

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : اتصال مددجو به ونتیلاتور	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی : ICU / ۱ / ۸ / ۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۶ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه و بستری
تعاریف : بهبود اکسیژناسیون	
محتوای خط مشی : تجهیزات و وسایل استاندارد:	
<ul style="list-style-type: none"> - منبع اکسیژن- منبع هوا- ونتیلاتور- همودیفاير- لوله های خرطومی ونتیلاتور- کانکتور و آدابتور- اسپيرومتر- ترمومتر داخلی- پروپ جهت نمونه گیری و اندازه گیری فشار راه هوایی- فیلتر باکتریال- دستکش و ماسک- آمبوبگ با محفظه ذخیره ای - وسایل ساکشن - آب مقطر استریل- وسایل جهت گرفتن ABG 	
مخاطبین : کادر پرستاری	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی :	
<ul style="list-style-type: none"> - دستگاه و ونتیلاتور را تنظیم نمایید. - آب مقطر استریل را داخل هیومدیفاير بریزید. - ونتیلاتور را به منبع گازها متصل نمایید. - دستور پزشک را بررسی نمایید. - در صورت عدم انتویاسیون مددجو را جهت لوله گذاری آماده کنید. - پروسیجر را برای مددجو و خانواده آن توضیح دهید. - جهت مددجو معاینه فیزیکی انجام دهید. - از مددجو ABG بگیرید. - در صورت نیاز مددجو را ساکشن نمایید. - و ونتیلاتور را به برق وصل و آن را روشن نمایید. - تنظیمات و ونتیلاتور را طبق دستور انجام دهید. - مطمئن شوید که آلامهای دستگاه تنظیم شده است و هیومدیفاير با آب مقطر پر شده است. - دستکش و سایر وسایل حفاظت کننده و پرسنلی را بپوشید. - لوله تراشه مددجو را به ونتیلاتور متصل نمایید. - اتساع قفسه سینه را مشاهده کنید. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : اتصال مددجو به ونتیلاتور	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۸/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۶ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه و بستری
<ul style="list-style-type: none"> - صدهای دو طرفه تنفسی را سمع نمایید. - گازهای خون شریانی را ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بعد از اولین ست دستگاه و تغییر تنظیمات اندازه گیری نمایید. - تنظیمات دستگاه را بر اساس گازهای خون شریانی جهت اطمینان از تهویه مناسب و عدم مسمومیت با اکسیژن انجام داده و در صورت نیاز تغییرات لازم را بدهند. - ترمومتر داخلی دستگاه را جهت اطمینان از مناسب بودن درجه حرارت هوای وارد شده به دستگاه تنفسی مددجو کنترل نمایید(باید نزدیک به دمای بدن مددجو باشد) - درحالیکه علایم حیاتی مددجو را اندازه گیری می کنید تنفسهای خود به خودی وی را همزمان با تنفس توسط دستگاه کنترل نمایید. - جهت کاهش آلودگی لوله های خرطومی دستگاه را تعویض و ضدعفونی نمایید(بر اساس قوانین موسسه) در حالت طبیعی لوله های خرطومی دستگاه باید هر ۴۸ یا ۷۲ ساعت تعویض گردد. - لوله های ونتیلاتور را مرتباً جهت وجود آب و بخار کنترل نماید زیرا باعث افزایش مقاومت جهت ورود هوا و اسپراسیون مددجو می گردد در این صورت باید مددجو را موقتاً از دستگاه جدا کرده و با آمبویگ ونتیله نمایید و آب را به خارج از دستگاه تخلیه نمایید(هرگز آب را به داخل هیومدیفایر تخلیه ننمایید). - اگر شرایط بالین مددجو اجازه میدهد مددجو را جهت جدا شدن از دستگاه آماده کنید. <p>نکات قابل توجه:</p> <ul style="list-style-type: none"> - مددجو متصل به ونتیلاتور را از نظر روانی حمایت نمایید. - حتی در صورت عدم همکاری مددجو تمام درمانها و پروسیجرها را برایش توضیح دهید. - مطمئن شوید که آلامهای دستگاه همیشه فعال می باشند. - در صورتیکه که صداهای آلام و مشکل مدجو به آسانی قابل شناسایی نیست او را از ونتیلاتور جدا نموده و با آمبویگ ونتیله کنید و علت را بررسی نمایید. - در صورت اندیکاسیون ، مددجو را هر ۱ تا ۲ ساعت تغییر پوزیشن بدهید که پشت تسهیل انساع ریه و خارج شدن ترشحات می گردد. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : فرایند پذیرش - انتقال درون و برون بخشی - ارجاع و ترخیص	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۸/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۶ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه و بستری
<ul style="list-style-type: none"> - در صورت اندیکاسیون ، مددجو را هر ۱ تا ۲ ساعت تغییر پوزیشن بدهید که پشت تسهیل انساع ریه و خارج شدن ترشحات می گردد. - جهت مددجو تمرینات دامنه حرکتی فعال و غیر فعال انجام دهید(باعث کاهش خطرات ناشی از بی حرکتی می گردد). - در صورتی که وضعیت مددجو اجازه می دهد وی را جهت افزایش انساع ریه ها به حالت Upright قرار دهید. - هنگام تغییر پوزیشن مواظب اسپیره شدن اب داخل لوله به داخل ریه های مددجو باشید) می تواند باعث کاهش عفونت گردد). - گردش خون محیطی مددجو و بازده ادراری او را اندازه گیری نمایید.(جهت بررسی کاهش برون ده قلبی) - علایم و نشانه های افزایش و کاهش حجم مایعات بدن مددجو را بررسی نمایید. - در صورت تجویز داروهای سداتیو مهار کننده عصبی و عضلانی بدهید. - جهت استراحت یا از بین بردن تنفس خود به خودی مددجو و جنگ با دستگاه به مددجو داروهای فوق داده می شود. - اگر جهت مددجو از داروهای مهار کننده عصبی و عضلانی و سداتیو استفاه می شود مراقب عوارض آن مانند کاهش سطح هوشیاری باشید. - مددجو و همراه وی را مطمئن سازید که دفع ناشی از این داروها موقتی بوده و یا در صورت کار نکردن دستگاه و یا خارج شدن لوله تراشه او را حمایت می کنید 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : فرایند پذیرش - انتقال درون و برون بخشی - ارجاع و ترخیص		
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی :	
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات :	
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی :	
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار		
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار		
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت بر بیمارانی که لوله گذاری داخل تراشه شده اند.		
منابع : کتاب و راهنمای مراقبتهای پرستاری		
تهیه کننده :		
امضاء :	سمت : مسئول بخش اتاق عمل	هیبت الله فرخی
امضاء :	سمت : مسئول بخش CCU	سید یوسف قیاسی
امضاء :	سمت : پرستار	زینب صید محمدیانی
امضاء :	سمت : پرستار	فاطمه رستمی
تایید کننده :		
امضاء :	سمت : رئیس بیمارستان	دکتر حمزه ای

