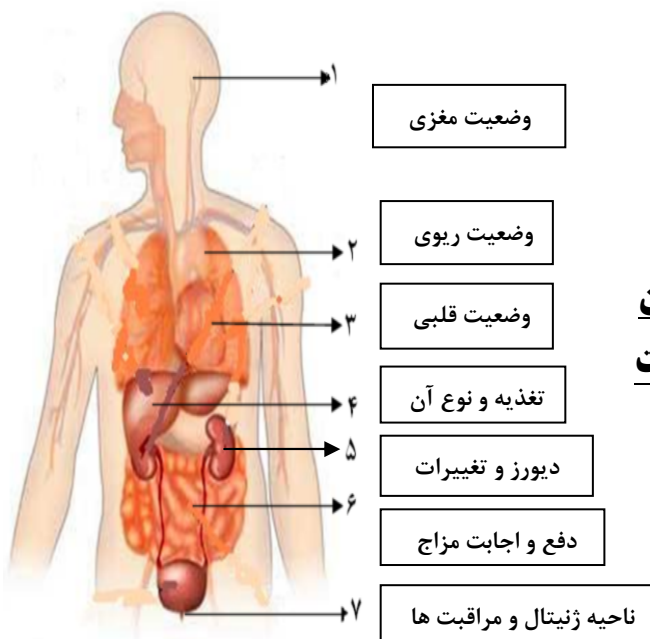


دستور العمل ترتیب گزارش نویسی

جهت یکسان سازی گزارشات پرستاری کلیه پرسنل

۱. وضعیت مغزی
۲. وضعیت ریوی و وسایل کمک تنفسی / فیزیوتراپی تنفسی
۳. تغذیه و نوع آن
۴. وضعیت قلبی
۵. دیورز و تغییرات
۶. دفع و اجابت مزاج و تغییرات و اقدامات
۷. ناحیه ژنیتال و مراقبت ها
۸. وضعیت حرکت اندام ها (تونوسیته و دفورمیتی ها) / فیزیوتراپی اندام
۹. پوزیشن و تغییر پوزیشن بیمار
۱۰. تمامیت پوست و اختلالات و Sore و مراقبت ها
۱۱. وجود زخم ، سوختگی و هماتوم و پانسمان و... / اقدامات
۱۲. درد و اقدامات
۱۳. استراحت و خواب و اختلالات
۱۴. اتصالات بیمار مثل چست تیوپ ، وزنه ، هموواگ / میزان درناژو مراقبت ها / کشش و نبض ها و...
۱۵. مشاوره های انجام شده و دستورات / ویزیت سایر سرویس ها
۱۶. دستورات و اقدامات پاراکلینیکی (تشخیصی ، تصویر برداری ، آزمایش و جواب) / اقدامات
۱۷. علائم حیاتی و اختلالات و اقدامات RR , PR , T , BP
۱۸. گزارش حوادث غیر مترقبه
۱۹. ترخیص
۲۰. فوت



جهت گزارش نویسی در مورد یک بیمار با فرض بدن

انسان ، از قسمت سر شروع کرده و به ترتیب به سمت

اندام تحتانی ادامه میدهم .

نمونه گزارش نویسی طبق الگو

❖ **وضعیت مغزی :** (بیمار هوشیار بوده و $GCS = 15/15$ دارد. آگاه به زمان و مکان می باشد و به سؤالات پاسخ مناسب می دهد. ارتباط مناسب چشمی و کلامی برقرار می کند. / بیمار در وضعیت Stupor قرار دارد. $GCS = 7-8 / 15$ دارد. آگاه به زمان و مکان نبوده و قادر به پاسخگویی به سؤالات نیست. با تحریک دردناک لوکالیزه می کند دست را جهت دور کردن موضع دردناک بالا می آورد و پاها را جمع می کند دامنه حرکتی بیمار کم می باشد مردمکها نرمال سایز و با رفلکس به نورمی باشد. ارتباط چشمی برقرار نمی کند و نگاههای بی هدف دارد.)

