

به نام خدا
ثبت در احیای قلبی ریوی

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
بیمارستان امام حسین (ع) گلپایگان

مریم نیکنامی
کارشناس ارشد پرستاری
مهر ۱۳۹۷







مقدمه:

- ابلاغ فرم ثبت گزارش احیا و فرم نظارت بر عملیات احیا اولین بار در تاریخ ۱۳۹۴/۳/۳۰ توسط دکتر محمد آقاجانی معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به مراکز درمانی ابلاغ شد.
- به منظور تدوین استاندارد کشوری و یکسان سازی ثبت مستندات احیا در بیمارستانهای سراسر کشور این فرم طراحی شد.

- این فرم توسط دفتر مدیریت درمانی و تعالی خدمات بالینی درمان، معاونت پرستاری، انجمنهای علمی قلب، بیهوشی، طب اورژانس ایران، انجمن علمی قلب پرستاری، و انجمن پرستاری ایران طراحی گردیده است.

- فرم ثبت و مستند سازی فرایند احیا الزامی است.

- این فرم هر بار بعد از عملیات احیا در دو نسخه تکمیل شده، نسخه اصل آن ضمیمه پرونده و نسخه دوم در دفتر پرستاری بایگانی میگردد.

• توجه: فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR) توسط پزشک
مسئول تیم احیا و پس از تایید خاتمه عملیات احیا تکمیل
میشود.

• بدیهی است مسئولیت پاسخ دهی در قبال آن هم بر عهده
پزشک مسئول تیم احیا میباشد.

- **نکته مهم در تکمیل کادر مخصوص کودکان:** در این قسمت نیاز به اندازه گیری دقیق قد و وزن و ثبت آنها نبوده، ثبت قد و وزن تخمینی کفایت میکند.
- **بیماریهای زمینه ای قلبی:** منظور بیماریهایی که بطور مستقیم یا غیر مستقیم به تابلوی بالینی حال حاضر بیمار (ایست قلبی تنفسی) مرتبط باشند. مانند پرفشاری خون، دیابت، بیماریهای قلبی عروقی و
- **در حضور شاهد:** در صورتیکه ایست قلبی تنفسی در حضور کادر درمان اتفاق افتاده باشد در حضور شاهد محسوب میگردد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: 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:
		Room:	اتاق:				
		Bed:	تخت:				
Admission:	پذیرش:	Female <input type="checkbox"/> زن	جنس:	Date of Birth:	تاریخ تولد (روز/ماه/سال):	Father Name:	نام پدر:
Date & Time:	تاریخ و ساعت:	Male <input type="checkbox"/> مرد	Gender:				
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:		Arrest Time:	زمان وقوع ایست قلبی (تقریبی):	Arrest Location:			
Weight:	وزن:	Date:	تاریخ:	Inside the Hospital <input type="checkbox"/> داخل بیمارستان			
kg	کیلوگرم	Time:	ساعت و دقیقه (24):	Out of Hospital <input type="checkbox"/> خارج بیمارستان			
Height:	قد:	PMH:		Patient's Condition on Arrival:			
cm	سانتی متر	بیماری های زمینه ای قبلی:		وضعیت بیمار در بدو ورود:			
		پریشاری خون <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>			
Provisional Diagnosis:		تشخیص اولیه:		Witnessed Arrest:			
				No <input type="checkbox"/> خیر Yes <input type="checkbox"/> بله			
Final Diagnosis:		تشخیص نهایی:		Former CPRs in Current Admission:			
				No <input type="checkbox"/> ندارد Yes <input type="checkbox"/> دارد			

BLS انجام شد نه انجام نشد **توجه:** در صورتیکه BLS توسط افرادی غیر از تیم احیا انجام گیرد، کادر زیر تکمیل گردد.

BLS انجام شد <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> انجام نشد <input type="checkbox"/>	BLS انجام شد <input type="checkbox"/> نه <input type="checkbox"/> انجام نشد <input type="checkbox"/>
بازای قلبی (Chest Compression): وضعیت راه هوایی در زمانه اولیه (Airway Status in The First Exam): بل <input type="checkbox"/> بسته <input type="checkbox"/> اقدام انجام شد: <input type="checkbox"/> Blocked <input type="checkbox"/>	Basic Life Support
تنفس (Breathing): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> Don't Have <input type="checkbox"/> اقدام انجام شد: <input type="checkbox"/>	
استفاده از AED (AED Usage): بل <input type="checkbox"/> غیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> مدت عملیات BLS (BLS Duration): (min)	

