوم انجام آن را به بیمار توضیح دهد.			
۵	اطراف تخت پاراوان می کشد.			
۶	دست ها را می شوید.			
۷	وسایل محافظت فردی (عینک ، گان، دستکش ) استفاده می کند.			
۸	بیمار را در وضعیت مناسب ساکشن (در بیماران هوشیار پوزیشن نشسته یا نیمه نشسته و در بیماران بی هوش وضعیت لترال) قرار می دهد.			
۹	ساکشن را روشن می کند			
۱۰	فشار ساکشن را تنظیم می کند (ساکشن پرتابل: (۱۰-۱۰۰ میلی متر جیوه)			
۱۱	بیمار را با چند تنفس عمیق (با امبویگ یا اکسیژن ۱۰۰٪) هایپرونتیله می کند			
۱۲	کاور کاتتر ساکشن را باز می کند			
۱۳	دستکش استریل می پوشد			
۱۴	با دست استریل کاتتر ساکشن را، به لوله دستگاه ساکشن (که در دست غیر استریل است) وصل می کند .			
۱۵	در حالت خاموش بودن دستگاه (در صورت استفاده از رابط سه راهی در حالت عدم مکش)، کاتتر ساکشن (نلاتون) را به روش استریل وارد لوله تراشه می کند			
۱۶	هنگام خارج کردن نلاتون ، انرا به صورت دورانی خارج میکند.			
۱۷	مدت زمان هر بار ساکشن را حداکثر ۱۵ ثانیه انجام می دهد.			
۱۸	بعد از ساکشن کردن بیمار را با چند تنفس عمیق (با امبویگ متصل به اکسیژن ۱۰۰٪) هایپرونتیله میکند			
۱۹	رابط ساکشن را با نرمال سالین شستشو میدهد			
۲۰	پس از ساکشن کردن وسایل مورد استفاده ساکشن (دستکش، نلاتون...) را در سطل زباله مخصوص (زرد) می اندازد			
۲۱	مشاهدات خود را ثبت می کند			
۲۲	وسایل و پاراون را بر می دارد.			
۲۳	دست های خود را بشوید			



چک لیست مراقبت پرستاری از بیمار دچار MI حاد

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل را آماده کند (سوندنازال اکسیژن، چست لید، دستکش یکبار مصرف ، دستگاه مانیتورنگ پرتابل، پاراوان، خودکار، برگه علائم حیاتی ، برگه جذب و دفع).	۲
				پرونده بیمار را بررسی می کند.	۳
				دست های خود را ضد عفونی کند.	۴
				دستکش یکبار مصرف را بپوشد.	۵
				خود را به بیمار معرفی کند و با بیمار ارتباط برقرار می کند.	۶
				مواردی همچون درد قفسه سینه ، محل ، شدت، انتشار، طول مدت ، عوامل موثر بر آن و نشانه های دیگری مثل تهوع ، تعریق از بیمار سوال می کند.	۷
				با بیان جملاتی (مانند: تحت نظر است، تیم پزشکی آماده ارائه خدمات است و ... ) به آرامسازی بیمار و کاهش ترس ها و اضطراب کمک می کند.	۸
				به بیمار آموزش می دهد در تخت استراحت مطلق (CBR) باشد.	۹
				در صورت بالا بودن یا طبیعی بودن فشار خون بیمار را در پوزیشن نیمه نشسته قرار می دهد.	۱۰
				با اتصال لیدهای سینه ای بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار دهد.	۱۱
				علائم حیاتی بیمار (فشار خون ، ضربان قلب ، تعداد تنفس، پالس اکسیمتری ) را با مانیتورینگ پرتابل چک نماید.	۱۲
				وضعیت همودینامیک بیمار(فشارخون، اشباع اکسیژن شریانی، تعداد نبض و تنفس و سطح هوشیاری) را در برگه علائم حیاتی ثبت کند.	۱۳
				در صورتی که میزان اشباع اکسیژن شریانی کمتر از ۹۲ درصد بود ، طبق دستور اکسیژن برقرار کند.	۱۴
				دارودرمانی (پرل زیربانی TNG، قرص ASA ۳۲۵ میلیگرم، پلاویکس ۳۰۰ میلیگرم، آتروستاتین ۸۰ میلیگرم ) را طبق دستور اجرا می کند.	۱۵
				۲ تا ۳ میلیگرم مورفین را طبق دستور آماده و سپس بصورت وریدی آهسته (در ۱۰ ثانیه) تزریق می کند.	۱۶
				برگه جذب و دفع بیمار را تکمیل می نماید.	۱۷
				عوارض TNG را به بیمار آموزش می دهد (شامل سردرد، گرگرفتگی، سوزش دهان).	۱۸
				به بیمار آموزش دهد تا اطلاع ثانوی NPO می باشد.	۱۹
				در خصوص بیماری و سیر درمان آن به بیمار آموزش می دهد .	۲۰
				به بیمار در مورد رژیم غذایی کم نمک آموزش می دهد.	۲۱

