



## شیوه نامه فرایند کاردکس نویسی

کاردکس نویسی یکی از فرآیندهای نظم دهنده و مرتبط با گزارش نویسی و انجام مراقبتهای پرستاری در جهت بهبود بیماران در طول یک شیفت کاری می باشد.

### اهداف کاردکس نویسی:

- ❖ هدف اصلی از داشتن کاردکس در بخشها :
- ❖ ایجاد نظم و هماهنگی
- ❖ سرعت عمل در مراقبتهای پرستاری از بیماران
- ❖ ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از پروسیجر های انجام شده
- ❖ برقرای ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
- ❖ پیش نویسی برای ثبت گزارش نویسی
- ❖ حداقل رساندن خطا و اشتباهات احتمالی

### نحوه ثبت اطلاعات در کاردکس مراقبتی بیمار:

۱. خوش خط و خوانا ثبت گردد.
۲. برای ثبت در کاردکس از دو رنگ خودکار (آبی، قرمز) استفاده میشود.
۳. هر آیتم در ستون خودش نوشته شود.
۴. ساعت و تاریخ پذیرش حتما ثبت گردد.
۵. کلیه اطلاعات خاص و هشدار دهنده در بالای کاردکس و با **خودکار قرمز** انجام شود.
۶. حساسیت دارویی و غذایی با **خودکار قرمز** انجام شود.
۷. احتمال خودکشی، آسیب پوستی، ممنوعیت تزریق عضلانی، با **خودکار قرمز** انجام شود.
۸. ابتلا به بیماری عفونی و خونی خاص (فاویسم، HCV، HIV، HBS) با **خودکار قرمز** انجام شود.
۹. کلیه اطلاعات موارد ثابت در کاردکس: نام و نام خانوادگی، نام پدر، سن، شماره پرونده/کد، نام پزشک، تاریخ/ساعت پذیرش و ... با خودکار آبی نوشته می شود.
۱۰. مواردی مانند HOLD یا DC شدن دارو با **خودکار قرمز** انجام شود.
۱۱. نام پرستار ادمیت کننده و پاکنویس مجدد (با قید تاریخ و شیفت) ثبت گردد.
۱۲. از اختصارات و اصطلاحات استاندارد پزشکی استفاده شود.
۱۳. ثبت داروها در کاردکس باید با ذکر تاریخ، ساعت، راه استفاده، دوز دارو، مقدار داروی تجویز شده باشد.
۱۴. در هنگام ادمیت بیماران در همه بخش ها (انتقال از بخش های ویژه به بخش های عادی و برعکس) باید کاردکس ها تمیز و مرتب باشند و در بخش مقصد نیز مجدداً " کاردکس با توجه به مراقبت های بخش پاکنویس گردد.

۱۵. در کلیه بخش ها باید کاردکس ها مرتب و طبق خط مشی موجود نوشته شده باشند و در صورت نیاز پاکنویس شوند، کلیه کاردکس های پاکنویس شده در پرونده بیمار ضمیمه باشد و هنگام انتقال به بخش مقصد تحویل داده شوند.

۱۶. کلیه اقدامات پاراکلینیکی نظیر گرافی و CT و ... با ذکر تاریخ و با خودکار آبی نوشته شود و انجام آنها و رویت توسط پزشک مربوطه با خودکار قرمز تیک زد شود.

۱۷. از هایلایت کردن موارد در کاردکس با هر وسیله ای نظیر ماژیک، مداد، خودکار رنگی و غلط گیر جداً خودداری شود.

۱۸. در صورت پاکنویس کردن کاردکس حتماً توسط دو پرستار چک شود و تاریخ و ساعت پاکنویس ثبت گردد.

۱۹. در صورت Reorder شدن مشاوره ها علاوه بر تیک قرمز انجام مشاوره، تیک قرمز جهت Reorder ثبت گردد.

### ستونهای کاردکس در بزرگسال

\*ستون مشخصات بیماران

\*ستون علائم حیاتی بدو پذیرش که شامل: Pain Score -BP-PR-T-RR:

\*سایر داروهای خوراکی و وریدی، اسپری و پماد و قطره و نبولایزر و شیاف، پروتکل انسولین، سرم باید در فضای خالی خودشان ثبت گردد.

\*نمره برادن و نمره مورس که باید محاسبه و ثبت گردد.

\*سابقه جراحی و سابقه بیماری ثبت گردد (تعداد جراحیهای انجام شده و سابقه بیماریهای زمینه ای).

\*ستونهای آزمایشات - اقدامات پاراکلینیکی (مانند اکو - تست ورزش آندوسکوپی و...) و مشاوره ها: این ستونها باید با قید تاریخ تکمیل شود.

\*ستونهای اعمال جراحی: در این قسمت باید نوع عمل جراحی و تاریخ جراحی ثبت گردد.

| سابقه حساسیت دارویی و غذایی: <b>گوجه فرنگی، سفتریکسون</b> |               |          |             |               |                      | وزن: ۷۰ Kg |             |
|-----------------------------------------------------------|---------------|----------|-------------|---------------|----------------------|------------|-------------|
| تاریخ انجام                                               | تاریخ درخواست | مشاوره   | تاریخ انجام | تاریخ درخواست | اقدامات پاراکلینیکی  | تاریخ      | آزمایشات    |
| ۴۰۳/۳/۲۰                                                  | ۴۰۳/۳/۲۰      | نورولوژی | ۴۰۳/۳/۲۰    | ۴۰۳/۳/۲۰      | سو نوگرافی شکم و لگن | ۴۰۳/۳/۲۰   | FBS-BUN- Cr |
|                                                           |               |          |             |               |                      |            |             |
|                                                           |               |          |             |               |                      |            |             |

\*ستون پروسیجرها: مربوط به انواع مراقبتهای درمانی لازم (پانسمان - دیالیز - فیزیوتراپی - گذاشتن سوند معده - سوند فولی - چست تیوپ) را با قید تاریخ شروع و یا تعویض ثبت می شود.

