



بیمارستان رستمانی پارسیان



شناسنامه بروشور آموزشی

عنوان	تحويل و تحويل بالینی بیمار
تهیه کننده	مرضیه منصوری
تایید کننده	کمیته آموزش به بیمار
سال تهیه	خرداد 1404
ناظر کیفی	سوپروایزر آموزشی خانم منیره اکبرزاده
تایید کننده علمی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

*آمدن بر بالین بیمار همین حالا

*صحبت کردن با بیمار یا خانواده او در مورد

موضوع خاص

*تقاضا برای انجام مشاوره توسط پزشک و ...

*سایر پیشنهادات شامل: گرافی - آزمایش - نوار قلب

و ...

*اگر نوع و یا روند درمان تغییر کرده است سوال

کنید "هر چند وقت یکبار"

سوال کنید: اگر بیمار بهبود پیدا نکرد چه موقع

دوباره تماس بگیرم؟



در این مرحله موارد زیر بیان می شود:

*آخرین علائم حیاتی

*وضعیت منتال بیمار

*تعداد نبض و تنفس و کیفیت آن

*تغییرات در ریتم قلبی

*درد

*تغییرات عصبی

*رنگ پوست

*سطح اکسیژن

گام پنجم: پیشنهادات و توصیه ها

*در این گام بیان کنید که دنبال چه چیزی

هستید، میخواهید برای این بیمار چه کاری را

چه موقع انجام دهید

شما برای بهبود این وضعیت و حل مسئله چه

نیازی به فرد مقابل دارید

توصیه ها می توانند شامل موارد زیر باشند:

*انتقال بیمار

*تغییر درمان

SBAR چیست؟

*روش SBAR، تکنیکی ساده و استاندارد و یک مدل ذهنی برای برقراری ارتباطات موثر در تحویل بیمار (hand off) و اطلاعات مربوط به آن بیم پزشکان و پرستاران، همچنین برای انتقال بیمار به بخش ها و افراد، مورد استفاده قرار می گیرد

(hand off) چیست؟

انتقال مراقبت از یک ارائه کننده مراقبت به دیگری می باشد



ISBAR

- 1-اطلاعات دموگرافیک بیمار (Identify)
- 2-بیان وضعیت (Situation)
- 3-زمینه و سوابق (Background)
- 4-ارزیابی انجام شده (Assessment)
- 5-پیشنهادات و توصیه ها (Recommendation)

اهداف اجرایی بکارگیری ISBAR

- 1-ارتباط شفاف، مختصر، دقیق و کامل مربوط به اطلاعات کلیدی بالینی بیمار
- 2-بهبود ایمنی بیمار و نتایج بالینی مراقبت از آنها
- 3-اجرای الزامات استاندارد سازی در زمینه ارتباط مناسب برای تحویل بیمار در موارد پذیرش، انتقال، گزارش و تحویل شیفت ها و راندهای روزانه
- 4-بهبود ارتباط پزشکان، پرستاران مراقبت در موارد بحرانی و غیر بحرانی
- 5-بحث و تبادل نظر با سایر بخش ها و واحدها در راستای تقویت همکاری بین بخش ها و واحدهای مرتبط با مراقبت بیمار

گام های اصلی ISBAR

1-گام اول:اطلاعات دموگرافیک بیمار

*در این گام ابتدا فرد نام خود را بیان می کند و سپس نام بیمار، سن و جنسیت بیمار را ذکر می کند

2-گام دوم: بیان وضعیت

*در این گام شکایت اصلی بیمار، تشخیص، اقدامات درمانی و نیازهای مراقبتی بیمار (تشریح وضعیت کنونی بیمار در طی 5-10 ثانیه) بیان می شود

3- زمینه و سوابق

* بیماریهای زمینه ای، آلرژی ها و حساسیت های فرد، نتایج آزمایشگاهی، آخرین علائم و یافته های بالینی بیمار (بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار)

4- ارزیابی انجام شده

* در این گام نتایج حاصل از ارزیابی بالینی انجام شده با فرد مقابل، تسهیم و تشریح مساعی می شوند و اینکه چه چیزی باید مورد تحلیل بیشتر قرار بگیرد و آیا بروز این مسئله حیات فرد را تهدید می کند یا خیر