دستورالعمل دادن دارو

بسمه تعالی

اصلاحیه بسته آموزشی شماره ۱ (نقل و انتقالات):

در صفحه اول در سطرهای ۵ و ۶ لازم نیست در روی چسب آنژیوکت ، پانسمان یا سوند فولی ....نام پرستار نوشته شود . اما در گزارش پرستاری نام انجام دهنده پروسیجر حتماً قید شود .

پروتکل دارو دادن

هدف : تجویز صحیح دارو به منظور پیشگیری و به حداقل رساندن شدت عوارض دارویی

گروه هدف : پرستاران و بهیاران

معرفی پروتکل : پروتکل های پرستاری توافق هایی هستند که جهت سنجش فعالیت ها به کار می روند و موجب تعیین انتظارات برای مراقبت های پرستاری مؤثر و ایمن می شوند و در جهت حفظ حقوق مددجویان و ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری موثر می باشند .

پروتکل دارو دادن در جهت تجویز صحیح دارو و به منظور پیشگیری و به حداقل رساندن شدت عوارض دارویی برای پرستاران و بهیاران تدوین شده است .

روش کار :

- دستورات پزشکی را از نظر صحت و کامل بودن اجزاء آن شامل نام مددجو ، نام دارو ، دوز دارو ، راه مصرف دارو ، و زمان آن بازنگری نمایید (**5R**)

۱. Right Patient - بیمار درست

۲. Right Drug - داروی درست

۳. Right Route - روش درست

۴. Right Time - زمان درست

۵. Right Dose - دوز درست

- دستورات پزشکی را از نظر صحت درج در کاردکس و کارت دارویی بازنگری نمایید .
- اختصارات مربوط به دفعات تجویز دارو (QID , TID , QD , BID , STAT , HS -و غیره) را به خوبی یاد بگیرید .

BID : two times per day

HS : at bedtime

QD : every day

QID : four time a day

TID : three times per day

STAT : first dose, immediately

- اصول آسپتیک و ایمنی را قبل از شروع کار رعایت نمایید (شستن دست ها و پوشیدن دستکش) .
- مژرها و کارت دارویی را روی ترالی دارو مرتب نمایید . کاپ دارویی را طوری روی کارت دارویی قرار دهید که نام بیمار خوانده شود .
- به منظور پیشگیری و به حداقل رساندن خطا ، دارو ها را برای هر بیمار به صورت انفرادی آماده نمایید .
- داروی دستور داده شده را از قفسه یا محل مربوطه بردارید ؛ برچسب دارو را از نظر نام دارو ، تاریخ انقضاء ، روش مصرف ، دوز دارو ، و هشدارهای ثبت شده روی آن بررسی نمایید .

در زمان دارو دادن ، برچسب روی شیشه دارو (قرص ، مایع ، پودر ...) باید ۳ بار (قبل ، حین و بعد) کنترل شود .

- ظاهر دارو را از نظر شفافیت ، وجود ذرات خارجی و تغییر رنگ بررسی نمایید .
- دوز دارو را محاسبه نمایید . (در صورتی که دارو نیاز به انفوزیون داشته باشد ، مقدار دارو ، غلظت لازم ، محلول مناسب ، سرعت انفوزیون و زمان انفوزیون هر دوز را به دقت محاسبه نمایید .)
- داروها را بدون خارج نمودن از پوشش خارجی آنها در مژر بگذارید .
- داروهای تزریقی پودری را حداکثر نیم ساعت قبل از تزریق حل نمایید . (بعضی داروها را پس از حل کردن ، در دمای خاص و به مدت معین می توان نگهداری نمود . در این موارد ، به بروشور دارو یا کتاب دارویی مراجعه شود)
- داروها را بر اساس روش مصرف آنها آماده نمایید . (در صورت شک ، روش صحیح را پرسیده و اختصارات مربوط به آنها را یاد بگیرد)
- اگر در مورد دارو اطلاعاتی ندارید ، به کتب دارویی ، بروشور یا برچسب دارو مراجعه نمایید .
- دارو را بعد از آماده نمودن مستقیماً به اتاق مددجو ببرید . دارو را بدون مسئول رها نکنید .
- هنگام حضور بر بالین مددجو و قبل از دادن دارو از وی بخواهید خود را معرفی نماید . (چک کردن هویت مددجو باعث اطمینان از دادن دارو به مددجوی صحیح می گردد .)