❖ **وضعیت ریوی - تنفسی / وسایل کمک تنفسی :** (بیمار دارای تنفس Spont با الگوی upnea می باشد و نیازی به اکسیژن ندارد. تنفس عمیق و و بازدم با لبهای غنچه به بیمار آموزش داده شد / تنفس بیمار بصورت تاکی پنه است لذا از طریق رزروئیک $O_2 = 6lit$ مرطوب دریافت میکند و دارای SpO_2 بالای ۹۴٪ می باشد ترشحات ریوی و حلق چسبنده و فراوان و به رنگ زرد روشن است. علیرغم آموزش انجام سرفه موثر به بیمار. قادر به خارج کردن ترشحات نیست. جهت تسهیل در خروج ترشحات، پوزیشن بیمار نیمه نشسته شده و بخور گرم و مرطوب بالای سر وی گذاشته شد. از ایروی وسوند ساکشن بصورت PRN جهت ساکشن ترشحات استفاده می شود. فیزیوتراپی ریوی روزانه بصورت Bd با استفاده از ویراتور توسط فیزیوتراپیست برای بیمار اجرا می شود که علاوه بر آن حرکات لرزشی بر روی قفسه سینه انجام شد. در سمع ریه های بیمار مختصری رال وجود دارد که هنگام ویزیت به پزشک معالج اطلاع داده شد و دستورات ایشان اجرا شد. / بدنبال شدت یافتن تنگی نفس و افزایش دیسترس تنفسی، بیمار در ساعت ۶ pm توسط پزشک بیهوشی با لوله شماره ۶ اینتوبه شده و به دستگاه ونتیلاتور متصل شد. Setting دستگاه عبارتست از: $O_2 Sat = 94\%$, $Mode = SIMV$, $Fio_2 = 60\%$, $TV = 500$, $RR = 8$, $PS = 15$, $Triger = 2$, $Peep = 5$. سچوریشن بیمار کنترل شد که $O_2 Sat = 94\%$ بوده است.)

❖ **وضعیت قلبی :** (بیمار مانیتورینگ شد. ریتم بیمار سینوسی - NSR - بوده و دیس ریتمی ندارد. / بیمار دارای ریتم AF با پاسخ بطنی تند حدود ۱۲۰ تا ۱۳۰ ضربه در دقیقه می باشد سریعاً طی تماس تلفنی به پزشک متخصص قلب اطلاع داده شده و طبق نظر ایشان آمپول دیگوسین ۰/۲۵ IV/ Slow ، به بیمار تزریق شد که ریتم بیمار شکسته شده و سینوسی با $HR = 80$ گردید. لطفاً بیمار از نظر بروز مجدد دیس ریتمی تحت نظر باشد)

❖ **تغذیه و نوع آن :** (بیمار PO بوده و رژیم معمولی به شکل نیمه جامد می خورد که در این شیفت سوپ جو حدود 300 سی سی خورده است. بیمار میل زیادی به غذا خوردن ندارد. اظهار حالت تهوع می کند ولی در این شیفت تهوع و استفراغ نداشته است لطفاً از نظر تغذیه تحت نظر باشد.)

❖ **دیورز و تغییرات :** (بیمار در شیفت عصر یک مرتبه دیورز به رنگ زرد روشن و میزان متوسط داشته و از مورد خاصی شکایت ندارد/بیمار در این شیفت 600cc دیورز داشته است که یورین بگ خالی شده و در برگه I&O ثبت گردید. رنگ ادرار شفاف و زرد روشن بوده و همچوری ، کریستال و مواد خارجی دیده نمی شود. ناحیه سوند فولی بیمار با سرم شستشو در چندین نوبت شستشو داده و شکم بیمار از نظر احتباس بررسی شد که موردی نداشت. (در صورت پلی اوری، الیگوری، آنوری و همچوری اقدامات صورت گرفته ذکر شود.)