				دستکش را از دست خارج میکند و مجددا دست را ضدعفونی می کند.	۲۲
				مراقبت انجام داده شده را در برگه گزارش پرستاری ثبت کند.	۲۳

- چک لیست مانیتورینگ و شناسایی آریتمی

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل را آماده کند (چست لید، دستگاه الکتروشوک، دستگاه مانیتورینگ، ژل الکتروشوک، آمبوبگ، اکسیژن).	۲
				پرونده پزشکی بیمار را بررسی می کند.	۳
				دستکش می پوشد.	۴
				اطراف تخت پاراوان بکشد.	۵
				هوشیاری بیمار را چک می کند.	۶
				نبض و تنفس بیمار را چک می کند.	۷
				دستگاه مانیتورینگ رابه برق وصل میکند و جهت روشن کردن دستگاه کلید، راروی ON یا Manitor قرار میدهد	۸
				چست لید هارادرنواحی مناسب میچسباند و سیم لیدهارا در نواحی درست وصل میکند (قرمز فضای بین دنده ای دوم سمت راست، زرد فضای بین دنده ای دوم سمت چپ، مشکی فضای بین دنده ای پنجم سمت راست، سبز فضای بین دنده ای پنجم سمت چپ، سفید در وسط لیدهای دیگر)	۹
				تغییر لید رابه وسیله دکمه Lead روی لید ۲ انجام میدهد.	۱۰
				آریتمی مورد نظر را شناسایی میکند.	۱۱
				علائم همودینامیک را بررسی می نماید ( هوشیاری، فشار خون، اشباع هموگلوبین، درد قفسه سینه)	۱۲
				اندیکاسیون های ماساژ کاروتید را چک می کند ( سابقه سکتة مغزی، وجود سوفل، سن بالای ۶۰)	۱۳
				تحریک واگ را انجام می دهد.	۱۴
				ماساژ سینوس کاروتید را در سمت راست و طی ۵ تا ۱۰ انجام می دهد.	۱۵
				مقدار ۶ میلی گرم آدنوزین را به صورت تزریق وریدی IV Blos پیشنهاد داده و در آنژیوکت فیکس شده در دست چپ تزریق می کند. سپس ۲۰ سی سی آب مقطر تزریق می نماید.	۱۶
				مجدد ریتم را چک می کند.	۱۷
				مشاهدات خود را ثبت میکند	۱۸
				تخت و وسایل را مرتب میکند و پاراون را باز میکند.	۱۸
				دست های خود را بشوید	۱۹

نکته: سن کودک در هر مرحله امتحان ممکن است متفاوت باشد.

- چک لیست پایش رشد اطفال

				۱ پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
				۲ سن کودک را محاسبه کرده و با کارت پایش رشد وی مطابقت می دهد ( بر اساس سن (؟؟ ماهه) مراقبت ها را اجرا می کند.
				۳ با متر نواری دو سر کودک را از پیشانی تا برجستگی پشت سر، اندازه گیری کرده و در کارت رشد ثبت می کند.
				۴ کودک را بر روی میز خوابنده و سر وی را به قسمت بالای خط کش تماس می دهد.
				۵ با قسمت متحرک خط کش پاشنه پای کودک را بر روی درجه مشاهده می نماید. اندازه مشخص شده در کارت رشد ثبت می کند.
				۶ ترازو را تنظیم کرده ، کودک را بر روی آن قرار داده و به درستی توزین می کند.
				۷ با توجه به لباس کودک ۱۰۰ تا ۱۵۰ گرم از وزن کودک کم کرده و عدد بدست آمده را در کارت رشد ثبت می کند.
				۸ در تمام مراحل فوق موازین ایمنی را مراعات می کند.
				۹ نمودار قد کودک را به درستی رسم کرده و نتیجه را به مادر کودک اعلام می کند.
				۱۰ نمودار وزن کودک را به درستی رسم کرده و نتیجه را به مادر کودک اعلام می کند.
				۱۱ نمودار دور سر کودک را به درستی رسم کرده و نتیجه را به مادر کودک اعلام می کند.
				۱۲ در صورت نقص در هریک از شاخص های بدست آمده (بیشتر یا کمتر از حد مورد انتظار) آموزش های لازم را به مادر ارائه می دهد.
				۱۳ با توجه به سن کودک (؟؟ ماهه) سوالات مربوط به سطح تکامل وی را از مادر می پرسد. (سوال: ؟؟؟؟ در صورت نقص دانشجو باید بگوید که کودک باید به متخصص نورولوژی اطفال مراجعه نماید.
				۱۴ جواب های ارائه شده از سوی مادر را در کارت رشد ثبت می کند.
				۱۵ با توجه به سطح تکاملی کودک آموزش های لازم را به مادر ارائه می دهد ( تمرینات ؟؟؟ تشویق کنید، وسایل مختلفی ؟؟؟ تمرین کند.

