



آموزش الکترونیکی کارکنان



شیوه نامه ثبت اطلاعات در کاردکس

برگرفته شده از:

شیوه نامه ابلاغی معاونت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دپارتمان آموزش بیمارستان نیکان

زمستان ۱۴۰۳



فهرست

۳	کاردکس
۳	تعریف کاردکس
۳	اهداف تنظیم کاردکس
۳	دامنه کاربرد
۳	اصول مهم در کاردکس نویسی
۳	روش ثبت اطلاعات در کاردکس
۳	نحوه تکمیل کاردکس
۴	راهنمای تکمیل کاردکس مراقبتی بیمار
۴	اطلاعات دموگرافیک
۴	مراقبت های پرستاری
۵	مشاوره ها و خدمات پاراکلینیکی
۶	ارزیابی مستمر
۷	پذیرش
۷	عوامل خطر
۷	توجهات خاص
۸	دارو درمانی
۸	Medicine & Drugs
۹	توجهات پرستاری
۹	پروتکل انسولین



کاردکس

تعریف کاردکس

کاردکس به کاربرگی اطلاق می شود که در آن برنامه مراقبت های پرستاری روزانه بیمار بستری در بخش های مختلف ثبت می گردد. کاردکس مراقبتی برگه ای برای هر بیمار است که در ابتدای پذیرش بیمار در بخش تهیه و اطلاعات دموگرافیک و تاریخچه قبلی بیمار منطبق بر فرم ارزیابی اولیه، دستورات کتبی پزشکی و برنامه مراقبتی موجود در پرونده، در آن ثبت می گردد. پس از هر نوبت ویزیت و تغییر دستورات پزشکی و یا برنامه مراقبتی، کاردکس به روزرسانی شده و پرستاران بخش با مراجعه به آن، اطلاعات لازم در خصوص دستورات پزشکی و برنامه مراقبتی را به طور خلاصه و در کوتاه ترین زمان ممکن دریافت می نمایند. کاردکس از قسمت های مختلف تشکیل شده که در این دستورالعمل به آن پرداخته می شود. هدف اصلی از تهیه کاردکس برای هر بخش، سرعت عمل در مراقبت از بیمار و به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است. همچنین استفاده از کاردکس، امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات پرونده پزشکی بیمار را یکجا فراهم می کند.

اهداف تنظیم کاردکس

- ایجاد سرعت و دقت در مراقبت از بیمار
- دسترسی آسان و راحت به اطلاعات ضروری و مهم بیمار
- دستیابی آسان به دستورات دارویی و مراقبتی بیمار
- به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی و خطاهای درمانی و پزشکی
- جمع بندی اطلاعات مهم و ضروری بیمار در یک کاربرگ
- دستیابی آسان به نتیجه مراقبت های ارائه شده

دامنه کاربرد

با توجه به یکسان سازی کاردکس مراقبتی بیماران از سوی مدیریت پرستاری و ارائه آن به مراکز آموزشی درمانی، ضروری است در کلیه بخش های بستری بیمارستان ها (اعم از دانشگاهی و غیر دانشگاهی) به استثنای بخش های بستری موقت زیر شش ساعت و سرپایی (مانند دیالیز، شیمی درمانی، نالاسمی و ...)، کاردکس مراقبتی منحصر به هر بیمار تنظیم، ثبت و مورد استفاده قرار گیرد. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این کاربرگ در سطح بیمارستان ها مجاز نبوده و پیشنهادات مراکز در خصوص افزودن اطلاعات اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی، باید به صورت مکتوب به این معاونت درمان ارسال گردد تا پس از بررسی، تصمیم نهایی به اطلاع بیمارستان رسانده شود.