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : تریاژ کردن	
کد خط مشی :	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات :	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی :	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
تعاریف: مهار شیمیایی: کنترل درد و بیقراری در بیماران به درد قلبی در آنژین صدری و آنفارکتوس میوکارد با تزریق آمپول مورفین و پیتیدین مهار فیزیکی: ایجاد مقررات لازم جهت مهار فیزیکی با هدف برقراری ایمنی بیمار، پیشگیری از خارج کردن (کشیدن کاتترهای تهاجمی و کمک به انجام پروسیجرهای ضروری و همچنین جلوگیری از بروز عوارض ناشی از مهار فیزیکی میباشد، این عوارض عبارتند از: <ol style="list-style-type: none"> ۱. اختلالات روانی ۲. دلیریو ۳. اختلال در گردش خون محل مهار شده ۴. آسیب به عصب محل مهار شده ۱- آسیب پوستی	
محتوای خط مشی : - اندیکاسیون مصرف - اجرا - ارزیابی	
مخاطبین: پرسنل بخش CCU و Post ccu	
امکانات و تسهیلات :	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : تریاژ کردن	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی :
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات :
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی :
روش اجرایی : مهاری شیمیایی:	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. دستور توسط پزشک ثبت میشود. ۲. پرستار قبل و بعد از تجویز، شدت، مدت، نوع، الگو، خصوصیات و موضع درد را مورد ارزیابی قرار میدهد. ۳. پرسار نبض، فشارخون و تنفس را در حین تجویز دارو کنترل می کند. ۴. بیمار از نظر واکنشهای آلرژیک و آنافلاکسی مورد توجه قرار می گیرد. ۵. به تغییرات وضع تنفسی بیمار توجه میشود (تعداد، عمق، ریتم، الگو) توجه میشود. ۶. برای تجویز دارو آن را با آب مقطر یا نرمال سالین رقیق می کنیم. ۷. دارو به آهستگی تزریق میشود. ۸. به دلیل احتمال گیجی و سقوط به بمیار در هنگام راه رفتن کمک میشود. ۹. بیمار تحت حفاظت فیزیکی قرار می گیرد (نرده های کنار تخت بالا است) ۱۰. برای درمان اوردوز داروی، مورفین، آمپول نالوکسال در کمد مخدر قرار دارد. ۱۱. دربارداری جزء داروهای گروه B است. ۱۲. در مادران شیرده ۲-۳ ساعت پس از مصرف دارو از شیردهی اجتناب میشود. <p>ارزیابی عملکرد: واکنش مناسب درمانی شامل تسکین درد است.</p> <p>مهاری فیزیکی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ابتدا بیمار از نظر علت نا آرامی بررسی شود. - مشورت با پزشک و خانواده بیمار در ارتباط با جایگزین کردن روشها و گرفتن اجازه مهاری فیزیکی از پزشک معالج - نوار مناسب مهاری انتخاب شود (نوار پد داشته باشد و قابل انعطاف باشد که از باند رپیه استفاده می شود. - نبض انتهای عضو مهاری شده هر یک ساعت بررسی شود. - عضو مهاری شده هم راسای هر یک ساعت بررسی شود. - عضو مهاری شده هم راستای بدن قرار بگیرد. - شانه ها در وضعیت مناسب باشد. - نوارها به نرده کنار تخت بسته نشود - پس از بستن عضو امکان حرکت آزادانه و محدود داشته باشد. - وسایل مهاری هر ۲ ساعت برداشته شود و مجددا بسته شود. - هر دوساعت تغییر وضعیت داده شود. - هر ۱۲ ساعت فیزیوتراپی شود. - هر ۱۲ ساعت بیمار از لحاظ نیاز به ادامه مهاری فیزیکی ارزیابی شود. <p>کلیه اقدامات و مشاهدات در گزارش پرستاری ثبت گردد.</p>	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : تریاژ کردن	
کد خط مشی :	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات :	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی :	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار- رابط آموزشی	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار – مسئول شیفت	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی:	
منابع : داروهای ژنریک ایران تألیف پوران سامی	
تهیه کننده :	
هیبت الله فرخی	سمت : مسئول بخش اتاق عمل
سید یوسف قیاسی	سمت : مسئول بخش CCU
زینب صید محمدیانی	سمت : پرستار
فاطمه رستمی	سمت : پرستار
امضاء : امضاء : امضاء : امضاء :	
تایید کننده :	
دکتر حمزه ای	سمت : رئیس بیمارستان
امضاء :	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی در ICU	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۳/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
تعاریف: منظور مجموعه اقداماتی است که موجب ثابت نگه داشتن بیمار از نظر فیزیکی شده و خطر آسیب به بیمار به حداقل رسانیده می شود.	
محتوای خط مشی : کنترل آزیتاپون بیمار و برقراری سطح مناسب از آرامش و راحت در بیمار بطوری که ضرری متوجه بیمار نباشد.	
مخاطبین: کلیه پرسنل پرستاری و پزشکان شاغل در ICU	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی : در مهار فیزیکی باید از نوارهای محکم پارچه ای که مچ بند و یا پابند بیماران بصورت پنبه ای می باشد استفاده گردد. دست بندها طوری بسته می شود که باند پنبه ای تمام سطح مچ بیمار را بگیرد و درجه کشش مهار فیزیکی طوری تنظیم می شود که بیمار تا حد ۳۰-۳۵ درجه آزادی عمل داشته باشد روزانه ۲ الی ۳ بار محل دست بندها از نظر ایجاد ضایعه چک می شود حتی الامکان سعی میشود که مهار فیزیکی توأم با مهار شیمیایی باشد. که بیمار متحمل عوارض نگردد. دست بندها و پابندها در صورت لزوم و در هر ۴۸ ساعت یکبار تعویض می گردند. در مهار فیزیکی سعی می شود که دست و پای بیمار آرتی طوری مهار گردد که به مفاصل و دامنه حرکت بیمار آسیب وارد نگردد و ROM بیمار مختل نگردد. در مهار شیمیایی از داروهای سداتیو طبق دستور پزشک استفاده می گردد جهت مهار شیمیایی پرستار با توجه به علائم بالینی بیمار و نیاز به مهار شیمیایی طبق دستور پزشک از داروهای سداتیو استفاده می نماید. در استفاده از داروهای سداتیو داده می شود که طوری استفاده گردند که موجب اختلال همودینامیک در بیمار نگردند و طبق معیار RAMSAY که یک استاندارد پذیرفته شده است بیمار سدیت می گردد. در استفاده از مهار شیمیایی سعی می شود که هر چند ساعت یکبار Sedation بیمار off شود تا امکان بررسی سطح هوشیاری بیمار وجود داشته باشد. استفاده از مهار شیمیایی به دو صورت PRN , drip صورت می گیرد که هر دو روش با توجه به معاینه بالینی پزشک ICU قابلیت اجرا دارد و در دسترس است.	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : استفاده از مهار فیزیکی و شیمیایی در ICU	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۳/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار ICU	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار و مسئول شیفت	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت توسط سرپرستار	
منابع : مراقبت های ویژه پزشک فیزیکی	
تهیه کننده :	
امضاء :	سمت : هیبت الله فرخی
امضاء :	سمت : سید یوسف قیاسی
امضاء :	سمت : زینب صید محمدیانی
امضاء :	سمت : فاطمه رستمی
تایید کننده :	
امضاء :	سمت : دکتر حمزه ای
امضاء :	سمت : رئیس بیمارستان

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : اکسیژن تراپی	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۴/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
تعاریف: دریافت اکسیژن حمایتی توسط بیمار	
محتوای خط مشی : اکسیژن تراپی وسایل و تجهیزات استاندارد: منبع اکسیژن رسانی (کپسول) و جریان سنج(فلومتر) متصل به مخزن اکسیژن- رطوبت ساز یا آب مقطر استریل- کانول بینی و لوله نوار نازک، پدیا گاز جهت قرار دادن لوله در پشت گوش- نوار چسب، قیچی و گاز (در صورت لزوم)	
مخاطبین: کادر پرستاری	
امکانات و تسهیلات :	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی :	
<ul style="list-style-type: none"> - روش اجرای کار را به مددجو توضیح دهید. احتیاطهای لازم حین استفاده از اکسیژن را یادآوری کنید. نکشیدن سیگار را تاکید کنید. - در صورت امکان به مددجو کمک کنید تا در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته قرار بگیرد. - دستها را بشوئید. - کانول بینی را به کپسول اکسیژن که مرطوب کننده دارد وصل کنید - میزان جریان را طبق دستور پزشک تنظیم کنید. - جریان خروج اکسیژن از شاخک های بینی را کنترل کنید. - شاخک ها را در سوراخ بینی مددجو قرار دهید و بر حسب نوع وسیله آن را تنظیم کنید. الف: آن را رو و پشت هر گوش قرار داده و با تنظیم کننده به راحتی زیر چانه جای دهید. ب: دور سر مددجو قرار دهید. - در صورت نیاز میتوانید در قسمت گوش، زیر لوله گاز پد بگذارید. - مددجو را تشویق کنید تا با دهان بسته از راه بینی نفس بکشد. - دستهای خود را بشوئید. - واکنش مددجو به درمان را بررسی و ثبت کنید. - حداقل هر ۸ ساعت یک بار کانول را درآورده و تمیز کنید. سوراخهای بینی را از نظر تحریک شدگی و خونریزی بررسی کنید. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : اکسیژن تراپی	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۴/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار ICU	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار و مسئول شیفت	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت توسط سرپرستار	
منابع : مراقبت های ویژه پزشک فیزیکی	
تهیه کننده :	
امضاء :	سمت : هیبت الله فرخی
امضاء :	سمت : سید یوسف قیاسی
امضاء :	سمت : زینب صید محمدیانی
امضاء :	سمت : فاطمه رستمی
تایید کننده :	
امضاء :	سمت : دکتر حمزه ای
امضاء :	سمت : رئیس بیمارستان

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص در CCU	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: CCU/۱/۴/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۵ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخش CCU
تعاریف: پذیرش و ترخیص بیماران با مشکلات قلبی و زمینه بیماریهای قلبی که به صورت حاد و مزمن مراجعه میکنند.	
محتوای خط مشی : ۱. اندیکاسیون پذیرش ۲. اندیکاسیون ترخیص، انتقال و اعزام - کنترل دیس ریتمهای خطرناک - مانیتورینگ همودینامیک - پایش ریتم قلب در کلیه بیمارانی است که نیاز به کنترل دقیق سیستم قلبی عروقی دارند.	
مخاطبین: کلیه پرسنل CCU و Post ccu و پزشکان	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی : تمام بیماران مراجعه کننده به مرکز که بطور مستقیم به اورژانس مراجعه نموده یا ارجاعی از مطب پزشک متخصص داخلی می باشند پس از ویزیت اولیه توسط پزشک عمومی و انجام مشاوره با آنکال داخلی به واحد پذیرش مراجعه نموده و به بخش CCU منتقل می شوند. اندیکاسیون پذیرش. ۱. بیماران مبتلا به دیس ریتمی و اختلالات هدایتی قلب همچون بلوکهای قلبی خطرناک و حملات تاکی کاردی که منجر به اختلالات همودینامیک میشود. ۲. بیماران مبتلا به اختلالات عروض کرونر قلب همچون آنژین صدری، انفارکتوس میوکارد حاد و سندرم حادکرونر. ۳. بیماران مبتلا به شوک کاردیوژنیک ۴. بیماران یا نارسایی قلبی ۵. بیماران مبتلا به آدم حاد ریه ۶. بیماران با تشخیص افیوژن پریکارد و تامپوناد قلبی ۷. بدنبال احیاء قلبی ناشی از مشکلات قلبی ۸. بیماران مبتلا به پرفشاری خون (بحران هیپرتانسیو) بیماران با زمینهای قلبی و مشکلات جانبی همچون نیاز به ویزیت سایر سرویس ها (بیماران مشترک)	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص در CCU	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: CCU/۱/۴/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۵ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخش CCU
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار بخش	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار بخش و مسئول شیفت	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت سرپرستار و مسئول شیفت	
منابع :	
تهیه کنندگان	
امضاء:	دکتر سعید حمزه ای
امضاء:	سلمان قزوینه
امضاء:	سید یوسف کیانی
امضاء:	الهه آرش
تاییدکننده:	
تایید کننده :	
امضاء :	سمت : رئیس بیمارستان
	دکتر حمزه ای

