University of Medical Sciences:
Medical Center:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
Ministry of health & Medical Education

برگه بخش مراقبت های ویژه عمومی
ICU Sheet

دانشگاه علوم پزشکی:
مرکز پزشکی آموزش درمانی:

نام پزشک معالج: Name Of physician :
نام جراح: Name Of Surgeon :
علت بستری: Diaghosis:

کد ملی: National ID.No:
تاریخ تولد: Date of Brith:
بخش: Ward:
شماره‌تخت: Bed NO:

تاریخ: Date:
تاریخ پذیرش در ICU : ICU Administration Date:
روز بستری درICU : Day Bed ICU:
تاریخ جراحی: Operation Date:

شماره پرونده: Unit No:
نام و نام خانوادگی: Name & Family Name:
نام پدر: Father`s Name:

	Ventilation/O2						Intake				Output					
Time	Mod/in/ noninvasive	FIO2	TV	RR	PSV/PIP	PEEP	Infusion $_1$	Infusion $_2$	Infusion $_3$	Nutrition Enteral/ Parenteral/Oral	Vomit / Lavage	L.Chest.T	R.Chest.T	Drain	Urine	Stool
7																
8																
9																
10																
11																
12																
Total 6H اقدامات اصلاحی																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
Total 6H اقدامات اصلاحی																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
Total 12H اقدامات اصلاحی																
Total 24H اقدامات اصلاحی																

History

BGroup	
Weight	
DM	
Hbs^+Ag	
HTN	
SMO/ADD	
Allergy	
APACHE II	
SOFA SCORE	

Consultations

Time	Consultation	Condition

Pain Score

ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی صبح و عصر	ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی شب

	G.C.S				Reaction Eyeball / Time		Four Score					Vital Sign							Blood Gas					
Time	MR	VR	EO	Total G.C.S	R/T	L/T	ER	MR	BR	R	Total 4 Score	T	PR	RR	BP	O_2 Sat	ART/MAP	CVP	PH	PCO_2	BE	HCO3	PO_2	O_2 Sat
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
Total 6H اقدامات اصلاحی																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
Total 6H اقدامات اصلاحی																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
Total 12H اقدامات اصلاحی																								
Total 24H اقدامات اصلاحی																								

PUSH TOOLS

نمره	٥ ۲/۱ – ۳/۰	٤ ۱/۱ – ۲/۰	۳ ۰/۷ – ۱/۰	۲ ۰/۳ – ۰/٦	۱ < ۰/۳	طول × عرض (CM)
	۱۰ > ۲٤/۰	۹ ۱۲/۱ – ۲٤/۰	۸ ۸/۱ – ۱۲/۰	۷ ٤/۱ – ۸/۰	٦ ۳/۱ – ٤/۰	
نمره		۳ زیاد	۲ متوسط	۱ کم	۰	مقدار ماده مترشحه
نمره	٤ بافت نکروزه	۳ بافت زرد شبیه دلمه	۲ بافت گوشت	۱ بافت مخاطی	۰ بسته	نوع بافت
نمره کل	اقدامات اصلاحی					☐ زخم دارد ☐ زخم ندارد

			Lab test												
Time	Change Position	Suction/T/Oral	Bs	BUN	Cr	Na	k	Mg	Ca	Hb	Hct	Plt	PT	PTT	Others
7															
8															
9															
10															
11															
12															
Total 6H اقدامات اصلاحی															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
Total 6H اقدامات اصلاحی															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
1															
2															
3															
4															
5															
6															
Total 12H اقدامات اصلاحی															
Total 24H اقدامات اصلاحی															

Disability

Airway

	No.Tube	Size fixe	Intube date	Extube date
E.T.T				
E.T.T Repeat				
T.T				

Routine Care	M	E	N
Mouth/Nose			/
Eye/Ear			/
Cuf.Perssure			/
Physical restraint			/
Foley			/
Dressing			/
Physiotherapy			/
Bath			/

paracilinic	M	E	N
X.Ray			
Sono			
CT.SCAN			
ECHO			
EKG			
EEG			
Others			

Date Cathetter Replacment	M	E	N
Feeding tube			
Foley			
Chest Bottle R			
Chest Bottle L			
Arterial			
CV- Line			
Others			

Guide of Nurse Report

1. level of Consciousness
2. Respiration
3. E.C.G & V/S
4. Visit & Time
5. Hemodynamic
6. Operation Site / Drain
7. IV Line _ Intake / feeding
8. F/C _ Output
9. SkinCondition & Dressing