8. Medication: در داروگاه			1. Airway Management: از روش مراقبت از راه هوایی:
Name of Drugs/نام دارو	mg	Frequency: مدت	ETT <input type="checkbox"/> لوله برافه <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> مانعک از لوله‌کشی <input type="checkbox"/> Combitube <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Others
			2. The First Detected Cardiac Rhythm: اولین ریتم قلبی مشاهده شده:
			VF <input type="checkbox"/> VT <input type="checkbox"/> Asystole <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> ریتم مشاهده شده در PEA:
			3. Was Defibrillation Performed? آیا فیبریلاسیون انجام شد؟
			بل <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> غیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> در صورتیکه مقدار طول آکترین مورد: و تعداد دفعات شوک: پاسخ نهایی به فیبریلاسیون داشتند: بل <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> غیر <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> توضیح:
			4. Rhythm Change During CPR & Performed Action: تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا و اقدام انجام شده:
Need of Temporary Pacerment: آیا نیاز به پیمس موقت داشتند؟			5. IV Access: آیا راه وریدی:
			داشت <input type="checkbox"/> Had <input type="checkbox"/> نداشت <input type="checkbox"/> Didn't Have <input type="checkbox"/> راه وریدی: طبقه بندی از خروج عملیات احیا: (تیم احیا اگر پیدا)

RESUSCITATION REPORT:

گزارش عملیات احیاء

مدت عملیات احیاء (CPCR Duration): دقیقه (min)

نتیجه احیاء (CPCR Results): موفق Successful فرات پست Expired

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

* در صورت موفقیت آیز بودن عملیات احیاء و ایجاد گردش خون توصیه می شود، قسمت زیر تکمیل شود:

نوعت نظر در بخش: اورژانس انظار به ICU انظار به CCU انظار به سایر بخش ها (نام بخش را ذکر کرده است)

Name of Nurse: نام و نام خانوادگی پرسنل مسؤوول تیم احیاء:	Name of Physician: نام و نام خانوادگی پزشک مسؤوول تیم احیاء:
Seal & Signature: مهر و امضاء:	Seal & Signature: مهر و امضاء:

کمیته کشوری مدیریت انظارهای ستازان - (۱۳۹۱-۱۰۰۱) ۷۱

فرم ثبت گزارش عملیات احیاء

توجه: این فرم را در دو برگه تکمیل نمایید: برگه اول: کمیته پرونده بیمار به عنوان گزارش عملیات احیاء برگه دوم: دانشگاه دانشگاهی دکتر برستاری

- تشخیص اولیه: بیماری احتمالی اولیه که منجر به ایست قلبی تنفسی بیمار شده است.

- تشخیص نهایی:

- بیماری زمینه ای که بطور قطع عامل ایست قلبی تنفسی بیمار شده است

- توجه:

- بدیهی است جهت ثبت هر یک از تشخیصها حدس بالینی پزشک مسئول تیم احیا مد نظر است، و در صورتی که در هر مرحله تشخیص داده نشود، کلمه نامشخص ثبت میگردد.

● گزارش عملیات احیا

● ثبت مدت عملیات احیا: منظور از ثبت عملیات احیا از لحظه شروع عملیات تا پایان **CPCR** است.

● منظور از **CPR** موفق: شامل مواردی است که پس از انجام عملیات احیا بیمار حداقل به مدت ۲۰ دقیقه دارای گردش خون خود به خودی باشد.

- سوپروایزر موظف است نسبت به تکمیل فرم نظارت بر عملکرد احیا و ثبت زمان اعلام کد، زمان شروع عملیات احیا و... با اخذ مهر و امضاهای لازم حاضر در تیم احیا اقدام نماید.

- سوپروایزر کشیک همچنین هماهنگ کننده کلیه امور- نظارت بر روند صحیح احیا، ایجاد محیط آرام، حفظ خونسردی و هماهنگی بین اعضای کد، فراهم کردن تجهیزات ضروری حین احیا، هماهنگی با متخصصین خارج از کد، و انتقال بیمار به **CCU** و **ICU** در صورت نیاز، نوشتن گزارش کامل از حضور به موقع تیم گروه احیا و نحوه انجام عملیات و کاستی های احتمالی جهت اصلاح ، برعهده دارد.

● در فرم ثبت CPR :

● قسمت **BLS** توسط اعضای تیم احیا و فقط در صورتی تکمیل میگردد که عملیات احیای پایه بدون احیای پیشرفته (بطور 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 هوایی در حین ایست قلبی تنفسی و اقدام انجام شده برای رفع انسداد احتمالی شامل استفاده از مانورهای راه هوایی یا وسائلی مانند **ORAL AIRWAY** و **NASAL AIR WAY**

● **تنفس**: اقداماتی از قبیل تنفس دهان به دهان ،دهان به بینی،دهان به ماسک و یا با ماسک و بگ (BMW) میباشد.

