

گزارش نویسی در اتاق عمل

بیمار خانم / آقا ... ساله، به علت جراحی (نوع جراحی + محل عمل) به صورت اورژانسی / غیر اورژانسی در اتاق عمل پذیرش شده است. بیمار هوشیار / نیمه هوشیار / بیهوش است. بیمار دارای پانسمان (نوع پانسمان) / درن (نوع درن) / گچ و آتل (محل) می باشد.

در مشاهده سطح بدن بیمار (زخم و سوختگی و خراشیدگی و تاول و...) دیده می شود / نمی شود (اگر نمی شود همان ابتدا بنویسید پوست نرمال است).

وسایل اتاق عمل شامل دستگاه بیهوشی، پالس اکسیمتر، ساکشن، کوتر، تخت جراحی و چراغ سیالتیک سالم هستند. (لاپاراسکوپ و آرتروسکوپ هم لازم بود بنویسید)

پوزیشن بیمار (نوع پوزیشن) است. از برجستگی های استخوانی توسط پد محافظت شد. پرپ اولیه با (نوع ماده) صورت گرفت. وسایل مورد نیاز جراحی کامل هستند، ستها و پکها استریل هستند، اندیکاتور چک ضمیمه پرونده گردید. پلیت تک قطبی / دوقطبی در ناحیه (محل چسباندن پلیت) چسبانده شد. از کوتر مونو پولار / بای پولار استفاده شد (Rf، لیزر و... هم داشتید بنویسید).

کاف مناسب تورنیکه در ناحیه (محل کاف) بسته شد، زیر آن چندلایه ویریل قرار داده شد.

(شرکت های ارتوپدی، اسم تکنیسین و نوع پروتزهای مورد استفاده را بنویسید)

پرپ ثانویه با (نوع محلول) انجام شد. عمل جراحی در ساعت ... شروع و در ساعت ... تمام شد. (مشکلات حین عمل را بنویسید، سی ارم استفاده شد هم بنویسید)

بیمار دارای نمونه پاتولوژی بود (اگر نداشت، چیزی بنویسید)؛ و نمونه در ظرف مناسب به واحد مربوطه ارسال شد.

(اگر بیمار دارای نمونه **فروزن** بود حتما یادداشت و برگه فروزن را ضمیمه کنید)

زمان تحویل ((**کشت**)) مهم است. اگر آن را ثبت نکنید در صورت خراب شدن نمونه که به علت تحویل دیر هنگام آن بوده مسئولیت با شماست!!

برای بیمار درن هموواک / جست تیوب و... تعبیه شد.

شمارش گازها لنگازها، سوزن و وسایل صحیح بود / نبود. اگر گاز کم هست اقدامات لازم برای پیدا کردن گاز را بنویسید. پانسمان ساده / حجیم / فشاری و... برای بیمار انجام شد.

درن ها فیکس گردید. پلیت خارج شد، در محل پلیت مشکلی اعم از سوختگی، قرمزی، خراشیدگی و. مشاهده نشد. بیمار تا ریکآوری همراهی شد.

اگر بیمار مشکوک به خودکشی، تجاوز و ... بود مشاهدات خود را داخل پرونده بنویسید، همه مدارک را داخل یک کیسه قرار داده و به واحد پزشکی قانونی تحویل دهید.

اگر بیمار تحت عمل جراحی آمپوتاسیون (قطع عضو) قرار گرفت پس از عمل، اندام آمپوته شده را داخل پرونده یادداشت کنید و عضو را به واحد سردخانه تحویل دهید(برگه گواهی فوت و قطع عضو طبق روتین تکمیل شود).

اگر بیمار حین عمل تحت سی پی آر قرار گرفت کلیه اقدامات را بنویسید.

در انتهای گزارش اسم اسکراب و سیرکولر یادداشت شود. حتما مهر و امضا زده شود.

تایم شروع تورنیکه:

تایم پایان تورنیکه:

مدت زمان کل تورنیکه:

زمان تورنیکه دوم در صورت داشتن و توقف زمان بین دو تورنیکه

پوزیشن: <input type="checkbox"/> سوپاین <input type="checkbox"/> بیرون <input type="checkbox"/> لترال چپ <input type="checkbox"/> لترال راست <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> لیناتومی <input type="checkbox"/> سجده <input type="checkbox"/> چک لایف <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>		نام قسمت های مورد استفاده:	
سالم بودن وسایل ذیل: <input type="checkbox"/> دستگاه بیهوشی <input type="checkbox"/> دستگاه پالس اکسی متری <input type="checkbox"/> ساکشن <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> تخت عمل <input type="checkbox"/> چراغ سیالتیک <input type="checkbox"/> دستگاه کوتری <input type="checkbox"/>		پُرپ پوست: <input type="checkbox"/> بدون پُرپ <input type="checkbox"/> بتادین <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	
کنترل بیمار از نظر: <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> HBS+ <input type="checkbox"/> HCV+		آیا ست ها کامل است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا اندیکاتور داخل ست موجود است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
شمارش گاز: <input type="checkbox"/> درست <input type="checkbox"/> نادرست <input type="checkbox"/> لنگاز: <input type="checkbox"/> درست <input type="checkbox"/> نادرست <input type="checkbox"/> به اطلاع جراح رسیده <input type="checkbox"/> نام و امضاء سرکولار:		وضعیت روحی بیمار هنگام پذیرش: <input type="checkbox"/> آرام <input type="checkbox"/> بی قرار <input type="checkbox"/> مضطرب <input type="checkbox"/> خواب آلود <input type="checkbox"/>	
کنترل ادراری: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع: اندازه:		بیوهیسی: <input type="checkbox"/> پاتولوژی <input type="checkbox"/> ویروس شناسی <input type="checkbox"/> میکروب شناسی <input type="checkbox"/> سیتولوژی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> بدون بیوهیسی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	
الکتروکوتر: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد سوزن: <input type="checkbox"/> درست <input type="checkbox"/> نادرست <input type="checkbox"/> به اطلاع رسیده <input type="checkbox"/> نام و امضاء سیرکولار:		درن: <input type="checkbox"/> چسب تیوب <input type="checkbox"/> پن رز <input type="checkbox"/> همو واک <input type="checkbox"/> مش واک <input type="checkbox"/> مش روم <input type="checkbox"/> کاسترولتومی <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> درون لوله ای <input type="checkbox"/> کلستومی <input type="checkbox"/> غیره <input type="checkbox"/>	
تورلیکت: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> محل بستن تورلیکت: فشار:		محل قرار دادن پلیت: مدت زمان استفاده از کوتری:	
بستن تورلیکت توسط: وضعیت و ... محل بستن تورلیکت: مدت استفاده:		محل استفاده از کوتری: پلیت یکبار مصرف سیلیکونی: وضعیت محل پلیت بیمار بعد از عمل: سالم <input type="checkbox"/> قرمز <input type="checkbox"/> سوختگی <input type="checkbox"/> آیا بیماری زمینه ای وجود دارد؟	
توضیحات: <input type="checkbox"/> پالسمان ساده <input type="checkbox"/> پالسمان حجیم و پلگی <input type="checkbox"/>		انجام رادیوگرافی در اتاق عمل: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> استفاده از CARM: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تجهیزات محافظتی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چلیقه سرپی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> پاراوان سرپی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کتادبند سرپی برای بیمار: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تیروئید بند سرپی برای بیمار: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
توضیحات: وضعیت پالسمان <input type="checkbox"/> نام و امضاء و مهر		نام و امضاء و مهر: نام و امضاء و مهر: نام و امضاء و مهر: نام و امضاء و مهر:	