

## وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Insurance No:	شماره و نوع بیمه:	گزارش پرستاری همودیالیز HEMODIALYSIS REPORT SHEET	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:	Chronic renal failure <input type="checkbox"/> نارسایی مزمن کلیه	Acute renal failure <input type="checkbox"/> نارسایی حاد کلیه
------------	--	---

Vital Signs Before Dialysis:				علائم حیاتی قبل از دیالیز:	
وزن:	فشار خون:	درجه حرارت:	تعداد ضربان:	تعداد تنفس:	
Weight Kg	B.P mmHg	T <sup>°C</sup>	PR/min	R.R/min	

Vital Signs After Dialysis:				علائم حیاتی بعد از دیالیز:	
وزن:	فشار خون:	درجه حرارت:	تعداد ضربان:	تعداد تنفس:	
Weight Kg	B.P mmHg	T <sup>°C</sup>	PR/min	R.R/min	

Kind of Vascular Access:		نوع دسترسی به عروق:	
Others: <input type="checkbox"/>	Graft: <input type="checkbox"/>	Perm C.: <input type="checkbox"/>	Tem C.: <input type="checkbox"/>
فیستول شریانی وریدی: <input type="checkbox"/> A.V Fistula		کاتتر ورید مرکزی: <input type="checkbox"/> C.V.C	
موقت: <input type="checkbox"/>		دائم: <input type="checkbox"/>	

Dialyzer:	نوع صافی:	نوع و شماره ماشین دیالیز:
-----------	-----------	---------------------------

Dialysate F:	جریان محلول:	Blood Flow:	جریان خون:	Dry Weight:	وزن خشک:
--------------	--------------	-------------	------------	-------------	----------

Dialysate Temp:	دمای محلول:	Buffer:	نوع بافر:	TMP:
-----------------	-------------	---------	-----------	------

Venous P:	فشار وریدی:	Arterial P:	فشار شریانی:	Sodium Con	غلظت سدیم محلول:	HBS <input type="checkbox"/>	مارکرهاي
					میزان UF:	HCV <input type="checkbox"/>	ویروسی
						HIV <input type="checkbox"/>	

Profile:	<input type="checkbox"/> اولترافیلتراسیون	<input type="checkbox"/> محلول دیالیز	<input type="checkbox"/> دما	<input type="checkbox"/> بیکربنات	<input type="checkbox"/> سدیم	پروفایل:
	Ultra filtration	Dialysate	Temp	Bicarbonate	Sodium	

Nursing Evaluation:	ارزیابی بیمار توسط پرستار حین دیالیز:
---------------------	---------------------------------------

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

Medication:	فراآورده های خونی و داروهای مصرفی:	Prescription Heparin:	هیپارین مصرفی:
نحوه مصرف	مقدار مصرف	نام دارو	
			Prime: Units
			Bolus: Units
			Continuous: Units
			Total: Units

پرستار شروع کننده دیالیز:	پرستار تمام کننده دیالیز:
---------------------------	---------------------------



## وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; 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:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Last name: نام خانوادگی:								
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Bed: تخت:		Name: نام:								
		Shift: نوبت کاری:		Father name: نام پدر:								
				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												
Alb سرم												
PTH												
آزمایشات شش ماهه	شهریور					اسفند						
HBS Ag												
AST												
ALT												
آزمایشات سالانه												
سطح سرمی ویتامین D												
HBS Ab												
HCV Ab												

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 دارویی

CARDEX

Insurance No:

شماره و نوع بیمه:

Unit No:

شماره پرونده:

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

توجهات پرستاری

اطلاعات مربوط به همودیالیز	انفوزیون خون		پیگیری		
	مدت دیالیز	تاریخ آنفوزیون		نوع فراورده	
تعداد جلسات هفتگی					
فلوی خون					
فلوی محلول دیالیز					
نوع صافی					
درجه حرارت محلول دیالیز					
میزان هپارین					
دسترسی عروقی		مارکرهای ویروسی		واکسیناسیون	
راه دستیابی عروقی	HBS Ag		دوز اول	تاریخ شروع واکسیناسیون	
نوع و محل کاتتر	HBS Ab		دوز دوم		
تاریخ کاتتر گذاری	HCV Ab		دوز سوم		
روش هپارینه کردن	HIV Ab		دوز چهارم		
تاریخ گرافت / فیستول گذاری					تاریخ شروع دوره دوم

دستورات دارویی

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

## وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health &amp; 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 خانوادگی:
Date of Admission:	تاریخ پذیرش:	Date of Birth:	تاریخ تولد:
Marital status:	<input type="checkbox"/> Single مجرد <input type="checkbox"/> Married متأهل	Ward:	بخش:
Sex:	<input type="checkbox"/> F مؤنث <input type="checkbox"/> M مذکر	P. Birth:	محل تولد:
Education:	تحصیلات:	Occupation:	شغل:
تلفن:		آدرس:	
General condition:			
<input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> اختلال بینایی <input type="checkbox"/> اختلال حرکتی <input type="checkbox"/> اختلال تکلم <input type="checkbox"/> اختلال شنوایی			
سابقه مصرف سیگار: بلی پاکت در روز: سابقه اعتیاد: نوع مواد:			
Mental Status:			
<input type="checkbox"/> باور <input type="checkbox"/> انکار <input type="checkbox"/> افسرده <input type="checkbox"/> پرخاشگر			
اطلاعات و سوابق بالینی:			
قد: وزن: فشار خون: سابقه بیوپسی: سابقه حساسیت دارویی: سابقه همودیالیز: سابقه دیالیز صفاقی: سابقه فامیلی دیالیز: سابقه پیوند: سابقه واکسیناسیون هیپاتیت B:			
مارکهای ویروسی: HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/>			
علت ESRP: دیابت <input type="checkbox"/> (تاریخ تشخیص: ) فشار خون <input type="checkbox"/> (تاریخ تشخیص: )			
مشکلات اورولوژیک و انسدادی <input type="checkbox"/> کلیه پلی کیستیک <input type="checkbox"/> گلو مریولونفریت <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>			
Kind of vascular access:			
کاتتر موقت <input type="checkbox"/> تاریخ: کاتتر دائم <input type="checkbox"/> تاریخ: فیستول <input type="checkbox"/> تاریخ: گرافت <input type="checkbox"/> تاریخ:			
اطلاعات، سوابق و ارزیابی اولیه تغذیه ای (توسط پرستار):*			
سابقه مشاوره تغذیه ویژه دیالیز در ۶ ماه اخیر: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> زمان آخرین مشاوره تغذیه: .....			
بی اشتها طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> کاهش دریافت غذا طی هفته گذشته <input type="checkbox"/> کاهش وزن ناخواسته <input type="checkbox"/> سابقه حساسیت غذایی <input type="checkbox"/> نمایه توده بدنی کمتر از ۲۰ <input type="checkbox"/>			
نتیجه ارزیابی اولیه تغذیه ای			
ارجاع جهت ارزیابی تخصصی تغذیه ای <input type="checkbox"/> ارجاع جهت پیگیری رعایت رژیم غذایی بعد از یک ماه <input type="checkbox"/> تکرار ارزیابی اولیه بعد از ۶ ماه لازم است <input type="checkbox"/>			
ملاحظات تغذیه ای ویژه کارشناس تغذیه: (هشدارها و نکات 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.