



فصل اول
اقدامات عمومی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ عنوان فعالیت: پذیرش بیمار در بخش های عمومی
 اهداف:

- ۱ - کاستن از اضطراب بیمار
- ۲ - کسب اطلاعات کافی جهت برنامه ریزی مراحل مراقبتی بیمار
- ۳ - تشویق بیمار به بیان مشکلات خود
- ۴ - ایجاد برنامه مدون آموزش توجیهی اولیه جهت همکاری بیشتر بیمار با روش های درمانی
- ۵ - فراهم نمودن آسایش و امنیت بیمار
- ۶ - تشویق مددجو به شرکت در برنامه مراقبت از خودش
- ۷ - تخصیص محیطی مناسب جهت نگهداری وسایل شخصی مددجو
- ۸ - همراه بودن با بیمار

وسایل مورد نیاز:

اوراق پرونده همراه با پوشه فلزی - کاردکس - گان یا پیژاما - پاکت جهت نگهداری وسایل بیمار - کیف حاوی وسایل اولیه مورد نیاز بیمار - دماسنج - گوشی و فشارسنج - ترازوی قد و وزن - ظرف جمع آوری نمونه ادرار - کارت مشخصات بالای تخت بیمار - کارت های علائم هشدار دهنده - چهارپایه کنار تخت - پاراوان - برانکارد یا ویلچر در صورت لزوم
 عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با قسمت پذیرش دهنده مددجو هماهنگی می کند.			
۲	از آماده بودن اتاق مددجو اطمینان حاصل می کند.			
۳	دستور بستری را چک می کند.			
۴	خود را با نام فامیل به مددجو معرفی می کند.			
۵	پرستار مسوول بخش را به مددجو معرفی می کند و او را از وظایف وی آگاه می سازد.			
۶	مددجو را به اتاق و تخت مربوطه راهنمایی می کند .			
۷	مددجو را به هم اتاقی ها و سایر کادر پرستاری معرفی می کند.			
۸	نحوه کار با زنگ اخبار را به او آموزش می دهد.			

			نحوه استفاده از چراغ روشنایی اتاق و چراغ خواب را به مددجو آموزش می دهد.	۹
			محل توالت و حمام را به او نشان می دهد.	۱۰
			جهت قبله و محل مخصوص نگهداری وسایل انجام فرایض دینی را به او نشان می دهد.	۱۱
			در مورد ساعت غذا ، نوع رژیم غذایی خاص مددجو و مقررات آن و مقررات منع مصرف سیگار به مددجو توضیح می دهد.	۱۲
			در مورد محدودیت ها، نیازمندی ها و وسایل الکتریکی مجاز برای استفاده در بیمارستان با مددجو صحبت می کند.	۱۳
			در مورد سایر امکانات موجود در بیمارستان و محل نمازخانه، فروشگاه ، کتابخانه ، توزیع روزنامه ، تریا، و غیره مددجو را راهنمایی می کند.	۱۴
			از همراهان می خواهد که در محل مخصوص ملاقات کنندگان منتظر بمانند.	۱۵
			خلوت بیمار را با استفاده از پاراوان فراهم می کند.	۱۶
			لباس های بیمار را طبق مقررات بیمارستان جمع آوری می کند.	۱۷
			به مددجو در پوشیدن لباس مخصوص بیمارستان کمک می کند.	۱۸
			مددجو را در وضعیت راحت در تخت یا صندلی قرار می دهد.	۱۹
			درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون مددجو را به روش صحیح اندازه گیری می کند.	۲۰
			در صورت لزوم قد و وزن مددجو را اندازه گیری و ثبت می کند.	۲۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مداخلات مربوط به مشکل آسپیراسیون

هدف:

بیمار علائمی دال بر آسپیراسیون ترشحات، غذا و مایعات نشان ندهد.

وسایل مورد نیاز:

ساکشن - چند عدد بالش - زنگ اخبار - دستکش - سوند ساکشن (کیت ساکشن) - پالس اکسی متر دیواری یا متحرک

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			از مانورهای لازم برای بازکردن راه هوایی استفاده می‌کند (هیملیخ، نلسون، بازکردن راه هوایی).	۱
			بیمار را در وضعیت به پهلو خوابیده قرار می‌دهد.	۲
			ساکشن را همراه کیت آن آماده کرده و در دسترس قرار می‌دهد.	۳
			دست هایش را می‌شوید.	۴
			دهان و بینی بیمار را ساکشن می‌کند (در صورت لزوم).	۵
			بیمار را به مدت ۳۰ دقیقه در وضعیت نشسته قرار می‌دهد.	۶
			به پزشک اطلاع می‌دهد.	۷
			بیمار را جهت CXR آماده می‌کند.	۸
			اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت می‌کند.	۹
			از مانورهای لازم برای بازکردن راه هوایی استفاده می‌کند (هیملیخ، نلسون، بازکردن راه هوایی).	۱۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: شست و شوی معده (لاواژ)

اهداف:

- ۱- کنترل خونریزی معده و روده
- ۲- خارج کردن ترشحات تحریک کننده و جلوگیری از تهوع و استفراغ
- ۳- پی بردن به محل خونریزی و سرعت خونریزی
- ۴- خارج کردن لخته های خون از معده

وسایل مورد نیاز:

لوله معده شماره ۲۶-۳۲- قیف به جای ماندنی - دستکش - عینک محافظ چشم - ماسک - سرنگ ۶۰ سی سی متصل به سرکاتتر- ژل نرم کننده- سینی شست و شو- گوشی پزشکی- چسب- محلول شست و شو بر اساس انتخاب پزشک - گذاشتن وسیله در دهان بیمار تا لوله را گاز نگیرد- وسیله ساکشن

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد نحوه ی کار توضیح می دهد.			
۲	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۳	وسایل را کنار تخت بیمار می برد.			
۴	دست هایش را می شوید.			
۵	از قرار داشتن سوند در محل صحیح خود اطمینان حاصل می کند.			
۶	توسط رابط، سرنگ محتوی محلول دستور داده شده را به سوند معده وصل می کند.			
۷	محلول را به آرامی از راه سوند وارد می کند.			
۸	اجازه می دهد مواد از داخل سوند خارج شوند.			
۹	تا تمیز و شفاف شدن مواد برگشتی عمل را تکرار می کند.			
۱۰	شست و شوی معده را با محلول سرم نمکی به میزان دستور داده شده به همین روش انجام می دهد، تا مواد برگشتی کاملاً تمیز و شفاف شود.			
۱۱	پس از پایان کار وسایل را به محل اولیه برمی گرداند.			
۱۲	دست هایش را می شوید.			
۱۳	تمام اقدامات انجام شده و نتایج آن را ثبت و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وارد کردن و جابه جا کردن رکتال تیوب

هدف: خارج کردن گاز و مدفوع در ایلئوس پارالیتیک

وسایل مورد نیاز:

گوشی - ژل حلال در آب - لوله رکتال ۲۲ تا ۳۲ نرم - دستکش - ملافه - بگ مخصوص یا شیشه

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	با بیمار ارتباط برقرار می کند .			
۲	برای بیمار محیط امن و خلوت فراهم می کند.			
۳	ابزار مورد استفاده را آماده می کند .			
۴	دست های خود را می شوید .			
۵	با گوشی شکم بیمار را سمع می کند .			
۶	زیر بیمار یک ملحفه دیگر پهن می کند تا در صورت ریختن ترشحات زیر بیمار کثیف نشود.			
۷	بیمار را به پهلو چپ می خواباند.			
۸	دستکش می پوشد.			
۹	قسمتی از باتکس بیمار را که بیرون است می پوشاند.			
۱۰	لوله رکتال را با ژل محلول در آب آغشته می کند.			
۱۱	هنگام وارد کردن لوله به بیمار می گوید که نفس عمیق و آهسته بکشد و لوله را ۲ تا ۳ اینچ معادل ۵ تا ۱۰ سانتی متر وارد می کند.			
۱۲	۱۵ تا ۲۰ دقیقه بعد لوله را جابه جا می کند. اگر بیمار احساس ناراحتی کرد و هیچ گازی خارج نشد این پروسیجر را ۲ تا ۳ ساعت بعد تکرار می کند .			
۱۳	بیمار را تمیز کرده و شکم را از نظر دیستانسیون و سمع صداهای روده چک می کند.			
۱۴	لوازم مورد استفاده را در صورت یک بار مصرف بودن به طریقه صحیح دور می ریزد.			
۱۵	تاریخ و زمان وارد کردن لوله ، مقدار و رنگ مواد خارج شده ، سفتی و سختی شکم قبل و بعد از پروسیجر ، بودن یا نبودن صداهای روده قبل یا بعد از گذاشتن رکتال تیوب را ثبت و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کوتاه کردن درن

هدف:

آماده کردن بیمار برای خروج درن

وسایل مورد نیاز:

وسایل پانسمان

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم می‌کند.			
۲	دستور پزشک را از نظر اجازه کوتاه کردن درن و میزان آن کنترل می‌کند.			
۳	بیمار را در وضعیت راحتی قرار داده، مشمع و رویه را در کنار ناحیه مورد نظر قرار می‌دهد.			
۴	پانسمان را بر می‌دارد و محل درن را با دستکش استریل به روش زیر تمیز می‌کند: الف- پوست اطراف درن را با حرکات نیم دایره یا دایره ای از محل درن به طرف خارج تمیزی می‌کند. ب- از هر گلوله پنبه فقط یک بار استفاده می‌کند . پ- برای تمیز کردن دقیق با یک دست با کمک پنس هموستات درن را بالا نگه داشته و سپس با دست دیگر اطراف آن را تمیز می‌کند .			
۵	مقدار و مشخصات ترشحات شامل بو، رنگ و غلظت آن را بررسی می‌کند .			
۶	بخیه کنار درن را بریده و بر می‌دارد .			
۷	با یک هموستات به طور کامل تمام عرض درن را در مجاورت پوست نگه می‌دارد.			
۸	به اندازه طول مورد نظر درن را بیرون کشیده و سپس پنس هموستات را بر می‌دارد.			

			سنجاق قفلی را تا حد ممکن نزدیک به پوست به درن می زند (با یک دست محکم درن را نگه داشته و با یک دست سنجاق قفلی را وارد می کند).	۹
			با قیچی استریل قسمت اضافی درن را برمی دارد به طوری که ۲/۵ سانتی متر از درن روی پوست باقی بماند.	۱۰
			یک گاز شکاف داده شده را در اطراف درن قرار می دهد .	۱۱
			ناحیه را با پانسمان استریل حجیم می پوشاند تا ترشحات اضافی به طور کامل جذب شود.	۱۲
			پد را روی پانسمان قرار می دهد .	۱۳
			دستکش ها را خارج کرده و پانسمان را با چسب ثابت می کند .	۱۴
			وسایل را به محل اولیه برمی گرداند و اقدامات لازم را انجام می دهد.	۱۵
			دست هایش را می شوید.	۱۶
			اقدامات انجام شده و نوع ترشحات و وضعیت زخم را در پرونده ی بیمار ثبت می کند.	۱۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: آموزش به مددجو و خانواده

اهداف:

- ۱- حفظ و ارتقاء سلامتی
- ۲- پیشگیری از بیماری
- ۳- بازگشت به سلامتی
- ۴- سازگاری با اختلال در کارکرد

وسایل مورد نیاز: طبق نیاز

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	نیازهای یادگیری، توان ها، اولویت ها و آمادگی مددجو برای یادگیری را بررسی می کند.			
۲	اعتقادات مذهبی، فرهنگی، موانع عاطفی، امیال و انگیزه ها برای یادگیری، محدودیت های شناختی، عوامل فیزیکی، موانع زبانی و مسائل مالی مراقبت ها را مورد ارزیابی قرار می دهد.			
۳	با در نظر گرفتن سن مددجو و طول مدت بستری در بیمارستان و ارزیابی نیازهای آموزشی نسبت به ارایه آموزش اقدام می کند.			
۴	استفاده درست و ایمن داروها را آموزش می دهد.			
۵	مددجویان را در مورد استفاده موثر و ایمن از تجهیزات پزشکی آموزش می دهد.			
۶	مددجویان را در مورد واکنش های غذایی و دارویی آموزش می دهد.			
۷	به مددجویان در مورد تغذیه و اصلاح رژیم های غذایی آموزش می دهد.			
۸	به مددجویان در مورد روش های نوتوانی جهت کمک به سازگاری با فعالیت مستقل آموزش می دهد.			
۹	به مددجویان درباره دستیابی به منابع حمایتی در جامعه آموزش می دهد.			
۱۰	به مددجویان در مورد زمان و نحوه درمان آموزش می دهد.			
۱۱	با توجه به سن و شرایط و سطح سواد و آگاهی بیمار از ابزار و امکانات مناسب استفاده می کند.			
۱۲	با توجه به شرایط بیمار، موقعیت مناسب برای آموزش را انتخاب می کند.			
۱۳	یافته های خود و روش آموزش را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ عنوان فعالیت: پذیرش بیمار در بخش اورژانس
 اهداف:

- ۱ - تشخیص زودرس مشکلات حاد و مخاطره آمیز برای حیات بیمار
- ۲ - نجات و درمان مددجویان براساس فرآیند تریاژ
- ۳ - ایجاد اطمینان و آرامش در مددجو و خانواده وی
- ۴ - پیشگیری از صدمات جبران ناپذیر به ارگانهای حیاتی مددجو
- ۵ - همراهی با بیمار

وسایل مورد نیاز:

ترالی اورژانس - کارت بستری موقت - دماسنج - فشارسنج و گوشی - دستگاه D.C شوک - منبع اکسیژن - ماسک و آمبوبگ - کارت مشخصات بیمار - اوراق پرونده - اوراق تریاژ
 عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از کارکرد صحیح ساکشن - ونتیلاتور - D.C شوک و ... و کامل بودن وسایل ترالی اورژانس و قفسه دارویی و ... اطمینان حاصل می کند .			
۲	ورود بیمار یا بیماران را به اطلاع پزشک اورژانس می رساند.			
۳	بررسی اولیه را تا رسیدن پزشک مقیم طبق روش جاری انجام می دهد.			
۴	بیمار را به اتاق معاینه یا اتاق CPR هدایت می کند.			
۵	در صورت لزوم و طبق روش جاری CPR انجام می دهد.			
۶	در صورت نیاز کارت بستری موقت تشکیل می دهد.			
۷	در صورت لزوم بیمار را به بخش بیماران موقت انتقال می دهد.			
۸	طبق استاندارد مراحل پذیرش بیمار در بخش های عمومی رفتار می کند.			
۹	در صورت درمان سرپایی قبض هزینه درمان صادر می کند.			
۱۰	روش های درمانی را به روش جاری انجام می دهد.			
۱۱	یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انتقال بیمار

هدف:

فراهم آوردن مراقبت مناسب و مداوم بر اساس نیازهای بیماران

وسایل مورد نیاز:

کلیه وسایل شخصی بیمار - وسایل مورد مصرف در بالین بیمار مانند داروها - پرونده بیمار - کیف یا چمدان احیاء قلبی، ریوی - ورقه ثبت داروها - صندلی چرخ دار یا برانکاردر صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار و خانواده وی را از اهداف انتقال، نوع بخش محل انتقال، زمان انتقال، شماره اتاق و تخت در بخش جدید مطلع می کند.			
۲	در صورتی که مددجو نگران است علت انتقال را به بیمار و خانواده وی توضیح می دهد.			
۳	وضعیت سلامت فعلی بیمار را مشخص می کند که شامل موارد زیر است: الف: علائم حیاتی مددجو شامل فشار خون، نبض و تنفس را کنترل می کند. ب: وسایل کمکی مورد نیاز را جهت انتقال مددجو مشخص می کند (ویلچر یا برانکاردر).			
۴	کلیه وسایل متعلق به بیمار را جمع آوری می کند که شامل: الف: تمام کتوشوها و کمدهای بیمار را جهت جمع آوری متعلقات وی بررسی می کند. ب: کلیه لباس ها، کفش و وسایل بهداشتی بیمار را از کتوشوها و کمدهای بیمار جمع آوری کرده و جهت انتقال آماده می کند.			
۵	کلیه داروها و پرونده های بیمار را جمع آوری می کند : الف: اطمینان حاصل می کند که کلیه اطلاعات موجود در پرونده و کاردکس بیمار در زمان انتقال کنترل شده و کامل باشد. ب: کلیه داروها، کاردکس و کارت های دارویی بیمار را جمع آوری می کند. اگر مددجو به بخش دیگری منتقل می شود داروهای او را به واحد پذیرش دهنده تحویل می دهد و اگر به مرکز دیگری منتقل می شود داروهای او را به داروخانه تحویل می دهد.			
۶	در پرونده بیمار، زمان انتقال، بخش مقصد، روش انتقال و هر گونه نکته مهم را شامل وضعیت بیمار بلافاصله بعد از انتقال ثبت می کند.			

			۷	اگر انتقال در همان مرکز صورت می گیرد، انتقال بیمار را به واحد تغذیه، داروخانه، و مرکز تلفن گزارش می دهد.
			۸	شرایط بیمار شامل رژیم درمانی و برنامه مراقبتی وی را به پرسنل پرستاری واحد پذیرش دهنده گزارش می دهد.
انتقال در مرکز				
				اگر بیمار از یک واحد مراقبت ویژه منتقل می شود مؤسسه ممکن است نیاز به دستورات مراقبتی جدید از طرف پزشک مددجو داشته باشد. در این صورت دستورات جدید را با پرسنل پرستاری در واحد پذیرش دهنده مرور می کند.
			۱۱	چارت بیمار، درخواست های آزمایش، کاردکس و دیگر وسایل مورد احتیاج را به واحد پذیرش دهنده می فرستد.
			۱۲	برای مددجویی که مجاز به حرکت می باشد جهت انتقال از ویلچر استفاده می کند.
			۱۳	پرسنل پرستاری واحد پذیرش دهنده را به مددجو معرفی می کند.
				از امنیت و آسایش بیمار در ضمن انتقال اطمینان حاصل می کند.
				مددجو را به تخت یا صندلی مربوط به خود هدایت می کند.
				وی را به هم اتاقی های جدیدش معرفی می کند.
				وسائل ناآشنای داخل اتاق مانند زنگ اخبار را به او نشان می دهد.
				پرونده و کلیه داروهای بیمار را به پرستار جدید تحویل می دهد.
انتقال به مؤسسه درمانی بزرگ				
			۱	مطمئن می شود که دستور انتقال مددجو روی چارت یا فرم های مخصوص موجود باشد که این فرم باید شامل: تشخیص بیمار، خلاصه مراقبت، رژیم دارویی، وسایل مراقبتی ویژه، تغذیه، درمان جسمی و غیره باشد.
			۲	خلاصه فرم مراقبت پرستاری شامل بررسی بیمار، پیشرفت بیماری، درمان های پرستاری مورد نیاز و نیازهای خاص جهت ادامه درمان می باشد.
			۳	یک نسخه از فرم انتقال و خلاصه اقدامات پرستاری در چارت بیمار نگهداری و نسخه دوم را به مرکز پذیرش دهنده می فرستد.
			۴	در پرونده بیمار زمان ورود، تاریخ انتقال، روش انتقال، شرایط مددجو در طول انتقال، نام واحد پذیرش دهنده، روش انتقال، یافته های حاصل از بررسی و اقدامات انجام شده را ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: بررسی درجه حرارت

اهداف:

- ۱- فراهم آوردن معیاری برای ارزیابی بعدی
- ۲- تعیین این که درجه حرارت در محدوده طبیعی است.

وسایل مورد نیاز:

دماسنج (جیوه ای ، نواری، دیجیتالی) - ژل نرم کننده محلول در آب یا ژل پترولیوم جهت اندازه گیری درجه مقعدی - دستمال کاغذی - پنبه الک

آماده سازی وسایل:

اگر دماسنج بیمار داخل کیف پذیرش است، آن را کنار خود بیمار قرار داده و در زمان ترخیص جهت استفاده در منزل به خود بیمار بدهید. در غیر این صورت یک دماسنج از ایستگاه پرستاری یا داروخانه یا واحد تامین تجهیزات تهیه کنید. در صورت استفاده از درجه الکترونیکی مطمئن باشید که حتماً شارژ باشد.

