History

BGroup	
Weight	
DM	
Hbs^+Ag	
HTN	
LENGTH	
Gest Age	
Allrgy	

Consultations

Time	Consultation	Condition

Pain Score

ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی صبح و عصر	ساعت	امتیاز	اقدامات اصلاحی شب

	G.C.S				Reaction Eyeball / Time		Vital Sign							Blood Gas					
Time	MR	VR	EO	Total G.C.S	R/T	L/T	T	PR	RR	BP	O_2 Sat	ART/MAP	CVP	PH	PCO_2	BE	HCO3	PO_2	O_2 Sat
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
Total 6H اقدامات اصلاحی																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
Total 6H اقدامات اصلاحی																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
Total 12H اقدامات اصلاحی																			
Total 24H اقدامات اصلاحی																			

University of Medical Sciences:
Medical Center:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
Ministry of health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی:
مرکز پزشکی آموزش درمانی:

برگه بخش مراقبت های ویژه اطفال
PICU Sheet

نام پزشک معالج:
Name Of physician :

نام جراح:
Name Of Surgeon :

علت بستری:
Diaghosis:

کد ملی:
National ID.No:

تاریخ تولد:
Date of Brith:

بخش:
Ward:

شماره تخت:
Bed NO:

تاریخ:
Date:

تاریخ پذیرش در PICU :
PICU Administration Date:

روز بستری درPICU:
Day Bed PICU:

تاریخ جراحی:
Operation Date:

شماره پرونده:
Unit No:

نام و نام خانوادگی:
Name & Family Name:

نام پدر:
Father`s Name:

	Ventilation/O2						Intake				Output					
Time	Mod/in/ noninvasive	FIO2	TV/PIP	PEEP	RR	I:E	Infusion $_1$	Infusion $_2$	Infusion $_3$	Nutrition Enteral/ Parenteral/Oral	Vomit / Lavage	L.Chest.T	R.Chest.T	Drain	Urine	Stool
7																
8																
9																
10																
11																
12																
Total 6H اقدامات اصلاحی																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
Total 6H اقدامات اصلاحی																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
Total 12H اقدامات اصلاحی																
Total 24H اقدامات اصلاحی																

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت– S2– ۹۴/۱۰

V1– این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت – S2 – ۹۴/۱۰
V1– این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

PUSH TOOLS

نمره	٥ ٢/١ – ٣/٠	٤ ١/١ – ٢/٠	٣ ٠/٧ – ١/٠	٢ ٠/٣ – ٠/٦	١ < ٠/٣	طول × عرض (CM)
	١٠ > ٢٤/٠	٩ ١٢/١ – ٢٤/٠	٨ ٨/١ – ١٢/٠	٧ ٤/١ – ٨/٠	٦ ٣/١ – ٤/٠	
نمره		٣ زیاد	٢ متوسط	١ کم	٠	مقدار ماده مترشحه
نمره	٤ بافت نکروزه	٣ بافت زرد شبیه دلمه	٢ بافت گوشت	١ بافت مخاطی	٠ بسته	نوع بافت
نمره کل	اقدامات اصلاحی					☐ زخـم دارد ☐ زخـم ندارد

			Lab test												
Time	Change Position	Suction/ T/Oral	Bs	BUN	Cr	Na	k	Mg	Ca	Hb	Hct	Plt	PT	PTT	Others
7															
8															
9															
10															
11															
12															
Total 6H اقدامات اصلاحی															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
Total 6H اقدامات اصلاحی															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
1															
2															
3															
4															
5															
6															
Total 12H اقدامات اصلاحی															
Total 24H اقدامات اصلاحی															

Disability

Airway

	No.Tube	Size fixe	Intube date	Extube date
E.T.T				
E.T.T Repeat				
T . T				

Routine Care	M	E	N
Mouth/Nose			/
Eye/Ear			/
Cuf.Perssure			/
physical restraint			/
Foley			/
Dressing			/
Physiotherapy			/
Bath			/

paracilinic	M	E	N
X.Ray			
Sono			
CT.SCAN			
ECHO			
EKG			
EEG			
Others			

Date Cathetter Replacment	M	E	N
Feeding tube			
Foley			
Chest Bottle R			
Chest Bottle L			
Arterial			
CV- Line			
Others			

Guide of Nurse Report

1 level of Consciousness
2 Respiration
3 E.C.G & V/S
4 Visit & Time
5 Hemodynamic
6 Operation Site / Drain
7 IV Line _ Intake / feeding
8 F/C _ Output
9 SkinCondition & Dressing

DESIGN BY REZA MOTALLEBI / GRAPHIC DESIGNER / BRANDING EXPERT / ART CONSULTANT 201
+989125151671

نام و نام خانوادگی:
Name and Family Name:

Strip

ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	مشاهدات پرستاری صبح Morning Observation Of Nurse

نحوه بررسی وضعیت هوشیاری در کودکان زیر چهار سال

۱- باز کردن چشم ها وضعیت غیر قابل بررســـی مثل: ادم شدید دور چشمها یا وجود بخیه در چشمها برای محافظت قرنیه ،در این صورت ، نمره ۱ داده شود.	**۲- پاسخ حرکتی** وضعیت غیر قابل بررسی : بی حرکتی درمانی انتهاها _ آسیب شدید نخاعی _ پارالیزی درمانی.	**۳- پاسخ کلامی** در صورت داشتن لوله داخل تراشه(E)یا تراکئوستومی(T) نمره ۱ داده خواهد شـــد و علامت E یا T ثبت می شود.
	⑥ حرکات خود بخودی	
④ خود بخود	⑤ پس کشیدن با لمس	⑤ غر زدن ، ادا کردن کلمات یا حروف بی معنی
③ با محرک کلامی(صدا کردن)	④ پس کشیدن با درد	④ گریه کردن _ بد خلقی
② با درد	③ خم کردن غیر طبیعی اندامها	③ گریه با درد
	② باز کردن غیر طبیعی اندامها	② زاری و ناله کردن با درد
① بدون پاسخ	① بدون پاسخ	① بدون پاسخ

جمع نمرات: ۶ -۷ Light Coma

جمع نمرات: کمتر از ۵ Deep Coma

G.C.S

نام و نام خانوادگی پرستار:

امضاء به همراه درج تاریخ: / / ۱۳

شماره پرونده:
Unit No:

Strip

ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	مشاهدات پرستاری عصر Evening Observation Of Nurse

ارزیابی تغذیه ای Nutritional Assessment

	روش دریافت تغذیه		سرعت و طریقه گاواژ			نوع‌فرمولا وتغذیه	مقدار مورد نیاز طی ۲۴ ساعت (CC)	مقدار تامین شده (CC)
	NPO	PO	Bolus	Continuouse	Intermittent			
صبح								
عصر								
شب								
اقدامات								

نام و نام خانوادگی پرستار:

امضاء به همراه درج تاریخ: / / ۱۳

نام پـدر:
Father`s Name:

Strip

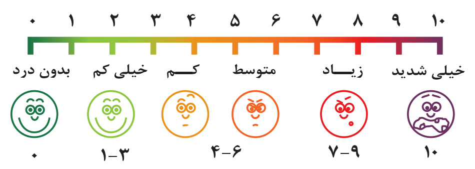
ساعت/تاریخ Time / Date	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	مشاهدات پرستاری شب Night Observation Of Nurse

ارتقاء سلامتی Promoting Health

صبح	
عصر	
شب	

ابـــــــــزار ارزیـــــــــابی درد

PAIN ASSESSMENT TOOL



نام و نام خانوادگی پرستار:

امضاء به همراه درج تاریخ: / / ۱۳

DESIGN BY REZA MOTALLEBI / GRAPHIC DESIGNER / BRANDING EXPERT / ART CONSULTANT 201 +989125151671