



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



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی - تهران

برگه بخش مراقبت های ویژه اطفال

PICU Sheet

نام پزشک معالج: \_\_\_\_\_  
Name Of physician: \_\_\_\_\_

نام جراح: \_\_\_\_\_  
Name Of Surgeon : \_\_\_\_\_

علت بستری: \_\_\_\_\_  
Diagnosis: \_\_\_\_\_

کد ملی: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_  
National ID.No: \_\_\_\_\_ تاریخ پذیرش در PICU: \_\_\_\_\_ تاریخ پذیرش در PICU: \_\_\_\_\_  
تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ PICU Administration Date: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_  
بخش: \_\_\_\_\_ روز بستری در PICU: \_\_\_\_\_ بخش: \_\_\_\_\_  
شماره تخت: \_\_\_\_\_ Day Bed PICU: \_\_\_\_\_ شماره تخت: \_\_\_\_\_  
تاریخ جراحی: \_\_\_\_\_ Operation Date: \_\_\_\_\_ تاریخ جراحی: \_\_\_\_\_

شماره پرونده: \_\_\_\_\_  
Unit No: \_\_\_\_\_

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
Name & Family Name: \_\_\_\_\_

نام پدر: \_\_\_\_\_  
Father's Name: \_\_\_\_\_

Time	Ventilation/O2						Intake				Output					
	Mod/in/ noninvasive	FI02	TV/PIP	PEEP	RR	I:E	Infusion 1	Infusion 2	Infusion 3	Nutrition Enteral/ Parentra/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

این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.



History	
B Group	
Weight	
DM	
Hbs +Ag	
HTN	
LENGTH	
Gest Age	
Allrgy	

Consultations		
Time	Consultation	Condition

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

Pain Score

Time	G . C . S				Reaction Eyeball/Time		Vital Sign						Blood Gas							
	MR	VR	EO	Total G.C.S	R/T	L/T	T	PR	RR	BP	O <sub>2</sub> SAT	ART/MAP	CVP	PH	PCO <sub>2</sub>	BE	HCO <sub>3</sub>	PO <sub>2</sub>	O <sub>2</sub> 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																				



PUSH TOOLS

طول X عرض (CM)	۱ < ۰/۳	۲ ۰/۳ - ۰/۶	۳ ۰/۷ - ۱/۰	۴ ۱/۱ - ۲/۰	۵ ۲/۱ - ۳/۰	نمره
مقدار ماده متر شحه	۶ ۳/۱ - ۴/۰	۷ ۴/۱ - ۸/۰	۸ ۸/۱ - ۱۲/۰	۹ ۱۲/۱ - ۲۴/۰	۱۰ > ۲۴/۰	نمره
نوع بافت	۰ بسته	۱ بافت مخاطی	۲ بافت گوشت	۳ زیاد	۴ بافت تکروزه	نمره
زخم دارد زخم ندارد	اقدامات اصلاحی					نمره کل

Time	Change Position	Suction/T/Oral	Lab test											Others			
			Bs	BUN	Cr	Na	K	Mg	Ca	Hb	Hct	Plt	PT		PTT		
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					

Routin 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 Cathatter  
Replacment

M E N

Feeding tube			
Foley			
Chest Bottle R			
Chest Botte L			
Arterial			
CV- Line			
Others			

Guid of Nurse Report

- level of Consciouess
- Respiration
- E.C.G & V/S
- Visit & Time
- Hemodynamic
- Operation Site / Drain
- IV Line\_ Intake / feeding
- F/C \_ Output
- Skin Condition & Dressing

