بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

شماره ۵۴۰۰/۸۵۷
تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۲
پیوست دارد

تولید، پشتیبانی‌ها، مانع زدایی‌ها
مقام معظم رهبری

معاون محترم درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

جناب آقای دکتر فریدون نوحی

ریاست محترم مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی

ریاست محترم بیمارستان مسیح دانشوری

موضوع: ابلاغ اصلاحیه مجموعه فرم های بیهوشی

با سلام و احترام

پیرو ابلاغ مجموعه فرم های بیهوشی، ارزیابی بیهوشی و فرم بیدردی زایمان به شماره ۴۰۰/۲۳۰۳۶د مورخ ۹۹/۱۲/۰۵، به پیوست فایل ورد ویرایش ۱.۱ فرم های مذکور که با توجه به نظرات دانشگاهها در طی این مدت بازنگری شده است حضورتان ارسال می گردد. خواهشمند است دستور فرمایید فرم های بازنگری شده در کلیه بیمارستانهای زیرمجموعه مورد بهره برداری قرار گیرد و نظرات و پیشنهادات اصلاحی خود را، به این معاونت ارسال فرمایید.

دکتر قاسم جان بابایی

معاون درمان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: **دانشگاه علوم پزشکی:**

Medical Center: **مرکز پزشکی آموزشی درمانی/بیمارستان:**

Unit No: شماره پرونده:

برگ درخواست مشاوره بیهوشی پیش از عمل
ANESTHESIOLOGIC CONSULTATION REQUEST FORM

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

Date of Request: تاریخ درخواست:

Time of Request: ساعت درخواست:

Requesting Physician: نام و مهرو امضای پزشک درخواست کننده:

جنس: وزن: قد:

Primary Diagnosis: تشخیص اولیه:

مشخصات نوزادی:

Clinical Reports & Object of Consultation: گزارشهای کلینیکی و موضوع مشاوره

داروها :

Smoking: Y□ N□ Pack-year: Cessation:

Drug abuse: Y□ N□ چه میزان: چند سال:

چند وقت است ترک کرده ؟

Et-OH: Y□ N□ چه میزان: چند سال:

چند وقت است ترک کرده ؟

Anes. & Op. History: **پیشینه آنستزی و عمل جراحی :**

نوع آنستزی : تاریخ آخرین آنستزی :

پیامد بیهوشی: زردی ☐ تب بالا ☐ گلودرد ☐ تاخیر در بیدار شدن ☐

تهوع و استفراغ ☐ دیگر موارد:...

پیشینه آنستزی و پیامد در بستگان :

Lab. Results:

BG & Rh		Hb	Hct	Plt
Bun	Cr	Na	K	BS
PT	PTT	INR	BT	CT

Dis. History: **پیشینه بیماری:**

متابولیک:

دیابت ☐ هپاتیت ☐ نارسایی کلیه ☐ تیرویید : هایپر ☐ هایپو ☐

پیشینه‌ی رفلاکس ☐ خالکوبی ☐ ....

CNS

سابقه CVA ☐ تشنج ☐ سنکوپ ☐ فلج اندامها ☐ دیسک کمر یا گردن ☐

ضعف اندامها ☐ آسیب اعصاب محیطی ☐

قلب و عروق:

فشار خون بالا ☐ تنگی نفس فعالیتی ☐ محدودیت فعالیت ☐ آریتمی ☐

پیشینه‌ی سکته قلبی ☐ نارسایی قلبی ☐

تنفس و ششها:

تنگی نفس ☐ آسم ☐ سرماخوردگی ۲ هفته اخیر ☐

انعقادی:

پیشینه‌ی خونریزی غیر معمول ☐ سابقه خانوادگی ☐

پیشینه‌ی خونریزی لثه هنگام مسواک زدن ☐ سابقه DVT ☐ آمبولی ریه ☐

بیماری دیگر ؟

METs

حساسیت دارویی :

حساسیت غذایی :

وضعیت بارداری:

Airway Examination: **معاینه راه هوایی :**

دندان لق : دندان مصنوعی : باز شدن دهان:

ملمپاتی: ULBT: فاصله TM:

flx گردن : ext گردن :

سرو گردن	ملتحمه :	BP: HR:
	سمع قلب:	RR: T:
اندامها	سمع ریه:	

ECG

CXR

Echocardiography

ABG

Spirometry

Orders: **دستورها و توصیه‌ها:**

Date: تاریخ:

Consultant Physician Name & Signature: نام پزشک مشاور و امضاء:

راهنمای تکمیل برگ مشاوره بیهوشی پیش از عمل

این فرم در موارد مشاوره بیهوشی پیش از عمل و تنها برای بیمارانی تکمیل می‌شود که برای عمل جراحی آماده می‌شوند.برای مشاوره‌های اورژانسیِ بیهوشیT مانند مشاوره‌ی اینتوباسیون، انتقال به ICU، کنترل status epilepticus و مانند آنها، از فرم‌های استاندارد «درخواست مشاوره» استفاده می-شود.

۱) در بخش مربوط به شماره پرونده و نیز مشخصات بیمار و بخش بستری، تکمیل کننده باید اطلاعات مندرج را با مشخصات بیمار و دیگر مستندات، کنترل و مقایسه نماید. در این بخش منظور از پزشک معالج، الزاماً همکاران جراح نیست؛ برای نمونه، ممکن است بیمار زیر نظر همکار متخصص عفونی بستری باشد ولی برای تخلیه‌ی آبسه نیاز به همکاریِ جراح باشد. در این مورد، پزشک معالج، همکار متخصص عفونی است و در بخش پایین‌تر نام و مهرو امضای جراح به عنوان پزشک درخواست کننده‌ی مشاوره‌ی بیهوشی ثبت خواهدشد.

۲) **تشخیص اولیه:** تشخیصی که دلیل مشاوره بوده و توسط همکار جراح یا پزشک درخواست کننده مشاوره نوشته می‌شود.

۳) **گزارش کلینیکی و موضوع مشاوره**: چکیده‌ای از وضعیت بیماری و نوع جراحی پیش‌رو که توسط همکار جراح تکمیل می‌شود.

