

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Insurance No:	شماره و نوع بیمه:	گزارش پرستاری همودیالیز HEMODIALYSIS REPORT SHEET	Unit No:	شماره پرونده:
---------------	-------------------	--	----------	---------------

Attending Physician:	پزشک معالج:	Ward:	بخش:	Last Name:	نام خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Bed:	تخت:	Name:	نام:
Time on:	ساعت شروع:	Shift:	نوبت کاری:	Father Name:	نام پدر:
Time off:	ساعت پایان:			Date of Birth:	تاریخ تولد:
Diagnosis:	تشنج: نارسایی حاد کلیه <input type="checkbox"/> Acute renal failure <input type="checkbox"/> نارسایی مزمن کلیه <input type="checkbox"/> Chronic renal failure				
Vital Signs Before Dialysis:					
وزن:	فشار خون:	درجه حرارت:	تعداد ضربان:	تعداد تنفس:	
Weight Kg	B.P mmHg	T°C	PR/min	R.R/min	
Vital Signs After Dialysis:					
وزن:	فشار خون:	درجه حرارت:	تعداد ضربان:	تعداد تنفس:	
Weight Kg	B.P mmHg	T°C	PR/min	R.R/min	
Kind of Vascular Access:					
نوع دسترسی به عروق:					
فیستول شریانی وریدی: <input type="checkbox"/> A.V Fistula کاتتر ورید مرکزی: <input type="checkbox"/> C.V.C موقت: <input type="checkbox"/> Tem C.: <input type="checkbox"/> دائم: <input type="checkbox"/> Perm C.: <input type="checkbox"/> رگ مصنوعی: <input type="checkbox"/> Graft سایر موارد: <input type="checkbox"/> Others:					
Dialyzer:					
نوع و شماره ماشین دیالیز:					
Dialysate F:					
جریان محلول:					
Blood Flow:					
جریان خون:					
Dry Weight:					
وزن خشک:					
Dialysate Temp:					
دمای محلول:					
Buffer:					
نوع بافر:					
TMP:					
مارکهای <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV					
غلظت سدیم محلول:					
Sodium Con					
میزان UF:					
Venous P:					
فشار وریدی:					
Arterial P:					
فشار شریانی:					
Profile:					
<input type="checkbox"/> اولترافیلتراسیون <input type="checkbox"/> محلول دیالیز <input type="checkbox"/> دما <input type="checkbox"/> بیکربنات <input type="checkbox"/> سدیم					
Ultra filtration Dialysate Temp Bicarbonate Sodium					

Nursing Evaluation: ارزیابی بیمار توسط پرستار حین دیالیز:

Treatment:	اقدام درمانی:	Complications:	عوارض احتمالی:	Blood P:	فشار خون:	Time:	ساعت:
Medication:						Prescription Heparin:	
فرآورده های خونی و داروهای مصرفی:							
نحوه مصرف		مقدار مصرف		نام دارو			
						Prime: Units	
						Bolus: Units	
						Continuous: Units	
						Total: Units	
پرستار تمام کننده دیالیز:				پرستار شروع کننده دیالیز:			

دستورات پزشك در صورت نیاز بیمار به اقدام درمانی در حین دیالیز

ملاحظات پرستاری

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Insurance No:

شماره و نوع بیمه:

یافته‌های آزمایشگاهی

LABORATORY RESULT SHEET

Unit No:

شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:				Ward: بخش:				Last name: نام خانوادگی:				
				Bed: تخت:				Name: نام:				
Date of Admission: تاریخ پذیرش:				Shift: نوبت کاری:				Father name: نام پدر:				
								Date of Birth: تاریخ تولد:				
آزمایشات ماهانه	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
Hgb												
Hct												
PLt												
FBS برای دیابتیک‌ها												
BUN قبل												
BUN بعد												
K												
Ca												
P												
KT/V												
URR												
آزمایشات سه ماهه	خرداد			شهریور			آذر			اسفند		
Ghol												
TG												
Bil.(T)												
Bil.(D)												
Iron سرم												
TIBC												
Ferritin												
Na												
Bicarbonate گرم												
AlKp												
Cr												
Alb سرم												
PTH												
آزمایشات شش ماهه	شهریور						اسفند					
HBS Ag												
AST												
ALT												
آزمایشات سالانه												
سطح سرمی ویتامین D												
HBS Ab												
HCV Ab												

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

کارت دارویی
CARDEX

Insurance No:

شماره و نوع بیمه:

Unit No:

شماره پرونده:

Attending Physician:	پزشک معالج:	BG & Rh:	گروه خونی:	Last name:	نام خانوادگی:
		Dry Weight:	وزن خشک:	Name:	نام:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Start of DX:	تاریخ شروع دیالیز:	Father name:	نام پدر:
				Date of Birth:	تاریخ تولد:

توجهات پرستاری

اطلاعات مربوط به همودیالیز		انفوزیون خون		پیگیری	
	مدت دیالیز	تاریخ آنفوزیون	نوع فراورده		
	تعداد جلسات هفتگی				
	فلوی خون				
	فلوی محلول دیالیز				
	نوع صافی				
	درجه حرارت محلول دیالیز				
	میزان هپارین				
دسترسی عروقی		مارکهای ویروسی		واکسیناسیون	
	راه دستیابی عروقی	HBS Ag		دوز اول	تاریخ شروع واکسیناسیون
	نوع و محل کاتتر	HBS Ab		دوز دوم	
	تاریخ کاتتر گذاری	HCV Ab		دوز سوم	
	روش هپارینه کردن	HIV Ab		دوز چهارم	
	تاریخ گرافت/فیستول گذاری				تاریخ شروع دوره دوم

دستورات دارویی

داروهای خوراکی					داروهای تزریقی				
تاریخ	تاریخ	نام دارو	دوز	ساعت	تاریخ	تاریخ	نام دارو	دوز	ساعت
شروع دارو	اتمام دارو		دارو	دارو	شروع دارو	اتمام دارو		دارو	دارو

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

ملاحظات پرستاری بدو پذیرش

Insurance No: شماره و نوع بیمه:		Unit No: شماره پرونده:	
Attending Physician: پزشک معالج:		Name: نام:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Date of Birth: تاریخ تولد:	
Marital status: <input type="checkbox"/> Single مجرد <input type="checkbox"/> Married متأهل:		Sex: <input type="checkbox"/> F مؤنث <input type="checkbox"/> M مذکر:	
Education: تحصیلات:		Occupation: شغل:	
آدرس: تلفن:			
General condition: وضعیت عمومی بیمار:			
<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلال بینایی <input type="checkbox"/> اختلال حرکتی <input type="checkbox"/> اختلال تکلم <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی			
سابقه مصرف سیگار: بلی پاکت در روز: سابقه اعتیاد: نوع مواد:			
Mental Status: حالت روحی بیمار:			
<input type="checkbox"/> باور <input type="checkbox"/> انکار <input type="checkbox"/> افسرده <input type="checkbox"/> پرخاشگر			
اطلاعات و سوابق بالینی:			
قد: وزن: فشار خون: سابقه بیوپسی: سابقه حساسیت دارویی: سابقه همودیالیز: سابقه دیالیز صفاقی: سابقه فامیلی دیالیز: سابقه پیوند: سابقه واکسیناسیون هپاتیت B: سابقه سایر بیماری‌ها:			
مارک‌های ویروسی: HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/>			
علت ESRP: دیابت <input type="checkbox"/> (تاریخ تشخیص:) فشار خون <input type="checkbox"/> (تاریخ تشخیص:) سایر موارد <input type="checkbox"/>			
مشکلات اورولوژیک و انسدادی <input type="checkbox"/> کلیه پلی کیستیک <input type="checkbox"/> گلو مریولونفریت <input type="checkbox"/>			
Kind of vascular access: نوع دسترسی عروقی:			
کاتتر موقت <input type="checkbox"/> تاریخ: کاتتر دائم <input type="checkbox"/> تاریخ: فیستول <input type="checkbox"/> تاریخ: گرافت <input type="checkbox"/> تاریخ:			
اطلاعات، سوابق و ارزیابی اولیه تغذیه ای (توسط پرستار):			
سابقه مشاوره تغذیه ویژه دیالیز در ۶ ماه اخیر: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> زمان آخرین مشاوره تغذیه:			
بی اشتها طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> کاهش دریافت غذا طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> کاهش وزن ناخواسته <input type="checkbox"/> سابقه حساسیت غذایی <input type="checkbox"/> نمایه توده بدنی کمتر از ۲۰ <input type="checkbox"/>			
نتیجه ارزیابی اولیه تغذیه ای			
ارجاع جهت ارزیابی تخصصی تغذیه ای <input type="checkbox"/> ارجاع جهت پیگیری رعایت رژیم غذایی بعد از یک ماه <input type="checkbox"/> تکرار ارزیابی اولیه بعد از ۶ ماه لازم است <input type="checkbox"/>			
ملاحظات تغذیه ای ویژه کارشناس تغذیه: (هشدارها و نکات قابل توجه برای پرستار):			
نام و امضای پرستار پذیرش دهنده:			

IR.MOHHIM-9905-1.0-D04

* ضروری است در صورت پذیرش بیمار دیالیزی برای اولین بار (New Case)، بیمار در بدو پذیرش مورد ارزیابی تخصصی تغذیه ای با درخواست از کارشناس تغذیه قرار گیرد و پس از یک ماه، لازم است کارشناس تغذیه با استفاده از فرم پیگیری وضعیت تغذیه، پیروی از رژیم غذایی تنظیم شده در نوبت قبل را ارزیابی نماید.

* در صورت نداشتن مشاوره تغذیه ویژه دیالیز در ۶ ماه اخیر و یا در صورت داشتن مشاوره همراه با یکی از علائم فوق، لازم است بیمار به مشاور تغذیه جهت ارزیابی تخصصی تغذیه ای معرفی و ارجاع داده شود.