				در مورد تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی از مادر سوال پرسیده و آموزش های لازم را ارائه می دهد (آموزش مربوط به تغذیه شامل: ؟؟؟؟)	۱۶
				زمان مراجعه بعدی را به مادر اعلام می کند (؟؟؟؟ ماه دیگر مراجعه نماید).	۱۷
				وسایل را مرتب کرده و اتاق را ترک نماید.	۱۸

- چک لیست وارنیش تراپی

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل مورد نیاز را جمع آوری می کند (کارت پیش رشد، خودکار، دستکش یکبار مصرف، آینه یکبار مصرف دندانپزشکی، گاز استریل، ماده وارنیش تراپی)	۲
				دست های خود را می شوید.	۳
				خود را به بیمار یا همراه وی معرفی می کند.	۴
				سن کودک را بر اساس تاریخ تولد محاسبه کرده و با کارت پایش رشد وی مطابقت می دهد. (بر اساس سن مراقبت ها را اجرا می کند).	۵
				در مورد خوردن غذای کافی قبل از وارنیش تراپی کودک را بررسی می کند.	۶
				مسواک زدن و تمیز کردن فضای دهان قبل از وارنیش تراپی کودک را بررسی می کند.	۷
				آموزش های لازم در مورد مصرف مایعات بعد از وارنیش تراپی را به کودک یا همراه وی ارائه می کند. (مصرف مایعات خنک و عدم مصرف مایعات داغ)	۸
				آموزش های لازم در مورد تغذیه بعد از وارنیش تراپی را ارائه می کند. (عدم گاز زدن میوه و غذاهای سخت)	۹
				آموزش های لازم را در مورد مسواک زدن کودک بعد از وارنیش تراپی ارائه می کند. (روز وارنیش تراپی از زدن مسواک خودداری کند).	۱۰
				آموزش های لازم را در مورد تغییر رنگ موقتی دندانها (زرد رنگ شدن) بعد از وارنیش تراپی ارائه می کند. (تغییر رنگ موقتی و طبیعی بوده و بعد از مدتی از بین می رود).	۱۱
				دستکش یکبار مصرف می پوشد.	۱۲
				معاینه دندانها با آینه یکبار مصرف دندانپزشکی جهت بررسی وضعیت دندانها و وجود زخم در دهان را انجام می دهد.	۱۳
				با گاز استریل به شکل صحیح سطح دندان ها خشک می کند.	۱۴
				ماده وارنیش تراپی را بلافاصله قبل از استفاده باز نماید و مخلوط کند.	۱۵
				پوزیشن مناسب به سر متناسب با سن کودک می دهد. (سر خم شود)	۱۶
				وارنیش تراپی دندانها را بطور صحیح انجام می دهد. (ماده فلوئور به سطح جلویی و پشتی دندانها مالیده شود).	۱۷
				زمان مراجعه بعدی (شش ماه بعد) را به مادر اعلام و در کارت وارنیش تراپی ثبت می کند.	۱۸
				دستکش را خارج نماید و دست را ضدعفونی می کند.	۱۹
				سپس وسایل را مرتب کرده و اتاق را ترک می نماید.	۲۰