۴) **تاریخ و ساعت درخواست مشاوره**، توسط جراح درخواست کننده مشاوره، درج می‌شود.

۵) **جنس، وزن، سن:** جنسیت بیمار(مرد یا زن)، وزن وی به کیلوگرم و قد او به سانتی‌متر را ثبت‌کنید.

۶) **مشخصات نوزادی:** مربوط به کودکان است. برای نمونه در نوزاد یک ماهه؛ وزن هنگام تولد،Post-conceptual age (PCA)، وضعیت واکسیناسیون، سابقه‌ی زردی و ... اهمیت دارند. همکارانی که مشاوره‌ی پیش از عمل کودکان را انجام می‌دهند، این بخش را مد نظر خواهندگرفت.

۷) در قسمت **داروها**، نام داروهای مصرفی بیمار، فرم دارو (قرص، پماد، قطره، آمپول و ...)، دوز مصرفی و این‌که چندبار در روز مصرف می‌شوند، یادداشت می‌شود.

۸) **پیشینه‌ی آنستزی**:شامل درج سابقه نوع آنستزی(ها)، تاریخ آن(ها) و پیامدهای آن(ها)است. اگر در بستگان بیمار به دنبال آنستزی، پیامدی رخ‌داده باشد، آن را نیز یادداشت کنید.

۹) **پیشینه‌ی بیماری:**در این قسمت، بیماری‌هایِ همراهِ شایعی که برای آنستزیِ بیمار، می‌توانند خطر بالقوه داشته‌باشند، فهرست شده‌اند. هر یک را که در سابقه‌ی بیمار وجود دارد، علامت بزنید. اگر بیمار، بیماریِ همراهِ نادری داشته باشد، در بخش پایانی و مقابل "بیماری دیگر" یادداشت کنید.

۱۰) در قسمت**حساسیت‌ها و METs**، حساسیت‌های دارویی، غذایی و توان فیزیکی بیمار(**METs**)را ثبت کنید و اگر بیمار، خانمی در سن باروری است، وضعیت بارداری احتمالی وی را یادداشت کنید.

۱۱) اگر بیمار سیگار می‌کشد، در قسمت**Smoking** در مربع جلوی Y و اگر سیگاری نیست N را تیک می‌زنیم. میزان مصرف را به صورت Pack-Year ثبت کنید. برای مثال اگر ۶ سال است که روزی یک پاکت می‌کشد، 6 pack-year و اگر ۱۰ سال است که روزی نیمی از یک پاکت (۱۰ نخ در روز) می‌کشد، برابر 5 pack-year ثبت می‌شود. اگر ترک کرده است، میزان مصرف قدیم وی را ثبت کرده و مدت زمانی را که از ترک گذشته ، به سال یا اگر کمتر از یک سال است، به ماه یادداشت نمایید. درباره‌ی موادمخدر و نوشیدنی‌های الکلی نیز، مصرف یا عدم مصرف، میزان مصرف و اگر ترک کرده‌است، مدت زمانی که از ترک گذشته را یادداشت کنید.

۱۲) Lab Results: نتایج آزمایش‌های بیمار را با واحد آن آزمایش، در این قسمت، یادداشت کنید. برای نمونه،BS 96 mg/dl و Na 140 mEq/L.

۱۳) **معاینه راه هوایی** بیمار؛یکی از مهمترین بخش‌های کارِآنستزیولوژیست‌هاست. مواردی مانند وجود یا عدم وجود دندان لق (برای نمونه: «دندان نیش ماگزیلاری راست لق است»)، دندان مصنوعی (ثابت یا متحرک)، میزان باز شدن دهان به سانتی‌متر (فاصله‌ی میان دندانهای پیشین، در افراد بی‌دندان، فاصله-ی میان دو لثه)، گِرِیدِ ملمپاتی، گِرِیدِ UpperLip Bite Test، فاصله‌ی Thyromental به سانتی‌متر، میزان فلکشن و اکستنشن گردن به درجه را در این قسمت یادداشت کنید.

۱۴) در کادر زیرین، علایم حیاتی را با واحدهای اندازه‌گیری (فشارخون BP سیستول و دیاستول به میلی‌متر جیوه mmHg، ضربان قلب HR به تعداد در دقیقه، میزان تنفس RR به تعداد در دقیقه، درجه حرارات T به سانتی‌گراد) ثبت کنید. چکیده‌ای از سمع قلب و ریه و معاینه‌ی ملتحمه و سر و گردن و اندامها و وجود دفرمیتی احتمالی را نیز بنویسید.

۱۵) اگر یافته‌ای در الکتروکاردیوگرافی(ECG) (مانند؛ انحراف محور قلب، تاکی‌کاردی، T وارونه، بلوک شاخه‌ای)، گرافی قفسه‌سینه (CXR) (مانند؛ نوموتوراکس، بسته بودن زوایای کوستوفرنیک، اُپاسیتی یا لوسنسی)، اکوکاردیوگرافی (برای نمونه؛Ejection Fraction و گرادیان دریچه‌ها، پاتولوژی

دریچه‌ها، فشار شریان ریوی)، آنالیز گازهای خون شریانی ABG (مانند؛ اسیدوز یا آلکالوز، هایپوکسمی یا هایپرکاربی)، در اسپیرومتری (برای نمونه الگوی انسدادی یا تحدیدی) وجودداشت، در بخش مربوط به هریک، یادداشت کنید. اگر یافته‌ی پاتولوژیک وجود نداشت، نرمال بودن آن را ذکر کنید. در اکوکاردیوگرافی، میزان EF و نرمال یا غیرنرمال بودن دریچه‌ها و فشار شریان ریوی را حتماً بنویسید.

۱۶) در انتهای فرم، دستورها و توصیه ها را همراه با قید تاریخ و ساعت یادداشت کرده و مهر وامضا کنید.