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : پروتکل دادن ترمبولیتیکها	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی : CCU/۱/۲/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات : ۴ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی : پرسنل بخش
تعاریف: استرینوگیناز تراپی اقدامی درمانی با تجویز داروی استرپتوکیناز جهت بیماران با تشخیص آنفارکتوس قلبی	
محتوای خط مشی : اندیکاسیون مصرف- روش اجرا- ارزیابی	
مخاطبین: کلیه پرسنل پرستاری شاغل در بخش CCU	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی :	
مرحله اول اندیکاسیون مصرف داروی استرپتوکیناز	
A: درد قفسه سینه که بیش از ۲۰ دقیقه طول کشیده به TNG جواب ندهد.	
B: تغییرات ECG ، بالا رفتن قطعه ST باید بیش از یک میلی متر در حداقل دولیدهم جهت اندام ها و دو میلی متر یابیشتر در حداقل دولید جلو قلبی- بلوک جدید شاخه ای باندل چپ ،افت قطعه ST همراه با R بلند درلیدهای V2 و V3 (شک به MI خلفی)	
C: فاصله زمانی از شروع علائم: کمتر از ۶ ساعت، بسیار مفید	
۶-۱۲ ساعت اگر درد ایسکمی ادامه یابد.	
بیش از ۱۲ ساعت کم فایده مگر در صورت ادامه درد	
مرحله دوم: شروع دارو	
- از آنجا که بروز آنافیلاکسی ناشی از تزریق استرپتوکیناز متحمل است بنابراین توصیه میشود تجهیزات و داروهای لازم جهت درمان آنافیلاکسی نظیر اپی نفرین، گلوکوکورتیکو استروئید و آنتی هیستامین در دسترس باشد.	
- ویال استرپتوکیناز با ۵ سی سی آب مقطر به آهستگی به نحوی که حباب تشکیل ندهد حل میشود.	
- محلول را تکان ندهید به آهستگی بچرخانید.	
- محلول حاصل را به ۱۰۰ سی سی سرم قندی یا نرمال سالین اضافه کرده و در مدت زمان یک ساعت (در صورت عدم وجود عوارض شدید) انفوزیون نید.	
- تست های انعقادی PT , PTT را چک کنید (قبل و بعداز استرپتوکیناز)	
- دو راه وریدی باز داشته باشد.	
- از تزریق عضلانی بپرهیزد . علائم حیاتی مرتب کنترل شود از نظر دیس ریتمی های حد، افت فشارخون و واکنش های حاد و آلرژیک بیمار را کنترل کنید.	
- در صورت بروز خون ریزی وسیع دارو را قطع و روی موضع فشار وارد کرده به پزشک اطلاع دهید.	
در صورت بروز خون ریزی های کوچک روی موضع فشار آورده و به درمان همراه با کنترل دقیق ادامه دهید.	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : پروتکل دادن ترمبولیتیکها	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: CCU/۱/۲/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۴ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: پرسنل بخش
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار بخش	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار بخش	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت بر اساس چک لیستهای موجود	
منابع : درسنامه جامع ایران فارما مراقبت های پرستاری ویژه تالیف معصومه ذاکری مقدم، منصور علی اصغر پور	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء: امضاء: امضاء:	
تاییدکننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : تغذیه از طریق لوله بینی - معده ای	
کد خط مشی: ICU/۱/۱/۰	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۳ صفحه	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخشهای ویژه- بخشهای بستری	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
تعاریف: تغذیه از راه لوله معده شامل عبور یک لوله بداخل دستگاه معدی و روده ای برای رساندن مواد غذایی میباشد.	
محتوای خط مشی : خطر ورود مواد غذایی به داخل ریه را در افرادی که رفلکس اوغ زدن در آنها از بین رفته است از بین میبرد. مواد غذایی باقی مانده در معده را میتوان بدون وقفه اندازه گیری نمود. محدودیت وقت برای مددجو ایجاد نمی کند برای تغذیه میتواند ادامه داشته باشد همراه با زمانی که میخواهیم تغذیه از راه دهان را شروع کنیم. تغذیه از راه لوله غالباً در خانه هم استفاده میشود.	
مخاطبین: پرستاران	
امکانات و تسهیلات : سرنگ گاوآژ- لوله معده متناسب با مددجو- آب	
روش اجرایی : - در صورت هوشیار بودن توضیح به مددجو داده شود. - وسایل را جمع آوری نموده، میزان، غلظت، نوع و دفعات تغذیه را از راه لوله نوشته شده کنترل گردد. - دستهایتان را بشوئید، مددجو را بر روی تخت که حداقل ۳۰ درجه سران بالا برده شده قرار دهید. - دستکش بپوشید، تمام محتویات معده را با سرنگ گاوآژ، لاواژ نموده سریعاً به لوله برگردانده و بامیزان تغذیه محاسبه نمائید. - در صورتیکه بیشتر از نصف تغذیه قبل از به سرنگ گاوآژ، لاواژ نموده سریعاً به لوله برگردانده و با میزان تغذیه محاسبه نمائید. - در صورت گاوآژ پیستون سرنگ را خارج نموده و کلمپ سوند معده را بسته و مواد غ ذایی مایع با توجه به رژیم بیمار را داخل سرنگ ریخته و کلمپ را باز نموده و سرنگ را حدود ۱۲ اینچ بالاتر از شکم نگه دارید. بگذارید با نیروی ثقل محلول در ان جریان پیدا کند. جهت افزایش و کاهش جریان محلول سرنگ را بالا و پائین کنید.	
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت بر نحوه انجام کار توسط سرپرستار و مسئول شیفت	
منابع :	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : متخصص داخلی
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات بستاری
سید یوسف قیاسی	سمت: سرپرستار
لطف اله شیخی	سمت: سوپروایزر آموزشی
تاییدکننده:	
دکتر سعید حمزه ای	سمت: رئیس بیمارستان
ابلاغ کننده:	
دکتر سعید حمزه ای	سمت: رئیس بیمارستان
امضاء:	امضاء:
امضاء:	امضاء:
امضاء:	امضاء:
امضاء:	امضاء:

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : جدا سازی مددجو از ونتیلاتور	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU / ۱/۱۰/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۶ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
تعاریف: قطع تهویه مکانیکی	
محتوای خط مشی : وسائل استاندارد انجام کار: دستگاه الکتروشوک، تراسی اورژانس	
مخاطبین: کادر پرستاری	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی :	
<p>- مطمئن شوید که کلیه علائم مربوط به روند پاتولوژیک تحت کنترل است.</p> <p>الف: تب مددجو قطع شده است.</p> <p>ب: در عکس قفسه سینه ریه ها پاک است.</p> <p>ج: احتمال بروز دیس ریتمی های خطرناک وجود ندارد.</p> <p>د: وضعیت همودینامیک مددجو با تجویز دارو ثابت است.</p> <p>- مددجو کاملاً هوشیار بوده و قادر به تنفس خودبخودی بوده تعداد تنفس او کمتر از ۲۵ بار در دقیقه است.</p> <p>- راه هوایی طبیعی مددجو باز بوده یا تراکئوستومی داشته باشد.</p> <p>- با وجود دریافت اکسیژن کمتر از ۵۰ درصد $PaO_2 > 60 \text{ mmHg}$ داشته باشد.</p> <p>- حجم جاری در تنفس خودبخودی مددجو بیش از 6 ml/kg باشد.</p> <p>- ظرفیت حیاتی مددجو در تنفس خودبخودی مددجو بیش از 15 ml/kg باشد.</p> <p>- فشار نیروی دم مساوی یا بیشتر از $20 \text{ ml/cmH}_2\text{o}$ باشد.</p> <p>- مقادیر ABG در حد طبیعی یا قابل قبول باشد.</p> <p>- وضعیت گردش خون تثبیت شده باشد.</p> <p>- مددجو قادر باشد ترشحات راه های هوایی را باسرفه خارج کند.</p> <p>- رفلکس gag سالم باشد.</p> <p>پس از چند ساعت یا چند روز (بسته به وضعیت مددجو و مقادیر ABG) در صورتی که PaO_2 بدون اکسیژن کمکی مساوی یا بیشتر از 70 mmHg بود میتوان اکسیژن را نیز قطع نمود.</p>	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : جدا سازی مددجو از ونتیلاتور	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۱۰/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۶ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت توسط چک لیست مربوطه	
منابع : کتاب راهنمای مراقبتهای پرستاری	
تهیه کنندگان	
امضاء:	سمت : مسئول فنی
امضاء:	سمت: مسئول پذیرش
امضاء:	سمت: سرستار
امضاء:	سمت: مدیر خدمات پرستاری
دکتر سعید حمزه ای	
سلمان قزوینه	
سید یوسف کیانی	
الهه آرش	
تاییدکننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : داروهای تجویز شده توسط پرستار در ICU در صورت عدم دسترسی به پزشک Standing Order	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۱۴/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ICU
تعاریف: داروهایی که پرستار مجاز است در صورت نیاز و عدم دسترسی به پزشک بدون دستور دارویی کتبی و مستند پزشک برای بیمار تجویز نماید.	
محتوای خط مشی : پرستار ICU در صورتی که بیمار به صورت اورژانسی نیاز به تجویز دارو داشته باشد و به پزشک دسترسی نداشته باشد مجاز است این داروها را بدون دستور پزشک برای بیمار تجویز نماید.	
مخاطبین: پرستاران	
امکانات و تسهیلات : داروهای دیازپام- آتروپین – اپی نفرین- دوپامین- دوبوتامین- وراپامیل	
روش اجرایی :	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. شستشوی دست طبق پروتکل ۲. در صورت بروز برای کاردی و برهم خوردن همودینامیک بیمار و عدم دسترسی فوری به پزشک تزریق اتروپین طبق پروتکل و گرفتن پرستار شاهد و سپس قبل از ۲۴ ساعت کتبی کردن دستور تزریق اتروپین توسط پزشک درخواست کننده. ۳. در صورت کاهش فشار خون که در مدت کمتر از ۲۰ دقیقه مراتب به پزشک معالج اطلاع داده و در صورتی که با تزریق سرم جبران نشده و وضعیت بیمار بهبود پیدا نکرد گرفتن دستور تلفنی و تزریق داروهای اینوتروپ مثبت در حضور پرستار شاهد و دوپامین بر اساس وزن و فرمول مربوطه (پروتکل) انفوزیون می نمائیم و سپس گرفتن دستور شفاهی در کمتر از ۲۴ ساعت ۴. در صورت تشنج تونیک کلوسنیک تزریق دیازپام و سپس اطلاع به پزشک در حضور پرستار شاهد و سپس کپی کردن دستور شفاهی توسط پزشک معالج در مدت کمتر از ۲۴ ساعت در صورت PSVT سریعاً به دکتر اطلاع داده و پس از گرفتن دستور شفاهی تزریق وراپامیل طبق پروتکل و سپس مستند کردن دستور پزشک در کمتر از ۲۴ ساعت	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : داروهای تجویز شده توسط پرستار در ICU در صورت عدم دسترسی به پزشک Standing Order	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۱۴/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ICU
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار - مسئول شیفت	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت توسط سرپرستار و مسئول شیفت بر اساس دستورالعمل فوق	
منابع :	
منابع : کتاب راهنمای مراقبتهای پرستاری	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلیمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء:	
امضاء: امضاء:	
امضاء: امضاء:	
امضاء: امضاء:	
تاییدکننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : داروهای که پرستار مجاز است در صورت نیاز و عدم دسترسی فوری به پزشک به بیمار بدهد.	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۱۴/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ICU
تعاریف: تزریق داروهای اینوترو مثبت در زمان CPR و موارد ضروری (طبق بند ۱۳ شرح وظایف پرستار (CCU)	
محتوای خط مشی : ۱. تشخیص سریع ۲. اقدام به موقع ۳. کاهش عوارض کمبود اکسیژن مغز	
مخاطبین: کلیه پرستار پرستاری بخش CCU	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی : ۱. بیمار مانیتورینگ میشود. ۲. علائم حیاتی به دقت کنترل و ثبت میشود. ۳. در صورت وجود ع لائم برادیکاری و اختلال همودینامیک و کاهش سطح هوشیاری بلافاصله تا رسیدن پزشک به بخش CCU بلافاصله 1 mg آتروپین تزریق میشود. حداکثر 4 mg/kg % ۴. در صورت علائم ایست قلبی و استیسول علاوه بر ماساژ قلبی آمپول آدرنالین رقیق شده وریدی (1mg) تزریق شود. ۵. در زمان افت فشار خون و اختلالات همودینامیک و عدم پاسخ دهی به اقدامات دیگر سرم دیوتامین رقیق شده طبق مقررات بخش با دوز پنج میکرو از طریق سرنگ پمپ برای بیمار شروع میشود. ۶. در اولین فرصت و حضور پزشک بر بالین بیمار کلیه اقدامات انجام شده توضیح داده میشود و در صورت نیاز به ادامه آن با انجام سایر اقدامات توسط پزشک دستور لازم داده میشود. ۷. در صورت بروز دیس ریتمهایی خطرناک که باعث اختلال در وضعیت فشار خون و هوشیاری بیمار گردیده از DC شوک (دیفیبریلاتور) با میزان انرژی متناوب با نوع دستگاه و وضعیت بیمار استفاده میشود. ۸. داروهای نگهدارنده به صورت تزریقی توسط پزشک شروع میشود و در صورت بروز عوارض بعدی آن دارو موقتاً قطع و به پزشک اطلاع داده میشود. ۹. جهت ادامه تزریق داروهای آتروپین و آدرنالین طبق نظر پزشک ناظر بر عملیات احیاء اقدام شود.	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : دارو‌هایی که پرستار مجاز است در صورت نیاز و عدم دسترسی فوری به پزشک به بیمار بدهد.	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۱۴/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۳ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ICU
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار بخش	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار و مسئول شیفت بخش	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی:	
منابع : فرم شرح وظایف پست سازمانی وزارت بهداشت- داروهای ژنریک ایران ۱۳۹۰ تألیف پوران سانی	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلیمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء: امضاء: امضاء:	
تایید کننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به ونتیلاتور	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU/۱/۵/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۸ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
تعاریف: ساکشن و برداشت ترشحات راه هوایی	
محتوای خط مشی : برای خارج ساختن ترشحات راه هوایی و برطرف کردن دیسترسی تنفسی بیمار ساکشن داخل تراشه به روش استاندارد توسط پرستار انجام میشود.	
مخاطبین: کادر پرستاری	
امکانات و تسهیلات : با لوله رابط- کاتتر ساکشن با سایز مناسب- دستکش استریل و یکبار مصرف- گالی پات استریل- محلول استریل - ژل نرم کننده حلال در آب(جهت ساکشن بینی تراشه ای)- سرنگ- پالس اکسی متر.	
روش اجرایی :	
<ul style="list-style-type: none"> - سیستم تنفسی را کنترل کنید. - به تعداد، عمق و ریتم تنفس توجه کنید. - به صداهای تنفسی از طریق سمع توجه کنید. - مددجو را از نظر توانایی انجام سرفه بررسی و به مقدار و مشخصات خلط توجه کنید. - علایم حیاتی را کنترل و با علایم حیاتی پایه مقایسه کنید. به خصوص به تغییرات بالا رفتن درجه حرارت توجه کنید. <p>سطح هوشیاری مددجو را بررسی کرده و توانایی حفظ پاک نگه داشتن راه هوایی وی را کنترل نمایند و به ترشی که از دهان مددجو خارج می شود توجه کنید.</p>	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به ونتیلاتور	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU/۱/۵/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۸ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