اصول مهم در کاردکس نویسی

- ۱- کاردکس مراقبتی بالینی برای هر بیمار در ابتدای پذیرش در بخش بستری، توسط سرپرستار/مسئول شیفت/پرستار مسئول بیمار تهیه و تنظیم می شود.
- ۲- کاردکس مراقبتی بیمار خوش خط، خوانا، با املاء و انشاء صحیح، استفاده از اطلاعات استاندارد، بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی و بطور کامل و دقیق ثبت گردد.
- ۳- کاردکس بیمار تمیز و مرتب نگه داشته شده و تمامی پرستاران جهت تکمیل آن از الگوی واحد و هماهنگ استفاده نمایند.
- ۴- اطلاعات دموگرافیک و مشخصات بیمار، کلیه داروهای تجویز شده و نیازهای مراقبتی بیمار (بر اساس آخرین دستورات و اطلاعات پرونده بیمار)، کلیه اقدامات تشخیصی/درمانی/پروسیجرها با ذکر تاریخ و ساعت، کلیه مشاوره ها، خلاصه ای از تاریخچه قبلی بیمار، تاریخچه خانوادگی و داروهای مورد استفاده قبلی بیمار و سایر اطلاعات مورد نیاز، بایستی به طور دقیق و بر اساس راهنمای حاضر، در کاردکس ثبت گردد.
- ۵- در صورت نیاز به تعویض/پاکنویس کاردکس، نام پرستار تعویض کننده/پاکنویس کننده و تاریخ و نوبت تعویض/پاکنویس در کاردکس ثبت گردد.
- ۶- در صورت زیاد بودن تعداد داروها و اقدامات مراقبتی/درمانی، ادامه اطلاعات در کاردکس دیگر نوشته شده و با نوشتن جمله: ادامه در کاردکس مراقبتی دوم، این موضوع به اطلاع سایر کارکنان رسانده شود.
- ۷- تا زمان ترخیص بیمار، کلیه کاردکس ها در پرونده پزشکی وی بایگانی گردد.
- ۸- در هر شیفت و بر اساس فرآیند چارت راند، کلیه اطلاعات کاردکس با آخرین اطلاعات موجود در پرونده بیمار توسط سرپرستار/مسئول شیفت تطبیق داده شود.

روش ثبت اطلاعات در کاردکس

نحوه تکمیل کاردکس

برای ثبت اطلاعات در کاردکس، از سه قلم (خودکار قرمز، خودکار آبی و مداد) استفاده می شود.



خودکار قرمز:

از خودکار قرمز برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند موارد ذیل استفاده می شود:

- ۱- حساسیت دارویی
- ۲- ملاحظات هم چون: خطر خودکشی، وجود زخم یا هرگونه آسیب پوستی، ممنوعیت تزریق عضلانی، ممنوعیت استفاده از اندام (بیماران دیالیزی، ماستکتومی و...)، گروه خونی، توجهات خاص مثل بیماری عفونی مشمول گزارش دهی (HBS,HCV,HIV) و ...، ناتوانی، عوامل خطر و ... استفاده می گردد.

نام و نام خانوادگی:		سن:	شکایت اصلی:	گروه خون و ارهاش:
کد ملی:		جنس:	تشخیص:	نوع بیهوشی:
تاریخ پذیرش:		نام پدر:	پزشک معالج:	بخش مبدأ:
نوع بیمه:		بخش:	نوع جراحی:	تاریخ انتقال:
ساعت ورود:		تخت:	تاریخ جراحی:	
کد پذیرش:				

۳- قطع نمودن دارو (DC)

۴- در باکس مربوط به مشاوره ها و خدمات پاراکلینیکی، در صورتی که نیاز به اجرای مراقبت به صورت ثابت در روز یا هفته (روزانه، دو بار در روز، هفتگی و...) باشد، میبایست ثبت خدمات با **خودکار آبی** و ثبت زمان انجام با **خودکار قرمز** در قسمت پایین باکس مربوطه ذکر شود.