همکاران گرامی، لطفاً با خط خوانا، تفکیک شده و هر نکته را در بخش مرتبط با آن بنویسید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences: **دانشگاه علوم پزشکی:**

Medical Center: **مرکز پزشکی آموزشی درمانی/ بیمارستان:**

National ID **کدملی:**

برگ بیهوشی
ANESTHESIA RECORD

Unit No: **شماره پرونده**

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق: Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Anesthesia: تاریخ بیهوشی:	Fasting: ناشتایی:	Height: قد:	Weight: وزن:
Suggested Operation : عمل جراحی پیشنهاد شده:		Pre-Operation Diagnosis: تشخیص قبل از عمل:	

Pre medication

□ **Regional**

□ Ultrasound guided

□ **Sedation**

□ **MAC**

□ **General**

□ Pre-Oxygenation
□ Endotracheal Tube
Size: ……
□ Laryngeal Mask
Size: ……
□ Face Mask
□ Armored Tube
□ Difficult
□ Non-Traumatic
□ Rapid sequence
□Induction with cricoid pressure
□ TIVA

Intravenous Lines:
size: …… Site: ……
size: …… Site: ……
size: …… Site: …….
size: …… Site:……

Monitoring
□ ECG
□ NIBP
□ Arterial Line (IBP)
Size …… Site ……
Ultrasound guided ☐
□ Central Venous Line
Size ……. Site ……
Ultrasound guided ☐
□ Peripheral Nerve Stimulator
□ BIS
□ Cerebral Oximetry
□ TOF
□ Other

□ Eye Taped Shut
□ Pressure points padding

هوشبرها	☐ Des ☐ Sevo ☐ Iso(%)																						
	☐ N2O ☐ Air (L/mi)																						
	Oxygen (L/min)																						
	Narcotic:																						
	Hypnotic:																						
	Relaxant:																						
مایعات و خون																							
مانیتورینگ	ECG (Dysrhythmia)																						
	% 0_2 inspired(FiO_2)																						
	0_2 Saturation(SpO_2)																						
	End Tidal CO_2																						
	Temp: ☐°C ☐°F																						
	BIS																						
	CVP																						
	Urine (ml)																						
	Blood Loss (ml)																						
علائم حیاتی	Baseline Values	200																					
		180																					
	BP																						
		160																					
	PR	140																					
		120																					
	RR																						
		100																					
	GCS	80																					
		60																					
	T																						
		40																					
	Disability	20																					
تهویه	Tidal Vol. (ml)																						
	Resp. Rate																						
	Peak Pressure (cm H_2O)																						
	PEEP (cm H_2O)																						
	I/E Ratio																						
Position																							
Risk		E		1		2		3		4		5		6									

Reversal
□ Neostigmine □ Atropine □ Sugammadex

Anesthesia nurse **کارشناس بیهوشی**

Anesthesiologist **آنستزیولوژیست**

برگ بیهوشی

ANESTHESIA RECORD

Circular nus. سیرکولر:	Scrub nus. اسکراب عمل:	Assistant: کمک جراح :	Surgeon: جراح:

Lab. Results: نتایج آزمایشگاهی:

BG & Rh: Hb: Hct: Plt:

Bun: Cr: Na: K: BS:

PT: PTT: INR: PFA-100: aPTT:

ECG, Echocardiography ,CXR Finding: نتایج رادیوگرافی، اکوکاردیوگرافی، الکتروکاردیوگرافی:

Consultations: مشاوره قلب یا سایر مشاوره ها:

Allergies: حساسیت دارویی:

Pre-op Complications: عوارض پیش از عمل:

Intra-op Complications: عوارض هنگام عمل:

Post-op Complications: عوارض پس از عمل:

Anes. Time: مدت زمان بیهوشی:	Stop Time: زمان پایان بیهوشی:	Start Time: زمان شروع بیهوشی:
End Time:	**Consciousness:**	**Pain Score:**

PACU:	**HR=**	**BP=**	**RR=**	**SpO_2=**	**FiO_2=**

راهنمای تکمیل برگ بیهوشی

این برگ توسط متخصص بیهوشی در طولِ زمان انجام بیهوشی تکمیل می شود.

۱)بخش مربوط به کد پذیرش، شماره پرونده و کد ملی و نیز مشخصات بیمار و بخش بستری، مانند دیگرِ فرم های پرونده بالینی بوده و معمولاً در سامانه اطلاعات بیمارستان درج شده است و در زمان پذیرش یا بستری بیمار بر روی فرم چاپ می‌شود. تکمیل کننده باید اطلاعات مندرج را با مشخصات بیمار و سایر مستندات کنترل و مقایسه کند.

۲) تاریخ انجام بیهوشی یا پروسیجرهای دیگر، **وزن** بیمار به کیلوگرم، **قد** به سانتی‌متر و **مدت ناشتایی** بیمار به ساعت، توسط تکمیل کننده نوشته خواهند شد. اگر بیمار ناشتا نباشد، در این بخش، عبارت "ناشتا نیست" به فارسی یا PO به انگلیسی نوشته شود.

۳) **تشخیص پیش از عمل**: تشخیصی که سبب اعزام بیمار به اتاق عمل شده‌است. **عمل جراحی پیشنهاد شده**، نوع جراحی‌که برای بیمار انجام خواهد شد. برای مثال؛ بیماری با سابقه‌ی زخم‌معده، اکنون با درد و شکم حاد به اتاق عمل آمده است. در فرم بیهوشی وی، تشخیص پریتونیت ناشی از زخم‌معده‌ی سوراخ شده (Peritonitis secondary to perforated peptic ulcer) و عمل جراحی پیشنهاد شده، لاپاراتومی نوشته می‌شود.

۴)**Premedication:** داروهای مورد استفاده مانند فنتانیل، سوفنتانیل، آلفنتانیل و میدازولام که برای آرام‌بخشی و sedate کردن بیمار استفاده می‌شوند، به همراه دوز دقیق مورد استفاده، نوشته می‌شوند. اگر پیش از القای بیهوشی، از داروی دیگری نیز استفاده شده است، برای نمونه stress dose داروهای استروییدی یا داروهای کاهنده‌ی فشار خون، در این بخش به همراه دوز استفاده شده، نوشته می‌شوند. روش استفاده نیز باید نوشته شود؛ برای نمونه، اگر کلونیدین خوراکی به عنوان پره‌مد استفاده شده، Clonidine 0.2 mg/PO یا اگر هیدروکورتیزون وریدی استفاده شده، Hydrocortisone 100 mg/IV نوشته خواهدشد.