- چک لیست مادر باردار

				۱ پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
				۲ شرح حال مادر باردار را با تاکید بر تاریخچه بارداری اخذ می کند.
				۳ علائم حیاتی بیمار را اندازه گیری کرده و طبیعی یا غیر طبیعی بودن آنها را تشخیص می دهد.
				۴ قد و وزن مادر باردار را اندازه گیری کرده و در مورد میزان وزن گیری وی قضاوت می کند.
				۵ آزمایش های مادر باردار را تفسیر کرده و آموزش های لازم را در این زمینه ارائه می دهد.
				۶ تاریخچه واکسناسیون مادر باردار را بررسی کرده و در صورت نیاز واکسن وی را تلقیح می کند.
				۷ علائم و عوامل خطر مسمومیت حاملگی را بررسی کرده و در صورت نیاز مادر باردار را ارجاع می دهد.
				۸ ارتفاع رحم را اندازه گیری کرده و طبیعی یا غیر طبیعی بودن آن را تشخیص می دهد.
				۹ شکایت های شایع دوران بارداری را بررسی کرده و در مورد هریک آموزش های لازم را ارائه می دهد.
				۱۰ در مورد تغذیه مادر باردار آموزش های لازم را ارائه می دهد.
				۱۱ در مورد مصرف مکمل های فولیک اسید، آهن و سایر ویتامین ها آموزش های لازم را ارائه می دهد.
				۱۲ تاریخ تقریبی زایمان را محاسبه و به مادر اعلام می کند.
				۱۳ احتمال بروز ناسازگاری خونی مادر و جنین را بررسی کرده و اقدامات لازم را انجام می دهد.
				۱۴ به سوالات مادر در زمینه مسافرت، ورزش، فعالیت و استراحت در دوران بارداری به درستی پاسخ می دهد.
				۱۵ در مورد اقدامات پیش از زایمان و آمادگی جهت زایمان، آموزش های لازم را ارائه می دهد.
				۱۶ مادر باردار را جهت انجام آزمون های غربالگری و آزمون های تشخیصی در دوران بارداری ارجاع می دهد.
				۱۷ مراقبت های انجام شده را در پرونده خانوار ثبت می نماید.
				۱۸ زمان مراجعه بعدی را به مادر اعلام می کند.

				وسایل را مرتب کرده و اتاق را ترک نمایید.	۱۹
--	--	--	--	--	----



## - چک لیست واکسیناسیون

نکته: سن کودک در هر مرحله امتحان ممکن است متفاوت باشد.

۱				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
۲				وسایل لازم را آماده می کند (شامل سرنگ، کلدباکس، آیس بگ، واکسن ثلاث، MMR، و پولیو، کارت واکسن).
۳				آموزشهای لازم در خصوص واکسن ها و عوارض احتمالی آن ها را به مادر کودک ارائه می دهد (کمپرس سرد و گرم در محل تزریق ثلاث، مصرف قطره استامینوفن در صورت تب).
*۴				واکسن های مناسب با برنامه واکسیناسیون کودک را انتخاب می کند (شامل قطره پولیو، ویال ثلاث و MMR).
۵				قبل از انجام تزریقات دستهای خود را با آب و صابون می شوید.
۶				با رعایت زنجیره سرما، واکسن ها را از کلد باکس خارج کرده و در سوراخ های آیس بگ قرار می دهد (از قسمت سر ویال گرفته و فوراً بر روی یخ قرار دهد).
۷				واکسن ها را از نظر تاریخ و محتوی آن بررسی می کند.
۸				کودک را در پوزیشن مناسب در آغوش مادر قرار می دهد (به صورت نیمه نشسته به طوری که دست چپ مادر سر و گردن کودک را حمایت کند).
۹				واکسن خوراکی فلج اطفال را در دست گرفته و در کوتاه ترین زمان بدون تماس نوک قطره با لب، دو قطره در دهان کودک می چکاند.
*۱۰				با یک پد الکی قسمت فوقانی بازوی راست کودک را با حرکت دایره ای از مرکز به خارج ضد عفونی می کند.
۱۱				سرنگ AD را به طور صحیح و با رعایت نکات استریل از پوشش خود خارج کرده و به قسمت مرکزی درپوش ویال واکسن وارد می کند.
۱۲				ویال را به صورت وارونه نگهداشته و به اندازه نیم سی سی از واکسن MMR را می کشد.
۱۳*				سرنگ را از ویال به شکل صحیح خارج کرده، ویال را بر روی آیس بگ قرار داده و درپوش سرنگ را به شیوه صحیح می گذارد.
۱۴				با دست غیر غالب آرنج کودک را گرفته و با کشیدن پوست محل تزریق سوزن را با زویه ۴۵ درجه، به اندازه مناسب وارد می کند.
۱۵				واکسن را به بدن کودک تزریق کرده با گذاشتن پنبه خشک بر روی سوزن، آنرا خارج کرده و پنبه را بر روی محل تزریق قرار می دهد.

