**چک لیست­های پروسیجرهای عملی پرستاری**

**دانشگاه علوم پزشکی تبریز**

**دانشکده پرستاری و مامایی**

**سال 1392**

عناوین صفحه

[چک لیستهای پروسیجرهای بالینی مراقبتهای پرستاری بزرگسالان 2](#_Toc60776038)

[پیشگیری از انتقال عفونت 2](#_Toc60776039)

[حرکت دادن و تامین آسایش بیمار 3](#_Toc60776040)

[کنترل علائم حیاتی 3](#_Toc60776041)

[تجویز داروها 4](#_Toc60776042)

[تزریقات 4](#_Toc60776043)

[مراقبت از سیستم تنفسی 5](#_Toc60776044)

[مراقبت از سیستم ادراری 5](#_Toc60776045)

[مراقبت از سیستم گوارشی 5](#_Toc60776046)

# چک لیست­های پروسیجرهای بالینی مراقبتهای پرستاری بزرگسالان

|  |  |
| --- | --- |
| پیشگیری از انتقال عفونت | |
|  | [شستن دستها](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\41.%20SHOSTANA%20DASTHA.pdf) |
|  | [اسکراب کردن](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\1ASKRAB.pdf) |
|  | [پوشیدن و خارج کردن ماسک صورت](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\19,%20POSHIDANA-%20MASK.pdf) |
|  | [پوشیدن و خارج کردن دستگش استریل](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\17,KARAJ%20KARDANA%20-DACTKASH%20ASTRIL.pdf) |
|  | [پوشیدن و خارج کردن دستکش ­های یکبار مصرف](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\18,DASTKASH-%20EAKBAR%20MASRAF.pdf) |
|  | [پوشیدن و خارج کردن گان](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\16,POSHIDANA%20-GON.pdf) |
|  | [پوشیدن گان و دستکش استریل در نقش فرد اسکراب](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\GROH\010daskash%20.pdf) |
|  | [پوشاندن گان و دستکش](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\15,POSHANDAN-GAN.pdf) |
|  | [پوشاندن دستکش و گان به فرد دیگر](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\14,POSHANDAN%20-BA%20FARD%20DEGAR.pdf) |
|  | [پوشاندن دستکش به روش بسته](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\13,DASKASH.%20BASTA.pdf) |
|  | [پوشاندن دستکش به روش باز](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\60,poshnidan%20daskash%20ba%20ravasha%20bas..pdf) |
|  | [باز کردن وسایل استریل (در نقش فرد سیار)](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\GROH\013%20asterel%20.pdf) |
|  | [باز کردن پک و وسایل استریل](katab/1-1.pdf) |
|  | [ایجاد و برقراری یک محیط استریل](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\10-MOHIT-ASTREL.pdf) |
|  | [درآوردن دستکش و گان عمل](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\34,DARAVARDANA-GAN,DASKASH.pdf) |
|  | [نحوه آماده سازی وسایل جراحی جهت ارسال به CSR](file:///H:\89-10-12\chak%20list\chak%20list\katab\59.C.S.R.pdf) |

|  |  |
| --- | --- |
| حرکت دادن و تامین آسایش بیمار | |
|  | [درست کردن تخت بدون بیمار](katab/37,DOROST%20KARDANA-%20TAKHT.pdf) |
|  | آویزان کردن پاهای بیمار به منظور خروج از بستر |
|  | [کمک در ایستادن بیمار به منظور خروج از بستر](katab/46,khorol%20az%20bactar.pdf) |
|  | [کمک به مددجو در راه رفتن (با یک و یا دو پرستار)](katab/45,komak%20ba%20rah%20raftan.pdf) |
|  | [بکارگیری سرمای خشک (کیسه یخ)](katab/12KISA-EAKH.pdf) |
|  | [بکار گیری گرمای خشک (کیسه آب گرم)](katab/51,%20KISA%20AB%20GARM.pdf) |
|  | مراقبت از پشت |
|  | [مراقبت از پا و ناخن](katab/57,moragabat%20pa.pdf) |

|  |  |
| --- | --- |
| کنترل علائم حیاتی | |
|  | [بررسی درجه حرارت](katab/36,%20DARAJA%20HARARAT.pdf) |
|  | ا[ندازه گیری درجه حرارت بدن از را ه دهان](katab/61,tab%20az%20dahan.pdf) |
|  | [اندازه­گیری درجه حرارت بدن از راه معقد](katab/62,tab%20az%20magad.pdf) |
|  | [اندازه گیری درجه حرارت بدن از را ه زیر بغل](katab/63,tab%20az%20zira%20bagal.pdf) |
|  | [کنترل نبض اپیکال ـ رادیال](katab/50,NABZA%20RADEAL.APIKAL.pdf) |
|  | [کنترل نبض اپیکال](katab/49,%20NABZA%20APIKAL.pdf) |
|  | کنترل نبض رادیال |
|  | اندازه گیری فشار خون |

|  |  |
| --- | --- |
| تجویز داروها | |
|  | [دادن داروی دستور داده شده](katab/32,DADANA%20-DARO.pdf) |
|  | [داروهای خوراکی](GROH/06%20darohae%20khoraki.pdf) |
|  | [داروهای رکتال](GROH/07ractal%20.pdf) |
|  | [گذاردن شیاف مقعدی](katab/52,%20SHEAF%20MAGAD.pdf) |
|  | [کمک در دادن دارو از طریق لوله تراشه](katab/47,DARO%20-LOLAH%20TRASHA.pdf) |

|  |  |
| --- | --- |
| تزریقات | |
|  | [آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول و ویال](katab/5TAZRIG%20-AMPOL,VIEAL.pdf) |
|  | [آماده کردن دارو از ویال و آمپول](GROH/08veial.pdf) |
|  | [تزریق عضلانی](katab/25,TAZRIG%20AZOLANI.pdf)1 |
|  | [تزریق عضلانی](New%20Folder/02azolane%20.pdf)2 |
|  | [تزریق عضلانی به روش Z](katab/21-%20Z.pdf) |
|  | [تزریق داخل جلدی](katab/22,TAZRIG-DAKAL,JALDE.pdf) |
|  | [تزریق زیر جلدی](katab/24,TAZRIG-ZERJALDI.pdf)1 |
|  | [تزریق زیرجلدی](New%20Folder/012%20zira%20jalde%20.pdf)2 |
|  | [تزریق زیر جلدی هپارین](katab/64,tazrig%20haparin.pdf) |
|  | [تزریق وریدی](GROH/04varede%20.pdf) |
|  | [شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه­ای یا آنژوکت](katab/39,%20SOZANA%20PARVANHI.pdf) |
|  | [درمان داخل وریدآماده وسایل تزریق مایعات داخل وریدی](katab/38,MAEA%20AT%20DAKHAL%20VARID.pdf) |
|  | [تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم یا آنژیوکت](katab/23,%20ANGOKAT.pdf) |
|  | [استقاده از وسیله کنترل حجم (میکروست)](katab/3.mikrocat.pdf) |
|  | [خونگیری وریدی](katab/28,KHONGIRI-VARIDI.pdf) |
|  | [سرم درمانی](GROH/011%20sarom.pdf) |
|  | [ترانسفوزیون فرآورده ­های خون](katab/20,%20FARAVORDA-KHON.pdf) |
|  | [مخلوط کردن انسولین با استفاده از سرنک انسولین](katab/54,SORANG%20ANSOLIN.pdf) |

|  |  |
| --- | --- |
| مراقبت از سیستم تنفسی | |
|  | [اکسیژن تراپی](GROH/03oxcigan.pdf) |
|  | [رساندن اکسیژن با ماسک ساده صورت به بیمار](katab/4%20MASK.pdf) |
|  | [آموزش تنفس دیافراگماتیک](katab/6TANAFOS-DEAFRAGMATIK.pdf) |
|  | [آموزش سرفۀ موثر](katab/7SORFA.pdf) |

|  |  |
| --- | --- |
| مراقبت از سیستم ادراری | |
|  | [برگه مشاهده نحوه رعایت اصول صحیح سوند­گذاری](GROH/015sond%20gozari.pdf) |
|  | [گرفتن نمونه از سوند ادراری](katab/53,%20NOMONH%20SOND%20ADRARI.pdf) |
|  | [خارج کردن سوند دایمی](katab/27,SOND%20DAEMI.pdf) |
|  | [کنترل جذب و دفع مایعات](katab/48,CONTROL%20MAEAT.pdf) |
|  | [دادن لوله و لگن به بیمار](katab/33,dadan%20lagan.pdf) |

|  |  |
| --- | --- |
| مراقبت از سیستم گوارشی | |
|  | [کار گذاشتن لوله بینی ـ معده­ای](katab/43,%20KAR%20GOZASHTANA%20-LOLAH.pdf) |
|  | [تغذیه از طریق لوله بینی ـ معده ای](katab/26,TAGZEA-LOLAH.pdf) |
|  | [درآوردن لوله بینی ـ معده ­ای](katab/35,dar%20avardan%20lolah.pdf) |
|  | [شست و شوی معده از طریق لوله بینی ـ معده­ای](katab/40,%20shoctasHo%20%20-%20lolah.pdf) |
|  | [انجام انمای تمیز کننده](katab/9ANAMA.pdf) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **چک لیست مراقبت از کولوستومی** | | |
| **چک لیست پانسمان** | | |
|  | چک لیست تعویض پانسمان استریل خشک **Applying a Dry Sterile Dressing** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **چک لیست­های پروسیجرهای مربوط به معاینه بالینی (مربوط به ترم 2)** | |
|  | [نحوه رعایت اصول کلی معاینه فیزیکی](ZIMAN%20POR%20KHATAR/6-%20FIZIKE.pdf) |
|  | [طرز کار با افتالموسکوپ](ZIMAN%20POR%20KHATAR/4-%20AFTALAMMOSCOP.pdf) |
|  | [معاینه سیستم حسی حرکتی، طرز کار با چکش رفلکسی](ZIMAN%20POR%20KHATAR/10-%20CHAKOSH.pdf) |
|  | [مهارت در معاینه گوش](ZIMAN%20POR%20KHATAR/2-%20GOOSH.pdf) |
|  | [مهارت در معاینه ریه](ZIMAN%20POR%20KHATAR/12-REEH.pdf) |
|  | [مهارت در معاینه قلب](ZIMAN%20POR%20KHATAR/11-%20GALB%20.pdf) |
|  | [مهارت در معاینه چشم](ZIMAN%20POR%20KHATAR/3-%20CHASHM%20.pdf) |
|  | [مهارت در معاینه سر و گردن](ZIMAN%20POR%20KHATAR/1-SAR.pdf) |
|  | [مهارت در معاینه شکم](ZIMAN%20POR%20KHATAR/8-%20SHAKAM.pdf) |
|  | [مهارت در معاینه بینی و سینوس­ها](ZIMAN%20POR%20KHATAR/5-%20BINI.pdf) |
|  | [معاینه پوست و ضمائم آن](ZIMAN%20POR%20KHATAR/7-%20POST.pdf) |
|  | ارزیابی نورولوژیک |
|  | مهارت در معاینه نبض­ها |

1. **شستن دستها**

**وسایل مورد نیاز:** مایع صابون، ماده ضدعفونی­کننده (آنتی سپتیک) ـ ماده مالش­دهنده دست ـ آب گرم جاری ـ دستمال کاغذی ـ برس جهت تمیزکردن ناخن و انگشتان ـ برس پلاستیکی جهت تمیز کردن دست

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | دانشجو1 | دانشجو2 | دانشجو3 | دانشجو4 | دانشجو5 |
|  | |  |  |  |  |  |
| 1. ناخن­ها کوتاهتر از 5/0 سانتی­متر بود. | |  |  |  |  |  |
| 1. ابتدا دستها را از آرنج خیس کرده، سپس با مایع صابون به خوبی مالش داد (استفاده از صابون جامد باعث ایجاد آلودگی متقابل می شود). | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را طوری نگه­داشت که آب قسمت آلوده به قسمت تمیز جریان پیدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. حدود 10 ثانیه دست­های خود را با محلول مالش دهنده مالش داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به علت این که میکروارگانیسم­ها در زیر ناخن و اطراف انگشت­ها متمرکز هستند، به این نواحی توجه خاص نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. از پاشیده شدن آب روی خود یا کف زمین احتناب کرد زیرا رشد میکرو ارگانیسمها روی سطح مرطوب سریعتر است. | |  |  |  |  |  |
| 1. از لمس و تماس با سینک دستشویی اجتناب کرد، زیرا به شدت آلوده است. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از شستن کامل دستها آنها را به خوبی با دستمال کاغذی خشک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی­که شیر­ دستشویی مجهز به کنترل بازویی یا پایی نمی­باشد جهت بستن شیر آب از دستمال کاغذی خشک استفاده کرد که باعث انتقال دوباره آلودگی نشود. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**2. اسکراب کردن**

**وسایل مورد نیاز:**وجود اتاق اسکراب ـ سینک­های اسکراب با شیرهای پدالی یا چشم الکترونیکی ـ محلول ضدعفونی­کننده مثل (بتادین زرد) یا صابون­های آنتی سپتیک یکبار مصرف (پک­شده) ـ برس استریل یکبار مصرف (پک­شده)

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. قبل از شروع کار کلیه وسایل­اضافی (ناخن­مصنوعی، حلقه، انگشتر، ساعت، دستبند) را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ناخن­ها کوتاه و بدون گوشه­ می­باشند، در غیر این­صورت ناخن­ها را کوتاه نمود و با سوهان صاف کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از شروع دست شستن، کلاه خود را مرتب کرده و از پوشیده بودن کامل موها و گوش­ها مطمئن بود (کلاه بایستی به طورکامل موهای سر و گوش­ها را بپوشاند). | |  |  |  |  |  |
| 1. ماسک خود را طوری که کاملاً دهان و بینی را بپوشاند و زیاد شل و سفت نباشد، بست. (ماسک زیاد شل و زیاد سفت می­تواند میکروارگانیسم­های مجرای تنفس را با هر بار نفس به محیط عمل برساند). | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر عینک دارد، شیشه­های آن را کاملاً تمیز­­کرده و پوشش محافظ چشم یا شیلد صورت (هر کدام که در دسترس و مطابق سیاست بیمارستان باشد) را پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. دمای آب را به میزان دلخواه رساند. | |  |  |  |  |  |
| 1. توجه­کرد در تمام مراحل حین و بعد اسکراب انگشتان و مچ بایستی بالاتر از بازوها نگه داشته ­شوند. | |  |  |  |  |  |
| **مرحله اسکراب** | |  |  |  |  |  |
| 1. روش اسکراب براساس روش زمانی یا روش ضربه با برس باشد. | |  |  |  |  |  |
| اسکراب 5دقیقه: | |  |  |  |  |  |
| **الف( روش زمانی:** | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را تا آرنج با آب مرطوب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به میزان 2 تا 3 ml (درحدود 6 قطره) از ماده آنتی سپتیک روی دست ریخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها و ساعد را تا حدود 5cm بالای آرنج چندین بار شست. با گرفتن دست­ها در جهت بالا و بردن آنها به زیر شیر آب، آنها را آبکشی­کرد. بازوها را به نحوی خم کرد که آب از نوک انگشتان به سمت آرنج رفته و از آنجا به پایین بچکد. | |  |  |  |  |  |
| 1. یک برس یا اسفنج استریل را از بسته­بندی خود بازکرده و ماده ضدعفونی­کننده را روی آن ریخت سپس هر انگشت را از سمت ناخن به قاعده انگشت شست. مدت شستن هر دست نیم دقیقه می­باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برس را در یک دست گرفته و هر دو دست را زیر آب روان برد زیر ناخن­ها را با ناخن پاک­کن فلزی یا ناخن پاک­کن­های یکبار مصرف (در صورت دسترسی) تمیز کرد و پس از تمیز کردن آن را کناری گذاشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. مجدداً هر انگشت را از ناخن تا دست با برس شست. برای هر دست نیم دقیقه وقت صرف کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را آبکشی کرده و برس را کنار گذاشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. مجدداً با ماده ضدعفونی­کننده به مدت 3دقیقه هر دست را از انگشتان تا آرنج­ها شست انگشتها را برای تمیز کردن مابین آنها فرو برده و شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها و آرنج­ها را مطابق قبل، آبکشی کرد. | |  |  |  |  |  |
| **روش ضربه زدن با برس به شرح زیر است:** | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها و ساعدها رامرطوب کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها و ساعدها را تا 5cm بالای آرنج با ماده ضدعفونی شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. درحالی که دست­ها را بالا گرفته و زیر آب می برد زیر ناخن­ها را با ناخن زیر آب روان برد زیر ناخن­ها را با ناخن پاک­کن فلزی یا پلاستیکی تمیز کرد( ناخن پاک­کن را سپس کنار گذاشت). | |  |  |  |  |  |
| 1. در همان حال دستها را کاملاً زیر شیر آب، آبکشی کرد. طوری که دستها بالا­تر از آرنج باشد و آب از نوک انگشتان به سمت آرنج رفته و به پایین بچکد. | |  |  |  |  |  |
| 1. یک برس یا اسفنج استریل را از بسته­بندی خارج کرده پس از آغشته کردن به ماده ضدعفونی­کننده شروع به اسکراب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ناخن ها را در هر دست با 20 ضربه، تمام سطوح یک انگشت با 20 ضربه، کف دست را با 20ضربه و هر یک سوم ساعد تا 5cm بالای آرنج را با 20ضربه برس زد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مرحله فوق را برای دست دیگر هم اجرا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها و ساعد ها را کاملاً آبکشی کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**3. پوشیدن و خارج کردن ماسک صورت**

**وسایل مورد نیاز:** ماسک تمیز

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | دانشجو1 | دانشجو2 | دانشجو3 | دانشجو4 | دانشجو5 |
| 1. ماسک صورت را به روش­های زیر پوشید: | |  |  |  |  |  |
| الف) لبه بالای ماسک را مشخص کرد. | |  |  |  |  |  |
| ب) ماسک را از بند لبه بالا به دست گرفت. | |  |  |  |  |  |
| ج) لبه بالای ماسک را روی پل­بینی قرارداده و بندها را در پشت سرگره زد. در صورت استفاده از عینک، لبه بالای ماسک در زیر عینک قرار گرفت. | |  |  |  |  |  |
| د) لبه پایینی ماسک را زیر چانه قرار داده و بندهای پایینی را در قسمت بالای پشت گردن گره زد (ماسک کاملاً دهان و بینی را پوشاند). | |  |  |  |  |  |
| هـ) در هنگام استفاده از ماسک از صحبت­کردن غیر­ضروری و در صورت امکان از عطسه یا سرفه کردن اجتناب کرد. | |  |  |  |  |  |
| و) از یک ماسک تنها یکبار استفاده کرد و مدت زمان استفاده از آن طبق زمان توصیه شده توسط کارخانه­سازنده می­باشد در صورت خیس شدن ماسک آن را تعویض کرد. | |  |  |  |  |  |
| ز) هرگز ماسک صورت را دور گردن آویزان نکرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ماسک را به روش زیر خارج ساخت: | |  |  |  |  |  |
| الف) در صورت استفاده از دستکش آنها را خارج کرد یا دستهای خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| ب) ابتدا بندهای قسمت پایینی ماسک را باز کرد | |  |  |  |  |  |
| ج) سپس بندهای قسمت بالای ماسک را باز کرده و با گرفتن بندها آن را از روی صورت برداشت. | |  |  |  |  |  |
| د) ماسک یکبار مصرف را در سطل زباله انداخت. ماسک پارچه­ای را در محل مربوط به ماسک­های استفاده شده قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| هـ) دستها را شست | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**4. پوشیدن و خارج کردن دستگش استریل**

**وسایل مورد نیاز:** بسته حاوی یک جفت دستکش استریل در اندازه مناسب

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | دانشجو1 | دانشجو2 | دانشجو3 | دانشجو4 | دانشجو5 |
| 1. ابتدا دست­ها را شسته و خشک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پوشش دستکش را باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هنگام پوشیدن دستکش استریل فقط قسمت داخلی دستکش با دست­ها تماس پیدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با دست چپ، دستکش مربوط به دست راست را از قسمت داخلی آن گرقته، دست راست را داخل دستکش کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با دست راست، دستکش چپ را از قسمت تای خارجی آن گرفته، دست چپ را داخل آن کرد. | |  |  |  |  |  |
| **نحوه خارج ساختن دستکش آلوده** | |  |  |  |  |  |
| 1. ابتدا توسط دست چپ، دستکش سمت راست را از ناحیه زیر مچ گرفته، دستکش را از دست خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش آلوده را در کف دست چپ نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. توسط دست راست، سمت داخلی دستکش دست چپ را گرفته، آن را به طرف بیرون برگرداند و از دست خارج کرد، به طوری­که دستکش آلوده دست ­چپ نیز درون آن قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت آلوده شدن دستکش­ها، آنها را در یک پاکت یا کیسه پلاستیکی گذاشته و پس از بستن در پاکت، مجدداً درون پاکت یا کیسه پلاستیکی دیگری قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**5. پوشیدن و خارج کردن دستکش­های یکبار مصرف**

**وسایل مورد نیاز:** یک جفت دستکش یکبار مصرف در اندازه مناسب

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | |  |  |  |  |  |
| دانشجو1 | | دانشجو2 | دانشجو3 | دانشجو4 | دانشجو5 |  |
| 1. درصورت لزوم ماسک و گان را پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی که گان پوشیده است دستکش­ها را روی مچ گان بالا کشید، در صورت عدم استفاده از گان، دستکش­ها مچ دست را می­پوشانند. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای خارج کردن دستکش­ها به روش زیر عمل کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) اولین دستکش را با گرفتن سطح دستکش در کف دست آلوده، درست زیر مچ خارج کرد. دقت نمود دستکش آلوده با پوست تماس پیدا نکند. | |  |  |  |  |  |
| ب) دستکش اول را بطور کامل وارونه کرده از دست خارج و در دست دیگر نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| ج) دو انگشت از دست بدون دستکش را داخل مچ دستکش دوم کرده و آن را بطور وارونه خارج کرد. در این حالت دستکش اول داخل دستکش دوم باقی می­ماند. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**6. پوشیدن و خارج کردن گان**

**وسایل مورد نیاز:** گان تمیز

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | دانشجو1 | دانشجو2 | دانشجو3 | دانشجو4 | دانشجو5 |
|  | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم از ماسک استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. گان­تمیز را در مقابل خود طوری باز­کرد که سطح ­داخلی آن با قسمت­های­آلوده تماس پیدا نکند. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها و بازوهای خود را به درون آستین­های گان وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بندهای پشت گردن گان را بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. لبه­های پشت گان را تا جای ممکن روی هم آورده، بندهای ناحیه کمر یا کمربند را بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. وظایف محوله را انجام داد | |  |  |  |  |  |
| 1. برای خارج کردن گان به روش زیر اقدام کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف)در صورت پوشیدن دستکش آنها را خارج کرده و در کیسه زباله قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| ب) بند پشت کمر گان را باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| ج) دست­ها را با آب و صابون شست. | |  |  |  |  |  |
| هـ) گان را درآورده طوری جمع کرد که دست وی فقط با قسمت داخلی آن تماس پیدا کند، سپس آن را در کیسه مخصوص لباس­های کثیف انداخت. | |  |  |  |  |  |
| و) در صورت استفاده از ماسک آن را باز­کرد و در محل مربوط به ماسک­های­ استفاده ­شده قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| ز) در صورت استفاده از عینک محافظ آن را برداشت و در محل مخصوص جهت تمیز شدن و استفاده مجدد قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| ح) قبل از ترک اتاق بیمار، دست­های خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| ن) هرگز ماسک صورت را دور گردن آویزان نکرد. | |  |  |  |  |  |
| ط) در صورت تماس دست با ماسک آلوده، حتماً دست­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. ماسک را به روش زیر خارج کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) درصورت استفاده از دستکش آنها را خارج کرد یا دست­های خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| ب) ابتدا بندهای قسمت پایینی ماسک را باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| ج) سپس بندهای قسمت بالای ماسک را باز­کرده و با گرفتن بندها آن را از روی صورت برداشت. | |  |  |  |  |  |
| د) ماسک یکبار مصرف را در سطل­زباله انداخت. ماسک پارچه­ای را در محل مربوط به ماسک­های استفاده شده قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| هـ ) دست­­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**7. پوشیدن گان و دستکش استریل در نقش فرد اسکراب**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. با یک دست، سطح داخلی جلوی گان را گرفت. گان را به طور مستقیم بلند کرد و از میدان استریل دور کرد. به پوشش پک گان دست نزد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از میدان استریل فاصله گرفت، گان را تا سطح شانه خود بلند کرد و اجازه داد که تای آن رها شده و باز شود. سطح داخلی گان را به سمت بدن خود گرفت. هرگز سطح بیرونی گان را با دست برهنه لمس نکرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را داخل کاف بازوی گان (حلقه آستین) قرار داد و همزمان دستها را به درون آستین­ها هدایت کرد و تا دستها از کاف مچ گان خارج شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. مرحله 3-1 را تکرار کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش را به صورت باز (در نقش فرد سیار) به صورت زیر پوشید. | |  |  |  |  |  |
| الف) دستها را از کاف گان خارج کرد. سطح داخلی کاف دستکش را با انگشت شست و اشاره گرفت. | |  |  |  |  |  |
| ب)کاف را لمس نکرد. انگشتان دست دستکش­دار را داخل کاف دستکش دوم لغزاند و آن را به سمت دست خود هدایت کرد. | |  |  |  |  |  |
| ج) انتهای دستکش را باز کرد تا کاف گان را پوشاند. | |  |  |  |  |  |
| 1. اصل دستکش به دستکش، پوست به پوست را رعایت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**12. باز کردن وسایل استریل (در نقش فرد سیار)**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. کلیه بسته­ها را از لحاظ سالم بودن، تاریخ انقضاء، علائم دال بر آلودگی (رطوبت و غیره) و برچسب مصرف آن چک کرد و در صورت داشتن هرگونه مشکلی، آن را تعویض نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم پوشش دوم بیرونی را باز کرد و پوشش اول بیرونی را در دست نگه داشت یا روی یک سطح غیر­استریل قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نوار چسب آن را برداشت، در صورتیکه آن را در دست گرفت، لبه اولی آن را از خود دور کرد و در صورتیکه آن را روی میز قرار داد. ابتدا طرف دور از خود، سپس راست وچپ و در آخر قسمت نزدیک به خود را باز کرد. از دست زدن به ناحیه استریل داخلی خودداری کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از باز کردن هر چهار لبه دست خود را در سطح خارجی نگه داشت و چهار لبه را با دو دست خود زیر بسته جمع کرد به طوریکه بتوان به راحتی آن را در ست انداخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. شاخص استریل داخل بسته را چک کرد ( در صورت امکان) | |  |  |  |  |  |
| 1. بسته را به داخل فیلد استریل انداخت یا طوری آن را نگه داشت که فرد اسکراب آن را بردارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. همواره دست خود را پایین­تر از سطح استریل و دور از آن نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. همواره فاصله مناسب از وسایل استریل داشت. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**13. باز کردن پک و وسایل استریل**

**وسایل مورد نیاز:** برحسب مورد متفاوت است

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. پک­ها را از نظر مشخصات ثبت شده روی آن کنترل کرد. این مشخصات شامل: | |  |  |  |  |  |
| 1. تاریخ استریل، تاریخ انقضاء، نوع پک، نام یا کد شخص استریل کننده می­باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سلامت بسته­بندی را از نظر خشک بودن، عدم فرسودگی و سوراخ شدگی و نحوه صحیح بسته­بندی کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از گذاشتن بسته روی میز، محل را از نظر تمیزی و خشکی کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لایه اول را دور از خود باز کرد (توسط پرستار سیار باز شود). | |  |  |  |  |  |
| 1. نوار چسب اتو کلاو را به طور کامل از بسته جدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل پک را با شناسنامه داخل پک کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لایه­های باز شده را طوری در دست نگه داشت که با سطوح غیر استریل برخورد نکند. | |  |  |  |  |  |
| 1. در تمام مراحل، جهت جلوگیری از تماس با سطوح داخلی پک روش آسپتیک را رعایت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وجود هر گونه نقص در پک را بلافاصله به مسوول اتاق عمل اطلاع داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**14. ایجاد و برقراری یک محیط استریل**

**وسایل مورد نیاز:** بسته حاوی شان استریل ـ وسایل استریل برحسب نیاز ] شامل: الف) بسته گاز استریل ب) بسته حاوی کاسه استریل ـ ج) محلول ضدعفونی­کننده د) فورسپس[

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. از استریل بودن بسته اطمینان حاصل کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) دقت­کرد که بسته تمیز و خشک باشد، در صورت مرطوب بودن، بسته آلوده است و نباید استفاده شود. | |  |  |  |  |  |
| ب) تاریخ انقضای بسته استریل را کنترل کرد و بسته را از نظر این­که قبلاً باز نشده مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| ج) به تغییر رنگ برچسب بسته ­استریل که نشان­دهنده استریل بودن آن است توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بسته استریل را باز کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. برای باز کردن یک بسته استریل روی یک سطح صاف به روش زیر عمل کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف)بسته استریل را طوری در مقابل خود قرار داد که اولاً در مرکز سینی قرار گرفته ثانیاً اولین پوشش آن به دور از وی باز شود. | |  |  |  |  |  |
| ب) برای باز کردن اولین پوشش دست خود را از روی بسته استریل عبور نداد. با دو انگشت شست و سبابه لایه رویی را گرفته آن را به دور از خود باز کرد. دقت­کرد دست با قسمت داخل پوشش تماس پیدا نکند. | |  |  |  |  |  |
| ج) لایه­های کناری را به پهلوها با رعایت موارد مطرح­شده باز­کرد. دقت­کرد لایه­ای که رو قرار دارد اول باز شود. از دست راست برای باز کردن لایه راست و از دست چپ برای باز کردن لایه چپ استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| د)لایه چهارم را با دقت به طرف خود باز کرد. دقت کرد این لایه با لباس یا هر شیء غیر استریل دیگر تماس پیدا نکند. | |  |  |  |  |  |
| 1. جهت باز کردن یک بسته استریل در دست خود به روش زیر عمل کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) بسته را در یک دست طوری گرفت که لایه رویی دور از وی قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| ب) با استفاده از دست دیگر بسته را به روش قبلی بازکرد در حالی که گوشه لایه­های بستهاستریل کاملاً دور از وسیله استریل قرار گیرد. دقت کرد دست وی با محتویات بسته تماس حاصل نکند. | |  |  |  |  |  |
| 1. جهت باز کردن بسته­های استریل تجارتی به روش زیر عمل کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) این بسته­ها معمولاً برای باز­کردن دارای راهنمای لازم از طرف شرکت­ سازنده می­باشد. | |  |  |  |  |  |
| ب) چنانچه در یکی از گوشه­های­ بسته، محل­ مخصوصی برای باز­کردن وجود دارد، بسته را در یک دست خود گرفته، با دست دیگر پوشش روی بسته را از محل مشخص شده گرفته و باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| ج) چنانچه یک طرف بسته دارای محل مشخصی برای باز کردن است، حفظ استریل بودن آن نیاز به همکاری هر دو دست دارد. لبه­های محل مشخص را در دو دست گرفته، بسته را باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پوشانیدن بسته استریل باز شده برای انتقال به کنار تخت بیمار: | |  |  |  |  |  |
| الف) در صورت ضرورت، برعکس روش باز کردن بسته استریل روی یک سطح صاف عمل کرد، بدین ترتیب که ابتدا لایه نزدیک به خود، سپس طرفین و در انتها لایه دورتر از خود را روی سطح استریل قرار داد، دقت نمود که همواره دست وی با سطح بیرونی پوشش تماس داشته باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ایجاد یک سطح استریل با استفاده از شان: | |  |  |  |  |  |
| الف) بسته حاوی شان را به روش آموخته شده قبلی باز کرد | |  |  |  |  |  |
| ب) با یک دست یکی از گوشه­های شان را که روی آن تا شده، گرفت. | |  |  |  |  |  |
| ج) شان را از پوشش آن خارج کرد و آن را دور از بدن خود باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| د)پوشش را کنار گذاشت. | |  |  |  |  |  |
| و) شان را طوری روی سطح تمیز و خشک پهنکرد که قسمت پایینی آن دور از وی قرارگیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل استریل را روی سطح استریل قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. جهت قراردادن وسایل بسته­­بندی شده به روش زیر عمل کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) هر بسته را به روش آموخته شده قبلی باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| ب) با دست آزاد خود گوشه­های پوشش بسته را جمع­کرد و تا مجاورت مچ کنار کشید. | |  |  |  |  |  |
| ج) برای قرار دادن وسایلی نظیر کاسه، شان یا دیگر وسایل، آنها را از گوشه روی سطح استریل قرار داد بدون اینکه دست وی از روی سطح استریل عبور کند. | |  |  |  |  |  |
| د)پوشش بسته را کنار زد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**15. درآوردن دستکش و گان عمل**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. بند گردنی گان را باز کرد (در صورتی­که بند بسته شده باشد). | |  |  |  |  |  |
| 1. گان را از سمت شانه راست، با دست چپ گرفته و با پایین آوردن آستین آن را آزاد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ضمن تکان دادن و چرخاندن دست و بازو گان را پایین آورده و در ضمن آن را از سمت خارج به داخل و وسط تا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از آزاد کردن بازو و ساعد، با دست دستکش­دار، سمت­چپ گان را هم به همین ترتیب آزاد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ضمن خروج بازو و ساعد از گان، سمت چپ را هم به طرف وسط تا نموده و آن را در کیسه خروج وسایل پارچه­ای کثیف انداخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از خروج گان، دستکش­ها را به روش­های دستکش به دستکش برای دست چپ و پوست به پوست برای دست راست خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**16. نحوه آماده سازی وسایل جراحی جهت ارسال به CSR**

**وسایل مورد نیاز:** ست مربوطه ـ سینگ شست و شوی بزرگ ـ برس یا پارچه ـ محلول ضدعفونی استاندارد ـ وسایل محافظت فردی (گان آپرون، شیلد، دستکش) ـ تست اندیکاتورـ چسب ـ چسب اتوکلاو ـ شان استاندارد.

