History

BGroup	
Weight	
DM	
Hbs^+Ag	
HTN	
SMO/ADD	
Gest Age	
Weigh of B	

Consultations

Time	Consultation	Condition

Pain Score

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

University of Medical Sciences:
Medical Center:

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
Ministry of health & Medical Education
برگه بخش مراقبت های ویژه نوزادان
NICU Sheet

دانشگاه علوم پزشکی:
مرکز پزشکی آموزش درمانی:

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 NICU : NICU Administration Date:

روز بستری در NICU: Day Bed NICU:

تاریخ جراحی: Operation Date:

شماره پرونده: Unit No:

نام و نام خانوادگی: Name & Family Name:

نام پدر: Father`s Name:

PUSH TOOLS

نمره	٥ ۲/۱ – ۳/۰	٤ ۱/۱ – ۲/۰	۳ ۰/۷ – ۱/۰	۲ ۰/۳ – ۰/٦	۱ < ۰/۳	طول × عرض (CM)
	۱۰ > ۲٤/۰	۹ ۱۲/۱ – ۲٤/۰	۸ ۸/۱ – ۱۲/۰	۷ ٤/۱ – ۸/۰	٦ ۳/۱ – ٤/۰	
نمره		۳ زیاد	۲ متوسط	۱ کم	۰	مقدار ماده مترشحه
نمره	٤ بافت نکروزه	۳ بافت زرد شبیه دلمه	۲ بافت گوشت	۱ بافت مخاطی	۰ بسته	نوع بافت
نمره کل	اقدامات اصلاحی					☐ زخم دارد ☐ زخم ندارد

Time	RDS Score							Vital Sign					Blood Gas					
	Cya	RE	GRA	Sound R	RR	Gest Age	Total score	T	PR	RR	BP	O_2 SAT	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																		

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت– S3 – ۹۴/۱۰

Time	Ventilation/O2						Intake				Output					
	Mod/in/ noninvasive	FIO2	IT/I:E	RR	PIP	PEEP	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																

V1– این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت– S3– ۹۴/۱۰

V1– این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

Time	Change Position	Suction/T/Oral	Lab test												
			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			/
K.M.C			/
Nest			/
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 / PICC			
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

ارزیابی شدت دیسترس(زجر) تنفسی در نوزادان (RDS Score)

نمره	۰	۱	۲
کسر اکسیژن دمی (FiO۲) مورد نیاز جهت حفظ PaO۲>۵۰	هوای اتاق (۲۱ ٪)	کمتر از (٪۴۰)	بیش از (٪۴۰)
رترکسیون	ندارد	کم تا متوسط	شدید
گرانتینگ (ناله)	ندارد	با گوشی شنیده می شود	بدون گوشی شنیده می شود
سمع صدای ورود هوا به ریه	بخوبی شنیده می شود	کاهش یافته	به سختی شنیده می شود
تعداد تنفس (در دقیقه)	کمتر از ۶۰	۸۰-۶۰	بیش از ۸۰
سن حاملگی (هفته)	بیش از ۳۴	۳۴-۳۰	کمتر از

NIPS:Neonatal Infant Pain Scale
مورد استفاده برای نوزادان پره ترم و فول ترم.

آیتم های مورد توجه	زمان اندازه گیری	قبل		درطول پروسیجر				بعد	
حالت چهره	آرام:۰ درهم فرو رفته:۱								
گریه	بدون گریه :۰ ناله:۱ گریه شدید:۲								
الگوی تنفسی	آرام وطبیعی:۰ تغییر در تنفس :۱								
دست	آرام ومهار شده :۰ خم شده یا باز شده :۱								
پاها	آرام ومهار شده :۰ خم شده یا باز شده :۱								
وضعیت انگیختگی	خواب ویا هوشیار:۰ بیقرار وکلافه:۱								
امتیازکل (۰تا ۷ نمره) امتیاز بیش از ۳ احتیاج به مداخله غیر دارویی وسپس دارویی دارد.									

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								

۷۱- این شیت به صورت پشت و رو چاپ شود.

ارتقاء سلامتی Promoting Health

صبح	
عصر	
شب	

نام و نام خانوادگی پرستار:

امضاء به همراه درج تاریخ: / / ۱۳

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت-S3- ۹۴/۱۰

نام پـدر:
Father`s Name:

Strip

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

PIPP : مورد استفاده برای نوزادان پره ترم وفول ترم اینتوبه Pipp:premature Infant Pain Profil

آیتم	۰	۱	۲	۳	امتیاز
سن داخل رحمی	۳۶هفته وبیشتر	۳۲ تا۳۵ هفته	۲۸ تا۳۱ هفته	کمتر از ۲۸هفته	
وضعیت رفتاری (مشاهده وضعیت در مدت ۱۵ ثانیه)	فعال / هوشیار، چشمان باز حرکات صورت	ساکت/هوشیار،چشمان باز ،بدون حرکات صورت	فعال /خواب،چشمان‌بسته حرکات‌صورت	ساکت/خواب،چشمان بسته ،بدون حرکات صورت	
ضربان قلب پایه	افزایش ۰ تا ۴ضربه در دقیقه نسبت به ضربان پایه	افزایش ۵ تا ۱۴ضربه در دقیقه نسبت به ضربان پایه	افزایش۱۵ تا ۲۴ضربه در دقیقه نسبت به ضربان پایه	افزایش بیش از ۲۵ضربه در دقیقه نسبت به ضربان پایه	
اشباع اکسیژن پایه	کاهش ۴/۰-٪۲ نسبت به حالت پایه	کاهش ۵/۹-٪۲/۴ نسبت به حالت پایه	کاهش ۴/۵-٪۷نسبت به حالت پایه	کاهش ٪۷/۵ وبیشتر نسبت به حالت پایه	
ابروهای بر آمده (مشاهده وضعیت درمدت ۳۰ثانیه)	بدون تغییر حالت ۰-٪۹زمان مشاهده	تغییر کم ۱۰-٪۲۹ زمان مشاهده	تغییر متوسط ٪۶۹-۴۰ زمان مشاهده	تغییر شدید بیش از ٪۷۰ زمان مشاهده	
فشردن چشم ها (مشاهده وضعیت درمدت ۳۰ثانیه)	بدون تغییر حالت ۰-٪۹زمان مشاهده	تغییر کم ۱۰-٪۲۹ زمان مشاهده	تغییر متوسط ٪۶۹-۴۰ زمان مشاهده	تغییر شدید بیش از ٪۷۰ زمان مشاهده	
شیاربینی مشاهده وضعیت درمدت ۳۰ثانیه)	بدون تغییر حالت ۰-٪۹زمان مشاهده	تغییر کم ۱۰-٪۲۹ زمان مشاهده	تغییر متوسط ٪۶۹-۴۰ زمان مشاهده	تغییر شدید بیش از ٪۷۰ زمان مشاهده	
امتیازکل (۰تا ۲۱نمره) امتیاز ۷ تا ۱۲ بیان کننده درد خفیف است که احتیاج به مداخله غیر دارویی دارد وامتیاز بیشتر از ۱۲ بیانگر دردشدید ونیاز به مداخله دارویی دارد					

CRIES:Neonatal Postoperative Pain Measurement Score
CRIES: مورداستفاده برای نوزادان 32 هفته وبیشتر پس از عمل جراحی

آیتم	۰	۱	۲	امتیاز
گریه	بدون گریه یا گریه آرام	گریه شدید و قابل تسکین	گریه شدید و قابل تسکین	
نیاز به اکسیژن	ندارد	کمتر از ٪۳۰ قبل از جراحی	بیشتر از ٪۳۰ قبل از جراحی	
افزایش PR–BP	PR–BP کمترو مساوی قبل از عمل	PR-BP کمتر از ٪۲۰ نسبت به قبل از عمل	PR-BP بیشتر از ٪۲۰ نسبت به قبل از عمل	
حالت چهره	بدون درهم رفتگی صورت	درهم رفتگی صورت	درهم‌رفتگی صورت همراه با ناله های بی صدا	
کم خوابی	ندارد	بیداری در دوره های مکرر نسبت به قبل از عمل	بیداری به طور مداوم نسبت به قبل از عمل	
امتیازکل (۰تا ۱۰ نمره) امتیاز بیشتر از ۴ نیاز به مداخله دارد.				

نام و نام خانوادگی پرستار:

امضاء به همراه درج تاریخ: / / ۱۳

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