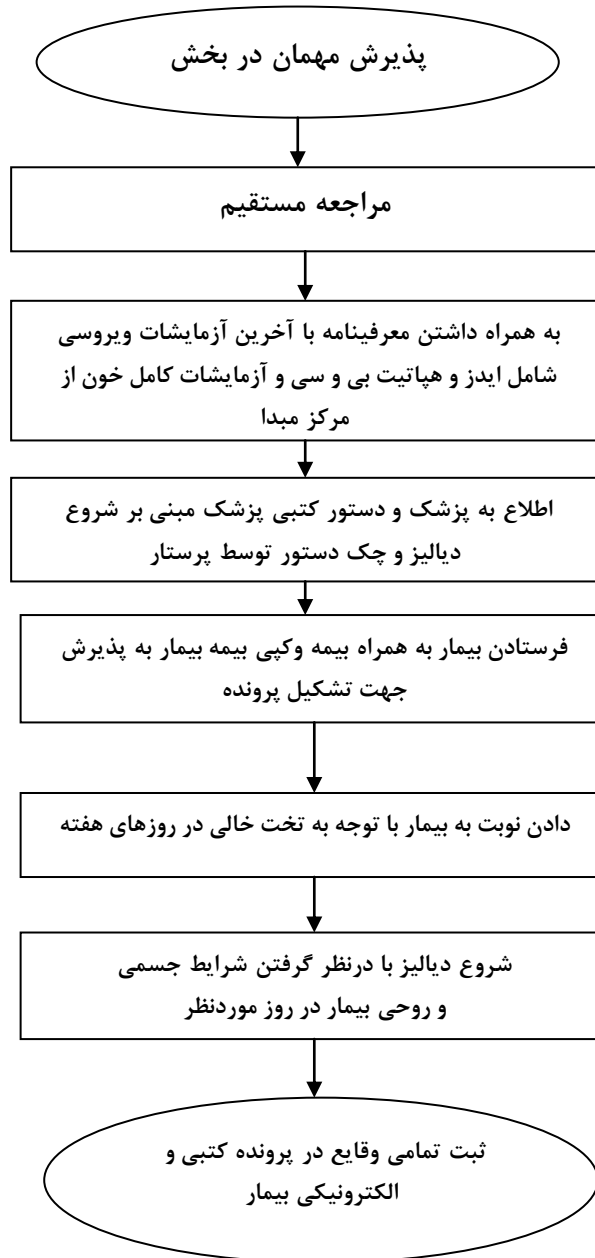




پذیرش مهمان در بخش دیالیز



تهیه کننده	تأیید کننده	تصویب کننده	تاریخ اجرا	تاریخ بازنگری	زمان انجام فرآیند
فرشته تاج بخش مسوول دیالیز	سمیه رحیمی مسوول بهبود کیفیت	دکتر مجتبی بهرامی ریاست بیمارستان	96/06/01	97/06/01	یک هفته

بسمه تعالی

بیمارستان بعثت اشکنان

تاریخ:

نام بخش:

شیفت:

نام عامل انجام کار:

امضاء و مهر نظام پرستاری ارزشیاب:

نوع فعالیت: پذیرش مهمان در بخش دیالیز

اهداف:

- ۱) انجام دیالیز به موقع بیماران
- ۲) تامین امنیت و آسایش بیماران
- ۳) دسترسی راحت بیمار به مراکز دیالیز

وسایل مورد نیاز:

عامل انجام کار: پرستار، بهیار

ردیف	مراحل انجام کار	بله	خیر	ملاحظات
۱	بیمار با در دست داشتن معرفینامه از مرکز مبدا مستقیم به بخش دیالیز مراجعه می کند.			
۲	بیمار باید آخرین آزمایشات ویروسی شامل ایدز و هپاتیت بی و سی و آزمایشات کامل خون را به همراه داشته باشد.			
۳	حضور بیمار مهمان به پزشک اطلاع داده می شود و بیمار توسط پزشک ویزیت می شود. دستور کتبی پزشک مبنی بر شروع دیالیز توسط پرستار چک می شود.			
۴	بیمار به همراه بیمه و کپی بیمه به پذیرش جهت تشکیل پرونده فرستاده می شود.			
۵	نوبت به بیمار با توجه به تخت خالی در روزهای هفته داده می شود.			
۶	دیالیز با در نظر گرفتن شرایط جسمی و روحی بیمار در روز مورد نظر انجام می گیرد.			
۷	تمامی وقایع در پرونده کتبی و الکترونیکی بیمار ثبت می گردد.			

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science
Medical Center

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مبدأ
مرکز آموزشی / درمانی: مبدأ.....

شماره و نوع بیمه: Insurance No:

معرفی نامه بیمار به سایر مراکز درمانی

شماره پرونده: Unit No

Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Attending Physician: پزشک معالج:	شماره تماس ضروری بیمار		start of D: تاریخ شروع دیالیز:
مشخصات و اطلاعات دیالیز			
Dialyzer	نوع صافی	Session/W .	تعداد دیالیز در هفته
Heparine	میزان هپارین	Duration of D.	مدت زمان هر جلسه دیالیز
(Qh)	جریان خون	Last D Session	تاریخ آخرین دیالیز
(Qd)	جریان محلول	Dry Weight	وزن خشک بیمار
Buffer	نوع بافر	BP.Befor D.	فشار خون قبل از دیالیز
HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/>	مارکرهاي ویروسی	BP After DX	فشار خون بعد از دیالیز
Vascular access:			نحوه دسترسی عروقی:
<input type="checkbox"/> کاتتر دائم <input type="checkbox"/> کاتتر موقت <input type="checkbox"/> گرافت <input type="checkbox"/> فیستول			
آدرس و شماره تلفن بخش دیالیز مبدأ:			
داروهای مصرفی			
نام و امضاء سرپرستار مسئول بخش		نام و امضاء پزشک مسئول بخش	

ملاحظات

* مسئولیت اطلاعات ثبت شده بر عهده مرکز درمانی مبدأ می باشد

* همراه داشتن دفترچه بیمه، کارت دیالیز و پرینت آخرین آزمایشات بیمار الزامیست