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. پس از خاتمه جراحی و خروج بیمار از اتاق، کلیه لوازم را مجدداً کنترل و شمارش کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ستها و لوازم جراحی را از خون و ترشحات پاک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن­ها و بیستوری­ها را که حین عمل داخل گالی پات گذاشته است برداشت و با کمک پنس در جعبه ایمنی (Safety box) انداخت هرگز این وسایل را با دست نگرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه ست­ها را با شناسنامه آن تطبیق داده و تحویل مسئول اتاق شستشو داد. | |  |  |  |  |  |
| **در صورتی که وسایل داخل اتاق عمل شسته و پاک می­شود:** | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را ابتدا در محلول ضدعفونی­کنندۀ استاندارد به مدتی که توسط کارخانۀ سازنده اعلام می­شود قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سپس وسایل هر ست را به طور جداگانه با استفاده از آب سرد ابتدا شسته و از بقایای خون و ترشحات پاک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پنس­های دندانه­دار و وسایل دارای حفره و خمیدگی و دندانه را با برس غیر سیمی کاملاً پاک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. داخل لوله­ها و ماندرن­ها را با استفاده از سرنک و آب سرد کاملاً تخلیه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از آب کشی وسایل را در محلول ضدعفونی­کننده استاندارد به مدت دستور داده شده توسط کارخانه سازنده قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از خروج از محلول، مجدداً وسایل را آب­کشی کرده و پس ازخشک کردن آنها پک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. روی پک را با چسب اوتو کلاو بست و نوع ست، نام یا کد پک کننده، تاریخ استریل و تاریخ انقضای استریل را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**17. درست کردن تخت بدون بیمار Unocopied Bed**

**وسایل مورد نیاز:** ملافه تمیزی آماده کرد که از درازا چهار تا شده باشد (دو بار از درازا تا خورده باشد)، اگر ملافه اشتباه تا شده آن را درست کرد. قسمت درز دوخته شده بایست رو قرار داد تا پس از پهن کردن، سمت صاف در زیر مددجو قرار ­گیرد تا پوست تحریک نشود

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستها را شسته و دستکش پوشید و وسایل را کنار تخت مددجو برد. اگر مددجو تخت را اشغال کرده برایش مراحل و هدف کار را توضیح داد. |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم به خروج وی از تخت و نشستن وی روی صندلی کمک کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. برای ایجاد محیط وسیع جهت انجام کار، کلیه وسایل و مبلمان را از کنار تخت دور کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. سرتخت را برای دسترسی راحت به تشک و راحتی در فیکس­کردن ملافه­ها پایین آورده و سپس خود تخت را در حد لازم جهت انجام کار راحت بالا برد. |  |  |  |  |  |
| 1. زمانی که ملافه را جمع کرد، مراقب بود که از لوازم شخصی مددجو داخل ملافه و روی تشک نیفتاده باشد. |  |  |  |  |  |
| 1. روکش بالش را درآورده و داخل کیسه ­رختشویخانه ریخت یا با آویزان­کردن سر آن به دسته­صندلی به عنوان کیسه ­رختشویخانه از آن استفاده­کرد. بالش را هم در کناری قرار­داد. |  |  |  |  |  |
| 1. کناره­های تشک را به آرامی بالا آورده و با حرکت در اطراف تخت لبه­های ملافه را شل کرد. اگر خواست ملافه رو­انداز را دوباره استفاده کند، بالای آن را روی پایین تا کرده و پس از چهار تا کردن آن را روی صندلی قرار داد و در مورد شیت هم همین کار را انجام داده، آنها را آرام تا کرده و در کیسه رختشورخانه یا روی صندلی قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. جهت جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم­ها، از تکان دادن، ریختن روی زمین یا چسباندن آن به لباس خود خودداری کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. ملافه­های کثیف زیر را جمع کرده و در کیسه بین (رختشوی­خانه) انداخت. |  |  |  |  |  |
| 1. اگر تشک پایین آمده، سر آن را گرفته و در جای خود به بالا کشید (جا به جا کردن تشک پس از کشیدن ملافه­های تمیز آنها را جابجا و شل می­کند). |  |  |  |  |  |
| 1. ملافه زیر را در وسط تشک قرار داده، قسمت بالا و پایین آن را از نزدیکترین سمت خود باز کرد. برای این که ملافه صاف قرار گیرد اول انتهای ملافه را به انتهای تشک ثابت کرد و سپس قسمت بالا را بالای تخت به آرامی زیر تشک برد. |  |  |  |  |  |
| 1. برای صاف­کردن لبه­ها ابتدا سر ملافه را تو گذاشته و سپس قسمت اضافی را در زاویه راست پایین آورد و زیر تشک برد. |  |  |  |  |  |
| 1. بعد از درست کردن بالا و پایین یک طرف در صورت نیاز دروشیت را در فاصله حدود 38cm از بالای تخت پهن کرد طوری­که در وسط تخت قرار گیرد. سپس لبه­های دروشیت را زیر تشک ثابت کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. همین مراحل را برای سمت دیگر انجام داد. |  |  |  |  |  |
| 1. برای پهن کردن ملافه روانداز نیز آن را در وسط تخت قرار داده و سمت درز آن را در مقابل دید خود قرارداد. |  |  |  |  |  |
| 1. قسمتی از بالای ملافه را اضافه نگه داشته و رو تختی را پهن کرد و قسمت بالای ملافه را روی رو تختی برگرداند. |  |  |  |  |  |
| 1. پایین تخت ملافه را به نحو مناسب به زیر تشک برده و فیکس کرد. |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**18. آویزان کردن پاهای بیمار به منظور خروج از بستر Dangling**

**وسایل مورد نیاز:** زیردست ـ زیرپایی ـ دمپایی یا کفش راحت ـ میز کنار تخت

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را مبنی بر خروج از بستر بیمار بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را شست | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. علت و مراحل خروج از بستر را به بیمار توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار پرسید که درد یا احساس ضعف دارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت داشتن درد یا ضعف، یک مسکن به بیمار تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. 61-30 دقیقه جهت اثر بخشی دارو صبر کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. علایم حیاتی بیمار را کنترل کرد تا متوجه افت فشارخون، سرگیجه و یا ضعف بیمار شد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی­که بیمار احساس درد در ناحیه برش جراحی می­کند به او آموزش داد که دست خود را روی پانسمان محل برش قرار دهد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل اطراف بیمار را جهت جلوگیری از سقوط جمع کرده و بیرون برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. چرخ­های تخت را قفل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تخت بیمار را به حالت افقی در آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را به پهلو قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. صورت بیمار را به طرف خود برگرداند. | |  |  |  |  |  |
| 1. کفش­های بیمار را به کنار تخت آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شانه­های او را گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. پاهایش را آنقدر از هم باز کرد که یک قاعدۀ پهن جهت حمایت بسازد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که وزنش را از طریق پاهای خم شده­اش به تخت وارد کند | |  |  |  |  |  |
| 1. سر تخت را 45 درجه بالا آورد.(جهت سهولت بلند شدن بیمار). | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی­که بیمار نمی­تواند از این روش استفاده کند از متد زیر استفاده کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) همزمان به وی جهت نشستن روی تخت کمک کرد. | |  |  |  |  |  |
| ب) جهت پیشگیری از وارد آمدن فشار به پشت و هل دادن بیمار، او را با تمام بدن خود بالا آورد (نه فقط با بازوهایش). | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم از همکارش کمک خواست. | |  |  |  |  |  |
| 1. تا زمانی­که بیمار در کنار تخت بود، صورتش به سمت وی بود و مراقب سقوط او از تخت بود. | |  |  |  |  |  |
| 1. به علایم و نشانه­های هیپوتانسیون ارتوستاتیک توجه کرد (مانند غش، سرگیجه، سیاهی رفتن چشم و ...) | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت وجود هر یک از علائم فوق، ضربان نبض و فشا رخون بیمار را کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورتی­که ضربان نبض بیش از 20 ضربه در دقیقه نسبت به قبل از شروع تکنیک افزایش داشت، اجازه داد که بیمار استراحت کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از اینکه بیمار استراحت کرد، تکنیک را از بند 13 تکرارکرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پاهای بیمار را از تخت آویزان کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دمپایی یا کفش راحتی به پاهای بیمار ­پوشاند. | |  |  |  |  |  |
| 1. جهت حمایت بیمار و پیشگیری از سقوط وی، میز کنار تخت را جلوی وی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. یک عدد بالش روی میز و زیر دستان بیمار گذاشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را ارزیابی کرد و وضعیت وی را ثبت کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) نوع و تاریخ و زمان خروج از بستر | |  |  |  |  |  |
| ب) در صورت کمک گرفتن نام همکار خود | |  |  |  |  |  |
| ج) طول زمان تکنیک و مشکلات احتمالی و مراقبت­های پرستاری انجام شده. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

19. **کمک در ایستادن بیمار به منظور خروج از بستر**

**وسایل مورد نیاز:** دمپایی یا کفش راحتی ـ کمر بند مخصوص راه رفتن (در صورت نیاز)

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| مراحل انجام کار | |  |  |  |  |  |
| 1. دستور پزشک را مبنی بر خروج از بستر بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را شست | |  |  |  |  |  |
| 1. دمپایی بیمار را در کنار تخت وی آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل انجام تکنیک را به وی توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار گقت که این کار جهت راحتی و آسایش وی بوده و جهت جلوگیری از عوارض مربوط به بی حرکتی است. | |  |  |  |  |  |
| 1. علائم حیاتی بیمار را کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پاهای بیمار را به روش صحیح از تخت آویزان کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از این که پاهای او را آویزان نمود و مطمئن شد که مشکل خاصی ندارد و می تواند وزن بدنش را تحمل کند، اقدام به ایستادن بیمار کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به وی کمک کرد که دمپایی یا کفش راحتی بپوشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر تصمیم دارد که از کمربند مخصوص راه انداختن برای بیمار استفاده کند آن را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مراقب بود که دمپایی و لوله های درن ها یا هر چیز دیگری دور پاهای بیمار نپیچد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی که بیمار هوشیار و دارای قدرت کافی باشد، پاهای او را مستقیم و صاف روی کف زمین قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اجازه داد که بیمار به تنهایی بایستد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هنگامی که بیمار ایستاد، یک دست خود را زیر بغل او قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست دیگر خود را دور کمر وی حلقه کرد(جهت جلوگیری از سقوط بیمار). | |  |  |  |  |  |
| 1. کمک کرد که کاملاً صاف بایستد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را تشویق کرد که (جهت حفظ تعادل) به اطراف نگاه کند نه به زمین. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی که بیمار دچار مشکل شد و نیاز داشت، وی را به سمت خود برگردانیده و زانوهایش را دو طرف بیمار گذاشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. زانوها را خم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بازوهای خود را دور کمر بیمار حلقه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. باروهای بیمار را گرفته و او ر ا به سمت تخت کشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. زانوها را راست کرد و بیمار را با یک پوزیشن مناسب کشید (این تکنیک از وارد شدن صدمه به کمر جلوگیری می کند). | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را روی تخت خواباند تا استراحت کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. علائم حیاتی بیمار را کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی که بیمار آمادگی داشت، مجدداً تکنیک را تکرار و کمک کرد تا بیمار بایستد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه مشاهدات، یافته ها و مشکلات پیش آمده و اقدامات انجام شده را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**20. کمک به مددجو در راه رفتن (با یک و یا دو پرستار)**

**وسایل مورد نیاز:** دمپایی یا کفش راحتی ـ کمر بند مخصوص راه رفتن

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را مبنی بر خروج از بستر بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را شست | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با بیمار ارتباط برقرار کرده و هدف، لزوم تحرک و مراحل انجام پروسیجر را به وی توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. علائم حیاتی مددجو را کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تخت را در پایین­ترین وضعیت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کمک کرد تا مددجو در یک طرف تخت بنشیند. | |  |  |  |  |  |
| 1. پروسیجر مربوط به آویزان کردن پاها و نشستن مددجو در تخت را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مددجو را از نظر وجود سرگیجه و حالت ضعف بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تا زمانی که احساس امنیت و راحتی کند اجازه دادکه بیمار در همین وضعیت بماند. | |  |  |  |  |  |
| 1. لباس بلند و کفش به مددجو پوشاند. | |  |  |  |  |  |
| **در روش 1 پرستار:** | |  |  |  |  |  |
| 1. کمربند راه رفتن را اطراف کمر مددجو بست (استفاده از آن اختیاری می­باشد). | |  |  |  |  |  |
| 1. کمک کرد تا مددجو در وضعیت ایستاده قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تعادل وی را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| **در روش 2 پرستار:** | |  |  |  |  |  |
| 1. به مددجو کمک کرد تا در وضعیت ایستاده قرار گیرد. در حالی که در طرف وی یک پرستار قرار دارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. یک پرسنل کمربند راه رفتن را برای حمایت از مددجو بست (استفاده از کمربند اختیاری است). | |  |  |  |  |  |
| 1. پرستار دیگر وسایل را آماده و حمل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. آهسته و همراه با مددجو راه رفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. قدرت و تعادل مددجو را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت عدم تعادل او را به تخت منتقل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی­که تصمیم دارد بیمار را روی صندلی بنشاند، او را پشت به صندلی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مطمئن شدکه صندلی محکم و ثابت باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. خود را روبروی صندلی و بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از کمی بهبود وضعیت بیمار، دوباره اقدام به انجام پروسیچر کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پاهای بیمار را صاف روی کف زمین قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اجاره داد مددجو دستهایش را دور شانه یا کمر وی حلقه کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. پشت مددجو قرار گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. وی را از طریق کمربند یا گرفتن کمر مورد حمایت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. همراه بیمار راه رفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از چند قدم راه رفتن قدرت و تعادل وی را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی­که مددجو به تنهایی قادر به راه رفتن باشد، درکنار او ایستاد و آهسته پشت سر او قرار گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. به مددجو گفت که به جای نگاه گردن به پاهایش به جلو نگاه کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر یک سمت بدن مددجو ضعف دارد، به سمت مبتلا ایستاد و یک بازویش را دور کمر وی حلقه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با بیمار ارتباط برقرار کرد و به صورت کلامی و عملی به وی نشان داد که چگونه راه برود. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتیک ه مددجو احساس ضعف و سرگیجه دارد او را روی صندلی نشاند و سپس به تخت منتقل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورتیکه مددجو در حال افتادن است، یک پایش را جلوی پای دیگر و دور از هم قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در حالی که سر را حمایت می­کرد، وی را روی زمین قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را با روش صحیح به تخت منتقل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه مشاهدات و یافته­های خود را ثبت کرد (مشکلات پیش­آمده و اقدامات انجام شده). | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی­کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**21. بکارگیری سرمای خشک (کیسه یخ)**

**وسایل مورد نیاز:** ظرف محتوی تکه­های یخ خردشده ـ رویه کیسه­یخ ـ رویه مخصوص کیسه­یخ ـ حوله یا باند ـ پارچه­ای جهت خشک­کردن کیسه­یخ ـ سنجاق قفلی یا نوار چسب ـ کیسه­یخ

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را به دقت کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه یخ را مطابق با دستورات زیر در اتاق پانسمان (تریتمنت) آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| الف) تا کیسه را پر از خرده­های یخ کرد. دقت نمود که اطراف خرده­های یخ تیز نباشد. در صورت لزوم آنها را در کاسه آبی ریخته و فوراً خارج کرد تا تیزی یخ­ها از بین برود. | |  |  |  |  |  |
| ب) کیسه را روی سطح صافی قرار داده، با دست روی آن فشار آورد تا هوای داخل خارج شود، سپس در کیسه را بست. | |  |  |  |  |  |
| ج) کیسه یخ را از نظر نشت آب امتحان کرد. برای این منظور آن را وارونه کرد. | |  |  |  |  |  |
| د) کیسه را خشک کرده، سپس در پوشش مخصوص قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه یخ را به اتاق بیمار برد و در صورت لزوم روند کار را برای بیمار شرح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. عضو مورد درمان را از زیر پوشش­ها خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل مورد نظر را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه را در محل دستور داده شده قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه را با استفاده از باند یا حوله، سنجاق قفلی یا نوار چسب ثابت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به منظور پیشگیری از احساس لرز، بیمار را با پتو پوشاند. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه یخ را معمولاً در یک نوبت بیش از 30 دقیقه در محل قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در فواصل هر 10-5 دقیقه از نظر علائم ناراحتی، واکنش­های پوستی شامل رنگ پریدگی و لکه­های رنگی پوست کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در زمان مقرر کیسه یخ را برداشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگردانید و توجه لازم را از آنها بعمل آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مشاهدات و اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، روش و محل مورد معالجه در پرونده بیمار ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستور پزشک را به دقت کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**22. بکار گیری گرمای خشک (کیسه آب گرم)**

**وسایل مورد نیاز:** کیسه آب گرم ـ رویه مخصوص کیسه آب گرم ـ ظرف محتوای آب گرم ـ دماسنج آب ـ پارچه­ای جهت خشک کردن کیسه آب گرم

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را به دقت کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل مورد معالجه را از نظر عدم وجود زخم، قرمزی، خراشیدگی و ... مورد مشاهده قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه آب گرم را مطابق دستورات زیر در اتاق پانسمان (تریتمنت ) آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| الف) قبل از پرکردن کیسه آب­گرم از نظر محکم بودن و نشت آب کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| ب) با دماسنج مخصوص آب، درجه حرارت آب را اندازه گرفت. | |  |  |  |  |  |
| ج) در صورتی­که دماسنج مخصوص آب وجود ندارد، درجه حرارت کیسه را پس از پر کردن، با قرار دادن روی قسمت داخلی مچ دست امتحان کرد. (کیسه آب گرم باید نسبتاً داغ باشد ولی بدن را نسوزاند). | |  |  |  |  |  |
| د) کیسه­آب­گرم را تا دو سوم حجم از آب گرم پرکرد. در موقع ریختن آب کیسه را روی سطح صافی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| هـ) برای خارج کردن هوای درون کیسه با یک دست دهانه کیسه را روی سطح صافی، مخالف بدن قرار داده به آهستگی پایین آورد و با دست دیگر به آرامی روی بدنه کیسه فشار وارد کرد بطوری­که آب به طرف دهانه کیسه بیاید و هوای آن خارج شود. بعد در کیسه را بست. | |  |  |  |  |  |
| و) کیسه را وارونه کرد تا مطمئن شد که در آن خوب بسته شده است. کیسه را خوب خشک کرد و در پوشش آن قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه را به اتاق بیمار برده، در صورت لزوم او را از اقدام مورد نظر مطلع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پوشش­های محل مورد معالجه را کنار زده و کیسه را در محل دستور داده شده قرارداد (دقت کرد که دهانه کیسه آب­گرم حد­المقدور دور از بدن بیمار باشد). | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم با استفاده از بالش، کیسه آب گرم را در محل ثابت نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. در فواصل 10-5 دقیقه، جهت بررسی شکایات بیمار (درد، سوزش، واکنش پوستی) به او سر زد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت وجود درد، تورم و قرمزی بیش از حد، کیسه آب گرم را برداشته و موارد را گزارش کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه آب گرم را پس از 45-30 دقیقه از محل برداشت . | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده و توجه لازم را از آنها بعمل آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی و مداخلات انجام شده شامل هدف، زمان، روش و محل مورد معالجه در پرونده بیمار یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**23. مراقبت از پشت Back Rub**

**وسایل مورد نیاز:** لگن ـ صابون ـ پتوی حمام ـ حوله­حمام ـ لیف ـ لوسیون نرم­کننده دارای لانولین ـ دستکش (در صورت زخم باز یا بی­اختیاری ادراری) ـ پودر تالک (اختیاری)

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. وسایل را بالای تخت بیمار برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. روش کار را برای بیمار توضیح داد و محیط خلوتی برای وی فراهم آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که اگر فشارخیلی زیاد یا خیلی کم وارد آورد به وی تذکر دهد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تخت را در وضعیت دلخواه تنظیم کرده و سرتخت را اگر بالا قرار دارد، پایین آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را شسته و در صورت لزوم دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را با توجه به شرایط جسمانی روی شکم یا پهلو قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در راستای لبه تخت جهت پیشگیری از فشار به پشت خودش در نزدیکترین وضعیت به سمت خود قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لباس یا گان بیمار را کنار زده و پشت، شانه­ها و باسن را نمایان ساخت سپس پتوی حمام را جهت جلوگیری از لرزیدن یا نمایان شدن اضافی اعضا روی وی انداخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. یک حوله کنار یا زیر بیمار انداخت تا از خیس شدن ملافه­ها جلوگیری شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. لیف را به دست پوشید، آن را طوری پیچاند که از چکیدن آب از انتهای آن و سرد شدن سریع جلوگیری شود سپس مقداری صابون به آن مالید. | |  |  |  |  |  |
| 1. با حرکات نرم و بلند، پشت بیمار را شست ابتدا از گردن و شانه­ها شروع کرده و به سمت باسن حرکت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل را خوب آبکشی و خشک کرد چرا که رطوبت بین دو باسن اگر گرفته نشود می تواند باعث لیچ افتادن پوست و تشکیل زخم شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. در حین انجام کار به دقت پوست را بخصوص در نواحی استخوانی شانه، کتف و دنبالچه از جهت زخم و قرمزی بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لوسیون گرم را از ظرف بیرون آورده، کمی در گودی کف دست ریخته و جهت پخش شدن دستها را بهم مالید سپس با حرکات نرم و طولانی لوسیون را به پشت بیمار مالید لوسیون از شکنندگی پوست جلوگیری کرده و ماساژ را آسان کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پشت بیمار را از قاعده ستون فقرات به سمت بالا و شانه­ها ماساژ داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ماساژ را برای ایجاد تاثیر آرام سازی، آرام و برای تاثیر تحریکی سریع انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سه نوع ضربه استفاده کرد: حرکات ماساژ مستقیم به بالا و پایین، چرخشی دورانی و حرکات دورانی درحالی­که مچ به چپ و راست حرکت می­کند (مانند گرفتن آب مرکبات). | |  |  |  |  |  |
| 1. هر زمان که نیاز بود از لوسیون استفاده کرد و جهت قطع نشده ماساژ یک دست را روی پشت بیمار ثابت نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. عضله تراپزیوس (ذوزنقه­ای) را فشار داده، رها کرده، به بالا کشید تا بیمار احساس آرامش کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. ماساژ را با حرکات نرم و کشیده خاتمه داده، لوسیون اضافی را با حوله پاک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لباس مددجو را به او پوشاند و ملافه­ها را صاف یا در صورت لزوم تعویض کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تخت را به وضعیت اصلی برگردانده، بیمار را در وضعیت راحت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لگن را تمیز و خالی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل یکبار مصرف را دور ریخته و مابقی وسایل را به جای خود برگرداند. | |  |  |  |  |  |
| 1. مراقبت از پشت را در فلوچارت ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هر نوع قرمزی، گسیختگی یا هر نوع تغییر در پوست را یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی­کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**24**