\*مراقبتهای تنفسی Ventilation setting: نحوه گرفتن اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار فلوی اکسیژن نوع راه هوایی مصنوعی و مشخصات ونتیلاسیون مکانیکی بیمار (مد تنفسی) اکسیژن تراپی از طریق نازال، ماسک و یا رزرو بگ ، CPAP، ونتیلاتور باید ثبت گردد.

\*رژیم غذایی: هر دستوری که پزشک معالج دستور داده است از کم نمک، کم چرب، دیابتی و... اولسری نوشته می شود. راه تغذیه بیمار در صورت داشتن NGT گاستروستومی و یا ژوژنوستومی با ذکر تاریخ آن.

\*نوع فعالیت : OOB-CBR-RBR

\*استحمام : حمام در تخت یا حمام در سرویس (ساعت و تاریخ آن باید ثبت شود)

| اعمال جراحی                        |          |            | تاریخ/ساعت | عملیات احیا | تاریخ تعویض | تاریخ شروع | تاریخ تعویض             | تاریخ شروع | پروسیجر    |
|------------------------------------|----------|------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------------------|------------|------------|
| نوع جراحی                          | تاریخ    | نوع بیهوشی |            |             |             |            | ۴۰۲/۳/۲۳                |            | پانسمان    |
| کوله سیستکتومی                     | ۴۰۲/۳/۲۱ | اسپاینال   |            |             |             |            |                         |            | دیالیز     |
|                                    |          |            |            |             |             |            |                         |            | چست تیوپ   |
|                                    |          |            |            |             |             |            |                         |            | درن        |
|                                    |          |            |            |             |             |            |                         |            | لوله تراشه |
| مراقبت تنفسی و Ventilation setting |          |            |            |             |             |            |                         |            | لوله معده  |
| ۲ لیتر با نازال ۴۰۲/۳/۲۱ O2        |          |            |            |             |             |            | <del>DC ۴۰۲/۳/۲۲-</del> |            | سوند فولی  |
|                                    |          |            |            |             |             |            |                         |            | CVL        |
|                                    |          |            |            |             |             |            |                         |            | فیزیوتراپی |
| رژیم غذایی: PO-مایعات              |          |            |            |             |             |            |                         |            | LP         |
| نوع فعالیت: RBR                    |          |            |            |             |             |            |                         |            | ونتیلاتور  |
| استحمام : ۴۰۲/۳/۲۴                 |          |            |            |             |             |            |                         |            | همو دیالیز |

\*پشت صفحه مجدد ستون مشخصات کامل گردد.

\*پروتکل انسولین مربوط به بیماران دیابتی می باشد و چنانچه سابقه مصرف در منزل را داشتند در این قسمت وارد شود.

\*انواع فراوردههای خونی، میزان حجم، گروه خونی، ساعت و تاریخ آن را در ستونهای مربوطه ثبت گردد.

## کاردکس درنوزادان و NICU :

|               |                 |                              |                       |                    |        |                |
|---------------|-----------------|------------------------------|-----------------------|--------------------|--------|----------------|
| مشخصات        | آپگار: ۹        | دور سر:                      | دور سینه:             | قد:                | وزن: ۳ | درجه حرارت: ۳۷ |
| مادر و نوزاد  | نوع زایمان: C/S | تاریخ و ساعت زایمان ۴۰۳/۳/۲۳ | پزشک مادر: دکتر محمدی | نسبت فامیلی: دارند |        |                |
|               | جنس: دختر       | BG/RH مادر: A+               | AB+ نوزاد: BG/RH      |                    |        |                |
| سابقه بیماری  | ندارد           |                              |                       |                    |        |                |
| حساسیت دارویی | ندارد           |                              |                       |                    |        |                |
| سابقه جراحی   | ندارد           |                              |                       |                    |        |                |

\*در قسمت آخر فرآورده های خونی که چنانچه نوزاد نیاز به Change blood و یا تزریق خون داشته باشند در این قسمت وارد می شود.

\*قسمت واکسیناسیون و سابقه مصرف دارو در منزل این قسمت تکمیل می گردد.

## اختصارات:

|                                                                 |                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| HTN=Hypertension                                                | فشار خون بالا                     |
| SC= subcutaneous                                                | زیر جلدی                          |
| IM= Intramuscular                                               | داخل عضلانی                       |
| ID=Intradermal injection                                        | داخل جلدی                         |
| CBR= Complete Bed Rest                                          | استراحت مطلق                      |
| RBR= Relative Bed Rest                                          | استراحت نسبی                      |
| NGT= Naso-Gastric Tube                                          | لوله معده ای - بینی               |
| CVC= Central venous catheter OR<br>CV Line= central venous line | کاتتر ورید مرکزی                  |
| serum                                                           | سرم                               |
| HBSAg+= Hepatitis B surface antigen                             | سطح آنتی ژنی هپاتیت B             |
| Lab test                                                        | آزمایشات                          |
| Imaging&Paraclinic                                              | تصویر برداری و اقدامات پاراکلینیک |
| Consultation                                                    | مشاوره ها                         |
| syrup                                                           | شریت                              |
| Topical Ointment                                                | پماد موضعی                        |
| Topical Gel                                                     | ژل موضعی                          |
| Suppository                                                     | شیاف                              |
| Drop                                                            | قطره                              |
| Inhalation Spray                                                | اسپری استنشاقی                    |

## تهیه و تنظیم:

اکرم زاکانی (کارشناس آموزش مدیریت پرستاری- دانشگاه علوم پزشکی البرز)