مثال: **فیزیوتراپی (روزانه)** یا **CBC (6-18)** یا **گرافی قفسه سینه (روزانه)** یا **ویزیت قلب (روزانه)**

خودکار آبی:

از خودکار آبی برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند اطلاعات فردی و مواردی مانند داروها، آزمایشات روتین، آزمایشات روزانه و آزمایشات انجام شده، علایم حیاتی زمان پذیرش، مشاوره های انجام شده، توجهات خاص (نوع/تاریخ عمل جراحی، نام جراح و نوع بیهوشی) و تزریق خون و فرآورده های خونی استفاده می گردد.

نکته: در مورد داروی PRN، ذکر تناوب با خودکار آبی و شرایط با خودکار قرمز الزامیست.

مداد:

از مداد برای ثبت موارد متغیر همچون دستورات پزشک (به غیر از داروها)، سرمها، کلیه مراقبت های پرستاری، تنظیمات ونتیلاتور و ارزیابی مستمر استفاده می شود.

به طور مثال به مواردی همچون قطع موقت دارو (Hold)، خدمات پاراکلینیک و مشاوره ها (تا زمانی که انجام نشده است)، علایم حیاتی، رژیم غذایی، وضعیت حرکتی، تغییر پوزیشن می توان اشاره کرد.

نکته: Hold دارو با ذکر ساعت ثبت گردد.

نکته: داروهایی که در هر شیفت تغییر دوز مصرف دارند (انسولین، داروهای روان و ...) با مداد ثبت شوند.

راهنمای تکمیل کاردکس مراقبتي بیمار

اطلاعات دموگرافیک

در این قسمت: گروه خون و ارهاش بیمار با **خودکار قرمز** ثبت می شود.

تاریخ انتقال: تاریخ ورود بیمار به بخش از بخش قبلی/ بخش مبدأ: نام بخش قبلی بیمار

مراقبت های پرستاری

مراقبتهای پرستاری از اتصالات				مراقبتهای پرستاری	تاریخ
مراقبتهای پرستاری		تاریخ تعویض	تاریخ تعبیه	نوع اتصال	
				سوند فولی	
				NGT	
				درن	
				چست تیوب	
				CVC/شالدون	
				سیم پیس	
تنظیمات ونتیلاتور	تاریخ	تنظیمات ونتیلاتور	تاریخ	نوع اتصال	
Mode		PS		ETT ☐	
Rate		PEEP		TT ☐	
TV/PC		Trigger			
FI02		T ins			



بخش مراقبتهای پرستاری شامل دو ستون مراقبت های پرستاری و مراقبت های پرستاری از اتصالات می باشد.

مراقبتهای پرستاری:

مراقبتهای پرستاری (اقدامات خاص) شامل نحوه کنترل وضعیت هوشیاری، نحوه کنترل علائم حیاتی، فیزیوتراپی، تغذیه خوراکی، مراقبت های اولیه مانند دهانشویه، مراقبت های پرینه، مراقبت های پوست، مراقبت از زخم، ارزیابی درد، اعزام (با ذکر شرایط، شامل: اعزام با دارو، پرونده و...) و ...

مراقبت های پرستاری از اتصالات:

کلیه اتصالات (نظیر: سوند فولی، سوند معده، ژژنوستومی، گاستروستومی، لوله تراشه، تراکئوستومی، شالدون، آرترا لاین، چست تیوپ و...) در ستون نوع اتصال نوشته می شود.
تاریخ تعبیه: زمان اتصال ابزار به بیمار ثبت می شود.
تاریخ تعویض: زمان تعویض اتصال ثبت می شود.

تنظیمات ونتیلاتور:

تنظیمات با ذکر آخرین زمان تغییرات ثبت شود.

مشاوره ها و خدمات پاراکلینیکی

بخش مشاوره شامل ستون های زیر می باشد:

تاریخ در خواست به معنای زمان ثبت دستور پزشک می باشد.