**25. کنترل درجه حرارت، نبض، تنفس**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستها را به روش آسپتیک شسته یا با الکل مالش داد و واحد بیمار را از نظر وسایل و امکانات کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را آماده کرد شامل: ظرف محتوای پنبه تمیز ـ ظرف محتوای پنبه مصرف شده ـ یک گیره مناسب ـ محلول ضد عفونی کننده ـ ساعت ثانیه شمارـ ماده نرم­کننده ـ آب و صابون یا ساولن 5/2% ـ مداد سه رنگ ـ کاغذ و پرونده جهت ثبت - پنبه الکل. | |  |  |  |  |  |
| **تعیین درجه حرارت دهان** | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را مشخص کرده و کار را برای بیمار صحیح انجام ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه کار را برای بیمار توضیح ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از اینکه بیمار آب سرد یا گرم ننوشیده یا حمام نگرفته، سیگار نکشیده، آدامس نجویده اطمینان حاصل کرد و در غیر اینصورت 30-15 دقیقه صبر ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از کفایت نور اتاق اطمینان حاصل کرده و بیمار را در وضعیت راحتی قرار­ داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ترمومتر تمیز را از ظرف محلول ضد عفونی کننده برداشته ابتدا آن ­را با آب شست و با پنبه گلوله­شده از مخزن به طرف انگشتان بصورت چرخشی تمیز­ کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پشت به نور ایستاده ترمومتر را به صورت بصورت افقی نزدیک و همسطح چشم قرار داده و به آهستگی آن را بین انگشتان چرخاند تا خط جیوه بطور واضح مشخص شود | |  |  |  |  |  |
| 1. دقت کرد که جیوه روی درجه 35 باشد در غیر این صورت ترمومتر را با شست و انگشت سبابه محکم گرفته و با حرکت شدید مچ دست آن را طوری تکان ­داد که جیوه به حداقل علامت ترمومتر برسد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مخزن ترمومتر را در طرف چپ یا راست زیر زبان بیمار گذاشت و از بیمار خواست که لبها را بسته نگه دارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ترمومتر را به مدت 5 دقیقه زیر زبان قرار ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از مدت 5 دقیقه ترمومتر را از زیر زبان بیمار برداشته و با استفاده از پنبه گلوله شده آن را از قسمت انتها به طرف حباب جیوه ای بصورت چرخشی پاک کرد و پنبه مصرف شده را در ظرف پنبه­های کثیف انداخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را در نزدیکترین دهم (عشر) خواند. | |  |  |  |  |  |
| 1. ترمومتر را در محلول آب و صابون یا ساولن 5/2% بمدت 15-10 دقیقه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درجه حرارت را یادداشت کرده، دستها را شست و وسایل را تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ظرف مخصوص ترمومترهای کثیف و محلول ساولن را شسته و خشک کرد و ترمومترهای ضدعفونی شده را از محلول خارج کرده و آبکشی و خشک کرد و سپس آنها را در ظرفهای محتوی ترمومتر­های تمیز قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| **تعیین درجه حرارت به روش زیربغل** | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را مشخص کرده و کار را برای بیمار صحیح انجام ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه کار را برای بیمار توضیح ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از کفایت نور اتاق اطمینان حاصل کرده و بیمار را در وضعیت راحتی قرار داد | |  |  |  |  |  |
| 1. ترمومتر تمیز را از ظرف محلول ضد عفونی کننده برداشته و با پنبه گلوله شده از پایین به بالا بصورت چرخشی تمیز ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. زیر بغل را خشک ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مخزن حرارت سنج را در وسط زیر بغل گذاشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. بازوی بیمار را پایین آورده و آن را به بدن وی نزدیک ­کرده و سپس ساعد را برروی سینه قرار ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. حرارت سنج را به مدت 10 دقیقه زیر بغل گذاشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. حرارت سنج را از زیر بغل بیمار بیرون آورده و با دستمال کاغذی یا پنبه عرق روی آن را به روش قبل تمیز ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از خواندن حرارت سنج آن را تکان ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. حرارت سنج را پس از استفاده مطابق با مقررات موسسه تمیز و مواظبت ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| **شمارش نبض و تنفس** | |  |  |  |  |  |
| **شمارش نبض**   1. توضیح به بیمار، آماده کردن بیمار، بیمار را طوری خواباند که بازوی بیمار در امتداد بدن و مچ دست بحالت راست و کف دست رو به پایین قرار­گیرد. در حالت نشسته بازو را طوری قرار داد که مچ دست بحالت راست و کف دست رو به پایین قرار گیرد و ساعد دارای زاویه 90 درجه با بدن باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نوک انگشتان اول و دوم و سوم را در طول سرخ­رگ زند زیرین بطور صحیح قرار داد و استخوان مچ دست را به آهستگی فشار داد، شست را روی پشت و مچ دست قرار داده و فشار را باندازه­ای وارد آورد که ضربان سرخرگ بیمار بطور وضوح احساس شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. از ساعت ثانیه شمار استفاده کرده و ضرباتی را که بر روی سرخ­رگ بیمار حس می­کرد به مدت 1 دقیقه شمرده و یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| **شمارش تنفس**   1. هنگامیکه هنوز نوک انگشتان پس از شمارش نبض بود حرکات تنفسی بیمار را مشاهده کرد و یا در هر دم و بازدم به بالا و پایین رفتن قفسه سینه توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با ساعت ثانیه شمار به مدت زمان یک دقیقه سنجش دفعات تنفس را انجام داد و ثبت نمود. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**26. اندازه گیری درجه حرارت بدن از را ه دهان**

**وسایل مورد نیاز:** دماسنج ـ دستمال کاغذی ـ دستکش ـ برگه علائم حیاتی و خودکار

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. روش کار را به بیمار توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت نیاز به پوزیشن خاص به بیمار، این کار را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از این که بیمار از 20 الی 30 دقیقه پیش مایعات سرد یا گرم نخورده و سیگار نکشیده مطمئن شد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را از طرف محفظه جیوه به طرف بالا تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که دهان خود را باز کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را به آرامی تکان داد تا درجه به زیر 5/35 برسد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را زیر زبان به طرف مرکز قرار داد (این مکان به علت داشتن تماس با عروق سطحی دقت اندازه گیری دما را فراهم می کند). | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست دهان خود را بدون گاز گرفتن درجه ببندد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست به مدت 2-3 دقیقه صبر کند . | |  |  |  |  |  |
| 13 . بعد از برداشتن دماسنج ترشحات احتمالی روی آن را از طرف بالا به طرف محفظه جیوه پاک کرده و سپس مقدار آن را خواند. | |  |  |  |  |  |
| 14 . دماسنج را تمیز کرده و در جای خود گذاشته، بیمار را در وضعیت راحت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 15 . دستکش ها را درآورده و دست­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 16 . میزان درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی با ذکر زمان و نحوه اندازه گیری ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

1. **اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه معقد**

**وسایل مورد نیاز:** ساعت مچی دارای ثانیه شمارـ دفتر مخصوص ثبت علائم حیاتی بیمار

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دست­های خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. محیط امن و خلوتی برای بیمار فراهم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بالا تنه و پاهای بیمار را پوشاند. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت مورد نیاز (یک پهلو بطوری که پای فوقانی حالت خمیده داشته باشد) قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را از طرف محفظه جیوه به بالا تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را به آرامی تکان داد تا درجه به زیر 5/35 برسد. | |  |  |  |  |  |
| 1. انتهای دماسنج را با ژل لوبریکانت آغشته کرد (3/1 سانتی متر در کودکان و 8/3 سانتی متردر بزرگسالان). | |  |  |  |  |  |
| 1. با دست آزاد دو طرف باسن را کنار کشید طوری که معقد مشخص شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که نفس عمیق بکشد و بدن خود را شل کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. به آرامی دماسنج را به داخل معقد وارد کرد (3/1 سانتی متر در کودکان و 8/3 سانتی.متردر بزرگسالان). | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت احساس مقاومت هنگام وارد نمودن دماسنج سریعاً آن را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از قرار دادن دماسنج در معقد 3-2 دقیقه آن را در محل مذکور نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. به آرامی آن را از معقد خارج کرد و آلودگی های آن را از طرف بالا به طرف محفظه جیوه تمیز کرد (معقد بیمار را نیز پاک کرد). | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را جلوی چشم نگه داشت و مقدار آن را خواند. | |  |  |  |  |  |
| 1. ژل های باقیمانده اطراف آن را تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را با آب و صابون شست و آبکشی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سپس دماسنج را در خشک کرده و در جای خود قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش ها را در آورده و در کیسه زباله انداخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. لباس بیمار را مرتب کرد و او را در وضع راحت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. میزان درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**28. اندازه گیری درجه حرارت بدن از را ه زیر بغل**

**وسایل مورد نیاز:** دماسنج جیوه ای ـ دستمال کاغذی ـ خودکار ـ برگه علائم حیاتی

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دست­های خود را شست | |  |  |  |  |  |
| 1. محیط امن و خلوتی برای بیمار فراهم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت نشسته یا خوابیده قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لباس یا گان بیمار را تا شانه و بازو خارج کرد و ناحیه زیر بغل را نمایان ساخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. دما­سنج را شسته و خشک کرده و آن را از طرف محفظه جیوه به بالا تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دما­سنج را به آرامی تکان داد تا درجه به زیر 5/35 برسد | |  |  |  |  |  |
| 1. دما­سنج را در وسط زیر بغل بیمار قرار داد و بازوی او را روی دماسنج خواباند (از بیمار خواست که دست خود را روی قفسه سینه قرار داده و با آن دست، شانه سمت مقابل را بگیرد). | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را به مدت 10دقیقه در محل نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. بعد از برداشتن دماسنج ترشحات احتمالی روی آن را از طرف بالا به طرف محفظه جیوه پاک کرده و سپس مقدار آن را خواند. | |  |  |  |  |  |
| 1. دماسنج را تمیز کرده و در جای خود گذاشته، بیمار را در وضعیت راحت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش­ها را درآورده و دست­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. میزان درجه حرارت را در برگه علائم حیاتی با ذکر زمان و نحوه اندازه­گیری ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**29. کنترل نبض اپیکال ـ رادیال**

**وسایل مورد نیاز:** ساعت مچی دارای ثانیه شمارـ گوشی ـ پنبه الکل

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستهای خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. با مددجو ارتباط برقرار کرد و در مورد هدف انجام کار توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به مددجو آموزش داد که از فعالیت، بی­خوابی و مصرف مواد محرک بپرهیزد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را آماده کرده و به اتاق مددجو برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به مددجو کمک کرد تا در وضعیت خوابیده به پشت قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پوشش مناسب را برای مددجو فراهم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نبض اپیکال و رادیال را پیدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دیافراگم یا بل گوشی را در دست خود گرم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل ورود گوشی به گوش را با پنبه الکل ضدعفونی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دانشجو گوشی را در گوش خود قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با وارد کردن ضربه­ای به دیافراگم انعکاس صدا را در گوشی خود حس کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان شروع شمارش را تعیین­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دانشجو نبض رادیال را درمدت 60 ثانیه ­شمرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دانشجویی دیگری همزمان تعداد نبض اپیکال رادر مدت 60 ثانیه ­شمرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی که دانشجوی دیگری وجود نداشت گوشی رادر دست ساعت­دار خود گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. ضربانات نبض رادیال را با دست دیگر لمس­کرد تا جدایی بین نبض اپیکال و رادیال را حس کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. گوشی را برداشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مخصوص خود برگرداند. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات و یافته­های خو د را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| الف) تعداد، ریتم و نبض | |  |  |  |  |  |
| ب) زمان کنترل نبض (تاربخ، ساعت و شیفت) و مکان نبض محیطی | |  |  |  |  |  |
| ج) تعداد نبض­های اپیکال ـ رادیال | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**30. کنترل نبض اپیکال**

**وسایل مورد نیاز:** ساعت مچی دارای ثانیه شمارـ دفتر مخصوص ثبت علائم حیاتی بیمار ـ استتوسکوپ ـ پنبه آغشته به الکل ـ ملافه در صورت نیاز

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دست خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. با مددجو ارتباط برقرار کرد و منظور خود را از اندازه گیری نبض وی توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را آماده و به اتاق مددجو برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطمینال حاصل­کرد که بیمار شب قبل را راحت خوابیده است زیرا وضعیت نامناسب خواب ضربانات قلب را تحت تاثیر قرار می­دهد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به مددجو آموزش داد که آرام باشد و از استرس­های روحی بپرهیزد و همچنین از مصرف مواد محرکی چون کاکائو و کافئین و چای زیاد بپرهیزد زیرا این مواد ضربانات قلب را افزایش می­دهد. | |  |  |  |  |  |
| 1. راحتی و آسایش مددجو را فراهم کرد در صورت نیاز روی بیمار را با ملافه پوشاند. | |  |  |  |  |  |
| 1. مددجو را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بازوی مددجو را در کنار بدن وی قرار داد به طوری که کف دست او به طرف پایین باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. انگشت سبابه، وسطی و انگشت حلقه را روی شریان رادیال قسمت داخلی مچ دست بیمار قرار داد طوری که هر 3 انگشت روی یک خط قرار گیرند. | |  |  |  |  |  |
| 1. ساعت خود را در معرض دید قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از پیدا کردن نبض، تعداد ضربانات را در 60 ثانیه شمرد و یا در 30 ثانیه شمرد و در عدد 2 ضرب کرد (در افراد داری مشکلات قلبی و آریتمی­ها به طور کامل در 60 ثانیه شمرد). | |  |  |  |  |  |
| 1. ضمن شمردن تعداد، ریتم نبض و حجم آن را با توجه به الگو و قدرت ضربانات تشخیص داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی که متوجه یک موج غیر طبیعی شد، شمارش را تکرار کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل و الگوی موج غیر طبیعی را پیدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات و یافته­ها را ثبت کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) تعداد نبض، ریتم نبض و حجم نبض را در زمان معین | |  |  |  |  |  |
| ب) زمان کنترل نبض را (تاریخ، ساعت و شیفت) | |  |  |  |  |  |
| ج) الگوی نبض را از نظر پر یا قوی بودن و یا نبض ضعیف و نخی بودن | |  |  |  |  |  |
| د) در صورت مشاهده موج غیر طبیعی، الگوی آن | |  |  |  |  |  |
| هـ) یافته­های غیر طبیعی در مددجو از قبیل پوست سرد و رنگ پریده و یا تعریق | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**31. کنترل نبض رادیال**

**وسایل مورد نیاز:** ساعت مچی دارای ثانیه شمارـ دفتر مخصوص ثبت علائم حیاتی بیمار

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دست­های خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. با مددجو ارتباط برقرار کرده و منظور خود را از اندازه­گیری نبض وی توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطمینال حاصل­کرد که بیمار شب قبل را راحت خوابیده ­است زیرا وضعیت نامناسب خواب ضربانات قلب را تحت تاثیر قرار می­دهد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به مددجو آموزش داد که آرام باشد و از استرس­های روحی بپرهیزد و همچنین از مصرف مواد محرکی چون کاکائو و کافئین و چای زیاد بپرهیزد زیرا این مواد ضربانات قلب را افزایش می­دهد. | |  |  |  |  |  |
| 1. راحتی و آسایش مددجو را فراهم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مددجو را در وضعیت نشسته یا خوابیده به پشت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بازوی مددجو را در کنار بدن وی قرار­داد به طوری که کف ­دست او به طرف پایین باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. انگشت سبابه، وسطی و انگشت حلقه را روی شریان رادیال قسمت داخلی مچ دست بیمار قرار­داد طوری که هر 3 انگشت روی یک خط قرار گیرند. | |  |  |  |  |  |
| 1. ساعت خود را در معرض دید قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از پیدا کردن نبض، تعداد ضربانات را در60 ثانیه شمرد و یا در30 ثانیه شمرد و در عدد 20 ضرب­کرد (در افراد داری مشکلات قلبی و آریتمی­ها به طور کامل در 60 ثانیه شمرد). | |  |  |  |  |  |
| 1. ضمن شمردن تعداد، ریتم نبض و حجم آن را با توجه به الگو و قدرت ضربانات تشخیص داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی که متوجه یک موج غیر طبیعی شد، شمارش را تکرار کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل و الگوی موج غیر طبیعی را پیدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات و یافته­ها را ثبت کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) تعداد نبض، ریتم نبض و حجم نبض را در زمان معین | |  |  |  |  |  |
| ب) زمان کنترل نبض را (تاریخ، ساعت و شیفت) | |  |  |  |  |  |
| ج) الگوی نبض را از نظر پر یا قوی بودن و یا نبض ضعیف و نخی بودن | |  |  |  |  |  |
| د) در صورت مشاهده موج غیر طبیعی، الگوی آن | |  |  |  |  |  |
| هـ) یافته های غیر طبیعی در مددجو از قبیل پوست سرد و رنگ پریده و یا تعریق | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**32. اندازه­گیری­ فشار خون**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| **1. آماده کردن محیط فیزیکی قبل از اندازه­گیری­ فشار خون** |  |  |  |  |  |
| 1. محیطی بدون سر و صدا را فراهم نمود. |  |  |  |  |  |
| 1. خلوت بیمار را فراهم نمود. |  |  |  |  |  |
| 1. محیطی با حرارت مناسب فراهم نمود. |  |  |  |  |  |
| **2. آماده کردن وسایل قبل از اندازه­گیری فشار خون** |  |  |  |  |  |
| 1. از پنبه الکل برای تمیز کردن قسمتی از گوشی که در گوش قرار می­گیرد استفاده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. از پنبه الکل برای تمیز کردن دیافراگم یا بل گوشی استفاده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت امکان بازوبند مناسب با اندازه بازوی بیمار انتخاب کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. مانومتر دستگاه فشار سنج جیوه­ای را در وضعیت عمودی قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. با سطح جیوه یا سوزن عقربه دستگاه فشار سنج که روی صفر قرار داشت اندازه­گیری را انجام داد. |  |  |  |  |  |
| 1. گوشی را جهت انتقال صدا بررسی کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. دستگاه فشار­سنج را از جهت سالم بودن و نشست هوا از کیسه پلاستیکی پمپ، لوله­ها، پیچ­ها و اتصال دهنده­ها بررسی کرد. |  |  |  |  |  |
| **3.آماده کردن بیمار قبل از اندازه­گیری فشار خون** |  |  |  |  |  |
| 1. روش کار را به بیمار توضیح داد. |  |  |  |  |  |
| 1. اگر بیمار در وضعیت آشفتگی عاطفی، درد یا فعالیت قرار داشت، گرفتن فشار خون را به تأخیر انداخت. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد (پشت بیمار تکیه­گاه داشته و پاهای بیمار آویزان نباشد) . |  |  |  |  |  |
| 1. برای ساعد بیمار تکیه­گاه فراهم کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. خم آرنج را هم سطح قلب قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. کف دست بیمار را رو به بالا قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. آستین لباس بیمار را شل یا خارج کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. جهت اندازه­گیری فشارخون بازوی صحیح را انتخاب کرد (بستن بازوبند به بازویی که مجاور ماستکتومی قرار گرفته باعث ادم بیشتر بازو می­شود و نیز اندازه­گیری فشار­خون در بازویی که فیستول شریانی ـ وریدی یا شنت همودیالیز دارد به علت مخاطره انداختن خون عروقی صحیح نمی­باشد. |  |  |  |  |  |
| 1. اگر بیمار در حال خوردن، آشامیدن یا کشیدن سیگار بود گرفتن فشار خون را به تأخیرانداخت. |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام دانشجو: ترم** | | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| **4. انجام اصول حین اندازه­گیری فشار خون** | |  |  |  |  |  |
| 1. مرکز قسمت قابل باد شدن بازوبند (لاستیکی) را بالای شریان بازوئی بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لبه پائینی بازوبند را Cm5/2تا5 از قسمت قدامی خم آرنج فاصله داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بازوبند را صاف و یکنواخت دور بازو قرار داد و انتهای آن را محکم بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. لوله­های بازوبندرا بدون پیچ خوردگی در اطراف بازوبند قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نبض رادیال یا بازوئی را با نوک انگشتان لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دریچه پمپ هوا راکاملاً بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. بازوبند را سریع به بالاتر از نقطه ناپدید شدن نبض پمپ کرد (روش لمسی). | |  |  |  |  |  |
| 1. هوا را از بازوبند خارج و 15 ثانیه صبر کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. گوشی پزشکی را به طور صحیح در کانال گوش قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بل یا دیاگرام گوشی را با فشار کم بالای شریان بازویی جایی که نبض حس می­شود قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بل یا دیافراگم گوشی با بازوبند تماس ندارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بازوبند را سریع mmhg 30 به بالاتر از نقطه ناپدید شدن نبض پمپ زد (روش سمعی). | |  |  |  |  |  |
| 1. آهسته با سرعت mmhg2 تا3 در ثانیه تا تعیین فشار سیستولیک بازوبند را از هوا خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به محل تغییر صدا(کاهش صدا) یاقطع صدا توجه نموده و انها را به عنوان فشار خون دیاستولیک تلقی نمود(کاهش صدا در کودکان، قطع صدادر بزرگسالان) . | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتیکه فاصله دو صدا (کاهش صدا و قطع صدا) بیش از mmhg 10بود هر دو را ثبت نمود (مثال68/80/150). | |  |  |  |  |  |
| 1. بعد از تعیین فشار دیاستولیک بازوبند را از هوا خالی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در حال خالی شدن هوای بازوبند جهت اندازه­گیری مجدد، بازوبند را باد نکرد بلکه تا خارج شدن کامل هوا صبر نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت هر گونه تکرار، اندازه­گیری را مجددا ًبعد از 30تا60 ثانیه انجام ­داد | |  |  |  |  |  |
| 1. در بار اول، اندازه­گیری فشار خون را از دو دست انجام ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای اندازه­گیری فشار خون، بازویی که فشار خون بالایی را نشان داده انتخاب ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در هنگام خواندن میزان فشار خون چشم را هم سطح درجه مانومتر قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیشتر از cm91 از درجه مانومتر فاصله ندارد. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| **نام دانشجو: ترم** | | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| **5. ثبت میزان فشارخون بعد از اندازه­گیری** | |  |  |  |  |  |
| 1. فشار سیستولیک و دیاستولیک را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نوع وضعیت بیمار (نشسته، ایستاده و خوابیده) را در هنگام اندازه­گیری ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بازوی مورد استفاده بیمار را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت بالا بودن میزان فشار خون ازmmhg 90/140 اندازه­گیری را تکرار و هر دو مورد را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| **6. اندازه­گیری­فشار خون سیستولی در بازو به روش لمس**   1. پس از اجرای 4 مرحله قبل نبض زند زیرین (در مچ دست) یا نبض بازوئی (درخم آرنج) به وسیله نوک سه انگشت لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از بستن پیچ دستگاه، دمیدن هوا به داخل بازوبند به وسیله حباب پلاستیکی را تا قطع ضربان نبض تا 30-20 میلی متر جیوه بالاتر ادامه داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پیچ دستگاه را به ملایمت جهت خروج آرام هوا باز نموده و به عقربه فشار سنج یا ارتفاع جیوه تا احساس باز گشت نبض دقت نموده و فشار خون سیستولی را از روی عقربه فشارسنج یا ارتفاع جیوه خواند. | |  |  |  |  |  |
| 1. فشار خون را با در نظر گرفتن سن بیمار و حد طبیعی آن و فاکتورهای موثر در فشار خون ارزیابی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت شک به کنترل و ثبت، بعد از یک یا دو دقیقه مجداً فشار خون را کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در طول این روش از تکنیک تمیز استفاده نمود، بیمار را در حالت راحتی قرار داد، اگر بیمار هرگونه تغییر غیرطبیعی داشت مجدداً نبض وی را کنترل کرد یا اگر نامنظم بود به پزشک گزارش داد و در برگه مراقبتهای پرستاری یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نتایج را به دقت طبق روتین بیمارستان یا دستور پزشک ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**33-کنترل داروی دستور داده شده**

**وسایل مورد نیاز:** سینی یا ترالی دارو ـ کارت مخصوص دارو ـ داروی دستور داده شده ـ ظرف دارو (یکبار مصرف جهت قرص و کپسول و ظرف مدرج جهت داروهای مایع) ـ قاشق مخصوص دارو ـ هاون در صورت لزوم ـ نی­آشامیدنی در صورت لزوم ـ دستمال کاغذی یا گاز مرطوب ـ رسیور جهت قراردادن ظرف دارویی مصرف­شده ـ پارچ آب برای دارو دادن در صورت لزوم ـ چوب زبان

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. سینی و ترالی دارو را تمیز و آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کارت دارو را با کاردکس از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق، نام دارو، نوع دارو، مقدار دارو، ساعت دارو، طریقه دارو و توجه­ات لازم در مورد دادن دارو چک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت برخورد با هرگونه مغایرت در دستور دارویی پرستار مسئول یا پزشک را مطلع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سینی و ترالی آماده شده را در جای مناسبی نزدیک قفسه دارو قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را به خوبی شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. داروی مورد نظر، را براساس کارت دارویی از قفسه دارویی پیدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. داروی مورد نظر نام دارو و تاریخ مصرف را چک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از برداشتن دارو مجدداً برچسب دارو را چک کرده و در قفسه دارویی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه داروهای مربوط به یک بیمار را بدون تماس با دست در ظرف مخصوص همان بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه بیمار قادر به فرو­دادن مایعات نیست دارو را به صورت پودر درآورده و بصورت محلول به او خوراند. | |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه دارو به صورت مایع باشد در صورت لزوم آن را به خوبی تکان داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شیشه محلول دارویی را طوری در دست گرفت که برچسب آن درکف­دست قرار­گیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای داروهایی که نیاز به ظرف مدرج دارند سطح دارویی را هم­سطح با چشم قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرشیشه را با یک گاز مرطوب پاک کرده و درب آن را بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی­که دارو به صورت پودر است به وسیله قاشق بیشتر از گنجایش آن ریخته و سطح آن را با چوب زبان صاف کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درب ظرف محتوی پودر دارویی را بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. برچسب روی شیشه دارو (قرص) را برای بار سوم کنترل و در قفسه دارو قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را طوری روی کارت دارویی قرار داد که نام بیمار خوانده شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. درب قفسه دارو را قفل کرده و کلید را به پرستار مسئول تحویل داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سینی یا ترالی دارو را به همراه وسایل مورد نیاز بر بالین بیمار برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کارت­دارویی را با کارت­شناسایی بیمار کنترل­کرده و سپس نام بیمار را از وی پرسید. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از شناسایی دقیق بیمار، هدف از مصرف دارو و اثرات مورد انتظار آن را برای وی شرح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شرایط بیمار از نظر حساسیت دارویی و پروتکل موجود در کارت را کنترل و اجرا کرد. علایمی مانند نبض، فشارخون، تنفس، و وزن را کنترل کرده و طبق دستور عمل کرد و | |  |  |  |  |  |
| 1. در موارد خاص پزشک را مطلع­ساخت (داروهای ­مدر، پایین­آورنده فشارخون، ضد انعقاد ، دیژیتال و ...). | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت امکان وی را در وضعیت نشسته یا به پهلو خوابیده قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. یک لیوان آب یا نوشیدنی مورد نظر را در اختیار بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. داروهای مایع به جز ترکیبات آنتی­اسید و شربت­های سینه را برای جذب بهتر با 15cc آب رقیق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی­که چند دارو برای بیمار تجویز شده­است هرکدام را به طورجداگانه به وی داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به هشدار بیمار در مورد تفاوت داوریی توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تا خوردن دارو نزد بیمار ماند و برخوردن دارو و سپس نوشیدن آب توسط بیمار نظارت کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از نظر علایم و عوارض کوتاه مدت کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ظرف دارویی مصرف­شده را در محل مناسب قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگرداند، توجه لازم را از آنها بعمل آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست . | |  |  |  |  |  |
| 1. در پرونده بیمار از روی کارت دارویی، نام، مقدار و طریقه تجویز دارو را با ذکر تاریخ و ساعت ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. موارد خاص از قبیل خودداری کردن بیمار از خوردن دارو به هر دلیلی یا شکایت بیمار را گزارش و در پرونده بیمار ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کارت­های دارویی را در جای خود قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از پایان دارو­دادن ارزشیابی لازم را از نظر حساسیت و سایر عوارض داروها انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان و تاریخ، نام دارو، میزان دارو، شکل استفاده و عوارض موجو را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**34. داروهای خوراکی**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. کارت دارویی را با دستور پزشک چک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از نظر آلرژی کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نیاز بیمار به داروی PRN را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing). | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را جمع آوری کرد (سینی یا ترالی دارو ـ کارت دارو ـ ظرف دارو ـ ظرف مدرج ـ قاشق چای­خوری و غذا­خوری و آبسلانگ در صورت لزوم، دستمال کاغذی یا گاز مرطوب ـ داروی دستور داده شده ـ پارچ آب ـ لیوان ـ رسیور). | |  |  |  |  |  |
| 1. کارت دارویی را خواند. | |  |  |  |  |  |
| 1. تاریخ مصرف دارو را چک کرد . | |  |  |  |  |  |
| 1. قرص یا کپسول را به تعداد مورد نیاز در درپوش شیشه­ای ریخته و سپس به ظرف دارویی منتقل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شیشه داروهای مایع را طوری در دست گرفت که برچسب در کف دست قرار گرفت هنگام ریختن دارو را مقابل چشمان نگه داشت و از طرف پایین میزان دارو را بخواند و سپس شیشه را با دستمال خشک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو و کارت مربوط به آن را روی ترالی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را مشخص کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه کار را برای بیمار توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در پوزیشن مناسب قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را طبق5 قانون به بیمار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار یک لیوان آب داده و او را از نظر مصرف دارو مشاهده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ترالی و وسایل را به سر جایش برگرداند. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. از نظر عوارض 30 دقیقه بعد بیمار را چک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هر داروی تجویز شده را در برگ مخصوص ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**35. داروهای رکتالی**

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. کارت دارویی را با دستور پزشک چک کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات در مورد داروها را مرور کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. نیاز بیمار به داروی PRN را بررسی کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing) . |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را جمع آوری کرد سینی یا ترالی دارو ـ کارت دارو ـ ظرف دارو ـ گاز مرطوب ـ داروی دستور داده شده ـ رسیور – دستکش یکبار مصرف – ژل نرم کننده یا یک لیوان آب |  |  |  |  |  |
| 1. شیاف را با توجه به کارت دارویی در اتاق کار، از یخچال( شیاف­های رکتال در یخچال نگهداری می­شوند) برداشت. |  |  |  |  |  |
| 1. تاریخ مصرف شیاف را چک کرد . |  |  |  |  |  |
| 1. مقدار شیاف را صحیح برداشت. |  |  |  |  |  |
| 1. شیاف و را روی ترالی قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. کارت را همراه با شیاف قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را مشخص کرد تا کار را برای بیمار صحیح انجام داد. |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه کار را برای بیمار توضیح داد. |  |  |  |  |  |
| 1. خلوت بیمار را فراهم آورد. |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که به پهلوی چپ بخوابد و پای رویی را کاملا خم کند. |  |  |  |  |  |
| 1. ملافه رویی را کنار میزند به طوریکه باسن بیمار کاملا نمایان شود |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش پوشید . |  |  |  |  |  |
| 1. شیاف را از درون پوشش خارج کرده ، انتهای مخروطی و مدور آن را داخل ماده لغزنده یا آب گرم فرو کرد. ( طبق دستور کارخانه سازنده ) |  |  |  |  |  |
| 1. انگشت سبابه دست راست خود را به ماده لغزنده آغشته کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. برای شل شدن بیشتر اسفنکتر مقعد از بیمار خواست از دهان نفس عمیق بکشد. |  |  |  |  |  |
| 1. بادست چپ خود اطراف مقعد را باز کرد و با دست دیگر شیاف را به آرامی در مقعد فرو کرد. با انگشت سبابه خود شیاف را در طول دیواره راست روده را به داخل وارد کرد . در بزرگسالان در حدود 10 سانتی متر و در کودکان در حدود 5 سانتی متر یا کمتر وارد کرده و سپس انگشت خود را خارج کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. برای جلوگیری از خارج شدن شیاف، برای چند لحظه دو طرف باسن (اطراف ) مقعد را به هم نزدیک کرده و با دست داشت . |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش هایش را به صورت پشت و رو خارج کرد و در رسیور قرار داد . |  |  |  |  |  |
| 1. لباس و تخت بیمار را مرتب کرد ه و بیمار را در پوزیشن راحتی قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست حداقل برای مدت 5 دقیقه در وضعیت خوابیده به پشت یا پهلوی چپ باقی بماند.درصورت استعمال شیاف ملین زنگ در دسترس بیمار قرار داد تا کمک بگیرد. |  |  |  |  |  |
| 1. تاثیر شیاف و اطلاعات مربوطه را در پرونده بیمار یادداشت کند |  |  |  |  |  |
| 1. ترالی و وسایل را به سر جایش برگرداند. |  |  |  |  |  |