عامل انجام کار: پرستار و بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	اگر بیمار مایعات گرم یا سرد خورده، آدامس جویده یا سیگار کشیده، برای گذاشتن درجه حرارت دهانی ۱۵ دقیقه صبر می کند.			
استفاده از درجه حرارت جیوه ای				
۱	دماسنج را بین انگشت شست و اشاره، از قسمت مخالف مخزن جیوه ای می گیرد.			
۲	اگر دماسنج آغشته به محلول ضد عفونی کننده است، آن را با آب سرد می شوید. آب سرد سبب شسته شدن مواد ضد عفونی کننده می شود. این مواد می توانند مخاط دهان، مقعد یا پوست زیر بغل را تحریک کنند. از شست و شو با آب گرم خودداری می کند چون باعث انقباض جیوه و شکستن درجه می شود.			
۳	با یک حرکت دو طرفه درجه را از سمت مخزن جیوه به بالا با حالت چرخشی خشک می کند.			
۴	سپس با ننگ داشتن درجه، مچ دست را چند بار تکان می دهد تا جیوه به			

			حد زیر ۹۸ درجه فارنهایت (۳۶/۷ درجه سانتی گراد) برسد. جیوه در اثر حرارت بدن بیمار انبساط یافته و به سمت بالا می‌رود.
استفاده از دماسنج الکترونیک (دیجیتال)			
۱			پروپ دستگاه را داخل پوشش یک بار مصرف قرار می‌دهد.
۲			اگر درجه حرارت مقعدی می‌گیرد، پوشش پروپ را به ژل آغشته می‌کند، زیرا این کار سبب کاهش آسیب و آسان شدن ورود دماسنج می‌شود.
۳			می‌گذارد پروپ تا زمانی که حداکثر درجه حرارت در صفحه نمایان شود، در محل بماند.
استفاده از دماسنج نواری (شیمیایی)			
۱			دماسنج را از ناحیه انتهای دسته با انگشت اشاره و شست گرفته و دسته را به طرف بالا و پایین می‌کشد تا جلد آن باز شود و دسته را مستقیم بیرون می‌آورد.
۲			درجه را تا زمان استفاده داخل جلد نگه می‌دارد.
استفاده از دماسنج گوشی (تیمپانیک)			
۱			مطمئن می‌شود که لنز زیر پروپ تمیز و بدون لک باشد. پوشش یک بار مصرف پروپ را روی آن قرار می‌دهد.
۲			سر بیمار را ثابت نگه می‌دارد، سپس به آرامی گوش را به سمت پایین و عقب (در کودکان تا ۱ سال) یا بالا و عقب (برای کودکان یک سال و بالاتر) می‌کشد.
۳			دماسنج را طوری در کانال گوش قرار می‌دهد که آن را مسدود کند.
۴			دماسنج بایستی به همان شیوه ای که اتوسکوپ استفاده می‌شود، داخل گوش قرار گیرد.
۵			سپس دکمه فعال ساز را فشار داده و برای ۱ ثانیه آنرا نگه می‌دارد تا درجه حرارت روی صفحه نمایان شود.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه زیر بغل

اهداف:

۱- تعیین درجه حرارت بدن

۲- تعیین درجه حرارت بدن کودکان، افراد بی هوش، افرادی که تروما در صورت و دهان دارند، افراد مبتلا به تشنج

وسایل مورد نیاز:

دماسنج جیوه ای - دستکش - دستمال کاغذی - برگه علایم حیاتی - خودکار

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	محیط امن و خلوتی برای بیمار ایجاد می کند.			
۳	بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده قرار می دهد.			
۴	لباس یا گان بیمار را تا شانه و بازو خارج می کند و ناحیه زیر بغل را نمایان می کند.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	دماسنج را تمیز و خشک می کند.			
۷	دماسنج را به آرامی تکان می دهد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد.			
۸	دماسنج را در وسط زیر بغل بیمار قرار می دهد و بازوی او را روی دماسنج می خواباند (از بیمار می خواهد که دست خود را روی قفسه سینه قرار داده و با آن دست، شانه سمت مقابل را بگیرد).			
۹	دماسنج را به مدت ۱۰ دقیقه در محل نگه می دارد.			
۱۰	بعد از برداشتن دماسنج ترشحات احتمالی روی آن را پاک می کند و سپس مقدار آن را می خواند.			
۱۱	دماسنج را در جای خود گذاشته، بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۱۲	دستکش ها را در آورده و دست ها را می شوید.			
۱۳	میزان درجه حرارت را در برگه علایم حیاتی با ذکر زمان و نحوه اندازه گیری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
★ نوع فعالیت: اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه دهان
اهداف:

- ۱- فراهم آوردن معیاری برای ارزیابی بعدی
- ۲- تعیین این که درجه حرارت در محدوده طبیعی است
- ۳- تعیین تغییرات درجه حرارت پایه بدن در واکنش نسبت به درمان های خاص (مثل تجویز داروهای تب بر، درمان های تضعیف کننده سیستم ایمنی، روش های تهاجمی)
- ۴- بررسی مداوم بیماران مستعد تغییرات درجه حرارت مثل بیماران مستعد عفونت یا تشخیص عفونت، افرادی که در معرض تغییرات شدید درجه حرارت قرار دارند، افرادی که شمارش گلبول سفید آن ها کمتر از ۵۰۰۰ یا بیشتر از ۱۲۰۰۰ است.

وسایل مورد نیاز:

دماسنج - دستمال کاغذی - دستکش - برگه علایم حیاتی و خودکار
 عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۳	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۴	در صورت نیاز به پوزیشن خاص به بیمار، این کار را انجام می دهد.			
۵	از این که بیمار از ۲۰ الی ۳۰ دقیقه پیش مایعات سرد یا گرم نخورده و سیگار نکشیده است مطمئن می شود.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	دماسنج را تمیز می کند.			
۸	از بیمار می خواهد که دهان خود را باز کند.			
۹	دماسنج را به آرامی تکان می دهد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد.			
۱۰	دماسنج را زیر زبان به طرف مرکز قرار می دهد (این مکان به علت داشتن تماس با عروق سطحی دقت اندازه گیری دما را فراهم می کند).			
۱۱	از بیمار می خواهد دهان خود را بدون گاز گرفتن درجه ببندد.			
۱۲	از بیمار می خواهد به مدت ۲-۳ دقیقه صبر کند. در صورت استفاده از نوع نواری ۴۵ ثانیه کافی است.			

			دماسنج را از دهان بیمار خارج می کند.	۱۳
			دماسنج جیوه ای را قبل از تکان دادن، جلوی چشم گرفته و درجه آن را می خواند، در صورت استفاده از دماسنج دیجیتال اول درجه را ثبت کرده و سپس آن را از محل خارج می کند.	۱۴
			پس از کنترل درجه حرارت دماسنج را تمیز می کند.	۱۵
			پس از اتمام کار دستکش ها را در آورده و دست ها را می شوید.	۱۶
			درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی ثبت می کند.	۱۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه مقعد
 اهداف:

- ۱- فراهم آوردن معیاری برای ارزیابی بعدی
- ۲- تعیین این که درجه حرارت در محدوده طبیعی است.
- ۳- تعیین تغییرات درجه حرارت پایه بدن در واکنش نسبت به درمان های خاص (مثل تجویز داروهای تب بر، درمان های تضعیف کننده سیستم ایمنی، روش های تهاجمی)
- ۴- بررسی مداوم بیماران مستعد تغییرات درجه حرارت مثل بیماران مستعد عفونت یا تشخیص عفونت، افرادی که در معرض تغییرات شدید درجه حرارت قرار دارند ، افرادی که شمارش گلبول سفید آنها کمتر از ۵۰۰۰ یا بیشتر از ۱۲۰۰۰ است).

وسایل مورد نیاز :

دماسنج- ژل - دستکش - برگه علایم حیاتی و خودکار
 عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	محیط امن و خلوتی برای بیمار فراهم می کند.			
۳	بالا تنه و پاهای بیمار را می پوشاند.			
۴	بیمار را در وضعیت مورد نیاز(یک پهلو به طوری که پای فوقانی حالت خمیده داشته باشد) قرار می دهد.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	دماسنج را تمیز می کند.			
۷	دماسنج را به آرامی تکان می دهد تا درجه به زیر ۳۵/۵ برسد.			
۸	انتهای دماسنج را با ژل لوبریکانت آغشته می کند(۱/۳ سانتی متر در کودکان و ۳/۸ سانتی متر در بزرگسالان).			
۹	با دست آزاد دو طرف باسن را کنار می کشد طوری که مقعد مشخص شود.			
۱۰	از بیمار می خواهد که نفس عمیق بکشد و بدن خود را شل کند.			
۱۱	به آرامی دماسنج را به داخل مقعد وارد می کند(۱/۳ سانتی متر در کودکان و ۳/۸ سانتی متر در بزرگسالان).			

			در صورت احساس مقاومت هنگام وارد نمودن دماسنج سریعاً آن را خارج می کند.	۱۲
			پس از قرار دادن دماسنج در مقعد ۲-۳ دقیقه آن را در محل مذکور نگه می دارد.	۱۳
			به آرامی آن را از مقعد خارج می کند و آلودگی های آن را پاک می کند (مقعد بیمار را نیز پاک می کند).	۱۴
			دماسنج را جلوی چشم نگه می دارد و مقدار آن رامی خواند.	۱۵
			ژل های باقیمانده اطراف آن را تمیز می کند.	۱۶
			بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.	۱۷
			دماسنج را با آب و صابون می شوئید و آبکشی می کند.	۱۸
			سپس دماسنج را خشک کرده و در جای خود قرار می دهد.	۱۹
			دستکش ها را در آورده و در کیسه زباله می اندازد.	۲۰
			لباس بیمار را مرتب می کند و او را در وضع راحتی قرار می دهد.	۲۱
			دست ها را می شوئید.	۲۲
			میزان درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی ثبت می کند.	۲۳

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
★ عنوان فعالیت: کنترل نبض رادیال
اهداف:

- ۱- پایش و بررسی تغییرات وضعیت سلامت مددجوی بزرگسال یا کودکان بالای ۳ سال
- ۲- تعیین طبیعی بودن تعداد نبض، ریتم نبض و حجم نبض مددجو
- ۳- فراهم آوردن اطلاعات برای انجام ارزیابی های بعدی مددجو
- ۴- بررسی مددجویان مستعد تغییرات نبض (به طور مثال در افرادی که تاریخچه بیماری قلبی دارند یا مبتلا به آریتمی های قلبی، خونریزی، درد حاد، دریافت حجم زیاد مایعات و دیابت می باشند).

وسایل مورد نیاز :

ساعت مچی دارای ثانیه شمار- دفتر مخصوص ثبت علائم حیاتی- پرونده مددجو

عامل انجام کار: پرستار- بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	با مددجو ارتباط برقرار می کند و منظور خود را از اندازه گیری نبض به وی توضیح می دهد.			
۳	اطمینان حاصل می کند که بیمار شب قبل راحت خوابیده است زیرا وضعیت نامناسب خواب ضربانات قلب را تحت تأثیر قرار می دهد.			
۴	به مددجو آموزش می دهد که آرام باشد و از استرس های روحی بپرهیزد و همچنین از مصرف مواد محرکی چون کافئین و کافئین و چای زیاد بپرهیزد زیرا این مواد ضربانات قلب را افزایش می دهند.			
۵	راحتی و آسایش مددجو را فراهم می کند.			
۶	مددجو را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۷	بازوی مددجو را در کنار بدن وی قرار می دهد به طوری که کف دست او به طرف پائین باشد.			
۸	انگشت سبابه، وسطی و انگشت حلقه را روی شریان رادیال قسمت داخلی مچ دست بیمار قرار می دهد طوری که هر ۳ انگشت روی یک خط قرار گیرند.			
۹	ساعت خود را در معرض دید قرار می دهد.			

			پس از پیدا کردن نبض، تعداد ضربانات را در ۶۰ ثانیه می شمارد و یا در ۳۰ ثانیه می شمارد و در عدد ۲ ضرب می کند (درافراد دارای مشکلات قلبی و آریتمی ها به طور کامل در ۶۰ ثانیه شمارش می کند).	۱۰
			ضمن شمردن تعداد، ریتم نبض و حجم آن را با توجه به الگو و قدرت ضربانات تشخیص می دهد.	۱۱
			در صورتی که متوجه یک موج غیر طبیعی شد، شمارش را تکرار می کند.	۱۲
			محل و الگوی موج غیر طبیعی را پیدا می کند.	۱۳
			اگر در مورد شمارش نبض تردید دارد، نبض اپیکال را نیز کنترل می کند.	۱۴
			اطلاعات و یافته ها را ثبت می کند: الف: تعداد نبض، ریتم نبض و حجم نبض را در مدت زمان معین ب: زمان کنترل نبض را (تاریخ، ساعت و شیفت) ج: الگوی نبض را از نظر پر یا قوی بودن و یا ضعیف و نحی بودن د: در صورت مشاهده موج غیر طبیعی، الگوی آن ه: یافته های غیر طبیعی در مددجو از قبیل پوست سرد و رنگ پریده و یا تعریق	۱۵

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
★ عنوان فعالیت: کنترل نبض اپیکال
اهداف:

۱- شمارش و تعیین تعداد نبض نوزادان و کودکان زیر ۳ سال و یا بالغینی که نبض محیطی آن ها غیر طبیعی و نامشخص است.

۲- فراهم کردن اطلاعات جهت ارزیابی های بعدی

۳- پایش مددجویان مبتلا به بیماری قلبی یا افرادی که داروهای اصلاح کننده فعالیت قلب دریافت می کنند.

۴- تعیین طبیعی بودن ضربانات و ریتم قلب

وسایل مورد نیاز:

ساعت دارای ثانیه شمار - استتوسکوپ (گوشی پزشکی) - پنبه سوآپ آغشته به محلول ضد عفونی -

ملحفه در صورت نیاز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	وسایل مورد نیاز خود را آماده می کند و به اتاق مددجو می برد.			
۳	با مددجو ارتباط برقرار می کند و هدف از انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۴	به بیمار آموزش می دهد که از استرس های روحی و مصرف مواد محرک پرهیز کند.			
۵	بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۶	کمک می کند تا مددجو در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد.			
۷	در صورت نیاز مددجو را با ملحفه می پوشاند.			
۸	دیافراگم یا بل گوشی را در دست خود گرم می کند.			
۹	محل ورود گوشی به گوش را با پنبه الکل تمیز می کند.			
۱۰	محل ورود گوشی به گوش را در گوش خود قرار می دهد.			
۱۱	با وارد کردن ضربه ای به دیافراگم انعکاس صدا را درگوشی خود حس می کند.			
۱۲	دیافراگم یا بل گوشی را بالای آپکس قلب بیمار در پنجمین فضای بین دنده ای سمت چپ خط میدکلاویکول قرار می دهد.			

			به صداهای اول و دوم قلب که به صورت (لاپ داب) شنیده می شود دقت می کند.	۱۳
			تعداد ضربانات را در ۶۰ ثانیه می شمارد.	۱۴
			گوشی را برمی دارد.	۱۵
			بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.	۱۶
			وسایل را به محل مخصوص خود برمی گرداند.	۱۷
			دست ها را می شوید.	۱۸
			اطلاعات و یافته های خود را ثبت می کند: الف: ریتم، تعداد، حجم و شدت (بلندی) نبض ب: زمان اندازه گیری نبض (تاریخ، ساعت، شیفت) ج: هرگونه امواج غیر طبیعی د : هرگونه تغییرات غیر طبیعی در مددجو	۱۹

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کنترل نبض اپیکال - رادیال

هدف: فراهم کردن اطلاعات برای ارزیابی بعدی

وسایل مورد نیاز:

ساعت دارای ثانیه شمار - گوشی - پنبه آغشته به الکل

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	با مددجو ارتباط برقرار می کند و در مورد هدف انجام کار توضیح می دهد.			
۳	به مددجو آموزش می دهد که از فعالیت، بی خوابی و مصرف مواد محرک بپرهیزد.			
۴	وسایل مورد نیاز را آماده کرده و به اتاق مددجو می برد.			
۵	به مددجو کمک می کند تا در وضعیت خوابیده به پشت قرار بگیرد.			
۶	پوشش مناسب را برای مددجو فراهم می کند.			
۷	نبض اپیکال و رادیال را پیدا می کند.			
۸	دیافراگم یا بل گوشی را در دست خود گرم می کند.			
۹	محل ورود گوشی به گوش را با پنبه الکل ضد عفونی می کند.			
۱۰	یک پرستار گوشی را در گوش خود قرار می دهد.			
۱۱	با زدن ضربه ای به دیافراگم گوشی انعکاس صدا را حس می کند.			
۱۲	زمان شروع شمارش را تعیین می کند.			
۱۳	یک پرستار نبض رادیال را در مدت ۶۰ ثانیه می شمارد.			
۱۴	پرستار دیگری همزمان تعداد نبض اپیکال را در مدت ۶۰ ثانیه می شمارد.			
۱۵	در صورتی که پرستار دیگری وجود نداشته باشد گوشی را در دست ساعت دار خود می گیرد.			
۱۶	ضربانات نبض رادیال را با دست دیگر خود لمس می کند تا جدایی بین نبض اپیکال و رادیال را حس کند.			
۱۷	اطلاعات و یافته های خود را ثبت می کند: الف: تعداد، ریتم و حجم نبض ب: زمان کنترل نبض (تاریخ، ساعت، و شیفت) و مکان نبض محیطی. ج: تعداد نبض های اپیکال - رادیال			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: کنترل نبض با موج یاب اولتراسوند

اهداف:

۱- ارزیابی تعداد ضربانات نبض در مدجویانی که نبض آن ها شنیده نمی شود و یا ضعیف شنیده می شود.

۲- فراهم نمودن اطلاعات جهت انجام ارزیابی های بعدی مدجو

وسایل مورد نیاز:

دستگاه موج یاب اولتراسوند - ژل انتقال دهنده امواج - گاز یا پارچه تمیز - ملحفه جهت پوشش دادن به مدجو - پارچه نرم (پنبه یا دستمال کاغذی) - محلول ضد عفونی یا آب و صابون - ساعت مچی دارای ثانیه شمار

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و هدف از انجام کار و مراحل آن را توضیح می دهد.			
۳	به بیمار آموزش می دهد که از قبل استراحت کند و از هیجان و فعالیت غیر عادی و مصرف مواد محرک بپرهیزد.			
۴	پروپ اولتراسوند را به ژل آغشته می کند.			
۵	شریان مورد نظر را انتخاب می کند.			
۶	پروپ اولتراسوند را روی پوست سالم مدجو، روی شریان انتخاب شده قرار می دهد.			
۷	وسیله یا دستگاه را روشن می کند.			
۸	ساعت شمار هوشمند را به حرکت درمی آورد.			
۹	درجه صدا را در پائین ترین حد امکان تست می کند.			
۱۰	اگر وسیله بدون اسپیکر است توپی اسپیکر را می بندد و به آهستگی درجه صدا را بالا می برد.			
۱۱	در صورت استفاده از گوشی اولتراسوند داپلر، پروپ را ۴۵ درجه نسبت به شریان مایل نگه می دارد.			

			۱۲ مطمئن می شود که ژل روی پروب مالیده شده است.
			۱۳ آهسته پروب را به حالت چرخشی در مرکز شریان ثابت می کند.
			۱۴ موج داپلر را به صورت یک صدای خش می شنود.
			۱۵ پروب را با سرعت زیاد حرکت نمی دهد.
			۱۶ سیگنال های موجود را در ۶۰ ثانیه می شمارد.
			۱۷ پس از اتمام کار پروب را با دستمال نرم آغشته به محلول ضد عفونی و یا آب صابون تمیز می کند.
			۱۸ وسایل را جمع نموده و به جای اول خود برمی گرداند.
			۱۹ محل کنترل نبض روی شریان را پس از اتمام کار پاک می کند.
			۲۰ بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.
			مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف: تعداد، ریتم و حجم نبض ب: شریان انتخابی ج: زمان کنترل نبض (تاریخ- ساعت و شیفت) د: سیگنال های غیر طبیعی

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: اندازه گیری فشارخون

اهداف:

۱- تعیین مقدار فشارخون و تشخیص موارد طبیعی و غیرطبیعی

۲- تهیه اطلاعات پایه جهت تشخیص بیماری ها

۳- ثبت یافته‌ها و گزارش موارد غیرعادی

وسایل مورد نیاز:

فشار سنج عقربه‌ای یا جیوه‌ای - گوشی پزشکی - پنبه الکی - دستگاه مانیتور علائم حیاتی اتوماتیک (در صورت دسترسی)

آماده سازی وسایل:

اندازه مناسب کاف را برای بیمار با دقت انتخاب کنید. کاف بسیار باریک فشار بالای کاذب و کاف بسیار پهن فشار پایین کاذب را نشان می دهند. اگر شما از گوشی خودتان استفاده نمی‌کنید قسمت‌هایی که داخل گوش می‌رود را برای کاهش احتمال عفونت با پنبه الکل پاک کنید.