<p>با مددجو ارتباط برقرار کنید.</p> <ul style="list-style-type: none"> - روش کار را برای مددجو توضیح دهید و هدف از انجام کار را بیان کنید. - پرونده مددجو را از نظر دستورات پزشکی و شناسایی مددجو بررسی کنید. - دستهایتان را بشویید. - مددجو را در وضعیت به پهلو قرار دهید به گونه ای که صورت مددجو به سوی شما باشد. - کانکشن مناسب را به لوله جمع کننده ساکشن وصل کنید. - ساکشن را روشن کرده و فشار آن را تنظیم نمایید. - یک استریل و کاتترها را باز کنید. - سالین نرمال استریل را داخل کالی پات بریزید. - دستکش استریل بپوشید. - در صورت لزوم جهت حفظ محیط استریل، یک پارچه استریل روی سینه مددجو پهن کنید. - کاتتر را با دست غالب (با دستکش استریل) از داخل پوشش خود خارج کنید. - تیوپ ساکشن را به کمک رابط با دست غیر غالب به کاتتر متصل کنید. - سرکاتتر را داخل کاسه محتوی نرمال سالین قرار دهید و از کار کردن درست دستگاه ساکشن اطمینان حاصل کنید. - با استفاده از دست غیر غالب خود فشار ساکشن را در حد مجاز تنظیم کنید. - لوله ساکشن را با دست مسدود کنید. - نوک کاتتر را در محلول نرمال سالین تمیز کنید. - جهت اطمینان از مکش ساکشن مقدار کمی محلول را ساکشن کنید. - فاصله بین نرمة گوش تا سوراخ بینی را تخمین بزنید و با انگشت اشاره و شست دستی که دستکش دارد این نقطه از سوند را بگیرید. - مددجو را به ۶-۳ تنفس عمیق تشویق کنید. در صورت نیاز در مددجویان هوشیار در طول زمان ساکشن کردن با گذاشتن کانولای بینی به مددجو اکسیژن بدهید. - اگر مددجو به صورت مکانیکی ونتیله میشود، با آمبویگ یا مد مشابه آن در دستگاه ونتیلاتور به وی اکسیژن صد در صد بدهید. - جهت استفاده از آمبویگ و هیپرونتیله کردن مددجو میزان فلومتر اکسیژن را روی ۱۵ لیتری در دقیقه تنظیم کنید. - مددجو را از ونتیلاتور جدا کنید و با آمبویگ ۶-۳ تنفس به او بدهید (در بیماران غیر هوشیار). - در صورتیکه مددجو وابسته به PEEP است. نیاز به استفاده از آمبویگ یا دریچه PEEP را بررسی کنید. - برای رساندن اکسیژن با درصد بالا یا استفاده از ونتیلاتور ابتدا FLO2 , TV و قوانین آن و نیاز مددجو را بررسی کنید. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به ونتیلاتور	
کد خط مشی: ICU/۱/۵/۰	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۸ صفحه	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخشهای ویژه	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
<ul style="list-style-type: none"> - سپس همراه با استفاده از مد Sigh یا به صورت دستی ۳ تا ۶ تنفس بدهید. - اگر دو نفره کار میکنید، هنگامی که مددجو را ساکشن میکنید، همکارتان به وی اکسیژن بدهد. - با استفاده از دست غیر غالب خود، نوک بینی مددجو را بالا بکشید تا کانال خروجی باز شود. - کاتتر را به داخل سوراخ بینی مددجو وارد کنید. - طول کاتتر را به دور انگشتان خود بپیچید. - همانطور که سرمددجو به طرف عقب است، کاتتر را هر چقدر ممکن است، به آرامی داخل کانال بینی ببرید. - اگر در اثر عبور کاتتر از میان حلق، مددجو به سرفه افتاد، مختصری کاتتر را بیرون کشیده و دوباره وارد کردن کاتتر را ادامه دهید. - پس از وارد کردن کاتتر به طور متناوب ساکشن کنید(با استفاده از دست غیر غالب خود، دریچه کنترل را باز و بسته کنید). - کاتتر را در دست غالب خود دور چهار انگشت بپیچید. - هر بار ساکشن را بی شاز ۱۰ ثانیه انجام ندهید. - ساکشن را زمانبندی کنید و پایان هر دوره استراحت تحمل مددجو نسبت به آنرا در نظر بگیرید. - در صورت غلیظ بودن ترشحات، کاتتر را به صورت دوره ای با مکش مقداری سالین نرمال به وسیله ساکشن تمیز کنید. - در صورتی که در مانیتورینگ اختلال ریتم مشاهده کردید. ساکشن را متوقف و به نوع آن توجه و مددجو را هیپرونتیله کنید. - پس از اتمام ساکشن کردن به مددجو اکسیژن صددرصد بدهید و او را هیپر اکسیژنه کنید. مددجو را به ونتیلاتور وصل و یا آمبوبگ بزنید و یا بامد sigh و ونتیلاتور او را هیپر اکسیژنه کنید. - FLO2 را بخوانید و درمدجویان ونتیله FLO2 , TV را تنظیم کنید. - پس از ساکشن راههای هوایی تحتانی اگر نیاز باشد راههای هوایی فوقانی را ساکشن کنید. - قبل از ساکشن کردن مجدد راه هوایی تحتانی، کاتتر و دستکش استریل را عوض کنید. - دستکشها را به طریقه صحیح با قرار دادن کاتتر در داخل دستکش بیرون بیاورید. - ساکشن را خاموش کنید. - به مددجو کمک کنید تا در وضعیت را حتی قرار گیرد در صورت لزوم دهان شویه بگیرد. - در صورت لزوم اکسیژن درمانی را ادامه دهید. - وسایل یک بار مصرف و دستکشها را بطریقه صحیح دفع نمایید. - لوله کانکشن را با اسپیره کردن محلول نرمال سالین یا آب مقطر به داخل آن تمیز کنید. - وسایل ساکشن و لوله های رابط آن را طبق مقررات جمع آوری کنید. - ریه های مددجو را جهت بررسی موثر بودن روش ساکشن در هر دو طرف معاینه کنید. - علائم حیاتی را کنترل کنید. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : ساکشن داخل تراشه در بیماران اینتوبه متصل به ونتیلاتور	
کد خط مشی: ICU/۱/۵/۰	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۸ صفحه	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخشهای ویژه	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت بر نحوه انجام پروسیجر توسط سرپرستار و مسئول شیفت	
منابع : کتاب راهنمای مراقبت های پرستاری	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء: امضاء: امضاء:	
تایید کننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون بخشی، ارجاع و ترخیص در ICU	
کد خط مشی: ICU / ۱ / ۱ / ۰	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۴ صفحه	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخش ICU	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
تعاریف: هر بیمار جدیدی که در ICU پذیرش می گردد. افرادی که وارد یک واحد مراقبت بهداشتی می شوند به دلایل مختلف زیادی تحت عنوان مددجو تلقی میگردند.	
محتوای خط مشی : بیمارانی که نیاز به مراقبت ویژه دارند توسط پزشکان اورژانس ویزیت شد و پس از درخواست مشاوره با پزشکان متخصص دستور بستری در بخش در پرونده بیمار ثبت میشود. سپس پس از هماهنگی پرستار مسئول با پرسار بخش ICU بیمار به بخش ICU منتقل میگردد.	
مخاطبین: کادر پرستاری امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی : پذیرش: <ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی بیمار ان بدحال که نیاز به مراقبت ویژه دارند در بخش توسط پزشک معالج ۲. دستور انتقال بیمار به ICU توسط پزشک در پرونده ثبت، مهر و امضاء شود. ۳. برگ مشاوره انتقال به ICU توسط پزشک تکمیل ، مهر و امضاء گردد. ۴. برگه مشاوره توسط کمک پرستار به بخش ICU تحویل داده شود. ۵. بیمار توسط پزشک مقیم ICU ویزیت و وضعیت بالینی او بررسی شود. ۶. در صورت دادن پذیرش به بیمار توسط پزشک مقیم ICU در برگه مشاوره ثبت مهر و امضاء گردد. ۷. توسط پرستار ICU، پذیرش بیمار به پرستار مسئول بیمار در بخش اطلاع رسانی شود. ۸. پذیرش بیمار در ICU به همراهان و بستگان بیمار اطلاع رسانی شود. ۹. تخت بیمار در ICU به همراهان و بستگان بیمار اطلاع رسانی شود. ۱۰. پس از آماده نمودن پرونده بیمار توسط پرستار مسئول بیمار به بخش ICU منتقل میگردد. ۱۱. در بخش ICU پرونده بیمار با دستبند شناسایی وی تطبیق داده میشود. ۱۲. خلوت مددجو را فراهم کرده و بر نحوه پوشاندن گان یا لباس ICU کنترل و ثبت گردد. ۱۳. سطح هوشیاری مددجو بر اساس جدول گلاسکو توسط پرستار ICU کنترل و ثبت گردد. ۱۴. نحوه ورود مددجو به بخش (با برانکارد و ..) توسط پرستار در پرونده ثبت شود. ۱۵. دستورات دارویی توسط پرستار کنترل و اجرا شود. ۱۶. ارزیابی اولیه توسط پرستار ICU انجام و در پرونده ثبت گردد. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون بخشی، ارجاع و ترخیص در ICU	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۱/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۴ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخش ICU
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار – مسئول شیفت	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: بررسی پذیرش و انتقال مددجو در ICU	
منابع : دستورالعمل های داخلی	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلیمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء: امضاء: امضاء:	
تایید کننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون بخش، ارجاع و ترخیص	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: CCU/۱/۱/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۴ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخش CCU
تعاریف: مقررات پذیرش و ترخیص بیماران بستری شده در CCU و Post و اجرای مقررات	
محتوای خط مشی : ۱. بیمار قابل انتقال به سرویس قلب ۲. اقدامات درمانی و پیگیری ها ۳. آموزش به بیمار	
مخاطبین: کلیه پرسنل CCU و Post ccu و پزشکان	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی :	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. بعد از مراجعه بیمار به اورژانس و ویزیت پزشک اسکرین در رابطه با انتقال بیمار با آنکال داخلی همان زمان تماس گرفته و مجوز انتقال به CCU داده میشود. ۲. در صورت مراجعه مستقیم بیمار به اورژانس و پذیرش آنکال داخلی بیمار به همراهی پرستار اورژانس و پرونده شامل شرح حال و معاینه، دستورات پزشک و برگه پذیرش به CCU منتقل میشود. ۳. در بخش CCU بیمار توسط پرستار مسئول همان تخت رزرو شده تحویل گرفته میشود. ۴. در هنگام تحویل بیمار به محتویات پرونده توجه کامل شود.(شرح حال، دستور پزشک، مشاوره ها، پروسیجرهای انجام شده و یا قابل پیگیری توجه شود). ۵. پرونده با مشخصات بیمار تطبیق داده شود. ۶. بعد از انتقال به تخت، معاینات فیزیکی لازم انجام و در گزارش پرستاری ثبت شود(همچون وجود زخم بستر، سوند و اتصالات) ۷. در صورت مشاهده موارد غیر عادی در علائم حیاتی و معاینه بیمار حتماً به پزشک اطلاع داده شود و در گزارش با قید زمان ثبت شود. ۸. پرستار خود را به بیمار معرفی می کند و جهت کاهش استرس توضیحات لازم را درباره محیط و ویزیت پیش آمده بیمار توضیح میدهد. ۹. مانیتورینگ قلبی انجام میشود. ۱۰. علائم حیاتی انجام و ثبت میشود. ۱۱. در صورت نیاز به انجام اقدام اورژانسی و بروز دیس ریتمی های خطرناک که باعث اختلال در وضعیت همودینامیک و هوشیاری بیمار میشود از شوک الکترونیکی استفاده و سریعاً به پزشک اطلاع داده میشود. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون بخش، ارجاع و ترخیص	
کد خط مشی: CCU/۱/۱/۰	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۴ صفحه	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخش CCU	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار - رابط آموزشی	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار - مسئول شیفت	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی:	
منابع : دستورالعمل های داخلی مرکز	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلیمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء: امضاء: امضاء:	