**36. گذاردن شیاف مقعدی**

**وسایل مورد نیاز:** کارت دارویی ـ شیاف دستور داده شده ـ رسیورـ دستکش یکبار مصرف ـ ظرف آبگرم در صورت لزوم ـ مقدار کافی ماده لغزنده کننده محلول در آب، روی دستمال کاغذی ـ لگن

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. کارت دارو را با کاردکس مطابقت داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شیاف دستور داده شده را از یخچال برداشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. شیاف و دیگر وسایل مورد نیاز را به اتاق برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را به روش صحیح شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از اقدام مورد نظر مطلع کرد و خلوت بیمار را فراهم آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که به پهلوی چپ خوابیده پای رویی را کاملاً خم کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. ملافه­های رویی بیمار را کنار زد بطوری که باسن بیمار نمایان شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. شیاف را از درون پوشش آن خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای شل شدن و باز شدن هر چه بیشتر اسفنکتر مقعد از بیمار خواست که از راه دهان نفس عمیق بکشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با دست چپ اطراف مقعد را باز کرده و با دست دیگر شیاف را به آرامی در مقعد وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با انگشت سبابه خود شیاف را در طول دیواره راست روده به داخل وارد کرد، در بزرگسالان در حدود 10 سانتی­متر و درکودکان در حدود 5 سانتی­متر یا کمتر وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. انگشت خود را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای جلوگیری از خروج شیاف برای چند لحظه دو طرف باسن ( اطراف معقد) را بهم نزدیک کرده و با دست نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش­های خود را به صورت پشت و رو خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لباس و تخت بیمار را مرتب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست حداقل به مدت 5 دقیقه در وضعیت خوابیده به پشت یا پهلوی چپ باقی بماند. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت استعمال شیاف ملین، زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار داد تا برای رفتن به توالت یا گرفتن لگن کمک بگیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگرداند و توجه لازم را از آنها بعمل آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات خود را در رابطه با نکات مورد بررسی، مداخلات انجام شده و نکات مورد ارزش­یابی شامل نوع شیاف، در صورت خارج شدن مدت زمانی که نگه داشته شده، اثرات و نتایج آن، در پرونده بیمار یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**37. کمک در دادن دارو از طریق لوله تراشه**

**وسایل مورد نیاز:** لولۀ داخل تراشه ـ دستکش ـ گوشی پزشکی ـ وسایل احیاء ـ داروی تجویز شده ـ سرنگ ـ آب مقطر یا محلول نرمال سالین

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را از نظر نوع دارو چک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در موقعیت اورژانسی دستور شفاهی پزشک را دریافت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستهای خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. موقعیت لوله­تراشه را با استفاده آمبوبگ و گوشی پزشکی بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. میزان دارو را محاسبه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را داخل سرنگ کشید | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را با 10ml نرمال سالین رقیق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت به پشت خوابیده قرار داده و سر را کمی بالاتر قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار 3 تا 5 بار به کمک آمبوبگ تنفس داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن را از سرنگ جدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سر سرنگ را داخل مدخل لوله تراشه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را به داخل لوله تراشه تزریق کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از تزریق دارو، با آمبوبگ چند تنفس سریع به بیمار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ را به روش صحیح معدوم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش­ها را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان و تاریخ تجویز دارو، داروی استفاده شده و پاسخ بیمار را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**38. آماده کردن دارو برای تزریق از آمپول و ویال**

**وسایل مورد نیاز:** کارت دارویی ـ ویال یا آمپول حاوی داروی استریل ـ سینی تزریق شامل: سوزن و سرنگ استریل (متناسب با حجم دارو، نحوه تزریق، و وضعیت بیمار) ـ ظرف محتوی پنبه­الکل70% یا ماده ضدعفونی­کننده دیگر ـ اره درصورت لزوم ـ آب مقطر یا سرم فیزیولوژی استریل در صورتی­که دارو بصورت پودر است ـ ظرف تزریق و رسیور

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. کارت دارو را با کاردکس تطبیق داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه وسایل را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه مخدر برداشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارویی مقایسه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی­کرد بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را: | |  |  |  |  |  |
| الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی | |  |  |  |  |  |
| ب)قبل از کشیدن دارو | |  |  |  |  |  |
| ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را به روش جراحی شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ و سرسورن را به طریق استریل آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از ثابت بودن سرسوزن به گردن سرنگ مطمئن شد، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را به روش زیر در سرنگ کشید: | |  |  |  |  |  |
| **الف) در صورت استفاده از ویال حاوی داروی مایع** | |  |  |  |  |  |
| * + در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرارداده به آرامی چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نداد. | |  |  |  |  |  |
| * + حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برداشت. | |  |  |  |  |  |
| * + لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی­کننده (الکل 70% ) تمیز کرد بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه الکل تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سرسوزن را برداشت، در این حال دقت کرد که آن را به طور مستقیم خارج کند تا بتوان از آلوده شدن سوزن جلوگیری کرد، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * + با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کرد، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود. | |  |  |  |  |  |
| * + در حالی­که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم گرفت. در حالی­که سر سوزن داخل دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * + سوزن را از داخل ویال خارج کرد و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| * + سرنگ محتوی محلول­دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرارداد | |  |  |  |  |  |
| * + ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| * + تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد. | |  |  |  |  |  |
| **ب) در صورت استفاده از ویال حاوی پودر:** | |  |  |  |  |  |
| * + دستورکارخانه­سازنده را به دقت خواند. | |  |  |  |  |  |
| * + با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + آب مقطر یا سرم قیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی چرخاند. | |  |  |  |  |  |
| * + حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * + تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی­لیتر و نام خود را به صورت برچسب نوشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل کرد. | |  |  |  |  |  |
| **ج) در صورت استفاده از آمپول دارو را به طریق ذیل در سرنگ کشید:** | |  |  |  |  |  |
| * آمپول را برداشته به صورت دورانی چرخاند بطوریکه تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار­گیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل کرد. | |  |  |  |  |  |
| * درصورتیکه در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک­کرد. سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش داد. | |  |  |  |  |  |
| * پوشش روی سوزن را به طریق مناسب برداشت. | |  |  |  |  |  |
| * سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ کشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج هست با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را در سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود. | |  |  |  |  |  |
| * سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * آمپول مصرف شده را به دور انداخت. | |  |  |  |  |  |
| * ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**39. آماده کردن دارو از ویال و آمپول**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | | مورد2 | | مورد3 | | مورد4 | | مورد5 | |
| 1. داروی مورد استفاده در بخش را بشناسد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. تعیین محل، اندازه و جثه بیمار، میزان بافت عضلانی در دسترس، مجاورت اعصاب و عروق خونی، وضعیت پوست محل تزریق، ماهیت دارو را تعیین کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. لیست داروئی از روی دستور پزشک و سرپرستار را کنترل کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| * 1. اطلاعات مربوط به داروها را مرور کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| * 1. بررسی اندازه و وضع ساختمان عمومی بدن بیمار را بررسی کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| * 1. بررسی احتیاج داشتن به یک نفر کمکی. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| * 1. سرنگ و سرسوزن مناسب برای استفاده آماده کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| * 1. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش ­داد (hand rubbing) | |  | |  | |  | |  | |  | |
| * 1. لوازم مورد نیاز را جمع­آوری کرد: سرنگ ونیدل مناسب رسیور، پنبه­الکل، دارو، کارت دارویی، گاز. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. نام دارویی که قرار است داده شود را بر طبق دستور مرور کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. برچسب دارو را چک کرده و آن را از قفسه دارو برداشت. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. دوز مناسب از دارو را ­کشید (داخل سرنگ) . | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. 5 قانون صحیح را رعایت کرد، (داروی صحیح، بیمار صحیح، روش صحیح، زمان صحیح، مقدارصحیح) . | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. سه بارچک را کنترل­ کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. هنگامیکه از قفسه دارویی دارو برداشت. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. قبل از کشیدن دارو داخل سرنگ. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. قبل از دور انداختن یا برگرداندن بقیه دارو به داخل قفسه. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| * 1. **روش کشیدن دارو از ویال:** | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. سر ویال را ضدعفونی کرده و اجازه داد که خشک شود. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. پنبه و الکل استفاده شده را دور انداخت. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. سرنگ و نیدل را آماده کرد و پوشش نیدل را خارج ­ کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. حجم مناسب از هوا را داخل سرنگ ­کشید. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. از طریق قسمت پلاستیکی نیدل را وارد ویال کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. هوا را وارد ویال کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. با دست غیر مسلط ویال را وارونه کرده و حجم داروی مناسب را ­کشید. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. هواگیری را انجام داد و دوباره حجم داروی مناسب را ­کشید. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. نیدل (سرسوزن) را از ویال خارج کرد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 1. پوشش نیدل را قرار ­داد. | |  | |  | |  | |  | |  | |
| امضای ارزیابی کننده | |  | |  | |  | |  | |  | |
| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | | مورد1 | | مورد2 | | مورد3 | | مورد4 | | مورد5 |
| **16. روش کشیدن دارو از آمپول:** | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. تمام حجم دارو را به قسمت پایین آمپول ­فرستاد(به روش چرخشی) | | | |  | | --- | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 1. گردن آمپول را با پنبه الکل تمیز ­کرد. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. سرنگ و آمپول را آماده ­کرد. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. سر آمپول را به روش صحیح ­شکست . | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. پوشش نیدل را بر داشت. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. آمپول را در دست غیر مسلط گرفته و نیدل را وارد آمپول ­کرد | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. دارو را به داخل سرنگ کشید | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. نیدل را از آمپول خارج ­کرد | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. نیدل را به صورت مستقیم گرفت و هواگیری را انجام ­داد. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. مطمئن شد که حجم لازم از دارو را کشیده است. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. پوشش نیدل را قرار ­داد. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. مجدداً برحسب آمپول و ویال را چک کرده و حجم دارو را دوباره محاسبه­ کرد. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. سرنگ و نیدل و پنبه الکل را روی ترالی قرار ­داد. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 1. کارت دارویی را کنار دارو قرار­ داد. | | |  | |  | |  | |  | |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی | |  | |  | |  | |  | |  |
| بخش | |  | |  | |  | |  | |  |
| تاریخ ارزیابی | | |  | |  | |  | |  | |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | | |  | |  | |  | |  | |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**40. تزریق عضلانی (1)**

**وسایل مورد نیاز:** کارت دارویی ـ ویال یا آمپول دارو ـ سرنگ 3 تا 5 میلی­لیتری ـ شماره و طول سوزن بسته به نوع عضله، نوع محلول تزریقی، محل تزریق، میزان بافت چربی که عضله مورد نظر را پوشانیده و سن بیمار متفاوت است (در مواردی که بافت چربی زیادی روی عضله را پوشانیده از سزن­های بلندتر (5/7cm) و در بیماران لاغر از سوزن­های کوتاهتر استفاده می­شود) ـ پنبه آغشته به محلول ضدعفونی­کننده ـ سوزن ـ دستکش طبق مقررات موسسه

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. کارت دارو را با کاردکس تطبیق داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه وسایل را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه مخدر برداشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارویی مقایسه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کرد بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را: | |  |  |  |  |  |
| الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی | |  |  |  |  |  |
| ب)قبل از کشیدن دارو | |  |  |  |  |  |
| ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از صحت داروی دستور داده شده اطمینان حاصل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را به روش جراحی شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ و سرسورن را به طریق استریل آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از ثابت بودن سرسوزن به گردن سرنگ مطمئن شد، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را به روش زیر در سرنگ کشید: | |  |  |  |  |  |
| **الف) در صورت استفاده از ویال حاوی داروی مایع** | |  |  |  |  |  |
| * در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرارداده به آرامی چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نداد. | |  |  |  |  |  |
| * حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برداشت. | |  |  |  |  |  |
| * لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی­کننده (الکل 70% ) تمیز کرد بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه الکل تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سرسوزن را برداشت، در این حال دقت کرد که آن را به طور مستقیم خارج کند تا بتوان از آلوده شدن سوزن جلوگیری کرد، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * + با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کرد، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود. | |  |  |  |  |  |
| * + در حالی­که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم گرفت. در حالی­که سر سوزن داخل دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * + سوزن را از داخل ویال خارج کرد و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * + سرنگ محتوی محلول­دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرارداد | |  |  |  |  |  |
| * + ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| * + تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد. | |  |  |  |  |  |
| **ب) در صورت استفاده از ویال حاوی پودر:** | |  |  |  |  |  |
| * + دستورکارخانه سازنده را به دقت خواند. | |  |  |  |  |  |
| * + با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی چرخاند. | |  |  |  |  |  |
| * + حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * + تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی­لیتر و نام خود را به صورت برچسب نوشت. | |  |  |  |  |  |
| * + ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه­سازنده عمل کرد. | |  |  |  |  |  |
| ج) در صورت استفاده از آمپول: | |  |  |  |  |  |
| * آمپول را برداشته به صورت دورانی چرخاند بطوریکه تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن پایین پوکه منتقل کرد. | |  |  |  |  |  |
| * درصورتی­که در گردن آمپول خط­مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک کرد. سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش داد. | |  |  |  |  |  |
| * پوشش روی سوزن را به طریق مناسب برداشت. | |  |  |  |  |  |
| * سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ کشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج هست با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را درسرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود. | |  |  |  |  |  |
| * سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * آمپول مصرف شده را به دور انداخت. | |  |  |  |  |  |
| * ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه دارو موجب تحریک بافت زیر جلدی می­شود قبل از تزریق سوزن را عوض کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق مقایسه کرده، از بیمار نام او را سئوال کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. خلوت بیمار را فراهم آورد، او را از اقدام مورد نظر مطلع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. بسته به حجم محلول تزریقی و جثه و سن بیمار، محل تزریق را انتخاب کرده و بیمار را در وضعیت مناسب قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محلی را برای تزریق انتخاب کرد که عاری از هر گونه ضایعه، حساسیت نسبت به لمس، سفتی، تورم، یا التهاب موضعی بوده و به طور مکرر مورد استفاده قرار نگرفته باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت نیاز به تزریق مکرر، محل تزریق را به طور چرخشی انتخاب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل انتخاب شده را برهنه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل انتخابی را طبق مقررات موسسه با ماده ضدعفونی­کننده، به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج و به وسعت پنج سانتی­متر پاک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پنبه الکلی را برای استفاده بعدی بین انگشت سوم و چهارم دست غیر فعال (معمولاً دست چپ) قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درحالی­که منتظر خشک شدن ماده ضدعفونی­کننده بر پوست است، پوشش روی سوزن را برداشت، برای این منظور به طریقی اقدام کرد که سوزن آلوده نشود. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ را طوری در دست گرفت که هوار داخل آن به طرف نوک سرنگ متمایل باشد در این حال تنها 2/0 ml هوا در سرنگ باقی گذاشته و بقیه هوای اضافی را خارج کرد (این عمل خصوصاً جهت داروهایی که موجب تحریک پوست و بافت­های زیر جلدی می­شوند مفید خواهد بود). | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ را در دست راست بین شست و انگشتان دیگر گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. با استفاده از دست دیگر پوست را کشیده یا جمع کرد. انتخاب این روش بسته به محل تزریق و وضعیت بیمار (قطر بافت زیر جلدی) می­تواند متفاوت باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از وارد کردن سوزن، بیمار را از نظر ایجاد حس سوزش ناشی از وارد کردن سوزن مطلع ساخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. بایک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را با زاویه 90 درجه وارد عضله کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با دست چپ خود بدنه سرنگ را گرفته، فشار دست خود را به دسته پیستون منتقل کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. با دست راست خود پیستون را به آهستگی به طرف خارج کشیده، اگر خون وارد سرنگ شد، آن را خارج کرد، سرنگ و سوزن را دور انداخته و محلول تزریق دیگری را آماده کرد، در غیر اینصورت تمام محلول را به آرامی تزریق کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. پنبه الکل را به آرامی در محل تزریق فشار داده، در صورت ادامه خونریزی محل را با گاز استریل خشک فشار داد تا خونریزی قطع شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از اتمام تزریق، بدون برگردانیدن سرپوش روی سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگردانید، توجه لازم را از آنها بعمل آورد، سوزن استفاده شده را در جعبه ایمنی (سیفتی باکس) انداخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کرد و دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات خود را در مورد نوع داروی تزریقی، مقدار، روش تجویز و هر گونه بررسی انجام شده، با ذکر تاریخ، ساعت و نام پرستار در پرونده بیمار یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تاثیر داروی تزریقی را در زمان مورد انتظار ارزشیابی کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |

**41. تزریق عضلانی (IM)(2)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | 1 | 2 | 3 | 4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را چک کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. کارت را با کاردکس مطابقت داد. |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را به روش آسپتیک شستشو داد. |  |  |  |  |  |
| 1. لوازم مورد نیاز را آماده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. کارت دارویی را کنار دارو قرار­ داد. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را مشخص­ کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. برای بیمار توضیح ­داده و وضعیت مناسب به بیمار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. برای بیمار محیط خصوصی آماده­ کرد. | |  | | --- | |  | |  |  |  |  |
| 1. محل مناسب برای تزریق را آماده­ کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. با استفاده از حرکت چرخشی موضع را با پنبه­الکل ضدعفونی­ کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. اجازه­ داد الکل روی پوست خشک شود. |  |  |  |  |  |
| 1. پنبه­الکل را بین انگشتان دست غیر مسلط گرفت. |  |  |  |  |  |
| 1. پوشش نیدل را خارج کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. باتوجه به جثه بیمار عضله محل تزریق را جمع یا باز کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. آمپول را با زاویه 90 و سریع وارد بافت­کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. با دست غیر مسلط انتهای پایینی سرنگ را گرفته و با دست مسلط، پیستون سرنگ را گرفته و سپس عمل آسپیره کردن را انجام داد. |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتیکه خون ظاهر شد نیدل و سرنگ را خارج­ کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. در غیر این صورت به آهستگی دارو را تزریق­ کرد (10 ثانیه برای هر میلی­لیتر دارو). |  |  |  |  |  |
| 1. بافت را محکم گرفته و نیدل را به آرامی و مستقیم خارج­ کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در پوزیشن راحت قرار­داد. |  |  |  |  |  |
| 1. سر نیدل را درون ظرف مخصوص سشبف ­انداخت و یا recap یک دستی انجام داد. |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش­­داد. |  |  |  |  |  |
| 1. **ارزیابی:** |  |  |  |  |  |
| * 1. 5 قانون صحیح (داروی­صحیح، بیمار­، روش­، زمان ، مقدارصحیح) را ارزیابی کرد. |  |  |  |  |  |
| * 1. پس از 30 دقیقه دارو رااز نظر عوارض جانبی و اثرات دارویی ارزیابی کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. :نام دارو ـ دوز دارو ـ محل تزریق ـ زمان تزریق ثبت کرد ـ امضاء |  |  |  |  |  |

**42. تزریق عضلانی به روش Z**

**وسایل مورد نیاز:** کارت دارویی ـ ویال یا آمپول دارو ـ سرنگ 5 – 3 میلی­لیتری ـ شماره و طول سرسوزن بسته به نوع عضله ـ محلول تزریقی ـ پنبه آغشته به محلول ضدعفونی­کننده ـ دستکش.

| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. کارت دارو را با کاردکس تطبیق داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه وسایل را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه مخدر برداشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارویی مقایسه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کرد بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را: | |  |  |  |  |  |
| الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی | |  |  |  |  |  |
| ب)قبل از کشیدن دارو | |  |  |  |  |  |
| ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستهای خود را به روش جراحی شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ و سرسورن را به طریق استریل آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از ثابت بودن سرسوزن به گردن سرنگ مطمئن شد، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را به روش زیر در سرنگ کشید: | |  |  |  |  |  |
| **الف) در صورت استفاده از ویال حاوی داروی مایع** | |  |  |  |  |  |
| * در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرارداده به آرامی چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نداد. | |  |  |  |  |  |
| * حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرار گرفته است برداشت. | |  |  |  |  |  |
| * لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی­کننده (الکل 70%) تمیز کرد بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه الکل تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| * پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سرسوزن را برداشت، در این حال دقت کرد که آن را به طور مستقیم خارج کرد تا بتوان از آلوده شدن سوزن جلوگیری کرد، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کرد، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود. | |  |  |  |  |  |
| * در حالی که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار گرفته است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| * ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم گرفت. در حالی­که سر سوزن داخل دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * سوزن را از داخل ویال خارج کرد و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * سرنگ محتوی محلول­دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرارداد | |  |  |  |  |  |
| * ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| * تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد. | |  |  |  |  |  |
| **ب) در صورت استفاده از ویال حاوی پودر:** | |  |  |  |  |  |
| * دستور کارخانه سازنده را به دقت خواند. | |  |  |  |  |  |
| * با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| * آب مقطر یا سرم فیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کرد. | |  |  |  |  |  |
| * در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی چرخاند. | |  |  |  |  |  |
| * حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی­لیتر و نام خود را به صورت برچسب نوشت. | |  |  |  |  |  |
| الف) ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه سازنده عمل کرد در صورت استفاده از آمپول دارو را به طریق ذیل در سرنگ کشید: | |  |  |  |  |  |
| * آمپول را برداشته به صورت دورانی چرخاند بطوریکه تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهن و پایین پوکه منتقل کرد. | |  |  |  |  |  |
| * درصورتیکه در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود ندارد با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک کرد. سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش داد. | |  |  |  |  |  |
| * پوشش روی سوزن را به طریق مناسب برداشت. | |  |  |  |  |  |
| * سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ کشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج هست با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را درسرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| * پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود. | |  |  |  |  |  |
| * سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * آمپول مصرف شده را به دور انداخت. | |  |  |  |  |  |
| * ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت به پهلو یا خوابیده به شکم قرار داد و محل مورد نظر را با پنبه حاوی محلول ضدعفونی­کننده تمیز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. با دست غیر غالب خود پوست محل تزریق را در حدود cm 5/3 - 5/2 به یک طرف کشید | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن را طبق دستور با زاویه 90 درجه وارد کرد، طبق روش آموخته شده دارو را تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از تزریق به مدت 10 ثانیه سوزن را خارج کرد، سپس اجازه داد پوست به حالت اولیه خود برگردد (این عمل راه خروج دارو از عضله به بافت زیر جلدی و پوست را مسدود می­کند). | |  |  |  |  |  |
| 1. از انجام ماساژ محل تزریق در این روش اجتناب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. اقدامات و مشاهدات خود را در پرونده بیمار ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**43. تزریق داخل جلدی (ID)**

**وسایل مورد نیاز**: کارت دارویی ـ ویال یا آمپول حاوی داروی استریل ـ سرنگ 1 میلی­لیتری که به صورت قسمتی مدرج شده است ـ سوزن یه طول 1-6/0 سانتی­متر به شماره­های 25، 26 یا 27 ـ پنبه اغشته به الکل یا محلول ضدعفونی­کننده بی­رنگ ـ دستکش طبق مقررات موسسه ـ اپی­نفرین ـ داروی گشاد کننده برنش و آنتی­هیستامین

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. کارت دارویی را با کاردکس مطابقت داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه وسایل را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه داروهای مخدر برداشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارو مقایسه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای بیمار توضیح­داد که تزریق دارو برجستگی کوچکی شبیه یک تاول ایجاد می­کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. بسته به محل تزریق (قسمت­داخلی و تحتانی ساعد، قسمت بالای سینه یا زیر کتف در قسمت پشت)، بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل دقیق تزریق را در سطح داخلی ساعد چهار انگشت پایین­تر از فضای کوبیتال در نظر­گرفت | |  |  |  |  |  |
| 1. به محل انتخابی که باید عاری از حساسیت در لمس، التهاب، تورم و ضایعه باشد توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل تزریق را با پنبه آغشته به الکل یا محلول ضدعفونی­کننده بیرنگ از مرکز به طرف بیرون به صورت دایره­ای تمیز کرد و اجازه داد پوست بیمار خشک شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. پنبه الکل را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر غالب خود برای استفاده بعدی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درحالیکه منتظر خشک شدن پوست از ماده ضدعفونی­کننده است پوشش روی سرسوزن را برداشته و برای این منظور به طریقی اقدام کرد که سوزن آلوده نشود. | |  |  |  |  |  |
| 1. هوای داخل سرنگ را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ را با دست غالب بین شست و انگشتان در حالیکه کف دست به طرف بالا باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با دست غیر غالب خود پوست اطراف محل تزریق را کشید تا سطح محکمی برای ورود سوزن بوجود آید. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن را با زاویه 15-10 درجه با پوست در حالیکه سطح مورب پوست به طرف بالا قرار دارد از لایه فوقانی پوست عبور داده و وارد جلد کرد از آسپیره کردن سرنگ خود داری کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را به دقت و به آرامی تزریق کرد به طوری که برجستگی کوچکی روی پوست ظاهر شد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درحالیکه خلاف جهت ورود سوزن، روی پوست کشش ایجاد شد به سرعت سوزن را خارج کرد، در صورت لزوم محل تزریق را به آرامی با محلول ضدعفونی­کننده پاک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در مواردی که این نوع تزریق جهت تست­های حساسیتی و نظایر آن انجام می­شود محل تزریق را به شعاع cm1به صورت یک دایره مشخص نموده و تاریخ و ساعت انجام تست را دقیقاً درکنار محل تزریق یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از اتمام تزریق بدون گذاشتن سرپوش سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل برگردانیده و توجه لازم بعمل آورد سوزن استفاده شده را در سفتی باکس انداخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کرد و دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات خود را در رابطه با نکات بررسی، داروی تست شده، غلظت، روش ساعت و تاریخ ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. واکنش بیمار به ماده تست شده را ارزیابی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وضعیت محل تزریق را طی مدت لازم (مثلاً 20 دقیقه یا 48-24 ساعت) بسته به نوع تست ارزیابی کرد در این مورد قرمزی و سفتی محل تزریق را در بزرگ­ترین وسعت آن برحسب میلی­متر اندازه­گیری کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل و فرد ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |

**44.تزریق زیر جلدی (1) (SC)**

**وسایل مورد نیاز:** کارت دارویی ـ ویال یا آمپول دارو ـ سرنگ 2 میلی­لیتری یا انسولین برحسب نیاز ـ سوزن شماره25 تا 27 بطول 5/1 ـ 1 سانتی­متر ـ پنبه آغشته به محلول ضدعفونی­کننده (الکل 70%) گاز استریل 5×5 سانتی­متر ـ دستکش

