

## عنوان دستورالعمل :

### اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی

|                                    |                  |                                |
|------------------------------------|------------------|--------------------------------|
| کد: WIC10-03                       | شماره ویرایش: ۱۱ | تاریخ تصویب و ابلاغ: ۱۴۰۵/۲/۲۰ |
| حوزه تولید: پرستاری                | تعداد صفحه ها: ۸ | تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۵/۲/۱۷  |
| هدایت کننده: سوپر وایزر / سرپرستار |                  | تاریخ بازبینی بعدی: ۱۴۰۶/۲/۲۰  |

## اهداف:

هدف از نگارش این دستورالعمل اطمینان از آمادگی ها و مراقبت و پایش مستمر بیمار قبل و بعد از عمل جراحی ، ایمنی و پیشگیری از عوارض جراحی ، کاهش عفونت بعد از جراحی ، برقراری آرامش و کاهش اضطراب بیماران و ارائه خدمات هماهنگ و یکپارچه می باشد

**دامنه کاربرد :**

در تمامی بخش های مرکز

## تعریف واژگان و کلمات کلیدی:

**ترانس دیوسر :** وسیله ای که با آن تبدیل کمیت های مختلف آنالوگ (دما- فشار) به سیگنال های استاندارد و همچنین ایزولاسیون سیگنال ها استفاده می شود .

**پالس اکسی متری :** وسیله ای که میزان اشباع اکسیژن خون شریانی را مانیتور می کند.

**آرتر لاین:** دسترسی به یک شریان محیطی جهت بررسی میزان فشار خون شریانی

**CV LINE:** وسیله ای است که در ورید مرکزی بیمار تعبیه می شود که از طریق آن فشار ورید مرکزی بیمار اندازه گیری می شود

**درن ها:** وسیله است که در مدیاستن و پلور راست و چپ بیمار گذاشته می شود که میزان درناژ بیمار اندازه گیری شود .

**تامپوناد :** جمع شدن خون و ترشحات serous در اطراف قلب که اثر فشارنده روی آن دارد و باعث کاهش حرکات و Out put قلبی می شود.

## روش انجام کار :

- بیمار پس از اقدامات پاراکلینکی و تشخیصی کاندید جراحی شده و پس از بستری در بخش (جراحی ، داخلی ، CCU)

- ارسال مشاوره جراحی ، ارسال CD بیمارانی که در خارج از مرکز آنژیو گرافی شده اند به بخش IT داده می شود که وارد سیستم پکس گردد و همچنین نسخه اسپیرومتری و آموزش به بیمار تا روز جراحی توسط پرستار انجام می شود و مشاوره پزشک قانونی و چک بیمه بیمار و چک OK مالی و انجام PCR ( یا آزمایش کوید در صورت صلاح دید پزشک مربوطه ) توسط پرستار و منشی که در بخش های بستری می باشد انجام می شود.