تایید کننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : کنترل عفونت در بخش مراقبت های ویژه	
کد خط مشی: ICU/۱/۲/۰	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۸ صفحه	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخشهای ویژه	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
<p>تعاریف: مجموعه اقداماتی است که جهت پیشگیری از انتشار میکروارگانیسم ها از شخصی به شخص دیگر یا از جایی به جایی دیگر بده طراحی شده اند اکثر اطلاعات این بخش از مرکز کنترل و انتشار بیماریها تأمین شده است.</p> <p>بعضی از اقدامات کنترل عفونت نسبی هستند و بعضی هم جنبه تشریفات دارند اما همه آنها یکی از بخش های ضروری زندگی روزمره در ICU محسوب می شوند.</p> <p>الف: بهداشت پوست: سطح پوست مکان مناسبی برای لانه گزینی باکتری و قارچ هاست که به دو دسته فلور مقیم و غیر مقیم می شوند متأسفانه سطوح دست ها مخصوصاً کف دست محل تجمع میکروفلور مسأله اصلی در کنترل عفونت محسوب می شود. که شایع ترین این فلورها: استاف کوکولاز مخفی- ارگانیسم ی روده ای گرم منفی وکاندیدا می باشد. با توجه به این امر حذف میکروب ها از دستاں پرسنل یکی از راهکارهای اصلی کنترل و عفونت است.</p> <p>در کنترل بهداشت دست عوامل ضد عفونی کننده ها در رده اول قرار دارند که استفاده از هر کدام به تنهای نمی تواند بطور کامل بهداشت دست را تأمین کند و استفاده از هر دو بصورت مکمل این مسأله را تأمین می کند.</p>	
<p>محتوای خط مشی : جهت پیشگیری از انتشار میکروارگانیسم ها و انتقال عفونت در بیماران بخش ویژه شستن دستها، استفاده از وسایل حفاظت فردی، ضد عفونی واسکراپ تختها به طور مداوم انجام میشود.</p>	
مخاطبین: پزشکان ، پرستاران	
امکانات و تسهیلات :	
<p>روش اجرایی : الف: پیشگیری از پنومونی: جهت کنترل پنومونی در رعایت نکات ذیل ضروری است:</p> <ul style="list-style-type: none"> - شستن دست قبل از هر گونه اقدام درمانی - زیر سر بیمار الویت دارد. - رعایت نکات استریل هنگام ساکشن نمودن - از کاتتر جدا برای ساکشن دهان تراشه و بیمار استفاده گردد. - از ریختن هر گونه محلول داخل تراشه بیمار خودداری گردد در صورت نیاز از نیولایزر استفاده شود. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : کنترل عفونت در بخش مراقبت های ویژه	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU/۱/۲/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۸ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
<ul style="list-style-type: none"> - هنگام تغییر پوزیشن بصورت لترال حتماً سر بیمار به پهلو قرار گیرد. - کاتتر ساکشن تیوپ بیمار حتماً ۴۸ ساعت یکبار تعویض گردد. - روزانه اتصالات ساکشن ها شامل gage ساکشن تیوپ و.. با اسپری ۲% دکونکس ضد عفونی گردد. - ساکشن بصورت دستکش استریل صورت گیرد. - کاف لوله تراشه و تراکیوستومی بیمار حتماً در هر شیفت یکبار چک گردد. - روزانه میزان ترشحات بیمار از نظر کمی و کیفی ثبت گردد. - لوله تراشه بیمار در پوزیشن درست قرار گیرد. - از کشیدگی لوله تراشه و سایر اتصالات خودداری گردد. <p>ب:</p> <ul style="list-style-type: none"> کاتتر ورید مرکزی - روزانه با گاز استریل پانسمان شود - از اسپری کلر هگزین گلوکونات ۴% جهت استریل نمودن سطوح خارج CVL استفاده گردد. - محل ورود کاتتر از نظر ترشح و قرمزی کنترل گردد. - محل ورود کاتتر هایی که نزدیک به محل های عفونی قرار دارند یادر تماس با سطوح عفونی بیمار هستند کاملاً با پانسمان پوشیده شده و دوباره در روز گندزدایی گرداند. - استفاده از پمادهای ضد میکروب باعث بروز مقاومت باکتریایی می گردد. <p>عوامل ایجاد عفونت در کاتتر شامل:</p> <p>الف: سطح خارجی کاتتر- ب: محل ورود کاتتر- ب: نوک کاتتر</p> <ul style="list-style-type: none"> - محل اصلی ایجاد عفونت در کاتتر اتصالات خارج و جدار خارجی کاتتر روزانه این محل ها باید با محلول کلر هگزیدین. - گلوکونات ۴% گندزدایی شوند. - از تماس مستقیم دست با طول کاتتر خودداری گردد. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : کنترل عفونت در بخش مراقبت های ویژه	
کد خط مشی: ICU/۱/۲/۰	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۸ صفحه	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخشهای ویژه	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
<p>جهت کنترل عفونت از طریق کاتترهای بیمار خصوصاً سوند فولی به موارد زیر دقت گردد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - شستشوی روزانه ناحیه تناسلی Fully care و بیمار به دقت انجام شود. - ناحیه ورود سوند فولی و طول قسمت خارجی آن باید با محلول ضد عفونی شسته و خشک گردد. - پورین بگ بیمار باید به روش استریل تعویض گردد. - از گذاشتن پورین بگ بیمار روی زمین جداً خودداری گردد و در صورت پر شدن ۲/۳ ظرفیت پورین بگ بیمار باید پورین بگ تخلیه گردد. - از کشیدگی و تحت فشار قرار گرفتن اتصالات فولی بیمار خودداری شود. - تعویض سوند فولی لوله فول بیمار باید در شرایط کاملاً استریل انجام شود. - سوند فولی هر ۱۰ روز یکبار تعویض گردد. - در نظر داشته باشید که هر گونه هماچوری تروماتیک خطر ایجاد عفونت را افزایش می دهد. - سوند فولی با چسب به ناحیه کشاله ران بیمار Itx گردد. - جهت پیشگیری از عفونت کاتترهای اداری حتماً سیستم بسته استریل دارای حفظ گردد. <p>د: گندزدایی محیط ICU</p> <p>کلیه وسایل موجود در بخش مراقبت های ویژه باید بطور دقیق و منظم و مستمر گندزدایی قرار گیرند و جهت انجام این کار باید رویه دقیق و منظمی وجود داشته باشد مستمر بر آن وجود داشته باشد و به طریقه ذیل انجام گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> - وسایل که در ارتباط مستقیم با بیمار نیستند نباید کشت مثبت داشته باشند. مثبت شدن این وسایل نشانه انتقال آلودگی از بیمار به پرسنل به این وسایل است این وسایل شامل: <ul style="list-style-type: none"> Bed table جزء وسایل است که در ارتباط مستقیم با بیمار نمی باشد. وسایل که در ارتباط مستقیم با بیمار هستند باید بصورت روزانه استریل گردند مثل: قیچی- فورسپس- وسایل نوک تیز- قیچی - لارنگوسکوپ و کلیه اشیاء برنده که یکبار مصرف نمی باشد- چینل فورسپس وسایل که در ارتباط غیر مستقیم با بیمار می باشند باید بصورت هفتگی مورد گندزدایی قرار گیرد. نظافت کف بخش ویژه باید بصورت روزانه با ترکیبی از واد ضد عفونی و گند زدایی بصورت جداگانه قرار گیرد. استفاده از اشعه در ICU الزامی است. تی های ICU روزانه با محلول گندزدا شسته شده و سپس مورد استفاده قرار گیرد. تی اتاق بیماران باید با تی راهرو مکان هایی که باید غیر عفونی باشند جدا باشد. نظافت شیشه ها و درها باید بصورت روزانه انجام گیرد. نظافت ایستگاه پرستاری باید بصورت روزانه انجام پذیرد. جهت استریل نمودن اتاق ها باید پروتکل جداگانه وجود داشته باشد و حتماً از لامپ UV جهت گندزدایی استفاده گردد. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : کنترل عفونت در بخش مراقبت های ویژه	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU/۱/۲/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۸ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار و مسئول شیفیت	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت توسط سرپرستار و واحد کنترل عفونت	
منابع : کتاب کنترل عفونت	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلیمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرپرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
تایید کننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : گذاشتن airway برای مددجو	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU/۱/۶/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۴ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
تعاریف: باز کردن راه هوایی	
محتوای خط مشی : وسایل و تجهیزات استاندارد: دستکش لاتکس یک بار مصرف- چوب زبان یا آبسلانگ- آب سرد یا ماده لزج کننده- لوله هوایی مصنوعی یا ایروی دهانی- حلقی استریل یک بار مصرف در اندازه مناسب - دستمال کاغذی - نوار چسب- ساکشن.	
مخاطبین: کادر پرستاری	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی :	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. حتی اگر مددجو کاهش سطح هوشیاری دارد با او ارتباط برقرار کنید. ۲. هدف و روش کار را برای بیمار توضیح دهید. ۳. موارد لازم را بر اساس نیاز مددجو یا مراقب او آموزش دهید. ۴. دستها را بشویید. 	
برای ثابت کردن ایروی چسب را به طریق زیر آماده کنید:	
الف: دو نوار چسب بلند به طول ۳۵ و ۶۰ سانتی متر با عرض مناسب ایروی آماده کنید.	
ب: نوار چسب بلند را طوری روی سطح صاف قرار دهید که سطح چسبناک آن به طرف بالا قرار گیرد.	
ج: نوار چسب کوتاهتر را در مرکز نوار چسب بلند بچسبانید.	
د: دو انتهای نوار چسب بلند را از طریق طولی شکاف دهید.	
۱. راه هوایی مصنوعی را به طریق زیر وارد کنید:	
الف) مددجو را در وضعیت به پشت خوابیده به صورتی قرار دهید که سر متمایل به عقب قرار گیرد و یا یک بالش زیر شانه های مددجو قرار گیرد (این وضعیت در بیماریان دچار صدمات سر و گردن مجاز نمی باشد).	
ب: دستکش بپوشید، دهان مددجو را باز کنید، آبسلانگ را بر روی نیمه قدامی زبان قرار دهید.	
ج: در صورت لزوم دندان مصنوعی را خارج کنید.	
د: ایروی را طوری در دست بگیرید که سطح محدب آن به طرف بالا و یا کنار قرار گیرد.	
و: در حالیکه با آبسلانگ زبان مددجو را به طرف پایین فشار می دهید لوله هوایی را به موازات سقف دهان وارد کنید.	
ز: وقتی ایروی به نیمه خلفی زبان رسید آنرا بچرخانید به طوری که قسمت گودی آن روی زبان قرار گیرد.	
ح: لبهای مددجو را پاک کنید.	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : گذاشتن airway برای مددجو	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU/۱/۶/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۴ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت توسط سرپرستار بر اساس چک لیست مربوطه	