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			به بیمار در مورد نحوه گرفتن فشار خون وی توضیح می دهد.	۱
			بیمار می تواند در طول گرفتن فشار خون به پشت دراز کشیده یا به طور کامل بنشیند.	۲
			بازو بایستی در سطح قلب باز شده و روی یک سطح صاف قرار داده شود. اگر بازو پایین تر از سطح قلب قرار بگیرد فشار بالای کاذب ایجاد می کند.	۳
			اطمینان می یابد که مدجو در طول اندازه گیری فشارخون در وضعیت آرام و راحت قرار دارد.	۴
			کاف را به طور کامل به دور بالای بازو می بندد. از درستی اتصال کاف به پمپ هوا و مانومتر اطمینان حاصل می کند.	۵
			گوشی پزشکی را در گوش خود می گذارد.	۶
			محل شریان براکیال را با نبض پیدا می کند.	۷
			قسمت بل گوشی را بالای جایی که بیشترین قدرت نبض را در شریان	۸

		لمس کرده است قرار می دهد و با یک دست آن را نگه می دارد (قسمت بل گوشی کوچک ترین ضربان شریان را بسیار موثرتر از دیافراگم منتقل می کند).
۹		از انگشت شست و اشاره دست برای باز کردن پیچ پمپ هوا و بستن دریچه استفاده می کند.
۱۰		سپس تا زمانی که صدای شریان براکیال قطع شود هوا پمپ می کند (با این کار جریان خون شریان قطع می شود).
۱۱		پمپ کردن را تا زمانی که ستون جیوه یا عقربه بالای ۱۶۰ میلی متر جیوه یا حداقل ۹۰ میلی متر جیوه بالای زمان قطع شریان برسد ادامه می دهد.
۱۲		دریچه خروج هوا را به آهستگی و دقت باز می کند. خروج هوا با سرعت بیشتر از ۵ میلی متر جیوه در ثانیه نباشد.
۱۳		در حالی که هوا خارج می شود ستون جیوه را نگاه می کند و هم زمان به صدای شریان گوش می دهد.
۱۴		وقتی اولین ضربه یا صدای کوبش واضح را شنید به ستون یا عقربه توجه می کند. این فشار، فشار سیستولیک نامیده می شود (این صدا، صدای اول کورتکوف می باشد، دومین صدا، صدای سوفل یا فش فش است).
۱۵		به خارج کردن هوا تا زمانی که صدای شریان را می شنود ادامه می دهد.
۱۶		به فشار دیاستولیک توجه می کند (صدای چهارم کورتکوف) به شنیدن صدا هم زمان با پایین آمدن عقربه یا درجه جیوه (تا صفر درجه که در کودکان شایع است) ادامه می دهد.
۱۷		فشار را در شروع چهارمین صدا ثبت می کند. توجه به این موضوع مهم است چون در بعضی مددجویان صدای پنجم وجود ندارد.
۱۸		به سرعت کاف را خالی می کند و پس از فشار، ۱۵ تا ۳۰ ثانیه صبر کرده و این فعالیت را تکرار می کند تا یافته های پایه ای قبلی تأیید شود.
۱۹		پس از اتمام کار، کاف را باز کرده، خارج نموده و در جای خود قرار می دهد.
۲۰		درچارت بیمار فشار سیستولیک را بالای فشار دیاستولیک مانند ۱۲۰ به روی ۸۰ می نویسد.
۲۱		در صورت لزوم فشار سیستولیک و هر دو فشار دیاستولیک را یادداشت می کند.
۲۲		در صورت وجود فاصله شنوایی یا عدم سمع آن را ثبت می کند.
۲۳		اندازی که فشار خون از آن گرفته شده و وضعیت بیمار را نیز ثبت می کند. اگر فشار به وسیله لمس یا داپلر گرفته شده آن را هم ثبت می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: بررسی تنفس

اهداف:

- ۱- تعیین تعداد، ریتم، عمق، الگوی تنفس و صداهای تنفس
- ۲- ثبت یافته‌ها و گزارش موارد غیرعادی
- ۳- تهیه اطلاعات پایه برای تشخیص بیماری‌ها
- ۴- تهیه اطلاعات پایه قبل از تجویز برخی داروها مثل مرفین

وسایل مورد نیاز:

ساعت مچی دارای ثانیه شمار

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			بهترین زمان برای کنترل تنفس بلافاصله بعد از کنترل نبض می‌باشد. نوک انگشتان خود را بالای شریان قرار می‌دهد ولی به بیمار نمی‌گوید که قصد شمردن تنفس او را دارد، چرا که گفتن این موضوع تمرکز بیمار را روی تنفس افزایش می‌دهد و ممکن است تعداد تنفس را تغییر دهد.	۱
			تنفس را با مشاهده بالا و پایین رفتن دیواره قفسه سینه شمارش می‌کند یا دست دیگر بیمار را روی قفسه سینه قرار داده، بالا و پایین رفتن آن را شمارش می‌کند (هر بار بالا و پایین رفتن سینه را یک تنفس حساب می‌کند).	۲
			تنفس را برای ۳۰ ثانیه شمارش کرده و در ۲ ضرب می‌کند. در صورتی که تنفس نامنظم است برای محاسبه تغییرات در الگو و تعداد تنفس آن را در ۶۰ ثانیه اندازه می‌گیرد.	۳
			همان طوری که تنفس را شمارش می‌کند، بر مسائلی چون صداهای تنفس از قبیل: استتوپور، استریدور، خس خس و خر خر در بازدم توجه و آنرا ثبت می‌کند.	۴
			تعداد، عمق، نظم و صداهای تنفسی بیمار را ثبت می‌کند.	۵

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: اندازه گیری قد و وزن
 اهداف:

۱- بررسی قد و وزن به منظور تامین صحیح مایعات، داروها و تغذیه در بیمارستان

۲- کنترل قد و وزن در طی مراحل درمان و تاثیر وضعیت درمانی بیمار به منظور بهبودی

۳- تعیین پیشرفت بهبودی بیمار

وسایل مورد نیاز:

ترازوی ایستاده با میله اندازه گیری (در صورت عدم وجود ترازوی ایستاده از نوار مدرج و وزنه معمولی استفاده شود)- صندلی چرخدار برای بیمارانی که قادر به راه رفتن نمی باشند.

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			ترازو را بالانس و آماده می کند (اگر ترازو دیجیتالی است مطمئن می شود که نمایشگر آن عدد صفر را نشان می دهد).	۱
			با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را برای وی توضیح می دهد.	۲
			چنانچه ترازو چرخدار است قبل از ایستادن بیمار، آن را قفل می کند.	۳
			یک کاغذ یا دستمال کف ترازو قرار می دهد و بیمار را جهت ایستادن روی کف ترازو کمک می کند.	۴
			به بیمار می گوید که کفش خود را درآورد.	۵
			بعد از این که وزن اندازه گیری شد، آن را ثبت می کند.	۶
			به منظور اندازه گیری قد چنانچه ترازو ایستاده است میله اندازه گیری قد را تا بالای سر بیمار برده و قد را خوانده و ثبت می کند.	۷
			به بیمار کمک می کند از ترازو پایین آمده و کفش خود را بپوشد، او را به اتاق خود راهنمایی می کند.	۸
			نحوه کار با ترازو را طبق دستورالعمل نصب شده روی آن انجام می دهد.	۹
			برای بیمارانی که در تخت وزن می شوند یا از ترازوهای صندلی استفاده می کنند براساس دستورالعمل وزنه ها عمل می کند.	۱۰
			تاریخ و ساعت انجام کار را درگزارش ثبت می کند.	۱۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: محدود کردن مددجو با کمک جلیقه محدود کننده

اهداف:

- ۱- پیشگیری از سقوط مددجو از تخت یا صندلی
- ۲- ایجاد شرایط مناسب جهت انجام اقدامات درمانی و مراقبتی درمددجوی پرخاشگر، گیج و کودکان

وسایل مورد نیاز:

جلیقه محدود کننده - پدگازی در صورت نیاز

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دست ها را می شوید.
۲	قبل از وارد شدن به اتاق بیمار از اندازه مناسب محدود کننده مطمئن می شود.
۳	قد و وزن بیمار را اندازه گیری می کنید.
۴	مطمئن می شود که بندها باز هستند.
۵	جهت اطفال از محدود کننده های مخصوص اطفال استفاده می کند.
۶	سعی می کند با بیمار ارتباط برقرار کند.
۷	دستور پزشک را مبنی بر محدود کردن بیمارچک می کند.
۸	در صورت نیاز از همکاران خود کمک می گیرد.
۹	به مددجو توضیح می دهد که علت محدود کردن وی چیست (اگر امکان برقراری ارتباط باشد).
۱۰	برای مددجو توضیح می دهد که با این کار از ایجاد جراحت و صدمه به خودش در امان می باشد.
۱۱	تعداد تنفس و صداهای تنفس را بررسی می کند.
۱۲	بیمار را در پوزیشن نشسته قرار می دهد (در صورتی که مجاز باشد).
۱۳	جلیقه را از روی لباس زیر به وی می پوشاند.
۱۴	دو لبه جلیقه را روی هم قرار می دهد به طوری که در قسمت گردن شکل ۷ ایجاد شود.
۱۵	جلیقه را در وضعیت راحت به مددجو می پوشاند. از محکم بستن جلیقه اجتناب می کند.
۱۶	بندهای جلیقه را به کنار تخت یا صندلی یا ویلچرگره می زند، به طوری که مددجو راحت فشار و کشش قرار ندهد.

محدود کننده را به چرخ تخت و یا قطعات متحرک تخت و یا ویلچر نمی‌بندد.	۱۷
ازگره آسان باز شو استفاده می‌کند تا در مواقع اورژانسی به راحتی باز شود.	۱۸
مطمئن می‌شود که جلیقه به مددجو خیلی کیپ نباشد.	۱۹
مرتباً تعداد تنفس و صدای تنفس مددجو را کنترل می‌کند (هر ۲ ساعت).	۲۰
مشاهدات و یافته های خود رابه شرح زیر ثبت می‌کند: الف - هر گونه علامت بیقراری، تنگی نفس و تغییر صداهای تنفسی ب - تعداد تنفس را قبل از محدود کردن و حین آن هر ۲ ساعت ج - هر گونه تغییرات خلقی و رفتاری مددجو	۲۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: استفاده از محدود کننده های عضوی

اهداف:

- ۱- پیشگیری از ایجاد صدمه و جراحت به خود یا دیگران در مددجوی گیج یا پرخاشگر
- ۲- جلوگیری از خارج نمودن تجهیزات پزشکی از بدن خود توسط مددجو از قبیل (کاتترهای وریدی و سوندهای به جا ماندنی و لوله معده و...)
- ۳- در مواقعی که آرام بخش ها اثر نکند از محدود کننده های عضوی بسته به رفتار مددجو استفاده می شود.

وسایل مورد نیاز:

دو مچ بند چرمی دست - دو مچ بند چرمی پا - چهار بند چرمی - کلید قفل - پدگازی بزرگ برای لایه گذاری در هر عضو

عامل انجام کار: پرستار و اوجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	وسایل موردنیاز را قبل از ورود به اتاق مددجو آماده و بررسی می کند.			
۳	مطمئن می شود که بندهای محدود کننده باز می باشند.			
۴	در صورتی که محدود کننده دارای قفل می باشد مطمئن می شود که کلید مربوط به قفل را با خود آورده است.			
۵	دستور پزشک را مبنی بر محدود کردن مددجو بررسی می کند .			
۶	در صورت نیاز از همکاران خود کمک می خواهد.			
۷	با مددجو ارتباط برقرار می کند و مراحل و هدف خود را از محدود نمودن وی توضیح می دهد.			
۸	به بیمار می گوید که جهت جلوگیری از صدمه رساندن به خودش و یا خارج نمودن تجهیزات پزشکی وی را محدود می کند.			
۹	مچ دست یا پای بیمار را باید گازی می پوشاند.			
۱۰	محدود کننده عضوی را روی پدگازی قرار می دهد.			
۱۱	بند را از قسمت باریک، در شکاف قسمت پهن محدودکننده وارد می کند.			
۱۲	محدود کننده را به میزان لازم محکم می کند.			
۱۳	سگک یا دکمه آن را می بندد.			

			محدود کننده را آنقدر سفت نمی بندد که خونرسانی انتهاها مختل شود.	۱۴
			مراقب علائم اختلال خونرسانی به قسمت های انتهای اندام ها می باشد.	۱۵
			انتهاهای مددجو را از نظر تغییر رنگ، حرارت و نبض بررسی می کند (هر ۱۵ دقیقه یک بار) به مدت ۲-۴ ساعت.	۱۶
			اگر پوست انتهای اندام ها آبی رنگ یا سرد بود و یا اگر مددجو احساس خارش یا بی حسی کرد، محدود کننده را بازمی کند.	۱۷
			هر ۲ ساعت جهت خونرسانی بهتر عضو مورد نظر حرکات غیر فعال به عضو می دهد.	۱۸
			مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- هر گونه تغییر رنگ، حرارت و نبض عضو ب - بررسی های خود از عضو مورد نظر را هر ۱۵ دقیقه به مدت ۲-۴ ساعت ج- مدت زمان محدود شدن مددجو (شروع و پایان محدودیت) د. ثبت نام همکاران در صورت کمک گرفتن از آن ها	۱۹

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: استفاده از دستکش محدود کننده

هدف:

پیشگیری از ایجاد خراش یا جراحت به خود یا دیگران در مددجوی پرخاشگر یا کودکان

وسایل مورد نیاز:

دستکش محدود کننده - پد گازی در صورت نیاز، باند

عامل انجام کار: پرستار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			دست های خود را می شوید.	۱
			قبل از وارد شدن به اتاق بیمار از اندازه مناسب دستکش ها مطمئن می شود.	۲
			مطمئن می شود که بندها باز می باشند.	۳
			دستور پزشک را مبنی بر محدود کردن مددجو بررسی می کند.	۴
			در صورت لزوم از همکاران کمک می خواهد.	۵
			قبل از وارد شدن به اتاق بیمار از اندازه مناسب دستکش ها مطمئن می شود.	۶
			با مددجو ارتباط برقرار می کند و مراحل و قصد خود را از محدود کردن به وی توضیح می دهد.	۷
			به مددجو می گوید که جهت پیشگیری از ایجاد خراش و جراحت و آسیب به خودش وی را محدود می کند.	۸
			دست های مددجو را شسته و خشک می کند.	۹
			دور دست های مددجو پارچه تمیز یا پد گازی مناسب می پیچد و سر آن را در کف دست مددجو قرار می دهد.	۱۰
			دستکش را روی آن می کشد.	۱۱
			سر دستکش ها را می بندد.	۱۲
			جهت بی حرکت کردن بازوها، بند دستکش را به شکل مناسب به هم گره می زند.	۱۳
			از گره آسان باز شو استفاده می کند تا در مواقع اورژانس با سرعت و به آسانی باز شود.	۱۴
			حرکت دست های مددجو را کنترل می کند.	۱۵

			هر ۲ ساعت دستکش ها را خارج می کند.	۱۶
			حرکات غیرفعال به دست های مدجو می دهد تا از خشک شدگی و اختلال خورسانی پیشگیری شود.	۱۷
			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - طول مدت محدود شدن بیمار (شروع و طول) ب - مشاهدات و ارزیابی خود از انتها های بیمار هر ۲ ساعت. ج - ثبت نام همکاران در صورت کمک گرفتن از آن ها	۱۸

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت : استفاده از کمربندهای محدود کننده

اهداف:

- ۱- جلوگیری از سقوط مددجو از تخت، صندلی یا ویلچر
- ۲- جلوگیری از آسیب به خود و دیگران در مددجویان پرخاشگر

وسایل مورد نیاز:

کمر بند محدود کننده - پدگازی در صورت نیاز

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	قبل از وارد شدن به اتاق وسایل را آماده و بررسی می کند.			
۲	از باز بودن بندها مطمئن می شود.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	در صورت نیاز به کمک، از همکاران خود کمک می خواهد.			
۵	دستور پزشک را مبنی بر محدود کردن مددجو بررسی می کند.			
۶	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل و قصد خود را از محدود کردن وی توضیح می دهد.			
۷	به مددجو می گوید که قصد از محدود کردن وی جلوگیری از رساندن آسیب به خود و دیگران می باشد.			
۸	مرکز پشتی کمربند را روی تخت قرار می دهد.			
۹	بند کوتاه را دور تخت می کشد و آن را زیر تخت می برد.			
۱۰	با کمک همکارانش بیمار را روی پد کمر وضعیت می دهد.			
۱۱	کمربند را دور کمر مددجو می پیچد.			
۱۲	سگک بند را می بندد.			
۱۳	بند بلند را دور تخت می کشد و زیر تخت می برد.			
۱۴	بند بلند را به بند کوتاه می بندد.			
۱۵	دست را بین بیمار و کمربند می برد تا مطمئن شود که گشادی آن به			

			اندازه چهار انگشت وی است.	
			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف. طول مدت محدود شدن (زمان شروع و پایان محدودیت) ب. ثبت نام همکاران در صورت کمک گرفتن از آن ها ج. هر گونه تغییرات درعلائم حیاتی و ... در مددجو	۱۶

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: تعویض پانسمان بیمار

هدف:

جلوگیری از بروز عفونت در محل زخم

وسایل مورد نیاز:

ماسک و دستکش استریل - پگ پانسمان استریل - محلول ضد عفونی کننده - نرمال سالین استریل جهت شست و شو - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل پانسمان را آماده می کند.			
۲	روش کار را برای بیمار توضیح داده و محیط خلوت برای وی فراهم می آورد.			
۳	در و پنجره را قبل از تعویض پانسمان می بندد.			
۴	بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.			
۵	دست ها را می شوید.			
۶	ماسک می زند.			
۷	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۸	پانسمان قبلی را از روی پوست بیمار (با آرامی و دقت) برمی دارد.			
۹	ست پانسمان را به روش استریل باز می کند.			
۱۰	دستکش استریل می پوشد.			
۱۱	زخم را با پنبه استریل آغشته به مواد ضد عفونی تمیز می کند.			
۱۲	زخم را از مرکز به خارج (از بالا به پایین یا دورانی) تمیز می کند.			
۱۳	زخم را با گاز استریل می پوشاند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: مراقبت از چشم (جهت بیماران فلج یا کومایی)
 اهداف:

۱- حفظ رطوبت و سلامت قرنیه

۲- خارج کردن ترشحات اضافی

وسایل مورد نیاز:

(کاسه) یا رسیوراستریل - دستکش - حوله استریل - نرمال سالین استریل - گلوله های پنبه‌ای یا پد و گاز استریل - روغن معدنی - اشک مصنوعی یا پماد چشمی (طبق دستور پزشک) - گاز یا پد چشمی - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده کرده به کنار تخت بیمار می برد .			
۲	مقدار کمی نرمال سالین داخل رسیور (کاسه) می ریزد.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	دستکش می پوشد.			
۵	روش کار را (در صورتی که بیمار هوشیار باشد) برای او توضیح داده و محیط خلوت برای وی فراهم می آورد.			
۶	برای برداشتن ترشحات و ترشحات چسبیده به پلک و مژه ها ابتدا یک گلوله پنبه ای را کاملاً به نرمال سالین آغشته کرده و سپس به آرامی از کناره داخلی به سمت کناره خارجی پلک بیمار می کشد (این کار باعث جلوگیری از ورود ترشحات به مجرای اشکی می شود).			
۷	برای جلوگیری از آلودگی مجدد از هر گلوله پنبه ای فقط یک بار و برای یک چشم استفاده می کند.			
۸	این عمل را برای چشم مقابل هم انجام می دهد.			
۹	بعد از تمیز کردن چشم، اشک مصنوعی ریخته یا پماد چشمی دستور داده شده را به مقدار لازم در چشم استعمال می کند.			
۱۰	پلک های بیمار را می بندد و مقدار کمی از روغن معدنی را جهت نرم و مرطوب نگه داشتن پوست پلک روی آن می مالد.			
۱۱	گاز یا پد چشمی را کاملاً به نرمال سالین آغشته کرده و روی چشم			

			قرار می دهد و با چسب ضد حساسیت ثابت می کند. این گاز و پد هر زمان که خشک شد، باید تعویض شود.
			پس از اتمام مراقبت، چشم را با حوله استریل می پوشانند.
			سپس دستکش خود را بیرون می آورد.
			زمان و نوع مراقبت از چشم را در گزارش خود ثبت می کند. در برگه داروهای مددجو قطره یا پماد چشمی مورد استفاده را ثبت می کند. در ضمن هر نوع افزایش زیاد ترشح یا ترشح رنگی یا غیر طبیعی را ثبت و گزارش می کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: شست و شوی مخصوص پرینه
 اهداف:

۱- برطرف نمودن ترشحات طبیعی

۲- رفع بوی ناحیه پرینه

۳- پیشگیری از عفونت (در صورت وجود سوند فولی)

۴- برقراری آسایش بیمار

وسایل مورد نیاز:

ملحفه - مشمع و رویه - لگن توالت - کیسه نایلونی - وسایل شست و شوی پرینه (کاسه تمیز ۲ عدد، گلوله پنبه، گاز) - محلول شست و شو با درجه حرارت ۴۳-۴۱ درجه سانتی گراد - دستکش یا پنس تمیز - شورت سرجی فیکس^۱

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را آماده می کند و به اتاق بیمار می برد.			
۲	بیمار را از اقدام مراقبتی مطلع می کند.			
۳	خلوت بیمار را فراهم می کند.			
۴	از ملحفه جهت پوشش بیمار استفاده می کند.			
۵	کیسه نایلونی را در قسمت پایین تخت در دسترس خود قرار می دهد.			
۶	مقداری از پنبه ها را داخل یکی از کاسه ها می گذارد و محلول شست و شو را به آن اضافه می کند.			
۷	در کاسه دیگر مقداری آب می ریزد.			
۸	مشمع و رویه را زیر بیمار پهن می کند.			
۹	بیمار را در وضعیت مناسب (به پشت خوابیده، زانوهای خمیده و پاها از هم باز) قرار می دهد.			
۱۰	لگن تمیزی زیر بیمار قرار می دهد.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	دستکش تمیز می پوشد.			