● **استفاده از AED**: در صورت استفاده از دستگاه دفیبریلاتور خودکار خارجی ذکر نمایید.

● **ACLS**

● ۱- روش مراقبت از راه هوایی: در این قسمت باید مشخص نمایید از کدام وسیله راه هوایی پیشرفته استفاده نموده اید.

- ۲- اولین ریتم قلبی مشاهده شده: اولین ریتم قلبی که به محض آغاز مانیتورینگ مشاهده میشود.
- ۳- 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 بلی و در غیر اینصورت پاسخ خیر منظور شود.
- ۴- تغییر ریتم قلبی حین احیا: عبارت است از مواردی که ریتم مشاهده شده در مانیتو رحین احیا تغییر نموده و درمانی برای آن صورت گرفته باشد.

۵- راه وریدی: منظور وجود راه وریدی در حین عملیات احیای قلبی تنفسی است.

۶- داروها: در این قسمت نام داروهای مصرفی، دوز و دفعات استفاده ذکر شود.

۷- نیاز به پیس میکر: در صورت تعبیه پیس میکر موقت پاسخ بلی و در غیر اینصورت پاسخ خیر منظور شود، همچنین لازم است در صورت پاسخ بلی نوع پیس میگر موقت داخلی یا خارجی نیز مشخص گردد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی

Medical Center:

مرکز آموزش درمانی / درمانی

Unit Number: شماره پرونده

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: پذیرش		Female <input type="checkbox"/> زن جنس	Date of Birth: تاریخ تولد (روز/ماه/سال)	Father Name: نام پدر
Date & Time: تاریخ و ساعت		Male <input type="checkbox"/> مرد Gender		
این قسمت در مورد کودک تکمیل گردد:		Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی	
Weight: وزن	Height: قد	Date: تاریخ	Inside the Hospital <input type="checkbox"/> داخل بیمارستان	
kg: کیلوگرم	cm: سانتی متر	Time: ساعت و دقیقه (24)	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: ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> سایر بخش ها یا مراکز دیگر (انگیزه شود): _____			موتن <input type="checkbox"/> فوت بیمار <input type="checkbox"/> اخراج فوت: _____ ساعت فوت: _____	

اعطاء ٿيم احياء

ردیف	نام و نام خانوادگی	صحت و درجہ علمی	پیر و اعشاء	زمان ورود (صحت و صیغہ)
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

مشکلات مشاهده شده در حین عملیات احیاء

تصویرات:

ترویج انگلی:

ساز موارد ذکر شود:

اقدامات صورت پذیرفته در خصوص مشکلات ذکر شده و نتایج ثبتی

تصویرات:

ترویج انگلی:

ساز موارد ذکر شود:

توجه: این فرم در دفتر پرستاری دانشگاهی شود.

**نام و نام خانوادگی و امضاء
سوپروایزر ناظر بر عملیات احیاء**

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

- 0 • زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- 0 • زمان شروع احیاء قلبی و ریوی
- 0 • ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- 0 • ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- 0 • لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی **ABG**

- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارودرمانی (نوع و دوز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید)
- واکنش مردمکها
- افراد عضو تیم احیاء
- زمان خاتمه CPR
- مدت عملیات احیاء: منظور از مدت عملیات احیاء، از لحظه شروع اقدامات پایه (BLS) تا خاتمه عملیات احیاء در این نوبت CPR است.

● اعضای تیم CPR:

- ۱. یک نفر پزشک مقیم احیاء (ذکر نام پزشک درهرنوبت کاری دربرنامه کد احیا الزامی خواهد بود)
- ۲. یک نفر سوپروایزر کشیک (ذکر نام سوپروایزر درهرنوبت کاری دربرنامه کد الزامی خواهد بود)
- ۳. متخصص بیهوشی (در صورت حضور در بیمارستان) و یک نفر تکنسین بیهوشی (**A**)
- ۴. دو نفر پرستار درهرنوبت کاری که باید دوره **CPR** پیشرفته را گذرانده باشند (**B** و **C**)
- ۵. یک نفر نیروی پرستاری از بخش مربوطه که اعلام کد نموده است (**D**)

- درمراکزی که دارای بخش ویژه می باشند، اولویت انتخاب پرستاران درگروه کداحیا با "پرستاران بخش ویژه" خواهد بود.
- لیست نوبت کاری هرماه گروه احیا ، می بایست درمحل مناسب وقابل رویت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب گردد
- برنامه گروه های احیا باید توسط ریاست هرمرکز و به صورت ماهانه به تمامی بخش ها اعلام گردد.
- یک نسخه ازبرنامه کد ماهانه گروه احیا به تفکیک تاریخ واسامی افراد، باید دراختیار دفتر پرستاری آن مرکز ویک نسخه نیز در برد اعلانات تمامی بخش ها نصب گردد.