۵) اگر برای بیمار Regional anesthesia انجام شده است، در ستون سمت چپ کنار عبارت علامت (☑) بزنید، اگر برای انجام آن از سونوگرافی استفاده شده است، کنار عبارت Ultrasound guided نیز علامت بزنید.

۶) **Sedation** و **MAC**: اگر بیمار سدیشن گرفته است، نام دارو و دوز و روش تجویز در بخش پره‌مدیکیشن نوشته و در کنار عبارت Sedationعلامتبزنید. اگر فقط مانیتورینگ برای بیمار انجام شده و جراح با لوکال آنستزی عمل جراحی را انجام می‌دهد، در مواردی مانند بیوپسی‌های سطحی، کشیدن درن، کشیدن ناخن،... و آنستزیولوژیست استندبای کنار بیمار است، MAC را علامت بزنید.(Monitored Anesthesia Care)

۷) اگر بیمار زیر بیهوشی است، کنار واژه‌ی **General** علامت بزنید. اگر پره‌اکسیژناسیون انجام شده، کنار Pre-oxygenation علامت بزنید و اگر با لوله تراشه اینتوبه شده، کنار Endotracheal tube علامت بزنید و سایز لوله را بنویسید. برای نمونه اگر با لوله‌ی تراشه‌ی ساده سایز ۷ اینتوبه شده، علامت کنار Endotracheal tube و عدد ۷ در جای خالی مقابلsize نوشته می‌شود. اگر لوله‌ی double lumen سایز ۴۱ استفاده شده، افزون بر تیک کنار Endotracheal tube پیش از Size عبارت DLT را نوشته و مقابلSize عدد ۴۱ نوشته می‌شود. برای Microlaryngeal Tube نیز به همین شکل عمل می شود، ولی عبارت MLT درج می گردد.

۸) اگر از لارنژیال ماسک برای اداره‌ی راه‌هوایی استفاده کرده‌اید، بخش Laryngeal Maskرا علامت بزنید، با توجه به اینکه گونه‌های پرشماری از لارنژیال ماسک در دسترس می‌باشد، اگر گونه‌ی ویژه‌ای از لارنژیال ماسک را استفاده کرده‌اید، زیر این بخش، نام آن گونه را بنویسید برای مثال: i-gel, Proseal ...و سایز لارنژیال ماسک را نیز مقابلSize بنویسید.

۹) اگر از Facemask برای پره‌اکسیژناسیون یا تهویه‌ی بیمار استفاده کرده‌اید، برای نمونه: در جراحی‌های کوتاه مدت مانند کورتاژ، کنارFacemask را علامت بزنید و سایز ماسک را نیز بنویسید.

۱۰) اگر از لوله‌تراشه‌ی اسپیرال استفاده کرده‌اید، کنارArmored Tube تیک بزنید. سایز لوله در قسمت endotracheal tube در بخش size، (بند ۷) یادداشت می گردد.

۱۱) اگر لارنگوسکوپی یا اینتوبیشن بیمار دشوار بود، کنار واژه‌ی Difficult علامت بزنید. آگاهی بخشی به بیمار و همراهان وی و هشدار درباره‌ی بیهوشی‌های آینده‌ی بیمار، باید جداگانه انجام بگیرند.

۱۲) در جراحی‌های روی راه‌هوایی، دهان و صورت، امکان آسیب ناشی از دستکاری همکاران جراح وجود دارد. پس از لارنگوسکوپی و اینتوبیشنِ بی-پیامد، کنار Non-traumatic علامت بزنید. اگر به دنبال لارنگوسکوپی یا اینتوبیشن، آسیبی پدیدآمد، پشت فرم و در بخش «عوارض هنگام عمل»، به دقت یادداشت نمایید.

۱۳) اگر روش اینتوبیشن، توالی سریع بود، Rapid sequenceرا علامت بزنید. توالی سریع، الزاماً به معنی استفاده از ساکسی‌نیل‌کولین نیست.

۱۴) اگر هنگام لارنگوسکوپی از مانور سلیک استفاده کرده‌اید، کنارcricoid pressure علامت بزنید.

۱۵) اگر القا و نگهداری بیهوشی تنها با داروهای تزریقی وریدی انجام گرفته است، TIVAرا علامت بزنید.

۱۶) در بخش **Intravenous line**، سایز هر آنژیوکت و محل دسترسی را بنویسید. برای مثال اگر یک آنژیوکت صورتی پشت دست راست و یک آنژیوکت سبز پشت دست چپ بیمار دارید؛ برای صورتی، 20 G, R. Hand و برای سبز، 18 G, L. Hand بنویسید.

۱۷)**Monitoring:** اگر خط شریانی برای پایش تهاجمی فشارخون بیمار برقرارکرده‌اید؛ در بخش Arterial line تیک بزنید و همانند بند۱۶، محل و سایز کاتتر شریانی را درج کنید. درمواردی که از سونوگرافی برای برقراری خط شریانی بهره‌برده‌اید، کنار Ultrasound علامت بزنید.

۱۸) اگر دسترسی به ورید مرکزی برقرارکرده‌اید؛ در قسمتCentralVenous Line، محل دسترسی، سایز کاتتر و استفاده از سونوگرافی را یادداشت نمایید.

۱۹) مانیتورهای وصل شده به بیمار را در بخش پایینی فهرست مانیتورینگ‌ها، علامت بزنید. اگر مانیتورینگی را وصل کرده‌اید که در این فهرست نیست، Other را تیک زده و نام مانیتورینگ را روبه‌روی آن بنویسید.

۲۰) **Eyes Taped Shutو Pressure points padding:** پس از بستن چشمهای بیمار با چسب و پدگذاری بخشهای تحت فشارِ پیکر بیمار، این موارد را مشخص کنید.