- b. بدو ورود از بیماران کشت از بینی ارسال می شود و همچنین اسپری موپروسین به مدت ۳ روز شروع می شود در صورت جواب مثبت کشت مشاوره عفونی انجام می گردد.
- c. ناشتا بودن بیمار صبح روز بعد از بستری جهت آزمایشات وانجام عکس قفسه سینه ونوار قلب در همان روز بستری در بخش مربوطه توسط پرستار انجام می شود .
- d. انجام سونوگرافی داپلر در رادیولوژی برای بیماران بالای ۶۰ سال توسط پزشک انجام می شود .
- e. انجام تست تنفسی طبق نظر پزشک داخلی قلب و متخصص ریه در واحد اسپرومتری برای تمام بیماران بزرگسال توسط پرستار انجام می شود.
- f. اکو ترانس توراسیک برای تمام بیماران واکوی مری برای بیماران دریچه ای در بخش اکو توسط پزشک انجام می شود .
- g. پیگیری وانجام مشاوره های درخواستی بر اساس نظر پزشک معالج (دیابتی-کلیوی-ریوی-غدد- مغز واعصاب و مشاوره فارمکولوژی جهت بیماران ادیکت ، مشاوره دندانپزشکی برای بیماران دریچه ای)درخواست توسط پزشک انجام و پیگیری انجام توسط منشی و پرستار است.
- h. بعد از اعلام و قرار گرفتن در لیست عمل، عصر همان روز رزرو خون انجام و از ساعت ۴ بعد از ظهر در صورت نیاز شیو و حمام با شامپوی مخصوص در بخش مربوطه توسط کمک بهیار انجام می شود.
- i. بیماران که دارای ناخن کاشته شده هستند بایستی قبل از انتقال به اتاق های عمل ناخن کاشته شده برداشته (Remove) شود.
- j. صبح روز عمل و ساعت هفت صبح، بیماران عمل اول با چک کامل توسط پرستار شبکار و کمک بهیار بدون نیاز به هماهنگی به اتاق عمل اعزام میشوند و سپس کاردکس بیمار توسط پرستار بخش به ICU کودکان جهت اطلاع رسانی تحویل داده می شود.
- k. به همراهان بیمار قبل از اعزام به OR اطلاع داده میشود تا بیمار را به اتاق عمل همراهی کنند و وسایل بیمار به آنها تحویل داده میشود. همچنین برای آرامش بیمار بعد از انجام مراسم مذهبی با توجه به درخواست بیمار یا خانواده ،بیمار توسط پرستار ،کمک بهیار وهمراه بیمار به اتاق عمل منتقل می شود.
- l. زمان ناشتایی جهت بیمار بزرگسال ۸ ساعت می باشد
- m. در اطفال ۶ تا ۳۶ ماه ۶ ساعت و کمتر از ۶ ماه حداقل ۴ ساعت طبق جدول ذیل زمان ناشتایی رعایت شود(مایعات صاف شده مانند آب از ۲ ساعت قبل از عمل ،شیر مادر از ۴ ساعت قبل از عمل ، غذای کودک مانند سرلاک حداقل از ۶ ساعت و مواد جامد از ۸ ساعت قبل از عمل جراحی قطع شود).
- n. جهت اطمینان از آمادگی های بیمار تمام موارد آمادگی با چک لیست کنترلی توسط پرستار آماده کننده و پرستار انتقال دهنده قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل چک و مهر و امضاء می شود .
- o. در صورتی که موردی از آمادگی ها انجام نشده بود به اتاق عمل و جراح مربوطه اطلاع رسانی و در صورت تایید آنها بیمار به اتاق عمل منتقل می گردد.

| ردیف | نوع ماده غذایی              | زمان ناشتایی |
|------|-----------------------------|--------------|
| ۱    | مایعات صاف شده ( مانند آب ) | حداقل ۲ ساعت |
| ۲    | شیر مادر                    | ۴ ساعت       |
| ۳    | غذای کودک (مانند سرلاک)     | حداقل ۶ساعت  |
| ۴    | مواد جامد                   | ۸ ساعت       |

۱. آماده کردن یونیت بیمار :

الف- روشن کردن مانیتور بالین بیمار توسط پرستار و چک تمامی تجهیزات مربوط به آن شامل ترانسدیوسر - پالس اکسی متری و کابل ECG

ب- ونتیلاتور : آماده ساختن ونتیلاتور توسط مسئول تنفس و تنظیم پارامترهای مربوط به بیمار بزرگسال یا اطمینان و گذاشتن در حالت standby

ج- چیدن لاکر یونیت بیمار توسط پرستار با وسایل مصرفی سرنگ (انواع آن) -سوند ساکشن - ست های سرم و خون - لوله k- سه راهی - چست لید و آب مقطر و داروی آنتی بیوتیک stat و لوله های آزمایش و سرنگ هپارینه - شیت ICU و برگه مشاوره

د- حاضر کردن تخت بیمار توسط پرستار و کمک بهیار همراه با تشک مواج آماده +آمبوبگ و کپسول اکسیژن پرتابل - پرفیوزر - ساکشن -گامکو - اطمینان از اکسیژن و هوای فشرده در جریان - سوند نازال و ماسک اکسیژن - ست قلب باز شامل سرم نرمال سالین و رینگر با چند مورد سه راهی که به cv line بیمار وصل می گردد - میکروست جهت دریافت آنتی بوتیک

۲. پذیرش بیمار در ICU توسط ۲ پرستار و کمک بهیار و مسئول بخش به شرح زیر انجام می گیرد :

الف: بیمار با شرایط کامل (ISBAR) توسط تکنسین بیهوشی و اتاق عمل تحویل ICU می گردد.