				سرنگ را بدون سرپوش گذاری در ظرف سیفتی باکس دفع می کند.	۱۶
				با پنبه الکلی آماده درپوش ویال ثلاث را به صورت دورانی ضدعفونی می کند.	۱۷
				با یک پد الکلی دیگر قسمت میانی خارجی ران چپ کودک را با حرکت دایره ای از درون به بیرون ضدعفونی می کند.	۱۸
				سرنگ AD را به طور صحیح و با رعایت نکات استریل از پوشش خود خارج کرده و به قسمت مرکزی درپوش ویال واکسن وارد می کند.	۱۹
				ویال را به صورت وارونه نگهداشته و به اندازه نیم سی سی از واکسن پنتا والان را می کشد.	۲۰
				سرنگ را از ویال خارج کرده، ویال را بر روی آیس بگ قرار داده و در پوش سرنگ را به شیوه صحیح می گذارد.	۲۱*
				با جمع کردن یا کشیدن عضله ران کودک سوزن را به اندازه مناسب با زاویه ۹۰ درجه وارد می کند.	۲۲
				واکسن را به بدن کودک تزریق کرده با گذاشتن پنبه کنار سوزن، آنرا از عضله خارج کرده و پنبه را بر روی محل تزریق فشار می دهد.	۲۳
				سرنگ را بدون سرپوش گذاری در ظرف سیفتی باکس دفع می کند.	۲۴
				ویال های واکسن را بلافاصله بعد از تزریق در درون کلد باکس قرار می دهد.	۲۵
				واکسن های تزریق شده را با ذکر تاریخ، شماره سریال و نام شرکت سازنده در کارت واکسن کودک ثبت می کند.	۲۶
				وسایل را جمع کرده و اتاق را مرتب می کند.	۲۷
<b>* قسمت های ستاره دار در صورت درست انجام نشدن موجب صفر شدن نمرات مرتبط با آن عبارت خواهد بود.</b>					

۴) گروه امتحانی کودکان

- جمع آوری نمونه ادرار، در کودکان فاقد کنترل ادرار

				۱ پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
				۲ وسایل را آماده می کند. ( کیسه جمع آوری ادرار دخترانه یا پسرانه، دستکش لاتکس یکبار مصرف، محلول صابون، گاز استریل، لیوان یکبار مصرف، برچسب نمونه آزمایش، اگن و پارچ آب )
				۳ پرونده پزشکی بیمار را بررسی و دستورآزمایش را مشاهده نماید.
				۴ در حضور والدین روش انجام کار را برای آنها توضیح می دهد.
				۵ اطراف تخت پاراوان بکشد.
				۶ دستهایش را می شوید.
				۷ کودک را به آرامی به پشت خوابانده، دستکش یک بار مصرف می پوشد.
				۸ دیپپر کودک را بر می دارد.
				۹ ناحیه تناسلی را با آب و صابون سه بار شستشو داده و خشک می کند.
				۱۰ چسب کیسه جمع آوری ادرار را جدا می کند.
				۱۱ پاهای کودک را از هم باز نگه می دارد.
				۱۲ کیسه جمع آوری ادرار را بر روی پرینه کودک به نحو صحیح می چسباند.
				۱۳ ملحفه را بر روی پاهای کودک می اندازد.
				۱۴ دستکش را در آورده و دستهایش را می شوید.
				۱۵ به مادر نوزاد ذکر می کند، هر پانزده دقیقه باید کیسه را از نظر جمع شدن ادرار (تا ۴۵ دقیقه) چک شود.
				۱۶ وقتی نمونه ادرار گرفته شد، دوباره دستکش پوشیده و کیسه ادرار را در ظرف نمونه ادرار قرار می دهد.
				۱۷ برچسب زمان، تاریخ، نام و نام خانوادگی بیمار را بر روی ظرف نصب کرده و آن را بلافاصله به آزمایشگاه ارسال می کند.
				۱۸ همه وسایل مصرفی آلوده را دور انداخته و محیط کار مرتب می کند.
				۱۹ روش کار را در پرونده بیمار ثبت می کند.

دست‌هایش را می‌شوید.