^۱ - surgifix

			وضعیت پرینه را بررسی می کند (از نظر التهاب، خراش یا تورم به ویژه بین لب‌های واژن در بیماران زن و چین اسکروتال ^۲ در بیماران مرد، وجود ترشحات بیش از حد و بدبو).	۱۳
			پرینه بیمار را با پنبه آغشته به محلول شست و شو به طریق زیر تمیز می کند: الف- از هر پنبه فقط یک بار استفاده می کند و همیشه پنبه را از بالا به پایین به آرامی روی پرینه کشیده و سپس در کیسه نایلونی می اندازد. ب) محلول باقی مانده را روی پرینه بیمار می ریزد. ج) با استفاده از گاز خشک پرینه بیمار را خشک می کند.	۱۴
			لگن را از زیر بیمار برمی دارد.	۱۵
			بیمار را به پهلو می خواباند.	۱۶
			ناحیه اطراف پرینه و مقعد را خشک می کند و همیشه گاز را از پرینه به طرف مقعد می کشد.	۱۷
			بیمار را به پشت برمی گرداند.	۱۸
			دستکش خود را بیرون می آورد.	۱۹
			پد را از جلو به عقب روی پرینه بیمار می گذارد و با شورت مخصوص در محل ثابت می کند.	۲۰
			مشمع و رویه را از زیر بیمار برمی دارد.	۲۱
			وسایل را به محل مربوط بر می گرداند و توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.	۲۲
			دست ها را می شوئید.	۲۳
			نکات مورد ارزشیابی در مورد سلامت پوست ناحیه پرینه، وجود التهاب، خراش، تورم، ترشح و وجود ناحیه حساس در لمس را در پرونده بیمار ثبت می کند.	۲۴

² - scrotal folds

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از مو در بیماران بستری

اهداف:

۱- مراقبت از مو به منظور حفظ ظاهر بیمار

۲- برقراری آرامش خاطر بیمار

وسایل مورد نیاز:

شانه یا برس - حوله - دستکش - سینی - گیره سر - مواد چرب کننده مو - سطل زباله - پیش بند یا گان

عامل انجام کار: بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را در صورت هوشیاری برای وی توضیح می دهد.			
۳	وسایل را داخل سینی آماده می کند و کنار تخت بیمار می برد.			
۴	دستکش و پیش بند می پوشد.			
۵	پوزیشن بیمار را در صورت هوشیاری به صورت نیمه نشسته در می آورد و در صورت عدم هوشیاری بیمار پوزیشن وی به صورتی است که به راحتی کار می کند.			
۶	حوله را روی شانه های بیمار قرار می دهد.			
۷	اگر موها در هم پیچیده شده مواد چرب کننده مو را به آن ها زده و مقداری ماساژ می دهد تا موها در وضعیت شانه زدن قرار گیرد.			
۸	در صورت هوشیاری بیمار وی را تشویق به برس و شانه زدن موهایش کرده و وی را همراهی می کند.			
۹	برای شانه زدن راحت موها، آن ها را تقسیم بندی کرده و هر بار یک قسمت را شانه زده و دسته بندی کرده و یا با گیره از بقیه قسمت ها جدا می کند.			
۱۰	هنگام شانه زدن، سر بیمار را به دقت از نظر علائم زخم و هر مورد غیر طبیعی بررسی می کند.			
۱۱	پس از اتمام شانه زدن، موها را به دقت جمع کرده و گیره می زند.			
۱۲	وسایل را جمع کرده و حوله را از دور بیمار باز می کند.			
۱۳	تخت بیمار را مرتب کرده و بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.			
۱۴	دستکش و وسایل اضافی را داخل سطل می اندازد.			
۱۵	تمام مراحل انجام کار و حالات بیمار را در گزارش به طور دقیق ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به پوشاندن جوراب های ضد آمبولی

هدف:

کمک به عمل انقباض عضلات و برگشت خون وریدی از انتهای اندام تحتانی

وسایل مورد نیاز:

جوراب ضد آمبولی با توجه به سایز بیمار، پودر

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	هدف از انجام کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	یک ساعت قبل از پوشیدن جوراب مددجو را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد.			
۳	حریم بیمار را حفظ می کند.			
۴	اطمینان می یابد که پاها خشک هستند.			
۵	کمی پودر به پاها می زند.			
۶	جوراب ها را به طرف خارج برمی گرداند.			
۷	پا را داخل آن قرار می دهد.			
۸	قسمت پاشنه و پشت پا را داخل جوراب جابه جا می کند.			
۹	به آرامی جوراب را روی ساق پا می کشد.			
۱۰	چین های آن را صاف می کند.			
۱۱	قسمت بالای جوراب را از نظر صاف بودن کنترل می کند.			
۱۲	انگشتان پا را از نظر گردش خون و گرما بررسی می کند.			
۱۳	یافته های خود را ثبت و گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از دهان

اهداف:

۱- حفظ تمیزی دهان و دندان ها

۲- جلوگیری از پوسیدگی دندان ها

۳- ایجاد طعم مطلوب در دهان

وسایل مورد نیاز:

حوله - مسواک - خمیردندان - دستکش یک بار مصرف - رسیور - آب تمیز - نخ دندان - ژل پترولیوم

- پنبه - سرنگ بدون سر سوزن

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	خلوت بیمار را با کشیدن پاراوان حفظ می کند.			
۳	روش کار را برای مددجو توضیح می دهد.			
۴	مددجو را در وضعیت نشسته قرار می دهد، در صورت وجود محدودیت مددجو را در وضعیت خوابیده به پهلو قرار می دهد.			
۵	حوله را زیر چانه مددجو قرار می دهد.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	مسواک را با آب مرطوب می کند.			
۸	کمی خمیر دندان روی آن قرار می دهد.			
۹	مسواک را به دست مددجو می دهد.			
۱۰	به بیمار می گوید مسواک را در زاویه ۴۵ درجه نسبت به خط لثه ها نگه دارد.			
۱۱	با حرکات کوتاه واز بالا به پایین واز سمت لثه به تاج، دندان ها را تمیز می کند.			
۱۲	این عمل را برای سطوح داخلی و خارجی تکرار می کند.			
۱۳	سطوح جونده را با عقب و جلو بردن تمیز می کند.			
۱۴	از بیمار می خواهد روی زبان را آهسته برس بزند و مراقب تحریک رفلکس gag می باشد.			

			۱۵	به مددجو می گوید دهان خود را با آب بشوید و آب را داخل رسیور برگرداند.
			۱۶	دهان مددجو را با حوله خشک می کند.
			۱۷	از نخ دندان استفاده می کند.
			۱۸	یک قطعه ۲۵ سانتیمتری نخ دندان برمی دارد.
			۱۹	هر انتها را بین انگشت میان دو دست می پیچد.
			۲۰	نخ را از بالا به پایین بین دندان های پایین حرکت می دهد.
			۲۱	این کار را برای دندان های بالا تکرار می کند.
			۲۲	به مددجو می گوید دهان خود را با آب بشوید و آب را به داخل رسیور برگرداند.
			۲۳	دهان مددجو را خشک می کند.
			۲۴	وسایل را برمی دارد.
			۲۵	دست ها را می شوید.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: Fecal Impaction

اهداف:

۱- بیرون آوردن مدفوع سفت که باعث انسداد راه دفع شده است

۲- ایجاد راحتی در بیمار

وسایل مورد نیاز:

ژل - لگن - دستکش (۲جفت) - روکش تخت - پاراوان - دستمال کاغذی

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			با بیمار ارتباط مناسب برقرار می کند و دلایل انجام کار و روش کار را توضیح می دهد.	۱
			محیط امن و خلوتی را با کشیدن پاراوان برای بیمار ایجاد می کند.	۲
			به منظور پیشگیری از آلودگی تخت روی ملحفه روکش می اندازد.	۳
			بیمار را به پهلو چپ با زانوی تا شده می خواباند (این وضعیت باعث دسترسی راحت به سیگموئید می شود).	۴
			دستکش را پوشیده و مقداری ژل روی انگشت سبابه می مالد.	۵
			به بیمار آموزش می دهد تا با تنفس منظم و عمیق عضلات خود را شل کند.	۶
			انگشت خود را به آرامی و با حفظ احتیاط داخل رکتوم فرو می کند تا جایی که به مدفوع سفت شده برسد.	۷
			با انگشت خود مدفوع را خرد کرده و به آرامی بیرون می آورد.	۸
			انگشت خود را خارج کرده و دستکش را تعویض می کند و مقعد بیمار را با دستمال کاغذی تمیز می کند.	۹
			در صورتی که بیمار احساس دفع داشت به وی لگن می دهد.	۱۰
			به بیمار کمک می کند تا بهداشت محل دفع خود را کامل کند.	۱۱
			در طی انجام کار بیمار را از نظر رنگ پریدی، تعریق شدید یا تغییر نبض کنترل می کند. در صورت مشاهده این علائم، عمل را قطع و به پزشک اطلاع می دهد.	۱۲
			وسایل را از کنار بیمار جمع کرده و دستان خود را می شوید.	۱۳
			زمان و تاریخ انجام کار و پاسخ بیمار به فرآیند کار، رنگ و قوام و بوی مدفوع را به طور دقیق در گزارش ثبت می کند.	۱۴

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (وضعیت لیتوتومی)

اهداف:

۱- انجام کارهای تشخیصی و درمانی

۲- انجام زایمان طبیعی

وسایل مورد نیاز:

تخت معاینه ژنیکولوژی - تسمه - سه عدد ملحفه

عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط - ماما

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار و ضرورت آن را برای بیمار توضیح می دهد.			
۲	محیط امن و راحت برای بیمار فراهم می کند(پرده‌ها را کشیده - درب اتاق را بسته یا پاراوان می گذارد).			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	به مددجو کمک می کند لباس های خود را در بیاورد و روی تخت بخوابد.			
۵	وضعیت مددجو را با کمک پایه‌های تخت اصلاح و ثابت می کند.			
۶	پاهای بیمار را کنار پایه‌های تخت قرار داده و با تسمه ثابت می کند.			
۷	با دو عدد ملحفه پاهای مددجو را تا حد ممکن می پوشاند.			
۸	ملحفه سوم را طوری روی هر دو پای مددجو می اندازد که ناحیه تناسلی در معرض دید نباشد.			
۹	در صورت امکان در طول معاینه یا انجام فعالیت در کنار مددجو می ماند.			
۱۰	به مددجو کمک می کند از تخت پائین بیاید و لباس هایش را بپوشد.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده مددجو و گزارش پرستاری ثبت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (وضعیت سجده، knee- chest Position)
 اهداف:

- ۱- تسکین درد بیمار
- ۲- انجام کارهای تشخیصی یا درمانی
- ۳- اصلاح پرو لاپس بدنناف در مادر باردار

وسایل مورد نیاز:

تخت معاینه - ملحفه - بالش کوچک

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			روش انجام کار و ضرورت آن را برای بیمار توضیح می دهد.	۱
			محیط امن و راحتی برای بیمار به وجود می آورد.	۲
			دست های خود را می شوید.	۳
			اگر لازم است به بیمار کمک می کند لباس هایش را در بیاورد.	۴
			بیمار را به حالت سجده در حالی که صورت او روی دست هایش قرار گرفته است روی تخت قرار می دهد.	۵
			زیر سر او در صورت لزوم بالش کوچکی قرار می دهد.	۶
			ملحفه را طوری روی بیمار می اندازد که نواحی تناسلی او را کاملاً بپوشاند.	۷
			در صورت امکان در طول انجام کار در کنار بیمار می ماند.	۸
			به بیمار کمک می کند از تخت پائین بیاید و لباس هایش را بپوشد.	۹
			دست های خود را می شوید.	۱۰
			اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار و گزارش پرستاری ثبت می کند.	۱۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و انتقال آن به سردخانه

اهداف:

۱- تمیز کردن جسد به نحوی که طبیعی و راحت به نظر برسد.

۲- ایجاد مراتب همدردی با خانواده متوفی

وسایل مورد نیاز:

گان و دستکش تمیز در صورت لزوم - ماسک در صورت لزوم - کلمپ و پنس در صورت لزوم - چسب و قیچی - باند و گاز و پد به مقدار کافی - دو عدد ملحفه بزرگ - دو عدد مچ بند تهیه شده از گاز و نوار چسب که نشان دهنده مشخصات بیمار باشد و به علاوه یک قطعه چسب با همین مشخصات - حوله و شانه - لگن حمام - پارچه مخصوص پیچیدن جسد - ماده ضدعفونی کننده پوست در صورت لزوم

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	براساس مقررات بیمارستان، اقوام شخص فوت شده را مطلع می کند.			
۲	خلوت جسد را با بستن درب و کشیدن پاروان حفظ می کند.			
۳	تمامی وسایل غیرضروری از قبیل اکسیژن، دستگاه ساکشن را خارج کرده و جهت ضدعفونی به محل مربوطه ارسال می کند.			
۴	وسایل مورد نیاز را آماده کرده و به اتاق می برد.			
۵	در صورت لزوم ماسک زده، دستکش و گان می پوشد.			
۶	شخص فوت شده را در وضعیت به پشت خوابیده قرار می دهد.			
۷	برای جلوگیری از تغییر رنگ صورت جسد یک بالش زیر سر و شانه های او قرار می دهد.			
۸	چشمها را به آرامی می بندد.			
۹	یک قطعه پد چشمی را مرطوب کرده و برای چند لحظه روی چشم جسد قرار می دهد.			
۱۰	با قرار دادن حوله لوله شده در زیر چانه جسد دهان او را بسته نگه می دارد.			
۱۱	حلقه، انگو و سایر وسایل زینتی جسد را خارج می کند.			
۱۲	البسه و وسایل زینتی جسد را لیست کرده و در کیسه مخصوص قرار می دهد.			

			وسایل اضافی نظیر لوله‌ها و کیسه‌ها را خارج کرده و محل خروج را پانسمان می‌کند.	۱۳
			در صورت لزوم بدن جسد را تمیز می‌کند.	۱۴
			خون و ترشحات را با آب گرم و گاز تمیز می‌کند.	۱۵
			در صورت وجود زخم باز، آنرا پانسمان می‌کند.	۱۶
			ظاهر متوفی را مرتب می‌کند و در صورت لزوم وی را حمام داده و موها را شانه می‌کند.	۱۷
			دو عدد مچ بند تهیه شده از باند و نوار چسب را که شامل نام و نام‌خانوادگی، شماره پرونده و نام پزشک معالج می‌باشد به مچ دست و مچ پای متوفی می‌بندد.	۱۸
			در صورتی که قوانین بیمارستان اجازه ملاقات بستگان را با متوفی می‌دهد، مقدمات این کار را مهیا می‌کند.	۱۹
			شخص فوت شده را در یک پارچه مخصوص می‌پیچد . الف- مچ پاهای شخص فوت شده را با یک باند به یکدیگر می‌بندد. ب - بالا و پایین پارچه مخصوص را روی بدن جسد تا کرده، طرفین آن را روی هم قرار می‌دهد. پ - از چسب برای ثابت کردن پارچه استفاده می‌کند. ت- مشخصات شخص فوت شده را که قبلاً آماده کرده روی آن می‌چسباند.	۲۰
			دستکش و گان را خارج می‌کند.	۲۱
			تمامی اشیاء جسد را به همراه برگه ثبت وسایل و البسه به سرپرستار تحویل می‌دهد.	۲۲
			ترتیب انتقال جسد را به سردخانه می‌دهد.	۲۳
			در صورتی که فرد در اثر بیماری عفونی خطرناک مانند ایدز، سارس و ... فوت کرده باشد، اقدامات احتیاطی جهت ضد عفونی جسد را طبق دستورالعمل‌های مربوطه انجام می‌دهد.	۲۴
			در صورتی که متوفی در اثر بیماری‌های عفونی فوت شده، جسد را در کاور پلاستیکی مخصوص قرار می‌دهد.	۲۵
			علت مرگ، تاریخ و زمان مرگ، ساعت مطلع ساختن پزشک، نحوه نگهداری از اشیاء و متعلقات بیمار، مراقبت از بدن، فرم‌های امضاء شده توسط بستگان، اطلاعات داده شده به بستگان شخص فوت شده و واکنش آن‌ها را ثبت می‌کند.	۲۶

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به راه رفتن بیمار با عصا

اهداف:

- ۱- ایجاد تعادل در بیماران با ضعف یا جراحات یک طرفه بدن
- ۲- حمایت از بیمار دارای عدم تعادل
- ۳- کمک به کاهش سرگیجه و فشار وارده روی مفاصل بیمار بر اثر تحمل وزن

وسایل مورد نیاز:

عصا - دمپایی یا کفش راحتی

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			دستور پزشک را مبنی بر استفاده از عصا هنگام راه رفتن بررسی می‌کند.	۱
			دست های خود را می شوید.	۲
			وسایل مورد نیاز را آماده کرده و به اتاق بیمار می آورد.	۳
			با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می‌دهد.	۴
			علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.	۵
			عصا را در فاصله ۱۰-۱۵ سانتی متری نزدیک پای ضعیف تر بیمار قرار می دهد.	۶
			کمک می کند تا بیمار از روی تخت یا صندلی برخیزد.	۷
			کمک می کند تا بیمار شروع به راه رفتن کند.	۸
			هنگام راه رفتن بیمار را حمایت و با وی همراهی می کند.	۹
			در صورت بروز علائم سرگیجه یا عدم تعادل و احتمال سقوط ، وی را با کمک به تخت برمی گرداند.	۱۰
			علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.	۱۱
			پس از استراحت مجدداً تکنیک را تکرار و بیمار را راه می اندازد.	۱۲
			کلیه مشاهدات و یافته‌های خود را ثبت می کند: الف - نوع عصای مورد استفاده ب - تاریخ و زمان اقدام به راه رفتن با عصا پ - طول مسافت راه رفتن بیمار با عصا ت - میزان درک بیمار از توضیحات قبل از راه رفتن و تحمل وی به راه رفتن ث - مشکلات احتمالی پیش آمده و اقدامات انجام شده	۱۳

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: کمک به بیمار هنگام راه رفتن با استفاده از چوب زیر بغل
- هدف:
- انتقال وزن از یک یا هر دو پا در بیماران ناتوان، به دست یا بازو
- وسایل مورد نیاز:
- چوب زیر بغل - پدهای زیر بغل - در صورت لزوم کمربند راه رفتن
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر استفاده از چوب زیر بغل بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند و به اتاق بیمار می آورد.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام تکنیک را به وی می گوید.			
۵	چوب زیر بغل را طوری قرار می دهد که درفاصله ی ۱۵ - ۱۰ سانتی متری کنار بیمار و در فاصله ی ۱۵ - ۱۰ سانتی متری جلوی او قرار داشته باشد.			
۶	چوب را طوری قرار می دهد که در فاصله ی ۵ - ۴ سانتی متری زیر بغل بیمار قرار گیرد (در حدود ۲ انگشت).			
۷	سپس جای دستی چوب زیر بغل را طوری تنظیم می کند که آرنج بیمار در زمان ایستادن زاویه ۱۵ درجه بگیرد.			
۸	در صورت لزوم کمربند راه رفتن را دور کمر بیمار می بندد.			
۹	سپس از او می خواهد که هر دو چوب زیر بغل را در یک دست بگیرد.			
۱۰	به او آموزش می دهد که چطور با استفاده از چوب زیر بغل تعادل خود را حفظ کند.			
۱۱	جهت نشستن به او می گوید که هر دو چوب زیربغل را در یک دست بگیرد.			
۱۲	به او می گوید که با دست دیگر خودش را پائین تر بیاورد و روی تخت یا صندلی بنشیند.			
۱۳	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف- نوع چوب زیر بغل و تعداد آن ب - تاریخ و زمان شروع به استفاده از چوب زیر بغل پ- مسافت پیموده شده ت- میزان تحمل بیمار به استفاده از چوب زیر بغل			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در ایستادن بیمار به منظور خروج از بستر

هدف:

جهت پیش گیری از بروز و پیشرفت عوارض مربوط به بی حرکتی در بیمار پس از اعمال جراحی و دوره های بستری طولانی مدت.

وسایل مورد نیاز:

دمپایی یا کفش راحتی - کمر بند مخصوص راه رفتن (در صورت نیاز)

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر خروج از بستر بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	دمپایی بیمار را کنار تخت وی آماده می کند.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام تکنیک را به وی توضیح می دهد.			
۵	به بیمار می گوید که این کار جهت راحتی و آسایش وی می باشد و جهت جلوگیری از عوارض مربوط به بی حرکتی است.			
۶	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند.			
۷	پاهای بیمار را به روش صحیح از تخت آویزان می کند.			
۸	پس از این که پاهای او را آویزان نمود و مطمئن شد که مشکل خاصی ندارد و می تواند وزن بدنش را تحمل کند، اقدام به ایستادن بیمار می کند.			
۹	به وی کمک می کند که دمپایی یا کفش راحتی بپوشد.			
۱۰	اگر تصمیم دارد که از کمر بند مخصوص راه انداختن برای بیمار استفاده کند آن را آماده می کند.			
۱۱	مراقب است که دمپایی و لوله های درن ها یا هر چیز دیگری دور پاهای بیمار نیفتد.			
۱۲	در صورتی که بیمار هوشیار و دارای قدرت کافی می باشد، پاهای او را مستقیم و صاف روی کف زمین قرار می دهد.			
۱۳	اجازه می دهد که بیمار به تنهایی بایستد.			

