

شماره... (۷۰۹) / ۴۰۰...
تاریخ... ۱۳۹۴/۰۳/۳۰...
پست دارد.....

بسمه تعالی

۲۱
دو
۶۶۲۲۳۲

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان

فوق

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...
ریاست محترم مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی
ریاست محترم مرکز سل و بیماری های ریوی مسیح دانشوری
موضوع: ابلاغ فرم ثبت گزارش احیا و فرم نظارت بر عملیات احیا و فرم نظارت بر عملیات احیا

با سلام و احترام

به منظور تدوین استاندارد کشوری و یکسان سازی ثبت و مستندسازی فرآیند احیا در بیمارستان های سراسر کشور، فرم "ثبت گزارش عملیات احیا"، با همکاری مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی درمان، معاونت پرستاری، انجمن های علمی قلب، بیهوشی، طب اورژانس ایران، انجمن علمی قلب پرستاری و انجمن پرستاری ایران طراحی گردیده است. شایسته است دستور فرمایید این فرم به همراه راهنمای تکمیل آن، و همچنین فرم نظارت و پایش احیا (۳ فایل پیوست) در اختیار کلیه بیمارستان های تحت پوشش (اعم از دانشگاهی و غیر دانشگاهی) قرار گیرد و حداکثر تا تاریخ پانزدهم تیر ماه سال جاری، جایگزین فرم های موجود در بیمارستان های کشور گردد. لازم به ذکر است:

۱. محتوای موجود در فرمها می بایست ثابت باشد ولی مواردی مانند نام دانشگاه، نام بیمارستان، و رنگ حاشیه با توجه به ضوابط دانشگاه و واحد مدارک پزشکی معاونت درمان می تواند باز طراحی شود.
۲. راهنمای تکمیل فرم، در پشت فرم ثبت گزارش عملیات احیا چاپ شود.
۳. فرم های ابلاغی در سایت عمومی معاونت درمان وزارت بهداشت به آدرس زیر قابل دسترس می باشد:

<http://medcare.behdasht.gov.ir>

◀ لینک مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی - اورژانس بیمارستانی.

◀ لینک مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - دفتر آمار و اطلاعات درمان.

دکتر محمد آقاچانی
معاون درمان



بسمه تعالی

رئیس محترم مرکز مدیریت حوادث و اورژانس های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

روتوانست

دکتر محمد آقاچانی
معاون درمان
۹۲۵۴۱

ورود به آوناسیون اداری معاونت درمان
دانشگاه علوم پزشکی استان گیلانویه و بویراحمد
شماره: ۲۰۶ / ۷ / ۲۳۲۳۲
تاریخ: ۱۳۹۴ / ۳ / ۳۰

شماره پرونده: Unit Number:

فرم نظارت و پایش احیاء

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:		
	Bed: تخت:		
Admission Date & Time: پذیرش تاریخ و ساعت:	Female <input type="checkbox"/> زن / Male <input type="checkbox"/> مرد: Gender	Date of Birth: تاریخ تولد (روز/ماه/سال):	Father Name: نام پدر:
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:		Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی نفسی:	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی نفسی:
Weight: وزن: kg کیلوگرم	Height: قد: cm سانتی متر	Date: تاریخ:	Inside the Hospital <input type="checkbox"/> داخل بیمارستان
		Time: ساعت و دقیقه (۲۴):	Out of Hospital <input type="checkbox"/> خارج بیمارستان
زمان دقیق پایان عملیات احیاء:	زمان دقیق شروع عملیات احیاء:	زمان دقیق اعلام کد احیاء:	
ساعت: دقیقه:	ساعت: دقیقه:	ساعت: دقیقه:	
مدت عملیات احیاء: دقیقه:	نام و سمت اعلام کننده کد احیاء:	آیا اعلام کد احیاء بلافاصله صورت گرفته است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد دفعات تکرار:
در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیاء قسمت زیر تکمیل شود:		نتیجه احیاء:	
انتقال به: <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> سایر بخش ها یا مراکز دیگر (ذکر شود):		موت <input type="checkbox"/> فوت بیمار <input type="checkbox"/> تاریخ فوت:	ساعت فوت:

اعضاء تیم احیاء

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت و درجه علمی	مهر و امضاء	زمان ورود (ساعت و دقیقه)
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

مشکلات مشاهده شده در حین عملیات احیاء

تجهیزات:

نوعی انسان:

سایر موارد (ذکر شود):

اقدامات صورت پذیرفته در خصوص مشکلات ذکر شده و نتایج پیگیری

تجهیزات:

نوعی انسان:

سایر موارد (ذکر شود):

نام و نام خانوادگی و امضاء
 سوپروایزر ناظر بر عملیات احیاء

توجه: این فرم در دفتر پرستاری بایگانی شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی / درمانی

ID Number:

کد ملی:

Unit No:

شماره پرونده:

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

RESUSCITATION REPORT FORM (CPCR)

Attending physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Admission: پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد (روز/ماه/سال):	Father Name: نام پدر:
Date & Time: تاریخ و ساعت:	Bed: تخت:	Female <input type="checkbox"/> زن / جنس:	Male <input type="checkbox"/> مرد / Gender:
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:	Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی ناشی:	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی ناشی:	
Weight: وزن: kg	Height: قد: cm	Date: تاریخ:	Time: ساعت و دقیقه: (24)
PMH: بیماری های زمینه ای قلبی:	Patient's Condition on Arrival: وضعیت بیمار در بدو ورود:	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
Provisional Diagnosis: تشخیص اولیه:	Witnessed Arrest: در حضور شاهد:	No <input type="checkbox"/> خیر / Yes <input type="checkbox"/> بله	
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:	Former CPRs in Current Admission: سابقه CPRها در حین بستری قبلی:	No <input type="checkbox"/> ندارد / Yes <input type="checkbox"/> دارد	

اقدامات انجام شده:

BLS: انجام شد / انجام نشد / Not Done **توجه:** در صورتیکه BLS توسط افرادی غیر از تیم احیا انجام گیرد، کادر زیر تکمیل گردد.

Procedure: <input type="checkbox"/> Not Done / <input type="checkbox"/> Done	Procedure: <input type="checkbox"/> Not Done / <input type="checkbox"/> Done
Procedure: <input type="checkbox"/> Not Done / <input type="checkbox"/> Done	Procedure: <input type="checkbox"/> Not Done / <input type="checkbox"/> Done
Procedure: <input type="checkbox"/> Not Done / <input type="checkbox"/> Done	Procedure: <input type="checkbox"/> Not Done / <input type="checkbox"/> Done

* Medication: داروها:	* Airway Management: روش مراقبت از راه هوایی:
Name of Drug/داروها:	Others <input type="checkbox"/> سایر / <input type="checkbox"/> Cannitube / <input type="checkbox"/> LMA / <input type="checkbox"/> شکاف لارینژال
mg	
Frequency/بافت:	
	* The First Documented Cardiac Rhythm: اولین ریتم قلب مشاهده شده:
	<input type="checkbox"/> PEA / <input type="checkbox"/> Asystole / <input type="checkbox"/> VF / <input type="checkbox"/> VT
	Detected Rhythm in PEA: ریتم مشاهده شده در PEA:
	* Was Defibrillation Performed? فیبریلاسیون انجام شد؟
	Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/> / Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/> / Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>
	* Rhythm Change During CPR & Performed Action: تغییر ریتم قلب حین عملیات احیا و اقدام انجام شده:
Need of Temporary Pacemaker: نیاز به پایش موقت داشت؟	* IV Access: راه وریدی:
Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/> / Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/> / Yes <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Did <input type="checkbox"/> Have <input type="checkbox"/> / Did <input type="checkbox"/> Not <input type="checkbox"/> Have <input type="checkbox"/>

گزارش عملیات احیا:

مدت عملیات احیا (CPCR Duration): دقیقه (min) _____

نتیجه احیا (CPCR Result): موفق / فوت بیمار (Expired)

Date & Time of Death: تاریخ فوت: _____ ساعت فوت: _____

از صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیا و ایجاد گردش خون خودبخود، قسمت زیر تکمیل شود:

بیمار بزرگسال: اورژانس / انتقال به ICU / انتقال به CCU / انتقال به سایر بخش ها نام بخش: _____

Name of Nurse: نام و نام خانوادگی پرستار مسئول بیمار:	Name of Physician: نام و نام خانوادگی پزشک مسئول تیم احیا:
Seal & Signature: مهر و امضاء:	Seal & Signature: مهر و امضاء:

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - 1397/10/21

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

توجه: این فرم را در دو برگه تکمیل نمایید. برگه اول: ضمیمه پرونده بیمار به عنوان گزارش عملیات احیا. برگه دوم: پایتختی دفتر پرستاری.

راهنمای تکمیل فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)

فرم ثبت و مستندسازی فرآیند احیا به نام "فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)" می باشد. الزامی است این فرم در هر باز انجام عملیات احیا در دو نسخه تکمیل شود، نسخه اصل آن ضمیمه پرونده بیمار و نسخه دوم در دفتر پرستاری بایگانی می گردد.

توجه: فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)، توسط پزشک مسئول تیم احیا و پس از تایید خاتمه عملیات احیا تکمیل می شود. بدیهی است مسئولیت پاسخگویی در خصوص آن نیز بر عهده پزشک مسئول تیم احیا می باشد.

- نکته مهم در تکمیل کادر مخصوص کودکان: در این قسمت نیاز به اندازه گیری قد و وزن و ثبت دقیق آن ها بوده، و ثبت قد و وزن تخمینی کفایت می کند.
 - بیماری های زمینه ای قلبی: منظور بیماری هایی است که بطور مستقیم یا غیرمستقیم به تالوری بالینی حال حاضر بیمار (ایست قلبی نفسی) مرتبط باشد، مانند پر فشاری خون، دیابت، بیماری قلبی عروقی و ...
 - در حضور شاهد: در صورتی که ایست قلبی - تنفس در حضور کادر درمانی اتفاق افتاده باشد، در حضور شاهد "محسوب می شود".
 - تشخیص اولیه: بیماری اولیه احتمالی که موجب ایست قلبی - تنفس بیمار شده است.
 - تشخیص نهایی: بیماری زمینه ای که بطور قطع عامل ایست قلبی - تنفس بیمار است.
- توجه: بدیهی است جهت ثبت مریک از تشخیص ها، حدس بالینی پزشک مسئول تیم احیا مد نظر است و در صورتی که در هر مرحله تشخیص داده نشده کلمه "نامشخص" ثبت می گردد.

اقدامات انجام شده:

BLS:

این بخش از فرم توسط اعضای تیم احیا و فقط در صورتی تکمیل گردد که عملیات احیای پایه بدون احیای پیشرفته (به طور مثال در صحنه حادثه یا حتی در مرکز درمانی تا قبل از حضور تیم احیای مرکز انجام شده باشد.

- وضعیت راه هوایی در معاینه اولیه: شرح وضعیت باز یا بسته بودن مسیر راه هوایی در حین ایست قلبی - تنفس، و اقدام انجام شده برای رفع انسداد احتمالی شامل استفاده از مانورهای راه هوایی یا وسایلی مانند Nasal Airway و Oral Airway می باشد.
- تنفس: اقداماتی شامل تنفس دهان به دهان، دهان به دهان و بینی، دهان به ماسک و یا با ماسک و بگ (BMV) می باشد.
- استفاده از AED: در صورت استفاده از دستگاه دفریلاتور خودکار خارجی، استفاده از آن را ذکر نمایید.

ACLS:

1. روش هوافست از راه هوایی: در این قسمت باید مشخص نماید از کدامیک از وسایل راه هوایی پیشرفته استفاده نموده اید.
2. اولین ریتم قلبی مشاهده شده: عبارتست از اولین ریتم قلبی که به معنی آغاز مانیورینگ قلبی مداخله می شود.
3. پاسخ نهایی به دفیبریلاسیون: در صورتی که تمامی اقدامات - طبق دستورالعمل احیا - انجام شود و در نهایت ریتم های قابل شوک دادن با انجام دفیبریلاسیون اصلاح گردد پاسخ ایلی و در غیر اینصورت پاسخ اخیر) منظور شود.
4. تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا: عبارتست از مواردی که ریتم مشاهده شده در مانیتور بیمار در حین عملیات احیا تغییر نموده و درمانی برای آن صورت گرفته باشد.
5. راه وریدی: منظور وجود راه وریدی در هنگام ارست قلبی تنفسی است.
6. داروها: در این قسمت نام داروهای مصرفی، دوز و تعداد دفعات استفاده ذکر گردد.
7. نیاز به پیس میکر موقت: در صورت تعیبه پیس میکر موقت پاسخ "بله" و در غیر اینصورت پاسخ "خیر" منظور شود همچنین لازم است در صورت ذکر پاسخ "بله" نوع پیس میکر موقت "داخلی" یا "خارجی" نیز مشخص شود.

گزارش عملیات احیا:

- مدت عملیات احیا: منظور از مدت عملیات احیا از لحظه شروع اقدامات پایه (BLS) تا خاتمه عملیات احیا در این فرم CPCR است.
- منظور از احیای موفق: شامل مواردی است که پس از انجام عملیات احیا، بیمار حداقل بمدت ۲۰ دقیقه دارای گردش خون خودبخودی باشد.