❖ **دفع و اجابت مزاج و تغییرات و اقدامات :** (بیمار از عدم اجابت مزاج شاکمی می باشد. به بیمار توصیه شد که از سبزیجات و مواد فیبری استفاده نماید و راه برود. بدلیل سفتی و دردناک بودن شکم در لمس، وضعیت بیمار طی تماس تلفنی به اطلاع پزشک معالج رسید و ایشان فرمودند که به صورت TDS شربت لاکتولوز استفاده نماید. به بیمار لاکتوز داده شد. لطفاً وضعیت بیمار پیگیری شود / بیمار از Diarea شاکمی می باشد و در طول شیفت عصر سه بار دفع شل و آبکی به رنگ قهوه ای روشن داشته است. طبق تماس تلفنی با پزشک معالج و اطلاع شرح حال بیمار ایشان فرمودند که به بیمار دیفنوکسیلات داده شده و در صورت عدم بهبودی مجدداً به ایشان اطلاع داده شود. به بیمار دیفنوکسیلات داده شد و توصیه گردید از مایعات به صورت فراوان استفاده نماید. لطفاً بیمار از نظر بهبودی تحت نظر باشد.)

❖ **ناحیه ژنیتال و مراقبت ها :** (بدلیل وجود سوند فولی شستشوی روزانه ناحیه ژنیتال از داخل به خارج و از بالا به پایین انجام شد. کاف سوند فولی پر بوده و لیک ندارد. / بدلیل بی اختیاری ادرار یا مدفوع و احتمال سوختگی پوست آن، ناحیه پرینه، کشاله ران و باتکس با سرم شستشو، شستشو داده شده و پس از خشک کردن با پماد A+D چرب گردید.)

❖ **وضعیت حرکت اندام ها (تونوسیتیه و دفورمیتی) / فیزیو تراپی اندام :** (تونوسیتیه اندام بیمار در حد قابل قبول - ۵/۵ - می باشد. از بیمار خواسته شد در دامنه حرکت طبیعی مفاصل، اندامها را حرکت دهد / بیمار دچار همی پارزی سمت راست است و عضلات شل و ضعیف می باشند. حرکت غیر فعال - passive - در دامنه حرکتی مفاصل داده شد نورو واسکولار اندام کنترل شد که طبیعی می باشد / بیمار ۴ سال پیش دچار CVA شده و همی پلژی سمت چپ دارد که به علت عدم حرکت مناسب، اندام ها دچار دفورمیتی شده است. حرکات اکتیو و پاسیو بر روی اندام های دوطرف داده شد.)

❖ **پوزیشن و تغییر پوزیشن بیمار :** (Change position هر 3h توسط کمک بیماران و با نظارت پرستار انجام شده و قسمت های مختلف بدن بیمار از نظر ایجاد Sore بررسی گردید که Sore نداشت. بیمار از پهلو راست به چپ چرخانده شده و نواحی تحت فشار بدن ماساژ داده شد. اندام بیمار به وسیله بالش (پشت و لای پاها) تحت حمایت قرار گرفت. بانداژ الاستیک اندام تحتانی انجام شده و جهت جلوگیری از foot drap از کیسه شن زیر کف پای بیمار استفاده شد. بیمار دارای تشک مواج است. سر بیمار الویت بوده و Bed Side دو طرف بالا می باشد.)

❖ تمامیت پوست و اختلالات و Sore و مراقبت ها: (جهت جلوگیری از خشکی پوست بیمار در اثر CBR بودن و عدم تغذیه مناسب و تحرک کافی، پوست با سرم فیزیولوژی شستشوشده و با پماد A+D یا روغن زیتون چرب گردید. / بدلیل CBR بودن و بی حرکتی و احتمال ایجاد Bedsore در بیمار سلامت پوست مورد بررسی دقیق قرار گرفته و تغییر پوزیشن هر ۳ ساعت، به حالت شناور در آمدن عضو، انجام ورزشهای Passive یا غیرفعال بخصوص در ناحیه پاها و ماساژ نواحی تحت فشار پوست انجام گردید. / بیمار زخم بستر Stage 2 دارد که با سرم شستشو شده و با گاز استریل پوشانده شد.)

