



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

معاونت درمان

بسمه تعالی

شماره ۳۹۰۳/۴۰۰
تاریخ ۱۳۹۱/۰۴/۱۳
پوست دارد

جناب آقای مهندس عمادی

معاونت محترم امور اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

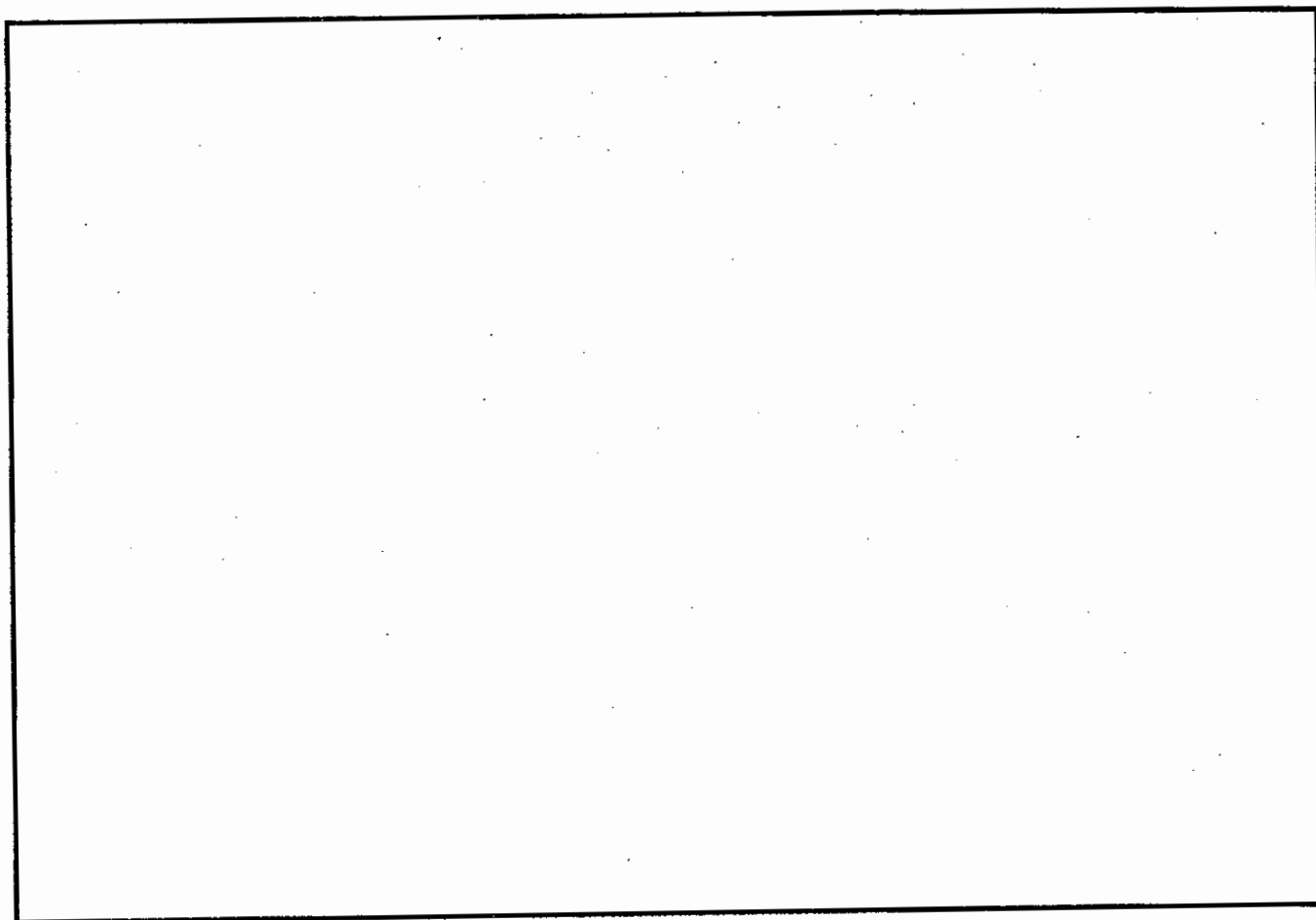
موضوع: یکسان سازی پرونده های بیماران دیالیزی

سلام علیکم

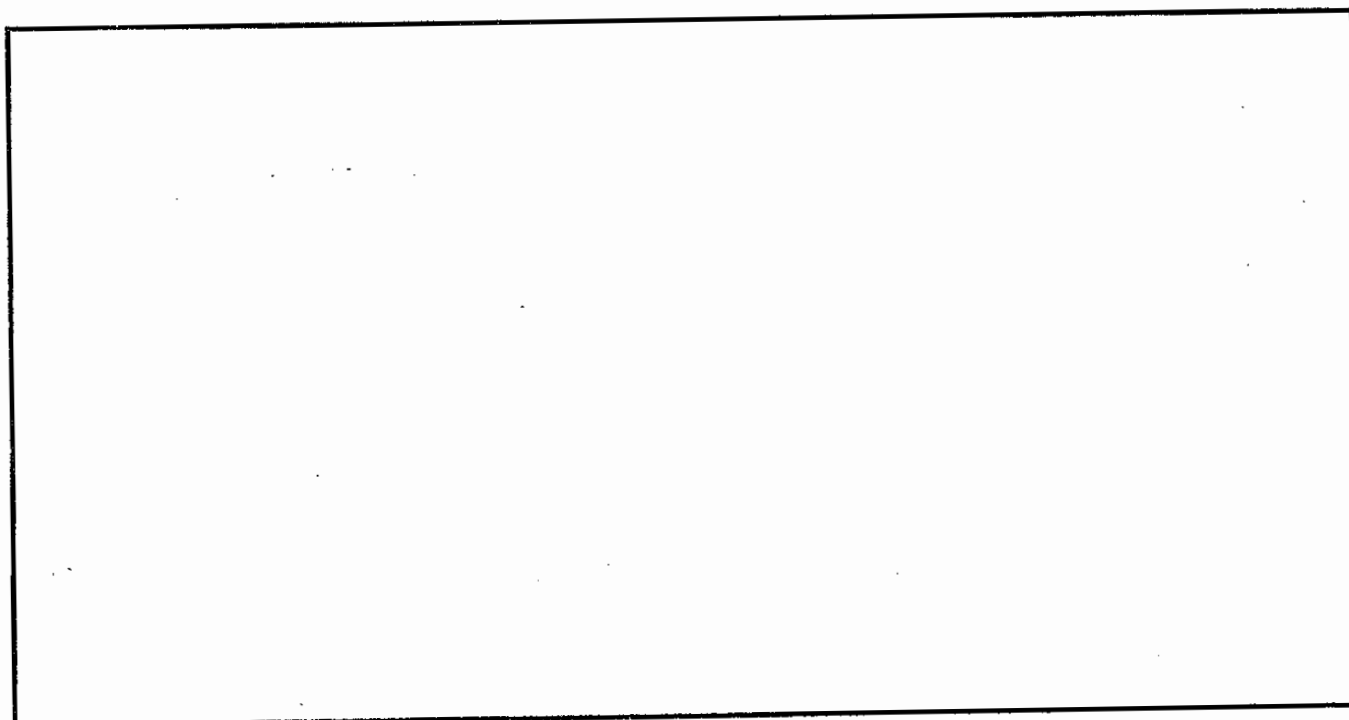
احتراما" به منظور یکسان سازی پرونده های بیماران دیالیزی که مراحل آموزش و پیاده سازی آن در بخشهای درمانی انجام شده است ، به پیوست ۸ برگ فرم جهت ارسال به سازمانهای بیمه گر ایفاد می گردد .

دکتر سید حسن امامی رضوی
معاون درمان

دستورات پزشکی



ملاحظات پرستاری



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

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

University of Medical Science
Medical Center

Insurance No:

شماره و نوع بیمه:

یافته های آزمایشگاهی
LABORATORY RESULT SHEET

Unit No

شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Shift: نوبت کاری:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
	Bed: تخت:		

آزمایشات ماهانه	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند
Hgb												
Hct												
PLt												
FBS												
BUN قبل												
BUN بعد												
Cr												
Na												
K												
Ca												
P												
ALK.P												
KT/V												
URR												
آزمایشات سه ماهه	خرداد			شهریور			آذر			اسفند		
HbA ₁ C												
Chol												
TG												
Uric Acid												
Bil.(T)												
Bil.(D)												
AST												
ALT												
Iron												
TIBC												
Ferritin												
CRP												
Alb												
iPTH												
آزمایشات شش ماهه	شهریور					اسفند						
HBS Ag												
HBS Ab												
HCV Ab												
HIV Ab												

۱- آزمایش HbA₁C منحصرأ در بیماران دیابتیک انجام گردد

۲- انجام کلیه آزمایشات اعم از ماهانه، سه ماهه و شش ماهه در بدو ورود الزامی است.

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

University of Medical Science

Medical Center

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز آموزشی / درمانی

Insurance No:

شماره و نوع بیمه:

ارزیابی کفایت دیالیز
Kt/V SHEET

Unit No

شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:		Name: نام:		Family Name: نام خانوادگی:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Shift: نوبت کاری:		Date of Birth: تاریخ تولد:		Father Name: نام پدر:	
Bed: تخت:				Sex: جنس:		M ☐ مذکر F ☐ مؤنث	
سال ارزیابی:							
ماه های سال	فروردین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر
	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند		
BUN قبل از دیالیز							
BUN بعد از دیالیز							
وزن خشک							
وزن قبل از دیالیز							
وزن بعد از دیالیز							
میزان UF							
میزان جریان خون							
جریان محلول							
نوع Access							
KUF صافی							
مدت دیالیز							
تعداد دیالیز هفتگی							
URR							
Kt/V							
نام و امضای پرستار							

دستورالعمل نحوه نمونه گیری جهت اندازه گیری اوره :

a: نمونه قبل از دیالیز: قبل از شروع دیالیز از سوزن شریانی نمونه گرفته شود

b: نمونه بعد از دیالیز: دور پمپ خون به حدود ۱۰۰-۵۰ ml/min برای ۱۰ تا ۲۰ ثانیه کاهش داده شده و سپس پمپ خون متوقف و نمونه خون از لاین شریانی برداشته می شود

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science

Medical Center

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

مرکز آموزشی / درمانی:

Unit No

شماره پرونده:

شماره و نوع بیمه: Insurance No:

کارت داروئی
Cardex

Insurance No.:		Card No.:		نام خانوادگی: Family Name:		نام پدر: Father Name:	
Attending Physician: پزشک معالج:		Start of DX: تاریخ شروع دیالیز:		Name: نام:		Date of Birth: تاریخ تولد:	
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		BG & Rh: گروه خونی:					
		Dry weight: وزن خشک:					
توجهات پرستاری							
اطلاعات مربوط به همودیالیز		انفوزیون خون		پیگیری			
	مدت دیالیز	تاریخ انفوزیون	نوع فراورده				
	تعداد جلسات هفتگی						
	فلوی خون						
	فلوی محلول دیالیز						
	نوع صافی						
	درجه حرارت محلول دیالیز						
	میزان هپارین						
دسترسی عروقی		مارگرهای ویروسی		واکسیناسیون			
	راه دستیابی عروقی	HBS Ag			دوز اول	تاریخ شروع واکسیناسیون	
	نوع و محل کاتتر	HBS Ab			دوز دوم		
	تاریخ کاتتر گزاری	HCV Ab			دوز سوم		
	روش هپارینه کردن	HIV Ab			دوز چهارم		
	تاریخ گرافت/ فیستول گزاری					تاریخ شروع دوره دوم	

دستورات دارویی

[illegible]

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.....

Insurance No: شماره و نوع بیمه:

معرفنامه بیمار به سایر مراکز درمانی

Unit No شماره پرونده:

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 Dx	مدت زمان هر جلسه دیالیز
(Qh)	جریان خون	Last Dx Session	تاریخ آخرین دیالیز
(Qd)	جریان محلول	Dry Weight	وزن خشک بیمار
Buffer	نوع بافر	BP.Befor Dx	فشار خون قبل از دیالیز
HBV ☐ HCV ☐ HIV ☐	مارکهای ویروسی	BP After DX	فشار خون بعد از دیالیز
Vascular access: نحوه دسترسی عروقی:			
☐ کاتتر دائم ☐ کاتتر موقت ☐ گرافت ☐ 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

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

University of Medical Science
Medical Center

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

ملاحظات پرستاری بدو پذیرش

شماره پرونده: Unit No

شماره و نوع بیمه: Insurance No:

نام خانوادگی: Family Name:		نام: Name:		بخش: Ward:		پزشک معالج: Attending Physician:	
نام پدر: Father Name:		تاریخ تولد: Date of Birth:		محل تولد: P.Birth:		تاریخ پذیرش: Date of Admission:	
جنس: Sex: مذکر ☐ M مونث ☐ F		وضعیت تاهل: Marital status: متاهل ☐ Married مجرد ☐ Single		شغل: Occupation:		تحصیلات: Education:	
آدرس: تلفن:							
وضعیت عمومی بیمار: General condition: اختلال هوشیاری ☐ اختلال بینایی ☐ اختلال حرکتی ☐ اختلال تکلم ☐ اختلال شنوایی ☐							
سابقه مصرف سیگار: بلی				پاکت در روز		سابقه اعتیاد: نوع مواد	
حالت روحی بیمار: Mental Status: باور ☐ انکار ☐ افسرده ☐ پرخاشگر ☐							
اطلاعات و سوابق بالینی: قد وزن فشار خون سابقه حساسیت دارویی سابقه بیوپسی سابقه همودیالیز سابقه دیالیز صفاقی سابقه فامیلی دیالیز سابقه پیوند سابقه واکسیناسیون هپاتیت B سابقه سایر بیماریها:							
مارکهای ویروسی: HBV ☐ HCV ☐ HIV ☐							
علت ESRD: دیابت ☐ (تاریخ تشخیص:) فشار خون ☐ (تاریخ تشخیص:) مشکلات اورولوژیک و انسدادی ☐ کلیه پلی کیستیک ☐ گلومرولونفریت ☐ سایر موارد ☐							
نوع دسترسی عروقی: کاتتر موقت ☐ تاریخ: کاتتر دائم ☐ تاریخ: فیستول ☐ تاریخ: گرافت ☐ تاریخ: Kind of vascular access:							
نام و امضای پرستار پذیرش دهنده:				ذکر سایر موارد:			

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم ارسال مشخصات دیالیز به سازمان نیه.....

بیمارستان / درمانگاه.....

نام و نام خانوادگی بیمار:

شماره بیمه:

سن بیمار:

فروع پذیرش:

[illegible]

ملاحظات:

- جمع کل جلسات همو دیالیز و جمعا "تعداد" ست و صافی دیالیز مصرف شده است.
- دیالیز ماهانه بیش از ۱۴ بار، با کواهی پزشک معالج بلامانع است.

مهر و امضاء پزشک:

مهر و امضاء سرپرستار:

