

ردیف	فرایند ساکشن تمیز برای پیشگیری از عفونت تنفسی	بلی	خیر	توضیحات
۱	وسایل و تجهیزات را آماده کنند. (دستکش، شیلد، ماسک، سوند نلاتون، سرنگ، لیوان حاوی آب، رابط ساکشن، فینگر تیوب)			
۲	ماسک و دستکش و شیلد را بپوشد			
۳	دستگاه ساکشن در وضعیت آماده به کار و درجه آن روی ۸۰ تا ۱۵۰ میلی متر جیوه تنظیم شود			
۴	حریم خصوصی بیمار رعایت شود			
۵	بهداشت دست را رعایت کند			
۶	بیمار را در پوزیشن مناسب و سر در وضعیت ۳۵ درجه قرار داده شود			
۷	پالس اکسی متر به بیمار وصل شود			
۸	روی چشم بیمار یک لایه گاز قرار داده شود			
۹	هندراب کند و دستکش لاتکس بپوشد			
۱۰	با سوند نلاتون ناحیه ساب گلوٹئال را از طریق دهان ساکشن کند			
۱۱	سوند نلاتون را دور می اندازد			
۱۲	دستکش را خارج نموده و هندراب کند			
۱۳	به مدت ۶۰ ثانیه بیمار را هاپیر ونتیله کند			
۱۴	هندراب کند و دستکش لاتکس بپوشد			
۱۵	لوله انتوبه بیمار را از لوله خرطوم جدا کند			
۱۶	با تکنیک استریل و فینگر تیوب آزاد، سوند نلاتون را داخل لوله انتوبه بیمار وارد می کند			
۱۷	فینگر تیوب را بسته و با شروع مکش، بصورت دورانی از انتهای لوله تراشه به طرف بالا انجام شود			
۱۸	هر نوبت ساکشن فقط با یک بار ورود نلاتون به لوله انتوبه انجام شود			
۱۹	هر بار ساکشن حداکثر ۱۵ ثانیه طول می کشد			
۲۰	سوند نلاتون را دور انداخته و از طریق فینگر تیوب بوسیله سرم شستشو مسیر ساکشن شستشو داده شود			
۲۱	ارزیابی مسیر تنفسی بیمار انجام شود			
۲۲	سوند نلاتون جدید به ساکشن متصل شود			
۲۳	دهان بیمار، داخل گونه ها و اطراف دندان ها ساکشن شود			
۲۴	سوند نلاتون را دور انداخته و از طریق فینگر تیوب بوسیله سرم شستشو مسیر ساکشن شستشو داده شود			
۲۵	وسایل ساکشن جمع آوری و در سطل زباله زرد دور انداخته شود			
۲۶	دستکش ها خارج شود و هندراب شود			
۲۷	مشاهدات ساکشن را در گزارش پرستاری بنویسد			
۲۸	محیط اطراف بیمار توسط کمک پرستار گندزدایی شود			
۲۹	گاز روی صورت بیمار تعویض شود			
ردیف	الزامات			
۱	سمع صداهای ریه یا نمودار تنفسی هر دو ساعت کنترل شود	۵	ساکشن دهان با نلاتون تراشه ممنوع است	
۲	سوند نلاتون در حالت آماده به کار متصل نیست	۶	در صورت نیاز، قبل از هر سیکل ساکشن هاپیر ونتیله انجام شود	
۳	درجه ساکشن برای نوزادان ۸۰ تا ۱۰۰ میلی متر جیوه تنظیم شود	۷	استفاده از NAC بدون دستور پزشک ممنوع است	
۴	برای هر سیکل ساکشن از یک سوند نلاتون استفاده شود	۸	فینگر تیوب آماده به کار با درپوش سوند بسته شده است	

ردیف	فرایند سونداژ ادراری برای پیشگیری از عفونت ادراری			بلی	خیر	توضیحات
۱	وسایل را آماده کند (سوند ادراری کیسه ادراری، دستکش لاتکس و استریل، ژل لیدوکائین، سرم شستشو، بتادین، ست استریل، سرنگ ۱۰ سی سی، آب مقطر، چسب)					
۲	حریم خصوصی بیمار را رعایت کند					
۳	بهداشت دست را رعایت کند و دستکش لاتکس بپوشد					
۴	ملافه های روی بیمار را به طرف پایین تا زده و پاهای بیمار را در معرض دید قرار دهد					
۵	پاکت خارجی دستکش استریل را در زیر باسن و ران های بیمار قرار دهد (هدف پیشگیری از آلودگی ملحفه بیمار است. میتوان از ایزی لایف، زیرانداز بیمار و ... استفاده نمود)					
۶	بیمار زن در پوزیشن خوابیده به پشت، پاهای باز، زانوهای کاملاً خم و کف پاها روی تشک و بیمار مرد در پوزیشن خوابیده به پشت پاها اندکی از یکدیگر فاصله داشته باشد					
۷	دستکش را خارج و بهداشت دست را رعایت کند					
۸	استریلیته ست را بررسی و با رعایت تکنیک استریل باز کند					
۹	اندیکاتور ست از نظر تغییر رنگ کنترل شود و خارج از ست قرار داده شود					
۱۰	بهداشت دست را عایت کند (نفر دوم)					
۱۱	سرنگ (جهت پر کردن کاف سوند) با رعایت تکنیک استریل باز شده و درون ست گذاشته شود (نفر دوم)					
۱۲	پوشش خارجی سوند را به دقت باز کند و به آرامی بر روی حاشیه کناری ست قرار دهد (نفر دوم)					
۱۳	مقداری محلول بتادین درون گالی پات بریزد. (نفر دوم)					
۱۴	دستکش استریل بپوشد					
۱۵	با سرنگ بادکنک سوند فولی را امتحان نماید					
۱۶	با استفاده از پنس گلوله های پنبه آغشته به بتادین را بردارد و لایبیا مژور راست و بعد چپ را با دو پنبه جدا پاکسازی و ضدعفونی کند (از بالا به پایین)					
۱۷	با استفاده از پنس گلوله های پنبه آغشته به بتادین را بردارد و لایبیا مینور راست و چپ را با دو پنبه مجزا ضدعفونی کند (از بالا به پایین)					
۱۸	با استفاده از پنس گلوله های پنبه آغشته به بتادین را بردارد و کلیتوریس را با یک پنبه مجزا به حالت چرخشی در محل ضدعفونی کند					
۱۹	با استفاده از پنس گلوله های پنبه آغشته به بتادین را بردارد و خط میانی (مجرای ادرار و واژن) را با یک پنبه مجزا ضدعفونی کند (از بالا به پایین در خط مستقیم)					
۲۰	در آخرین مرحله پاکسازی برای خانم ها با یک پنبه یا گاز منطقه آنوس ضد عفونی کند					
۲۱	شان پرفوره و در صورت عدم وجود، گاز استریل روی ناحیه سمفیز پوبیس قرار دهد					
۲۲	سرنگ (جهت پر کردن کاف سوند) را با رعایت تکنیک استریل با آب مقطر تزریقی پر کرده و آماده بگذارد					
۲۳	با دست غالب و استریل بخش فوقانی سوند ادراری را از فاصله ۷ تا ۱۰ سانتی متری نوک آن بگیرد (به صورت حلقه شده دور دست) و به ژل آغشته کند					
۲۴	نوک سوند را به داخل مجرای ادراری فرو برده و تا نزدیک ۲ راه سوند به داخل مثانه فرستاده شود					
۲۵	کاتتر را به کیسه ادراری متصل کند و جریان ادرار را تحت نظر قرار دهد. (نفر دوم)					
۲۶	سرنگ حاوی ۱۰ سی سی آب مقطر را به مجرای بالن متصل کند و تمامی مایع را تزریق کند تا بالن سوند پرشود. (تزریق هوا ممنوع است)					
۲۷	سوند را رها کند و اجازه دهد مقدار اضافی آن از مجرای ادراری خارج شود و کیسه حتما به تخت آویزان باشد					
۲۸	با استفاده از دو چسب قسمت بالای دو راه سوند و قسمت بعد از سر بگ ادرای را به صورت حرف H، به بدن بیمار فیکس کند					
۲۹	پاکت دستکش را از زیر پاهای بیمار جمع کند. لباس ها و ملافه های بیمار را مرتب کند و پاراوان و وسایل را بردارد					
۳۰	دستکش را از دست خارج کند و بهداشت دست را رعایت کند					
۳۱	آموزش لازم در مورد علائم عفونت را به بیمار بدهد					
۳۲	تاریخ تعبیه سوند ادراری را روی کاردکس یادداشت کند					
۳۳	اندیکاتور ست استریل و کد ریکال را در پرونده نصب کند					
ردیف	الزامات					
۱	موهای زاید ناحیه پرینه کوتاه باشد	۴	بیشتر از نیمی از کیسه ادرار پر نباشد			
۲	سوند فولی همیشه آویزان باشد و روی زمین نباشد	۵	ناحیه پرینه از نظر علائم نشت و عفونت روزانه بررسی شود			
۳	قبل از سونداژ کتتر به روش استریل به لیدوکائین آغشته شود					

ردیف	فرایند انواع رگ گیری برای پیشگیری از عفونت خون			بلی	خیر	توضیحات
۱	وسایل را آماده کند (آنژیوکت، سینی آنژیوکت، گارو، ظرف پنبه خشک، الکل، بتادین، دستکش لاتکس، چسب، هپارین لاگ)					
۲	بهداشت دست را رعایت کند					
۳	از طریق مشاهده و لمس با نوک انگشتان، رگ مناسب برای رگ گیری را بر روی دست بیمار پیدا کند.					