❖ وجود زخم، سوختگی و هماتوم و پانسمان و.../ اقدامات: (پانسمان ناحیه شکم تعویض شد. ناحیه سوچور طولی به اندازه تقریباً ۱۰ cm دارد که از لابلای سوچور ترشحات خون آلود بیرون می آید. تعداد ۶ عدد گاز خیس و خونی از ناحیه سوچور برداشته شد. درن کاروگیت فیکس بوده و حاوی ترشحات زرد رنگ و عفونی است که از آن ناحیه نیز چند عدد گاز زرد رنگ برداشته شد. یک پانسمان باز شده، اتاق بیمار را خالی از همراه نموده و در شرایط کاملاً استریل پانسمان انجام شد. ابتدا ناحیه سوچور با محلول سرم شستشو، شستشو داده شد و سپس ناحیه درن نیز شستشو داده شد. سپس ناحیه خشک شده و روی ناحیه سوچور چند عدد گاز خشک قرار داده شد. در ناحیه درن نیز طوری که درن تحت فشار نباشد، پانسمان انجام شد. بدلیل ترشحات زرد رنگ و بدبو با دکنتر تماس گرفته شده و Ab های بیمار تغییر کرد. در نهایت با چسب حصیری تمام ناحیه پانسمان پوشانده شده و تاریخ زده شد. در پایان به علت تعویض پانسمان بیمار از درد شاکی بود که با توجه به Order پزشک ۲۵ mg پتیدین IM تزریق گردید)

❖ درد و اقدامات: (بیمار از وجود درد در ناحیه شکم شکایت دارد که بعد از هر بار گاوآژ کردن بیشتر می شود و طبق گفته بیمار بصورت فشارنده است. هنگام درد حال تهوع و استفراغ به بیمار دست می هد و دچار گر گرفتگی و تعریق و تاکی پنه می شود لذا گاوآژ انجام نشد. حین درد بیمار در حالت نشسته به سمت جلو خم گشته و شکم بیمار معاینه شد. شکم دیستانسیون دارد و سفت است. طی ۴۸ ساعت گذشته Diff نداشته است فعلاً بیمار NPO شده و به پزشک معالج اطلاع داده شد طبق دستور ایشان NGT فیکس شد برگشت مواد صفرای دیده نمی شود اما گاز در یورین بگ جمع شده است حرکات شکم بصورت انقباض و انبساط به بیمار آموزش داده شد. طبق دستور پزشک بیزاکودیل جهت بیمار گذاشته شد. حدود یک ساعت بعد بیمار Diff در حد زیادی با بوی بد و بصورت نیمه سفت دارد. بعد از Diff بیمار اظهار رضایت از شرایط خود می کند و درد شکم ندارد. مجدداً به پزشک اطلاع داده شد جهت بیمار مجدداً رژیم غذایی شروع شد. این بار درد بعد از گاوآژ ندارد)

❖ استراحت و خواب و اختلالات: (بیمار از بی خوابی شکایت داشته و ابراز می دارد که دچار سرگیجه و بی قراری و سردرد شده و گاهی هم حالت تهوع دارد. جهت برطرف شدن مشکل بیمار محیط را تا جایی که امکان دارد برای بیمار آرام و تاریک نموده و با صحبت کردن و اطمینان دادن به بیمار آرامش وی را برقرار کردیم. از او در باره مواردیکه باعث آرامش او می شود سوال نموده و آن اقدامات را برایش انجام دادیم. از نظر مشکل دفع ادرار و مدفوع بررسی شد تا مشکلی نداشته باشد. بدلیل امکان بی خوابی در اثر گرسنگی و ضعف به او مقداری غذا داده شد. توصیه شد قبل از خواب یک لیوان شیر یا آب نیم گرم و در صورت امکان جوشانده گل گاوزبان استفاده کند. بدلیل عدم رفع بی خوابی طبق دستور پزشک یکعدد قرص الپرازولام ۱mg به بیمار داده شد که پس از آن راحت خوابیده است.)

❖ اتصالات بیمار (چست تیوپ، هموواگ / میزان درناژ و مراقبت ها / تراکشن و نبض ها...): (درن هموواگ فیکس شده در داخل پارانشیم مغز، هم سطح ناحیه سرقرار گرفته و خلاء نمی باشد. میزان کمی ترشحات خونی داخل درن مشاهده میگردد. ناحیه ورود درن دارای التهاب و ترشح نبوده و پانسمان استریل گردید/ بیمار چست تیوپ سمت راست دارد که باتل دارای حدود ۲۰۰ cc ترشحات زرد پررنگ است. چست تیوپ کنترل شد که کلمپ نبوده و با سرفه کردن و یا تنفس عمیق بیماربخوبی کار کرده و oscillation برقرار است. محل ورود چست تیوپ به ناحیه سینه چک شد که خونریزی نداشته و امفیژم زیر جلدی ندارد. پانسمان محل چست تیوپ بصورت PRN تعویض می شود/ بدلیل شکستگی استخوان فمورچپ بیمار، جهت وی کشش به وزن ۲۰ پوند (حدود ۹ کیلوگرم) گذاشته شد. نبض دورسال پدیس و تییبای خلفی چک شد که منظم و پر است. نروواسکولار یا چک شده و نرمال است. بیمار قادر به تکان دادن انگشتان پای چپ میباشد)

❖ مشاوره های انجام شده و دستورات / ویزیت سایر سرویس ها: (بدلیل اختلال ادراری و عدم دیورز مناسب بیمار، مشاوره ارولوژی درخواست شده است که علیرغم اطلاع به سوپروایزر و پیگیری مکرر و تماس با ارولوژیست، کماکان ایشان جهت ویزیت بیمار تشریف نیاورده اند که مراتب در پرونده ثبت شده و به اطلاع پزشک معالج و دفتر پرستاری رسانده شد. / پزشک معالج بدلیل بالا بودن میزان قند خون بیمار درازمایشات ارسالی، درخواست مشاوره داخلی نمود که در ساعت ... به اطلاع سوپروایزر محترم رسید. و پس از پیگیری در ساعت ... توسط متخصص داخلی دکتر... در بخش انجام شد. دستور تزریق ۱۰ واحد انسولین داده شد که در ساعت ۲ pm تزریق گردید. بیمار از نظر علایم های هیپو گلیسمی کنترل شده و به وی توضیح داده شد که ۲۰ دقیقه بعد میان وعده رژیمی مصرف کند. دستور چک قند هر ۶ ساعت دارد که در ساعت ۶ pm کنترل شد. Bs = 210 بود لطفاً در صورت بالاتر بودن از ۲۰۰ طبق پروتکل انسولین دریافت نماید. / بیمار دستور مشاوره تغذیه دارد که در ساعت توسط کارشناس تغذیه آقای ... انجام شد. جهت بیمار رژیم کم نمک و کم چرب مگذاشته شد. توصیه های لازم جهت مصرف سبزیجات و میوه ها به وی داده شد. به بیمار توصیه گردید که از غذاهای با سدیم پایین و چربی کم استفاده کند. به وی توصیه شد در هفته دیگر بصورت سرپایی به مشاور تغذیه مراجعه نماید.)

❖ دستورات و اقدامات پاراکلینیکی (تشخیصی، تصویر برداری، آزمایش و جواب) / اقدامات: (بیمار جهت انجام آندوسکوپی از 12h قبل NPO بوده است، آنتی کولینرژیک جهت کاهش ترشحات و دیازپام و آرام بخش داده شد. دندان مصنوعی خارج شده و ساکشن ملایم گوشه دهان جهت جلوگیری از آسپیره انجام گردید. رضایت از بیمار اخذ شده و پروسیجر برای وی شرح داده شد. بعد از آندوسکوپی تا