آزمایش های درخواستی		اقدامات پاراکلینیکی و تصویربرداری				مشاوره		
نوع آزمایش	تاریخ	آمادگی مربوطه	نوع اقدام	تاریخ درخواست	تاریخ انجام	سرویس مشاوره	تاریخ درخواست	تاریخ انجام

تاریخ انجام به معنای زمان انجام مشاوره می باشد.

نوع مشاوره به معنای سرویس تخصصی مورد نظر است. مانند مشاوره گوارش، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، درد و ...

نکته ۱: درخواست مشاوره تا زمانی که انجام نشده با مداد ثبت می شود.

نکته ۲: مراحل پیگیری با مداد ثبت می شود (در صورت اورژانسی بودن حتماً قید شود، اطلاع داده شد/انجام شد).

نکته ۳: بعد از انجام مشاوره، تاریخ انجام مشاوره در ستون مربوطه وارد و با خودکار آبی ثبت می شود.

اقدامات تصویربرداری و پاراکلینیک شامل ستون های زیر می باشد:

تاریخ درخواست به معنای زمان ثبت دستور پزشک می باشد.

تاریخ انجام به معنای زمان انجام آن خدمت می باشد (مثال: تاریخ درخواست اکوکاردیوگرافی ۱۴۰۲/۰۲/۰۲ بوده و در تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۶ انجام شده است. تاریخ انجام باید در ستون مربوطه ثبت گردد).

نکته ۱: درخواست خدمات تصویربرداری و پاراکلینیک تا زمانی که انجام نشده با مداد ثبت می شود.

نکته ۲: بعد از انجام خدمات تصویربرداری و پاراکلینیک با خودکار آبی ثبت می گردد.

نکته ۳: در صورتی که دستور پزشک مشروط باشد، شرایط درخواست شده توسط پزشک در کاردکس ثبت شود.

(مثال: انجام سونوگرافی مثانه و مجاری ادرار در صورت IO کمتر از ۱۵۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت، انجام CT scan ریه با کنتراست بعد از اکستیب شدن و ...)

نکته ۴: در ستون مربوط به آمادگی ها نکات مهم و کلیدی ذکر شود.

آزمایشات درخواستی شامل ستون های زیر می باشد:

تاریخ درخواست به معنای زمان ثبت دستور پزشک می باشد.

آزمایشات درخواست شده با ثبت نام آزمایشات و زمان انجام آن قید شود. مثال: CBC, Na, K, BUN, Cr (6 AM)

تبصره: طبق مصوبه داخلی بیمارستان نیکان، ثبت رزرو خون و فرآورده های خونی جهت حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از خطا در ستون آزمایشات و با **خودکار آبی** ثبت گردد.



ارزیابی مستمر

ارزیابی مستمر	
سطح مراقبتی	
ارزیابی احتمال سقوط	
ارزیابی احتمال زخم فشاری	
ارزیابی احتمال خودکشی	
ارزیابی احتمال سوء تغذیه	
ارزیابی پلی فارمسی	
ارزیابی احتمال ترومبوآمبولی	
ارزیابی سابقه تشنج	
نوع رژیم غذایی	
نوع فعالیت	

بخش ارزیابی مستمر شامل ردیف های زیر می باشد:

سطح مراقبتی:

سطح مراقبتی بیمار براساس ارزیابی انجام شده تعیین می شود. بدیهی است با توجه به احتمال تغییر سطح مراقبتی بیمار، سطح تعیین شده در ارزیابی اولیه، علاوه بر کاربرد در تدوین برنامه مراقبت، به عنوان مبنایی جهت مقایسه وضعیت بیمار در ارزیابی های مستمر می باشد (راهنمای ارزیابی اولیه با شماره ۷۵۵/ص/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۱/۱۹ و دستورالعمل شیوه مراقبت موردی با شماره ۷۵۴۷۹/ص/۱۳۹۵ مورخ ۱۳۹۵/۱۲/۱۳)

ارزیابی احتمال سقوط:

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی اقدامات پیشگیرانه از سقوط طراحی شده است که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

بیمار را از نظر احتمال سقوط براساس معیارها و ابزارهای پیش بینی کننده سقوط (معیار مورس) توصیه شده وزارت بهداشت در راهنمایی ابلاغی پیشگیری از سقوط ارزیابی نمایید (راهنمای پیشگیری از سقوط، مرداد ۱۳۹۳).