ب: همکاری با تیم بیهوشی در وصل کردن راه هوایی بیمار به دستگاه ونتیلاتور (دستگاه قبل از اتصال توسط مسئول تنفس چک و توسط پرستار بیهوشی و پرستار ICU بعد از کنترل مجدد پارامترها به دستگاه وصل میشود.

ج: مانیتورینگ قلبی از نظر ریتم قلبی و تعداد ضربان قلب و آریتمی ها توسط پرستار انجام میشود.

د: داشتن مسیرهای شریانی باز و ثابت بودن باپانسمانهای مناسب و ثبت تاریخ تعبیه آن و کنترل فشار خون از طریق اتصالات مربوط به بیمار توسط پرستار

ه: برقراری و کنترل فشار ورید مرکزی و برقراری داروهای مورد نظر توسط پرستار چک می شود .

ز: برقراری ارتباط بین پالس اکسیمتری و انگشت بیمار توسط پرستار انجام می شود .

ز: داشتن مسیرهای وریدی باز با ثبت تاریخ توسط پرستار چک می گردد.

ص: کنترل پانسمان ناحیه عمل از نظر خونریزی و هماتوم توسط پرستار انجام می شود .

ط: کنترل درنجا از نظر خونریزی و فیکس بودن آنها و نصب برچسب جهت اندازه گیری میزان درناژ و وجود مایع در چست باتل توسط پرستار چک می شود .

ظ : چک کردن چست تیوب از نظر Bubbling (حباب های هوا ) توسط پرستار انجام می شود .

ع : کنترل سوند فولی و عملکرد سوند فولی توسط پرستار انجام می شود .

غ : کنترل عملکرد پیس میکر در صورت نیاز توسط پرستار انجام می شود .

ل: کنترل عملکرد IABP در صورت نیاز (Intra-Aortic Balloon Pump) توسط پرستار انجام می شود .

م: کنترل ضایعات پوستی احتمالی (سوختگی یا زخم بستر) توسط پرستار انجام می شود .

ی: تحویل پرونده بیمار به همراه عکس و CD توسط پرستار انجام می شود .

ت: گزارش کامل از وضعیت بیمار در حین عمل (آخرین دستورات دارویی، جواب آزمایشات، میزان I&O، و دریافتی ها مثل خون و فرآورده ها) و آریتمی و آخرین علایم حیاتی از تیم بیهوشی و اتاق عمل طبق چک لیست همراه با پرونده که سه گروه (ICU، اتاق عمل و بیهوشی) آنرا امضا نموده اند اخذ می شود. توسط پرستار انجام می شود .