- در صورت عدم هوشیاری و آگاه نبودن بیمار ، دستبند مشخصات شامل : نام و نام خانوادگی ، تشخیص ، بخش و شماره پرونده جهت وی آماده و روی مچ دست نصب شود .
- پس از شناسایی بیمار ، هدف از دادن دارو و اثرات مورد انتظار آن را برای وی شرح دهید .
- بررسی های لازم قبل از دادن داروهای خاص را انجام داده و نتیجه را ثبت کنید . (نظیر کنترل فشارخون ، نبض ، قندخون و ...)
- بعضی از داروها به دلیل تأثیر بر وضعیت همودینامیک بدن باید قبل از خواب به بیمار داده شوند مانند اولین دوز پرازوسین
- به اثرات تداخلی داروها با تغذیه بیماران توجه شود (مرکبات با وارفارین ....)
- زمان تجویز دارو را طوری انتخاب کنید که حتی المقدور با خواب بیمار تداخل نداشته باشد یا مانع خواب بیمار نشود . (به طور مثال دیورتیک ها)
- تجویز دارو ، راس زمان مقرر ، به ویژه در مورد آنتی بیوتیک ها حائز اهمیت است ، تا سطح درمانی دارو در خون ثابت نگهداشته شود.
- داروها را به دست بیمار داده و تا زمان مصرف کامل دارو بیمار را ترک نکنید (به ویژه در مورد بیماران روانی ، کم بینا و نابینا ، افراد پیر و سالخورده و بیمارانی که تعدد دارویی دارند) و در موارد مشکوک ۱۵- ۱۰ دقیقه پس از مصرف دارو بیمار را تحت نظارت دقیق قرار دهید .
- علائم و نشانه های عوارض دارویی را به بیمار آموزش داده و کنترل نمایید . چنانچه علائم و نشانه های مسمومیت دارویی بروز نماید از ادامه مصرف دارو اجتناب کنید و به پزشک اطلاع دهید .
- مداخلات پرستاری و موارد خاص از قبیل امتناع بیمار از خوردن دارو به هر دلیلی یا شکایت وی را ثبت نمایید .
- در صورتی که چند دارو برای بیمار تجویز شده است ، هر کدام را به طور جداگانه به وی دهید .
- به هشدار بیمار در مورد تفاوت داروی وی توجه کنید .
- در صورتی که از داروی مخدر استفاده می شود ، بلافاصله پس از برداشتن دارو از قفسه ، مشخصات لازم را در برگهٔ مخصوص داروهای مخدر از نظر نوع و مقدار دارو ، نام بیمار ، تشخیص بیمار و نام پرستار یادداشت کنید .
- چنانچه دارو دارای طعم نامطبوعی است (داروهای شیمی درمانی) از بیمار بخواهید پیش از خوردن دارو ، مقداری خرده یخ را در دهان نگهدارد یا مقداری از نوشیدنی مورد علاقه خود را میل کند .

روش های مختلف تجویز دارو :

A . داروهای خوراکی :

۱. غالباً داروهای خوراکی با یک لیوان آب مصرف می شود ولی برخی از داروها باید همراه با غذا یا شیر مصرف شوند مانند آسپرین .

۲. بهتر است بیمار در وضعیت نشسته یا خوابیده به پهلو دارو را میل نماید . ولی اگر بیمار قادر به دریافت دارو نباشد می توان دارو را به آرامی در دهان او ریخت .

۳. توجه داشته باشید اگر بیمار قادر به بلع دارو نباشد ، پس از مشورت با پزشک معالج می توان قرص ها را خرد یا کپسول ها را باز و آن ها را با مایع مناسب حل کرد و بلافاصله از طریق دهان یا NGT تجویز نمود ولی تاکید می کنیم که هرگز فرآورده های روکش دار را نشکنید ، خرد نکنید و برای جویدن در اختیار بیمار قرار ندهید .

۴. توجه داشته باشید برای گاواژ دارو از طریق NGT ، ابتدا از محل صحیح قرار گیری لوله در معده مطمئن شوید . برای این کار می توانید محتویات معده را آسپیره نموده و یا ۲۰ – ۱۰ میلی لیتر هوا به داخل معده پوش نمایید و با گوشی صدای ورود هوا به داخل معده را بشنوید . در صورت امکان دارو را مخلوط یا حل کنید و با سرنگ گاواژ وارد لوله نمایید و سپس مسیر NGT را با 30 cc آب شستشو دهید . کلامپ کردن لوله ، بین هر دو نوبت گاواژ لازم است .

۵. توجه داشته باشید در مورد داروهای زیر زبانی (SL) بیمار باید تا پایان حل شدن دارو ، آن را زیر زبان خود نگهدارد . بهتر است بیمار در تخت بماند .

برای دادن داروهای مایع و پودری بایستی نکات ذیل را مد نظر داشت :

A1 – داروهای مایع :

- دارو به درستی تکان داده شود .
- شیشه دارو به گونه ای در دست نگهداشته شود که برچسب آن به طور کامل قابل خواندن باشد .
- جهت دادن دارو از کاپ های مدرج استفاده شود به گونه ای که سطح دارویی در کاپ هم سطح با چشم باشد .
- حجم های کمتر از ۱۰ میلی لیتر را با سرنگ اندازه گیری نمایید .
- به جز ترکیبات آنتی اسید و شربت های سینه ، برای جذب بهتر ، دارو را با ۱۰ cc محلول مناسب رقیق کنید .
- سرشیشه را با یک گاز مرطوب پاک کرده و درب آن را ببندید .

A2 – داروهای پودری :

- به وسیله قاشق بیشتراز گنجایش آن ریخته و سطح آن را با چوب زبان صاف کنید.
- درب ظرف محتوی داروی پودری را ببندید.

B . داروهای تزریقی :

B1 – تزریقات زیر جلدی و عضلانی

۱. توجه داشته باشید برای تزریق زیر جلدی (SC) از سرنگ یک میلی لیتری و سرسوزن کوتاه شماره ۲۷- ۲۵ ، برای تزریق عضلانی (IM) از سرنگ ۵- ۳ میلی لیتری و سرسوزن بلندتر شماره ۲۳ – ۱۹ (بالغین) و ۲۷- ۲۵ (کودکان) استفاده می گردد .

۲. چنانچه لازم است محلول آماده داخل ویال برای تزریقات بعدی مورد استفاده قرار گیرد . تاریخ ، ساعت ، مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام خود را به صورت برچسب روی آن بنویسید .

۳. توجه داشته باشید در تزریق هپارین ، سرسوزن قبل از تزریق عوض شود . همجنین نبایستی آسپیراسیون انجام شود و سرسوزن را در حالی که پنبه الکل روی ناحیه قرار دارد ، خارج و برای چند ثانیه روی ناحیه فشار ملایمی اعمال نمایید .

۴. در تزریق های عضلانی پس از کشیدن دارو به داخل سرنگ ، سرسوزن را تعویض و سپس به مقدار 0.2 ml هوا به داخل سرنگ بکشید . پس از تزریق دارو هوا را هم تزریق نمایید . به این ترتیب هوا مانع خروج دارو به زیر جلد می گردد .

B2 - تزریقات وریدی

قبل از هر تزریق باید از محل صحیح قرارگیری آنژیوکت در رگ بیمار اطمینان حاصل نمود .

۱. سرنگ های با حجم بیشتر جهت آماده سازی داروهای IV و رقیق کردن اولیه آنها به کار می روند .

۲. در تزریق وریدی مستقیم (بولوس) باید کنترل دقیقی قبل از تجویز دارو به عمل آید . زیرا دارو با تزریق وارد گردش خون بیمار شده و هرگونه خطای رخ داده قابل تصحیح نمی باشد . (مدت بولوس ۵-۳ دقیقه)

۳. غلظت و سرعت تزریق دارو و ناحیه تزریق از نظر صحت و علائم نشت دارو بایستی حتماً کنترل شود .

۴. در انفوزیون وریدی برای تزریق محلول های هایپرتونیک از وریدهای کوچک سطحی استفاده نشود .

۵. در هنگام وقفه در جریان مایع ، بافت اطراف آنژیوکت را از نظر تورم ، آسیب دیدگی و علائم نشت دارو بررسی کنید .

۶. روی ظرف محتوی محلول ، برگهٔ مشخصات که شامل نوع و حجم سرم ، نام‌بیمار، شماره اتاق و تخت، تعداد قطرات، تاریخ و زمان شروع، تاریخ وزمان قطع و نام پرستار می باشد ، چسبانیده شود .

