جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۵۴۰۰/۱۱۰۳۱
تاریخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۲
پیوست دارد

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

موضوع: ابلاغ ویرایش اول فرم های پرونده دیالیز

با سلام و احترام

به استحضار می رساند پیرو بازنگری فرم های پرونده پزشکی، پرونده دیالیز توسط گروه درمان بیماری های خاص و گروه تغذیه بالینی تحت بازنگری قرار گرفت و در این مرکز بررسی و کد کشوری اختصاص یافت. به پیوست ویرایش اول فرم های پرونده دیالیز ارسال می گردد خواهشمند است دستور فرمایید فرم های پیوست به بیمارستانها و مراکز دیالیز تحت نظارت جهت بهره برداری ارسال گردد. لازم به ذکر است در پرونده دیالیز علاوه بر فرم های ابلاغی، فرم های شرح حال و دستورات پزشکی نیز ضروری می باشد.

دکتر رضا گل پیرا
رئیس مرکز مدیریت بیمارستانی
و ارتقای خدمات بالینی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

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

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

گزارش پرستاری همودیالیز
HEMODIALYSIS REPORT SHEET

Insurance No: شماره و نوع بیمه:

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Last Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Bed: تخت:	Name: نام:
Time on: ساعت شروع:	Shift: نوبت کاری:	Father Name: نام پدر:
Time off: ساعت پایان:		Date of Birth: تاریخ تولد:

Diagnosis: تشخیص: Acute renal failure ☐ نارسایی حاد کلیه Chronic renal failure ☐ نارسایی مزمن کلیه

Vital Signs Before Dialysis: علائم حیاتی قبل از دیالیز:

وزن: Weight Kg	فشار خون: B.P mmHg	درجه حرارت: T°C	تعداد ضربان: PR/min	تعداد تنفس: R.R/min

Vital Signs After Dialysis: علائم حیاتی بعد از دیالیز:

وزن: Weight Kg	فشار خون: B.P mm Hg	درجه حرارت: T°C	تعداد ضربان: PR/min	تعداد تنفس: R.R/min

Kind of Vascular Access: نوع دسترسی به عروق:

فیستول شریانی وریدی: ☐ A.V Fistula: کاتتر ورید مرکزی: ☐ C.V.C: موقت: ☐ Tem C.: دائم: ☐ Perm C.: رگ مصنوعی: ☐ Graft: سایر موارد: ☐ Others:

نوع و شماره ماشین دیالیز:	Dialyzer: نوع صافی:

وزن خشک: Dry Weight:	جریان خون: Blood Flow:	جریان محلول: Dialysate F:
TMP:	نوع بافر: Buffer:	دمای محلول: Dialysate Temp:

مارکرهای ویروسی	HBS ☐ HCV ☐ HIV ☐	غلظت سدیم محلول: Sodium Con	میزان UF:
فشار شریانی: Arterial P:		فشار وریدی: Venous P:	

پروفایل: سدیم ☐ Sodium بیکربنات ☐ Bicarbonate دما ☐ Temp محلول دیالیز ☐ Dialysate اولترافیلتراسیون ☐ Ultra filtration Profile:

ارزیابی بیمار توسط پرستار حین دیالیز: Nursing Evaluation:

ساعت: Time:	فشار خون: Blood P:	عوارض احتمالی: Complications:	اقدام درمانی: Treatment:

هپارین مصرفی: Prescription Heparin:

Prime: Units

Bolus: Units

Continuous: Units

Total: Units

فرآورده‌های خونی و داروهای مصرفی: Medication:

نام دارو	مقدار مصرف	نحوه مصرف

پرستار شروع کننده دیالیز:	پرستار تمام کننده دیالیز:

IR.MOHHIM-9905-1.0-D01

دستورات پزشک در صورت نیاز بیمار به اقدام درمانی در حین دیالیز

ملاحظات پرستاری

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

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

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

Insurance No: شماره و نوع بیمه:

یافته‌های آزمایشگاهی

LABORATORY RESULT SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Last name: نام خانوادگی:	Ward: بخش:	Attending Physician: پزشک معالج:	
Name: نام:	Bed: تخت:		
Father name: نام پدر:	Shift: نوبت کاری:	Date of Admission: تاریخ پذیرش:	
Date of Birth: تاریخ تولد:			

آزمایشات ماهانه	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
Hgb												
Hct												
PLt												
FBS برای دیابتیک‌ها												
BUN قبل												
BUN بعد												
K												
Ca												
P												
KT/V												
URR												

آزمایشات سه ماهه	خرداد	شهریور	آذر	اسفند
Ghol				
TG				
Bil.(T)				
Bil.(D)				
Iron سرم				
TIBC				
Ferritin				
Na				
Bicarbonate گرم				
AlKp				
Cr				
AIb سرم				
PTH				

آزمایشات شش ماهه	شهریور	اسفند
HBS Ag		
AST		
ALT		
آزمایشات سالانه		
سطح سرمی ویتامین D		
HBS Ab		
HCV Ab		

*- انجام کلیه آزمایشات اعم از ماهانه، سه ماهه و شش ماهه و سالانه در بدو ورود الزامی است.

IR.MOHHIM-9905-1.0-D02

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

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

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

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

ملاحظات پرستاری بدو پذیرش

Insurance No: شماره و نوع بیمه:

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Name: نام:	Last name: نام خانوادگی:	
	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father name: نام پدر:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Ward: بخش:	P. Birth: محل تولد:	
Marital status: مجرد Single ☐ متأهل Married ☐ وضعیت تاهل:	Sex: مؤنث F ☐	جنسیت: مذکر M ☐	
Education: تحصیلات:	Occupation:	شغل:	
	تلفن:	آدرس:	

وضعیت عمومی بیمار: General condition:

اختلال هوشیاری ☐ اختلال بینائی ☐ اختلال حرکتی ☐ اختلال تکلم ☐ اختلال شنوائی ☐

سابقه مصرف سیگار: بلی پاکت در روز: سابقه اعتیاد: نوع مواد:

حالت روحی بیمار: Mental Status:

باور ☐ انکار ☐ افسرده ☐ پرخاشگر ☐

اطلاعات و سوابق بالینی:

قد: وزن: فشار خون: سابقه بیوپسی ☐ سابقه حساسیت داروئی ☐

سابقه همودیالیز ☐ سابقه دیالیز صفاقی ☐ سابقه فامیلی دیالیز ☐ سابقه پیوند ☐ سابقه واکسیناسیون هپاتیت B ☐

سابقه سایر بیماری‌ها:

مارکرهای ویروسی HBV ☐ HCV ☐ HIV ☐

علت ESRP: دیابت ☐ (تاریخ تشخیص:) فشار خون ☐ (تاریخ تشخیص:)

مشکلات اورولوژیک و انسدادی ☐ کلیه پلی کیستیک ☐ گلومرولونفریت ☐ سایر موارد ☐

نوع دسترسی عروقی: Kind of vascular access:

کاتتر موقت ☐ تاریخ: کاتتر دائم ☐ تاریخ: فیستول ☐ تاریخ: گرافت ☐ تاریخ:

اطلاعات، سوابق و ارزیابی اولیه تغذیه ای (توسط پرستار)*:

سابقه مشاوره تغذیه ویژه دیالیز در ۶ ماه اخیر:	ندارد ☐	دارد ☐	زمان آخرین مشاوره تغذیه:.....