بازگشت رفلکس gag بیمار NPO ماند ، از نظر علائم سوراخ شدگی بررسی گردید، مشکلی مشاهده نشد. / اشیاء فلزی جهت انجام MRI خارج گردید. از بیمار جهت نداشتن وسایل فلزی داخل بدن مانند پیس میکر و گیره آنوریسم سوال شده موردی نداشت. بیمار 8-6 h ناشتا بوده است. / آزمایشات Hb = 9 ، FBS، CBCdiff، Cr، Na، K، BUN ، U/A ارسال شده و جواب در ساعت 11 am دریافت شده و مطالعه گردید. بیمار دارای Hb = 9 بوده که بصورت تلفنی به اطلاع پزشک معالج رسیده و دستورات اجرا گردید - اقدامات صورت گرفته ذکر شود.

❖ **علائم حیاتی و اختلالات و اقدامات RR، PR، T، BP** : (v/s) بیمار هر ۲ h یکبار کنترل و چارت شده است. تنفس های بیمار به صورت spont و الگوی Eupnea و RR=19 می باشد. تحت مانیتورینگ قلبی بوده و HR بیمار بین (80-90) است. BP بیمار توسط کاف مانیتور که به دستچپ بیمار بسته شده است گرفته شده که BP=120/70 می باشد. درجه حرارت بیمار از ناحیه آگزیلاری سمت راست اندازه گیری شد که T= 38 / 5 بود. یک عدد Supp دیکلوفناک و استامینوفن برای وی گذاشته شد، بعد از نیم ساعت مجدداً T اندازه گیری شد که 38 / 5 پایین تر آمده و نیاز به اقدام خاص دیگری ندارد. RR=19 BP=130/70 HR=21 T=37

❖ **گزارش حوادث غیر مترقبه** : (بیمار آقای ۵۷ ساله ای است که بعلت تنگی نفس و درد بیقرار و آزیته بوده است لذا اکسیژن برای وی برقرار شده و مسکن تجویز گردید و با پزشک معالج جهت ویزیت مجدد ایشان تماس حاصل گردید. متأسفانه تا قبل از انجام شدن ویزیت پزشک وعلیرغم توصیه موکد به همراهان و عوامل درمان جهت مراقبت از وی و بالا بودن Bed side ، بیمار در ساعت ۴ pm از تخت سقوط کرده و دچار تروما به ناحیه کتف و شانه و سر گردید که مراتب فوراً با اطلاع مسئول بخش ، دفتر پرستاری و پزشک معالج رسانده شد. بدستور پزشک پس از سدیت کردن بیمار گرافی از دست و شانه راست بعمل آمد که دچار شکستگی استخوان بازو و ترقوه گردیده است. پس از تماس با انکال ارتوپدی آتل u slab انجام شد. پارگی حدود ۴ cm نیز روی سر ایجاد شده بود که بلافاصله پارگی سچور و ناحیه پانسمان گردید. بد ساید بیمار بالا کشیده شد. بیمار اکسیژن میگیرد و آرامتر شده است. با آنکال جراحی و نروسرجری و ارتوپد جهت ویزیت بیمار هماهنگی بعمل آمد لطفاً پیگیری شود. شرح ماوقع و تمام اقدامات در پرونده ثبت شد. همچنین بصورت مکتوب نوشته شده و توسط پرسنل حاضر امضا گردیده و به مسئولین جهت اقدام مقتضی تحویل گردید.