۷. در صورت اضافه کردن دارو به ظرف حاوی محلول ، مشخصات دارو (نام و مقدار دارو) به برچسب اضافه شده و یا برچسب تغییر داده شود .

۸. در مورد انفوزیون با میکروست برگه مشخصات کامل شامل : نام بیمار، شماره اتاق و تخت، تاریخ و زمان شروع ، تاریخ و زمان قطع، نام دارو، مقدار دارو و نام پرستار روی میکروست نصب شود .

۹. تاریخ و زمان انفوزیون ، محل IV ، نوع و اندازه کاتتر در گزار ش پرستاری شیفت مربوطه ثبت شود و در صورت رخداد هرگونه عارضه تزریق وریدی (اعم از فلبیت و ...) در گزارش پرستاری ثبت شود .

۱۰. قبل از رگ گیری در صورت لزوم موهای ناحیه ای که چسب روی آن قرار دارد را بتراشید .(بیمار را از اهمیت کار آگاه نموده و سپس اقدام به شیو ناحیه می نماییم .)

۱۱. پانسمان محل کت دان را هر ۲۴ ساعت تعویض نمایید . در صورتی که چسب آنژیوکت خیس یا خونی شده باشد ، بایستی تعویض شود . محل کاتتر هر ۷۲- ۴۸ ساعت تغییر یابد .

۱۲. در صورتی که ظرف محتوی محلول سالم باشد نیاز به تعویض آن نمی باشد . ولی در صورت هرگونه آسیب دیدگی (اعم از سوراخ شدن ، پارگی) بلافاصله تعویض شود .

۱۳. هپارین لاک هر ۷۲- ۴۸ ساعت باید تعویض گردد . میکروست به شرط عدم وجود رسوب هر ۷۲ ساعت تعویض گردد .

۱۴. برای باز نگهداشتن مسیر آنژیوکت هر ۸ ساعت یکبار ، کاتتر را با ۱/۵ سی سی نرمال سالین شستشو دهید .

C. داروهای موضعی :

C1 . داروهای پوستی :

- بهتر است استعمال کرم ، پماد یا لوسیون پوستی در محیط خصوصی صورت گیرد .
- بعضی از پمادهای موضعی به علت ایجاد اسپاسم در موضع به گرم شدن نیاز دارند .
- پوست ناحیه را به خوبی تمیز و از داروهای موضعی قبلی پاک نمایید .
- اگر آسیب پوستی یا زخم باز وجود داشته باشد ، استریلیتی را رعایت و از دستکش و آبسلانگ استفاده نمایید .

C2- داروهای بینی :

- در این روش بایستی بیمار به پشت خوابانده شود و برای رسیدن دارو به پشت حلق باید سر بیمار را به عقب خم کنیم .
- قبل از استعمال دارو از بیمار بخواهید بینی خود را تخلیه کند . (به جز در موارد افزایش ICP و خونریزی بینی و ...)
- قطره چکان را حدود 1cm بالاتر از سوراخ بینی بگیرید و قطره ها را به قسمت میانی استخوان اتموئید بریزید . بیمار باید ۵ دقیقه در وضعیت خوابیده باقی بماند .
- برای تجویز اسپری بینی باید بیمار به پشت خوابیده و سر را به عقب خم کند . نوک اسپری در داخل بینی قرار گیرد و حین اسپری کردن از بیمار بخواهید نفس را به داخل بکشد .

C3 . داروهای چشمی :

- در این روش بیمار را به پشت خوابانده یا بنشانید و سر را به عقب خم کنید .
- ترشحات چرکی چشم ها را با پنبه و آبگرم از داخل به خارج چشم بشویید .

- قطره چکان را حدود 1-2 cm بالاتر از گوشه داخلی چشم بگیرید . پس از ریختن دارو با انگشت ، فشار ملایمی به مدت یک دقیقه روی گوشه داخلی چشم وارد آورید تا از ورود دارو به بینی یا حلق و جذب سیستمیک آن جلوگیری شود .

C4 . داروهای گوشی :

- در این روش بیمار باید به طرف گوش سالم به پهلو بخوابد . در بالغین لاله گوش را به طرف بالا و عقب و در کودکان به پایین و عقب بکشید .
- اگر مجرای گوش با سرومن یا درناژ چرکی بسته شده است به آرامی با پنبه اپلیکاتور آن را به بیرون آورید . ولی مراقب باشید که به داخل کانال گوش فرو نرود و مجرا را به طور کامل مسدود نکند .
- قطره چکان را 1 cm بالاتر از کانال گوش بگیرید و بیمار ۳-۲ دقیقه در همان وضعیت بماند .