			هنگامی که بیمار ایستاد، یک دست خود را زیر بغل او قرار می دهد.	۱۴
			دست دیگر خود را دور کمر وی حلقه می کند (جهت جلوگیری از سقوط بیمار).	۱۵
			کمک می کند که کاملاً صاف بایستد.	۱۶
			بیمار را تشویق می کند که (جهت حفظ تعادل)، به اطراف نگاه کند نه به زمین.	۱۷
			در صورتی که بیمار دچار مشکل شد و نیاز به کمک داشت، وی را به سمت خود برگردانده و زانوهایش را دو طرف بیمار می گذارد.	۱۸
			زانوهای خود را خم می کند.	۱۹
			بازوهای خود را دور کمر بیمار حلقه می کند.	۲۰
			بازوهای بیمار را گرفته و او را به سمت تخت می کشد.	۲۱
			زانوها را راست می کند و بیمار را با یک پوزیشن مناسب می کشد (این تکنیک از وارد شدن صدمه به کمر جلوگیری می کند).	۲۲
			بیمار را روی تخت می خواباند تا استراحت کند.	۲۳
			علائم حیاتی او را کنترل می کند.	۲۴
			در صورتی که بیمار آمادگی داشت، مجدداً تکنیک را تکرار و کمک می کند تا بیمار بایستد.	۲۵
			کلیه مشاهدات، یافته ها و مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده را ثبت می کند.	۲۶

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به مددجو در راه رفتن (با یک پرستار و یا دو پرستار)

اهداف:

- ۱- تأمین ایمنی راه رفتن
- ۲- جلوگیری از افتادن یا آسیب مددجو
- ۳- پیشگیری از بروز و پیشرفت عوارض مربوط به بی حرکتی بعد از اعمال جراحی و استراحت طولانی در بستر

وسایل مورد نیاز:

دمپایی یا کفش راحتی - کمر بند مخصوص راه رفتن

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

دیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر راه رفتن بیمار بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار کرده و هدف و لزوم تحرک و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح می دهد.			
۵	علام حیاتی مددجو را کنترل می کند.			
۶	تخت را در پایین ترین وضعیت قرار می دهد.			
۷	کمک می کند تا مددجو در یک طرف تخت بنشیند.			
۸	پروسیجر مربوط به آویزان کردن پاها و نشستن مددجو در تخت را انجام می دهد.			
۹	مددجو را از نظر وجود سرگیجه و حالت ضعف بررسی می کند.			
۱۰	تا زمانی که احساس امنیت و راحتی کند اجازه می دهد که بیمار در همین وضعیت بماند.			
۱۱	لباس بلند و کفش به مددجو می پوشاند.			
در روش ۱ پرستار:				
۱۳	کمر بند راه رفتن را اطراف کمر مددجو می بندد (استفاده از آن اختیاری می باشد).			
۱۴	کمک می کند تا مددجو در وضعیت ایستاده قرار گیرد.			
۱۵	تعادل وی را بررسی می کند.			
در روش ۲ پرستار:				
۱۷	به مددجو کمک می کند تا در وضعیت ایستاده قرار گیرد در حالی که در			

			هر طرف وی یک پرستار قرار دارد.
۱۸			یک پرستار کمربند راه رفتن را برای حمایت از مددجو می گیرد (استفاده از کمربند اختیاری است).
۱۹			پرستار دیگر وسایل را آماده و حمل می کند.
۲۰			آهسته و همراه با مددجو راه می رود.
۲۱			قدرت و تعادل مددجو را بررسی می کند.
۲۲			در صورت عدم تعادل او را به تخت منتقل می کند.
۲۳			در صورتی که تصمیم می گیرد بیمار را روی صندلی بنشاند، او را پشت به صندلی قرار می دهد.
۲۴			مطمئن می شود که صندلی محکم و ثابت باشد.
۲۵			خودش را روبروی صندلی و بیمار قرار می دهد.
۲۶			پس از کمی نشستن و بهبود وضعیت بیمار، دوباره اقدام به انجام پروسیجر می کند.
۲۷			پاهای بیمار را صاف روی کف زمین قرار می دهد.
۲۸			اجازه می دهد مددجو دست‌هایش را دور شانه یا کمر وی حلقه کند.
۲۹			پشت مددجو قرار می گیرد.
۳۰			وی را از طریق کمربند یا گرفتن کمر مورد حمایت قرار می دهد.
۳۱			همراه بیمار راه می رود.
۳۲			پس از چند قدم راه رفتن قدرت و تعادل وی را بررسی می کند.
۳۳			در صورتی که مددجو به تنهایی قادر به راه رفتن باشد، در کنار او می‌ایستد و آهسته پشت سر او قرار می گیرد.
۳۴			به مددجو می گوید که به جای نگاه کردن به پاهایش به جلو نگاه کند.
۳۵			اگر یک سمت بدن مددجو ضعف دارد، به سمت مبتلا می ایستد و یک بازویش را دور کمر وی حلقه می کند.
۳۶			با بیمار ارتباط برقرار می کند و به صورت کلامی و عملی به وی نشان می دهد که چگونه راه برود.
۳۷			در صورتی که مددجو احساس ضعف و سرگیجه دارد او را روی صندلی می نشاند و سپس به تخت منتقل می کند.
۳۸			در صورتی که مددجو در حال افتادن است، یک پایش را جلوی پای دیگر و دور از هم قرار می دهد.
۳۹			درحالی که سر را حمایت می کند، وی را روی زمین قرار می دهد.
۴۰			بیمار را با روش صحیح به تخت منتقل می کند.
۴۱			علائم حیاتی او را کنترل می کند.
۴۲			کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند (مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده).

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: آویزان کردن پاهای بیمار به منظور خروج از بستر

اهداف:

شروع خروج بیمار از بستر به منظور نشستن روی تخت، صندلی یا صندلی چرخدار و راه رفتن بیمار داخل اتاق

وسایل مورد نیاز:

زیردست - میزکنار تخت - زیر پای - دمپایی یا کفش راحت

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر شروع خروج بیمار از بستر بررسی می کند.			
۲	دست های خود را می شوید.			
۳	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۴	علت و مراحل خروج از بستر را به بیمار توضیح می دهد.			
۵	از بیمار می پرسد که درد یا احساس ضعف دارد.			
۶	در صورت داشتن درد یا ضعف ، یک مسکن به بیمار تزریق می کند.			
۷	۶۰-۳۰ دقیقه جهت اثر بخشی دارو صبر می کند.			
۸	علائم حیاتی بیمار را کنترل می کند تا متوجه افت فشار خون، سرگیجه و یا ضعف بیمار بشود.			
۹	در صورتی که بیمار احساس درد در ناحیه برش جراحی می کند، به او آموزش می دهد که دست خود را روی پانسمان محل برش قرار دهد.			
۱۰	وسایل اطراف بیمار را جهت جلوگیری از سقوط جمع کرده و بیرون می برد .			
۱۱	چرخ های تخت را قفل می کند.			
۱۲	تخت بیمار را به حالت افقی درمی آورد.			
۱۳	بیمار را به پهلو قرار می دهد.			
۱۴	صورت بیمار را به طرف خودش می گرداند.			
۱۵	کفش های بیمار را به کنار تخت می آورد.			
۱۶	شانه های او را می گیرد.			
۱۷	پاهایش را آن قدر از هم بازمی کند که یک قاعده پهن جهت حمایت بسازد.			

			از بیمار می خواهد که وزنش را از طریق پاهای خم شده اش به تخت وارد کند.	۱۸
			سرتخت را ۴۵ درجه بالا می آورد (جهت سهولت بلند شدن بیمار) .	۱۹
			در صورتی که بیمار نمی تواند از این روش استفاده کند از این متد استفاده می کند: الف- هم زمان به وی جهت نشستن روی تخت کمک می کند. ب- جهت پیشگیری از وارد آمدن فشار به پشت و هل دادن بیمار ، او را با تمام بدن خود بالا می آورد (نه فقط با بازوهایش). در صورت لزوم از همکارش کمک می خواهد.	۲۰
			تا زمانی که بیمار در کنار تخت می باشد ، صورتش به سمت وی است و مراقب سقوط او از تخت می باشد.	۲۱
			به علایم و نشانه های هیپوتانسیون ارتوستاتیک توجه می کند (مانند غش، سرگیجه، سیاهی رفتن چشم و...).	۲۲
			در صورت وجود هر یک از علائم فوق، ضربان نبض و فشار خون بیمار را کنترل می کند.	۲۳
			در صورتی که ضربان نبض بیش از ۲۰ ضربه در دقیقه نسبت به قبل از شروع تکنیک افزایش دارد، اجازه می دهد که بیمار استراحت کند.	۲۴
			پس از این که بیمار استراحت کرد، تکنیک را از بند ۱۳ تکرار می کند.	۲۵
			پاهای بیمار را از تخت آویزان می کند.	۲۶
			دمپایی یا کفش راحتی به پاهای بیمار می پوشاند.	۲۷
			جهت حمایت بیمار و پیشگیری از سقوط وی، میزکنار تخت را جلوی وی قرار می دهد.	۲۸
			یک عدد بالش روی میز و زیر دستان بیمار می گذارد.	۲۹
			بیمار را ارزیابی می کند و وضعیت وی را ثبت می کند: الف - نوع و تاریخ و زمان خروج از بستر ب - در صورت کمک گرفتن نام همکار خود ج - طول زمان تکنیک و مشکلات احتمالی و مراقبت های پرستاری انجام شده	۳۰
				۳۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: انجام انمای تمیز کننده

اهداف:

۱- آماده کردن بیمار جهت جراحی

۲- آماده کردن بیمار برای گرفتن گرافی های ناحیه کمر و لگن

وسایل مورد نیاز:

ظرف محلول انما همراه با کلامپ- لوله رکتال در اندازه مناسب (بزرگسالان ۲۲ تا ۳۰، اطفال ۱۲ تا ۱۸) -
 ژل لوبریکانت - مشمع زیر بیمار - گاز - دستکش یک بار مصرف - رسیور - پایه سرم - لگن محلول انما
 با حجم مورد نظر (معمولاً ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی لیتر از محلول گرم شده) - ملحفه- ظرف مدفوع

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۲	دستور پزشک را بازبینی می کند.			
۳	وسایل مورد نظر را حاضر می کند.			
۴	محیط امن و خلوت را برای بیمار فراهم می کند.			
۵	دست ها را شسته و دستکش می پوشد.			
۶	بیمار را به پهلو چپ خوابانده ، به طوری که زانوی راست او خمیده باشد .			
۷	مشمع را زیر بیمار پهن می کند.			
۸	بیمار را توسط ملحفه می پوشاند به طوری که فقط ناحیه رکتال باز باشد.			
۹	ظرف مدفوع را در دسترس بیمار قرار داده و در صورتی که اجازه حرکت دارد وی را به دستشویی هدایت می کند.			
۱۰	محلول گرم شده انما را حاضر می کند.			
۱۱	ظرف انما را از پایه سرم آویزان کرده ، سوند رکتال را به لوله آن وصل می کند.			
۱۲	کلامپ را باز می کند تا محلول درون لوله و سوند جریان یابد و هوای داخل آن تخلیه شود.			
۱۳	مجدداً لوله را کلامپ می کند.			
۱۴	انتهای سوند رکتال را به میزان ۷/۵ تا ۱۰ سانتی متر به ژل لوبریکانت آغشته می کند.			

			به آرامی دو طرف باتکس را از هم جدا کرده، ناحیه آنوس را مشاهده می‌کند.	۱۵
			از بیمار می‌خواهد به آرامی از راه دهان نفس کشیده و خود را ریلکس کند.	۱۶
			لوله رکتال را به نرمی وارد رکتوم می‌کند(در بزرگسالان ۷/۵ تا ۱۰ سانتی‌متر - در اطفال ۵ تا ۷/۵ سانتی‌متر - در شیر خوران ۲/۵ تا ۳/۵ سانتی‌متر).	۱۷
			کاتتر را تا پایان کار با دست در محل نگه می‌دارد تا از خارج شدن آن جلوگیری شود.	۱۸
			در حالی که ظرف انما هم سطح هیپ بیمار قرار داده شده، کلامپ را باز می‌کند تا مایع به آرامی جریان یابد.	۱۹
			به تدریج ظرف انما را از سطح هیپ بالا برده، برای انمای آهسته به میزان ۳۰ سانتی متر و برای انمای سریع به میزان ۴۵ سانتی متر و در نوزادان به میزان ۷/۵ سانتی‌متر، ظرف را بالاتر از هیپ قرار می‌دهد.	۳۰
			مدت زمان انما بستگی به حجم محلول دارد (انمای یک لیتر به مدت ۱۰ دقیقه).	۳۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: به کارگیری سرمای خشک (کیسه یخ)

اهداف:

- ۱- تسکین سردردهای ناشی از انقباض عروق
- ۲- پیشگیری از تورم بافت ها بلافاصله پس از جراحی یا صدمه
- ۳- پیشگیری، کاهش یا قطع خونریزی به دنبال صدمه یا جراحی
- ۴- کاهش درد مفصلی ناشی از تجمع مایع

وسایل مورد نیاز:

ظرف محتوی تکه های یخ خردشده - کیسه یخ - رویه مخصوص کیسه یخ - حوله یا باند - پارچه ای جهت خشک کردن کیسه یخ - سنجاق قفلی یا نوار چسب
 عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را به دقت کنترل می کند.			
۲	کیسه یخ را مطابق با دستورات زیر در اتاق پانسمان (تریمنت) آماده می کند. الف- $\frac{1}{2}$ تا $\frac{1}{4}$ کیسه را پر از خرده های یخ می کند. دقت می کند که اطراف خرده های یخ تیز نباشد. در صورت لزوم آن ها را در کاسه آبی ریخته فوراً خارج می کند تا تیزی یخ ها از بین برود. ب- کیسه را روی سطح صافی قرارداده، با دست روی آن فشار می آورد تا هوای داخل آن خارج شود، سپس در کیسه را می بندد . ج - کیسه یخ را از نظر نشت آب امتحان می کند. برای این منظور آن را وارونه می کند. د- کیسه را خشک کرده ،سپس در پوشش مخصوص قرار می دهد.			
۳	کیسه یخ را به اتاق بیمار می برد و در صورت لزوم روند کار را برای بیمار شرح می دهد.			
۴	بیمار را در وضعیت راحتی قرار می دهد.			
۵	عضو مورد درمان را از زیر پوشش ها خارج می کند.			
۶	محل مورد نظر را بررسی می کند.			

			کیسه را در محل دستور داده شده قرار می دهد.	۷
			کیسه را با استفاده از باند یا حوله ، سنجاق قفلی یا نوار چسب ثابت می کند.	۸
			به منظور پیشگیری از احساس لرز، بیمار را با پتو می پوشاند.	۹
			کیسه یخ را معمولا در یک نوبت بیش از ۳۰ دقیقه در محل قرار نمی دهد.	۱۰
			بیمار را به فواصل هر ۱۰-۵ دقیقه از نظر علائم ناراحتی، واکنش های پوستی شامل رنگ پریدگی و لکه های رنگی پوست کنترل می کند.	۱۱
			در زمان مقرر کیسه یخ را برمی دارد.	۱۲
			وسایل را به محل مربوطه بر گردانیده و توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.	۱۳
			مشاهدات و اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، روش ومحل مورد معالجه در پرونده بیمار ثبت می کند.	۱۴
			دستور پزشک را به دقت کنترل می کند.	۱۵

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: به کارگیری گرمای خشک (کیسه آب گرم)

اهداف:

۱- گرم کردن بخشی از بدن

۲- برقراری راحتی، آرامش و خواب

۳- افزایش گردش خون و تسریع بهبودی

۴- کاهش درد عضلانی

وسایل مورد نیاز:

کیسه آب گرم - رویه مخصوص کیسه آب گرم - ظرف محتوی آب گرم - دماسنج آب - پارچه‌ای جهت خشک کردن کیسه آب گرم

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			دستور پزشک را به دقت کنترل می کند.	۱
			محل مورد معالجه را از نظر عدم وجود زخم، قرمزی، خراشیدگی و... مورد مشاهده قرار می دهد.	۲
			کیسه آب گرم را مطابق دستورات زیر در اتاق پانسما (تریتمنت) آماده می کند. قبل از پر کردن کیسه آب گرم از نظر محکم بودن و نشت آب کنترل می کند. ب- با دماسنج مخصوص آب، درجه حرارت آب را اندازه می گیرد. ج- در صورتی که دماسنج مخصوص آب وجود ندارد، درجه حرارت کیسه را پس از پرکردن، با قرار دادن روی قسمت داخلی مچ دست امتحان می کند (کیسه آب گرم باید نسبتاً داغ باشد ولی بدن را نسوزاند). د- کیسه آب گرم را تا دو سوم حجم از آب گرم پر می کند. در موقع ریختن آب کیسه را روی سطح صافی قرار می دهد. ه- برای خارج کردن هوای درون کیسه، با یک دست دهانه کیسه را روی سطح صافی، مخالف بدن قرارداده به آهستگی پایین می آورد و با دست دیگر به آرامی روی بدنه کیسه فشار وارد می کند به طوری که آب به طرف دهانه کیسه بیاید و هوای آن خارج شود. بعد در کیسه را می بندد. و- کیسه را وارونه می کند تا مطمئن شود که در آن خوب بسته شده باشد. کیسه را خوب خشک می کند و در پوشش آن قرار می دهد.	۳

			کیسه را به اتاق بیمار برده، در صورت لزوم او را از اقدام مورد نظر مطلع می‌کند.	۴
			پوشش های محل مورد معالجه را کنار زده و کیسه را در محل دستور داده شده قرار می دهد(دقت می کند که دهانه کیسه آب گرم حتی المقدور دوران بدن بیمار باشد).	۵
			در صورت لزوم با استفاده ازبالش،کیسه آب گرم را در محل ثابت نگه می دارد.	۶
			در فواصل ۵-۱۰ دقیقه، جهت بررسی شکایات بیمار(درد،سوزش، واکنش پوستی) به اوسر می زند.	۷
			در صورت وجود درد، تورم و یا قرمزی بیش از حد، کیسه آب گرم را برداشته و موارد را گزارش می کند.	۸
			کیسه آب گرم را پس از ۴۵-۳۰ دقیقه از محل برمی دارد.	۹
			وسایل را به محل مربوطه بر گردانیده و توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.	۱۰
			اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، زمان،روش و محل مورد معالجه در پرونده بیمار یادداشت می کند.	۱۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل جذب و دفع مایعات

اهداف:

- ۱- بررسی تعادل مایعات بدن
 - ۲- بررسی میزان مایعات دریافتی بیمار برحسب نیاز بدن وی
 - ۳- بررسی میزان مایعات دریافتی کمتر از حد نیاز
 - ۴- بررسی الگوهای دفع ادرار و عملکرد کلیوی
 - ۵- بررسی میزان مایعات دریافتی بیش از حد نیاز
 - ۶- بررسی اثربخشی داروها نظیر مدرها
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	به بیمار در مورد لزوم اندازه گیری مایعات دریافتی و دفعی توضیح می دهد.			
۲	ضرورت استفاده از لگن یا لوله ادرار را به وی یادآوری می کند.			
۳	نحوه اندازه گیری مایعات خوراکی را به بیمار آموزش می دهد.			
۴	با توافق بیمار برنامه ای منظم جهت دریافت مقدار معین مایعات تنظیم می کند.			
۵	به بیمار تأکید می کند، نیمی از کل حجم مایعات دریافتی را در شیفت صبح و نیمه دیگر را در شیفت های عصر و شب مصرف کند (عصر بیشتر از شب).			
۶	مایعات دریافتی را به روش زیر اندازه گیری می کند: الف - نوع مایعات دریافتی و زمان آن را در برگه جذب و دفع یادداشت می کند (آب، شیر، چای و ...). ب - کلیه مایعات وریدی شامل خون و سرم را نیز یادداشت می کند.			
۷	مایعات دفعی بیمار را نیز به روش زیر اندازه گیری می کند: الف- پس از هر بار دفع ادرار، آن را در ظرف مدرجی ریخته و پس از اندازه گیری یادداشت می کند. ب - سایر مواد دفعی از قبیل استفراغ، مدفوع آبکی را نیز در برگه			

			مخصوص یادداشت می کند. پ- در صورت بی اختیاری بیمار یا تعریق شدید، مقدار مایع دفع شده را به صورت تخمینی یادداشت می کند (در بزرگسالان ۷۰۰ - ۵۰۰ سی سی در اطفال ۳۰۰ - ۱۰۰ سی سی).	
			در پایان هر شیفت مقدار کل مایعات دریافتی و دفعی را محاسبه و یادداشت می کند.	۸
			برنامه مراقبت از بیمار را با کمک پرستاران دیگر طوری تنظیم می کند که از دریافت کافی مایعات و دفع مناسب اطمینان حاصل کند.	۹
			یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت می کند.	۱۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کشیدن بخیه

وسایل مورد نیاز:

دستکش استریل و یک بار مصرف - ست پانسمان استریل - قیچی بخیه استریل - نوار چسب - گاز و پد استریل - ماده ضد عفونی کننده

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را چک می کند.			
۲	بیمار را از نظر آلرژی به چسب و محلول بتادین بررسی می کند.			
۳	پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم می کند			
۴	نور محیط مناسب باشد.			
۵	بیمار را در وضعیت راحتی قرار داده مشمع و رویه را در زیر محل بخیه شده قرار می دهد.			
۶	دست ها را می شوید.			
۷	پانسمان را بر می دارد .			
۸	زخم بیمار را از نظر عفونت و ترشحات (موارد غیرطبیعی) بررسی می کند.			
۹	دست ها را می شوید.			
۱۰	محیط استریل برای بیمار فراهم می کند.			
۱۱	پگ پانسمان را به روش استریل باز می کند.			
۱۲	پس از پوشیدن دستکش استریل ،خط بخیه را با محلول ضد عفونی تمیز می کند .			
۱۳	محل را با نرمال سالین می شوید.			
۱۴	برای برداشتن بخیه ها به طور یک در میان ، بخیه های سوم ، پنجم ، هفتم و ... را بر می دارد و در صورتی که لازم بود کلیه بخیه ها را همزمان بر می دارد .			
۱۵	در صورتی که بخیه ها از نوع منقطع ساده باشد ،بخیه را در محل گره با پنس می گیرد و نوک گرد قیچی را در زیر بخیه نزدیک به پوست در نقطه مقابل گره بخیه وارد می کند و سپس بخیه را می چیند .			

			مجدداً خط بخیه را با محلول ضد عفونی تمیز کرده و پانسمان کوچک وسبکی با استفاده از یک یا دو گاز استریل در محل قرار می دهد .	۱۶
			در صورتی که قسمت کوچکی از خط بخیه التیام نیافته است از چسب پروانه‌ای استریل یا تنسوپلاست به روش زیر استفاده می کند: الف- چسب را به یک طرف بخیه می چسباند. ب- لبه‌های زخم را به هم فشار می دهد. ج- سمت دیگر چسب را به طرف دیگر بخیه می چسباند.	۱۷
			چنان چه قسمت بزرگی از خط بخیه التیام نیافته است، گاز استریل را روی آن قرار می دهد و فوراً به سرپرستار یا پزشک اطلاع می دهد.	۱۸
			دستکش‌ها را در می آورد.	۱۹
			بیمار را در وضعیت راحتی قرار می دهد.	۲۰
			ساعت و تاریخ انجام کار، ظاهر بخیه‌ها و تحمل بیمار نسبت به انجام پروسیجر را ثبت می کند.	۲۱

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استفاده از بالش دورکننده

هدف:

پیشگیری از چرخش سر فمور به جهت داخل

وسایل مورد نیاز:

بالش دور کننده

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	بالش را در اندازه مناسب انتخاب می کند.			
۳	مراحل انجام تکنیک را به بیمار توضیح می دهد.			
۴	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۵	بالش را بین پاهای وی قرار می دهد.			
۶	آن را به اطراف دو کشاله ران می لغزاند، به طوری که با تمام طول پاهای او در تماس باشد.			
۷	قسمت بالای هر دو پا را در کنار بالش قرار می دهد.			
۸	بندهای بالش را می بندد (جهت پیشگیری از لیز خوردن بالش).			
۹	اندام های تحتانی بیمار را از نظر وجود نبض و عدم سیانوز و رنگ پریدگی و سردی ارزیابی می کند.			
۱۰	در صورت وجود هر یک از علائم فوق بندها را کمی شل می کند.			
۱۱	دست های خود را می شوید.			
۱۲	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - نوع وسیله و اندازه انتخابی ب - تاریخ و زمان شروع استفاده از وسیله ج - مشکلات به وجود آمده و اقدامات انجام شده			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استفاده از رول تروکانتر

هدف:

پیشگیری از چرخش سرفمور به خارج

وسایل مورد نیاز:

رول تروکانتر یا پتوی کوچک رول شده و/ یا ملافه تمیز رول شده

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۳	دو عدد رول تروکانتر انتخاب می کند.			
۴	در صورتی که رول تروکانتر موجود نباشد ، دو عدد پتو یا ملحفه را رول می کند.			
۵	یک رول را در طول خارجی ران قرار می دهد به طوری که از خاراییلیاک شروع و به وسط ران خاتمه یابد.			
۶	سپس رول بعدی را به همان ترتیب در طول خارجی ران بعدی قرار می دهد.			
۷	اطمینان پیدا می کند که هر دو رول دورتر از زانو قرار گرفته باشند (جهت پیشگیری از فشردگی عصب پروئئال که منجر به افتادگی پامی شود) .			
۸	اگر از رول های درست شده از پتو یا ملحفه استفاده می کند، چند سانتی متر آن را رول نشده زیر ران های بیمار قرار می دهد.			
۹	بیمار را ارزیابی می کند و از وضعیت مناسب وی مطمئن می شود.			
۱۰	دست های خود را می شوید.			
۱۱	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - تاریخ و زمان گذاشتن رول تروکانتر ب - مشکلات احتمالی پیش آمده و اقدامات انجام شده			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: استفاده از رول دست

هدف:

پیشگیری از انقباض دست

وسایل مورد نیاز:

دو عدد رول دست - گاز در صورت نیاز - چسب ضد حساسیت

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دو عدد رول دست را آماده می کند.			
۳	در صورت عدم وجود رول دست با چند عدد گاز یا پارچه تمیز دو عدد رول درست می کند.			
۴	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را به وی توضیح می دهد.			
۵	علت و لزوم استفاده از وسیله را به بیمار توضیح می دهد.			
۶	رول را داخل دست بیمار قرار می دهد.			
۷	بند آن را می بندد.			
۸	در صورتی که از گاز، یا پارچه رول شده استفاده می کند، آن را با چسب ضد حساسیت ثابت می کند.			
۹	رول بعدی را در دست دیگر قرار می دهد.			
۱۰	انگشتان را از نظر تغییر رنگ و یا سردی و عدم وجود نبض بررسی می کند.			
۱۱	در صورت مشاهده هر یک از علائم فوق بند یا چسب ضد حساسیت را کمی شل می کند.			
۱۲	دست های خود را می شوید.			
۱۳	هر ۴ ساعت رول دست را باز می کند.			
۱۴	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - زمان و تاریخ استفاده از رول دست ب - کلیه مشاهدات و یافته های حاصل از ارزیابی، مشکلات احتمالی و اقدامات پرستاری			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: دادن وضعیت به بیمار (وضعیت بهبودی)^۳
 اهداف:

- ۱- حفظ آسایش بیمار
 - ۲- برقراری و ابقاء راه هوایی باز
 - ۳- پاک کردن راه هوایی و خروج ترشحات
 - ۴- جلوگیری از آسپیراسیون و بازگشت مجدد مواد ترشچی به حلق و انسداد راه هوایی
- عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را از نظر وقوع صدمه به نخاع گردنی بررسی می کند.			
۲	بیمار را به یک پهلو می چرخاند.			
۳	دست زیرین را از آرنج خم کرده و به سمت بالا روی زمین قرار می دهد.			
۴	دست روئی را از آرنج خم کرده و زیر گونه ها می گذارد.			
۵	پای رویی را از ناحیه لگن و زانو کاملاً خم می کند به طوری که زانوی آن روی زمین قرار گیرد.			

³ -Recovery position

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قراردادن بیمار در وضعیت یک طرفه نیمه به روی شکم)^۴

اهداف:

۱- تغییر وضعیت دادن به بیمار و پیشگیری از صدمه پوستی

۲- برقراری آسایش بیمار

۳- تسهیل در خروج ترشحات از دهان و پیشگیری از آسپیراسیون

۴- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی - درمانی

وسایل مورد نیاز:

۶ عدد بالش کوچک - کیسه شن یا حوله، ملحفه تا شده - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌ها را می‌شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می‌پوشد.			
۳	اگر بیمار هوشیار است در مورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می‌دهد.			
۴	کنار تخت می‌ایستد و نرده حفاظ را پایین می‌کشد.			
۵	دست‌های بیمار را به صورت ضربدر روی سینه او قرار می‌دهد (دست دورتر روی دست نزدیک‌تر به وی).			
۶	پاهای بیمار را به صورت ضربدر (پای دورتر روی پای نزدیک‌تر به وی) قرار می‌دهد.			
۷	طوری می‌ایستد که مقابل مرکز بدن بیمار باشد.			
۸	پاها را کمی از هم جدا و یک پا جلوتر را از دیگری قرار می‌دهد.			
۹	عضلات سرینی و شکم خود را محکم می‌گیرد و زانوها را کمی خم می‌کند.			
۱۰	دست‌های خود را روی شانه و لگن دورتر بیمار گذاشته و او را به طرف خود می‌چرخاند تا به پهلو قرار گیرد.			
۱۱	هنگام حرکت دادن بیمار مراقب لوله‌ها و وسایل متصل به او است.			
۱۲	وزن بیمار را روی سطح قدامی شانه و لگن قرار می‌دهد.			
۱۳	دست زیرین بیمار را به طرف پشت قرار می‌دهد.			

^۴.semi prone position

			پای رویی را کاملاً در ناحیه لگن و زانو خم می کند و تا خط کمر بالا می آورد.	۱۴
			دست رویی را از ناحیه شانه و آرنج خم می کند.	۱۵
			پای زیرین را به میزان کمتری در ناحیه لگن و زانو خم می کند.	۱۶
			از وسایل کمکی جهت قراردادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می کند. - یک بالش کوچک زیر سر بیمار قرار می دهد. - یک بالش در فضای بین قفسه سینه و شکم و بازوی فوقانی و تشک قرار می دهد. - یک یا دو بالش در فضای بین قفسه سینه و شکم و بازوی فوقانی و تشک قرار می دهد. - یک یا دو بالش در فضای بین شکم و لگن و ران فوقانی و تشک قرار می دهد. - در هنگام وضعیت دادن، فاصله مفاصل شانه از یکدیگر و مفاصل لگن از یکدیگر را به یک میزان تنظیم می کند. - با استفاده از کیسه شن در کف پای بیمار از افتادگی آن جلوگیری می کند.	۱۷
			دست هایش را می شوید.	۱۸
			اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.	۱۹
			موارد غیر طبیعی را به پزشک معالج یا پرستار مسوول گزارش می کند.	۲۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قراردادن در وضعیت به پهلو خوابیده)

اهداف:

- ۱- برقراری آسایش بیمار
 - ۲- تغییر وضعیت دادن به بیمار و رفع صدمه احتمالی پوست
 - ۳- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی یا درمانی
- وسایل مورد نیاز:
 پنج عدد بالش کوچک - حوله یا ملحفه تا شده در صورت لزوم - دستکش یک بار مصرف
 عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۳	اگر بیمار هوشیار است در مورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می دهد.			
۴	کنار تخت می ایستد و نرده حفاظ را پایین می کشد.			
۵	دست های بیمار را به صورت ضربدر روی سینه او قرار می دهد.			
۶	پاهای بیمار را به صورت ضربدر (پای دورتر روی پای نزدیکتر) قرار می دهد.			
۷	طوری می ایستد که مقابل مرکز بدن بیمار باشد.			
۸	پاها را کمی از هم جدا و یک پا جلوتر از دیگری قرار می دهد.			
۹	عضلات سرینی و شکم خود را محکم می گیرد و زانوها را کمی خم می کند.			
۱۰	دست های خود را روی شانه و لگن دورتر بیمار گذاشته و او را به طرف خود می چرخاند تا به پهلو قرار گیرد.			
۱۱	هنگام حرکت دادن بیمار، مراقب لوله‌ها و وسایل متصل به او است.			
۱۲	خط باسن را کمی عقب‌تر از خط شانه‌ها قرار می دهد.			
۱۳	هر دو دست بیمار را جلوی سینه او قرار می دهد.			

		<p>از وسایل کمکی جهت قراردادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می‌کند:</p> <p>- یک بالش را زیر سر بیمار طوری قرار می‌دهد که سر و گردن در راستای مناسب با تنه قرار گیرند.</p> <p>- یک بالش زیر بازوی فوقانی می‌گذارد تا از چرخش و نزدیک شدن شانه‌ها به هم جلوگیری کند.</p> <p>- ۲- یا تعدادی بالش را زیر پای رویی طوری قرار می‌دهد تا پا به موازات سطح تخت قرار گیرد.</p> <p>- حوله یا ملحفه تا شده را در فاصله خالی ناحیه کمر قرار می‌دهد.</p> <p>- با کمک یک بالش طول پشت بیمار را در وضعیت به پهلو خوابیده ثابت نگه می‌دارد.</p>	۱۴
		دست‌های خود را می‌شوید و نرده حفاظ را بالا می‌کشید.	۱۵
		اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می‌کند.	۱۶
		موارد غیرطبیعی را به پرستار مسوول و پزشک معالج گزارش می‌کند.	۱۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قرار دادن بیمار در وضعیت به شکم خوابیده)

اهداف:

- ۱- پیشگیری از خمیدگی غیرطبیعی زانوها و مفاصل لگن
- ۲- تسهیل در خروج ترشحات
- ۳- تغییر وضعیت دادن به بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست.
- ۴- بهبود وضعیت اکسیژن رسانی
- ۵- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی و درمانی

وسایل مورد نیاز:

سه عدد بالش - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			دست های خود را می شوید.	۱
			دستکش یک بار مصرف می پوشد.	۲
			اگر بیمار هوشیار است، درمورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می دهد.	۳
			الف) اگر تجهیزات خاصی یا دستگاه تهویه مکانیکی به بیمار متصل است: - کنار تخت روبروی دستگاه می ایستد و بیمار را به سمت خود و لبه تخت می کشد. - دست بیمار را که دورتر از وی قرار دارد به باسن او می چسباند. - پاهای بیمار را به صورت ضربدر (پای نزدیک تر روی پای دورتر) قرار می دهد. - به سمت مقابل تخت (کنار دستگاه) می رود و نرده حفاظ را پایین می کشد.	۴
			ب) اگر وسیله خاصی به بیمار متصل نیست: - کنار تخت می ایستد و نرده حفاظ را پائین می کشد.	۵

		<p>- طوری می ایستد که مقابل مرکز بدن بیمار باشد. پاها کمی از هم جدا و یک پا جلوتر از پای دیگر باشد.</p> <p>- عضلات سرینی و شکم خود را محکم کرده و زانوها را خم می‌کند.</p> <p>- دست های خود را روی شانه و لگن دورتر بیمار گذاشته و او را به طرف خود می چرخاند تا روی شکم بخوابد.</p> <p>- هنگام چرخاندن بیمار مراقب لوله‌ها و وسایل متصل به بیمار است.</p>	
		<p>از وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می‌کند:</p> <p>- جهت خروج ترشحات، سر بیمار را به یک طرف می چرخاند(در صورت نیاز به خروج ترشحات).</p> <p>- زیر سر بیمار بالش نمی گذارد.</p> <p>- یک بالش کوچک زیر شکم درست زیر دیافراگم قرار می دهد تا از افزایش انحنای کمر، سختی تنفس و ایجاد فشار روی پستان‌های بیمار زن جلوگیری شود.</p>	۶
		<p>نرده حفاظ را بالا می کشد.</p>	۷
		<p>دست های خود را می شوید.</p>	۸
		<p>اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.</p>	۹
		<p>موارد غیر طبیعی را به پزشک معالج و پرستار مسوول گزارش می کند.</p>	۱۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قراردادن بیمار در وضعیت خوابیده به پشت)

اهداف:

۱- تغییر وضعیت دادن به بیمار و رفع صدمه احتمالی به پوست

۲- فراهم کردن آسایش بیمار

۳- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی و درمانی

وسایل مورد نیاز:

شش عدد بالش برحسب نیاز- دو عدد ملحفه لوله شده در صورت لزوم - تخته کف پا - وسایل حمایت

از دست (hand roll ، اسپلینت مچ) در صورت لزوم - دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست های خود را می شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۳	اگر بیمار هوشیار است، در مورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می دهد.			
۴	بیمار را به پشت می خواباند.			
۵	از وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می کند: الف - یک بالش کوچک زیر سر و شانه‌های بیمار قرار می دهد. ب - ملحفه‌های لوله شده درکنار ران های بیمار قرار می دهد. ج - ۱-۲ بالش کوچک زیر ساق پاها در فاصله زانوها و مچ قرار می دهد. د - در صورت عدم هوشیاری یا فلج بودن بیمار، ساعد و دست ها را روی یک بالش قرار می دهد. ه - در صورتی که بیمار مبتلا به خمیدگی غیر طبیعی انگشتان و مچ دست می‌باشد از حوله یا ملحفه کوچک لوله شده داخل کف دست و اسپلینت مچ استفاده می کند.			
۶	نرده حفاظ را بالا می کشد.			
۷	دست های خود را می شوید.			
۸	اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.			
۹	موارد غیرطبیعی را به مسوول بخش و پزشک معالج گزارش می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ نوع فعالیت: وضعیت دادن به بیمار (قراردادن بیمار در حالت نشسته^۵ یا نیمه نشسته^۶)

اهداف:

- ۱- بهبود انبساط قفسه سینه و تهویه ریوی
- ۲- تغییر وضعیت بیمار و کمک به حفظ سلامت پوست
- ۳- فراهم کردن آسایش بیشتر برای بیمار
- ۴- تسهیل در انجام برخی فعالیت‌های روزمره زندگی (مثل خوردن غذا)
- ۵- انجام برخی از فعالیت‌های تشخیصی و درمانی

وسایل مورد نیاز:

۱ تا ۶ بالش کوچک برحسب نیاز - ۱ تا ۲ ملحفه لوله شده - تخته کف پا - دستکش یک بار مصرف
 عامل انجام کار: پرستار - بهیار - کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست‌های خود را می‌شوید.			
۲	دستکش یک بار مصرف می‌پوشد.			
۳	درمورد مراقبت مورد نظر به او توضیح می‌دهد.			
۴	قبل از بالا آوردن تخت از بیمار می‌خواهد زانوهای خود را کمی خم کند.			
۵	باسن بیمار را درست درمحل شکسته شدن تخت قرار می‌دهد.			
۶	با توجه به تجویز پزشک سر تخت بیمار را در وضعیت نشسته (۹۰-۴۵ درجه)، وضعیت نیمه نشسته (۴۵-۴۰ درجه) یا نشسته کامل (۹۰ درجه) بالا می‌آورد.			
۷	از وسایل کمکی جهت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب استفاده می‌کند: - یک بالش کوچک زیر سر بیمار قرار می‌دهد. - یک بالش کوچک را در گودی کمر بیمار قرار می‌دهد. - در صورت لزوم با قرار دادن ملحفه لوله شده در کنار ران‌ها از چرخش آن‌ها به سمت خارج جلوگیری می‌کند.			

⁵ - Fowler's- P.

⁶ - Semi Fowler's- P.

			<p>- یک بالش کوچک زیر ساق پاها از زانو به پائین قرار می دهد.</p> <p>- از تخته کف پا برای جلوگیری از افتادگی پاها استفاده می کند.</p> <p>- در بیماران ضعیف از بالشهای اضافی برای قرار دادن در اطراف دست ها و بازوها برای حفظ وضعیت مناسب بدن استفاده می کند.</p>	
			دست هایش را می شوید.	۸
			اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت می کند.	۹
			در صورت مشاهده موارد غیرطبیعی به پرستار مسوول یا پزشک معالج گزارش می دهد.	۱۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
★ نوع فعالیت: گذاردن شیاف مقعدی
اهداف:

- ۱- ایجاد تأثیر موضعی دارو (مانند شیاف ملین)
- ۲- ایجاد تأثیر عمومی دارو (مانند شیاف آمینوفیلین به منظور گشاد کردن برونش بیمار و تسهیل تنفس، به عنوان راهی جایگزین شونده در صورت وجود استفراغ یا ممنوع بودن مصرف دارو از راه دهان)
- ۳- ایجاد اثرات ضد التهاب، ضد درد و تب بر

وسایل مورد نیاز:

کارت دارو - شیاف دستور داده شده - رسیور - دستکش یک بار مصرف - ظرف آبگرم در صورت لزوم - مقدار کافی ماده لغزنده کننده محلول در آب روی دستمال کاغذی - لگن
عامل انجام کار: پرستار - بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	کارت دارو را با کاردکس مطابقت می کند.			
۲	شیاف دستور داده شده را از یخچال برمی دارد.			
۳	شیاف و دیگر وسایل مورد نیاز را به اتاق می برد.			
۴	بیمار را به روش صحیح شناسایی می کند.			
۵	بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع می کند و خلوت او را فراهم می آورد.			
۶	دست ها را می شوید.			
۷	از بیمار می خواهد به پهلو چپ خوابیده پای رویی را کاملاً خم کند.			
۸	ملحفه های رویی بیمار را کنار می زند به طوری که باسن بیمار نمایان شود.			
۹	دستکش می پوشد.			
۱۰	شیاف را از درون پوشش آن خارج می کند.			
۱۱	برای شل شدن و باز شدن هر چه بیشتر اسفنکتر مقعد از بیمار می خواهد از راه دهان نفس عمیق بکشد.			
۱۲	با دست چپ خود اطراف مقعد را باز می کند و با دست دیگر شیاف را به آرامی در مقعد وارد می کند.			

			با انگشت سبابه خود شیاف را در طول دیواره راست روده به داخل وارد می کند. در بزرگسالان در حدود ۱۰ سانتی متر و در کودکان در حدود ۵ سانتی متر یا کمتر وارد می کند.	۱۳
			انگشت خود را خارج می کند.	۱۴
			برای جلوگیری از خارج شدن شیاف برای چند لحظه دوطرف باسن (اطراف مقعد) را به هم نزدیک کرده و با دست نگه می دارد.	۱۵
			دستکش های خود را به صورت پشت و رو خارج می کند.	۱۶
			لباس و تخت بیمار را مرتب می کند.	۱۷
			از بیمار می خواهد حداقل برای مدت ۵ دقیقه در وضعیت خوابیده به پشت یا پهلوئی چپ باقی بماند.	۱۸
			در صورت استعمال شیاف ملین، زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار می دهد تا برای رفتن به توالت یا گرفتن لگن کمک بگیرد.	۱۹
			وسایل را به محل مربوطه برگردانیده و توجه لازم را از آن ها به عمل می آورد.	۲۰
			دست ها را می شوید.	۲۱
			اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی ، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزش یابی شامل نوع شیاف ، در صورت خارج شدن مدت زمانی که نگه داشته شده ، اثرات و نتایج آن را در پرونده بیمار یادداشت می کند.	۲۲

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل دستورات پزشک

هدف: اجرای دستورات پزشک طبق روش معین و بدون اشتباه

وسایل مورد نیاز:

کاردکس - کارت دارویی - پرونده بیمار

عامل انجام کار : پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	توجه می کند که یک دستور کامل دارای تاریخ ، ساعت و امضاء پزشکی باشد.			
۲	توجه می کند در یک دستور دارویی باید نوع، نام، مقدار، طریقه مصرف و دفعات مصرف دارو دقیقاً قید شده باشد.			
۳	دقت می کند که دستورات کتبی باشند و در پرونده بیمار قید شده باشد.			
۴	در موارد اضطراری دستورات شفاهی بخش را دریافت می کند و بلافاصله درورقه «دستور پزشک» وارد می کند تا در اولین فرصت توسط پزشک امضاء شود.			
۵	دستورات شفاهی را یک بار برای پزشک قرائت می کند.			
۶	دستورات کتبی را اول از پرونده بیمار وارد کاردکس و سپس وارد کارت دارویی می کند.			
۷	پس از وارد کردن دستورات در کاردکس و کارت دارویی در مقابل هر دستور در ورقه دستور پزشک علامت ✓ می گذارد.			
۸	در صورت خوانا نبودن دستورات و یا هر گونه اشکال بلافاصله از پزشک سؤال می کند.			
۹	پس از کنترل کردن دستورات، در زیر آخرین دستور پزشک خطی افقی رسم نموده و در محل مخصوص امضا می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ★ عنوان فعالیت: کمک به بیمار جهت انجام فرائض دینی

اهداف:

۱- دادن آرامش روحی به بیمار

۲- کمک به انجام یک فریضه واجب

۳- همراهی با بیمار

وسایل موردنیاز:

ظرف آب و لگن تمیز- سنگ تیمم- سجاده و مهر- چادر نماز جهت خانم ها - کتب مذهبی

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار را جهت حصول اطمینان از کمک به وی در انجام فرائض دینی در بخش آگاه می کند.			
۲	بیمار را رو به قبله می نشانند.			
۳	جهت انجام فرائض دینی نظیر گرفتن وضو، تیمم، وضوی جبیره و غیره به بیمار کمک می کند.			
۴	یافته ها و مشاهدات خود را ثبت می کند.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: استفاده از کفش های محافظ
- اهداف:
- ۱- پیشگیری از افتادگی پا و جراحات پوست
 - ۲- تصحیح پوزیشن نامناسب
 - ۳- محافظت از پاها
- وسایل مورد نیاز: کفش های محافظ
- عامل انجام کار: کلیه ی پرسنل گروه پرستاری

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را مبنی بر استفاده از کفش محافظ بررسی می کند.			
۲	اندازه مناسب کفش را برای بیمار انتخاب می کند.			
۳	تکنیک کار را به بیمار توضیح می دهد.			
۴	شکاف صفحه ی فوقانی کفش را باز می کند.			
۵	پای بیمار را در کفش می گذارد.			
۶	بندهای پا و زانو را محکم می کند.			
۷	در صورتی که بیمار به پهلو خوابیده است، کفش را فقط جهت کف پاها تهیه می کند.			
۸	در صورت فوق جهت حمایت پاها از خم شدگی از یک بالش استفاده می کند.			
۹	در صورت لزوم یک پا را روی پای دیگر قرار می دهد.			
۱۰	جهت پیشگیری از وارد آمدن فشار روی لیگامان ها و برجستگی استخوان به پاهای بیمار وضعیت مناسب می دهد.			
۱۱	کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت می کند: الف - نام وسیله ای که انتخاب کرده است و پایی را که جهت درمان انتخاب کرده است. ب - مشکلات و بررسی ها و اقداماتی که در جهت رفع آن انجام داده است. د - زمان و تاریخ شروع استفاده از وسیله. ج - ساعت و نحوه ارزیابی.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کنترل درناژ بسته زخم

اهداف:

- ۱- بهبود زخم
- ۲- جلوگیری از تورم زخم با ساکشن کردن مایعات تجمع یافته روی زخم
- ۳- کاهش خطر عفونت
- ۴- حفظ تمامیت پوست ناحیه زخم

وسایل مورد نیاز:

لوله مدرج - ظرف استریل جمع آوری نمونه آزمایشگاه - پدهای الکلی - دستکش - گان - محافظ صورت - کیسه زباله - پدهای گازی استریل - عوامل ضد عفونی کننده - سواب های آغشته به بتادین

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می کند.			
۲	وضعیت بیمار را کنترل می کند.			
۳	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۴	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	دستکش می پوشد.			
۷	واکیوم را از تخت یا گان بیمار دور می کند.			
۸	موقع باز کردن در محفظه، روش آسپتیک را رعایت می کند.			
۹	محتوی محفظه را در لوله مدرج می ریزد.			
۱۰	به میزان و ظاهر مایع درناژ شده توجه می کند.			
۱۱	در صورت لزوم، برای انجام تست، مایع درناژ شده را در ظرف استریل جمع آوری نمونه می ریزد.			
۱۲	دهانه و درب محفظه را با پنبه الکلی پاک می کند.			
۱۳	برای ایجاد حالت خلاء، محفظه را با یک دست فشار می دهد و با دست دیگر در دهانه را روی آن محکم می کند.			
۱۴	محفظه و کل سیستم را از نظر وجود نشت کنترل می کند.			
۱۵	اطمینان می یابد که لوله ها دچار پیچ خوردگی نمی باشد.			