۲۱) **هوشبرها**: در بالای نوار خاکستری رنگِ فرم، داروهای القا و نگهداری آنستزی را بنویسید. در سطر نخست، ایزوفلوران Iso، سووفلوران Sevo، و دسفلوران Des درج شده‌اند. برای نگهداری بیهوشی از هرکدام که استفاده می‌کنید، کنار آن تیک زده و درصد تنظیم شده روی وپورایزر را کنار علامت (٪) بنویسید. هرستون مقابل این خط، نمایانگر یک ساعت است. در نخستین خط ستونِ مقابل این بخش، ساعت آغاز بیهوشی نوشته-شده و درصد هوشبر استفاده شده نیز نوشته‌می‌شود. هرساعت تا پایان بیهوشی، درصد هوشبر استنشاقی در ستون مربوط به آن ساعت نوشته می‌شود. برای نمونه اگر ساعت ۸ بیهوشی آغاز شده‌است، در بالای نخستین خط عمودی مقابل هوشبرها، عدد ۸ نوشته می‌شود و اگر از ۲٪ ایزوفلوران استفاده شده، در همان ستون ۲٪ نوشته می‌شود. اگر ساعت ۹ تا ۱۰، درصد ایزوفلوران استنشاقی به ۱/۵٪ فروکاسته شود، در ستون دوم ۱/۵٪ نوشته‌خواهدشد. درباره‌ی هوشبرهای استنشاقی دیگر نیز به همین شیوه عمل خواهدشد. اگر برفرض نوع هوشبر در میانه‌ی آنستزی تغییر داده شد، هوشبر دوم در ستون و ساعت مورد نظر با درصد اسستفاده شده، نوشته شود.

۲۲) گاز دوم به جز اکسیژن، در سطر بعدی ثبت گردد. اگر ازهوا یا نایتروس‌اکساید استفاده می‌شود، کنار آن علامت زده و لیتر بر دقیقه‌ی این گازها نوشته شود، برای نمونه: Air 2 L/min. درصورت تغییر در فلوی این گازها در ستون‌های مقابل آنها و متناظر با ساعتِ تغییر، یادداشت می‌گردند.

۲۳) سطر پایین‌تر مربوط به ثبت فلوی اکسیژن است و تغییر فلوی اکسیژن نیز در ستون‌های مقابل آن و متناظر با ساعت تغییر، یادداشت می‌گردد.

۲۴) نام اپیوید مصرفی در سطر **Narcotic** نوشته شده و دوز مصرف شده در هرساعت در ستون روبه‌رو یادداشت شود. برای نمونه اگر هر ساعت، ۵۰ مایکروگرم فنتانیل تزریق می‌گردد، در ستون نخست Fentanyl نوشته شده و در هر ستون مقابل آن 50 µg/IV یادداشت می‌شود یا اگر اینفیوژن 50 µg/hr/IV رمی‌فنتانیل برقرارشده‌است، Remifentanil نوشته شده و در ستون مقابل آن 50 µg/hr/IV درج می‌گردد. اگر در ساعتِ بعد، دوز را تغییر دادید، دوزِ هر ساعت را در ستونِ متناظر با همان ساعت بنویسید.

۲۵) اگر از هیپنوتیک تزریقی برای نگهداری بیهوشی استفاده می‌کنید، جلوی سطر Hypnotic نام دارو را بنویسید. مانند Propofol و mg/min آن را در ستونِ متناظر با ساعت، یادداشت کنید.

۲۶) در سطر پایینی، نام و دوز داروی شل‌کننده(Relaxant) را نوشته و مقدارِ تکرار شده در هر ساعت را در ستونِ متناظر و متناسبِ با هر ساعت، یادداشت کنید. برای مثال درج Atracurium 30 mg/IV در مقابل **Relaxant** و در هر ستون درج 10 mg/IV به معنای استفاده از ۳۰ میلی-گرم آتراکوریوم برای القای شلی و ۱۰ میلی‌گرم وریدی در هرساعت برای نگهداری آن است.

۲۷) اگر از رژیونال آنستزی برای بیمار استفاده کرده‌اید، در بخشهای پیش‌گفته، ویژگی‌های رژیونال آنستزی را بنویسید. از آنجا که هیچگونه هوشبر و شل‌کننده‌ای استفاده نشده است، روی آنها خط کشیده و در ستون‌های مقابل آنها، داروی استفاده شده برای رژیونال آنستزی، مدل و سایز سوزن استفاده‌شده، تعداد تلاش برای انجام رژیونال آنستزی، وجود یا عدم وجود پارستزی، خونریزی یا عدم خونریزی هنگام انجام پروسیجر، محل انجام رژیونال (برای مثال، مهره‌های L4-L5 یا L3-L4 در اسپاینال یا بلوک آکزیلاری یا سوپراکلاویکولار در شبکه‌ی بازویی)، سطح بی‌حسی حاصل شده (برای نمونه، T10 یا T6 در اسپاینال) را یادداشت کنید. در بلوکهایی که کاتتر نیز جاگذاری می‌گردد، مانند اپیدورال آنستزی، دوزهای تکرار شونده-ی داروی لوکال آنستتیک را در ستون متناظر با هر ساعت در سطر **Hypnotic** بنویسید.

۲۸) **مایع و خون** دربافتی بیمار در هر نیم ساعت، بعد از بخش هوشبرها ثبت خواهدشد. (در مقایسه یا ردیف بالایی، مشخص است که هر ساعت با یک خط عمودی باریک به دو نیم ساعت تقسیم شده است) در نخستین خانه‌ی هر سطر که خالی است، نام سرم دریافتی و در ستون‌های مقابل، حجم دریافتیِ آن به میلی‌لیتر در هر نیم‌ساعت یادداشت می‌شود. برای نمونه فرض کنید در خانه‌ی نخست از سطر نخست Normal Saline نوشته‌شده و جلوی آن برای نیم ساعت نخست 500 mL نوشته‌شده و برای نیم ساعت دوم 500 mL و در سطر زیرین، Ringer برای نیم ساعتِ نخست، صفرو برای نیم ساعتِ دوم، 150 mL درج می‌گردد. برای سرم‌های هایپرتونیک، کلویید و فرآورده‌های خونی نیز، نام هریک در نخستین خانه‌ی هر سطر و مقدار مصرف شده در هر ساعت در ستون متناظر، یادداشت می‌گردد. برای نمونه؛ در خانه‌ی نخست سطر سوم Packed RBCs و در خانه‌ی مربوط به نیم ساعت سوم، 1 unit نوشته شده و در سطر چهارم NaHCO3 8.4% و در ستونِ نیم ساعتِ چهارم، 20 mEq نوشته می‌شود. بیمار فرضی بالا، در ساعت نخست، ۱۰۰۰ سی‌سی نرمال سالین و ۱۵۰ سی‌سی رینگر، در ساعت دوم یک واحد پک‌سل و ۲۰ میلی‌اکی‌والان سدیم بی‌کربنات ۸/۴٪ دریافت کرده است.

۲۹) سطر نخست **مانیتورینگ**، مربوط به دیس‌ریتمی قلبی است. اگر در هر ساعت، دیس‌ریتمی دیده‌شد، در ستون های مقابل آن، متناظر با ساعتِ رخدادِ دیس‌ریتمی، نوع دیس‌ریتمی و تعدادِ رخداد آن را ثبت کنید. برای نمونه اگر ساعت ۸ کار را آغاز کرده‌اید و در ساعت ۹:۳۰ دو مورد PVC رخداده‌است، در ستون دوم مقابل دیس‌ریتمی، نوشته می‌شود: PVC X 2

۳۰) در سطر زیرین، **FiO_2** تنظیمی در هر ساعت را ثبت کنید. عدد FiO_2 باید از روی مانیتورینگِ FiO_2 ماشین بیهوشی خوانده و ثبت شود، پس باید هر روز و پیش از آغاز کار با ماشین، افزون بر کنترلِ عملکردِ ماشین، نشتی، سلامت دریچه‌های دمی و بازدمی و درستی سامانه‌ی برق‌رسانی و باتری پشتیبان ماشین بیهوشی، باید آنالیزورِ اکسیژنِ ماشین بیهوشی را کالیبره کنید و از درستی کارکرد آن مطمئن شوید.

۳۱) در محل ثبت **O_2 saturation(SpO_2)**، عدد نشان‌داده‌شده روی پالس‌اکسی‌متر را در هرساعت، در ستونِ متناظر با آن ساعت از کار، درج کنید.

۳۲) در سطر بعدی،$ETCO_2$ یا همان دی‌اکسیدکربن پایان بازدم است. عدد نشان‌داده شده روی کاپنوگرامِ مانیتورینگ را در هرساعت، در ستون متناظر با همان ساعت در ردیفِ **End Tidal CO_2** یادداشت نمایید.

۳۳) در ردیف مربوط به **BIS**، عدد نشان‌داده شده روی مانیتورینگ مربوط به عمق بیهوشی در ستون مقابل آن و متناظر با هر ساعت را ثبت کنید.

۳۴) در سطر مربوط به**CVP**، فشار ورید مرکزی (اگر مانیتور می‌شود) ثبت خواهدشد. عدد نشان‌داده‌شده روی مانیتورینگ به همراه واحد اندازه-گیری آن (میلی‌متر جیوه، سانتی‌متر آب یا ...) در ستون مقابل آن و متناظر با هرساعت، ثبت گردد.

۳۵) در دو سطر آخر میزان برون ده ادراری و خونریزی هنگام عمل، به میلی‌لیتر در هرساعت در ستونهای مقابل هر سطر نوشته‌شوند.

در صورتی که از یکی از مانیتورینگهای پیش‌گفته استفاده نمی‌کنید، می‌توانید نام آن‌را خط زده (برای نمونه CVP) و مانیتورینگ ویژه‌ای را که استفاده می‌کنید، به جای آن نوشته و برای هر ساعت ثبت نمایید.

۳۶) در بخش **Baseline Values** که مربوط به علایم حیاتی بیمار است، وضعیت پایه‌ی بیمار در ذیل آن ثبت شود و سپس فشار سیستولیک را با نشان V و فشار دیاستولیک را با نشان Λ ثبت نمایید. ضربان قلب بیمار را نیز با نشان ● ثبت نمایید (هر ۱۵ دقیقه). در این جدول، هر خانه (خط عمودی نازک)، نمایانگر یک ربع و چهارخانه (خط عمودی پهن)، نشانگر یک ساعت است. برای ثبت زمان بادکردن و خالی کردن تورنیکه، در بالای این جدول و در زمان بادکردن تورنیکه، از حرف T که دور آن دایره کشیده‌شده‌است استفاده کنید و برای ثبت زمان خالی کردن تورنیکه، از همان نماد و یک خط مورب روی آن استفاده کنید.

۳۷) در بخش **تهویه** (انتهای نوار خاکستری)، اندکس‌های تهویه‌ای تنظیم شده روی ونتیلاتورِ ماشین را در هر ساعت ثبت کنید.

۳۸) در سطر Position، پوزیشن بیمار در هر ساعت از بیهوشی را یادداشت کنید.

۳۹) در سطر مربوط به Risk باید ASA Class بیمار ثبت گردد.. در برگه‌های جدید، اگر بیمار کلاس I است، عدد ۱ و اگر کلاس یک اورژانش است، هم عدد ۱ و هم حرف E علامت زده خواهدشد.

در برگه‌های جدید، عدد ۶ نیز افزوده‌شده است که برای موارد پیوند اعضای بیمار مرگ مغزی (Harvest) استفاده می‌شود.

۴۰) در بخش **Reversal**، داروهای ریورسِ شل‌کننده‌را علامت بزنید و دوز مورد استفاده‌ی هریک را به میلی‌گرم، در زیر آن یادداشت نمایید.

۴۱) در انتهای فرم و پایان کار، نام تکنسین یا کارشناس بیهوشی و متخصص بیهوشی مسؤول با مهر و امضا درج شود. اگر بیمارستان دانشگاهی باشد؛ افزون بر نام تکنسین، نام دستیار آنستزیولوژی درگیر در آنستزیِ بیمار و نام آنستزیولوژیستِ مسؤول، نوشته شده و آنستزیولوژیست مسؤول امضا کرده و مهر بزند.

خواهشمندیم خوانا و به تفکیک، مطلب هر بخش را در جای ویژه‌ی همان مطلب بنویسید.

راهنمای تکمیل پشت برگ بیهوشی

۱) در بالاترین ردیف پشت برگ بیهوشی، نام جراح، کمک جراح و پرستاران اسکراب و سیرکولر نوشته می‌شود.

(تکمیل بخشهای ذیل در این فرم، براساس گفتگو با بیمار و گرفتن شرح حال و بررسی پیشینه بیمار در اتاق عمل و مطالعه کامل پرونده بیمار و آگاهی از دیدگاه های همکاران مشاور می باشد.)

۲) **نتایج آزمایشگاهی** که از HIS یا از پرونده‌ی بیمار استخراج شده‌اند، در ردیف بعدی نوشته شود.

۳) در بخش بعدی **نتایج پاراکلینیکی**را؛یعنی یافته‌های رادیوگرافی (مثل: بسته بودن زوایای کوستوفرنیک در Chest X-ray یا نمای چکمه‌ای قلب در گرافی قفسه‌سینه یا هر یافته‌ی رادیوگرافیک دیگر)، اکوکاردیوگرافی (ازجمله: برون‌ده قلب EF، وضعیت دریچه‌های قلب، فشار شریان ریوی و ...)، الکتروکاردیوگرافی (برای نمونه: تاکیکاردی، برادیکاردی، انحراف محور قلب، RBBB، LBBB، وجود PAC یا PVC و ...)، اسپیرومتری (برای نمونه:FEV1، FVC، الگوی انسدادی یا تحدیدی ریوی و ....) به دقت یادداشت کنید.

۴) **مشاوره قلب یا سایر مشاوره ها:** نتیجه‌ی مشاوره با همکاران دیگر مانند متخصصان قلب، غدد، ریه و تنفس، پزشکی قانونی، کودکان و ... را در این قسمت بنویسید.

۵) **حساسیت دارویی**: سابقه حساسیت های دارویی و غذایی یا فصلی را و نیزنام دارو یا مواد و غذای حساسیت‌زا رادر این بخش یادداشت کنید.

۶) **عوارض پیش از عمل؛** هرگونه رخداد یا عارضه‌ی پیش آمده پیش از آغاز کار است، برای نمونه هرگونه افزایش یا کاهش فشارخون یا ضربان قلب، افت یا افزایش قندخون بیمار و ... را در این قسمت یادداشت کنید.

۷) **عوارض هنگام عمل؛** رخدادهایی را که در میانه‌ی کار و زیر آنستزی پیش آمده است، مانند واکنشهای ناشی از انتقال خون در اتاق عمل، خونریزی-های غیرعادی و شدید هنگام جراحی، دیس‌ریتمی‌ها، ارست قلبی _ تنفسی و .... را در این کادر ثبت کنید.

۸) **عوارض پس از عمل؛** اتفاقاتی را که پس از پایان عمل در اتاق عمل یا ریکاوری رخ داده‌انددراین بخششبت خواهیدکرد. در عملِ سزارین، جنس و وزن و نمره‌ی آپگار نوزاد در دقیقه‌های یکم و پنجم را نیز در این کادر یادداشت کنید.

۱۰) در سطر بعدی زمان های دقیق (ساعت و دقیقه) شروع و پایان و در نهایت، مدت زمان کل بیهوشی را ثبت کنید.

۹) در آخرین ردیف فرم؛ شرایط بیمار هنگام تحویل (End time) به ریکاوری (**PACU-** Post Anesthesia Care Unit) را ثبت کنید. در این بخش افزون بر علایم حیاتی، نمره‌ی درد بیمار بر پایه‌ی VAS(از ۱ تا ۱۰)، SpO_2 و FiO_2و سطح هوشیاری بیمار رانیز ثبت کنید. اگر بیمار ترومایی است، سطح هوشیاری وی برپایه‌ی GCS و از عدد ۱۵ محاسبه گردد و اگر بیمار، الکتیو غیرترومایی است، بر اساس Ramsay sedation scale و از عدد ۱ تا ۶ محاسبه خواهدشد.

۱۰) اگر بیمار مستقیما از اتاق عمل به ICU منتقل گردد، در بخش پیش‌گفته، PACU را خط زده و بنویسید:ICU. ولی علایم حیاتی با همان روش، ثبت خواهند گردید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ گزارش بیدردی زایمان توسط آنستزیولوژیست

PAINLESS LABOR ANESTHESIA REPORT FORM

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج :	Father's Name: نام پدر :	Name: نام :	Family Name: نام خانوادگی :
Midwife: ماما :	Date of Admission: تاریخ بستری :	Gest. Age (weeks) سن بارداری (هفته):	Birth date : تاریخ تولد:
Anesthesia nurse: کارشناس هوشبری:	Date of Analgesia: تاریخ بیدردی :	Gravid No: تعداد بارداری: Ab. No: تعداد سقط:	Weight: وزن:

Technique: روش بیدردی :

☐Entonox ☐IV Sedation ☐Others:

Spinal: Niddle gauge: Space: Level: ☐Catheter

Epidural: Niddle gauge: Space: Level: ☐Catheter

CSE: Niddle gauge: Space: Level: ☐Catheter

Premed: ☐Midazolam ☐ Fentanyl ☐Sufentanil ☐Others:

Bolus Drugs:……

Maintenance Drugs: ……

Initial Condition Of Patient : وضعیت مامایی بیمار در شروع بیدردی :

Candidate for NVD☐ کاندید بودن بیمار برای زایمان طبیعی☐

Dilatation: دیلاتاسیون :

Effacement: افاسمان :

Duration: مدت هر درد :

Frequency: فرکانس درد :

Oxytocin Administration☐ تجویز اکسی توسین ☐

Expected Time For Delivery: زمان تقریبی انتظار زایمان :

Hx Of Systemic Diseases: سابقه بیماریهای سیستمیک :

ASA :