نتایج ارزیابی و میزان ریسک، علاوه بر فرم ارزیابی، در گزارش پرستاری و کاردکس نیز ثبت گردد.

در صورتی که نتایج ارزیابی حاکی از ریسک سقوط باشد، برای بیمار از **دستبند زرد** استفاده نمایید. با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر سقوط تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود (راهنمای ارزیابی اولیه با شماره ۷۵۵/ص/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۱/۱۹).

ارزیابی زخم فشاری:

این بخش به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و پیش بینی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری طراحی شده است که در ارزیابی های مستمر بیمار کاربرد دارد.

در ابتدا بیمار را از نظر وجود زخم فشاری ارزیابی نموده، سپس بیمار از نظر احتمال خطر ابتلاء به زخم با استفاده از معیارهای پیشگویی کننده (معیارنورتون، برادن و واترلو) ارزیابی و نتیجه با ذکر عدد (امتیاز) در کاردکس ثبت شده، بیماران مستعد شناسایی و اقدامات پیشگیرانه/مراقبتی برنامه ریزی و اجرا گردد (راهنمایی پیشگیری از زخم فشاری، مرداد ۱۳۹۴).

نتایج ارزیابی و میزان ریسک، علاوه بر فرم ارزیابی، در گزارش پرستاری و کاردکس نیز ثبت گردد.

در صورتی که نتایج ارزیابی حاکی از ریسک ابتلاء به زخم فشاری باشد، برای بیمار از **دستبند زرد** استفاده نمایید. با توجه به اینکه با تغییر شرایط بیمار احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری تغییر می نماید، میزان مخاطره در هر شیفت بایستی ارزیابی و در گزارش پرستار ثبت شود (راهنمای ارزیابی اولیه با شماره ۷۵۵/ص/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۰۱/۱۹).

ارزیابی خطر خودکشی:

ارزیابی و مدیریت خطر خودکشی به عنوان یک چارچوب مفهومی است که شامل ارزیابی، مداخله و ارزیابی مجدد می باشد. طراحی معیار ارزیابی مقدماتی خودکشی به منظور ارائه خدمات پیشگیرانه از بیماران در معرض خطر خودکشی، امری ضروری است. برای این منظور ابزار غربالگری و سطح بندی ریسک اقدام به خودکشی طراحی گردیده است (راهنمای شناسایی بیماران بزرگسال بستری در معرض خطر خودکشی با شماره ۷۶۵۲۳/ص/۱۳۹۷ مورخ ۱۳۹۷/۱۲/۲۷).

ارزیابی ترومبوآمبولی:

این ارزیابی تا زمان ابلاغ دستورالعمل از وزارت بهداشت مطابق با نظر متخصصین هر مرکز قابل انجام است (معیارهای ارزیابی پیشنهادی: ولز، کاپرینی و جنووا).



پذیرش

پذیرش
GCS:
T:
PR:
BP:
MAP:
RR:
Spo2:
BMI:
Weight:
Height:

در این قسمت علائم حیاتی بیمار در بدو ورود با **خودکار آبی** ثبت می شود. در قسمت اندازه گیری فشار خون دست راست یا چپ مشخص می شود.

