

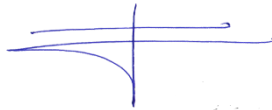


۱- هدف: آگاهی پرستاران از نحوه آماده سازی و تزریق داروی آمیودارون و پایش مستمر مسیر وریدی حین تزریق به منظور جلوگیری از عوارضی از قبیل نشت مایع زیر پوست، قلبیت مسیر وریدی و همینطور مانیتورینگ مداوم قلبی و ریوی حین تزریق spo2,HR,BP,RR,T.Rhythm جهت کنترل و نظارت بر وضعیت همودینامیک بیمار و حفظ ایمنی بیمار و افزایش رضایتمندی بیماران از مراقبت های ارائه شده و کاهش زمان اقامت و اشغال تخت در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی در بیمارستان نیکان است.	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش های ویژه	
۳- تعاریف:	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان:	
۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی با هدف کنترل آمادگی های لازمی که مانع از صدمه به بیمار و کاهش میزان بروز عوارضی از قبیل نشت مایع زیر پوست، قلبیت مسیر وریدی و همینطور مانیتورینگ مداوم قلبی و ریوی حین تزریق spo2,HR,BP,RR,T.Rhythm جهت کنترل و نظارت بر وضعیت همودینامیک بیمار و حفظ ایمنی بیمار و افزایش رضایتمندی بیماران از مراقبت های ارائه شده و کاهش زمان اقامت و اشغال تخت در راستای سیاست استقرار نظام ایمنی در بیمارستان نیکان است.	
۵- مسئول پاسخگو: مدیر پرستاری، سرپرستار	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	مدیر پرستاری: مسئولیت بازخورد عدم انطباق به سرپرستار بخش جهت اقدام اصلاحی
۲-۶	سوپروایزر قلب و بالینی: مسئول نظارت بر اجرای دستورالعمل و مشاهده موارد عدم انطباق و گزارش به مدیر پرستاری
۳-۶	سرپرستار/ مسئول شیفت: مسئول نظارت بر عملکرد پرستار
۴-۶	پرستار: اجرای صحیح آماده سازی، تزریق و پایش مستمر بیمار طبق دستورالعمل ابلاغ شده
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	پرستار مسئول
۷-۱- ابتدا دستور پزشک معالج جهت تزریق داروی آمیودارون توسط دو پرستار چک شود.	
۷-۲- تعبیه IV Line مناسب جهت تزریق	
پرستار مسئول	۷-۲-۱- از بیمار دو مسیر متفاوت وریدی که ترجیحا عروق آرنج نباشد (یکی دست راست و دیگری دست چپ) گرفته شود و در صورت محدود بودن یکی از اندام های فوقانی راست و چپ اگر از دو محل متفاوت یک اندام آنژیوکت فیکس شود ایرادی ندارد.
پرستار مسئول	۷-۲-۲- آنژیوکتی که برای تزریق آمیودارون استفاده میشود سبز باشد (در صورتی که به هیچ عنوان به علت عدم دسترسی به ورید مناسب تعبیه آنژیوکت سبز مقدور نمی باشد استفاده از آنژیوکت صورتی بلامانع است).
پرستار مسئول	۷-۲-۳- به هیچ عنوان از آنژیوکت آبی استفاده نشود.
پرستار مسئول	۷-۲-۴- حتما قبل از تزریق دارو IV line بیمار را از نظر سالم بودن چک کنید و مسیر را با ۲۰ سی سی محلول D/W 5% شست و شو دهید. (طبق تائیدیه lexicomp Drug Information) این کار کمک به جلوگیری از بروز قلبیت میکند).
۷-۳- اقدامات لازم حین آماده سازی و تزریق دارو	
پرستار مسئول	۷-۳-۱- دوز stat با توجه به دستور پزشک (معمولا ۱۵۰mg) با محلول D/W 50% داخل سرنگ ۵۰ سی سی رقیق شود.
پرستار مسئول	۷-۳-۲- قبل از تزریق علائم حیاتی بیمار به تفکیک (HR,BP,RR,T,Spo2,Rhythm) چک و ثبت شود.
پرستار مسئول	۷-۳-۳- محلول تهیه شده را از یکی از مسیرهای وریدی به طور جداگانه (طوری که هیچ داروی دیگری همراه آن تزریق نشود) در عرض ۱۰-۱۵ دقیقه از طریق سرنگ پمپ تزریق کنید.



پرستار مسئول	۷-۳-۴- بعد از اتمام تزریق دوز stat ادامه تزریق دارو (۱mg/min به مدت ۶ ساعت) از طریق سرنگ پمپ با اطمینان از سالم بودن مسیر وریدی از همان مسیر اولیه ادامه پیدا کند.
پرستار مسئول	۷-۳-۵- در ابتدای فرآیند تزریق به مدت ۱۸ ساعت (0.5 mg/min) جهت جلوگیری از بروز فلبیت احتمالی در مسیر وریدی، محل تزریق با آنژیوکت دوم جابه‌جا شود و هر ۶ ساعت به طور متناوب جابه‌جایی محل تزریق ادامه پیدا کند.
۷-۴- نکات بسیار مهم	
پرستار مسئول	۷-۴-۱- توجه داشته باشد آماده‌سازی تمامی سرنگ‌ها در تمامی مراحل اجرای پروتکل با ۱ عدد آمپول آمیودارون انجام شود.
پرستار مسئول	۷-۴-۲- در طول فرآیند تزریق به طور مستمر مسیر وریدی بیمار را چک کنید و در صورت بروز فلبیت یا ابراز درد از جانب بیمار در ناحیه تزریق بلافاصله IV line را تعویض کنید.
پرستار مسئول	۷-۴-۳- با توجه به اینکه این دارو به جهت اصلاح آریتمی بیمار تجویز می‌شود در طول فرآیند تزریق تغییر ریتم و مانیتورینگ مستمر علائم حیاتی بیمار به تفکیک (HR,BP,RR,T,Spo2,Rhythm) به طور دقیق چک و ثبت شود.
پرستار مسئول	۷-۴-۴- در حین تزریق در صورت افت BP، برادیکاردی و یا هرگونه تغییر در وضعیت همودینامیک بیمار حتما در جهت ادامه یا قطع فرآیند تزریق به پزشک مقیم جهت ویزیت اطلاع داده شود و همان لحظه به پزشک معالج جهت کسب دستورات اطلاع داده شود.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده مسئول فنی می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.	
۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و مسئول فنی بر روند اجرای دستورالعمل نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه توسط مدیر پرستاری و مسئول اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان، کمیته دارودرمان مرجع تایید این پروتکل خواهد بود.	
۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان نیکان مرجع تصویب و ابلاغ این پروتکل خواهد بود.	
۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این دستورالعمل در دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این پروتکل توسط دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان صورت خواهد گرفت.	
۹-۴- بازنگری: این پروتکل توسط دفتر بهبود کیفیت بیمارستان نیکان به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت و برحسب نیاز و تایید آن، پیشنهاد بازنگری در این پروتکل خارج از بازه زمانی انجام می گردد.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱۰-۱- lexicomp Drug Information	
۱۰-۲- Micromedex Drug Refrenc	
۱۰-۳- FDA Prescribing Information	
۱۰-۴- مراقبت های دارویی در CCU	



تهیه کنندگان			
فرزاد گندمگون سوپروایزر آموزش	دکتر مهرزاد شعشعی مسئول خدمات بالینی	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	
			
تأیید اولیه			
فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت			
			
توزیع نسخ			
 بهبود کیفیت بیمارستان نیکان		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	