	0	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
Maintenance rate (cc/h)																		
Top-up doses																		
شدت درد (Pain Integrity / VAS: 0-10)																		
دیلاتاسیون (Dilatation)																		
افاسمان (Effacement)																		
نزول (Station)																		
HR																		
SPO_2																		
BP 220																		
200																		
180																		
160																		
140																		
120																		
100																		
80																		
60																		
40																		
20																		

توضیحات و مشکلات حین بیدردی (از جمله وقوع ضرورت انجام سزارین):

Any unexpected Problems (Including C/S necessity)

مایعات (Fluids):					
سرم (Crystalloid) →					جمع (Total) :
کلوئید (Colloid) →					جمع (Total) :

آپگار دقیقه اول (1st min Apgar):

آپگار دقیقه پنجم (5th min Apgar):

ساعت شروع بیدردی (Start Time):

مدت بیدردی (Duration) :

ساعت زایمان (Delivery Time):

Anesthesiologist Signature : نام و امضاء آنستزیولوژیست :

Final Status of Patient: وضع بیمار پس از زایمان:

☐ Stable ☐ unstable ☐Transfer to ICU/CCU

☐ Awake ☐ Confused

Monitorings: پایش‌ها:

☐NIBP

☐SPO_2

☐ECG

IR.MOHHIM-9912-A03-1.1

PAINLESS LABOR ANESTHESIA

گزارش بیدردی زایمان

راهنمای تکمیل فرم بیدردی زایمان توسط آنستزیولوژیست

- سن بارداری، تعداد بارداری، تعداد سقط، وضعیت مامایی بیمار در شروع بیدردی و زمان تقریبی انتظار زایمان، منطبق با نظر مکتوب اصلیترین فرد مسئول زایمان (متخصص زنان یا ماما)، در محل مربوطه در برگه توسط تیم بیهوشی ثبت میشود.

- کادر مربع کوچکی جهت تایید کاندید بودن بیمار برای زایمان طبیعی در نظر گرفته شده که لازم است قبل از شروع ارائه سرویس بیدردی به بیمار، تیک بخورد تا فقط بیماران کاندید زایمان طبیعی، سرویس بیدردی را دریافت کنند.

- اگر در سیر زایمان، به بیمار اکسی توسین تجویز شود، کادر مربع مربوطه تیک خواهد خورد.

- وضعیت سلامت عمومی فرد باردار از نظر وجود یا عدم بیماریهای سیستمیک و میزان شدت آن (ASA) توسط آنستزیولوژیست در کادر مربوطه ثبت خواهد شد.

- در بخش روش بیدردی، روش یا روشهای انتخابی برای کاهش درد بیمار درج میگردد.

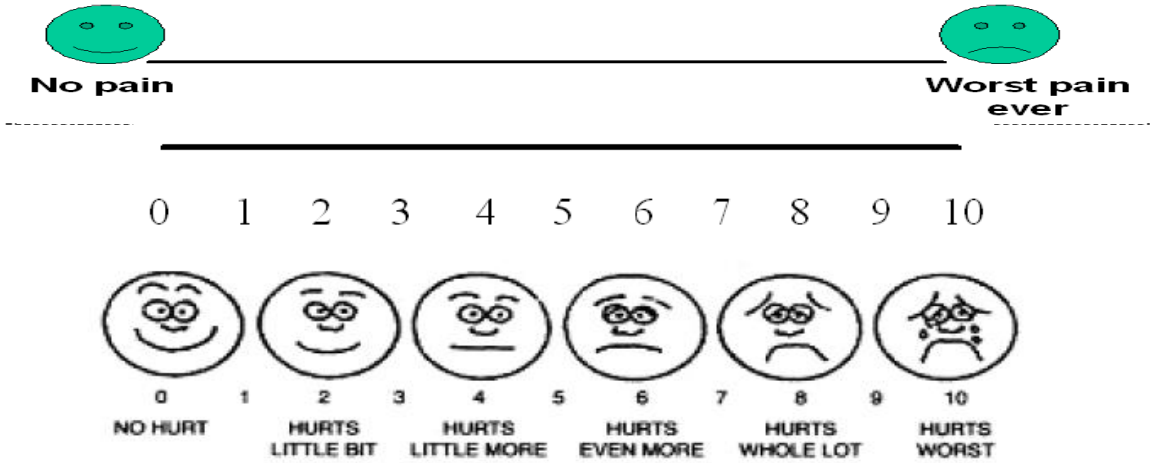
- اگر پیش دارو (Premed) استفاده شده و نیز داروهای اولیه (Bolus) و داروهای بعدی (Maintenance) با ذکر دوز ثبت میگردند.

- در جدول شطرنجی، اعداد مربوط به ایتم های سمت چپ جدول (فشارخون بیمار، افاسمان برحسب درصد، دیلاتاسیون بر حسب سانتیمتر، میزان نزول از ۳- تا ۳+، شدت درد برحسب نمره VAS از صفر تا ده، دوز نگهدارنده داروی ضددرد انفوزیونی برحسب سی‌سی، تزریق احتمالی دوزهای بیدردی Top-upو نیز میزان HR و عدد پالس‌اکسیمتری) بر حسب سیر زمانی درج میشوند.

- طبعا برای درج مقادیر مربوط به معاینات مامایی بیمار، ارزیابی‌های اعلام شده توسط عامل مسئول زایمان ملاک قرار خواهد گرفت.

- جهت تعیین و ثبت میزان درد بیمار در طول مدت زایمان، تخصیص نمرات صفر تا ده بروش VAS انجام خواهد یافت.

Visual Analogue Scale (VAS)



- در صورت وقوع اتفاقات مهمی که بر سیر اصلی زایمان تاثیرگذار باشد (مانند بروز اندیکاسیونهای سزارین) موضوع در کادر مربوطه ثبت شود.

- میزان و نوع مایعات دریافتی مادر در تمام مدت زایمان، در کادر زیر جدول شطرنجی، ثبت خواهد شد

- پس از زایمان نیز ساعت مربوطه، مدت زایمان، آپگارهای دقایق یک و پنج نوزاد، وضعیت مادر پس از زایمان، مانیتورینگها و نام متخصص بیهوشی مجری بیدردی، ثبت خواهد شد.