وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

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

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

کارت داروئی

CARDEX

Insurance No:	شماره و نوع بیمه:
Unit No:	شماره پرونده:

Attending Physician:	پزشک معالج:	BG & Rh:	گروه خونی:
		Dry Weight:	وزن خشک:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Start of DX:	تاریخ شروع دیالیز:
		Last name:	نام خانوادگی:
		Name:	نام:
		Father name	نام پدر:
		Date of Birth:	تاریخ تولد:

توجهات پرستاری

پیگیری	انفوزیون خون		اطلاعات مربوط به همودیالیز	
	نوع فراورده	تاریخ آنفوزیون	مدت دیالیز	
			تعداد جلسات هفتگی	
			فلوی خون	
			فلوی محلول دیالیز	
			نوع صافی	
			درجه حرارت محلول دیالیز	
			میزان هپارین	

واکسیناسیون			مارکرهای ویروسی		دسترسی عروقی	
تاریخ شروع واکسیناسیون	دوز اول			HBS Ag	راه دستیابی عروقی	
	دوز دوم			HBS Ab	نوع و محل کاتتر	
	دوز سوم			HCV Ab	تاریخ کاتتر گذاری	
	دوز چهارم			HIV Ab	روش هپارینه کردن	
تاریخ شروع دوره دوم					تاریخ گرافت/ فیستول گذاری	

دستورات داروئی

داروهای تزریقی					داروهای خوراکی				
ساعت دارو	دوز دارو	نام دارو	تاریخ اتمام دارو	تاریخ شروع دارو	ساعت دارو	دوز دارو	نام دارو	تاریخ اتمام دارو	تاریخ شروع دارو