عوامل خطر

عوامل خطر
دیابت
دخانیات
سوء مصرف مواد
الکل
فشارخون
زخم فشاری بدو ورود
بارداری
آلرژی
معلولیت
جراحی قبلی

در صورت وجود هر کدام از موارد فوق، با تیک مشخص می شود. در صورت داشتن آلرژی، حتماً نوع آلرژی (غذایی، دارویی یا فصلی) قید شود.
در صورت داشتن زخم فشاری بدو ورود، **تعداد، درجه، ابعاد و محل** در قسمت مراقبت‌های پرستاری قید و در گزارش پرستاری مختصات زخم بطور کامل ثبت شود.
ثبت عوامل خطر با **خودکار قرمز** انجام می شود.

توجهات خاص

توجهات خاص
اعضای مصنوعی:
ناتوانی:
بیماری عفونی مشمول گزارش دهی:
سایر:

در این قسمت نوع و تاریخ انجام عمل جراحی، نوع بیهوشی و نام پزشک جراح و نوع ناتوانی بیمار نوشته می شود.
بیماریهای عفونی مشمول گزارش‌دهی شامل دو نوع گزارش می باشد:



بیماریهای مشمول گزارش فوری (تلفنی):

وبا (التو)، فلج شل حاد، دیفتری، سیاه سرفه، کزاز نوزادان، مننژیت، آنفلوانزا، طاعون، تیفوس، تب زرد، مالاریا، سیاه زخم تنفسی، بوتولیسم، هر مورد حیوان گزیدگی، سرخک، سرخجه مادرزادی، تب دانگ، مسمومه، جنون گاوی، شیشتوزومیازیس، هرگونه افزایش ناگهانی موارد عفونی و تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF).

بیماریهای مشمول گزارش غیر فوری:

بیماریهای آمیزشی، تیفوئید، شیگلوز، کالا آزار، تب مالت، سالک، عفونت های بیمارستانی، موارد نیدل استیک، لپتوسپیروز، کیست هیداتیک، سیاه زخم جلدی، انواع هیپاتیت های وایرال (A,B,C,D)، سل جذام، کزاز بالغین، عوارض ایمن ساز، HIV مثبت و ایدز.

بیماریهای غیر واگیر، شامل:

سرطان ها، سوانح و حوادث، هاپیوتیروئیدی مادرزادی، فنیل کتونوری، تالاسمی ماژور و کمبود آنزیم G6PD.

سایر:

مواردی مانند بیماریهای منتقله از راه های خون و فرآورده های خونی، جراحی های خاص، ممنوعیت استفاده از اندام (شالودن و ...)، پیس میکر و ... با **خودکار قرمز** ثبت شود.

شماره کاردکس: در صورتی که برای یک بیمار بیش از یک کاردکس استفاده شود، کاربرد دارد.

پرستار نگارنده: نام پرستاری که کاردکس قبلی را ثبت کرده است.

نام پرستار بازنویس کننده: نام پرستاری که کاردکس را پاکنویس می کند.

تاریخ بازنویسی کاردکس: در صورت تعویض کاردکس، تاریخ پاکنویس ثبت می شود و کاردکس قبلی در پرونده بیمار بایگانی شود.

نام سرپرستار/مسئول شیفت کنترل شده: کنترل کاردکس بعد از تعویض بر عهده سرپرستار یا پرستار مسئول شیفت می باشد.

تمامی اطلاعات این قسمت با **خودکار آبی** ثبت می شود.

شماره کاردکس: نام فرد کنترل کننده:	پرستار نگارنده:	پرستار بازنویس کننده:	تاریخ بازنویسی کاردکس:
---------------------------------------	-----------------	-----------------------	------------------------

دارودرمانی

توجهات پرستاری	تاریخ قطع دارو	ساعت تجویز	طریقه مصرف	دوز مصرف	Drugs	تاریخ
انفوزیون در 100 cc N/S	۱۴۰۲/۲/۲	6-14-22	IV	500 mg	Amp Amikacin 500 mg	۱۴۰۲/۲/۱
ناشتا	۱۴۰۲/۲/۲	6	PO	20 mg	Cap omeprazole 20 mg	۱۴۰۲/۲/۱
با کنترل PT, PTT	۱۴۰۲/۲/۲	18	PO	2.5 mg	Tab warfarin 5 mg	۱۴۰۲/۲/۱

نکته: ثبت کلیه داروها با **خودکار آبی** می باشد.