۴	بهداشت دست را رعایت کند					
۵	دستکش لاتکس بپوشد					
۶	ناحیه مورد نظر را با پنبه آغشته به الکل از مرکز به محیط ضد عفونی کند					
۷	آنژیوکت را به نحوه صحیح از بسته خارج کند و در دست غالب خود بگیرد و وارد رگ کند					
۸	انتهای آنژیوکت را به هپارین لاگ/ سرم بیمار متصل کند					
۹	آنژیوکت را با چسب به دست بیمار فیکس کند					
۱۰	وسایل را جمع آوری کند و اقلام عفونی و تیز و برنده را در سیفتی باکس و زباله عفونی دفع نماید					
۱۱	دستکش را خارج کند و بهداشت دست را رعایت نماید					
۱۲	تاریخ و شیف و نام پرستار تعبیه کننده را روی چسب ثبت نماید					
۱۳	آموزش لازم در مورد فلبیت و علائم عفونت را به بیمار بدهد					
۱۴	تاریخ تعبیه آنژیوکت در کاردکس ثبت شود					
ردیف	الزامات					
۱	R-Cap انجام نمی شود		۵	قبل از تعبیه کاتترهای مرکزی در بخش های ویژه، اسکراب دست انجام می شود		
۲	سرسوزن در اطراف بیمار رها نشده است		۶	برای تعبیه کاتترهای مرکزی از ست پانسما و شان پرفوره استفاده می شود		
۳	داروهای مولتی دوز باز شده دارای تاریخ شروع استفاده و داخل یخچال می باشد		۷	برای تعبیه کاتترهای مرکزی از روش الکل - بتادین - الکل استفاده می شود		
۴	تعبیه کاتترهای مرکزی در اتاق عمل انجام می شود		۸	قبل از استفاده از ورودی کاتترهای مرکزی نوک کاتتر با پنبه الکل تمیز می شود		

ردیف	فرایند پانسمان استریل برای پیشگیری از عفونت زخم			بلی	خیر	توضیحات
۱	وسایل را آماده کند (دستکش لاتکس، دستکش استریل، ست پانسمان، سرم شستشو، بتادین، باند، چسب، گان، ماسک، شیلد)					
۲	در و پنجره های اتاق را ببندد و حریم خصوصی بیمار را رعایت کند					
۳	ترالی/ سینی پانسمان را کنار تخت بیمار قرار دهد					
۴	با توجه به نوع پانسمان، از وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده می کند (ماسک، شیلد، گان)					
۵	بهداشت دست را رعایت کند					
۶	بیمار را در پوزیشن مناسب قرار دهد به نحوی که محل زخم در معرض دید باشد					
۷	ست پانسمان را از نظر استریلیته و داشتن کد ریکال بررسی کند					
۸	بهداشت دست را رعایت کند و دستکش لاتکس بپوشد (در صورت خشک بودن پانسمان قدیمی، استفاده از دستکش الزامی نیست)					
۹	لایه اول پانسمان های قدیمی را باز کرده و لایه های بعدی را به آرامی از روی زخم جدا کند					
۱۰	دستکش را خارج کند و بهداشت دست را رعایت کند					
۱۱	با رعایت تکنیک استریل ست پانسمان را باز کند و استریلیته اندیکاتور را چک کند (نفر دوم)					
۱۲	بتادین/ سرم شستشو را درون گالی پات/ رسیور بریزد (نفر دوم)					
۱۳	دستکش استریل بپوشد					
۱۴	ضد عفونی محل زخم را با توجه به نوع زخم و دستور پزشک با تکنیک صحیح انجام دهد (از قسمت نزدیک به دور زخم و بصورت چرخشی)					
۱۵	با سرم شستشو بتادین باقیمانده روی زخم را با تکنیک صحیح پاک کند (از قسمت نزدیک به دور زخم و بصورت چرخشی)					
۱۶	با گاز استریل سطح زخم را خشک کند					
۱۷	روی زخم را با گاز بپوشاند					
۱۸	روی پانسمان را به روش صحیح با چسب بپوشاند (روی گازها و چند سانتی متر اطراف گاز پوشانده شود)					
۱۹	وسایل را جمع آوری کند					
۲۰	بهداشت دست را رعایت کند					
۲۱	روی قسمت پوستی پانسمان تاریخ، شیفت و نام پرستار را ثبت کند					
۲۲	وسایل حفاظت فردی را خارج کند و در سطل زباله عفونی دفع کند					
۲۳	بهداشت دست را رعایت کند					
۲۴	آموزش های لازم را در مورد علائم عفونت به بیمار بدهد.					
۲۵	گزارش پانسمان را با جزئیات در گزارش پرستاری ثبت کند					
۲۶	اندیکاتور و کد ریکال را در گزارش پرستاری/ فرم مخصوص نصب کند					