



آشنایی با قوانین بخش احیا جهت دستیاران جدیدالورود

تهیه کننده :

دفتر پرستاری

تاریخ تهیه : پاییز ۹۷

تاریخ بازبینی دوم: پاییز ۱۴۰۰

تأیید کننده علمی: جناب آقای دکتر پایدار

فلوشیپ تروما

زیر نظر واحد: معاونت آموزشی بیمارستان

جهت انتوباسیون، به منظور جلوگیری از فوت وقت و ایجاد آسیب در بیمار بایستی با هماهنگی زبردنت جنرال از همکاران بیهوشی اتاق عمل جهت انتوباسیون کمک گرفت. ولی تصمیم گیری جهت نیاز به راه هوایی بر عهده سرویس جنرال می باشد.

• اصول برخورد با بیماران ترومایی بر اساس گاید لاین برخورد با بیماران ترومایی مصوب در بیمارستان رجایی می باشد.

نشانی: شیراز-بلوار چمران-جنب بیمارستان چمران-

بیمارستان حاج محمد اسماعیل امتیاز و مرکز فوریت های [vhpd]
شهید رجایی

شماره تلفن جهت پاسخگویی به سوالات: ۳۶۳۶۴۰۰۱

سایت: WWW.rajaeehosp.ac.ir



با استفاده از نرم افزار بارکد خوان از طریق تلفن همراه
می توانید فایل متنی پمفلت را دانلود نمایید

۵

- استفاده کنید. در موارد اورژانس طبق صلاحدید خون به صورت un cross تزریق شود.
- فقط دستوراتی را که در احیا انجام می شود در پرونده ثبت کنید و دستورات مربوط به ای سی یویا بخش را در همان بخش ثبت کنید. در موارد متعدد دیده شده که ثبت اینگونه دستورات مشکلاتی را به همراه دارد. دستور پیگیری مشاوره فک و صورت و پلاستیک پس از ثبات وضعیت بیمار وانجام گرافی ها و سوچر زخم های ارتوپدی بدون خونریزی فعال استثنا می باشد.
- در صورتی که بیمار نیاز به تزریق کانتراست نداشته باشد و سطح هوشیاری بیمار پایین باشد، اسکورت وی به عهده سرویس نوروسرجری می باشد. اسکورت بیماران جهت تزریق کانتراست به عهده سرویس جنرال می باشد.
- در واحد احیا فقط بیمارانی را می توان on dead arrival محسوب کرد که پس از مانیتورینگ اولیه فوت ایشان محرز شده باشد. در صورت انجام کوچکترین اقدام به جز مانیتورینگ اعم از گرفتن سمپل، تزریق اتروپین و اپی نفرین، دادن ماساژ قلبی و ... نمی توان بیمار را dead on arrival محسوب کرد.
- طبق مصوبه کمیته اورژانس پذیرش مستقیم به ICU ها نداریم مگر اتندینگ پذیرش دهنده در بیمارستان حضور داشته باشد.
- لازم است در مواردی که مشکلات اورژانس فک و صورت وجود دارد زبردنت مربوطه سریعاً در بخش حاضر شود.
- مسئولیت حفظ راه هوایی مناسب بیمار به عهده سرویس طب اورژانس می باشد. در صورت دو بار تلاش ناموفق

۴

ضمن عرض خوش آمدگویی و خیر مقدم خدمت کلیه دستیاران به اطلاع می‌رساند بروشور حاضر به اختصار کلیه قوانین حاکم بر مدیریت بیماران در احیا را یادآوری می‌کند. لازم به ذکر است که کلیه موارد فوق در طول زمان و براساس مصوبات کمیته اورژانس به صورت روتین و قانون درآمده و پیروی از آن باعث تسهیل روند مدیریت درمان در بیماران ترومایی می‌گردد.

- جهت سهولت دسترسی پرسنل درمان به سرویس جراحی عمومی و مغز و اعصاب و ارتوپدی، جونیور کشیک بایستی در ابتدای روز خود را به اینچارج بخش معرفی کند.
- به همراه داشتن بیسیم جهت دستیاران سرویس جراحی عمومی الزامی است.
- فعالیت در واحد احیا به خصوص در زمان شلوغی معمولا همراه با استرس و تنش زیاد است؛ پس حفظ آرامش و عدم ایجاد استرس مضاعف در بخش قطعا از خصوصیات برجسته کاری خواهد بود.
- تکمیل کلیه فرمهای معاینه اولیه و نوشتن نام و نام خانودگی بر روی کلیه اوراق از وظایف پزشک مربوطه می‌باشد (به خصوص در زمان شلوغی احیا) لازم است در تکمیل برگ زرد و تروماشیت سرویس نوروسرجری نهایت دقت به عمل آید.
- بیمارانی که تحت هر شرایطی به واحد احیا وارد می‌شوند به هیچ عنوان نباید به بخش اولیه (اسکرین یا فوریت) بازگردانده شوند و حتما اقدامات درمانی در احیا انجام شود. مشکلات موجود در این زمینه پس از کامل

شدن روند درمان بیمار با هماهنگی اساتید هر گروه قابل پیگیری و بررسی می‌باشد.

- بیمارانی که از واحد فوریت‌ها به احیا منتقل می‌شوند بایستی با اسکورت رزیدنت طب اورژانس به احیا منتقل شوند و رزیدنت طب اورژانس موظف است بیمار را به رزیدنت جنرال تحویل دهد.
- حداکثر زمان ماندگاری بیماران در احیا طبق مصوبه کمیته اورژانس دو ساعت است و باید طبق هماهنگی با دستیاران ارشد و اساتید نسبت به تعیین تکلیف هرچه سریعتر بیماران اقدام شود.
- کنترل هرگونه خونریزی فعال در بخش احیا باید توسط سرویس جراحی عمومی انجام شود.
- مدیریت و کنترل خونریزی فعال در سر بیماران به عهده سرویس جراحی عمومی است ولی ترمیم زخم اسکالپ پس از کنترل خونریزی باید توسط سرویس جراحی مغز و اعصاب انجام شود.
- تصمیم‌گیری جهت اسکورت بیماران احیا به اتاق عمل و ICU بر عهده رزیدنت جنرال می‌باشد و جهت اسکورت بیماران احیا به خارج از بیمارستان نیز می‌بایست با پزشکان عمومی جهت اسکورت هماهنگی شود.
- هماهنگی با سایر سرویس‌ها (ارتوپدی، زنان، MF و...) بر عهده سرویس جنرال می‌باشد و قابل ذکر است که حضور رزیدنت ارتوپدی فقط در موارد اورژانس ارتوپدی در احیا ضروری می‌باشد مانند دررفتگی، شکستگی باز، شکستگی ناپایدار لگن یا هر اقدام اورژانسی.

- تراشیدن موی ناحیه عمل در موارد اورژانس به عهده پرسنل احیا نیست.
- برداشتن وسایل تیز و برنده پس از انجام پروسیجرها به عهده پزشک انجام دهنده پروسیجر می‌باشد. در صورت ایجاد مشکلات ناشی از وجود وسایل برنده در ست‌های مربوطه این مورد از طریق مراجع ذی‌صلاح و کنترل عفونت قابل پیگیری است.
- گذاشتن فولی در بیماران مبتلا به BPH و شکستگی لگن و گذاشتن NGT جهت بیماران هوشیار و مشکل‌دار به عهده سرویس جراحی عمومی می‌باشد. در صورت عدم حضور رزیدنت همگن جراح عمومی در بخش در موارد شکستگی لگن تعیین تکلیف به عهده رزیدنت حاضر در بخش می‌باشد (می‌توان از پزشکان عمومی حاضر در بیمارستان کمک گرفت یا پرسنل پرستاری حاضر در بخش این پروسیجر را انجام دهند).
- هماهنگی انتقال بیماران به 3 ICU، 5.4، 6 به عهده رزیدنت همان سرویسی است که بیمار مشکلات عمده و اصلی تری در رابطه با آن سرویس دارد. هماهنگی مذکور الزاما به عهده سرویس جنرال نیست.
- جهت تزریق خون به بیماران در صورتی که میتوان خون را با توجه به شرایط بیمار پس از گذشت نیم ساعت به بیمار تزریق کرد؛ از خون کراس مچ شده