۳. پذیرش و انتقال بیمار در کامپیوتر توسط منشی بخش و وارد کردن آزمایشات روتین، ECG، CXRAY، توسط پرستار بخش و اعلام درخواست به واحد مربوطه توسط منشی بخش انجام می شود. توسط منشی و پرستار انجام می شود.
  ۴. ارسال آزمایشات روتین توسط پرستار شامل:
    - CBC, Na, K بدو ورود و سپس در روز اول هر دوساعت و روز دوم هر ۴ ساعت البته شرایط بیمار لزوم انجام آزمایش را ایجاد می کند. توسط پرستار انجام می شود.
    - ABG بدو ورود و سپس هر ۲ ساعت در روز اول و هر ۴ ساعت در روز دوم و قبل از weaning توسط پرستار انجام می شود.
    - Ca و Mg, Troponin, CRP, ESR, BUN, Cr, CPK, LDH, SGOT, SGPT, FBS در بدو ورود و سپس روزانه به مدت ۳ روز و بعد از آن طبق دستور پزشک توسط پرستار انجام می شود.
    - PT, PTT, PLT بدو ورود و در صورت دریافت هپارین و وارفارین روزانه تکرار میشود و ودر صورتیکه هپارین بیشتر از ۵۰۰ واحد در ساعت تجویز شده باشد PTT بیمار روزی دوبار چک میشود و در صورت ایجاد درناژ مجددا کنترل میشود. توسط پرستار انجام می شود
    - در صورتیکه بیمار دیابتی است BS و لاکتات هر یکساعت چک شده (واحد گازهای خونی) و طبق پروتکل قند و انسولین درپ انسولین تنظیم میشود. در صورت اینتوبه ماندن بیمار بعد از چهار روز Albumin + Total pro چک می شود. توسط پرستار انجام می شود.
    - آزمایشات روتین در اطفال بصورت زیر می باشد:
      - چک آزمایشات در بدو ورود و روزانه به صورت Lactate, PTT, PT, CBC, FBS, Mg, Ca, Cr, BUN در روز دوم انجام می شود.
      - چک ترپونین، Pro BNP و Pro Calcitonin در صورت درخواست پزشک چک می شود.
      - اگه درناژ داشته باشند چک انعقادی که شامل PT, INR, PTT, Fib, CBC با دستور پزشک انجام می شود. توسط پرستار ارسال می شود.
      - در صورت سندرم دان TFT توسط پزشک معالج درخواست و توسط پرستار چک می گردد.
      - در نوزادان زیر ۱ ماه چک LFT, TFT در بدو ورود و در صورت درخواست پزشک هر ۴۸ تا ۷۲ ساعت کنترل می گردد. که توسط پرستار چک می شود.
      - چک آلومین و توتال پروتئین در روز چهارم بعد از عمل در صورت اینتوبه بودن بیمار توسط پرستار انجام می شود.
      - در صورت اینتوبه طولانی مدت از روز چهارم به بعد طبق دستور پزشک کشت خون و کشت خلط توسط پرستار چک می شود.
      - CXRAY بدو ورود و در صورتیکه لوله تراشه بیمار در روز اول خارج شود، در روز دوم به صورت روتین لزومی ندارد و روز سوم پس از خروج درن ها انجام می شود. قابل ذکر است در صورت خارج کردن درن در روز دوم نیز باید گرافی کنترل انجام شود
      - ECG روزانه در بیمار بزرگسال و در بیماران اطفال با آریتمی یا جراحی قلب باز بایستی انجام شود
- چنانچه نتایج آزمایشات در محدوده بحرانی (Critical Panic Value) بر اساس روش اجرایی مربوطه پرستار با پزشک یا دستیار مربوطه اطلاع رسانی و اقدام درمانی مناسب انجام میشود.
۵. مانیتورینگ مداوم و کنترل علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه تا ۲ ساعت و سپس هر ۱ ساعت تا ۲۴ ساعت اول ورود به بخش و سپس هر ۲ ساعت تا زمان بستری بیمار در ICU انجام میشود هرگونه علائم غیر طبیعی در همودینامیک، میزان ترشحات درن‌ها، وضعیت هوشیاری، بیکراری و آژیتاسیون مقادیر آزمایشات غیر طبیعی توسط پرستار مسئول بیمار به مسئول شیفت و پزشک مربوطه گزارش می گردد.

۶. انجام آزمایشات ABG باتوجه به شرایط بیمار و تغییر در پارامترهای دستگاه تنفسی و هماهنگی با پزشک متخصص بیهوشی با توجه به ABG توسط پرستار مسؤل بیمار انجام میشود.
۷. کنترل I&O هر دوساعت انجام و ثبت می شود. در اطفال هر یک ساعت می باشد.
- مراقبت از درن های بیمار بر اساس دستور العمل مراقبت از درن ها انجام شده گزارش هر گونه علایم غیر طبیعی به جراح مربوطه یا کشیک جراحی انجام میشود و در صورت وجود درناژ نسبت به جایگزینی خون و فراورده ها طبق نظر جراح و پروتکل خون در ICU انجام میشود.
  - کنترل و ثبت حجم ادرار در صورت کاهش کمتر از  $0.5 \text{ cc/kg/hr}$  و گزارش به پزشک معالج یا دستیار جراحی مربوطه توسط پرستار انجام میشود.
  - در این مرحله باید متوجه علایم تامپوناد بود که بلافاصله گزارش داده شود علایم تامپوناد شامل افزایش میزان CVP کاهش BP افزایش ضربان قلب در CXR استرنوم کاملاً Wide می شود و میزان Out Put ادراری نیز طبق بند فوق کاهش پیدا میکند.
  - کنترل و ثبت حجم و نوع ترشحات معده
  - کنترل و تنظیم و ثبت حجم مقدار گاوژ دریافتی در صورت نیاز
  - کنترل و تنظیم ثبت فراورده های خونی دریافتی برحسب نیاز و طبق پروتکل تزریق خون
  - کنترل و تنظیم و ثبت مقدار داروهای دریافتی
  - کنترل و تنظیم و ثبت حجم سرم های دریافتی بر حسب نیاز
  - کنترل و تنظیم و ثبت حجم مقدار گاوژ دریافتی در صورت نیاز
  - کنترل و تنظیم و ثبت حجم دریافتی خوراکی البته بعد از اکستیوب شدن بیمار انجام میشود.
۸. شروع مراحل wean و خروج لوله تراشه بیمار توسط پرستار مربوطه و طبق نظارت و دستور پزشک متخصص بیهوشی براساس وضعیت همودینامیک و درنظر گرفتن موارد ذیل در روز اول عمل یا در طی ۲۴ ساعت بعد از عمل.
- کنترل عملکرد دستگاه ونتیلاتور توسط پرسنل واحد تنفس و پرستار مربوطه انجام می شود .
  - ساکشن کردن ترشحات ریه و دهان با روش صحیح برحسب نیاز و ارزیابی ترشحات از نظر رنگ و غلظت و برای جلوگیری از ایجاد عفونت استفاده از سیستم ساکشن بسته توسط پرستار انجام می شود .
  - کنترل ABG و باتوجه به نتایج آن در صورت نیاز تغییرات پارامترهای ونتیلاتور یا دادن دارو طبق نظر پزشک بیهوشی توسط پرستار انجام می شود .
  - توضیح و تشویق بیمار در جهت خروج لوله تراشه بیمار توسط پرستار انجام می شود .
  - خروج لوله تراشه بیمار با روش صحیح با در نظر گرفتن شرایط عمومی بیمار توسط پرستار از قبیل:
  - هوشیاری و بیداری کافی
  - تنفس کافی و موثر
  - ABG طبیعی با دریافت حداکثر اکسیژن ۴۰٪ قابل ذکر است در اطفال باتوجه به نوع بیماری سیانوتیک یا غیر سیانوتیک درصد اکسیژن قابل قبول متفاوت است.
  - همودینامیک پایدار و نداشتن خونریزی فعال و بازده ادراری کافی  $0.5 \text{ cc/kg/hr}$
  - برگشتن قدرت عضلانی ریه
  - قدرت بلند کردن گردن یا پاها به مدت ۴۵ ثانیه در بزرگسالان

۹. تغذیه بیماران تحت عمل جراحی قلب باز از روز دوم در صورت EXT شدن و وجود صداهای روده و عدم وجود تهوع و استفراغ. لازم به ذکر است در صورت عدم EXT بیمار طبق نظر بیهوشی خوابانده (Sedation) میشود. و در اطفال با نظر پزشک معالج گاوآژ شروع می شود. توسط پرستار انجام می شود.

شروع تدریجی مایعات تغذیه از راه دهان با توجه به شرایط بیمار حداقل ۲ ساعت پس از خروج لوله تراشه و در صورت داشتن لوله تراشه از روز سوم گاوآژ هر ۳ ساعت شروع میشود. دفعات اول از سرم قندی استفاده میشود و در صورت نیاز بنابه دستور پزشک از محلولهای TPN یا ساشه های مغذی پرپروتئین استفاده میشود. توسط پرستار انجام می شود.

۱. Intra lipid-Smof

۲. Amino Acid یا Amino fusion

۳. D/W10% معمولاً در نوزادان، در اطفال D/W5% در ۲۴ ساعت استفاده میشود.

۱۰. فیزیوتراپی تنفسی و اندامها توسط فیزیوتراپ و طبق نظارت پرستار بخش انجام میشود.

فیزیوتراپیست می بایست قبل از شروع درمان موارد زیر را بررسی کند:

#### الف) آگاهی از وضعیت عمومی بیمار:

- نوع عمل جراحی انجام شده توسط پزشک انجام می شود.
- برشهای جراحی روی سینه و ساق پای بیمار توسط پزشک انجام می شود.
- درجه حرارت، نبض، فشارخون، تعداد تنفس، نوار قلب و پالس اکسیمتری توسط تکنسین بیهوشی انجام می شود.
- نوع تنفس بیمار که خودبخودی است یا از طریق ونتیلاتور توسط تکنسین بیهوشی انجام می شود.
- رنگ پوست بیمار که سیانوتیک است یا نه توسط تکنسین بیهوشی انجام می شود.
- وضعیت درنهای تخلیه کننده توسط اتاق عمل انجام می شود.
- مطالعه عکس رادیوگرافی بیمار توسط پزشک بیهوشی و جراح انجام می شود.

#### ب) مراقبتهای تنفسی توسط تکنسین بیهوشی انجام می شود که شامل:

- برقراری تهویه کافی و کامل
- کمک به تخلیه ترشحات ریوی
- تمیز نگه داشتن راه هوایی

#### ج) مراقبتهای حرکتی شامل:

- انجام حرکات Active و passive برای اندام های بیمار جهت حفظ دامنه حرکتی کامل مفاصل، حفظ قدرت عضلانی و کمک به بازگشت وریدی و پیشگیری از استاز خون و ترومبوز وریدی توسط فیزیوتراپ و پرستار انجام میشود.
- ۱۱. روز سوم جراحی در صورت نداشتن درناژ و یا هرگونه مشکل دیگر انتقال بیمار طبق ویزیت پزشک جراح بیهوشی و داخلی توسط پرستار بخش و طبق هماهنگی منشی بخش با بخشهای دیگر با توجه به دستور پزشک جراح انجام میشود.
- CXR و ECG و کلیه آزمایشات روتین درخواست توسط پزشک درخواست می شود توسط پرسنل رادیولوژی، آزمایشگاه و الکترو انجام می شود.
- ویزیت بیمار توسط هر سه گروه جراح و داخلی و بیهوشی انجام و اجازه انتقال از ICU داده میشود.

- در صورت پایداری بیمار جهت RBR شدن و داشتن کلیه موارد مربوطه که شامل BP مناسب ، عدم تنگی نفس تعدا ضربان ، ریتم مناسب ، عدم وجود سرگیجه بیمار با همراهی پرستار و کمک پرستار لباس پوشانده درنها آویزان و کلمپ شده در بخش راه می رود و سپس به بخش جراحی منتقل می شود .
- درنها کشیده شده و کلیه پانسمانها تعویض میشود و در صورت نیاز گرافی کنترل با دستور پزشک بعد از خروج درنها انجام میشود.
- داشتن IVLINE باتوجه به پروتکل اتصالات الزامی است. توسط پرستار انجام می شود .
- سوند فولی، آرترا لاین، کاتتر ورید مرکزی و IVLINE اضافه با صلاح دید پزشک بیهوشی کشیده میشود.
- گزارش کامل از وضعیت بیمار از بدو ورود به ICU تا لحظه ترخیص و آخرین دستورات دارویی درمانی و آزمایشات و مشاوره ها و پیگیری ها در برگه چک لیست ثبت میشود. توسط پرستار انجام می شود .
- ۱۲. بیمار با کمک پرستار و کمک بهیار لباس پوشیده و با ویلچر بعد از هماهنگی با بخش جراحی با پرونده کامل، پاکت عکس و CD و در صورت داشتن اعضای مصنوعی و لوازم شخصی و ثبت در گزارش کامل پرستاری و چک لیست کنترلی تحویل بیمار به بخش جراحی توسط پرستار مربوطه و کمک بهیار ICU به بخش منتقل میشود.
- ۱۳. سرپرستار یا جانشین وی بر کلیه اقدامات و مراقبت های پرستاری نظارت و کنترل می نمایند .
- ۱۴. در تمامی شیفت ها بیماران عمل شده توسط سوپروایزر راند بالینی میگردد و نکات لازم یادآوری می گردد، و بر پروسه انتقال به صورت موردی نظارت می نماید .