منابع : کتاب راهنمای مراقبتهای پرستاری	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلیمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرستار
الیه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء: امضاء: امضاء:	
تایید کننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : لوله گذاری داخل تراشه	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۷/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۶ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
تعاریف: برقراری راه هوایی و بهبود اکسیژناسیون	
محتوای خط مشی : تجهیزات و وسایل استاندارد: - لوله های داخل تراشه- لوله های با کاف ۶ تا ۹ میلیمتری که شامل لوله های مختلف یا اختلاف نیم میلیمتر می باشد(۷-۷/۵-۹-۶/۵-۶) لوله تراشه ای که جهت لوله گذاری از راه بینی استفاده می شود باید نیم میلیمتر کوچکتر از دهانی باشد- دسته لارنگوسکوپ، تیغه لارنگوسکوپ(از نوع انحنا دار که اندازه های ۴-۱ و نوع مستقیم به اندازه های ۴-۱) - میله روشن ۰ (اختیاری است) - یک سرنگ ۱۰ سی سی جهت باد کردن کاف- ژل جهت لوله ای که می خواهد از راه بینی گذاشته ش - اسپری جهت زدن به بینی - داروی کوتاه اثر شل کننده به دستور پزشک- چسب یانواری که بتوان لوله تراشه را فیکس کرد. گوشی پزشکی جهت چک کردن جای لوله- ساکشن که به سر ساکشن وصل شده باشد. - آمیوبگ- اکسیژن و لوله متصل به آن- پالس اکسی متر- وسیله ای جهت فیکس مددجو.	
مخاطبین: کادر پرستاری	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی :	
<ul style="list-style-type: none"> - مددجو را از نظر رنگ و وضعیت تنفس قبل از اقدام لوله گذار بررسی کنید. - به مددجو قبل از شروع لوله گذاری با یک ماسک اکسیژن ۱۰۰ درصد بدهید. - در صورت دستور داروهای آرامبخش و شل کننده یا داروهای بیحسی موضعی به مددجو بدهید. - در صورت آژینه بودن مددجو بعلت خطر خارج کردن لوله توسط مددجو او را فیکس کنید. - کاف لوله تراشه را تست کنید. - در کنار تخت مددجو ساکشن را قرار دهید. - به مدت ۳ تا ۵ دقیقه اکسیژن با ماسک به مددجو بدهید. - مددجو را در وضعیت صحیح قرار دهید. - پروسیجر به طریقه صحیح انجام دهید. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : لوله گذاری داخل تراشه	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۷/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۶ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
<p>قرار گرفتن لوله در جای مناسب خود با استفاده از روشهای زیر بررسی کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> - دید مستقیم- حرکت قفسه سینه- صداهای تنفس- صداهای ناحیه ایی گاستر- دادن اکسیژن با آمبویگ- دیدن بخار هوا در لوله تراشه - پالس اکسی متری- اندازه گیری میزان دی اکسید کربن در انتهای تنفس- وجود محتویات معده در لوله تراشه- عکس قفسه سینه - لوله تراشه را در جای خود فیکس کنید. <p>نکات قابل توجه:</p> <ul style="list-style-type: none"> - فیکس کردن لوله تراشه با توجه به نکات زیر انجام شود: - گذاشتن AIR WAY - فیکس کردن لوله در جای خود با استفاده از چسب یا نوار در دور سر مددجو - دهان مددجو نباید با چسب یا بند مسدود شود چرا که باید بتوان دهان را ساکشن کرد. - باید طوری لوله را ثابت کرد نه از آن حدی که باید داخل برود و نه از دهان خارج شود. - موقع ثابت کردن لوله باید مواظب باشید که فشار روی پوست ایجاد نشود و عوارض پوستی را بدنبال نداشته باشد. - لوله طوری گذاشته شود که شماره آن در جلوی دندانها باشد و با چشم بتوان جای آن را چک کرد(نه تو رفته باشد و نه بیرون آمده باشد) - لوله تراشه کاف دار، از ورود محتویات معده، بزاق یا خون ومایع به راه هوایی بالایی جلوگیری میکند. - دسترسی مستقیم به ریه ها باعث می شود که براحتی تهویه ریه ها فراهم شود و ساکشن کردن ترشحات موجود در ریه ها خیلی راحت باشد. - دسترسی مستقیم به ریه ها وسیله ای است برای اینکه یک سری داروها جهت سریع از راه ریه ها به مددجو تجویز شوند. <p>نکات آموزش به مددجو:</p> <ul style="list-style-type: none"> - به مددجو گفته شود که اگر لوله تراشه شما در جای درست خود باشدف شما قادر به صحبت کردن خود نیستید. - قورت دادن آب دهان کمک می کند که احتمال استفراغ کم شود. - به هیچ عنوان لوله تراشه را جا به جا نکنید. - روش زیر جهت تخمین اندازه لوله تراشه می باشد: - کودکان ۲ ساله و بالاتر: ۱۶ + سن کودک به سال تقسیم بر ۴ - بر اساس وزن مددجو - بر اساس انگشت کوچک مددجو - مردها: ۷ تا ۸/۵ میلیمتر و زنها ۷ تا ۸ میلیمتر - بچه های کمتر از ۸ سال بهتر است با لوله تراشه بدون کاف اینتوبه شوند. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : لوله گذاری داخل تراشه	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۷/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۶ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: بررسی بیمارانی که نیاز به لوله گذاری داخل تراشه دارند.	
منابع : کتاب راهنمای مراقبتهای پرستاری	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرپرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء: امضاء: امضاء:	
تایید کننده:	
ابلاغ کننده:	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : مراقبت از مددجوی تحت تهویه مکانیکی	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۹/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۱۰ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه و بخشهای بستری
تعاریف: مراقبت از بیمار جهت جلوگیری از بروز عوارض	
محتوای خط مشی : وسایل استاندارد انجام کار: ونتیلاتور – وسایل تزریق	
مخاطبین: کادر پرستاری	
امکانات و تسهیلات :	
روش اجرایی : تأمین حداکثر تبادلات گازی :	
<ul style="list-style-type: none"> - مددجو را از نظر وجود علائم دیسترس تنفسی مورد بررسی قرار داده و به هر گونه علامت غیر طبیعی توجه و آن را گزارش کنید. - گازهای خون شریانی و سه معیار PH, PaO₂, PaCO₂ را کنترل کنید. - ریه را از نظر وجود ترشحات سمع نمائید و در صورت نیاز عمل ساکشن را انجام دهید. - بر اساس بیماری زمینه ای و موقعیت مددجو، وضعیت مناسب را انتخاب نمائید. <p>الف: بهترین وضعیت برای مددجویی که محدودیت تغییر پوزیشن ندارد وضعیت نشسته یا نیمه نشسته است.</p> <p>ب: بر اساس سمع ریه می توانید از پوزیشن هایی که باعث درناژ وضعیتی می شود، استفاده کنید.</p> <p>ج : در صورت درگیری یک ریه، مددجو را به روی ریه سالم بخوابانید.</p> <p>د: در صورت درگیری هر دو ریه مددجو را بیشتر مواقع به روی ریه رسات بخوابانید. زیرا ریه راست سطح بیشتری دارد.</p> <p>و: هر ۲ ساعت وضعیت مددجو را تغییر دهید.</p> <ul style="list-style-type: none"> - تنظیم دستگاه و پارامترهای مربوط به آن را کنترل کنید. - لوله های ونتیلاتور را از نظر وجود آب کنترل کرده و در صورت نیاز آب آنرا خالی کنید. - اگر سیستم تهویه دچار اختلال عملکرد شده و مشکل قابل شناسایی و اصلاح نباشد مددجو را از دستگاه ونتیلاتور جدا کرده و با آمبویگ دستی متصل به اکسیژن به مددجو تنفس بدهید تا مشکل دستگاه برطرف شود. - جهت تسکین درد سعی کنید از مسکن هایی استفاده نمائید که عملکرد تنفسی را حتی المقدور تضعیف ننمائید. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : مراقبت از مددجوی تحت تهویه مکانیکی	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۹/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۱۰ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه و بخشهای بستری
<p>تصحیح الگوب تنفسی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - صدای تنفسی را هر دو ساعت سمع نموده و در صورت نیاز به ساکشن با استفاده از تکنیک استریل این عمل را انجام داده و سپس مقدار رنگ و قوام ترشحات را ثبت کنید. - جهت پاک کردن راه های هوایی روشهای فیزیوتراپی سینه، تغییر وضعیت مکرر، افزایش تحرک جسمانی را به کارگیرد. - برای رقیق شدن ترشحات عملکرد دستگاه مرطوب ساز دستگاه ها را کنترل کنید. <p>تأمین حداکثر تحرک جمی:</p> <ul style="list-style-type: none"> - در صورتی که وضعیت مددجو Stable باشد و بتواند از تخت خار شود به او کمک شود تا از تخت خارج شده و بر روی صندلی بنشیند (تحرک باعث تحرکی تنفسی شده و حال عمومی مددجو را بهبود می بخشد). - در صورتی که مددجو قادر به خروج از تخت نباشد جهت جلوگیری از آتروفی عضلانی ورگود خون وریدی ورزشهای فعال و غیر فعال در تخت انجام شود. - هر دو ساعت مددجو را تغییر وضعیت دهید. برای پیشگیری از تغییر اعضاء، مفاصل را طبق وضعیت آناتومیک خود تغییر پوزیشن داده و از ملحفه لوله شده برای ثبات وضعیت عضو استفاده نمائید. <p>حفظ سلامت پوست و بافتها:</p> <ul style="list-style-type: none"> - هر دو ساعت مددجو را تغییر وضعیت دهید(برای پیشگیری از تحت فشار قرار گرفتن پوست و نواحی حساس و در معرض خطر). - بدن مددجو روی ملحفه چروک و مرطوب قرار نگیرد. - بدن مددجو روی وسایل و سیستم های درمانی- مراقبتی قرار نگیرد. - هنگام تغییر وضعیت از کشیده شدن پوست روی ملحفه جلوگیری گردد. <p>محل جسمهای روی پوست (جهت فیکس کردن لوله تراشه، سوند ادراری و کاتترهای مختلف) را از نظر علائم تحریک و زخم کنترل نمایند.</p> <p>تغذیه کافی مددجو:</p> <ul style="list-style-type: none"> - میزان I/O را کنترل کنید. - در مددجویان دچار CHF و نارسائی کلیه دادن مایعات باید بر اساس برون ده ادراری آنها باشد. - مراقب اختلال الکترولیتی در مددجو باشید(کنترل روزانه الکترولیت های خون). - از جایگذاری لوله معده مطمئن شوید. - کاف لوله تراکئوستومی و لوله تراشه را قبل از گواژ پر کنید. - هنگام انجام گواژ و حائل یک ساعت بعد از آن سر تخت را بالا بیاورید (حدود ۳۰ درجه)، - قبل از هر با گواژ حجم باقی مانده معده را کنترل کنید، اگر این حجم بیش از ۱۰۰ میلی لیتر باشد، گواژ را انجام نداده و وضعیت را به پزشک گزارش نمائید. - در صورتی که تغذیه مددجو از راه گواژ میسر نبود لازم است برای جلوگیری از سوء تغذیه جهت مددجو تغذیه کامل تزریقی (TPN) شروع گردد که شامل محلولهای دکستروز هیپرتونیک، لیپیدها، اسیدهای آمینه ویتامین ها، مواد معدنی و الکترولیتها می باشد. 	