۲۰

				۱ پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
				۲ وسایل را آماده می کند. ( ترمومتر زیربغلی ، ظرف پنبه الکل، گاز استریل، دستکش لاتکس یکبار مصرف، لگن جهت تن شوپه، آب ولرم، برگه ثبت علائم حیاتی، شربت استامینوفن، سرنگ ۱۰ سی سی)
				۳ پرونده پزشکی بیمار را بررسی و دستورااستامینوفن را مشاهده نماید.
				۴ نحوه انجام پروسجر و لزوم انجام آن را به مادر کودک توضیح دهد.
				۵ اطراف تخت پاراوان بکشد.
				۶ دستهایش را می شوید.
				۷ زیر بغل کودک را کنترل کرده و در صورت تعریق آن را با حوله خشک می کند.
				۸ سطح جیوه دماسنج را به زیر ۳۵ درجه تنظیم می کند.
				۹ به نحو صحیح دماسنج را در زیر بغل کودک قرار می دهد.
				۱۰ بعد از ۳-۵ دقیقه، دماسنج را از زیر بغل برداشته و آن را با دستمال پاک می کند.
				۱۱ دمای دماسنج را به نحو صحیح می خواند.
				۱۲ دماسنج را شسته و خشک می کند و دمای را زیر ۳۵ درجه تنظیم می کند.
				۱۳ لباس ها و پوشش بیمار را کم می کند.
				۱۴ جهت تن شوپه دست ها و صورت بیمار را می شوید.
				۱۵ ۴ پارچه های نمدار را خیس ۲ زیر بغل و ۲ تا روی کشاله ران کودک قرار می دهد.
				۱۶ پاهای کودک را از مچ به پایین می شوید.
				۱۷ یک پارچه نمدار به طور چرخشی در قسمت های مختلف بدن قرار می دهد. ( دست ها- پاها- پشت و شکم)
				۱۸ پس از یک راند تن شوپه درجه حرارت را مجدد چک می کند.
				۱۹ طبق تجویز پزشک، داروی تب بر را برای کودک تجویز می نماید (با توجه به دوز و زمان).
				۲۰ آموزش کنترل تب را به همراه بیمار (مصرف مایعات، کاهش لباس، تن شوپه، کاهش دمای محیط) بیان می کند.

				وسایل و محیط کار را مرتب می کند.	۲۱
				درجه حرارت و آموزش تب را ثبت می کند.	۲۲
				دست ها را مجددا می شوید.	۲۳

- چک لیست احیاء قلبی ریوی پایه در نوزاد

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل را آماده کند (چست لید، دستگاه الکتروشوک، دستگاه مانیتورینگ، ژل الکتروشوک، آمبویگ، اکسیژن، دستکش، ماسک).	۲
				دستکش می پوشد.	۳
				اطراف تخت پاراوان می کشد.	۴
				وضعیت هوشیاری شیرخوار را بررسی می کند. (ضربه آهسته به شکم یا کف پای شیرخوار)	۵
				شیرخوار را در وضعیت مناسب قرار می دهد. (سطح صاف و سخت، سر و گردن حمایت)	۶
				نبض و تنفس را همزمان باهم چک میکند (نبض را از طریق شریان براکیال و در عرض ۱۰ ثانیه چک میکند و همزمان تنفس را از طریق بالا و پایین رفتن قفسه سینه چک میکند)	۷
				بلافاصله درخواست کمک کرده و کد ۹۹ اعلام می کند.	۸
				دستها را در محل مناسب (یک انگشت زیر خط تلاقی دو نیپل به صورت دو انگشت شماره ۳ و ۴) قرار می دهد.	۹
				ماساژ قلبی رامحکم (Hard) و سریع (Fast) با سرعت ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه انجام می دهد.	۱۰
				آرنج ها را راست نگه داشته و فشارابه طور عمود وارد میکند	۱۱
				فشار به عمق ۴ سانتیمتر را در هر ماساژ رعایت میکند	۱۲
				بعد از هر بار فشردن قفسه سینه، اجازه رهاشدن بدون برداشتن دست رابه قفسه سینه می دهد.	۱۳
				از مانورهای بازکردن راه های هوایی به تناسب استفاده میکند. (مانورهای سر به عقب چانه به بالا sniffing position)	۱۴
				بعد ۳۰ ماساژ، آمبویگ را به روش CE در روی دهان بیمار نگه می دارد.	۱۵
				بعد ۳۰ ماساژ به بیمار ۲ تنفس با آمبویگ در طی ۵ ثانیه می دهد.	۱۶
				به نحوه صحیح از آمبویگ با اکسیژن برای تنفس دادن استفاده می کند. (آمبویگ نوزاد)	۱۷
				بعد از ۲ دقیقه ماساژ یا ۵ سیکل ۳۰ به ۲ نبض براکیال را مجددا چک میکند.	۱۸
				دقیبیریلاتور رابه بیمار وصل می کند.	۱۹

				۲۰	ریتم قلبی بیمار اچک میکند، در صورتی که بیمار دارای ریتم قابل شوک است، ژول مورد نظر ( ۲j-۴j/kg ) را تنظیم می نماید. در این غیر صورت CPR را ادامه می دهد.
				۲۱	پدال مخصوص نوزاد را ژل زده و روی ناحیه مناسب قرار می دهد (پدال استرنوم فضای بین دنده ای دوم سمت راست ، پدال اپکس در فضای بین دنده ای ۵ میدکلاویکل)
				۲۲	فشار مناسب و قرینه بر روی هردو پدال به وزن ۲-۱ کیلوگرم وارد می کند
				۲۳	دکمه تخلیه راهمزمان فشار می دهد.
				۲۴	بلافاصله پس از شوک مجدد ماساژ قلبی را شروع کند.
				۲۵	توالی CABD را رعایت میکند.
				۲۶	مشاهدات خود را ثبت میکند.
				۲۷	وسایل و پاراون را بر می دارد.
				۲۸	دستکش را خارج و دست های خود را ضد عفونی می کند.