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. کارت دارو را با کاردکس تطبیق داد. |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه وسایل را آماده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. داروی دستور داده شده را از داخل قفسه دارویی، یخچال یا قفسه مخدر برداشت. |  |  |  |  |  |
| 1. برچسب روی آمپول یا ویال را به دقت خواند و دوباره با کارت دارویی مقایسه کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را از نظر تاریخ مصرف کنترل کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. از روش سه بار کنترل برای تجویز دارو پیروی کرد بدین صورت که برچسب روی شیشه دارو را: |  |  |  |  |  |
| الف) قبل از برداشتن از قفسه دارویی |  |  |  |  |  |
| ب)قبل از کشیدن دارو |  |  |  |  |  |
| ج) هنگام برگرداندن دارو به قفسه کنترل کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. دستهای خود را به روش جراحی شست. |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ و سرسورن را به طریق استریل آماده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. از ثابت بودن سرسوزن به گردن سرنگ مطمئن شد، مجدداً سرنگ و سوزن را روی سطح استریل پوشش اولیه سرنگ قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را به روش زیر در سرنگ کشید: |  |  |  |  |  |
| **الف) در صورت استفاده از ویال حاوی مایع** |  |  |  |  |  |
| * در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرارداده به آرامی چرخاند ولی هرگز آن را به شدت تکان نداد. |  |  |  |  |  |
| * حفاظ فلزی را که روی لاستیک سر ویال قرارگرفته است برداشت. |  |  |  |  |  |
| * + لاستیک درب ویال را با ماده ضدعفونی­کننده (الکل 70% ) تمیز کرد بدین منظور آن را به طریق دورانی با پنبه الکل تمیز کرد. |  |  |  |  |  |
| * + پیش از خشک شدن سر ویال، پوشش روی سرسوزن را برداشت، در این حال دقت کرد که آن را به طور مستقیم خارج کند تا از آلوده شدن سوزن جلوگیری کند، سپس برابر حجم دارویی که قرار است در سرنگ وارد شود هوا داخل سرنگ کشید. |  |  |  |  |  |
| * + با دقت سوزن را از مرکز لاستیک درب ویال وارد کرد، مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود. |  |  |  |  |  |
| * + در حالی­که نوک سوزن خارج از محلول دارویی قرار­گرفته­است هوای داخل سرنگ را به داخل ویال تزریق کرد. |  |  |  |  |  |
| * + ویال را وارونه کرده و آن را هم سطح چشم گرفت. در حالی­که سر سوزن داخل دارو قرار دارد برابر حجم مورد نیاز در سرنگ کشید. |  |  |  |  |  |
| * + سوزن را از داخل ویال خارج کرد و پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داد. |  |  |  |  |  |
| * + سرنگ محتوی محلول­دارویی را درون پوشش سرنگ در ظرف یا سینی تزریق قرارداد |  |  |  |  |  |
| * + ویال را دور انداخته یا چنانچه لازم است محتویات آن بعداً مورد استفاده قرار گیرد در محل مربوطه قرارداد. |  |  |  |  |  |
| * + تاریخ باز کردن سر ویال را روی آن قید کرد. |  |  |  |  |  |
| **ب) در صورت استفاده از ویال حاوی پودر:** |  |  |  |  |  |
| * + دستورکارخانه سازنده را به دقت خواند. |  |  |  |  |  |
| * + با رعایت تکنیک استریل، به اندازه حجم حلالی که قرار است اضافه شود از داخل ویال هوا خارج کرد. |  |  |  |  |  |
| * + آب مقطر یا سرم قیزیولوژی مورد نیاز را طبق روش به ویال اضافه کرد. |  |  |  |  |  |
| * + در صورت لزوم برای مخلوط شدن محتویات ویال آن را در کف دست قرار داده به آرامی چرخاند. |  |  |  |  |  |
| * + حجم داروی مورد نیاز را در سرنگ کشید. |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد تاریخ، ساعت، مقدار دارو در هر میلی­لیتر و نام خود را به صورت برچسب نوشت. |  |  |  |  |  |
| 1. ویال دارای برچسب را داخل یخچال قرار داده یا طبق دستور کارخانه­سازنده عمل­کرد**.** |  |  |  |  |  |
| **ج) در صورت استفاده از آمپول دارو را به طریق ذیل در سرنگ کشید:** |  |  |  |  |  |
| * آمپول را برداشته به صورت دورانی چرخاند بطوریکه تمام محلول در قسمت پایین و پهن پوکه قرار گیرد در صورت لزوم با وارد آوردن ضرباتی به قسمت فوقانی آمپول، دارو را به قسمت پهنن پایین پوکه منتقل کرد. |  |  |  |  |  |
| * درصورتیکه در گردن آمپول خط مشخص جهت شکستن آن وجود نداشت با پنبه الکلی قسمت گردن آمپول و اره را پاک کرد. سپس در حالی که گردن آمپول بر پنبه الکلی روی انگشت سبابه دست چپ تکیه دارد آن را با اره خراش داد.3 |  |  |  |  |  |
| * پوشش روی سوزن را به طریق مناسب برداشت. |  |  |  |  |  |
| * سوزن را در آمپول قرار داده و مقدار دارویی را که لازم است در سرنگ کشید در صورتی که به کل محتویات آمپول احتیاج هست با کج کردن آمپول با دقت، کل محتوی را در سرنگ کشید. |  |  |  |  |  |
| * پوشش رویی سوزن را روی آن قرار داده و مراقب استریل بودن سوزن و سرنگ بود. |  |  |  |  |  |
| * سرنگ محتوی داروی تزریقی را درون پوشش سرنگ داخل ظرف یا سینی تزریق قرار داد. |  |  |  |  |  |
| * آمپول مصرف شده را به دور انداخت. |  |  |  |  |  |
| * ظرف محتوی سرنگ حاوی دارو، پنبه الکلی و کارت دارویی را برداشته طبق روش آموخته شده تزریق را انجام داد. |  |  |  |  |  |
| 1. کارت دارو را با کارت مشخصات بیمار از نظر نام بیمار، شماره تخت و اتاق مقایسه کرده، از بیمار نام او را سئوال کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. بسته به محل تزریق، بیمار را در وضعیتی قرار داد که عضلات بازو، ران یا شکم شل باشد |  |  |  |  |  |
| 1. محلی را برای تزریق انتخاب کرد که قبلاً زیاد مورد استفاده قرار نگرفته است، همچنین عاری از حساسیت نسبت به لمس، سفتی، تورم، جوشگاه، خارش، سوختگی یا التهاب موضعی باشد. |  |  |  |  |  |
| 1. محل انتخاب شده را برهنه کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم دستکش پوشید. |  |  |  |  |  |
| 1. محل انتخابی را طبق مقررات موسسه با ماده ضدعفونی­کننده، به صورت دورانی از مرکز به سمت خارج و به وسعت پنج سانتی­متر پاک کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. پنبه الکلی را بین انگشت سوم و چهارم دست غیر فعال (معمولاً دست چپ) برای استفاده بعدی قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. اجازه داد پوست بیمار خشک شود. |  |  |  |  |  |
| 1. درحالی­که منتظر خشک شدن ماده ضدعفونی­کننده بر پوست است، پوشش روی سرسوزن را برداشت، برای این منظور به طریقی اقدام کرد که سوزن آلوده نشود. |  |  |  |  |  |
| 1. هوای موجود در سرنگ را کاملاً خالی کرد تا قطره­ای از دارو روی سطح مورب نوک سوزن دیده شود. چنانچه حباب­های هوا به دیواره سرنگ چسبیده است با وارد کردن ضرباتی آنها را خارج کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ را به طریق صحیح در دست غالب (معمولاً دست راست) بین شست و انگشتان دیگر گرفت |  |  |  |  |  |
| 1. با استفاده از دست دیگر پوست اطراف محل تزریق را کشیده یا فشار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. بایک حرکت ثابت، آرام و سریع بسته به محل تزریق، سوزن را با زاویه 90-45 درجه وارد پوست کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. با دست چپ خود بدنه سرنگ را گرفته، فشار دست خود را به دسته پیستون منتقل کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. با دست راست خود پیستون را به آهستگی به طرف خارج کشیده، اگر خون وارد سرنگ شد، آن را خارج کرد، سرنگ و سوزن را دور انداخته و محلول تزریق دیگری را آماده کرد، در غیر اینصورت تمام محلول را به آرامی تزریق کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. پنبه الکلی را بین انگشتان 3 و 4 دست چپ خود گرفته، در اطراف محل تزریق قرار داده، سوزن را به سرعت، در امتداد مسیر تزریق، از داخل پوست خارج و پنبه الکلی را در محل خروج سوزن قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. پنبه الکل را به آرامی در محل تزریق فشار داده، در صورت ادامه خونریزی محل را با گاز استریل خشک فشار داد تا خونریزی قطع شود (در تزریق زیر جلدی به ندرت خونریزی وجود دارد). |  |  |  |  |  |
| 1. پس از اتمام تزریق، بدون برگردانیدن سرپوش روی سوزن، سرنگ استفاده شده را داخل ظرف تزریق قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگردانید، توجه لازم را از آنها بعمل آورد، سوزن استفاده شده را در ظرف سیفتی باکس انداخت. |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت پوشیدن دستکش آن را خارج کرد و دستها را شست. |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات خود را در مورد نوع داروی تزریقی، مقدار، روش تجویز و هر گونه بررسی انجام شده، با ذکر تاریخ، ساعت و نام پرستار در پرونده بیمار یادداشت کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. تاثیر داروی تزریقی را در زمان مورد انتظار ارزشیابی کرد. |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**45.تزریق زیرجلدی (2)**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را چک ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کارت را با کارتکس مطابقت ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را به روش آسپتیک ­شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش ­داد (hand rubbing). | |  |  |  |  |  |
| * 1. داروی آماده شده را در رسیور قرار ­داد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. کارت دارویی را کنار دارو قرار ­داد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. بیمار را مشخص ­نمود. | |  |  |  |  |  |
| * 1. برای بیمار توضیح داده و وضعیت مناسب برای او ایجاد کرد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. محیط خلوت برای او ایجاد ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. محل مناسب برای تزریق را آماده و موضع را ضد عفونی و منتظر ­ماند که خشک شود | |  |  |  |  |  |
| * 1. پنبه الکل را در دست غیر مسلط قرار ­داد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. پوشش سرسوزن را خارج ­ کرد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. قسمتهای زیر جلدی را مشخص کرده در دست گرفت. | |  |  |  |  |  |
| * 1. تزریق را با زاویه 90-45 انجام ­داد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. بافت زیر جلدی را آزاد کرد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. در موارد مقتضی آسپیره ­ کرد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. دارو را به آهستگی تزریق ­ کرد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. سرسوزن را سریع از زیر جلد خارج و محل تزریق را مورد بررسی قرار ­داد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. بیمار را در یک پوزیشن مناسب قرار ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنیدل را به درون ظرف مخصوص انداخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست یا با ماده ضدعفونی­کننده مالش داد (hand rubbing). | |  |  |  |  |  |
| 1. در موقع تزریق انسولین به بیمار آموزشهای لازم را کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. **ارزیابی:** | |  |  |  |  |  |
| 1. 5 قانون­صحیح (داروی­صحیح، بیمار­صحیح، روش­صحیح، زمان­صحیح، مقدارصحیح) را ارزیابی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از 30 دقیقه دارو رااز نظر عوارض جانبی و اثرات دارویی ارزیابی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. موارد زیر را در محل مناسب در پرونده بیمار ثبت کرد: نام دارو ـ دوز دارو ـ محل تزریق ـ زمان تزریق ـ امضاء پرستار. | |  |  |  |  |  |
| 1. پوشش سرسوزن را بر­داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. آمپول را در دست غیر مسلط گرفته و سرسوزن را وارد ­ کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**-**

**46. تزریق زیر جلدی هپارین3**

**وسایل مورد نیاز:** سرنگ 1cc ـ سرسوزن 1cm ـ ویال یا آمپول هپارین ـ پنبه آغشته به ماده ضدعفونی کننده ـ دستکش یکبار مصرف (در صورت لزوم)

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. محلی را روی شکم، به دور از ناف واقع در قسمت فوقانی خارخاصره انتخاب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزنی را به طول1cm، با شماره 25 یا 26 انتخاب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هپارین را در سرنگ کشید، طبق روش آموخته شده با رعایت تکنیک استریل تزریق را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از تزریق محل را ماساژ نداد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل تزریقات بعدی را بصورت چرخشی انتخاب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان، تاریخ، محل تزریق و واکنش بیمار را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**47. تزریق وریدی (IV)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | مورد1 | | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. داروی مورد استفاده در بخش را بشناسد |  | |  |  |  |  |
| 1. لیست داروئی را از روی دستور پزشک و سرپرستار کنترل کرد. |  | |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات مربوط به داروها را مرور کرد. |  | |  |  |  |  |
| 1. بررسی احتیاج داشتن به یک نفر کمکی. |  | |  |  |  |  |
| 1. سرنگ و سرسوزن مناسب برای استفاده آماده کرد. |  | |  |  |  |  |
| 1. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش ­داد (hand rubbing) |  | |  |  |  |  |
| 1. لوازم مورد نیاز را جمع­آوری کرد: سرنگ ونیدل مناسب ، رسیور، پنبه­الکل، دارو، کارت دارویی. |  | |  |  |  |  |
| 1. نام دارویی که قرار است داده شود را بر طبق دستور مرور کرد. |  | |  |  |  |  |
| 1. برچسب دارو را چک کرده و آن را از قفسه دارو برداشت. |  | |  |  |  |  |
| 1. دوز مناسب از دارو را ­کشید (داخل سرنگ) . |  | |  |  |  |  |
| 1. 5 قانون صحیح را رعایت کرد، (داروی صحیح، بیمار صحیح، روش صحیح، زمان صحیح، مقدارصحیح) . |  | |  |  |  |  |
| 1. سه بارچک را کنترل­ کرد. |  | |  |  |  |  |
| 1. هنگامیکه از قفسه دارویی دارو برداشت. |  | |  |  |  |  |
| 1. قبل از کشیدن دارو داخل سرنگ. |  | |  |  |  |  |
| 1. قبل از دور انداختن یا برگرداندن بقیه دارو به داخل قفسه. |  | |  |  |  |  |
| 1. برای بیمار محیط خصوصی آماده­ کرد. |  | |  |  |  |  |
| 14 . پوزیشن خود را به طور صحیح قرار ­داد. |  | |  |  |  |  |
| 15 . در صورت نیاز از دستکش برای محافظت خود استفاده کرد. |  | |  |  |  |  |
| 16 . محل IV را مشخص و تورنیکت را چند اینچ بالاتر از محل شروع بست و مانور آمادگی رگ و برجستگی آن را دانست و محل مناسب را برای تزریق آماده­ کرد. |  | |  |  |  |  |
| 17 . با استفاده از حرکت چرخشی موضع را با پنبه­الکل ضدعفونی­ کرد. |  | |  |  |  |  |
| 18. اجازه­ داد الکل روی پوست خشک شود. |  | |  |  |  |  |
| 19 . پنبه­الکل را بین انگشتان دست غیر مسلط گرفت. |  | |  |  |  |  |
| 20 پوشش نیدل Needle را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 21. تورنیکت را مجدداً ­بست. سر سوزن را با زاویه مناسب وارد رگ ­کرده با یک دست سرسوزن را ثابت و با دست دیگر تورنیکت را باز ­ کرد. | |  |  |  |  |  |
| 22 . به آرامی کمی آسپیره کرده و محلول را پس از اطمینان در داخل رگ به آرامی تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 23 . بعد از اتمام محلول سر سوزن را خارج کرده و محل را با پنبه یا گاز استریل به مدت چند دقیقه فشار داد. | |  |  |  |  |  |
| 24 . بیمار را در پوزیشن راحت قرار­داد. | |  |  |  |  |  |
| 25 . نیدل Needle را درون ظرف safety box­ انداخت و یا recap یک دستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 26 . دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش­­داد (hand rubbing) | |  |  |  |  |  |
| 27. موارد زیر را در محل مناسب در پرونده بیمار ثبت کرد:نام دارو ـ دوز دارو ـ محل تزریق ـ زمان تزریق ـ امضاء پرستار. | |  |  |  |  |  |

**48. شروع تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه­ای(اسکالپ وین) یا آنژوکت**

**وسایل مورد نیاز:** تسمه­های محدود کننده جهت بیماران با کاهش هوشیاری ـ اطفال و بیماران مبتلا به اختلالات روانی ـ ست تزریق وریدی ـ محلول استریل وریدی دستور داده شده ـ پایه سرم ـ نوار چسب معمولی یا ضد حساسیت و قیچی ـ دستکش یکبار مصرف وم تورنیکت ـ پنبه آغشته به ماده ضدعفونی­کننده ـ سوزن پراوانه­ای به طول 5/2 cm با شماره­ 23- 21 برای اکثر تزریقات و شماره 19 برای خون کامل یا آنژیوکت در اندازه مناسب (شماره 22 برای تزریق محلول­های شفاف و شماره 20 برای محلول­های حاوی دارو یا محلول چرب) ـ پمپ کنترل جریان محلول وریدی در صورت لزوم ـ گاز استریل یا پانسمان شفاف ـ آتل در صورت لزوم ـ حوله و رسیور

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. با توضیح برنامه مورد نظر بیمار برای شروع یک تزریق آماد کرد، ورود سوزن به پوست برای چند ثانیه باعث ناراحتی بیمار شده، لیکن درخلال جریان داشتن مایعات وریدی ناراحتی وجود نخواهد داشت در صورتی­که طبق دستور پزشک، طول زمان تزریق وریدی مشخص شده، بیمار را در جریان امر قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت فوری نبودن درمان وریدی، برنامه­های مراقبتی روزانه را قبل از آغاز تزریق وریدی جهت به حداقل رسیدن حرکت عضو انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مطمئن شد بیمار لباسی به تن دارد (با آستین گشاد) که تزریق وریدی مانع از تعویض آن نمی­شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را آماده کرده، به اتاق بیمار برد و طبق روش آماده کردن وسایل تزریق مایعات داخل وریدی آن را مهیا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قطعات چسب را برای ثابت کردن سوزنی که داخل ورید خواهد شد، آماه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل مناسب را برای تزریق انتخاب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت امکان تزریق وریدی را در دست غیرغالب بیمار با استفاده از عروقی که مستقیم و بدون پیچ­خوردگی هستند انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هر وریدی را که انتخاب کرده است، از قسمتی از آن که دور از مرکز بدن قرار دارد استفاده کرد تا در صورت ایجاد اسکروز، نواحی از ورید که نزدیک مرکز بدن هستند قابل استفاده باقی بمانند | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم موهای قسمتی را که چسب روی آن قرار خواهد گرفت تراشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. حوله را زیر محل تزریق پهن کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای متسع کردن ورید به روش زیر اقدام کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) دستی را که قرار است در آن تزریق وریدی انجام­شود، پایین­تر از سطح قلب قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| ب) تورنیکت را 20- 15cm بالاتر از محل ورود سوزن محکم بست، تورنیکت باید به قدری قوی باشد که جریان­خون­­­وریدی را متوقف­سازد ولی جریان خون­شریانی دچار وقفه نشود. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| ج) چنانچه رگ به قدر کافی متسع نشده است به طریق زیر عمل کرد: | |  |  |  |  |  |
| * + قسمتی از رگ را که در ناحیه پایین محل تزریق قرار دارد، در جهت جریان وریدی به طرف قلب ماساژ داد. | |  |  |  |  |  |
| * + از بیمار خواست سریع مشت خود را باز و بسته کند. | |  |  |  |  |  |
| * + با انگشتان خود به آرامی بر ورید ضربه زد. | |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه با اجرای مرحله 12 باز هم ورید متسع نشد تورنیکت را باز کرده و به مدت 15 – 10 دقیقه از گرمای موضعی در محل استفاده کرد تا عروق محیطی متسع شده و پرخون شوند، سپس مرحله 12 را تکرار کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش­ها را پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. پوست محل تزریق را ابتدا با پنبه الکل به طریق دورانی از مرکز تزریق به سمت خارج آن تمیز کرد. برای مدت 1 دقیقه فرصت داد تا محلول ضدعفونی کاملاً خشک شده و اثر ضدمیکروبی خود را اعمال کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. با آن دست خود که سوزن را با آن نگرفته است، عضو را محکم نگه داشته و با انگشت شست، پوست روی ورید را در زیر ناحیه تزریق به طرف پایین کشید تا ورید بطور ثابت در جای خود قرار گرفته و ورود سوزن تسهیل گردد و بیمار درد کمتری احساس کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت استفاده از سوزن پروانه­ای به روش زیر استفاده کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) درحالی­که قسمت اریب سوزن رو به بالا قرار دارد آن را با زاویه 30 درجه با پوست در دست گرفته، پوست مجاور ورید را تقریباً 1 cm در زیر محل در نظر گرفته شده است برای وارد شدن به ورید سوراخ کرد. | |  |  |  |  |  |
| ب) به محض وارد شدن سوزن به داخل پوست آن را پایین آورد به نحوی که به موازات پوست قرار بگیرد، سپس سوزن را از کنار ورید وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| ج) هنگامی که خون به داخل لوله متصل به سوزن جریان یافت سوزن را به اندازۀ 5/2 تا 2 cm یا تا انتها وارد ورید کرد. | |  |  |  |  |  |
| د) تورنیکت راباز کرد. ست سرم را به انتهای سوند وارد کرده و جریان سرم را با سرعت زیاد به منظور جلوگیری از لخته شدن خون در سوزن برقرار ساخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت استفاده از آنژیوکت به روش زیر عمل کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) درحالی­که قسمت اریب آنمژیوکت رو به بالا قرار دارد آن را با زاویه 15 – 30 cm در دست قرار گرفته در یک مرحله وارد پوست و ورید کرد | |  |  |  |  |  |
| ب) به محض آشکار شدن خون در آنژیوکت یا احساس کاهش مقاومت، آنژیوکت را پایین آورد تا به موازات پوست قرارگیرد، سپس آن را به اندازۀ 1 – 5/0cm به طرف جلو راند. | |  |  |  |  |  |
| ج) تورنیکت را باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| د) پوشش محافظ انتهای ست سرم را از روی آن برداشته و برای وصل کردن به آنژیوکت آماده کرد، مراقب استرل بودن انتهای ست بود. | |  |  |  |  |  |
| هـ) برجستگی انتهای آنژیوکت را با شست و انگشت سبابه نگه داشته و سوزن را با دست بیرون کشید. | |  |  |  |  |  |
| و) لوله آنژیوکت را تا برجستگی انتهای آن وارد ورید کرد. در صورت مواجه با مقاومت تا انتها وارد نکرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش­ها را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن پروانه­ای یا آنژیوکت به روش زیر در محل ثابت کرد. | |  |  |  |  |  |
| الف) سوزن پروانه­ای را با استفاده از روش ضربدری در محل ثابت کرد. در صورت لزوم برای حفظ سوزن در ورید قطعه گاز 5×5 cm در زیر سوزن قرار داد | |  |  |  |  |  |
| ب) لوله آنژیوکت را به روش U به روش زیر ثابت کرد: | |  |  |  |  |  |
| * قطعه اول چسب را درحالیکه سطح چسبنده آن به طرف بالا قرار دارد زیر برجستگی انتهای لوله آنژیوکت قرار داد دو طرف چسبناک آن را به سمت پایین پوست در امتداد ورود سوزن ثابت کرد. | |  |  |  |  |  |
| * دومین قطعه چسب را در حالیکه سطح چسبنده آن به طرف پایین قرار دارد در عرض برجستگی انتهای لوله آنژیوکت ثابت کرد. | |  |  |  |  |  |
| * سومین قطعه چسب را در حالیکه سطح چسبنده آن به طرف پایین قرارگرفته در عرض برجستگی انتهای ست تزریق ثابت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. طبق مقررات موسسه مقدار کمی پماد آنتی­سپتیک را در محل سوراخ شدن پوست یا سوند قرار داده سپس آن را گاز یا پانسمان شفاف پوشاند. | |  |  |  |  |  |
| 1. آن قسمت از ست سرم را که به سوزن وصل است با چسب به صورت حلقه­ای روی پانسمان متصل کرد تا سوزن در اثر حرکت بیمار به خارج کشیده نشود. | |  |  |  |  |  |
| 1. روی قطعه چسب موارد زیر را نوشت و روی پانسمان چسباند: تاریخ و ساعت وارد کردن سوزن یا سوند آنژیوکت، نوع و اندازۀ سوزن یا سوند، حرف اول نام و نام­خانوادگی پرستار | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت لزوم از یک آتل که به دور آن پد و باند پیچیده شده است، برای ثابت کردن آرنج یا مچ دست استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تعداد قطرات سرم را طبق دستور پزشک محاسبه و تنظیم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگردانید، توجه لازم را از آنها بعمل آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. موارد لازم را به سرپرستار گزارش داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**49. درمان داخل وریدآماده وسایل تزریق مایعات داخل وریدی**

**وسایل مورد نیاز:** ست تزریق وریدی مناسب – محلول استریل وریدی دستور داده شده – پایه سرم – دارو و برحسب زمان بندی در صورت لزوم – برچسب برای ست سرم – پنبه آغشته به محلول ضد عفونی کننده

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور­ پزشک را در مورد مایع­درمانی وریدی کنترل­کرده، از صحیح ­بودن نوع محلول جهت بیمار مطمئن ­شد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را آماده کرده به اتاق بیمار ­برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. ست تزریق را از داخل پوشش آن خارج کرده، پیچ خوردگی ­لوله­ها را صاف کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلمپ روی ست را در طول لوله لغزاند، به نحوی که درست زیر محفظه قطره­ریز قرار­گرفته و قابل دسترسی­باشد، سپس آن را ­بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. به منظور تأمین استریل ­بودن دو انتهای ست­تزریق، تا شروع تزریق­وریدی، پوشش­های دو انتهای ست را خارج نکرد­. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای متصل­کردن ست­سرم به ظرف­حاوی محلول به طریق زیر عمل ­کرد:   در صورت استفاده از محلوهایی که در بطری­های شیشه­ای با درب لاستیکی قرار­دارند دیسک­فلزی درب­بطری را برداشته و قسمت لاستیکی را با پنبه آغشته به محلول ضدعفونی­کننده پاک کرد، سپس درپوش سر لوله ­ست را برداشته و نوک آن را با فشار وارد سوراخ درب لاستیکی ­کرد. روش استریل را رعایت­­کرد. در مورد کیسه­های پلاستیکی، پوشش­محافظتی محل ورود ست را برداشته و سر ست را وارد سرم ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ظرف حاوی محلول را به پایه سرم آویزان ­کرد( ارتفاع ظرف حاوی محلول تا سطح تخت بیمار معمولاً یک متر می­باشد). | |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه از محفظه قطره­ریز قابل ارتجاع استفاده کرده است. آن را به آرامی فشارداد تا نیمی از آن پر از محلول شود. محفظه­های غیرقابل ارتجاع معمولاً به طور خود به خود پر از محلول می­شوند، این کار از ورود هوا به داخل ست سرم جلوگیری می­کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای پر کردن لوله­ها از محلول، درپوش انتهای لوله را برداشته و سر آن را داخل رسیورگرفت (مراقب استریل بودن سر ست و پوشش آن بود)، کلمپ را باز کرده و اجازه داد محلول وارد لوله شده و از آن خارج شود، تا هنگامی که تمام حباب­های هوا از بین برود، با انگشت خود روی لوله ضربه وارد ­کرد تا حباب­ها زودتر خارج شوند. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلمپ را دوباره بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. در پوش سر لوله را با رعایت نکات استریل مجدداً روی آن قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت استفاده از پمپ کنترل الکترونیکی از راهنمای کارخانه سازنده جهت وارد کردن ست تزریق و برقراری جریان محلول وریدی استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لوله را به پایه سرم وصل­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت اضافه کردن دارو به ظرف حاوی محلول، برچسبی را که شامل اطلاعات لازم می­باشد(نام بیمار، شماره اتاق و تخت، تعداد قطرات، تاریخ و زمان شروع، تاریخ و زمان قطع، نام دارو، مقدار دارو، نام پرستار) در سمت پایین ظرف حاوی محلول­چسباند تا به سادگی قابل خواندن باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تاریخ و زمان انفوزیون، محل ورود IV ، نوع و اندازه کاتتر IV را ثبت­کرد. | |  |  |  |  |  |
| * به تحمل بیمار نسبت به این جریان توجه ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| * فعالیت­های یادگیری بیمار و والدین را مشخص ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| * با توجه به سیاست بیمارستان، شرایط محل IV را ثبت ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| * در صورتی­که در محل IV نشت رخ ­دهد، شرایط محل IV را در هر تغییر شیفت تا هنگام پایدار شدن شرایط ثبت ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**50. تزریق دارو به داخل ورید از طریق ست سرم یا آنژیوکت**

**وسایل مورد نیاز:** کارت دارویی ـ داروی دستور داده شده ـ سرنگ استریل در اندازۀ مناسب (10 تا 5 ml) ـ دستکش درصورت لزوم ـ گلوله­های پنبه آغشته شده به محلول ضدعفونی­کننده ـ سوزن شماره 25 – 21 به طول 5/2 cm.