C5 . داروهای مقعدی :

در این روش بیمار باید به یک پهلو شود . شیاف را از روکش جدا کرده و سر آن را لوبریکانت کنید ، با نفس عمیق بیمار می تواند اسفنکتر مقعد را شل نماید . با دست آزاد دو طرف باسن را گرفته و شیاف را تا یک انگشت در بالغین و نیم انگشت در کودکان به آرامی در داخل مقعد قرار دهید . بیمار پنج دقیقه به پشت بخوابد .

C6 . اسپری دهانی :

- قبل از تجویز اسپری ، بیمار باید یک دم و بازدم عمیق انجام دهد . سپس با یک دم آهسته ذرات اسپری را به داخل بکشد . سپس به مدت ۱۰ ثانیه نفس خود را نگهدارد .
- اگر تکرار دوز اسپری نیاز بود ، بین دو دوز بایستی ۳۰ ثانیه زمان وقفه وجود داشته باشد .(بالاخص در تجویز برونکودیلاتورها) این زمان وقفه جهت رسیدن دارو به قسمت های تحتانی تر برونش ها الزامی است .
- اگر از دو نوع آئروسل یا بیشتر استفاده شود بایستی بین آنها ۱۰-۵ دقیقه فاصله زمانی وجود داشته باشد .
- به دلیل جلوگیری از عفونت های دهانی به بیمار آموزش می دهیم بعد از استفاده از اسپری ها ، دهان خود را بشوید .

ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی

- دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.
- هر گونه واکنش های قبلی نسبت به تزریق خون را از بیمار سؤال کنید.
- فرم رضایت نامه تزریق خون را توسط بیمار یا همراه وی به امضاء برسانید .
- به بیمار توصیه کنید که لرز، سرگیجه، خارش ، راش یا هر گونه علایم غیر طبیعی را گزارش دهد.
- برگه درخواست خون را با بر چسب کیسه خون از نظر نوع گروه خونی و Rh ، تاریخ انقضاء ، شماره کیسه و نام بیمار کنترل کنید و سپس برچسب را روی برگه درخواست خون بچسبانید .

- کنترل مورد بالا بایستی توسط **دو پرستار** در بخش انجام شود .
- کیسه خون را از نظر وجود لخته ، حباب یا هر گونه موارد غیرطبیعی بررسی و درصورت اشکال به بانک خون برگردانید . (رنگ ارغوانی در پکسل ، صورتی در پلاسما یا پلاکت و سرم روی پکسل ، از علائم غیر طبیعی می باشد .)
- در صورت نیاز به گرم کردن خون از گرمکن مخصوص استفاده کرده و از رو شهایی چون فن کوئل ، پتو و ماکروفر استفاده نکنید.(در خونریزیهای ماسیو به گرم کردن خون نیاز می باشد .)
- در صورتی که چند واحد خون برای بیمار تجویز شده، بقیه کیسه ها را داخل یخچال نگهداری کنید (دمای ۶ - ۲ درجه سانتی گراد)
- خون کامل ، گلبولهای قرمز و پلاسمای تازهٔ منجمدی که از انجماد خارج شده بعد از ارسال از بانک خون باید ظرف مدت ۳۰ دقیقه تزریق شوند .
- کرایوپرسیپیتات پس از آب شدن ، حداکثر تا ۶ ساعت باید مصرف شود .
- FFP بعد از آب شدن باید هر چه سریع تر مصرف شود . در صورت نگهداشتن در دمای 6 – 1 درجهٔ سانتی گراد ، حداقل تا ۲۴ ساعت پس از ذوب شدن قابل نگهداری است .
- کنستانتره پلاکت باید در اولین فرصت و هر چه زودتر تزریق شده و هرگز نباید در یخچال نگهداری شود .
- تمام فرآورده های خونی باید از طریق فیلتر استاندارد (170 – 200 microns) تجویز شوند تا لخته های فیبرینی بزرگ از فرآوردهٔ خونی جدا شوند .
- هر فیلتر استاندارد خون ، حداکثر برای ۴ واحد خون استفاده شود . یک فیلتر استاندارد خون باید حداقل هر ۱۲ ساعت تعویض گردد ؛ در صورتی که میزان جریان خون کم شده است ، لازم است فیلتر زودتر تعویض شود . در محیط های خیلی گرم این ست را در فواصل زمانی کوتاه تری باید تعویض نمود .
- از فیلتری که برای ترانسفوزیون گلبول قرمز استفاده شده است برای انفوزیون پلاکت استفاده نشود چون سلولهای به دام افتاده ، اجازهٔ عبور پلاکت ها را از منافذ فیلتر نمی دهند .
- دست های خود را شسته و دستکش بپوشید و کلیه وسایل لازم را بر بالین بیمار برده هر گونه واکنش های قبلی نسبت به تزریق خون را از بیمار سئوال کنید .
- یک خط وریدی مناسب از بیمار بگیرید .
- در صورت تزریق سالین ایزوتونیک همراه با خون به طور همزمان از یک ورید از رابط Y شکل استفاده کنید .
- ست خون را به کیسه خون وصل کنید ، به پایه سرم آویزان کنید و ست خون را هواگیری کنید .
- قبل از شروع تزریق خون ، علایم حیاتی بیمار را کنترل و در فرم علایم حیاتی ثبت کنید .
- جریان خون را به آرامی شروع کنید (برای 15 دقیقه اول بیشتر از 25 تا 50 میلی لیتر نباشد، یعنی 10الی 15 قطره در دقیقه)
- به مدت 5 تا 15 دقیقه اول تزریق کنار بیمار مانده و به دقت وی را از نظر علایم حساسیت کنترل کنید .
- در صورت بروز برافروختگی، تنگی نفس ، خارش ، سرگیجه یا راش جریان خون را سریعاً قطع کرده و سالین ایزوتونیک تزریق کرده ، پزشک را در جریان قرار دهید .