چک لیست محاسبه و آماده سازی داروهای وریدی

				۱ پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.
				۲ وسایل را آماده کند (داروی تزریقی به شکل آمپول یا ویال، دستکش یکبار مصرف، سرنگ ۱۰ سی سی، پنبه الکل، سرم نرمال سالین، میکروست، برچسب سرم، برچسب میکروست، سینی و ترالی دارو، کارت دارو، کاردکس، رسیور، نوآرچسب، پایه سرم، سفتی باکس).
				۳ دستورات پزشک را بررسی کند و داخل کاردکس داروئی وارد می کند.
				۴ کارت دارویی بیمار را بر اساس کاردکس می نویسد.
				۵ بر اساس کارت دارویی دارو را از قفسه دارویی بیرون بیاورد.
				۶ نام دارو را در سه مرحله (هنگام خارج کردن از قفسه داروها، قرار دادن روی ترالی و برگشت مجدد دارو به داخل قفسه) بررسی نماید.
				۷ دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل می کند.
				۸ دوز صحیح دارو و تعداد قطرات تزریقی را محاسبه می کند.
				۹ دست های خود را ضد عفونی می کند.
				۱۰ دستکش یکبارمصرف را بیوشد.
				۱۱ سرنگ و سوزن را به طریق استریل از کاور آن خارج می کند و از ثابت بودن سوزن به گردن سرنگ مطمئن می شود، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار می دهد.
				۱۲ دارو را به روش زیر در سرنگ می کشد: آمپول را برداشته به صورت دورانی می چرخاند به طوری که تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد. در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل می کند.
				۱۳ پنبه الکلی را در اطراف گردن آمپول قرار داده با فشار دست به طرف داخل یا خارج سر آمپول را از بدنه جدا می کند.
				۱۴ پوشش روی سوزن را به طریق مناسب بر می دارد.
				۱۵ سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ می کشد .
				۱۶ پوشش روی سوزن را روی آن قرار داده مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ است.
				۱۷ سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار می دهد.
				۱۸ پوکه آمپول مصرف شده را به داخل سفتی باکس می اندازد.
				۱۹ میکروست را از داخل پوشش آن خارج کرده، پیچ خوردگی لوله ها را صاف می کند.

				کلمپ روی ست را در طول لوله می لغزانند، به نحوی که درست زیر محفظه قطره ریز قرار گرفته و قابل دسترسی باشد، سپس آن را می بندد.	۲۰
				به منظور تامین استریل بودن دو انتهای میکروست، تا شروع تزریق وریدی، پوشش های دو انتهای آن را خارج نمی کند.	۲۱
				دهانه سرم نرمال سالین را با پنبه الکل ضد عفونی می کند و سپس میکروست را به دهانه سرم نرمال سالین به روش استریل وارد می کند.	۲۲
				سرم نرمال سالین را به پایه سرم آویزان می کند.	۲۳
				محفظه میکروست را به اندازه لازم (۹۰ سی سی نرمال سالین) پر از محلول می نمایید.	۲۴
				داروی تجویز شده را داخل میکروست می ریزد (مجموع حجم سرم و دارو از ۱۰۰ سی سی نباید تجاوز کند).	۲۵
				محفظه قطره ریز را به آرامی می فشارد تا نیمی از آن پر از محلول شود.	۲۶
				برای پر کردن لوله ها از محلول، درپوش انتهای لوله را برداشته و سر آن را داخل رسیور می گیرد. مراقب استریل بودن سر ست و پوشش آن است. کلمپ را باز کرده و اجازه می دهد محلول وارد لوله شده و از آن خارج شود، تا هنگامی که تمام حباب های هوا از بین برود،	۲۷
				پس از هواگیری کامل کلمپ را دوباره می بندد و سپس درپوش سر لوله را با رعایت نکات استریل مجدداً روی آن قرار می دهد.	۲۸
				برچسبی را که شامل اطلاعات لازم می باشد (نام بیمار، شماره اتاق و تخت، تعداد قطرات، تاریخ و زمان شروع، تاریخ و زمان قطع، نام دارو، مقدار دارو، نام پرستار) در سمت پایین سرم نرمال سالین و میکروست می چسباند تا به سادگی قابل خواندن باشد.	۲۹
				دستکش را از دست خارج کند.	۳۰
				دست های خود را بشوید	۳۱

