|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| arm3  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز  مركز آموزشي درماني كمالي  دفتر بهبود كيفيت- مراقبت باليني | **فهرست بیماران پرخطر** | كد شناسه : KH/QU/HRPF/01/01 |
| **تاريخ تهيه :20/1/1401** |
| **تاريخ بازنگري :20/1/1403** |
| **تاريخ ابلاغ :20/1/1402** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تعریف بیماران پرخطر | منظور از بیماران/ مراجعین پرخطر افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه **-**دراولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند. | | |
|  | **لیست بیماران در معرض خطر: سقوط، زخم فشاری، ترومبوز وریدهای عمقی، خودکشی، پلی فارمسی، سو تغذیه** | | |
| نام بخش | لیست بیماران در معرض خطر | ابزار ارزیابی ریسک | مراقبت و درمان |
| بخش های درمانی | سقوط | مورس | 1. پرستار تمام بيماران در معرض خطر سقوط در بدو ورود به بخش را مورد بررسي قرار مي دهد. 2. پرستار معيار هاي شناسايي( استفاده از ابزار مورس) را در بیماران ذیل بررسی می کند  * بيماران با محدوديت حركتي ( شكستي لگن ، ستون فقرات و . . .) * بيماران با كاهش سطح هوشياري ( سكته هاي مغزي و . . .) * بيماران مصرف کننده داروهای قلبی * بيماران سال خورده و مسن * بیماران با علایم سرگیجه  1. پرستار بیمار در معرض سقوط را در تخت یا اتاق نزدی استیشن بستری می نماید. 2. پرستار آموزش نحوه استفادهه از زنگ اخبار را به بیمار می دهد 3. پرستار بر بالا بودن بدساید وفیکس بودن ترمز تخت نظارت و به همراه در این خصوص آموزش می دهد 4. پرستار آموزش استفاده از واكر یا هندریل را به بیمار می دهد 5. پرستار آموزش نحوه خروج اصولی از تخت را به بیمار می دهد. 6. به صورت دوره ای بدساید ها توسط تجهیزات پزشکی بررسی و سر پرستار بر نحوه انجام کار نظارت می نماید 7. پرستار بر خشک بودن سطوح و کف به خصوص سرویس بهداشتی نظارت می نماید. 8. پرستار بیمار در معرض سقوط را شناسایی و تابلوي هشدار سقوط (زرد رنگ)را بر بالای تخت بیمار نصب می نماید. 9. پرستار بر وجود چهارپایه در کنار تخت ها نظارت وآموزش استفاده صحيح از آن به بيمار و همراه می دهد. 10. وجود روشنايي كافي در اتاق بیماران بخصوص در شیفت شب توسط مسئول بخش و مسئول شيفت بررسی می شود. 11. بیماران با ریسک سقوط بالا در ابتدای شیفت مشخص و سرکشی مکرر از بیماران خصوصا بيماران بد حال در طی شیفت انجام می شود 12. علل بی قراری و توهمات بیمار توسط پرستار مسئول بيمار بررسی و به پزشك معالجاطلاع رسانی می شود. 13. دستور مهار فیزیکی یا شیمیایی بر حسب نیاز بیمار از پزشک معالج اخذ می شود.   بر حضور همراه جهت بیماران با ریسک بالای سقوط تاکید و اطلاع به پرستار در صورت ترک بیمار داده می شود. |
| زخم فشاری | برادن | 1. پرستار تمام بيماران در معرض خطر زخم بستر در بدو ورود به بخش را مورد بررسي قرار مي دهد. 2. پرستار معيار هاي شناسايي(استفاده از ابزار برادن) را در بیماران ذیل بررسی می نماید.  * بيماران با محدوديت حركتي ( شكستي لگن ، ستون فقرات و ...) * بيماران با كاهش سطح هوشياري ( سكته هاي مغزي و ...) * بيماران داراي سوء تغذيه و كاشكسيك * بيماران سال خورده و مسن  1. پرستار تغيير پوزيشن مرتب بيمار حد اقل هر 3 ساعت توسط كمك بهيار را كنترل مي كند. 2. كمك بهيار در تغيير پوزيشن بيماران بيشتر از روش پهلو به پهلو استفاده مي نمايد ( جون فشار وارد شده به نواحي استخواني كمتر است). 3. پرستار/ كمك بهيار براي بيماران مستعد از تشك مواج استفاده مي كند و صحت عملكرد آن را در هر شيفت چك مي كند. 4. پرستار ملحفه هاي بيمار را از نظر تميز و صاف بودن به طور مرتب كنترل مي كند. 5. پرستار در صورت بي اختياري ادرار و مدفوع با دستور پزشك بيمار را سونداژ مي كند. 6. پرستار برنامه استحمام بيمار را كنترل مي نمايد. 7. پرستار ماساژ نواحي سالم را توسط كمك بهيار كنترل مي كند . 8. فيزيوتراپي اندامها طبق نظر پزشك توسط فيزيو تراپ به طور روزانه انجام مي شود. 9. پرستار نياز هاي تغذيه اي ( رژيم پرپروتئين ، پرويتامين و پركالري) و هيدراتاسيون كافي با نظر پزشك را تامين مي كند. 10. پرستار در صورت وجود زخم نوع زخم و نوع پانسمان مورد نياز را شناسايي مي كند. 11. انواع زخم بستر :  * درجه 1 : پوست بيرنگ شده و با فشار ملايم انگشت تغيير رنگ ايجاد نمي شود. * درجه 2 : شامل حس حرارت در ناحيه تحت فشار و مشاهده قرمزي و مختصري گسيختگي پوست يا تاول مي باشد. * درجه 3 : درگيري بافتهاي زير پوست كه همراه با نكروز بافت مي باشد. * درجه 4 : دربرگيرنده عضلات و تاندونها به همراه تخريب وسيع  1. دليل ايجاد زخم بستر درجه 1 فشار اعمال شده بر پوست مي باشد، بنابر اين پرستار و كمك بهيار با گذاشتن بالش يا رينگ فشار وارده بر نواحي مستعد را كم مي كند 2. پرستار روش شستشو و ضد عفوني كردن زخم بستر درجه 2و 3 و 4 را مي داندو براي هرنوع ، پانسمان مخصوص به آن زخم را استفاده مي نمايد( قبل از انتخاب نوع پانسمان با كارشناس زخم بيمارستان ، هماهنگي لازم را به عمل مي آورد). 3. پرستار تمامي مراقبت ها و اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاري ثبت مي نمايد. 4. پرستار در صورت نياز وضعيت زخم بيمار را به پزشك معالج گزارش مي دهد. 5. سرپرستار براساس ابزار برادن شاخص زخم بستر را ارزيابي واقدامات اصلاحي انجام و نتايج را به دفتر بهبود كيفيت اطلاع رساني مي نمايد.   **Braden Scale** |
| ترومبوز وریدهای عمقی-آمبولی ریه | ولز | 1. پرستار بيمار در معرض خطر ترومبوآمبولي را شناسايي مي كند. 2. پرستار معيار هاي شناسايي(استفاده از ابزار ولز) را در بیماران ذیل بررسی می کند  * جراحي هاي بزرگ با زمان طولاني * سكته هاي مغزي يا **MI** * بيماران با بدخيمي موضعي در حال درمان ( شيمي درماني ، پرتودرماني ) * معتادان تزريقي * بيماريهاي تضعيف كننده عصبي – عضلاني ) گيلن باره ( * تهويه مكانيكي * فلج عصبي عضلاني ناشي از داروها * **CVP Line** * سپسيس شديد * اختلالات انعقادي * بستري بيش از سه روز و بي حركتي   مسافرت هاي طولاني و وجود وريد واريس   1. پرستار آموزش هاي لازم را در خصوص حركات ايزوتونيك و ايزومتريك به بيمار هوشيار ارائه مي دهد. 2. پرستار استفاده از جوراب الاستيك ( درموارد خطر با ريسك متوسط و بالاممنوع مي باشد) را با هماهنگي با پزشك معالج به بيمار توصيه مي نمايد. 3. پرستار در صورت هوشيار نبودن بيمار تغيير پوزيشن بيمار را هر سه ساعت كنترل و در صورت نياز از تشك مواج استفاده مي نمايد. 4. پرستار در صورت بي حركتي بيمار تورم اندام تحتاني با قرمزي را سريعا به پزشك اطلاع مي دهد. 5. پرستار بر مصرف مايعات كافي توسط بيمار با هماهنگي پزشك معالج نظارت مي نمايد. 6. پرستار آموزش هاي لازم را در خصوص پيشگيري از ترومبو آمبولي در منزل به بيمار ارائه مي دهد. 7. پرستار داروهاي ضد انعقادي تجويز شده توسط پزشك معالج را با رعايت قانون دارودهي به بيمار تزريق مي نمايد.   پرستار اقدامات انجام شده جهت پيشگيري از ترمبوآمبولي وريدي در گزارش پرستاري ثبت مي نمايد. |
| خودکشی | **Sad** | 1. پرستار/ پزشك در ارزيابي بيمار ، نياز به جداسازي روانپزشكي بيمار را شناسايي مي نمايند. 2. پرستار معيار هاي شناسايي(استفاده از ابزار SAD) را در بیماران مستعد خودکشی بررسی می کند 3. معيار هاي جداسازي :  * داشتن سابقه آسيب به خود و ديگران * داشتن نقشه براي آسيب به خود و ديگران * داشتن سابقه بستري در بخش در بخش روانپزشكي در چند ماه گذشته * سابقه بيماري روانپزشكي و مصرف دارو * وجود آثار خودزني * داشتن سابقه مصرف الكل ، مواد محرك و مواد مخدر  1. پزشك لزوم جداسازي بيمار روانپزشكي را پس از ارزيابي در پرونده ثبت مي نمايد. 2. پرستار دستور جداسازي روانپزشكي بيمار را چك مي نمايد. 3. پرستار بيمار راحتي الامكان در نزديكترين اتاق / تخت به ايستگاه پرستاري (جهت كنترل رفت و آمد بيمار / همراه ) بستري مي نمايد. 4. پرستار ايمني فضاي فيزيكي بيمار را از نظر نور ، صدا ، گارد هاي محافظ ، جنس تجهيزات استفاده شده   ( اعم از فلزي و يا غير فلزي ، تيز و برنده بودن ) وجود شال و كمربند و ... بررسي مي نمايد..   1. پرستار مصرف داروها توسط بيمار را كنترل مي كند. 2. پرستار كنترل بيشتر بيمار در ساعات6:30 صبح ، 22 شب ، آخر هفته ها و هنگام تغيير شيفت را انجام مي دهد. 3. پرستار در صورت نياز بيمار با دستور پزشك مهار فيزيكي يا شيميايي با رعايت ايمني بيمار را انجام مي دهد. 4. پرستار وجود بيمار با شرايط جداسازي روانپزشكي را به كليه پرسنل بخش و نگهبان اطلاع رساني مي نمايد. 5. پرستار در صورت Stable شدن بيمار از نظر جسمي طبق صلاحديد پزشك معالج مشاوره روانپزشكي را پيگيري مي نمايد. 6. پرستار كليه موارد فوق را در گزارش پرستاري ثبت مي نمايد.   پرستار حفظ شان و منزلت و محرمانگي پرونده بيمار را رعايت مي كند. |
| پلی فارمسی | بیماری که بیش از 4 دارو مصرف می کند | 1. پرستار بیمارانی که بیش از 4 دارو مصرف می نمایند را شناسايي مي كند.   * سالمندان * بیماران با بیماری مزمن * بیماری قلبی و عروقی * فشار خون بالا * دمانس * بیماری روماتیسمی * بیماری تنفسی   2. پرستار بیمار را از نظر عوارض پلی فارمسی مثل تداخلات دارویی، اشتباهات دارویی، وقایع و واکنش های ناخواسته دارویی (ADR)، عوارض جانبی ، بستری مجدد بررسی می نماید.  4. پرستار و پزشک در بدو بیمار در بیمارستان لیست داروهای مصرفی بیمار را لیست کرده و تلفیق دارویی انجام می شود.  5. تلفیق دارویی در طی بستری و ترخیص بیمار به دقت توسط پزشک معالج می شود.  6. پرستار روش و زمان استفاده از داروها را به بیمار آموزش می دهد.  7. پرستار در حین دارودهی هفت اصل دارودهی را رعایت می کند  8. پرستار عوارض داروها را به بیمار آموزش می دهد  9. پرستار در حین ترخیص به بیمار و همراه نحوه مصرف داروها را آموزش می دهد. |
| سو تغذیه | استفاده از سوالات ارزیابی تغذیه در فرم ارزیابی اولیه پرستار از بیمار | 1. پرستار در بدو ورود نیازهای تغذیه ایی بیماران را مصرف می نمایند 2. پرستار فرم ارزیابی تغذیه ایی در ارزیابی اولیه را تکمیل می کند. 3. نمایه توده بدن (**BMI**  ) توسط پرستار تعیین می گردد.   فرمول **BMI :**  نسبت وزن بر حسب كیلوگرم به مجذور قد (بر حسب متر) محاسبه مي شود : = BMI) وزن كیلو گرم( مجذور قد به متر   1. پرستار علل کاهش اشتها را در بیماران ارزیابی می کند.  * بیماري * مصرف داروهاي تجويز شده در طول درمان * محیط بیمارستان * كاهش اشتها * مصرف دارو ها * مصرف ناكافي غذا * افراد مبتلا به بیماري هاي زمینه اي مانند فشار خون بالا، ديابت و ...كه بیماری آنها تحت کنترل نیست  1. پزشک دستور غذايي بیماران را ثبت می نماید 2. در صورتی که حتی یک بله در جدول ارزیابی تغیه ایی علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم با اطلاع پزشک، اطلاع رسانی به کارشناس تغذیه برای مشاوره و ارزیابی تخصصی انجام شود 3. ابزار تشخیص سوء تغذيه مادران باردار، منحني وزن گیري می باشد. 4. پرستار کاهش وزن بیش از 5 % وزن طي سه ماه اخیر به هر دلیل را بررسی می کند 5. پرستار بیمار را در خصوص بي اشتهايي يا كاهش مصرف غذا به هر دلیل ) مانند تهوع يا استفراغ شديد (طي هفته گذشته را بررسی می کند. 6. پرستار بیمار را از نظر، بیماري حاد يا وخیم بودن وضعیت بیمار ارزیابی می کند)به طور مثال نیاز به درمان ويژه در ICU يا CCU يا intensive therapy دارد.(   در صورت نیاز مشاوره تغیه داده می شود و بیمار توسط کارشناس تغذیه مورد بررسی قرار می گیرد. |
|  | تشنج |  | 1. پرستار/ پزشك در ارزيابي بيمار ، بیمار را از احتمال بروز تشنج بررسی می نماید   2. پرستار معيار هاي شناسايي را در بیماران مستعد تشنج بررسی می کند  سابقه سكته مغزي ، بستري فعلي به دليل سكته مغزي ، بستري فعلي به دليل خون ريزي مغزي ، سابقه تشنج بالاترين ريسك ، سابقه تومور مغزي يا سرطان و بدخيمي ها ، سابقه مصرف مواد محرك (آمفتامين)، مصرف ترامادول ، سابقه مصرف الكل، ترك ناگهاني الكل، بستري بيماران الكلي به صورت طولاني دربيمارستان ، سابقه جراحي مغزي ، بيماران نارسايي كليه ، بيماران نارسايي كبد ، تب بالا در كودكان ، سابقه قوي خانوادگي ،هايپوگلايسمي ، آسيب وضربه به سر ، عفونت مغز ، آلزايمر ، وجود بيماريهاي مادرزادي (مانند سندرم دان)   1. ابتدا از بیمار یا همراه وی توسط پرستار و پزشک پذیرش کننده شرح حال کامل گرفته شود. 2. جهت پیشگیری از آسپیراسیون طبق نظر پزشک توسط پرستار،بیمار را به پهلوی سمت چپ خوابانیده و سر کمی پایین تر از تنه قرار داده شود. 3. در صورت عدم جفت بودن دهان ، دندانهای مصنوعی بیمار توسط پرستار خارج شود. 4. ترشحات دهان بیمار در صورت نیاز توسط پرستار ساکشن و طبق نظر پزشک معالج**Air Way** داخل دهان گذاشته شود. 5. تجویز اکسیژن مرطوب طبق نظر پزشک توسط پرستار از طریق گذاشتن یک لوله نازک داخل بینی انجام شود. 6. در صورت وجود دپرسیون تنفسی متوسط یا شدید بیمار توسط متخصص بیهوشی ویزیت و در صورت لزوم توسط متخصص بیهوشی بیمار اینتوبه شود. 7. طبق نظر پزشک و توسط پرستار بلافاصله یک مجرای وریدی باز فیکس شود. (**IvLine** ) 8. طبق نظر پزشک و توسط پرستار علایم حیاتی و نوار قلب کنترل شود. 9. اولین داروی انتخابی در کنترل حمله تشنج، طبق نظر پزشک و توسط پرستار بنزودیازپین ها تجویز شود.   ( دیازپام و لورازپام)   1. بعد از تزریق دیازپام طبق نظر پزشک و توسط پرستار آمپول فنی توئین تجویز شود.(محلول انفوزیون فنی توئین باید بدون قند باشد) 2. در صورتی که بعد از شروع تجویز دیازپام و فنی توئین تشنج بیمار کنترل نشود،بیمار توسط پزشک متخصص بیهوشی ویزیت شده و توسط متخصص بیهوشی بیمار اینتوبه شود. 3. پرستار در حین دارودهی هفت اصل دارودهی را رعایت می کند. 4. ارتباط مناسب با بيمار جهت كاهش اضطراب و استرس وي توسط پرستار مسئول مراقبت از بیمار برقراري شود. 5. پرستار ،بیمار را از نظر احتمال سقوط بررسی و همیشه **Bed Side** اطراف تختت بیمار بالا داده می شود. 6. پرستار بیمار را در تخت روبه روی استیشن یا در نزدیکترین اتاق به استیشن بستری شود. 7. كليه اقدامات انجام شده در پرونده بيمار توسط پرستار مسئول مراقبت از بیمار ثبت شود. 8. کلیه اقدامات و نتایج آزمایشگاهی بعمل آمده توسط پرستار بیمار به پزشک آنکال داخلی و پزشک معالج گزارش شود. 9. مداخلات و اقدامات بعمل آمده جهت بیمار در پرونده بیمار توسط پرستار مراقبت از بیمار ثبت شود.   مداخلات بعمل آمده در هنگام تحویل بالینی بیمار توسط پرستار مراقبت از پرستار به پرستار شیفت بعد گزارش شود. |