

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:	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:	تشخیص:	Chronic renal failure ☐ نارسایی مزمن کلیه	Acute renal failure ☐ 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°C	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°C	PR/min	R.R/min	

Kind of Vascular Access:	نوع دسترسی به عروق:
--------------------------	---------------------

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

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

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 ☐	مارکهای
						HCV ☐	
						HIV ☐	ویروسی

Profile:	☐ اولترافیلتراسیون	☐ محلول دیالیز	☐ دما	☐ بیکربنات	☐ 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:	فرآورده های خونی و داروهای مصرفی:	Prescription Heparin:	هیپارین مصرفی:
نام دارو	مقدار مصرف	نحوه مصرف	
			Prime: Units
			Bolus: Units
			Continuous: Units
			Total: Units

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

دستورات پزشك 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:

Attending Physician: پزشک معالج:				Ward: بخش:				Last name: نام خانوادگی:				
				Bed: تخت:				Name: نام:				
Date of Admission: تاریخ پذیرش:				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		مارکهای 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	تاریخ	نام دارو	دوز	ساعت	تاریخ	تاریخ	نام دارو	دوز	ساعت
شروع دارو	اتمام دارو		دارو	دارو	شروع دارو	اتمام دارو		دارو	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:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Date of Birth: تاریخ تولد:	
Marital status: ☐ Single مجرد ☐ Married متأهل وضعیت تاهل:		Sex: ☐ F مؤنث ☐ M مذکر جنسیت:	
Education: تحصیلات:		Occupation: شغل:	
آدرس: تلفن:			
General condition: وضعیت عمومی بیمار:			
☐ اختلال هوشیاری ☐ اختلال بینایی ☐ اختلال حرکتی ☐ اختلال تکلم ☐ اختلال شنوایی			
سابقه مصرف سیگار: بلی پاکت در روز: سابقه اعتیاد: نوع مواد:			
Mental Status: حالت روحی بیمار:			
☐ باور ☐ انکار ☐ افسرده ☐ 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 هپاتیت B سابقه سایر بیماری‌ها:			
مارک‌های ویروسی HBV ☐ HCV ☐ HIV ☐			
علت ESRP: دیابت ☐ (تاریخ تشخیص:) فشار خون ☐ (تاریخ تشخیص:) سایر موارد ☐			
مشکلات اورولوژیک و انسدادی کلیه پلی کیستیک گلو مریولونفریت			
Kind of vascular access: نوع دسترسی عروقی:			
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 اشتها 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 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.