- برای نیم ساعت اول هر ۱۵ دقیقه و بعد از آن هر نیم ساعت تا یک ساعت و سپس هر یک ساعت ، علائم حیاتی را کنترل و ثبت کنید .
- در صورت عدم واکنش نسبت به خون، سرعت تزریق را به تدریج افزایش دهید .
- بعد از اتمام تزریق خون، سالین ایزوتونیک را تزریق و علایم حیاتی را مجدداً کنترل و ثبت کنید .
- نحوه اجرای تزریق خون، شماره کیسه خون، زمان شروع واتمام، مقدار و نوع فرآورده خونی ، واکنش های بیمار، میزان سرم تزریقی و مداخلات پزشکی و پرستاری حین تزریق خون را به صورت دقیق در گزارش پرونده ثبت کنید .
- حداکثر زمان مجاز جهت تزریق خون ۴ ساعت می باشد . در صورت زمان بیشتر به دلیل لیز گلبولی ، باقیمانده کیسه نبایستی به بیمار تزریق شود .
- تنها محلول قابل انفوزیون همزمان با فرآورده های خونی ، سالین ایزوتونیک ، آلبومین و پلاسما می باشد .

تغذیه کامل وریدی (TPN)

- قبل از شروع کار نوع محلول را با دستور پزشک کنترل کنید.
- محلول تجویز شده را یک ساعت قبل از استفاده از یخچال خارج کرده و از نظر نوع محلول، تاریخ انقضاء ، موارد غیر طبیعی درمحلول نظیر کدر بودن و وجود ذرات معلق بررسی کنید . محلول لیپیدی را از نظر وجود لایه قهوه ای رنگ بررسی و در صورت مشاهده به داروخانه بر گردانید.
- مراحل انجام کار را در صورت هوشیاری برای بیمار توضیح دهید.
- در صورتی که بیمار خط وریدی مناسب نداشته باشد، یک خط وریدی مناسب بگیرید.
- در صورتی که تغذیه وریدی از طریق CVC (central venous catheter) انجام می شود، قبل از شروع ، CVC را از نظر کارکرد صحیح کنترل کنید.
- دستکش استریل پوشیده و به روش استریل اتصالات لوله ها را برقرار کنید.
- سرعت انفوزیون را با توجه به میزان دستور داده شده تنظیم و تزریق را شروع کنید.
- تزریق را با سرعت کم شروع کرده و با توجه به تحمل بیمار با سرعت 40 تا 50 میلی لیتر در ساعت ادامه دهید (توجه به دستور پزشک در این مورد الزامی است) محلول های دکستروز با دوز بالا را به علت جلوگیری از نوسانات قند خون با سرعت ثابت به بیمار دهید.
- محلول جدید را با حفظ شرایط آسپتیک آماده و وصل کنید.
- سر محفظه محلول را با پنبه الکل تمیز کرده و کلمپ وریدی را ببندید و محلول جدید را به جای محلول قبلی آویزان کنید.
- در صورت استفاده از پمپ انفوزیون ، پمپ را خاموش کرده و با توجه به رعایت شرایط آسپتیک محلول جدید را وصل و مجدداً پمپ را روشن و تنظیم کنید .
- در زمان انجام تزریق وریدی ، پوست بالای محل تزریق را از نظر وجود قرمزی ، گرمی و درد(علایم فلبیت) بررسی کنید .
- در صورت وجود فلبیت، خط وریدی جدیدی برای بیمار بگیرید .
- علائم حیاتی بیمار را هر ۴-۳ ساعت کنترل و چارت نمایید .