### انتقال بیمار از ICU

انتقال بیمار از ICU به بخش جراحی توسط پرستار و بر بالین بیمار انجام می شود. نوع عمل، سابقه ICU، وجود SORE ، زخم و سوختگی و محل عمل، چک دستبند شناسایی – اسپیرومتری – استرنال ساپورت ، دندان مصنوعی کنترل می گردد. در صورت وجود درن چست باتل و میزان درناژ چک می شود. در صورت وجود TPM، Rate، Out put، چک شده وضعیت تنفسی ، بیداری، هوشیاری، نوع تغذیه کنترل و در صورت داشتن دستور پزشک مانیتور می گردد. (با چک لیست انتقال)

آموزشهای لازم به بیمار یا همراه وی جهت مراقبتهای محل عمل، تغذیه بیمار و حرکت توضیح داده می شود (در صورت مساعد بودن شرایط بیمار کودک تغذیه توسط پرستار انجام می شود). در هنگام انتقال بیمار حتما چک لیست انتقال و نکاتی که در بخش بایستی مدنظر قرار بگیرید حتما توسط پرستار انتقال دهنده بایستی ذکر شود.

بررسی و حل مشکلات بیمار، بعد انتقال هنگام تحویل کلیه موارد گزارش داده شود .

### زمان ترخیص از بخش جراحی

زمان ترخیص بیمار باید موارد زیر که توسط پرستار چک شود که شامل :

۱. آزمایشات نرمال
۲. تنظیم وارفارین
۳. اکوی نرمال، گرافی قفسه سینه نرمال
۴. نوار قلب نرمال

هنگام ترخیص آموزشهای لازم در مورد دارو، خودمراقبتی، وقت بعدی، مراقبت از زخم، تغذیه و نوتوانی به بیمار داده شود.

### علائم خطر آفرین که نیاز به مراجعه دارند

- تب
- ترشحات از محل جراحی
- تنگی نفس

- خونریزی
- هنگام استحمام دچار مشکل باشد
- هنگام فعالیتهای روزانه دچار مشکل باشد

#### نام و سمت تهیه کنندگان:

- معصومه نجفلو: سرپرستار ICU B
- شیدا اسمعیلی: سوپروایزر بالین
- اطهر عابدینی: سوپروایزر بالین
- گلناز غفاری: سرپرستار P2
- خداداد نجار: سرپرستار جراحی مردان
- مریم میردارسلطانی: سرپرستار جراحی زنان

#### مستندات مرتبط:

پروتکل قند و انسولین، پروتکل اتصالات، پروتکل قند خون، پروتکل گاوژ، پروتکل درد

#### منابع و امکانات لازم:

۱. کارکنان آموزش دیده
۲. مانیتورینگ
۳. پالس اکسیمتری
۴. ونتیلاتور
۵. ساکشن

#### مراجع:

- تجارب انستیتو
- کتاب داخلی و جراحی برونر
- کتاب مراقبت های پرستاری در بخش مراقبت ویژه ملاحات نیک روان و همکاران

|                                                                   |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| نام و امضاء تایید کننده<br>معاون درمان: دکتر لیلا عبدالکریمی      | نام و امضاء تهیه کنندگان:<br>سوپروایزر بالین: مریم معتمد خواه |
| نام و امضاء تصویب و ابلاغ کننده<br>رئیس انستیتو: دکتر فریدون نوحی | مهر و امضاء دفتر بهبود کیفیت<br>دکتر بهزاد مومنی              |