			برای تسهیل در درناژ ترشحات، محفظه را پایین تر از بدن بیمار قرار می دهد.	۱۶
			برای جلوگیری از جدا شدن اتصالات در هنگام بستن بودن در محفظه، از ایجاد فشار به لوله ها خودداری می کند.	۱۷
			بخیه های محل ورود لوله به پوست را کنترل می کند.	۱۸
			پوست اطراف آن را از نظر وجود هر گونه علامت کشیدگی، پارگی، التهاب یا عفونت بررسی می کند.	۱۹
			با گازهای استریل آغشته به ماده ضد عفونی یا سواب های حاوی بتادین محل بخیه ها را با ملایمت تمیز می کند.	۲۰
			وسایل آلوده را در کیسه زباله قرار می دهد.	۲۱
			دستکش ها را خارج می کند.	۲۲
			زمان و تاریخ تخلیه ظرف درناژ، ویژگی محل درن ها، وجود علایم عفونت و تورم، اختلال در عملکرد وسیله، عملکرد متعاقب آن و تحمل بیمار نسبت به روش را ثبت می کند. روی برگه جذب و دفع بیمار، رنگ، قوام، نوع و میزان مایع درناژ شده را ثبت می کند. اگر بیمار بیش از یک سیستم درناژ دارد با ذکر شماره اطلاعات آن را ثبت می کند.	۲۳

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: درمان با سیستم واکيوم بسته

اهداف:

۱- کمک به بهبود زخم هنگام تأخیر در بهبود یا وجود اختلال

۲- خروج مایعات از زخم

۳- تحریک گرانولاسیون بافتی

وسایل مورد نیاز:

کیسه زباله ضد آب - عینک محافظ - گان - محلول نرمال سالین - دستکش تمیز - دستکش استریل - قیچی استریل - پدهای نگه دارنده - سرنگ ۳۵ سی سی با کاتتر ۱۹ G - اسفنج مشبک - لوله تخلیه - محافظ پوست - شان شفاف با نفوذپذیری نسبت به هوا

عامل انجام کار: پرستار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستور پزشک را کنترل می کند.			
۲	وضعیت بیمار را بررسی می کند.			
۳	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد.			
۴	خلوت بیمار را حفظ می کند.			
۵	دست های خود را می شوید.			
۶	از عینک محافظ استفاده می کند.			
۷	گان می پوشد.			
۸	از پدهای نگه دارنده استفاده می کند.			
۹	بیمار را در وضعیتی قرار می دهد که زخم به خوبی دیده شود.			
۱۰	ظرف را زیر زخم قرار می دهد تا ترشحات به داخل آن وارد شود.			
۱۱	دستکش تمیز می پوشد.			
۱۲	پانسمان های آلوده را برمی دارد و در کیسه زباله ضد آب می ریزد.			
۱۳	با استفاده از نرمال سالین و سرنگ ۳۵ سی سی زخم را به طور کامل شست و شو می دهد.			
۱۴	اجازه می دهد پوست به طور کامل خشک شود.			
۱۵	دستکش های آلوده را در می آورد.			

			دستکش استریل می پوشد.	۱۶
			با استفاده از قیچی استریل اسفنج را به شکل زخم می برد.	۱۷
			با دقت اسفنج را روی زخم قرار می دهد.	۱۸
			سپس لوله سوراخ دار را درست وسط اسفنج قرار می دهد. این لوله در زخم فشار منفی ایجاد می کند.	۱۹
			شان شفاف و نفوذ پذیر نسبت به هوا را روی اسفنج قرار می دهد.	۲۰
			شان شفاف و اسفنج را در جای خود محکم می کند.	۲۱
			دستکش ها را در می آورد.	۲۲
			انتهای دیگر لوله را به لوله ساکشن متصل به دستگاه واکيوم وصل می کند.	۲۳
			دستگاه را روشن می کند.	۲۴
			از راحتی بیمار اطمینان حاصل می کند.	۲۵
			پس از اتمام کار درناژ، محلول ها، پدها و دیگر وسایل آلوده را به طور صحیح دور می اندازد.	۲۶
			تکرار و طول زمان درمان، میزان فشار منفی به کار برده شده، محل و شرایط زخم و پاسخ بیمار نسبت به درمان را ثبت می کند.	۲۷

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: ثبت و گزارش نویسی

اهداف:

- ۱- مشخص شدن اقدامات انجام شده برای بیمار
- ۲- کامل و قابل استفاده بودن محتویات پرونده برای مسوولین درمانی و مراقبتی
- ۳- به حداقل رسانیدن احتمال خطا
- ۴- استفاده از تعرفه های پرستاری
- ۵- جواب گو بودن در مقابل قانون
- ۶- راهنمایی مراقبت برای شیفت های بعدی

وسایل مورد نیاز:

پرونده بیمار - خودکار آبی یا مشکی

عامل انجام کار: پرستار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده می کند.	۱
			جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده می کند.	۲
			گزارش را خوانا و مرتب می نویسد.	۳
			مشخصات بیمار بایستی در بالای اوراق گزارش به طور کامل درج شود.	۴
			جهت ثبت تاریخ وساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده می کند.	۵
			وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت می کند.	۶
			تعداد و ریتم ضربان قلب و تنفس بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت می کند.	۷
			در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و ...) جهت مراقبت از بیمار، توضیحات لازم یادداشت شده، وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را ثبت می کند.	۸

۹	بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت می کند.
۱۰	تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آن ها و ذکر واکنش های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت می کند.
۱۱	از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آن ها اجتناب می کند.
۱۲	پس از مشاهده هر گونه مورد غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی می کند.
۱۳	انحصاراً در گزارش، مراقبت هایی را که خود ارائه داده است یا برای اجرای آن ها نظارت داشته است ثبت می کند.
۱۴	اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پی گیری شوند گزارش می کند (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و ...).
۱۵	در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها و موارد مشاهده شده، علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع می دهد.
۱۶	در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می کند یا نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد علاوه بر چارت در برگه های گرافیکی استاندارد، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستاری قید می کند.
۱۷	هر گونه علایم و نشانه ای را در صورت بروز به پزشک اطلاع می دهد و ثبت می کند.
۱۸	هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و ...) ثبت می کند.
۱۹	دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت می کند.
۲۰	در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی، دستور تلفنی را به امضاء پرستار دیگری می رساند.
۲۱	دستور تلفنی را ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه می رساند.
۲۲	زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده و اطلاعات گرفته شده را ثبت می کند.
۲۳	از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آن ها اجتناب می کند.
۲۴	در قسمت بالا یا جلوی مورد کلمه اشتباه یا Error می نویسد و

			گزارش صحیح را بعد از کلمه اشتباه یا Error ادامه می دهد.	
۲۵			تاریخ، ساعت و سمت پس از ثبت مورد فوق را در گزارش می نویسد.	
۲۶			اگر مواردی بعداً به گزارش اضافه شود آن را قید می کند.	
۲۷			برای تکمیل گزارش پرستاری هر چه راجع به بیمار شنیده است را نمی نویسد.	
۲۸			در صورتی که متوجه شود گزارشی که نوشته ، اشتباه است آن را معدوم نمی کند.	
۲۹			برای تکمیل گزارش، مواردی را به یادداشت های دیگران اضافه نمی کند.	
۳۰			در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی نمی گذارد.	
۳۱			در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات رایج جهانی را به کار می برد.	
۳۲			آموزش های ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر می کند.	
۳۳			در صورتی که بیمار، وی یا مسولین بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی کند، دقیقاً گزارش می کند.	
۳۴			انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی را به طور کامل می بندد.	
۳۵			نام و سمت خود را به طور خوانا ثبت می کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
 نام بخش: شیفت:
 نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
 ☆ نوع فعالیت: چک آمبولانس
 اهداف:

- ۱- فراهم کردن امکانات مراقبتی و درمانی برای بیماران اورژانسی
- ۲- حصول اطمینان از امکانات و تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات پزشکی و ابزار مورد نیاز
 وسایل مورد نیاز: آمبولانس - چک لیست - فرم مخصوص کنترل آمبولانس
 عامل انجام کار: پرستار واجد شرایط

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	از اینکه آمبولانس نقص فنی ندارد مطمئن می شود.			
۲	وضعیت اکسیژن رسانی شامل: کپسول اکسیژن، سوند و ماسک اکسیژن را بررسی و کنترل می کند.			
۳	وضعیت ساکشن اعم از شارژ دستگاه، مخزن و لوله های رابط و سوند را بررسی و از سالم و تمیز بودن آنها اطمینان حاصل می کند.			
۴	از وجود ست پانسمان، بخیه، انواع باند، سرنگ و سوزن، انواع سرم ها، محلول های ضد عفونی، ملحفه و ۰۰۰ اطمینان حاصل می کند.			
۵	دستگاه فشارخون، گوشی پزشکی، ست لارنگوسکپی و کیف احیاء را مورد بررسی قرار می دهد و از سالم بودن آنها اطمینان حاصل می کند.			
۶	داروهای مورد نیاز را بررسی و کنترل می کند. از نظر تاریخ مصرف و تعداد مورد نیاز مطابق با دستورالعمل مصوب وزارت بهداشت کنترل می کند.			
۷	از وجود ست زایمان و ابزار مورد نیاز برای مراقبت مادر و نوزاد اطمینان حاصل می کند.			
۸	از سالم و تمیز بودن برانکاره اطمینان حاصل می کند.			
۹	تاریخ شارژ کپسول اطفای حریق را بررسی می کند.			
۱۰	پس از کنترل آمبولانس، در فرم مخصوص تاریخ بازدید و نام خود را قید کرده و امضاء می کند.			
۱۱	در صورت مشاهده هر گونه نقص مراتب را به مسوول بخش اورژانس گزارش می دهد و سریعاً نسبت به رفع آن اقدام می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:	تاریخ:
نام بخش:	شیفت:
نام عامل انجام کار:	امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
★ نوع فعالیت: درست کردن تخت بدون بیمار	
اهداف:	
۱- ایجاد محیط آماده برای پذیرش مددجو در هر زمان	
۲- آمادگی جهت موارد اضطراری	
۳- ایجاد وضعیت تمیز همراه با آسایش برای مددجو	
وسایل مورد نیاز:	
دو ملحفه، رو بالشی، رو تختی، دستکش	
در صورت لزوم:	
پتوی حمام، کیسه مخصوص حمل به رختشویخانه، دروشیت	
آماده‌سازی وسایل:	
ملحفه تمیزی آماده کنید که از درازا چهار تا شده باشد (دو بار از درازا تا خورده باشد)، اگر ملحفه اشتباه تا شده آن را درست کنید. قسمت درز دوخته شده بایستی رو قرار گیرد که پس از پهن کردن، سمت صاف در زیر مددجو قرار گیرد تا پوست تحریک نشود.	
عامل انجام کار: کمک بهیار	

ردیف	مراحل انجام کار
۱	دست های خود را شسته، دستکش پوشیده و وسایل را کنار تخت مددجو می برد. اگر مددجو تخت را اشغال کرده برایش مراحل و هدف کار را توضیح می دهد.
۲	در صورت لزوم به خروج وی از تخت و نشستن وی روی صندلی کمک می کند.
۳	برای ایجاد محیط وسیع جهت انجام کار، کلیه وسایل و مبلمان را از کنار تخت دور می کند.
۴	سر تخت را برای دسترسی راحت به تشک و راحتی در فیکس کردن ملحفه‌ها پایین آورده و سپس خود تخت را در حد لازم جهت انجام کار راحت بالا می برد.
۵	زمانی که ملحفه را جمع می‌کند، مراقب است که از لوازم شخصی مددجو داخل ملحفه و روی تشک نیفتاده باشد.
۶	روکش بالش را در آورده و داخل کیسه رختشویخانه می ریزد یا با آویزان کردن سر آن به دسته صندلی به عنوان کیسه رختشویخانه از آن استفاده می کند. بالش را هم در کناری قرار می‌دهد.

۷	کناره‌های تشک را به آرامی بالا آورده و با حرکت در اطراف تخت لبه‌های ملحفه‌ها را شل می‌کند. اگر می‌خواهد ملحفه رو انداز را دوباره استفاده کند، بالای آن را روی پایین تا کرده و پس از چهار تا کردن آن را روی صندلی قرار می‌دهد. در مورد دروشیت هم همین کار را انجام داده، آن‌ها را آرام تا کرده و در کیسه بین یا روی صندلی قرار می‌دهد.
۸	جهت جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها، از تکان دادن، ریختن روی زمین یا چسباندن آن به لباس خودش خودداری می‌کند.
۹	ملحفه‌های کثیف زیر را جمع کرده و در کیسه بین (رختشوی خانه) می‌اندازد.
۱۰	اگر تشک پایین آمده، سرآن را گرفته و در جای خود به بالا می‌کشد (جابه‌جا کردن تشک پس از کشیدن ملحفه‌های تمیز آن‌ها را جابه‌جا و شل می‌کند).
۱۱	ملحفه زیر را در وسط تشک قرار می‌دهد، قسمت بالا و پایین آن را از نزدیکترین سمت خود باز می‌کند. برای این که ملحفه صاف قرار گیرد اول انتهای ملحفه را به انتهای تشک ثابت می‌کند و سپس قسمت بالا را بالای تخت به آرامی زیرتشک می‌برد.
۱۲	برای صاف کردن لبه‌ها ابتدا سر ملحفه را تو گذاشته و سپس قسمت اضافی را در زاویه راست پایین آورده و زیر تشک می‌برد.
۱۳	بعد از درست کردن بالا و پایین یک طرف در صورت نیاز دروشیت را در فاصله حدود ۳۸ سانتی‌متر از بالای تخت پهن می‌کند طوری که در وسط تخت قرار گیرد. سپس لبه‌های دروشیت را زیر تشک ثابت می‌کند.
۱۴	همین مراحل را برای سمت دیگر انجام می‌دهد.
۱۵	برای پهن کردن ملحفه روانداز نیز آن را در وسط تخت قرار داده و سمت درز آن را در مقابل دید خود قرار می‌دهد.
۱۶	قسمتی از بالای ملحفه را اضافه نگه داشته و رو تختی را پهن می‌کند و قسمت بالای ملحفه را روی رو تختی برمی‌گرداند.
۱۷	پایین ملحفه را به نحو مناسب به زیر تشک برده فیکس می‌کند.

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک در استحمام بیمار

اهداف:

۱- تامین بهداشت فردی به منظور تحریک گردش خون و کاهش تنفس بیمار

۲- تحریک قدرت عضلات

۳- مشاهده پوست

وسایل مورد نیاز:

لیف - حوله حمام - صابون و شامپوی ملایم - زیرپایی لاستیکی - صندلی - لباس یا گان تمیز - دماسنج - پتوی حمام - کلاه حمام (در صورت لزوم)

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	حمام را قبل از ورود بیمار آماده می کند، کلیه درب و پنجره ها را بسته و دمای حمام را تنظیم می کند.			
۲	زیر پایی ها را به منظور جلوگیری از سُر خوردن بیمار در حمام یا وان قرار می دهد.			
۳	یک صندلی را در کنار وان یا دوش جهت نشستن بیمار قرار می دهد و پتوی حمام را جهت جلوگیری از لرز بیمار روی آن قرار می دهد.			
۴	در صورت استفاده از وان آن را از آب گرم (۳۷/۸-۴۴/۳) پر می کند.			
۵	با دماسنج دمای آب و حمام را کنترل می کند(در صورت نبودن دماسنج از آرنج خود استفاده می کند).			
۶	با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام کار را توضیح می دهد.			
۷	بیمار را تا حمام همراهی کرده و به او در بیرون آوردن لباس هایش کمک می کند.			
۸	در صورتی که بیمار تمایل به شستن مو ندارد از کلاه حمام جهت جلوگیری از خیس شدن موها استفاده می کند.			
۹	با استفاده از لیف و صابون ملایم بدن بیمار را شست و شو و وی را همراهی می کند.			

		در صورتی که بیمار خود تمایل به انجام حمام کردن داشته باشد هر ۱۰-۱۵ دقیقه به وی سر می زند.	۱۰
		در زمان انجام حمام، حریم بیمار را حفظ کرده و روی درب حمام تابلوی «اشغال می باشد» نصب می کند.	۱۱
		پس از اتمام حمام بیمار به وی کمک می کند تا به نحو مقتضی روی زیرپایی قرار گیرد و به وی در خشک کردن و پوشیدن لباس کمک می کند.	۱۲
		بیمار را تا بازگشت به اتاق و تختش همراهی می کند.	۱۳
		حوله و لباس های کثیف را در بین انداخته و حمام را تمیز می کند.	۱۴
		در مدت انجام حمام پوست بیمار را از نظر وجود تغییرات و زخم بررسی می کند.	۱۵
		چنان چه بیماری آتل یا پانسمان در ناحیه اندام ها دارد، آن را با پلاستیک می پوشاند و بعد وی را به حمام می برد.	۱۶
		مراحل انجام کار، تاریخ و واکنش های بیمار را در گزارش به طور دقیق ثبت می کند.	۱۷

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: شامپو کردن موهای بیماران بستری
- هدف:
- تمیزی مو و ایجاد نظافت و راحتی برای بیماران بستری
- وسایل مورد نیاز:
- شانه و برس - حوله دستی - شامپوی ملایم - سینی - ۳ عدد پارچ با آب گرم و سرد - پوشش جاذب آب - دستکش - نرم کننده مودر صورت لزوم - پتوی حمام - پنبه - سطل زباله - زیرپایی
- عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط امن و خلوتی را برای بیمار فراهم می کند.			
۲	با بیمار ارتباط برقرار می کند و مراحل انجام کار را در صورت هوشیاری برای وی توضیح می دهد.			
۳	وسایل را داخل سینی آماده کرده و به کنار تخت بیمار می برد.			
۴	دستکش و پیش بند می پوشد.			
۵	پوزیشن بیمار و وضعیت تخت را به صورتی قرار می دهد که کشیدگی پشت ایجاد نکند (سر تخت پایین).			
۶	بیمار را با پتوی حمام که دارای لایه ضد آب می باشد می پوشاند و سپس ملحفه و روتختی را به سمت پایین تخت می برد.			
۷	یک سطل زباله را روی پوشش جاذب آب روی یک زیرپایی زیر سر بیمار در پایین تخت قرار می دهد.			
۸	پارچ یا ظرف آب را پر از آب گرم کرده روی میز کنار تخت می گذارد.			
۹	یک پوشش پلاستیکی را به صورت ناودان از سمت سر و شانه های بیمار به شکلی که انتهای آن داخل سطل قرار گیرد آماده می سازد.			
۱۰	قبل از شامپو زدن گلوله های پنبه ای را داخل گوش بیمار قرار می دهد.			
۱۱	با مقداری آب سر بیمار را خیس کرده و شامپو می زند.			
۱۲	با انگشتان تمام سر بیمار را ماساژ می دهد و مواظب زخم ها و جراحات سر بیمار است.			