- سوپروایزر حاضر در گروه کد احیا می بایست در ابتدای هر شیفت ، حضور کلیه
اعضاء گروه احیا را کنترل نموده و در صورت نیاز نسبت به جایگزینی اعضا در ابتدای
همان شیفت اقدام نمایند
- کلیه تغییرات در برنامه کد احیا ، می بایست در همان شیفت توسط سوپروایزر
مسئول کد در برنامه کد احیا اعمال گردد.
- در مراکزی که قویا پیش بینی می گردد تعداد موارد احیا آنها در یک شیفت
بیشتر از یک مورد باشد ، پیشنهاد می گردد با نظر کمیته راهبردی اورژانس آن مرکز
، تعداد نفرات در برنامه کد را با جانشین تعیین نمایند.

• مسئول گروه کد احیا ، مسئولیت اعلام ختم CPR را برعهده خواهند داشت.
• براساس ابلاغ دستورالعمل شاخص های عملکردی بخش اورژانس(۱) در آذر ماه ۱۳۹۰، مقتضی است به منظور تحلیل به موقع از تعداد موارد CPR، دفتری در نظر گرفته شود تا کلیه موارد CPR و نیز تعداد موارد CPR ناموفق به صورت مستمر در دفتر مذکور ثبت گردد.

• اساس استاندارد های ملی اعتباربخشی بیمارستان، هر مرکز درمانی می بایست خط مشی و روش خود را در خصوص تعیین و فراخوانی گروه کد احیا وبا در نظر گرفتن تفاوت گروه های سنی از جمله نوزادان، کودکان و بزرگسالان ،حجم کار و نوع بیماران و مسافت تدوین نموده و بدان عمل نماید.

- کلیه کارکنان پزشکی از جمله پرستار و بهیار در بخش موظف می باشند که اقدامات اولیه را تا زمان رسیدن تیم احیا انجام دهند.
- اعلام کد احیا با شناسه مشخص در زمان نیاز به احیا ، توسط پرسنل بخش الزامی خواهد بود (در هر بیمارستان مسئولین مرکز موظف خواهند بود ساز و کار مشخص و مناسبی را برای ساعاتی از شب که سیستم **PAGE** بیمارستان فعال نمی باشد) در نظر بگیرند.
- سوپروایزر حاضر در کد ، موظف است زمان اعلام کد ، زمان انجام شروع عملیات احیا ، همچنین تکمیل فرم نظارت بر عملکرد کد با اخذ امضا از کلیه اعضا حاضر در کد را ثبت نماید

- کلیه اعضاء کد احیا می بایست مراحل احیاء را براساس پروتکل های مصوب انجام نمایند.
- در هر شیفت مسئول پرستاری شیفت موظف می باشد کلیه کمبودهای موجود را مرتفع و در صورت نیاز مشکلات را به مسئول کل گروه احیا کتبا اعلام نماید
- وضعیت بالینی ابتدایی فرد احیا شونده ، چگونگی ونحوه عملیات احیا ، زمان حضور اعضاء کد در عملیات احیا ، زمان شروع ومدت عملیات احیا و کمبودها باید توسط مسئول گروه احیا در پرونده وفرم نظارت بر عملکرد کد (فرم پیوست) بطور کامل درج گردد.

• ریاست هر مرکز می بایست تمهیدات لازم برای برگزاری دوره های آموزشی
CPR در سطح پیشرفته (ACLS,ATLS,PALS) برای
تمامی پزشکان و پرستاران و در سطح پایه برای سایر کارکنان را به طور حداقل سالانه
به عمل آورند.

• ریاست هر مرکز همچنین می بایست تمهیدات لازم برای برگزاری دوره های
آموزشی نحوه کار با تجهیزات پزشکی تخصصی مورد نیاز در زمینه احیای قلبی
وعروقی پیشرفته مانند دی سی شوک و ونتیلاتور برای تمامی پزشکان و پرستاران را
فراهم آورند.

موفق باشید



