❖ **ترخیص** : (بیمار از دل درد شاکی است. علائم حیاتی کنترل و ثبت شد که موردی نداشت. مراتب به اطلاع پزشک معالج رسانده شده و دستورات دارویی ایشان انجام شد. جواب آزمایشات ارسالی دریافت گردید. مشاوره جراحی دارد که به اطلاع سوپروایزر محترم رسانده شد. همچنین با جراح محترم آنکال تماس حاصل شد که فرمودند جهت ویزیت تشریف می آورند. بیمار در ساعت ۴ pm به علت حاضر نشدن پزشک بر بالینش و علیرغم توضیحات پرسنل در مورد لزوم ادامه درمان در بیمارستان با رضایت شخصی توسط همسرش مرخص شد. اثر انگشت بیمار و همسرش در پرونده ثبت گردید. توصیه های لازم جهت درمان و نیز توصیه مراجعه به صورت سرپایی به پزشک مربوطه داده شد. / بیمار در ساعت 10 am توسط دکتر... ویزیت شده و جواب آزمایشات و گرافی ها به رؤیت ایشان رسید. بیمار با حال عمومی خوب و با دستورات دارویی ترخیص گردید. در خصوص انجام اکو یا تست ورزش و مراجعه پس از آن بصورت سرپایی به درمانگاه قلب توضیحات لازم به وی داده شد. در مورد رژیم غذایی لازم الرعايه و نحوه مصرف داروها آموزشهای لازم به بیمار داده شد. پرونده بیمار توسط منشی چک شده و توسط بیماربر به واحد ترخیص ارسال گردید.)

❖ **فوت** : (بیمار از نظر هوشیاری افت داشته و GCS=3/15 میباشد. اینتوبه وصل به ونتیلاتور با مد SIMV بوده و تنظیمات دستگاه RR=12 / PEEP=0 / TV=600 / Triger=2 / PS=15 می باشد. A.B.G چک شده و به رویت پزشک مقیم بیهوشی رسید. اقدامات لازم از نظر تغییر Setting طبق نظر ایشان اجرا شده است به علت افت SPO2 میزان FIO2 به ۱۰۰٪ افزایش یافت. به تحریکات دردناک واکنش ندارد، اندامها سرد و رنگ پریده و انتهاها سرد و سیانوزه است. از ابتدای شیفت Bp پایین داشت. نبض رادیال و براکیال حس نمی شده و نبض کاروتید ضعیف بود. جهت اصلاح Bp ابتدا حجم داده شده به علت عدم اصلاح فشار خون انفوزیون دوپامین و سپس نورآدرنالین با دوز... شروع شد. N.G.T فیکس است که گاوآژرا تحمل نکرده و به یورین بگ وصل شد، ترشحات برگشتی Cofee grant بود لذا شستشوی معده تا clear شدن ترشحات انجام شد. سوند فولی فیکس و انوریک بوده است. بیمار در ساعت ۱۰ AM دچار ارست قلبی شد. سریعاً کد ۹۹ اعلام شد. دکمه C.P.R تشک مواج کشیده شده و تخته C.P.R زیر بیمار گذاشته شد. ماساژ قلبی شروع شده و اعضای کد حاضر شدند. طبق نظر پزشک معالج آتروپین و آدرنالین به تعداد لازم تزریق شد و بیکربنات انفوزیون گردید. مانیتورینگ مداوم قلبی شده که ریتم قلبی PAT شد آمپول وراپامیل تزریق شده و سریعاً ریتم قلبی شکست. آمپول کلسیم یک عدد تزریق شد. بعد از نیم ساعت CPR بیمار V.T کرد ۲ نوبت شوک 270 ژول دریافت کرده است. همودینامیک بیمار مرتب کنترل شده و نبض حس نمی شود. مردمک میدریازدوبل و بدون رفلکس است. ساعت 11 A توسط پزشک معالج پایان CPR اعلام شد. گواهی فوت توسط ایشان نوشته شد. تخت بیمار به سمت قبله چرخانده شد. استریپ از کلیه مراحل گرفته شده و ضمیمه پرونده است. کلیه اتصالات از بیمار جدا شد. دست ها و پاها جفت شد با باند بسته شد. چشمها و دهان بیمار با پنبه و چسب بسته شده است. جسد داخل کاور جسد گذاشته شد. برچسب با کلیه مشخصات بر روی جسد چسبانده شده است. توسط پرسنل خدمات به سردخانه بیمارستان منتقل شده و به خانواده بیمار اطلاع داده شد. انا ل... و انا الیه راجعون)

پیروز و سربلند باشید

عبدی (سوپر وایزر آموزشی)