		سپس با پارچ یا ظرف کوچک از داخل ظرف بزرگتر آب را برداشته آن را ولرم کرده و به آرامی روی سر بیمار می ریزد.	۱۳
		در صورت لزوم از نرم کننده استفاده می کند و موهای بیمار را شانه می زند.	۱۴
		موهای بیمار را داخل حوله پیچیده و تمام وسایل و پلاستیک و پتوی حمام را از اطراف وی باز می کند.	۱۵
		موهای بیمار را با مالش توسط حوله خشک کرده و سپس شانه زده و مرتب می کند.	۱۶
		در صورت نیاز لباس و ملحفه های بیمار را تعویض و بیمار را در وضعیت راحت قرار می دهد.	۱۷
		کلیه وسایل را جمع آوری و درجای خود قرار می دهد.	۱۸
		دستکش و پیش بند را بیرون می آورد.	۱۹
		مراحل انجام کار و تمامی حالات بیمار و موارد غیر طبیعی را در گزارش به طور دقیق ثبت می کند. مشخصات بیمار و تاریخ انجام کار را در دفتر حمام ثبت می کند.	۲۰

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از پشت

اهداف:

- ۱- برقراری و حفظ بهداشت اولیه بیمار
- ۲- برقراری آسایش و تن آرامی عضلات برای مددجو
- ۳- تحریک گردش خون ناحیه به منظور پیشگیری از زخم بستر
- ۴- بررسی وضعیت پوست
- ۵- تسکین انقباض عضلانی یا درد

وسایل مورد نیاز:

لگن - صابون - پتوی حمام - حوله حمام - لیف - لوسیون نرم کننده دارای لانولین - دستکش (در صورت وجود زخم باز یا بی اختیاری ادراری) - پودر تالک (اختیاری).

آماده سازی وسایل:

دو سوم لگن را از آب گرم پر کنید. ظرف لوسیون را در لگن آب قرار دهید تا گرم شود. استفاده از لوسیون گرم باعث جلوگیری از لرزیدن بیمار شده، در نتیجه از انقباض عضلانی و فشار روی عضلات پیشگیری می کند.

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل را بالای سر بیمار می برد.			
۲	روش کار را برای بیمار توضیح می دهد و محیط خلوت برای وی فراهم می آورد.			
۳	از او می خواهد که اگر فشار خیلی زیاد یا خیلی کم وارد می آورد به وی تذکر دهد.			
۴	تخت را در وضعیت دلخواه تنظیم کرده و سرتخت را اگر بالا قرار دارد، پایین می آورد.			
۵	دستها را شسته و در صورت لزوم دستکش می پوشد.			
۶	بیمار را با توجه به شرایط جسمانی روی شکم یا پهلو قرار می دهد.			
۷	بیمار را در راستای لبه تخت جهت پیشگیری از فشار به پشت خودش در نزدیکترین وضعیت به سمت خود قرار می دهد.			
۸	لباس یا گان بیمار را کنار زده و پشت، شانه ها و باسن را نمایان می سازد. سپس پتوی حمام را جهت جلوگیری از لرزیدن یا نمایان شدن			

			اضافه‌ی اعضا روی وی می اندازد.	
۹			یک حوله کنار یا زیر بیمار می اندازد تا از خیس شدن ملحفه ها جلوگیری شود.	
۱۰			لیف را به دست می پوشاند، آن را طوری می پیچاند که از چکیدن آب از انتهای آن و سرد شدن سریع جلوگیری شود. سپس مقداری صابون به آن می مالد.	
۱۱			با حرکات نرم و بلند ، پشت بیمار را می شوید. ابتدا از گردن و شانه‌ها شروع کرده و به سمت باسن حرکت می کند.	
۱۲			محل را خوب آب کشی و خشک می کند چرا که رطوبت بین دو باسن اگر گرفته نشود می‌تواند باعث لیچ افتادن پوست و تشکیل زخم شود.	
۱۳			در حین انجام کار به دقت پوست را به خصوص در نواحی استخوانی شانه، کتف و دنبالچه از جهت زخم و قرمزی بررسی می کند.	
۱۴			لوسیون گرم را از ظرف بیرون آورده، کمی در گودی کف دست ریخته و جهت پخش شدن دست ها را به هم می مالد. سپس با حرکات نرم و طولانی لوسیون را به پشت بیمار می مالد. لوسیون از شکنندگی پوست جلوگیری کرده و ماساژ را آسان می‌کند.	
۱۵			-پشت بیمار را از قاعده ستون فقرات به سمت بالا و شانه ها ماساژ می‌دهد. -ماساژ را برای ایجاد تاثیر آرام سازی، آرام و برای تاثیر تحریکی ،سریع انجام می دهد. -سه نوع ضربه استفاده می کند: حرکات ماساژ مستقیم به بالا و پایین ، چرخشی دورانی و حرکات دورانی در حالی که مچ به چپ و راست حرکت می‌کند(مانند زمان گرفتن آب مرکبات).	
۱۶			هر زمان که نیاز بوداز لوسیون استفاده نموده و جهت قطع نشدن ماساژ یک دست را روی پشت بیمار ثابت نگه می دارد.	
۱۷			عضله تراپیوس (نوزنقه‌ای) را فشار داده ، رها کرده، به بالا می کشد تا بیمار احساس آرامش کند.	
۱۸			ماساژ را با حرکات نرم و کشیده خاتمه داده، لوسیون اضافه‌ی را با حوله پاک می کند.	
۱۹			سپس لباس مدجو را به او می پوشاند و ملحفه‌ها را صاف یا در صورت لزوم تعویض می کند.	
۲۰			تخت را به وضعیت اصلی برگردانده، بیمار را در وضعیت راحت قرار می‌دهد.	
۲۱			لگن را خالی و تمیز می کند.	
۲۲			وسایل یک بار مصرف را دور ریخته و مابقی وسایل را به جای خود برمی گرداند.	
۲۳			مراقبت از پشت را در فلو چارت ثبت می کند.	
۲۴			هر نوع قرمزی ، گسیختگی یا هر نوع تغییر در پوست را یادداشت می‌کند.	

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: کمک به تغذیه یک فرد بزرگسال

هدف:

حفظ وضعیت مناسب تغذیه در بیمار

وسایل مورد نیاز:

وسایل مورد نیاز برای صرف غذا

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	محیط مناسبی برای تغذیه فراهم می کند.			
۲	لوله ها، لگن ها، ظرف پانسمان و ظرف آشغال را از محیط خارج می کند.			
۳	برای خروج بوها تهویه را روشن نموده یا درب ها را باز می کند.			
۴	میز روی تخت را تمیز می کند.			
۵	در صورت نیاز به دفع ادرار یا مدفوع به مددجو کمک می کند.			
۶	به مددجو کمک می کند که صورت و دست هایش را بشوید.			
۷	در آماده کردن دندان مصنوعی، لیوان یا سایر وسایل مخصوص به مددجو کمک می کند.			
۸	به مددجو کمک می کند که در تخت یا روی صندلی بنشیند.			
۹	قبل از لمس غذا دست ها را می شوید.			
۱۰	از نظر وجود غذای مناسب بیمار، سینی غذا را کنترل می کند.			
۱۱	سینی را روی میز نزدیک مددجو می گذارد.			
۱۲	پوشش غذا را برداشته و آن را به قطعات دلخواه تقسیم می کند.			
۱۳	چاشنی می زند.			
۱۴	زیر چانه مددجو دستمال یا حوله پهن می کند.			
۱۵	اگر مددجو می تواند به تنهایی غذا بخورد او را ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تنها می گذارد.			
۱۶	در صورتی که مددجو می تواند در صندلی بنشیند، او رانشانده و خود روبروی او روی صندلی می نشیند.			
۱۷	اگر مددجو باید در تخت بماند در هنگام غذا خوردن کنار وی می ماند.			

			اجازه می دهد مددجو غذای خود را انتخاب کند.	۱۸
			در صورت داغ یا سرد بودن غذا آن را اعلام می کند.	۱۹
			برای جویدن و بلعیدن هر لقمه غذا به مددجو فرصت کافی می دهد.	۲۰
			در صورت نیاز بین هر لقمه به وی مایعات می دهد.	۲۱
			با انتخاب موضوع مورد علاقه مددجو، حین غذا با وی صحبت می کند.	۲۲
			به مددجو برای شستن دست ها، صورت و دهان شویه کمک می کند.	۲۳
			در برقراری وضعیت راحت به بیمار کمک می کند.	۲۴
			در صورت لزوم میزان مایعات و غذای خورده شده را ثبت می کند.	۲۵
			باقیمانده سینی را تخلیه می کند.	۲۶
			دست ها را می شوید.	۲۷
			مشاهدات و یافته های خود و وضعیت اشتهای بیمار را ثبت می کند.	۲۸

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: پاشویه

هدف:

کاهش درجه حرارت بیمار

وسایل مورد نیاز:

دماسنج جهت کنترل درجه حرارت بدن- دماسنج آب- دو عدد ملحفه- مشمع- لگن حمام- محلول با درجه حرارت مناسب - ۶ عدد لیف- حوله حمام

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	وسایل مورد نیاز را آماده می کند.			
۲	اقدام مورد نظر را برای بیمار توضیح می دهد و خلوت او را فراهم می کند.			
۳	دست های خود را می شوید.			
۴	درجه حرارت، نبض و تنفس بیمار را اندازه گیری و یادداشت می کند.			
۵	بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار می دهد.			
۶	مشمع و رویه را زیر بدن بیمار پهن می کند.			
۷	پوشش های بیمار را بر می دارد.			
۸	گاز یا لیف ها را درون محلول قرار می دهد.			
۹	صورت بیمار را با استفاده از لیف آغشته به آب ساده شسته و خشک می کند.			
۱۰	کیسه یخ را روی سر بیمار قرار می دهد.			
۱۱	چهار عدد از لیف های خیس شده را از درون محلول خارج کرده، کمی فشار داده سپس زیر بغل ها و کشاله ران قرار می دهد.			
۱۲	حوله حمام را زیر دست بیمار پهن می کند. لیف را از درون محلول بیرون آورده، سپس دست بیمار را به آهستگی می شوید.			
۱۳	هر چند لحظه لیف ها را با لیف دیگری که درون محلول است عوض می کند.			
۱۴	علامت حیاتی بیمار را هر ۱۵ دقیقه یک بار کنترل می کند.			
۱۵	اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزشیابی در پرونده بیمار یادداشت می کند.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: خالی کردن بگ ادراری بیمار

اهداف:

۱- کنترل میزان ادرار دفع شده

۲- جلوگیری از عفونت ادراری

وسایل مورد نیاز:

ظرف مدرج تخلیه ادرار- دستکش یک بار مصرف

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دستکش یک بار مصرف می پوشد.			
۲	ظرف مدرج را زیر بگ ادراری قرار می دهد.			
۳	پیچ انتهای بگ ادراری را جهت تخلیه ادرار به داخل ظرف مدرج باز می کند.			
۴	پیچ انتهای بگ ادراری را محکم می بندد.			
۵	مقدار ادرار تخلیه شده را در ظرف مدرج اندازه گیری می کند.			
۶	دستکشها را در می آورد.			
۷	دست ها را می شوید.			
۸	زمان خالی کردن بگ ادرار را به پرستار بخش گزارش می دهد تا در پرونده بیمار ثبت شود.			
۹	هر گونه مورد غیر طبیعی را به پرستار بخش گزارش می کند تا در پرونده بیمار ثبت شود.			

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:

نام بخش: شیفت:

نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ عنوان فعالیت: دادن لوله و لگن به بیمار

اهداف:

۱- کمک به راحتی و آسایش

۲- رفع نیاز فیزیولوژیک

۳- همراهی با بیمار

وسایل مورد نیاز:

لگن توالت با پوشش - پاراوان - لگن و پارچ آب جهت شست و شوی دست بیمار - صابون در جاصابونی - حوله

عامل انجام کار: کمک بهیار

ملاحظات	خیر	بلی	مراحل انجام کار	ردیف
			به موقع بر بالین بیمار حضور می یابد.	۱
			اطراف تخت بیمار پاراوان می کشد.	۲
			درجه حرارت لگن را با دمای بدن تنظیم می کند.	۳
			بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.	۴
			لگن را زیر بیمار قرار می دهد.	۵
			روی بیمار را می پوشاند.	۶
			پرینه بیمار را می شوید.	۷
			لگن را از زیر بیمار برمی دارد.	۸
			روی لگن را می پوشاند.	۹
			به شست و شوی دست های بیمار کمک می کند.	۱۰
			بیمار را در وضعیت مناسب بدنی قرار می دهد.	۱۱
			لگن را می شوید.	۱۲
			دست های خود را می شوید.	۱۳
			وضعیت ادرار و مدفوع بیمار را به پرستار مسوول گزارش می دهد.	۱۴

نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان:

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

★ نوع فعالیت: مراقبت از پا و ناخن

هدف: حفظ تمامیت پوست اطراف ناخن ها و عملکرد پا

وسایل مورد نیاز:

لگن حمام- آب گرم- پد ضد آب- دستکش یک بار مصرف- چوب نازک- سوهان ناخن - حوله- لوسیون نرم کننده - زنگ اخبار

عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	دست ها را می شوید.			
۲	هدف از انجام کار را برای مددجو توضیح می دهد تا همکاری وی را جلب کند.			
۳	در صورت امکان مددجو را در صندلی قرار می دهد.			
۴	اگر منع پزشکی وجود دارد، مددجو روی تخت قرار گرفته و سر تخت بالا باشد.			
۵	دستکش می پوشد.			
۶	لگن را با آب گرم (۴۰-۳۷ درجه سانتی گراد) پر می کند.			
۷	پد ضد آب را زیر لگن قرار می دهد.			
۸	دست ها و پاهای مددجو را در لگن آب قرار می دهد.			
۹	زنگ اخبار را در اختیار مددجو قرار می دهد.			
۱۰	۱۰ تا ۲۰ دقیقه دست ها و پاها در آب بماند.			
۱۱	یک دست یا پا را از لگن خارج کرده و خشک می کند.			
۱۲	به آرامی زیر ناخن ها را با چوب نازک تمیز می کند.			
۱۳	از شستن پا یا دست شروع می کند.			
۱۴	ناخن ها را به صورت مستقیم کوتاه می کند.			
۱۵	آن ها را با سوهان فرم می دهد.			
۱۶	با چوب نازک پوست اطراف ناخن را به عقب فشار می دهد.			
۱۷	روش کار را برای سایر ناخن ها تکرار می کند.			
۱۸	دست یا پا را با آب گرم آبکشی می کند.			
۱۹	انتها ها، به خصوص بین انگشتان را کاملاً با حوله خشک می کند.			
۲۰	به دست ها و پاها لوسیون می زند.			
۲۱	کمک می کند مددجو در وضعیت راحت قرار گیرد.			
۲۲	وسایل مصرفی را دور می اندازد.			
۲۳	دست ها را می شوید.			

- نام مرکز آموزشی درمانی یا بیمارستان: تاریخ:
- نام بخش: شیفت:
- نام عامل انجام کار: امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:
- ★ نوع فعالیت: حمام در تخت
- اهداف:
- ۱- تمیزی پوست
 - ۲- تحریک جریان خون
 - ۳- ایجاد فعالیت ملایم
 - ۴- برقراری آسایش جسمی و روانی بیمار
 - ۵- فرصت بررسی پوست ، مفاصل و قدرت عضلات
- وسایل مورد نیاز:
- لگن حمام - پتوی حمام (پتوی سبک) - صابون - حوله - لیف - لوسیون پوست - دستکش - اسپری ضدعرق (در صورت دسترسی)
- در صورت نیاز:
- روغن حمام - پد جهت پرینه - پد شکمی - پد جاذب ادرار و مدفوع - ناخن گیر
- عامل انجام کار: کمک بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	روش کار را برای بیمار توضیح داده و محیط خلوت جهت بیمار فراهم می آورد.			
۲	اگر شرایط بیمار اجازه دهد او را جهت ایجاد فعالیت ملایم و کاهش وابستگی تشویق می کند که در فعالیت شرکت کند.			
۳	دمای اتاق بیمار را بالا می برد و تمام درها و پنجره ها را می بندد.			
۴	از بیمار در مورد صابون یا شامپوی بدن مورد مصرفش سوال می کند چون بعضی بیماران به علت حساسیت پوستی از صابون ها یا شامپوهای خاص استفاده می کنند.			
۵	وسایل را آماده کرده کنار تخت بیمار می برد.			
۶	تخت را بالا آورده و آن را تا حد امکان به سمت خود می کشد تا از صدمه به پشت خودش جلوگیری شود.			
۷	در صورت نیاز لگن یا لوله را در اختیار بیمار قرار می دهد.			

			۲/۳ لگن را از آب گرم پر کرده (حدود ۴۱ درجه) و کنار تخت بیمار می برد. اگر دماسنج در دسترس نیست دمای آب را با پوست ساعد خود چک می کند.	۸
			اگر ملحفه ها بایستی تعویض شوند سرملحفه ها را شل می کند، در غیراین صورت آن ها را به سمت پایین تخت جمع می کند.	۹
			دستکش پوشیده و بیمار را به پشت می خواباند(در صورت امکان).	۱۰
			لباس و کلیه پوشش ها از قبیل جوراب، شلوار، باندهای الاستیک و ... را بیرون می آورد و بیمار را با پتوی حمام یا پوشش مناسب می پوشاند.	۱۱
			زیرچانه بیمار یک حوله پهن کرده و شست و شوی صورت را از چشم ها به صورت داخل به خارج و بدون صابون انجام می دهد.	۱۲
			برای هر چشم از یک قسمت جداگانه لیف یا گاز استفاده می کند.	۱۳
			اگر بیمار صابون را تحمل می کند، لیف را به صابون آغشته کرده و صورت، گوش ها و گردن بیمار را می شوید (از حرکات ملایم استفاده می کند).	۱۴
			پس از شست و شو، صورت و نواحی شسته شده را آب کشی می کند تا از تحریک، خارش و خشکی پوست در اثر به جا ماندن صابون جلوگیری شود.	۱۵
			تمام قسمت ها به خصوص حفرات را کامل خشک می کند. در ضمن کار به تمام موارد غیر طبیعی از قبیل: خارش یا زخم و ... توجه می کند.	۱۶
			پتوی حمام را تا ناحیه زیر قفسه سینه پایین کشیده و قفسه سینه و زیربغل را شسته و خشک می کند. در ضمن کار به نحوه تنفس بیمار توجه می کند.	۱۷
			در صورت دسترسی و تحمل بیمار از مواد ضدعرق در زیربغل استفاده می کند.	۱۸
			پتو را به سمت دورتر بدن برده و آرنج و شانه و مچ دست نزدیک به خود را می شوید.	۱۹
			در ضمن کار با ضربه های ملایم جریان خون وریدی را تسریع می کند.	۲۰
			در صورت امکان دست های بیمار را داخل لگن حمام شسته و ناخن ها را می گیرد. در ضمن کار جهت بررسی گردش خون محیطی به رنگ ناخن ها و انگشتان توجه می کند.	۲۱
			قسمت شکم و نواحی ژنیتال را برهنه کرده، می شوید و خشک می کند.	۲۲

		جهت پیشگیری از لرزیدن بیمار ناحیه بالاتنه و قفسه سینه را می پوشانند. در ضمن کار به وجود حساسیت و نفخ شکم هم توجه می کند.	۲۳
		لگن را داخل تخت برده و پا را خم کرده و داخل لگن قرار داده و می شوید.	۲۴
		پاها را از نواحی مچ، زانو و لگن حرکت می دهد ولی از ماساژ پا به علت احتمال حرکت لخته و ایجاد آمبولی خودداری می کند.	۲۵
		پس از شستن پاها، نرده کنار تخت را بالا برده، بیمار را پوشانده و آب لگن را تعویض می کند.	۲۶
		پس از آمادگی مجدد، بیمار را به پهلو یا شکم برگردانده و پشت و باسن بیمار را می شوید و خشک می کند.	۲۷
		پشت بیمار را با لوسیون ماساژ داده و به نواحی استخوانی، وجود هر نوع قرمزی، گسیختگی پوست و زخم های فشاری توجه می کند.	۲۸
		ناحیه پرینه را از جلو به عقب شسته و خشک می کند.	۲۹
		آب لگن را به طور مجدد تعویض کرده و پس از برگرداندن بیمار به پشت، ناحیه ژنیتال را کامل و به آرامی می شوید.	۳۰
		از قسمت های مختلف لیف یا گاز جهت شستن نواحی استفاده می کند.	۳۱
		شست و شو را از بالا به پایین و از جلو به عقب انجام می دهد.	۳۲
		اگر کاتتر ادراری وجود دارد اطراف آن را کاملاً تمیز می کند.	۳۳
		لباس یا گان تمیز به بیمار پوشانده و کلیه وسایلی که خارج کرده است مانند جورابها یا باندهای الاستیک، پد جاذب ادرار و مدفوع و ... را مجدد به بیمار می پوشانند.	۳۴
		تخت را مجدد درست کرده، ملحفه های کثیف را تعویض می کند.	۳۵
		زیر سر بیمار یک حوله پهن کرده و موها را شانه می زند.	۳۶
		تخت را به حالت اصلی برگردانده، بیمار را در وضعیت مناسب قرار می دهد.	۳۷
		ملحفه های آلوده را با رعایت احتیاطات لازم جهت جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم ها جمع آوری می کند.	۳۸
		دستکش ها را خارج می کند.	۳۹
		میزان تحمل بیمار نسبت به حمام، دامنه حرکات، میزان توانایی مراقبت از خود، و هر یافته غیر معمول، تاریخ و ساعت حمام را در چارت بیمار ثبت می کند.	۴۰