- باز کردن راه هوایی مسدود شده در کودکان زیر یک سال

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				کد ۹۹ را اعلام نماید.	۲
				دستکش می پوشد.	۳
				شیرخوار را روی دستانش می گذارد.	۴
				سر نوزاد پائین تر از تنه او قرار می دهد.	۵
				با نگهداشتن فک شیرخوار در دست، مواظب سر او می باشد.	۶
				ساعد دست خود را روی پاهایش خود گذاشته و با انتهای کف دست دیگر، بین کتفهای شیرخوار پنج ضربه می زند.	۷
				دست آزاد خود را روی پشت شیرخوار قرار داده، در حالیکه نوزاد به وضعیت خوابیده به پشت خوابانده و مواظب گردن او می باشد.	۸
				دو انگشت بر روی جناغ سینه شیرخوار قرار می دهد.	۹
				پنج بار فشار بر روی قفسه سینه انجام می دهد.	۱۰
				مراحل ۱-۷ را تا باز شدن راه هوایی ادامه می دهد.	۱۱
				محیط کار را مرتب می کند.	۱۲
				مراحل کار را ثبت می کند.	۱۳
				دست ها را می شویند.	۱۴

- گذاشتن لوله نازوگاستریک و گاوآژ نوزاد

				پوشش و موازین اخلاق حرفه ای را رعایت می کند.	۱
				وسایل را آماده می کند(سوند بینی معدی سبز شماره ۶ ، سرنگ گاوآژ، ژل لوبریکانت، چسب ضد حساسیت، دستکش یک بار مصرف، چراغ قوه، آبسلانگ، گوشی پزشکی، ماژیک، هیپارین لاک، حوله).	۲
				پرونده پزشکی بیمار را بررسی و دستور گاوآژ را مشاهده نماید.	۳
				نحوه انجام پروسجر و لزوم انجام آن را به مادر کودک توضیح دهد.	۴
				اطراف تخت پاراوان بکشد.	۵
				دستها را بشوید.	۶
				سوراخ بینی را از نظر هر گونه تنگی، انحراف، انسداد و پولیپ بررسی کند.	۷
				سر تخت را بالا قرار میدهد	۸
				روی سینه بیمار را با حوله بپوشاند و رسیور را در دسترس وی قرار دهد	۹
				دستکش لاتکس یک بار مصرف می پوشد.	۱۰
				از نوک بینی تا نرمة گوش و از آنجا تا اتحای تحتانی جناغ اندازه گیری می کند و با ماژیک علامت می زند.	۱۱
				نوک لوله را با ماده نرم کننده محلول در آب آغشته می نماید.	۱۲
				از سوراخ بینی به آرامی لوله را تا قسمت خلفی فارنکس وارد می نماید.	۱۳
				سر مانکن را به آرامی به جلو خم نموده لوله را بدون اعمال نیرو وارد می کند.	۱۴
				بطور موقت لوله را با چسب روی بینی مددجو ثابت می کند.	۱۵
				از جاگذاری صحیح آن مطمئن می شود. (۵- ۱۰ سی سی هوا را توسط سرنگ به داخل سوند تزریق کند و به طور همزمان با قرار دادن گوشی بر روی ناحیه معده صداهای حاصل از ورود هوا را گوش دهد)	۱۶
				لوله را با چسب روی پل بینی یا گونه کودک ثابت می کند.	۱۷
				پیستون سرنگ را به مسیر لوله معده به نحوه صحیح وصل می کند. (کلمپ لوله)	۱۸
				برای اطمینان از قرارگیری NGT ابتدا ۲ تا ۵ سی سی آب مقطر گاوآژ نماید.	۱۹
				محلول غذایی را به نحوه صحیح به داخل معده هدایت می کند. (با نیروی جاذبه بدون فشار و سرعت ۱۰ سی سی هر ۵ دقیقه)	۲۰
				مسیر لوله را با آب مقطر شستشو می دهد.	۲۱
				پس از اتمام به نحوه صحیح لوله را از سرنگ گاوآژ جدا می کند.	۲۲
				ذکر می کند ، کودک باید به مدت ۳۰-۶۰ دقیقه بعد تغذیه به پهلو یا خوابیده به شکم قرار گیرد.	۲۳
				وسایل و محیط کار را مرتب می کند.	۲۴

				روش کار را در پرونده بیمار ثبت می کند.	۲۵
				دست های خود را می شوید.	۲۶