**در صورت داشتن هپارین لاک وسایل زیر مورد نیاز است:**

سرنگ 5-3 میلی­لیتر جهت آماده کردن دارو ـ سرنگ استریل 3 میلی­لیتر حاوی سرم فیزیولوژی یا هپارین ـ سوزن استریل شماره 21

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را از نظر نوع دارو، مقدار، روش تجویز و سرعت تزریق کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. برحسب ضرورت دارو، هپارین یا سرم فیزیولوژی را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| الف) دارو را طبق روش آماده کردن دارو از آمپول یا ویال در سرنگ کشید، روی سرنگ برچسب زد تا با هپارین اشتباه نشود. | |  |  |  |  |  |
| ب)در صورت لزوم محلول هپارین را برحسب مقررات موسسه در یک سرنگ جداگانه کشید، در بسیاری از موسسات از محلول 100 واحد هپارین در 1 میلی­لیتر استفاده می­شود و5/0 یا 1 میلی­لیتر از آن تزریق می­شود. این سرنگ را هم با برچسب مشخص کرد. | |  |  |  |  |  |
| ج) درصورت لزوم در سرنگ دیگر محلول سرم فیزیولوژی را کشید. این سرنگ را نیز با برچسب مشخص کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| در صورت استفاده از ست سرم برای تزریق دارو به داخل ورید به روش زیر اقدام کرد: | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل تزریق وریدی را از نظر نشت زیر جلدی بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل ورود سوزن روی ست سرم را ضدعفونی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. جریان محلول وریدی را با بستن کلمپ ست یا تا کردن ست سرم قطع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درحالیکه ست سرم (محل ورود سوزن) را محکم نگهداشته سوزن را به آن وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پیستون را کمی بیرون کشید تا خون داخل ست آشکار شود (نه در سرنگ). | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را با سرعت مناسب تزریق کرد، سپس سوزن را بیرون کشید.کلمپ ست را باز کرد و جریان محلول وریدی را با سرعت مناسب برقرارکرد در صورت تحریک ورید توسط دارو در حدود 1 دقیقه جریان محلول وریدی را سریع کرد تا دارو رقیق شود و سپس قطرات را تنظیم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت استفاده از آنژیوکت به داخل ورید به روش زیر اقدام کرد: | |  |  |  |  |  |
| 1. برحسب نوع آنژیوکت مصرفی محل ورود سوزن به آنژیوکت برای تزریق دارو را ضدعفونی کرده یا دریچه آن را باز کرد در صورت استفاده از ماده ضدعفونی­کننده اجازه داد محل خشک شود. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| 1. برحسب نوع آنژیوکت مصرفی سوزن متصل به سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را به محل ضدعفونی شده وارد کرده یا به طور مستقیم سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی رابه دریچه وصل کرد. سپس مقداری از خون را از طریق سوزن یا سرنگ آسپیره کرد تا خون در ابتدای سرنگ ظاهر شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم 2 – 5/1 ml از محلول سرم فیزیولوژی را تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی را از آنژیوکت جدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برحسب آنژیوکت مصرفی سوزن متصل به سرنگ حاوی دارو را به محل تزریق دارو وارد کرده ویا بطور مستقیم سرنگ حاوی دارو رابه آنژیوکت وصل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دارو را به آرامی و با سرعت مناسب تزریق کرد. دراین حال بیمار را از نظر هرگونه واکنش نامطلوب بررسی کرد. پس از اتمام دارو سرنگ را از آنژیوکت جداکرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از سرنگ دیگری که حاوی سرم فیزیولوژی است طبق مراحل برای شستشوی آنژیوکت استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت نیاز به استفاده از هپارین، سرنگ حاوی هپارین را به آنژیوکت وصل کرده و دارو را به آرامی تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. حداقل هر 8 ساعت یکبار باز بودن آنژیوکت را به روش زیر کنترل کرد: | |  |  |  |  |  |
| * با استفاده از سرنگ حاوی سرم فیزیولوژی خون را از آنژیوکت آسپیره کرد. | |  |  |  |  |  |
| * با 2 – 5/1ml سرم فیزیولوژی آنژیوکت را شست | |  |  |  |  |  |
| * در صورت لزوم هپارین به داخل آنژیوکت تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تعویض هپارین لاک را هر 72 – 48 ساعت یکبار انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت استفاده از دستکش آن را خارج کرد وسایل را به محل مربوطه برگرداند، توجه لازم را از آنها بعمل آورد و دست­ها راشست. | |  |  |  |  |  |
| 1. تاریخ و ساعت وارد کردن سوزن یا آنژیوکت، نوع و اندازه سوزن یا سوند و حرف اول نام و نام­خانوادگی پرستار را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم از یک آتل که به دور پد و باند پیچیده شده است، برای ثابت کردن آرنج یا مچ دست استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تعداد قطرات سرم را طبق دستور پزشک محاسبه و تنظیم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگردانیده، توجه لازم را از آنها بعمل آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. موارد لازم را به سرپرستار گزارش کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**51. استقاده از وسیله کنترل حجم (میکروست)**

**وسایل مورد نیاز:** میکروست ـ محلول وریدی ـ داوری وریدی ـ پایه سرم ـ ست تزریق وریدی ـ پنبه الکل ـ نوار چسب

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دست­ها را شست. |  |  |  |  |  |
| 1. روش کار را برای بیمار توضیح داد. |  |  |  |  |  |
| 1. باز بودن سوزن یا آنژیوکت را به روش آموخته شده بررسی کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. ست کنترل­کننده حجم ­مایعات را به روش زیر به ظرف حاوی ­محلول وریدی وصل کرد: |  |  |  |  |  |
| الف) کلمپ­های بالا و پایین محفظه میکروست را بست. |  |  |  |  |  |
| ب) دریچه هوای بالای محفظه میکروست را به ظرف حاوی محلول وریدی وارد کرد. |  |  |  |  |  |
| ج) نوک تیز بالای محفظه میکروست را باز کرد. |  |  |  |  |  |
| د) ظرف حاوی محلول وریدی را به پایه سرم وصل کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. محفظه میکروست را به روش زیر از محلول وریدی پر کرد: |  |  |  |  |  |
| الف)چنانچه محفظه میکروست دارای فیلتر غشایی می­باشد به روش زیر اقدام کرد: |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * + کلمپ بالای محفظه میکروست (بین محفظه و ظرف حاوی محلول وریدی) را باز کرد و اجازه داد محفظه تا حجم معین مورد نظر مثلاً 50 ml از محلول پرشود. | |  |  |  |  |  |
| * + کلمپ پایین محفظه را بازکرد و با فشردن محفظه قطره­ریز آن تا یک ـ دوم حجم از محلول پر­کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + دقت­کرد درحین فشردن محفظه قطره­ریز، کلمپ ست­سرم بسته باشد تا محفظه قطره­ریز با ایجاد خلاء از محلول پرشود. | |  |  |  |  |  |
| * + فشار انگشتان خود را از محفظه قطره­ریز برداشت تا محفظه به حالت اولیه خود برگردد. | |  |  |  |  |  |
| * + کلمپ ست سرم را باز کرد تا محلول داخل ست­جریان یافته و هوای داخل لوله خارج شود سپس کلمپ ست سرم را بست. | |  |  |  |  |  |
| ب)چنانچه محفظه میکروست دارای دریچه شناور باشد به روش زیر اقدام کرد: | |  |  |  |  |  |
| * + کلمپ بالای محفظه میکروست را باز کرد و اجازه داد محفظه تا حجم معین مورد نظر (مثلاً 50 ml) از محلول پر شود. | |  |  |  |  |  |
| * + کلمپ بالای محفظه میکروست را بست و به آرامی محفظه­قطره­ریز را فشار داد تا یک دوم حجم از محلول پر شود. | |  |  |  |  |  |
| * + کلمپ ست سرم را باز کرد تا محلول داخل ست جریان یافته و هوای داخل لوله خارج شود کلمپ ست سرم را بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت لزوم داروی مورد نظر را به محلول داخل محفظه میکروست اضافه­کرد، دقت­کرد که حجم کافی محلول وریدی برای رقیق­کردن مناسب دارو وجود داشته باشد. برچسب دارویی را به محفظه میکروست متصل­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. جریان مایع وریدی را به روش زیر آغاز، تنظیم وکنترل کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) ست­سرم را طبق روش­آموخته­شده به سوزن یا آنژیوکت داخل ورید بیمار وصل­کرد. | |  |  |  |  |  |
| ب) کلمپ ست سرم را باز کرده و قطرات را طبق تجویز پزشک تنظیم کرد (هر 4 قطره میکروست معادل یک قطره ست معمولی است). | |  |  |  |  |  |
| ج) حداقل هر یک ساعت یکبار محفظه میکروست راکنترل کرده در صورت لزوم تا حجم مورد نظر از محلول وریدی پرکرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از آسایش و امنیت بیمار اطمینان حاصل­کرد. | |  |  |  |  |  |
| * + بیمار را در وضعیت راحت و مناسب قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| * + زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را به محل مربوطه برگرداند و توجه لازم را از آنها به عمل آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را شست | |  |  |  |  |  |
| 1. اطلاعات زیر را در پرونده بیمار یادداشتکرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) نوع و مقدار محلول داروی تجویز شده و زمان شروع و اتمام جریان محلول | |  |  |  |  |  |
| ب) حجم مایع دریافتی در برگه مخصوص جذب و دفع مایعات. | |  |  |  |  |  |
|  | بخش |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی تاریخ

**52. خونگیری وریدی**

**وسایل مورد نیاز:** تورنیکه ـ دستکش ـ سرنگ ـ شیشه و لوله­های جمع­آوری خون ـ پنبه الکل ـ برچسب ـ گاز کوچک 5×5 cm استریل ـ برگه درخواست آزمایش و جعبه وسایل خونگیری

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستها راشست و دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را با صدا کردن نامش شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار توضیح داد که نمونه را برای چه منظوری می­خواهد و چه کاری باید انجام دهد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار سئوال­کرد که آیا هنگام خون دادان دچار حالت غش یا حالت تهوع و ضعف می­شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر بیمار در تخت دراز کشیده­است از او خواست که در وضعیت به پشت­خوابیده قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در بیماری که نشسته است از وی خواست که دست خود را روی لبه صندلی یا میز بگذارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وریدهای بیمار را برای انتخاب محل خونگیری بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تورنیکه را 5cm بالای محل مورد نظر بست. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای راحتی دسترسی به عروق از بیمار خواست که چند بارمچ­دست خود را باز و بسته کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل خونگیری را با پنبه الکل یا بتادین به شکل دایره­ای ضدعفونی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اجازه داد تا محل ضدعفونی کاملاً خشک شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. ورید را با فشار دادن شست خود زیر ناحیه خونگیری کشید تا پوست به طرف پایین ثابت شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن را با زاویه 30 درجه درحالیکه سمت شیب دار سوزن رو به بالاست وارد ورید کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هنگامی که خون وارد سرنگ شد به آرامی خون را کشید تا میزان مورد نیاز خون بگیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تورنیکه را باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بعد از نمونه­گیری، گاز کوچک را روی محل سوزن گذاشته و به آرامی سوزن را از ورید خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. فشار ملایمی روی محل ورود سوزن به مدت 2 الی 3 دقیقه وارد کرد تا خون بند بیاید. | |  |  |  |  |  |
| 1. بعد از توقف خونریزی روی آن چسب زد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر از سرنگ استفاده کرده نمونه را به شیشه مخصوص نمونه انتقال داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نمونه درا در محل نگهداری نمونه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در پایان، محل خونگیری را از نظر توقف خونریزی چک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر خونریزی متوقف نشده بود محل مورد نظر را مجدداً حدود 5 دقیقه فشارداد | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را جمع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان، تاریخ، ناحیه خونگیری، نام تست، زمانی­که خون به آزمایشگاه فرستاده شده، درجه حرارت بیمار و هر نوع عکس­العمل بیمار به خونگیری را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
|  | بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**53. سرم درمانی**

وسایل مورد نیاز: پنبه الکل ـ نوار لاستیکی یا تورنیکت ـ محلول ضدعفونی کننده ـ آماده کردن اسکالب وین ـ چسب ـ وسایل پانسمان ـ آتل ـ ظرف یا پلاستیک برای وسایل کثیف ـ مشمع و روکش ـ پایه سرم و دستکش در صورت لزوم.

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. هدف از سرم درمانی و اندیکاسیونهای آن را بیان کرد |  |  |  |  |  |
| 1. شستشوی دست را به روش آسپتیک یا به روش hand rubbing با محلول الکلی انجام داد. |  |  |  |  |  |
| 1. محلول وریدی صحیح را با کنترل تاریخ انقضاءآماده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. ست سرم و کلامپ را آماده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل لازم را آماده کرد . |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار صحیح را مشخص نمود. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از نظر روحی و روانی آماده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. نور اتاق را تنظیم کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از نظر جسمی آماده کرد (پاراوان ـ لباس بیمار و گذاشتن مشمع و روکش زیر محل تزریق). |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را به روش صحیح hand rubbing شست و در صورت نیاز از دستکش برای محافظت خود استفاده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. پوزیشن خود را به طور صحیح قرار داد که هنگام وصل سرم راحت بتوان کار کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. محل تزریق را مشخص و تورنیکت را چند اینچ بالاتر از محل شروع بست و مانور آمادگی رگ و برجستگی آن را دانست. |  |  |  |  |  |
| 1. محل مشخص شده را از داخل به خارج بطور چرخشی تمیز کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت نیاز به لمس انگشتان خود را ضدعفونی کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. تورنیکت را مجدداً بست. |  |  |  |  |  |
| 1. از سالم بودن سرسوزن یا وسیله ای که می خواهد به کار برد اطمینان حاصل کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. سر سوزن را با زاویه مناسب وارد رگ کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. با یک دست سرسوزن را ثابت و با دست دیگر تورنیکت را باز کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. ست سرم را وصل و جریان سرم را شروع کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. روی سرسوزن چسب و پانسمان روی محل تزریق قرار ­داد. |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. در صورت نیاز محل تزریق را با آتل ثابت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. روی چسب­ها ساعت و تاریخ وصل سرم را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تاریخ استفاده ست سرم را روی ست وصل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ایتیکت مشخصات سرم، تاریخ، مقدار، تعداد قطرات، تاریخ شروع و پایان را نوشت و روی سرم زد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار صحیح ـ محل صحیح ـ زمان صحیح و جریان صحیح را رعایت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. راحتی بیمار را در نظر گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان شروع و نوع محلول وریدی ـ هر دارویی که اضافه شده ـ بوسیله چه کسی انجام شده، را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**54. ترانسفوزیون فرآورده­های خون**

**وسایل مورد نیاز:**ست خون ـ فرآورده­ خونی ـ نرمال­سالین ـ کاتتر وریدی (با سرسوزن شماره 20 و بزرگتر ـ پایه­سرم ـ چسب ـ دستکش ـ فرم­رضایت­­نامه

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | 1 | 2 | 3 | 4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را به دقت کنترل کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. با بیمار ارتباط برقرار کرد و دلایل انجام کار و مراحل آن را برای وی توضیح داد. |  |  |  |  |  |
| 1. هرگونه واکنش­های قبلی نسبت به تزریق خون را از بیمار سئوال کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. فرم رضایت­نامه تزریق­خون را توسط بیمار یا همراه وی به امضاء رساند. |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار توصیه­کرد که لرز، سرگیجه، خارش و راش یا هر­گونه علائم غیرطبیعی را گزارش دهد. |  |  |  |  |  |
| 1. برگه درخواست خون را با چسب کیسه خون از نظر نوع گروه خونی ـ RH ـ تاریخ انقضاء ـ شماره کیسه و نام بیمار کنترل کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه خون را از نظر وجود لخته حباب یا هر گونه موارد غیرطبیعی در کیسه خون بررسی و در صورت اشکال به بانک خون برگرداند. |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت نیاز به گرم کردن خون از گرمکن مخصوص استفاده کرده واز روشهایی چون فن­کوئل و ... استفاده نکرد. |  |  |  |  |  |
| 1. درصورتی­که چند واحد خون برای بیمار تجویز شده، بقیه کیسه­ها را داخل یخچال نگهداری کرد (دما 4 درجه سانتی­گراد). |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را شست، دستکش پوشید و کلیه وسایل لازم را به بالین بیمار برد. |  |  |  |  |  |
| 1. یک خط وریدی مناسب از بیمار (طبق استاندارد خط وریدی) گرفت. |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت تزریق نرمال سالین همراه با خون بطور همزمان از یک ورید با رابط Y شکل استفاده کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. ست خون را به کیسه خون وصل کرده به پایه سرم آویزان کرد ست خون را هواگیری کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از شروع تزریق خون علائم حیاتی بیمار را کنترل و در فرم علایم حیاتی­ثبت کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. جریان خون را به آرامی شروع کرد (برای 15 دقیقه اول بیشتر از 25 تا50 ml نباشد، یعنی 10 الی 15 قطره در دقیقه). |  |  |  |  |  |
| 1. به مدت 5 تا 15 دقیقه اول تزریق کنار تخت بیمار ماند و به دقت وی را از نظر علائم حساسیت کنترل کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت بروز برافرختگی، تنگی نفس، خارش، سرگیجه یا راش جریان خون را سریعاً قطع کرده و نرمال سالین تزریق کرد و پزشک را در جریان قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. برای نیم ساعت اول هر 15 دقیقه یکبار و بعد از آن هر نیم تا یک ساعت علائم بیمار را کنترل و ثبت کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت عدم واکنش نسبت به خون، سرعت تزریق را به تدریج افزایش داد. |  |  |  |  |  |
| 1. بعد از اتمام تزریق خون، نرمال سالین را تزریق و علایم حیاتی را مجدداً کنترل و ثبت کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه خون مصرف شده را جمع­آوری و طبق مقررات بیمارستان به بانک خون برگرداند. |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه اجرای تزریق خون، شماره کیسه خون، زمان شروع و اتمام، مقدار و نوع فرآورده خونی، واکنش­ها ی بیمار، میزان سرم تزریقی و مداخلات پزشکی و پرستاری حین تزریق خون را بصورت دقیق در گزارش پرونده بیمار ثبت کرد. |  |  |  |  |  |

**~~55. مخلوط کردن انسولین با استفاده از سرنک انسولین~~**

**وسایل مورد نیاز:**کارت دارویی ـ دو ویال حاوی انواع متفاوت انسولین ـ پنبه آغشته به ماده ضدعفونی­کننده ـ سرنگ انسولین استریل و سوزن با شماره مناسب

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. از صحت نوع انسولین دستور داده شده، میزان و روش تزریق آن اطمینان حاصل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستور دارویی را توسط پرستار دیگری دوباره کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تاریخ مصرف ویال­های انسولین کوتاه­اثر و طویل­اثر یا متوسط­اثر را کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دقایقی قبل از مصرف، انسولین­ها را بیرون از یخچال گذاشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. ظاهر داروها را از نظر یخ­زدگی کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­ها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. با رعایت تکنیک ­استریل سرنگ انسولین و سوزن را آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از استقاده از انسولین­­طولانی­اثر یا متوسط­اثر با غلطاندن در کف­دست آن را مخلوط کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ابتدا به مقدار دوز انسولین طولانی­اثر یا متوسط­اثر هوا به داخل ویال انسولین طولانی­اثر یا متوسط­اثر تزریق­کرد و بدون کشیدن دارو سوزن را خارج کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن را عوض­کرده و به اندازه دوز داروی کوتاه­اثر هوا به داخل ویال انسولین­کوتاه­اثر تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بدون خارج کردن سوزن، دوز انسولین کوتاه اثر را کشید و سپس سوزن را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن را وارد ویال انسولین­طولانی­اثر کرده و دوز انسولین­طولانی­اثر یا متوسط­اثر را کشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. تزریق دارو را به روش صحیح در محل مناسب انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان، تاریخ، محل تزریق، دوز تزریق و واکنش بیمار را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**56. اکسیژن تراپی**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستها را به روش آسپتیک شست یا با ماده ضدعفونی کننده مالش داد (hand rubbing). | |  |  |  |  |  |
| 1. دستور پزشک را چک کرد و در موارد اورژانسی خود اقدام کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وضعیت تنفسی بیمار را در نظر گیرد (الگوی تنفس ـ رنگ­ پوست ـ راحتی ـ وضعیت ذهنی). | |  |  |  |  |  |
| 1. نوع وسیله اکسیژن رسانی و منبع اکسیژن را مشخص کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه کار را برای مددجو توضیح داد و به وضعیت روحی بیمار توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. احتیاطات لازم را به بیمار و همراه بیمار گوشزد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محیط را از نظر ایمنی آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. منبع اکسیژن را از نظر اکسیژن کافی و منبع رطوبت چک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نزد بیمار ­ماند تا از ایمن بودن و موثر بودن O2 مطمئن شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. اتیکت (اکسیژن در حال استفاده است و سیگار کشیدن ممنوع است) را روی درب اتاق بیمار نصب ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مراقبت از دهان و بینی را فراهم ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار پوزیشن مناسب ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مجرای بینی را از نظر تمیزی بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. جریان اکسیژن را برقرار کرده و آن را امتحان ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کانولا را روی صورت بیمار قرار داده و شاخه­ها را وارد بینی کرده و پشت گوشها یا زیر چانه ثابت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پشت گوش­ها را که در تماس با نوار می­باشد با پد محافظت کرد. | |  |  |  |  |  |
| **سوند**   1. حد فرو رفتن سوند را از نوک بینی تا نرمه گوش اندازه­گرفته و با چسب مشخص­­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سر سوند را با یک محلول نرم کننده محلول در آب نرم ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوند را به منبع اکسیژن وصل ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. جریان اکسیژن را(3-2 لیتر در دقیقه) طبق دستور پزشک برقرار کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هر 15- 10 دقیقه به بیمار سر ­زند. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| 1. هر 8 ساعت محل سوند را تغییر ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل سوند را در محل حلق بررسی ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوند را توسط چسب روی صورت بیمار فیکس ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. **ماسک:** 2. ماسک را به منبع اکسیژن وصل ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. جریان اکسیژن را برقرار ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ماسک را بدرستی روی صورت بیمار گذاشته و ثابت ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هر دو ساعت ماسک را برداشته و محل ماسک را روی صورت خشک ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هر 15-10 دقیقه به بیمار سرکشی ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. موارد زیر را ارزیابی ­کرد: الگوی تنفسی ـ رنگ پوست ـ سطح هوشیاری ـ راحتی و سطح اکسیژن در خون و بافتها به حد اشباع ≥90% رسیده باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. میزان اکسیژن و روش اکسیژن درمانی و پاسخ به درمان را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**57. رساندن اکسیژن با ماسک ساده صورت به بیمار**

**وسایل مورد نیاز:** منبع­اکسیژن ـ فلومترـ مخزن­آب مقطر ـ آب مقطر غیر­استریل ـ وسیله­رساندن­اکسیژن (ماسک ساده صورت) ـ پدهای گازی

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. نحوه کار با وسایل اکسیژن­رسانی را ­آموخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. خروجی اکسیژن را جهت اطمینان از وجود جریان مناسب بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستور پزشک مبنی بر اکسیژن­رسانی را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دست­های خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. وضعیت بیمار را بررسی کرد (وضعیت اورژانس با وضعیتی که راه هوایی بیمار باز است فرق می­کند). | |  |  |  |  |  |
| 1. با بیمار ارتباط برقرار کرده و مراحل کار را به وی توضیح داده و بیان کرد که چرا به اکسیژن نیاز دارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اتاق بیمار را از نظر ایمنی در زمان اکسیژن­رسانی بررسی ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم دوشاخه وسایل برقی را از پریز خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تابلوی «کشیدن سیگار ممنوع» را در اتاق بیمار نصب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تابلوی «درحال اکسیژگرفتن» را بالای تخت بیمار و روی درب اتاق وی نصب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اندازه مناسب ماسک را انتخاب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ماسک را بالای بینی، دهان و چانه بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. باند قابل انعطاف را روی پل بینی بیمار محکم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. باند کشی را دور سر بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای افراد مسن یا لاغر اندام، بالای گونه بیمار پدهای گازی در ماسک قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به مقدار مورد نیاز (معمولاً 8-6 لیتر در دقیقه) پیچ اکسیژن را باز کرد. (بسته به دستور پزشک و جواب ABG). | |  |  |  |  |  |
| 1. واکنش بیمار را به اکسیژن تراپی بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار آموزش داد که جزء موارد غذا خوردن، تمیز کردن بینی یا خارج کردن خلط، ماسک را برندارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت نیاز و صلاحدید پزشک، ABG بیمار را کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. علائم حیاتی بیمار را چک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مشاهدات و یافته های خود را ثبت کرد:   الف) تاریخ و شروع اکسیژن­تراپی.  ب) نوع وسیله­ای که با آن به بیمار اکسیژن می­رساند.  ج) میزان اکسیژن، علائم حیاتی بیمار، رنگ پوست، واکنش­ها و صداهای تنفسی | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**58. آموزش تنفس دیافراگماتیک**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| * 1. با بیمار ارتباط برقرار کرد و هدف خود را از انجام پروسیجر به وی توضیح ­داد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. از بیمار خواست که یک دست خود را روی سینه و دست دیگر خود را روی شکم قراردهد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. از وی خواست که دم را طوری انجام دهد که دست روی شکم به طرف جلو کشیده شود. | |  |  |  |  |  |
| * 1. به بیمار گفت که تنفس لب غنچه­ای را انجام داده و در حالی که با دست روی شکم به داخل فشار می­دهد به آرامی بازدم کند. | |  |  |  |  |  |
| * 1. از بیمار ­خواست که دست روی سینه را در همان حالت نگه دارد. | |  |  |  |  |  |
| * 1. کلیه مشاهدات و یافته های خود را ثبت کرد:   الف) تاریخ و زمان و طول مدت آموزش  ب) میزان تحمل بیمار نسبت به پروسیجر | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**59. آموزش سرفۀ موثر**

**وسایل مورد نیاز:** رسیور یا ظرف مخصوص تخلیه ترشحات ـ دستمال کاغذی

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. با بیمار ارتباط برقرارکرد و هدف خود را از انجام پروسیجر به وی توضیح ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد (در حالی­که نشسته، پاهای خود را به طرف شکم کمی خم ­کند). | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار ­خواست که نفس عمیق بکشد یا دم عمیق انجام دهد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که نفس خود را به مدت 2 ثانیه نگه دارد (با انجام این کار، بیمار برای مرحلۀ بازدم آماده می­شود). | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که فقط 2 بار سرفه کند (سرفه اول باعث شل شدن ترشحات و کنده شدن آن­ها و سرفه دوم باعث حرکت و خروج ترشحات می­­شود). | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار گفت که به اندازه کافی مکث کند تا کنترل مجدد را بدست آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که مجدداً از راه بینی سریع و کوتاه نفس بکشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه بیمار عمل جراحی داشته است، به او آموزش داد در حین سرفه محل برش جراحی را به کمک فشار دست نگه دارد یا با مالش یا پتوی تا شده حمایت کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را تشویق کرد که استراحت کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلیه یافته­ها و مشاهدات خود را ثبت کند:   الف ) زمان و تاریخ شروع آموزش به سرفه  ب) میزان تحمل بیمار به پروسیجر  ج) میزان تخلیه ترشحات | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**60. برگه مشاهده نحوه رعایت اصول صحیح سوند گذاری مثانه**

**وسایل لازم :** دستکش استریل، محلول ضد عفونی کننده (معمولاً بتادین)، سوند مثانه با اندازه 22-16، سوند با جنس مناسب (لاتکس، نه پلاستیک قرمز)، کیسه ادرار، ست سوندگذاری (رسیورـ سواپ پنبه ای ـ پنس)، ست سوندگذاری (رسیورـ سواپ پنبه ای ـ پنس)، سرنگ و آب مقطر، نوار چسب، ملافه و شان های لازم (ملافۀ پلاستیکی ـ شان پرفوره

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام دانشجو: | ترم: | | | | | |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | **مورد1** | **مورد2** | **مورد3** | **مورد4** | **مورد5** |
| 1. وسایل لازم جهت سوندگذاری را به بالین بیمار آورد | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را قبل از باز کردن وسایل تمیز نمود، بعد از در آوردن انگشتری و حلقه به مدت 10 ثانیه دستها، مچ دستها و اطراف ناخن ها را با آب و صابون شسته و خشک نمود و یا hand rubbing (مالش دستها با الکل) را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در مورد روش کار و هدف از سوندگذاری توضیح کافی به بیمار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نور کافی و مناسب در محیط کار ایجاد نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. خلوت بیمار را با بستن در یا کشیدن پاراوان فراهم نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار کمک کرد تا در وضعیت مناسب (خوابیده به پشت با پاهای خم شده یا خوابیده به پهلو) قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مشمع یا ملافه پلاستیکی را زیر مریض قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت نیاز ناحیۀ تناسلی و پرینه بیمار را با آب و صابون شسته و خشک نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را مجدداً تمیز نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. ست را بروش استریل روی میز باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش های استریل را بروش استریل پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. یک ملافۀ استریل زیر باسن بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را روی میز و یا در صورت آگاه بودن بیمار و دادن توضیح در مورد استریل ماندن وسایل به وی، بین پاهای بیمار و روی ملافۀ استریل قرار داد | |  |  |  |  |  |
| 1. میزان لازم آب مقطر جهت فیکس کردن سوند را آماده نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. درصورت متمکن بودن سوند، بالون آن را امتحان نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. محلول ضد عفونی کننده را در ظرف مخصوص روی گلوله پنبه و یا گاز (2×2) ریخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. لبهای ولو را به منظور دیده شدن منفذ ادراری، با انگشتان دست دیگر باز نگه داشت | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |

| نام دانشجو: | ترم: | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | | **مورد1** | **مورد2** | | **مورد3** | | **مورد4** | **مورد5** |
| 1. با استفاده از سواب پنبه که توسط پنس گرفته شده، لبهای دو طرف و بعد منفذ ادراری را از بالا به پایین تمیز نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. هر گلوله پنبه ای را بعد از یکبار استفاده دور انداخت. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. در صورت گذاشتن سوند تخلیه انتهای سوند را در رسیور قرارداد. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. نوک سوند را بدون آلودگی و تماس با اطراف حدود cm 5/7 ـ 5 وارد مجرای ادراری نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| * 1. از هر گونه اعمال زور و فشار در هنگام وارد کردن سوند خودداری نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. در صورت مقاومت در برابر سوند از بیمار خواست نفس عمیق بکشد و سپس سوند رابه آرامی چرخانده و وارد نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. بعد از جریان یافتن ادرار، سوند را حدود cm 5/2 ـ 5/1 دیگر به داخل هدایت نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. در صورت اشتباه و خطا در وارد کردن سوند، سوند را تعویض نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. بالون سوند را طبق دستور کارخانۀ سازنده با آب مقطر استریل پر کرد. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. بعد از پر کردن بالون، سوند را کمی بیرون کشید تا از تثبیت آن در مثانه اطمینان حاصل نماید. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. در صورت احساس درد توسط بیمار، سوند را عوض کرد ( در صورت گذاشتن سوند ماندنی کسیه ادرار را از قبل وصل نموده است). | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. سوند و لوله را توسط چسب در قسمت بالایی ران ثابت نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. برای جلوگیری از کشش سوند و مختل شدن حرکات پای بیمار، در مواقع ثابت کردن سوند و لوله، شلی کافی ایجاد نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. لوله­های سوند را از نظر خمیدگی و فشار اضافی کنترل نمود. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. کلیه وسایل اضافی را جمع نمود | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت راحتی قرار داد | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. در صورت تهیه نمونه ادرار، آن را به آزمایشگاه فرستاده و یا در یخچال قرار داد. | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. کیسه ادرار را در سطحی پایین تر از مثانه به تخت بیمار وصل نمود (بدون تماس با زمین) | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. در صورت نیاز کیسه ادرار را در ظرف مخصوص بیمار خالی نمود | | |  |  | |  | |  |  |
| 1. قبل و بعد از خالی کردن کیسه، دستها را شست | | |  |  | |  | |  |  |
| محل ارزیابی | | مرکز آموزشی درمانی |  | |  |  |  | |  |
| بخش |  | |  |  |  | |  |
| تاریخ ارزیابی | | |  |  | |  | |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | | |  |  | |  | |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**61. گرفتن نمونه از سوند ادراری**

**وسایل مورد نیاز:** دستکش ـ پنبه الکل ـ کلامپ ـ سرنگ 10ml ـ سوزن 21 یا 22 ـ ظرف نمونه­گیری استریل ـ برچسب نام و مشخصات بیمار ـ برگه درخواست آزمایش.