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : مراقبت از مددجوی تحت تهویه مکانیکی	
تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲	کد خط مشی: ICU /۱/۹/۰
تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱	تعداد صفحات: ۱۰ صفحه
تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱	دامنه خط مشی: بخشهای ویژه و بخشهای بستری

تنظیم و برقراری روشهای غیر کلامی ارتباط:

توانایی های ارتباطی مددجو را برای ارزیابی میزان محدودیت وی بررسی کنید:

الف: کنترل سطح هوشیاری مددجو

ب: وجود لوله تراشه (مانع ارتباط).

ج: میزان تحصیلات مددجو جهت نوشتن.

د: وضعیت و آمادگی جسمانی مددجو جهت نوشتن.

- از روشهای مختلف ارتباط مثل استفاده از قلم و کاغذ و لب خوانی استفاده کنید.
- برای مددجو دارای لوله تراشه بگوئید که عدم توانایی در صحبت کردن اوموقت بوده و بعد از خروج لوله تراشه می تواند صحبت کند.

پیشگیری از بروز عوارض ونتیلاتور با فشار مثبت:

- مددجو را از نظر تنگی نفس، بیقراری، کاهش یا عدم وجود صداهای تنفسی، افزایش سونوریتته موضعی، انحراف نای به یک طرف آمفیژم زیر جلدی و کاهش PaO2 کنترل کنید. (علائم پنوموتراکس) و در صورت مشاهده علائم فوق حجم جاری را کم کرده و یا با آمبوبگ متصل به اکسیژن مددجو اونتیله و پزشک را خبر کنید.
- سقوط آهسته یا سریع فشار خون، تاکی کاردی (علامت اولیه)، برای کاردی (علامت بعدی)، اختلالات ریتم قلب، ضعیف شدن نبض های محیطی، افزایش فشار کاپیلرهای ریوی را مورد بررسی قرار دهید. (علائم ناشی از مشکلات قلبی عروقی) و بروز موارد بالا را به پزشک اطلاع دهید.

پیشگیری از عفونت ریه:

- قبل از ساکشن دستها را بشوئید.
- فقط به هنگام نیاز عمل ساکشن را انجام دهید نه به صورت روتین و نکات آسپتیک را هنگام عمل ساکشن رعایت کنید.
- کاف لوله تراشه و تراکتوستومی را به خصوص قبل از تغذیه از راه لوله بینی- معده پر کنید.
- بهداشت دهان را رعایت کنید.
- هر ۴ ساعت مددجو را با نرمال سالین دهان تسویه دهید.
- برای برداشتن پلاکهای دندانی، از مسواک و خمیر دندان استفاده کنید.
- لب ها را با پماد ویتامین A یا وازلین چرب کنید.
- Air way مددجو آرزوی دوبار تعویض کنید.
- آب جمع شده در لوله های ونتیلاتور را خالی کنید.
- مخزن مربوط به دستگاه مرطوب ساز و ونتیلاتور را روزانه با آب استریل پر کنید.
- لوله های ونتیلاتور را در وضعیتی قرار دهید که کمترین فشار را برای نای اعمال نمایند.
- فشار کافی را هر ۸ ساعت برای حفظ فشار در حد کمتر ۲۵ cmH2o کنترل کنید.
- با بالا آوردن سر تخت مددجو احتمال اسپیراسیون ترشحات معده را به حداقل برسانید.
- در صورتی که مددجو تراکتوستومی دارد از گاز استیل تا شده در اطراف استوما استفاده کنید. نه گاز بریده شده، زیرا احتمال اسپیراسیون نخ های گاز وجود دارد.

((فرم ثبت خط مشی و روش اجرایی))

عنوان خط مشی : مراقبت از مددجوی تحت تهیه مکانیکی	
کد خط مشی: ICU /۱/۹/۰	تاریخ تدوین : ۹۲/۰۸/۱۲
تعداد صفحات: ۱۰ صفحه	تاریخ بازنگری اولیه : ۹۲/۱۲/۱۱
دامنه خط مشی: بخشهای ویژه و بخشهای بستری	تاریخ بازنگری ثانویه : ۹۳/۰۹/۱۱
مسئول آموزش خط مشی: سرپرستار	
پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار	
مکانیسم نظارت بر اجرای صحیح خط مشی: نظارت بر مراقبت این بیماران توسط چک لیستهای مربوطه	
منابع : کتاب راهنمای مراقبتهای پرستاری	
تهیه کنندگان	
دکتر سعید حمزه ای	سمت : مسئول فنی
سلمان قزوینه	سمت: مسئول پذیرش
سید یوسف کیانی	سمت: سرپرستار
الهه آرش	سمت: مدیر خدمات پرستاری
امضاء: امضاء: امضاء: امضاء:	
تایید کننده:	
ابلاغ کننده:	

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.