تاریخ: تاریخ دستور پزشک می باشد.

تبصره: طبق مصوبه کمیته دارو و درمان میبایست ثبت داروهای آنتی کواگولانت و آنتی پلاکت مانند (وارفارین، کلگزان، پلاویکس و آسپیرین و...) در باکس دارویی با **خودکار قرمز** و آنتی بیوتیک ها با **خودکار سبز** انجام شود.

Medicine & Drugs

در این قسمت نام دارو باید ثبت شود. در ثبت نام دارو به سه نکته ذیل توجه شود:

- شکل دارویی (قرص، کپسول، پُرل، آمپول، ویال و ...)
- نام دارو بطور کامل و خوانا ثبت شود.
- دوز دارو مطابق با نوع داروی موجود در داروخانه بیمارستان ثبت شود (مثال: آمپول کفلین یک گرمی یا ۵۰۰ میلی گرمی جلوی نام دارو نوشته می شود).

دوز مصرفی: دوز در خواست شده توسط پزشک می باشد.

طریقه مصرف: منظور روش مصرف دارو می باشد (خوراکی، گاوژ، وریدی، عضلانی و ...).

ساعت تجویز: زمانبندی دارو بر اساس دستور پزشک و روتین بیمارستان می باشد. ساعت مصرف دارو از ۱ تا ۲۴ ثبت شود.

قطع دارو: در صورت قطع دارو، با **خودکار قرمز** روی آن یک خط صاف کشیده و در قسمت مربوطه، تاریخ قطع دارو ثبت شود.



نکته: در صورت تغییر دوز دارو، بعد از DC نمودن، نام دارو با دوز جدید در سطر بعد نوشته شود.
نکته: در صورت Hold شدن دارو، با ذکر تاریخ در قسمت توجهات پرستاری با **مداد** نوشته شود.

توجهات پرستاری

در این قسمت، مواردی که به هنگام تجویز دارو باید مورد توجه قرار گیرد، نوشته می شود (مثال: تجویز دارو با کنترل Bp, PT, PTT، انفوزیون دارو طی ۲۰ دقیقه با میکروست، نوع و حجم سرم جهت انفوزیون داروهای تزریقی و...).

Stat drug & medicine & serum

تاریخ	Stat drug & medicine & serum	داروهای اضافه شده	حجم سرم	طریقه مصرف	ساعت تجویز	تاریخ قطع دارو	توجهات پرستاری

دارو و سرم های Stat در قسمت مربوطه تا ۲۴ ساعت بصورت **مدادی** باقی مانده و پس از آن پاک می شود.

Serum and Infuse Medicine or Drugs

تاریخ	Name	داروهای اضافه شده	حجم سرم	ساعت تجویز	تاریخ قطع دارو	توجهات پرستاری

سرم ها و انفوزین ها در این قسمت نوشته می شود.

نکته: مواردی نظیر حجم سرم، تعداد قطرات در دقیقه، ساعت شروع و داروهای اضافه شده در سرم باید ثبت گردد. در صورتی که داروی اضافه شده از لیست داروهای پر خطر بود، با **خودکار قرمز** ثبت شود.

ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی

تاریخ	ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی	واحد/سی سی	ساعت شروع	ساعت پایان	ایجاد عارضه

در این قسمت ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن با ذکر تاریخ، نوع فرآورده، واحد/سی سی، ساعت شروع، ساعت پایان و در صورت بروز عارضه، نوع عارضه ایجاد شده ثبت می شود.

پروتکل انسولین

در این قسمت تاریخ شروع پروتکل انسولین و نحوه تجویز آن ثبت می شود.

تاریخ:	پروتکل انسولین

پایان