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. حدود 30دقیقه قبل از نمونه­گیری، سوند را کلمپ کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر خود سوند محل مخصوص نمونه­گیری دارد آن را با پنبه الکل ضدعفونی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن را با زاویه 90 درجه وارد قسمت مخصوص نمونه­گیری کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ادرار را داخل سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر سوند قسمت مخصوص نمونه­گیری ندارد و پلاستیکی است، روی سوند درست بالای محل اتصال سوند به لوله­جمع­آوری را با پنبه الکل ضدعفونی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سوزن را با زاویه 45 درجه وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نمونه ادرار را با سرنگ کشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. نمونه را به یک ظرف استریل مخصوص نمونه­گیری انتقال داد | |  |  |  |  |  |
| 1. برچسب چسباند. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر سوند پلاستیکی نیست و دریچه مخصوص نمونه­گیری ندارد، سوند را از لوله جدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اجازه داد میزان لازم از نمونه به درون ظرف استریل ریخته شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. از دست زدن به قسمت مدخل سوند و داخل سوند خودداری کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از برخورد سوند با داخل ظرف نمونه­گیری خودداری کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. روی ظرف برچسب مشخصات بیمار را چسباند و سریع به آزمایشگاه فرستاد. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان و تاریخ نمونه­گیری و ارسال به آزمایشگاه، را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نمونه را از نظر شفافیت، بو، رنگ و ویژگی­های غیر عادی بررسی­کرده و ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت نیاز حجم جذب و دفع مایعات بیمار را نیز نوشت. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**62. خارج کرده سوند ادراری دایمی (کاتتر فولی)**

**وسایل مورد نیاز:** دستکش استریل ـ گاز استریل نوار چسب ـ سرنگ cc10 ـ چسب ضد آب

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. تخت را تا ارتفاع مناسب بالا آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تجهیزات را تا ارتفاع مناسب بالا آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در پوزیشن صحیح قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پد ضد آب را زیر بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت نیاز، نمونه ادرار جهت کشت گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. نوار چسب نگه دارنده سوند را برداشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. مایع تزریق شده داخل بالن کاتتر را آسپیره کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کاتتر را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کیسه ادرار و تیوب را از تخت جدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در پوزیشن خوابیده به پشت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت نیاز، مراقبت مورد نیاز را از قسمت پرینه بیمار به عمل آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. حجم ادرار داخل کیسه را اندازه گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. لبه تخت را پایین آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل آلوده را در ظرف مخصوص زباله ریخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستهای خود را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. یافته ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**63. کنترل جذب و دفع مایعات I & O**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. به بیمار در مورد لزوم انداز­ه­گیری مایعات دریافتی و دفعی توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ضرورت استفاده از لگن یا لوله ادرار را به وی یادآوری کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه اندازه­گیری مایعات خوراکی را به بیمار آموزش داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با توافق بیمار برنامه­ای منظم جهت دریافت مقدار معین مایعات تنظیم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار تأکید­کرد، نیمی از کل حجم مایعات دریافتی را به شیفت صبح و نیمه دیگر را در شیفت­های عصر و شب مصرف­کند (عصر بیشتر از شب). | |  |  |  |  |  |
| 1. مایعات دریافتی را به روش زیر اندازه­گیری کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) نوع مایعات دریافتی و زمان آن را در برگه جذب و دفع یادداشت کرد (آب، شیر، چای و ...) | |  |  |  |  |  |
| ب) کلیه مایعات وریدی شامل خون و سرم را نیز یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مایعات دفعی بیمار را نیز به روش زیر اندازه­گیری کرد: | |  |  |  |  |  |
| الف) پس از هر بار دفع ادرار، آن را در ظرف مدرجی ریخته و پس از اندازه­گیری یادداشت کرد | |  |  |  |  |  |
| ب) سایر مواد دفعی از قبیل استفراغ، مدفوع آبکی را نیز در برگه مخصوص یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| پ) در صورت بی اختیاری بیمار یا تعریق شدید، مقدار مایع دفع شده را به صورت تخمینی یادداشت­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در پایان هر شیفت مقدار کل مایعات دریافتی و دفعی را محاسبه و یادداشت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برنامه مراقبت از بیمار را با کمک پرستاران دیگر طوری تنظیم کرد که از دریافت کافی مایعات و دفع مناسب اطمینان حاصل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. یافته­ها، مشاهدات و اقدامات خود را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**65. کار گذاشتن لوله بینی ـ معده­ای (NGT)**

**وسایل مورد نیاز:** لوله بینی، معده­ای (معمولاً شماره­های 12، 13، 14، 16یا 18 برای بالغین، 10 الی 14 برای کودکان و 5 الی 8 برای نوزان و شیر خواران ) ـ ظرف برای استفراغ ـ تجهیزات ساکشن (سوند نلاتون ـ دستگاه ساکشن) چسب ـ لیوان آب ـ دستکش ـ ژل محلول در آب ـ سرنگ cc50 مخصوص گاواژ ـ محلول سرم فیزیولوژی ـ گوشی پزشکی.

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. با بیمار ارتباط برقرارکرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محیط امن و خلوت برای بیمار فراهم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را از قبل آماده کرده و در دسترس قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از انجام کار، دستور پزشک را کنترل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از گذاشتن لوله چند دقیقه آن را در جای سرد گذاشت. چنانچه بیمار بیهوش است و نیاز به ساکشن حلق و دهان دارد قبل از گذاشتن NGT، آن را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را قبل از انجام پروسیجر شست و دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار کمک کرد در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد (اگر کنتراندیکاسیون ندارد). | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر راست دست بود در سمت راست بیمار قرار گرفت. | |  |  |  |  |  |
| 1. اندازه لوله را تا قسمتی که باید داخل شود علامت زد. | |  |  |  |  |  |
| 1. چند سانت اول لوله را با ژل محلول در آب چرب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لوله را از یک سوراخ بینی وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وقتی لوله به حلق بیمار رسید به بیمار گفت سرش را کمی به جلو خم کند و یک جرعه آب بنوشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. آنقدر لوله را داخل کرد که به علامت زده برسد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای این که از قرارگیری لوله در محل صحیح مطلع شود، محتویات معده را آسپیراسیون کرد یا هوا داخل لوله تزریق کرد و با گوشی سمع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پس از اطمینان از قرار گرفتن لوله در معده، آن را به وسیله چسب ثابت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل را جمع کرده و دستکش را خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مراحل انجام کار و حالات بیمار را در گزارش ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**66. تغذیه از طریق لوله غذایی( Gavage )**

**وسایل مورد نیاز:** ماده غذایی میکس شده طبق دستور و رژیم خاص بیمار ـ ظرف مندرج ـ آب به میزان کافی ( cc80) ـ کلمپ ـ حوله یا پد نگه دارنده ـ سرنگ cc60 ـ گوشی ـ ست گاواژ

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. با بیمار ارتباط برقرار کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل امن وخلوت برای بیمار ایجاد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش تمیز پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نیاز را از قبل آماده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار کمک کرد تا در وضعیت نشسته و نیمه نشسته قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از محل صحیح لوله غذایی اطمینان حاصل کرد (با آسپیراسیون). | |  |  |  |  |  |
| 1. ماده غذایی را از نظر دما کنترل کرد (درجه حرارت باید ولرم باشد). | |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از انجام گاواژ cc30 آب گاواژ کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لوله را کلامپ کرده، سرنگ حاوی ماده غذایی را سر لوله قرار داد | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ را بالا ­گرفت تا با نیروی جاذبه، مواد غذایی وارد معده شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر لوله غذایی ژژنوستومی و گاستروستومی است مواد را به آهستگی تزریق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بعد از انجام گاواژ مقدار cc50 آب مجدداً گاواژ کرد تا داخل لوله شسته شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. پوزیشن بیمار را حداقل به مدت 30 دقیقه حفظ کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت عدم تحمل بیمار گاواژ را متوقف کرده و به پزشک اطلاع داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل راجمع­آوری کرده و دستها را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. میزان مایع گاواژ شده، ساعت آن و موارد عدم تحمل بیمار را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. میزان مایعات گاواژ شده را در فرم جذب و دفع ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**67**. **درآوردن لوله بینی ـ معده ­ای**

**وسایل مورد نیاز:** دستگاه ساکشن ـ سوند نلاتون ـ دستکش

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. با بیمار ارتباط برقرار کرد و مراحل انجام کار را توضیح ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محل امن و خلوت برای بیمار ایجاد ­کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت نیمه نشسته قرار داد دستها را شست و دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. نوار چسب را به آرامی از اطراف بینی بیمار باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لوله راکلمپ کرده و به بیمارگفت که نفس خود را نگه دارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وقتی بیمار بازدم انجام می دهد لوله بینی، معده ای را به آهستگی و با یک حرکت خارج کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای اطمینان، ساکشن دهان و ته حلق را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دهان شویه برای بیمار انجام ­داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مواد دفعی را به روش صحیح دفع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش­ها را درآورد و دست­ها را ­شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را به مدت 3ـ2 ساعت تا برگشت رفلکس بلع، NPO نگه داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. مراحل انجام کار و حالات بیمار را به طور دقیق ثبت کرد و گزارش داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

68.**شست و شوی معده از طریق لوله بینی ـ معده­ای (LAVAGE)**

**وسایل مورد نیاز:** سرم فیزلوژی ـ رابط ـ ست مخصوص لاواژ

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. لوله را کلمپ کرد و از دستگاه ساکشن یا تغذیه جدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قبل از انجام رویه، کنترل کرد تا لوله در معده باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سرنگ cc50 را با سرم فیزیولوژی پرکرد، بعدکلمپ را بازکرده و به آهستگی تزریق کرد، اگر محلول به راحتی وارد نشد از نظر مسدود شدن و نحوه قرارگیری پزشک را مطلع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پیستون سرنگ را ­کشید تا مایع شست و شو برگردد. | |  |  |  |  |  |
| 1. موارد خارج شده را اندازه گیری کرد و خصوصیات مواد خارج شده را ثبت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اگر لوله کدر بود چند با ر دیگر آن را شست. | |  |  |  |  |  |
| 1. دوباره لوله را کلامپ کرده سرنگ را بیرون کشید و لوله را به دستگاه ساکشن یا تغذیه وصل کرد و کلامپ را باز کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بعد ازدر آوردن لوله بهداشت دهان بیمار را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مواردی را که باید ثبت کرد شامل: ساعت گذاشتن و خارج کردن لوله، نوع و اندازه لوله، مشکلاتی که در حین گذاشتن لوله پیش آمده و مواردی که محدویت ایجاد کرده می­باشد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی­کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**69. انجام انمای تمیز کننده (شستشویی)**

**وسایل مورد نیاز:** ظرف انما همراه با کلامپ ـ لوله رکتال در اندازه­های مناسب (بزرگسالان 22 تا 30، اطفال 12 تا 18) ـ ژل لوبریکانت ـ مشمع زیر بیمارـ دستکش یکبار مصرف ـ رسیور ـ پایه سرم ـ لگن ـ محلول انما با حجم مورد نظر (معمولاً 500 تا 1000 میلی­لیتر از محلول گرم شده) ـ ملافه ـ ظرف مدفوع

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. روش کار را به بیمار توضیح داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستور پزشک را بازبینی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل مورد نظر را حاضر کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محیط امن و خلوت را برای بیمار فراهم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شسته و دستکش پوشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را به پهلوی چپ خواباند، بطوری­که زانوی راست او خمیده باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مشمع را زیر بیمار پهن کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را توسط ملافه ­پوشاند بطوری­که فقط ناحیه رکتال باز باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ظرف مدفوع را در دسترس بیمار قرار داده و در صورتی­که اجازه حرکت دارد وی را به دستشویی هدایت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محلول گرم شده انما را حاضرکرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ظرف انما را از پایه سرم آویزان کرده، سوند رکتال را به لوله آن وصل کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کلمپ را باز کرد تا محلول درون لوله و سوند جریان یابد و هوای داخل آن تخلیه شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. مجدداً لوله را کلامپ کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. انتهای سوند رکتال را به میزان 5/7 تا 10 سانی­متر به ژل لوبریکانت آغشته کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به آرامی دو طرف باتکس را از هم جدا کرده، ناحیه آنوس را مشاهده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست به آرامی از راه دهان نفس کشیده و خود را شل کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. لوله رکتال رابه نرمی وارد رکتوم کرد (در بزرگسالان 5/7 تا 10 سانتی­متر ـ در اطفال 5-5/7 سانتی­متر ـ در شیر خواران 5/2 تا 5/3 سانتی­متر). | |  |  |  |  |  |
| 1. کاتتر را تا پایان کار با دست در محل نگه داشت تا از خارج شدن آن جلو­گیری شود. | |  |  |  |  |  |
| 1. در حالی­که ظرف انما هم سطح هیپ بیمار قرار داده شده، کلامپ را باز کرد تا مایع به آرامی جریان یابد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به تدریج ظرف انما را از سطح هیپ بالا برده، برای انمای آهسته به میزان 30 سانتی­متر و برای انمای سریع به میزان 45 سانتی­متر و در نوزادان به میزان 5/7 سانتی­متر، ظرف را بالاتر از هیپ قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مدت زمان انما را با توجه به حجم محلول تنظیم کرد. (انمای یک لیتر به مدت 10 دقیقه). | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| چک لیست مراقبت از کولوستومی | | | | |
|  | دستورالعمل | قادر به انجام | قادر به انجام با کمک | قادر نبود |
| 1 | کاردکس بیمار را به دقت کنترل کرد. |  |  |  |
| 2 | نیاز به تعویض کیسه را مشخص کرد. (کیسه را از نظر پر بودن و نشت مواد مدفوعی بررسی کرد) |  |  |  |
| 3 | دستها را شست. |  |  |  |
| 4 | وسایل مورد نیاز را جمع آوری کرد. |  |  |  |
| 5 | با بیمار ارتباط برقرار کرد و نحوه انجام کار را توضیح داد. |  |  |  |
| 6 | حریم خلوت بیمار را فراهم کرد. |  |  |  |
| 7 | بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد. (در تخت در وضعیت نشسته یا خوابیده- در توالت در وضعیت نشسته یا ایستاده) |  |  |  |
| 8 | دستکش تمیز پوشید. |  |  |  |
| 9 | درحالی که پوست اطراف استوما را با دست نگهداشت با دست دیگر کیسه را به آرامی از پوست جدا کرد. |  |  |  |
| 10 | کیسه کولوستومی را داخل کیسه زباله پلاستیکی قرار داد. |  |  |  |
| 11 | پوست اطراف استوما را به طریق زیر تمیز و خشک کرد:  الف- با دستمال کاغذی، مواد مدفوعی باقیمانده بر پوست را تمیز کرد.  ب) با آب گرم و صابون ملایم با پنبه یا لیف پوست اطراف استوما را تمیز کرد.  ج) با پنبه یا دستمال کاغذی به آرامی و بدون ماش پوست اطراف استوما را خشک کرد. |  |  |  |
| 12 | استوما را از نظر رنگ، اندازه، شکل و خونریزی مشاهده کرد. |  |  |  |
| 13 | پوست اطراف استوما را از نظر قرمزی، تحریک یا زخم مشاهده کرد. |  |  |  |
| 14 | یک عدد پد را روی دهانه استوما قرار داد (درصورت لزوم آن را تعویض کرد) |  |  |  |
| 15 | درصورت لزوم ماده محافظ را بر روی اطراف استوما مالید و اجازه داد تا خشک شود. |  |  |  |
| 16 | کیسه کولوستومی را به روش زیر در محل قرار داد:  الف- اندازه سوراخ کیسه را با دهانه استوما متناسب کرد (دایره ای به اندازه 4/0-3/0 سانت وسیع تر از دهانه استوما بر روی آن رسم کرد و با قیچی برید)  ب- پد روی آن را برداشت  ج- پوشش روی چسبناک کیسه را جدا کرد.  د- درصورت لزوم از ضدبوی مایع یا قرص در کیسه استفاده کرد.  ه- قسمت چسبناک کیسه را درحالی که دهانه استوما از سوراخ مرکزی آن وارد شده به خوبی در اطراف استوما چسباند.  ز- به آرامی قسمت چسبناک را بر روی پوست از دهانه به طرف خارج فشار داد تا چروک خوردگی ها رفع شود.  ح- در موقع چسباندن دقت کرد هوای داخل کیسه با فشار بر روی آن خارج شود. |  |  |  |
| 17 | دستکش ها را خارج کرد. |  |  |  |
| 18 | بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد. |  |  |  |
| 19 | وسایل را به اتاق کار برگرداند و توجه لازم به عمل آورد. |  |  |  |
| 20 | دست ها را شست. |  |  |  |
| 21 | اطلاعات خود را در رابطه با وضعیت بیمار گزارش نمود و در پرونده ثبت کرد |  |  |  |

عملکرد مطلوب: 18 مورد به بالا، توانایی: 17-13 مورد، آشنایی: 12-9 مورد

چک لیست تعویض پانسمان استریل خشک **Applying a Dry Sterile Dressing**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| دستورالعمل | قادر به انجام | قادر به انجام با کمک | قادر نبود |
| 1.دستور پزشک را به دقت کنترل کرد. |  |  |  |
| 2.دست های خود را شست. |  |  |  |
| 3.وسایل مورد نیاز را جمع آوری کرد. |  |  |  |
| 4.روش کار و هدف آن را به بیمار توضیح داد. |  |  |  |
| 5.حریم خلوت بیمار را فراهم کرد. |  |  |  |
| 6.بیمار را با پتوی حمام پوشاند و اور ا در وضعیت راحتی قرار داد و محل زخم را از ملافه خارج کرد. |  |  |  |
| 7.مشمع و رویه را در زیر ناحیه مورد نظر قرار داد. |  |  |  |
| 8.کیسه پلاستیکی (جهت |انسمان کثیف ) در دسترس قرار داد. |  |  |  |
| 9.ماسک پوشید. |  |  |  |
| 10.دستکش یکبار مصرف پوشید.(برای برداشتن پانسمان آلوده) |  |  |  |
| 11.نوارچسب پانسمان را با استفاده از پنبه استون از پوست جدا کرد. |  |  |  |
| 12.پانسمان کثیف را بدون آلوده کردن سطح خارجی کیسه پلاستیکی در داخل آن قرار داد. |  |  |  |
| 13.دستکش نایلونی را خارج و درون کیسه پلاستیکی انداخت. |  |  |  |
| 14.ست پانسمان استریل را به روش صحیح باز کرد. محلول مورد نظر را در کاسه ریخت وسایل مورد نیاز را به ست اضافه کرد. |  |  |  |
| 15.دستکش استریل پوشید. |  |  |  |
| 16.لایه زیرین پانسمان را که بر روی زخم قرار دارد با استفاده از یک پنس استریل یا دستکش استریل برداشت و از فاصله 15- 10 سانتی بداخل کیسه پلاستیکی انداخت. |  |  |  |
| 17.زخم را از نظر نوع، مقدار و بوی ترشحات بررسی کرد. |  |  |  |
| 18.زخم با برش جراحی را با پنس استریل یا دستکش استریل با گلوله های پنبه آغشته به محلول ضدعفونی کننده از بالا به پایین یا از مرکز به خارج تمیز کرد. |  |  |  |
| 19.از هر گلوله پنبه یا تکه گاز، فقط یکبار جهت تمیز کردن استفاده کرد. |  |  |  |
| 20.درصورت وجود درن در زخم، آن را پس از تمیز کردن زخم بصورت چرخشی از مرکز به بطرف خارج تمیز کرد. |  |  |  |
| 21.با استفاده از گاز خشک زخم را خشک کرد. |  |  |  |
| 22.با استفاده از پنس استریل یا دستکش استریل زخم را با گاز استریل از مرکز زخم به خارج پوشاند. |  |  |  |
| 23.دستکش را با روش صحیح خارج کرد. |  |  |  |
| 24.پانسمان را با جسب مناسب یا باند در محل ثابت کرد. |  |  |  |
| 25.بیمار را در وضعیت راحت قرار داد. |  |  |  |
| 26.وسایل را جمع آوری و دست ها را شست. |  |  |  |
| 27.اطلاعات خود را در رابطه با ظاهر زخم، نوع و میزان ترشحات گزارش نمود و در پرونده ثبت کرد. |  |  |  |

عملکرد مطلوب: 24 مورد به بالا ، توانایی: 21-16 مورد ، در حد آشنایی 15-11 مورد

**. کشیدن بخیه**

**وسایل مورد نیاز:** دستکش استریل و یکبار مصرف ـ ست پانسمان استریل ـ قیچی بخیه استریل ـ نوار چسب ـ گاز و پد استریل ـ ماده ضدعفونی­کننده

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. دستور پزشک را چک کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از نظر آلرژی به چسب و محلول بتادین بررسی کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. پس از توضیح نحوه انجام کار محیط خلوتی را برای بیمار فراهم کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. نور محیط مناسب باشد به مناسب بودن نور محلیط توجه کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت راحتی قرار داده مشمع و رویه را در زیر محل بخیه شده قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست |  |  |  |  |  |
| 1. پانسمان را برداشت. |  |  |  |  |  |
| 1. زخم بیمار را از نظر عفونت و ترشحات (موارد غیرطبیعی) بررسی کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. دستها را شست. |  |  |  |  |  |
| 1. محیط استریل برای بیمار فراهم کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. پگ پانسمان را به روش استریل باز کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. پس از پوشیدن دستکش استریل، خط بخیه را با محلول ضدعفونی تمیز کرد. |  |  |  |  |  |
| 1. محل را با نرمال سالین شست. |  |  |  |  |  |
| 1. برای داشتن بخیه­­ها به­طور یک در میان، بخیه­های­سوم، پنجم، هفتم و... را برداشت و در صورتی­که لازم بود کلیه بخیه­ها را همزمان برداشت. |  |  |  |  |  |
| 1. در صورتی­که بخیه­ها از نوع منقطع ساده باشد، بخیه را در محل گره با پنس گرفت و نوک گرد قیچی را در زیر بخیه نزدیک به پوست در نقطه مقابل گره بخیه وارد کرد و سپس بخیه را برید. |  |  |  |  |  |
| 1. مجدداً خط بخیه را با محلول ضدعفونی تمیز کرده و پانسمان کوچک و سبکی با استفاده از یک گاز استریل در محل قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. درصورتی­که قسمت کوچکی از خط بخیه التیام نیافته است از چسب پروانه­ای استریل یا تنسوپلاست به روش زیر استفاده کرد: |  |  |  |  |  |
| الف) چسب را به یک بخیه چسباند. |  |  |  |  |  |
| ب) لبه­های زخم را به هم فشار داد. |  |  |  |  |  |
| ج) سمت دیگر چسب را به طرف دیگر بخیه چسباند. |  |  |  |  |  |
| 1. چنانچه قسمت بزرگی از خط بخیه التیام نیافته است، گاز استریل را روی آن قرار داد و فوراً به سرپرستار یا پزشک اطلاع داد. |  |  |  |  |  |
| 1. دستکش­ها را در آورد. |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت راحتی قرار داد. |  |  |  |  |  |
| 1. ساعت و تاریخ انجام کار، ظاهر بخیه­ها و تحمل بیمار نسبت به انجام پروسیجر را ثبت کرد. |  |  |  |  |  |

چک لیست تحویل گرفتن بیمار در ابتدای شیفت Change of shift assessment) (

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| دستورالعمل | قادر به انجام | قادر به انجام با کمک | قادر نبود |
| * + 1. کاردکس بیمار را بررسی کرد. اطلاعات لازم را استخراج کرد. |  |  |  |
| * + 1. دستها را شست. |  |  |  |
| * + 1. مددجو را شناسایی کرده با وی ارتباط برقرار کرد. |  |  |  |
| 4.کارتهای پایین تخت (کارت NPO ، مشخصات بیمار و..) و برگه علائم حیاتی و کنترل جذب و دفع را بررسی نمود. |  |  |  |
| 5.سطح هوشیاری بیمار را بررسی کرد. |  |  |  |
| 6.واحد بیمار را بررسی کرد، وسایل و تجهییزات موجود را ارزیابی کرد. |  |  |  |
| 7.ظاهر عمومی بیمار را بررسی کرد. |  |  |  |
| 8.لوله های متصل به بیمار، ترشحات موجود در کیسه های تخلیه و پانسمان ها را بررسی کرد. |  |  |  |
| 9. سرم را از نظر نوع و میزان محلول، مشخصات برجسب سرم، داروی افزوده شده به سرم، تاریخ مصرف محلول، ست سرم و میکروست و وضعیت وروود آنژیوکت ارزیابی کرد. |  |  |  |
| 10.درصورت نیاز نقاط تحت فشار بیمار را بررسی کرد. |  |  |  |
| 11.تجهییزات متصل به بیمار (دستگاه اکسیژن، ساکشن، مانیتور فلبی، پالس اکسیمتری و ...) را بررسی کرد. |  |  |  |
| 12.نقاط قابل ذکر را به مسئول بخش و مربی گزارش نمود |  |  |  |
|  |  |  |  |

در حد آشنایی: 6-5 ، توانایی: 9-7 ، عملکرد مطلوب: 10 به بالا

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| چک لیست گزارش نویسی | بلی | خیر |  |
| - در هر برگ مشخصات بیمار را ثبت می کند.  - علت عدم اجرای دستور پزشک را ذکر می کند  - ثبت صحیح دارو (نام، دوز، راه تجویز، تاریخ و ساعت شروع، نام دهنده دارو)  - استفاده از خودکار بجای مداد  - در صورت وجود اشتباه، **خط کشیدن روی آن** به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد و بعد نوشتن مورد صحیح،  - استفاده نکردن از لاک یا پاک کردن  - عدم ثبت قبل از انجام کار  **-** عدم اضافه کردن مواردی بدون آنکه تعیین شود بعداً اضافه شده است  - عدم ثبت اطلاعات نادرست  - عدم حذف نکات مهم  -عدم ثبت تاریخکه مؤید زمان قبلی باشد  **-عدم دوباره نویسی** یا تغییر  - عدم خدشه دار کردن گزارشات قبلی  - انتقاد نکردن از دیگران  - اضافه نکردن به گزارش دیگران  - نگذاشتن فضای خالی بین نوشته ها  - ننوشتن به جای فرد دیگر  - ننوشتن نکته فراموش شده درون پارانتز |  |  |  |

چک لیست ترخیص بیمار Discharging Clients

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| دستورالعمل | قادر به انجام | انجام با کمک | قادر نبود |
| 1.دستور پزشک در مورد ترخیص را در پرونده بیمار به دقت خواند. |  |  |  |
| 2.تغییرات انجام شده در دستورات پزشک یا نیاز به خرید وسایل یا داروی خاص را مشخص کرد. |  |  |  |
| 3.کلیه آزمایشات تشخیصی، عکسبرداری و روشهای مراقبتی پرستاری را قبل از ترخیص اجرا کرد. |  |  |  |
| 4.ساعت و تاریخ دقیق ترخیص را به بیمار و فامیل وی اطلاع داد. |  |  |  |
| 5.به بیمار یا افراد خانواده در مورد مقدار و زمان مصرف داروها و انجام روش های مراقبتی آموزش داد. |  |  |  |
| 6.راهنماهای کتبی (پمفیلت) را در ارتباط با نحوه مراقبت در منزل در اختیار بیمار قرار داد. |  |  |  |
| 7.درصورت نیاز فرم ارجاع بیمار به مراکز خاص (کلینیک، درمانگاه، ...) را تکمیل کرد و دراختیار او قرار داد. |  |  |  |
| 8.یک نسخه فرم خلاصه پرونده را به بیمار تحویل داد. |  |  |  |
| 9.درصورت نیاز پانسمان بیمار را تعویض کرد. |  |  |  |
| 10.داروهای مورد مصرف بیمار که باقی مانده را در اختیار وی قرار داد. |  |  |  |
| 11.تاریخ مرخص شدن را به حسابداری اطلاع داد. |  |  |  |
| 12.توسط منشی بخش به بخش های تغذیه، پذیرش، و اطلاعات در مورد ترخیص بیمار اطلاع داد ه شد. |  |  |  |
| 13.به بیمار کمک کرد تا اقدامات بهداشتی لازم را انجام داده و لباس بپوشد. |  |  |  |
| 14.به بیمار کمک کرد تا وسائل خود را جمع آوری کند. |  |  |  |
| 15.درصورت لزوم انتقال بیمار با صندلی چرخدار یا برانکار را آماده نمود. |  |  |  |
| 16.درپرونده بیمار زمان ترخیص نحوه انتقال به درب بیمارستان و یافته های حاصل از بررسی را ثبت کرد. |  |  |  |
| 17.چنانچه بیمار قصد ترک بیمارستان بدون صلاحدید پزشک داشت ضمن اطلاع به پزشک معالج و امضا فرم مخصوص رضایت نامه توسط بیمار یا سرپرست وی اجازه خروج داد. |  |  |  |
|  |  |  |  |

در حد آشنایی: 10-7، توانایی: 13- 11، عملکرد مطلوب: 14 به بالا

**70. نحوه رعایت اصول کلی معاینه فیزیکی (از اینجا به بعد مربوط به ترم های 2 و بالاتر)**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. قبل از شروع معاینه دستها را با آب و صابون شست و خشک کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسایل لازم جهت معاینه فیزیکی را بر بالین بیمار آورد. | |  |  |  |  |  |
| 1. خود را بعنوان دانشجوی مامایی به بیمار معرفی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در مورد هدف ازمعاینه فیزیکی توضیح کافی به بیمار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نام خانوادگی بیمار را بکار برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. خلوت بیمار را با بستن در یا کشیدن پاراوان فراهم نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. به بیمار کمک کرد تا در وضعیت مناسب قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در طول معاینه یک رفتار حرفه ای با بیمار داشت. | |  |  |  |  |  |
| 1. در طول هر قسمت از معاینه بیمار را بطور مناسب پوشاند. | |  |  |  |  |  |
| 1. توالی معاینه را رعایت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لمس ها و سمع ها را روی پوست برهنه انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در طول معاینه با بیمار ارتباط مناسب داشت و به راحتی بیمار توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

71. **مشاهده طرز کار با افتالموسکوپ**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. اجزای افتالموسکوپ و نحوه تنظیم آن را دانست. | |  |  |  |  |  |
| 1. شرایط روشنایی اتاق معاینه را رعایت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. افتالموسکوپ را بطور صحیح گرفته و وضعیت خود را با بیمار رعایت کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. Red reflex را توانست پیدا کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. دیسک اپتیک را پیدا کرده و با مشخصات دیسک اپتیک نرمال را مطابقت داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. کاپ فیزیولوژیک را شناخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. آرتویول ونول را بدرستی بررسی نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. ادم پایی و انواع رتینوپاتی را تشخیص داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

73. **مهارت معاینه سیستم حسی حرکتی، طرز کار با چکش رفلکسی**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. Intension tremor و Postural tremor را تشخیص داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. Fasciulation را تشخیص داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. آتروفی و هیپرتروفی عضلانی را مشخص کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. معاینه تونیسیته را بدرستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قدرت عضلانی را تعیین کرده و درجه بندی قدرت عضلانی را از 0 تا 50 بدرستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تفاوت اندک قدرت عضلانی اندامهای غالب و غیر غالب را دانست. | |  |  |  |  |  |
| 1. پارزی را تشخیص داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. انواع پترنهای ضعف عضلانی را بدرستی تشخیص داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ریشه های کمری شاملS1, L5, L4, L3, L2, L1 را بدرستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دقت و صحت پاسخهای بیمار را تشخیص داده و اعتمادش را برای معاینه جلب کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. معاینه حس های سطحی درد و لمس و حرارت را در اندامهای مختلف بدرستی امتحان کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. معاینه حس عمقی در اندامها را بدرستی امتحان کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تست رومبرگ را به طور صحیح انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. معاینه انواع حسهای کورتیکال را به درستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اختلال حس کورتیکال را از اختلال حسهای سطحی عمقی را تشخیص داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اجزای قوس رفلکسی را بدرستی شناخت. | |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه گرفتن رفلکس با چکش رفلکسی را بدرستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. رفلکسها را به طور دو طرفه و قرینه انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. موارد و نحوه مانور Reinforcement را بدرستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. زمان معاینه کلونوس و چگونگی معاینه را بدرستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. رفلکس چانه ای (jaw jerk) را بدرستی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. رفلکس عضله دو سر را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. رفلکس عضله براکیورادیالیس را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. رفلکس عضله سه سر را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. رفلکس عضله چهار سر را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. رفلکس عضله آشیل را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. رفلکس کف پا را در وضعیت خوابیده و نشسته انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نحوه درجه بندی رفلکسها را از 0 تا 4 بدرستی انجام داده و جواب را بطور صحیح ثبت نمود. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان تاریخ

**74. مهارت در معاینه گوش**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. هر یک از لاله­های گوش و بافت های پیرامون آن را از نظر دفرمتیه، برآمدگی ها یا ضایعات پوست بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت وجود درد، ترشح یا التهاب گوش تست tug را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای مشاهده مجرای گوش و پرده صماخ از اتوسکوپ استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از یک اتوسکوپ با بزرگترین اسپکولومی که گوش قابلیت تطابق با آن را دارد، استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سر بیمار را در وضعیتی قرار داد که جاگذاری اتوسکوپ در بهترین شرایط امکان پذیر باشد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای مستقیم کردن مجرای گوش، لاله گوش را محکم اما با ملایمت در دست گرفت و آن را به طرف بالا، پشت و اندکی به دور از سر کشید. | |  |  |  |  |  |
| 1. دسته اتوسکوپ را بین انگشتان شست و سایر انگشتان خود گرفت و دست خود را به صورت بیمار تکیه داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مجرای گوش را مشاهده کرد و هر گونه ترشح، جسم خارجی، قرمزی پوست یا تورم را مورد توجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پرده صماغ را بررسی کرده و به رنگ و شکل ظاهری آن توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مخروط نور ) cone of light) را شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دسته استخوان چکشی را شناسایی کرد و به موقعیت آن توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به هر گونه سوراخ شدگی احتمالی توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. حدت (تیزی) شنوایی را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. آزمون وبر (Weber test) را در بیماران مبتلا به کاهش شنوایی انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برای مقایسه هدایت هوایی (Ac) و هدایت استخوان (Bc) از آزمون رینه ( Rinne test) استفاده کرد | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**75. مهارت در معاینه ریه**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| **معاینه قسمت خلفی ریه** | |  |  |  |  |  |
| 1. برای معاینه قسمت خلفی قفسه سینه و ریه­ها بیمار را در وضعیت نشسته قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در وضعیت خط وسط در پشت بیمار قرار گرفت و به نکات زیر دقت کرد: | |  |  |  |  |  |
| * دفرمیته یا غیرقرینگی | |  |  |  |  |  |
| * تورفتگی غیرطبیعی فضاهای بین دنده­ای در خلال دم | |  |  |  |  |  |
| * اختلال یا تاخیر یک طرفه حرکات تنفسی | |  |  |  |  |  |
| 1. برای شناسایی نواحی حساس قفسه سینه را مورد لمس قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اختلالات مشاهده شده (توده­ها، مجاری سینوسی) را لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دستهای خود را در سطح دنده­های دهم قرار داده و با ایجاد چین پوستی بین انگشتان شست حداکثر اتساع قفسه سینه را بررسی کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. فرمیتوس لمسی را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * از قسمت گرد دست یا سطح اولنار دست استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| * از هر دو دست برای مقایسه دو طرف استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| * چهار ناحیه را بطور دقیق مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * به افزایش یا کاهش آن توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. قسمت خلفی سینه را دق کرد | |  |  |  |  |  |
| * از بیمار خواست بازوهایش را از عرض قفسه سینه عبور داده و دستهای خود را برروی شانه طرف مقابل قرار دهد. | |  |  |  |  |  |
| * فضای بین دنده­ای را دق کرد. | |  |  |  |  |  |
| * هر دو طرف قفسه سینه را بطور قرینه دق کرد. | |  |  |  |  |  |
| * 14 ناحیه را دق کرد. | |  |  |  |  |  |
| * نتهای دقی غیرطبیعی را (رزنانس، هیپررزنانس، ماتیته و تمپان) شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نزول دیافراگم (انحراف دیافراگم) را شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ریه­ها را سمع نمود. | |  |  |  |  |  |
| * برا ی سمع ریه بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * برای سمع ریه از دیافراگم گوشی استفاده کرد. | |  |  |  |  |  |
| امضاء ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| * هر دو ناحیه را بطور قرینه سمع نمود. | |  |  |  |  |  |
| * 14 ناحیه در خلف را سمع نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. الگوهای صداهای تنفسی طبیعی را از نظر شدت، ارتفاع، مدت نسبی مراحل دمی و بازدمی شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ریه­ها را از نظر هر گونه صداهای اضافی (کراکل، ویز و رونکای) مورد سمع قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت سمع صداهای تنفسی برونکروزیکلولر یا برونشیال در مناطق غیر عادی صداهای تکلمی (اگوفونی، برونکوفونی، پکلتوریلوکی نجوایی) را بررسی نمود. | |  |  |  |  |  |
| **معاینه قسمت قدامی قفسه سینه** | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به شکل قفسه سینه و نحوه حرکت دیواره­های آن توجه کرد و موارد ذیل را مورد توجه قرار داد: | |  |  |  |  |  |
| * دفرمیته یا غیر قرینگی | |  |  |  |  |  |
| * تورفتگی غیر طبیعی فضاهای بین دنده­ای و فوق ترقوه­ای | |  |  |  |  |  |
| * تاخیر یا اختلال موضعی در حرکات تنفسی | |  |  |  |  |  |
| 1. با لمس قسمت قدامی نواحی حساس را شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اختلال مشاهده شده را با لمس بررسی نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. با قرار دادن دست خود در طول هر یک از حاشیه­های دنده­ای و با ایجاد چین پوستی میزان حداکثر اتساع قفسه سینه را ارزیابی نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. فرمیتوس لمسی را در 6 ناحیه بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. 12 ناحیه را در قسمت قدامی و جانبی قفسه سینه دق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در زنان با دست چپ به آرامی پستان را جابجا کرده و در همان زمان با دست راست عمل دق را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. 12 ناحیه در قسمت قدامی و جانبی قفسه سینه را سمع نمود. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**76. مهارت در معاینه قلب**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. بمنظور انجام قسمت اعظم معاینه قلبی، بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت با بالا بردن سر بستر به میزان 30 درجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. دانشجو در قسمت راست بیمار ایستاد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با مشاهده دقیق پریکاردیوم، محل ایمپالس نوک قلب یا نقطه حداکثر ایمپالس (PMI) را مشخص کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت عدم شناسایی ایمپالس نوک قلب، بیمار را در وضعیت خوابیده به پهلوی چپ قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت نیاقتن ایمپالس نوک قلب، از بیمار خواست بطور کامل نفس خود را به بیرون بدهد و به مدت چند ثانیه نفس خود را نگه دارد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بعد از شناسایی ایمپالس نوک قلب، محل، قطر، ارتفاع و مدت طول کشیدن نوک قلب را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. تغییرات و اختلالات ایمپالس­های بطنی (هیپرکتیک، مداوم، منتشر) را شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با نرمه انگشتان خود، ناحیه بطن چپ و راست را از نظر هیو (Heave) و لیفت (Lift) و لرزش (Thril) لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در بیمارانی که قطر قدامی ـ خلفی قفسه سینه افزایش یافته بود برای لمس بطن راست، دست خود را در ناحیه زیر گیزیفوئید یا ناحیه اپی­گاستر قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. برا ی لمس S1 و S2 دست خود را در کانونهای قلبی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در اتاق آرام، با استفاده از دیافراگم گوشی خود و با فشردن محکم آن به قفسه سینه صداهای قلبی را گوش داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سمع را از قاعده شروع کرده و بتدریج گوشی خود را به سمت اپکس حرکت داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت خوابیده به پهلوی چپ قرار داد، با استفاده از بل گوشی ناحیه مربوطه به ایمپالس نوک قلب (برای سمع S3 و S4 و سوفهای MS ) را سمع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. از بیمار خواست که به جلو خم شود و با استفاده از دیافراگم گوشی ناحیه LSB و نوک قلب (برای سمع سوفلهای آنورت) را سمع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در موقع سمع قلب، به شدت صداهای قلبی (کاهش یا افزایش S1 و S2 ) توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در موقع سمع قلب صداهای اضافی (کلیک، سوفل، sound ejection و opening snap) را مورد توجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. انفکاک فیزیولوژیک S2 را از انفکاک پاتولوژیک افتراق داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت سمع سوفل قلبی، زمان، محل حداکثر شدت، شکل، شدت و کیفیت سوفل را مشخص کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**77. مهارت در معاینه چشم**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. برای آزمایش حدت بینایی مرکزی، از صفحه snellen و از نور مناسب استفاده نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. آزمایش میدان­های بینایی با روش رودر رو را انجام داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. چشم­های بیمار را از نظر موقعیت و امتداد بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به ابروها نگاه کرده و به مقدار و نحوه توزیع آنها و نیز هر گونه پوسته ریزی در پوست زیرین توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به موقعیت پلک­ها نسبت به کره چشم توجه کرده و به پهنای شیارهای پلکی، ادم پلک­ها، رنگ پلک­ها، ضایعات، وضعیت و جهت مژه­ها و کفایت بسته شدن پلکها را مورد توجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نواحی غدد اشکی و کیسه اشکی را از نظر وجود تورم مورد توجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به اشک­ریزش یا خشکی بیش از حد چشم­ها توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ملتحمه و اسکلرا را از نظر رنگ، طرح عروقی، ندولها و تورم بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با تابانیدن مستقیم نور از ناحیه تمپورال هر کدام از عنبیه­ها را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مردمکها را از نظر اندازه، شکل و قرینگی بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * واکنش نزدیک را در نور طبیعی اتاق آزمایش کرد. | |  |  |  |  |  |
| * واکنش های مردمک (واکنش مستقیم و متقابل) را در برابر نور آزمایش کرد. | |  |  |  |  |  |
| * واکنش نزدیک را در نور طبیعی اتاق آزمایش کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. حرکات خارجی چشمی را از نظر حرکات توام (هماهنگ، نیستاگمرس و وجود تاخیر پلکی (lid lag)) بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شش حرکت خارجی چشم (EOM) را با حرکت مداد یا انگشتان دست بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**78. مهارت در معاینه سر و گردن**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. موها را در مناطق مختلف سر از هم جدا کرد و پوست سر را از نظر پوسته ریزی، برآمدگی­ها و سایر ضایعات مورد تجسس قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به اندازه کلی و شکل جمجمه توجه کرده و هر گونه دفرمیته، فرورفتگی، برآمدگی یا حساسیت را مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به نمای ظاهری و شکل صورت توجه کرده و هرگونه غیر قرینگی، حرکات غیر ارادی، ادم و توده را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پوست صورت را از نظر رنگ، پیگمانتاسیون، قوام، ضخامت، نحوه توزیع موها و هرگونه ضایعه بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با استفاده از نرمه انگشتان نشانه و میانی خود، به طور مرتب و دریک توالی، گره­های لنفاوی زیر را لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| * گره­های جلوی گوش در قدام گوش | |  |  |  |  |  |
| * گره­های خلفی گوش در سطح زائده ماستوئید | |  |  |  |  |  |
| * گره­های پس سری در قاعده جمجمه در قسمت خلفی | |  |  |  |  |  |
| * گره­های لوزه­ای در زاویه فک تحتانی | |  |  |  |  |  |
| * گره­های تحت فکی در بین زاویه و نوک فک تحتانی | |  |  |  |  |  |
| * گره­های زیر چانه­ای در خط وسط | |  |  |  |  |  |
| * گره­های گردنی سطحی در موقعیت سطحی نسبت به عضله استرنوماستوئید | |  |  |  |  |  |
| * گره­های گردنی خلفی در طول لبه قدامی عضله تراپزیوس | |  |  |  |  |  |
| * گره­های زنجیره عمقی گردن در عمق عضله استرنوماستوئید | |  |  |  |  |  |
| * گره­های فوق ترقوه­ای | |  |  |  |  |  |
| 1. نای را از نظر هر گونه انحراف از موقعیت طبیعی خود در خط وسط، ارزیابی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. گردن را از نظر غده تیروئید بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * سر بیمار را مقداری به عقب برد. | |  |  |  |  |  |
| * از بیمار خواست مقداری آب را در دهان نگه داشته و عمل بلع را انجام دهد. | |  |  |  |  |  |
| * به حرکت رو به بالای غده تیروئید و نیز به شکل و قرینگی آن، توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. غده تیروئید را لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| * از بیمار خواست تا گردن خود را اندکی به جلو خم کند. | |  |  |  |  |  |
| * در پشت بیمار قرار گرفت | |  |  |  |  |  |
| * انگشتان هر دو دست خود را به نحوی بر روی گردن بیمار قرار داد که انگشتان اشاره در زیر غضروف کریکوئید قرار گیرد. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| * از بیمار خواست آب را در دهان نگه داشته و فرو ببرد و به حرکت رو به بالای ایسم تیروئید در زیر نرمه انگشتان توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| * با انگشتان دست چپ خود، نای را به سمت راست جابجا کرد و با انگشتان دست راست، لوب راست تیروئید را لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| * با روش مشابه لوب چپ را معاینه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. به اندازه، شکل و قوام غده تیروئید توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هرگونه ندول یا حساسیت را مورد توجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**~~79. مهارت در معاینه شکم~~**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. برای معاینه شکم، بیمار را در وضعیت مناسب قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * در زیر سر و زانوهای بیمار بالشی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * بازوها ی بیمار را بطور متقاطع بر روی سینه بیمار قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * شکم بیمار را از زائده گزیفوئید تا سمفیز پوبیس در معرض دید قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * دستها و گوشی خود را گرم کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. درسمت راست بیمار ایستاد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شکم بیمار را مشاهده کرده و به نکات زیر توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| * پوست را از نظر اسکار، استریاها، راشها و ضایعات پوستی | |  |  |  |  |  |
| * ناف را نز نظر شکل، محل و هرگونه التهاب یا برآمدگی | |  |  |  |  |  |
| * شکل شکم را از نظر، صاف ،گرد برآمده یا اسکافوئید بودن | |  |  |  |  |  |
| * برجستگی فلانکها | |  |  |  |  |  |
| * قرینه بودن شکم | |  |  |  |  |  |
| * اعضا یا توده­های قابل مشاهده | |  |  |  |  |  |
| * حرکات پریستالتیک روده | |  |  |  |  |  |
| * ضربان طبیعی آئورت و توجه به افزایش آن | |  |  |  |  |  |
| 1. با دیافراگم گوشی به صداهای روده­ای گوش فرا داد و به تعداد و ویژگی آن توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. آئورت شکمی، شریان ایلیاک و شریان رانی را از نظر وجود بروئی سمع کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. هر کدام از چهار ربع شکم را به منظور ارزیابی نحوه توزیع مناطق تمپانی و ماتیته به آرامی دق کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شکم بیمار را لمس سطحی کرد. | |  |  |  |  |  |
| - دستها و ساعدهای خود را در سطح افقی قرار داده و دستهای خود را با انگشتان صاف و چسبیده به هم، برروی سطح شکم گذاشت و سپس شکم را با حرکتی آرام لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| * چهره بیمار را از نظر وجود هر گونه نشانه درد یا ناراحتی، بدقت زیر نظر داشت. | |  |  |  |  |  |
| * با حرکت نرم، تمام ربعهای چهارگانه را لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| * هرگونه عضو یا توده سطحی را شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * افزایش مقاومت در برابر دست خود را شناسایی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * گاردنیگ ارادی را از اسپاسم غیر ارادی عضلانی افتراق داد. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| 1. شکم بیمار را لمس عمقی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * با استفاده از سطوح کف دستی انگشتان خود، تمام ربع­های چهارگانه شکم را لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| * توده­های شکمی را لمس کرده و محل، اندازه، شکل، قوام، حساسیت، ضربانها و تحرک آن را مورد توجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. شکم را از لحاظ التهاب صفاق بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محدوده کبد را بروش دق تعیین کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با لمس لبه ی کبد را تعیین کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. محدوده طحال را بروش دق تعیین کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. با لمس لبه ی طحال را تعیین کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. پهنای آنوریسم شکمی را برای رد آنوریسم آئورت شکمی اندازه گیری کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. آسیت احتمالی شکم را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * شکم را در وضعیت خوابیده به پشت از اطراف ناف بروش شعاعی دق کرد. | |  |  |  |  |  |
| * شکم با ازنظر ماتیته جابجا شونده (shifting dullness) بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * شکم را ازنظر موج مایع (wave flud) بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. آپاندیسیت احتمالی را بررسی کرده و بیمار را از نظر موارد زیر بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * حساسیت موضعی شکم | |  |  |  |  |  |
| * سفتی عضلانی شکم | |  |  |  |  |  |
| * نشانه روزینگ ) Rovsings sing) | |  |  |  |  |  |
| * حساسیت بازگشتی ارجاعی (referred rebound tenderness). | |  |  |  |  |  |
| * نشانه پسواس (psoas sign) | |  |  |  |  |  |
| * نشانه اوبتوراتور (obturator sign). | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از نظر نشانه مورفی (murphys sign) جهت تشخیص کله سیستیت حاد بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. فتق­های شکمی را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. توده­های شکمی را از توده­های دیواره شکم افتراق داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**~~80. مهارت در معاینه بینی و سینوس­ها~~**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1.سطوح قدامی و تحتانی بینی را از لحاظ حساسیت نوک یا پره های بینی مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 2.به هرگونه غیر قرینگی ودفرمیته بینی توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 3.با فشار آوردن به پره بینی و درخواست از بیمار برای تنفس از راه بینی بیمار را از نظر انسداد بینی بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 4.با استفاده از اتوسکوپ داخل بینی را مشاهده کرد. | |  |  |  |  |  |
| * سر بیمار را به عقب منحرف کرد. | |  |  |  |  |  |
| * اسپکولوم را با ملایمت در وستیبول قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * دسته اتوسکوپ را در یک طرف نگه داشت تا با چانه بیمار برخورد نکند. | |  |  |  |  |  |
| 1. .با اتوسکوپ مخاط بینی را بررسی کرده و به رنگ مخاط و نیز وجود هر گونه تورم، خونریزی یا اگزودا در آن توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت وجود اگزودا ویژگی آن را (شفاف، موکوس، چرکی) بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سپتوم بینی را بررسی کرده و به هرگونه انحراف، التهاب یا سوراخ شدگی سپتوم توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. اختلالاتی مانند زخم یا پولیپ را مورد توجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سینوسها را از نظر حساسیت مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * زیر قسمت استخوانی ابروها، برروی سینوسهای پیشانی فشار وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| * برروی سینوسهای فکی فشار وارد کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**~~81. معاینه پوست و ضمائم آن~~**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1.پوست را مورد مشاهده قرار داده و به ویژگی­های زیر توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| * افزایش یا کاهش پیگمانتاسیون، قرمزی، رنگ پریدگی، سیانوز | |  |  |  |  |  |
| 2. پوست را لمس کرده و به موارد زیر توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| * حرارت، رطوبت، زبری و صافی، تحرک و تورگور پوست | |  |  |  |  |  |
| 3. به هرگونه ضایعه پوست دقت کرده و به ویژگی­های آن توجه نمود. | |  |  |  |  |  |
| * محل آناتومیک و نحوه توزیع آن در سطح بدن | |  |  |  |  |  |
| * الگوها و شکل­های ضایعات | |  |  |  |  |  |
| * نوع ضایعات پوستی (ماکول، پاپول، ویزیکول، خال ...) | |  |  |  |  |  |
| 4. خال­های خوش خیم بیمار را بررسی کرده و به ویژگی­های بارز زیر توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| * شکل مدور یا تخم مرغی شکل | |  |  |  |  |  |
| * حاشیه­های کاملا مشخص | |  |  |  |  |  |
| * رنگ یکنواخت بویژه برنزه یا قهوه­ای | |  |  |  |  |  |
| * قطر کمتر از 6 میلی­متر | |  |  |  |  |  |
| * سطح صاف یا برجسته | |  |  |  |  |  |
| 5. خال­های خوش خیم را با ویژگی­های خال­های آتیپیک و ملانوم مورد مقایسه قرارداد. | |  |  |  |  |  |
| * غیر قرینه بودن (A) | |  |  |  |  |  |
| * حاشیه­های نامنظم (B) | |  |  |  |  |  |
| * تنوع در رنگ (C) | |  |  |  |  |  |
| * قطر بیش از 6mm­ (D) | |  |  |  |  |  |
| 6. موها را مشاهده و لمس کرده و به مقدار و نحوه توزیع و قوام آن توجه کرد. | |  |  |  |  |  |
| 7. .ناخن­های انگشتان دست و پا را مورد مشاهده و لمس قرار داده و رنگ، شکل و ضایعات ناخن­ها را مورد توجه قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**~~82. ارزیابی نورولوژیک~~**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| 1. تعداد، ریتم و الگوی تنفس (بیوت، شین­استوک و ...) را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. مردمک­ها را از نظر ویژگی­های زیر مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * اندازه مردمک­ها | |  |  |  |  |  |
| * برابر بودن | |  |  |  |  |  |
| * واکنش مردمک­ها به نور | |  |  |  |  |  |
| 1. سطح هوشیاری بیمار (Loc) را براساس مقیاس گلاسگو (براساس معیارهای زیر) بررسی نمود. | |  |  |  |  |  |
| * باز بودن چشم­ها | |  |  |  |  |  |
| * پاسخ کلامی | |  |  |  |  |  |
| * پاسخ حرکتی | |  |  |  |  |  |
| 1. سطح هوشیاری بیمار را براساس معیار AVPU بررسی کرد | |  |  |  |  |  |
| 1. علائم حیاتی را کنترل نموده و به تریادگوشینگ جهت تشخیص ICP توجه نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. قامت و تون عضلانی را بررسی نموده و براساس پاسخ بیمار به محرک، طرح حرکت را به انواع زیر تقسیم­بندی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * طبیعی- مانع شونده | |  |  |  |  |  |
| * استرئوتایپیک | |  |  |  |  |  |
| * فلج شل یا فقدان پاسخ | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از نظر نشانه­های مننژیال بررسی نمود. | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را از نظر غیرقرینگی صورت و سایر موارد غیرقرینگی در عملکردهای حرکتی، حسی و رفلکسی بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ

**~~83. مهارت در معاینه نبض­ها~~**

**وسایل مورد نیاز:**

راهنما: ب= بلی خ= خیر م= موردی ندارد

| **نام دانشجو: ترم:** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **آیتم تحت ارزشیابی / دانشجو** | | مورد1 | مورد2 | مورد3 | مورد4 | مورد5 |
| **فشارها و نبضهای ورید ژوگولر(JVP)** | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار را در وضعیت راحت قرار داد، به منظور شل کردن عضلات استرنوماستوئید، با استفاده از بالش، سر بیمار را اندکی بالا برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ارتفاع سر بستر یا تخت معاینه را تقریبا تا 30 درجه بالا برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. سر بیمار از سمتی که خود قراردارد، اندکی به سمت دیگر چرخاند با تاباندن نورمماس، هر دو طرف گردن را معاینه کرد، ورید ژرگولر خارجی را در هر طرف شناسایی و سپس ضربان­های ورید ژرگولر خارجی وداخلی را پیدا کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت لزوم، سر بستر را به حدی بالا یا پایین برد تا نقطه­ای نوسان یا نقطه­ای مشخص کننده ضربانهای ورید ژوگولر داخلی رادر نیمه تحتانی گردن مشاهده کند. | |  |  |  |  |  |
| 1. نبضهای ژوگولر داخلی را از نبضهای شریان کاروئید افتراق داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. خط کش را به صورت عمودی و رو به بالا در زاویه جناغ قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. وسیله مستطیل شکل یا کارت را نسبت به خط کش طوری نگه داشت تا با آن زاویه کاملاً قائمه تشکیل داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. لبه تحتانی کارت را در راس ضربان­های زوگولر قرار داد و سپس فاصله عمودی را در خط کش خواند. | |  |  |  |  |  |
| 1. عدد حاصل را به نزدیکترین سانتی­متر گرد کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت عدم رویت ضربان­های وریدژوگرلر داخلی، این ضربان­ها را در ورید ژرگولر خارجی مورد تجسس قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| **نبض کاروتید** | |  |  |  |  |  |
| 1. بیمار در وضعیت خوابیده به پشت قرار داد و سر بستر را 30 درجه بالا برد. | |  |  |  |  |  |
| 1. گردن را از نظر ضربان­های کاروتید مورد مشاهده قرار داد | |  |  |  |  |  |
| 1. انگشتان اشاره و میانی را در ثلث تحتانی گردن برروی شریان کاروتید قرار داد، در جهت خلفی فشار وارد کرد و ناحیه مذکور را از نظر وجود ضربان­ها لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در هنگام لمس ابتدا فشار را به آهستگی افزایش داد و بعد پیدا کردن حداکثر ضربان، به آهستگی از میزان فشار کاست و ویژگی­های زیر را ارزیابی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * ارتفاع نبض (نبض­نخی یا باندینگ) | |  |  |  |  |  |
| * شکل موج نبض | |  |  |  |  |  |
| * هرگونه انحراف ارتفاع طبیعی، از ضربه­­ای به ضربه دیگریا در ارتباط با دم (نبض الترناس، دوکوهانه، پارادوکس) | |  |  |  |  |  |
| 1. در لمس تریل­ها را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. در صورت وجود تریل، با استفاده از دیافراگم گوشی، شریان­های کاروئید را از نظر وجود بروئی سمع کرد. | |  |  |  |  |  |
| امضای ارزیابی کننده | |  |  |  |  |  |
| **شریانهای بازویی** | |  |  |  |  |  |
| 1. آرنج را به درجاتی در فلکسیون و کف دست را رو به بالا قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. انگشتان نشانه و میانی را در زیر آرنج درست در طرف داخل تاندون عضله دو سر قرار داده و نبض را لمس کرد. | |  |  |  |  |  |
| 1. ارتفاع و شکل نبض را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| **نبض­های اندام تحتانی** | |  |  |  |  |  |
| 1. نبض­های فمورال را با لمس ناحیه بین خارخاصره­ای قدامی ـ فوقانی و سمیفیزپوبیس مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نبض پوپلیتال را بررسی کرد. | |  |  |  |  |  |
| * زانوی بیمار را فلکسیون داد. | |  |  |  |  |  |
| * نوک انگشتان هر دو دست خود را درست در خط وسط پشت زانو قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| * نوک انگشتان را بطور عمقی به طرف داخل فضای پوپلیته­­ال فشار داد | |  |  |  |  |  |
| 1. نبض شریان پشتی پا (دور سالیس پدیس) را مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نبض تیبیال خلفی در پشت و زیر قوزک داخلی مچ پا را مورد بررسی قرار داد. | |  |  |  |  |  |
| 1. نبض­های اندامهای فوقانی را با نبض­های اندام تحتانی از لحاظ قرینه بودن باهم مقایسه کرد. | |  |  |  |  |  |
| محل ارزیابی | مرکز آموزشی درمانی |  |  |  |  |  |
| بخش |  |  |  |  |  |
| تاریخ ارزیابی | |  |  |  |  |  |
| نام و امضای ارزیابی کننده  بهتر است حداقل یکی از موارد ارزیابی توسط خود دانشجو و یکی توسط دانشجوی دیگر و یکی توسط مربی انجام گیرد. | |  |  |  |  |  |

نام و امضای مربی یا مربیان

تاریخ