DESIGN BY: REZA MOTALLEBI / GRAPHIC DESIGNER / BRANDING EXPERT / ART CONSULTANT 201 +989125151671

Strip

نام و نام خانوادگی:

Name and Family Name:

ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	مشاهدات پرستاری صبح Morning Observation Of Nurse

نام و نام خانوادگی پرستار:

امضاء به همراه درج تاریخ: ‏ / / ۱۳

Four Score

Respiration	Brainstem Reflexes	Motor Response	Eye Response
R4 اینتوبه نبودن و الگوی تنفسی منظم	B4 وجود واکنشهای مردمک یا قرنیه	M4 مشت کردن دست یا بالا آوردن شست با دستور	E4 باز کردن پلکها همراه با دنبال کردن حرکات یا پلک زدن
R3 اینتوبه نبودن و الگوی تنفسی شین استوک	B3 متسع و ثابت بودن یکی از مردمک ها	M3 لمس دست معاینه کننده بعد از تحریک دردناک	E3 باز کردن پلکها بدون با دنبال کردن حرکات یا پلک زدن
R2 اینتوبه نبودن و تنفس نامنظم	B2 عدم وجود هر کدام از واکنشهای مردمک یا قرنیه	M2 حرکت فلکسیون اندام فوقانی با تحریک دردناک	E2 بسته بودن پلکها و بازکردن با صدای بلند
R1 تحت ونتیلاتور و تعداد تنفس بالاتر از تعداد تنظیمی	B1 عدم وجود واکنشهای مردمک ها و قرنیه	M1 حرکت اکستانسیون اندام با تحریک دردناک	E1 بسته بودن پلکها و بازکردن با محرک دردناک
R0 تحت ونتیلاتور و تعداد تنفس در محدوده تعداد تنظیمی	B0 عدم وجود واکنشهای مردمک یا قرنیه و سرفه	M0 عدم پاسخ به محرک دردناک	E0 بسته بودن پلکها و باز نکردن پلکها با محرک دردناک

Strip

شماره پرونده:

Unit No:

ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	مشاهدات پرستاری عصر Evening Observation Of Nurse

نام و نام خانوادگی پرستار:

امضاء به همراه درج تاریخ: ‏ / / ۱۳

ارزیابی تغذیه ای Nutritional Assessment

	روش دریافت تغذیه		سرعت و طریقه گاواژ			نوع‌فرمولا وتغذیه	مقدار مورد نیاز طی ۲۴ ساعت (CC)	مقدار تامین شده (CC)
	NPO	PO	Bolus	Continuouse	Intermittent			
صبح								
عصر								
شب								
اقدامات								

ارتقاء سلامتی Promoting Health

صبح	
عصر	
شب	

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت– S1– ۹۴/۱۰

۷۱– این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

Strip

نام پــدر:

Father`s Name:

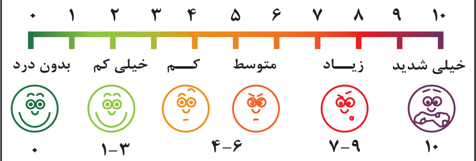
ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	مشاهدات پرستاری شب Night Observation Of Nurse

مقیاس	عنوان	توضیح
+۴	پرخاشگر	خشمگین – آسیب به پرسنل
+۳	شدیداً آشفته	لوله واتصالات را به صورت پرخاشگرانه می کشد.
+۲	آشفته	بی قراری با ونتیلاتور و حرکات متناوب و بی هدف
+۱	بی قرار	مضطرب – حرکات بدون پرخاشگری
۰	هوشیار–آرام	توجه به مراقبت دهنده
–۱	خواب آلودگی	کاملا هوشیار نیست ولی با صدا چشم باز می کند و ارتباط بیش از ۱۰ ثانیه است.
–۲	بیهوشی ضعیف	به طور مختصر به صدا جواب میدهد ولی ارتباط کمتر از ۱۰ ثانیه است.
–۳	بیهوشی متوسط	چشم ها را بی هدف باز می کند.
–۴	بیهوشی عمیق	به تحریکات فیزیکی جواب میدهد.
–۵	بیدار نمی شود	به صدا وتحریکات فیزیکی پاسخ نمیدهد.

اگر RASS بالاتر و یا مساوی ۴– و ۵– باشد بیمار هوشیار نمی باشد و مدتی بعد مجددا چک شود.

ابـــــزار ارزیـــــابی درد

PAIN ASSESSMENT TOOL



نام و نام خانوادگی پرستار:

امضاء به همراه درج تاریخ: ‏ / / ۱۳