بی اشتهایی طی هفته گذشته☐ کاهش دریافت غذا طی هفته گذشته☐ کاهش وزن ناخواسته☐ سابقه حساسیت غذایی☐ نمایه توده بدنی کمتر از ۲۰☐

نتیجه ارزیابی اولیه تغذیه ای

ارجاع جهت ارزیابی تخصصی تغذیه ای ☐	ارجاع جهت پیگیری رعایت رژیم غذایی بعد از یک ماه ☐	تکرار ارزیابی اولیه بعد از ۶ ماه لازم است☐

ملاحظات تغذیه ای ویژه کارشناس تغذیه: (هشدارها ونکات قابل توجه برای پرستار):

نام و امضای پرستار پذیرش دهنده:

IR.MOHHIM-9905-1.0-D04

* ضروری است در صورت پذیرش بیمار دیالیزی برای اولین بار (New Case) ، بیمار در بدو پذیرش مورد ارزیابی تخصصی تغذیه ای با درخواست از کارشناس تغذیه قرار گیرد و پس از یک ماه، لازم است کارشناس تغذیه با استفاده از فرم پیگیری وضعیت تغذیه، پیروی از رژیم غذایی تنظیم شده در نوبت قبل را ارزیابی نماید.

* در صورت نداشتن مشاوره تغذیه ویژه دیالیز در ۶ ماه اخیر و یا در صورت داشتن مشاوره همراه با یکی از علائم فوق، لازم است بیمار به مشاور تغذیه جهت ارزیابی تخصصی تغذیه ای معرفی و ارجاع داده شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Unit No: شماره پرونده:

برگ شرح حال و معاینه بدنی

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

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:

Chief Complaint: ..... شکایت اصلی بیمار :

History of Present Illness: ..... :تاریخچه بیماری فعلی

Past Diseases History: ..... تاریخچه بیماریهای قبلی:

Current Drug Theraphy & Other Addiction: ..... داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات:

Allergy to: ..... :حساسیت به:

Family History: ..... سوابق فامیلی:

Physical & Clinical Examination: معاینات بدنی و بررسی های بالینی:

Skin: ☐ ..... ☐ پوست:

SKull: ☐ ..... ☐ جمجمه:

Ear: ☐ ..... ☐ گوش:

Please Complete the Reverse Side. لطفاً پشت صفحه را تکمیل کنید.

برگ شرح حال و معاینه بدنی

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (Countinued): **معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی(ادامه):**

Eyes: ☐ ..... ☐ :چشم

Nose: ☐ ..... ☐ :بینی

Mouth: ☐ ..... ☐ :دهان

Throat: ☐ ..... ☐ :گلو

Neck: ☐ ..... ☐ :گردن

Lymph Nodes: ☐ ..... ☐ :غدد لنفاوی

Chest: ☐ ..... ☐ :قفسه سینه

Breast: ☐ ..... ☐ :پستان

Heart: ☐ ..... ☐ :قلب

Lung: ☐ ..... ☐ :ریه

Vessels: ☐ ..... ☐ :عروق

Abdomen: ☐ ..... ☐ :شکم

Genital Organ (Male): ☐ ..... ☐ :اندام تناسلی (مذکر)

Genital Organ (Female): ☐ ..... ☐ :اندام تناسلی(مؤنث)

Rectum: ☐ ..... ☐ :مقعد

Nervous System: ☐ ..... ☐ :اعصاب

Extremities: ☐ ..... ☐ :اندامها (فوقانی، تحتانی)

Bones-Joints-Muscles: ☐ ..... ☐ :استخوان- مفاصل- عضلات

توضیح :در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگاههای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت ☒ مشخص گردد.

NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with ☒

SUMMARY: خلاصه:

Primary DX: تشخیص اولیه:

Signature of Examining Physician: امضاء پزشک معاینه کننده:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

برگ دستورات پزشک

PHYSICAN'S ORDER SHEET

Unit No: شماره پرونده:

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

امضاء پرستار Signature of Nurses	امضاء پزشک Signature of Physician	دستورات Orders	ساعت Time	تاریخ Date

برگ دستورات پزشک
PHYSICAN'S ORDER SHEET

امضاء پرستار Signature of Nurses	امضاء پزشک Signature of Physician	دستورات Orders	ساعت Time	تاریخ Date