- بیمار را از نظر نوسانات قند خون کنترل کنید .
- بعد از اتمام محلول تزریقی ، وسایل و لوله ها را به طور مناسب از بیمار جدا و دفع کنید .
- مراحل انجام کار از قبیل ساعت شروع و اتمام تزریق ، واکنش های بیمار در حین تزریق و مداخلات پزشکی و پرستاری را به صورت دقیق در گزارش ثبت نمایید .

تزریقات ایمن

دستورالعمل ایمنی الف : اقدامات پیشگیرنده از بروز جراحات و صدمات ناشی از سرسوزن و وسایل تیز و برنده در کارکنان بهداشتی درمانی

با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HCV/HBV محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

- جهت شکستن ویال های دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند.
- پس از تزریق ، از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمودن خون جهتABG (یا کشت خون حذف شود)
- از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.
- در موارد ضروری جهت گذاردن در پوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن در پوش استفاده نمائید و یا از یک دست جهت گذاردن در پوش سرسوزن استفاده کنید.
- جهت حمل وسایل تیز و برنده از ریسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.
- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده اجتناب نمائید.

احتیاطات عمومی در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:

- در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد ، الزامی است از دستکش استفاده شود و موضع با پانسمان ضدآب پوشانده شود.
- جهت حفاظت بدن در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن ، استفاده از پیش بند پلاستیکی یک بار مصرف ضروری است.
- در صورتی که احتمال ترشح خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.
- در صورتی که بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضدآب ضروری است.
- در صورتی که کارکنان دچار اگزما و یا زخمهای باز می باشند، معاینهٔ پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است.

دستورالعمل ایمنی: کمک های اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی درمانی

با توجه به اینکه جراحات و اتفاقات عمده در حین انجام اقدامات و روش های درمانی ذیل ایجاد می شوند ، کمک های اولیه فوری مطابق با دستورالعمل ، جهت بهره برداری اعلام می شود:

- فرورفتن سرسوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی
- پاشیده شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به :
  - i. بریدگیهای باز
  - ii. ملتحمه (چشم ها)
  - iii. غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)
- گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

کمک های اولیه فوری

الف:

- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم
- کمک به خونروی از محل اولیه زخم (موضع تماس)
- خودداری از مالش موضعی چشم
- شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی

ب : گزارش فوری سانحه به پرستار کنترل عفونت و در صورت عدم حضور وی به سوپروایزر بالینی.

ج : ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر و تشکیل پروندهٔ بهداشتی کارکنان و اطلاع به مدیر و مسئول کمیته کنترل عفونت مرکز و طرح در کمیته کنترل عفونت بیمارستانی و پی گیری از طریق مراجع مربوطه

د : تشکیل پرونده و پی گیری مورد

ه : بررسی میزان خطر بیماری زایی ناشی از تماس در کارکنان : در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار– مددجو) با عفونت HIV محرز شود ، الزامی است فرد مورد تماس در حداقل زمان ممکن، ترجیحاً در عرض ساعت اول با نظر پزشک متخصص عفونی ، تحت مراقبت های درمانی قرار گیرد

و : در صورتی که منبع آلوده ، مورد شناخته شده HBV/HIV می باشد ، ۱۰–۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره می شود.

ز: پس از تماس ، جهت تعیین عفونت منبع ، **۱۰ – ۵** میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت B و C و HIV ، اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد