

	NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSÖDÜRÜ	Doküman Kodu	YB.PR.06
		Yayın Tarihi	28.06.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1 / 8

1.AMAÇ: Yoğun Bakım Ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartların sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için genel işleyişinin tanımlanmasını sağlamak

2.KAPSAM: KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi

3.KISALTMALAR

4.TANIMLAR:

5.SORUMLULUK: Sorumlu öğretim üyesi, sorumlu uzman hekim, asistan, sorumlu hemşire, hemşire, tıbbi sekreter, personel

6.FAALİYET AKIŞI:

6.1. HASTANIN KABULÜ:

6.1.1.Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Sevkinin Yapıldığı Yerler:

Poliklinikler, acil servis, servisler (klinikler), başka hastaneler (acil servis aracılığıyla), ameliyathane, il dışı

6.1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Hasta Kabul Kriterleri:

6.1.2.1 Yakın ve yoğun takip gerektiren hayati risk taşıyan hastalar (intoksikasyon, organ yetmezliği, hemodinamik bozukluklar vs)

6.1.2.2.Solunum desteği (invaziv – noninvaziv) ihtiyacı olan bütün hastalar

6.1.2.3. Yakın monitörizasyon takibi gerektiren

6.1.2.4.Solunum sıkıntılı, hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalar

6.1.2.5. Yeniden canlandırma yapılan hastalar

6.1.2.6.Metabolik ve beslenme sorunu olan hastalar

6.1.2.7. Bilinci kapalı yoğun takip ve tedavi gerektiren hastalar

6.1.2.8.Postoperatif hayati risk taşıyan hastalar

6.1.2.9.Multitравmalı hastalar

6.1.2.10. Multiorgan yetmezliği olan hastalar

6.1.3 Yatış Öncesi İşlemler:

6.1.3.1 Hastanın yatışını yapacak hekim tarafından yoğun bakım yatak durumu, yoğun bakım sorumlu hemşiresi veya nöbetçi hemşire ile görüşülerek sorgulanır. Yatak durumuna göre hastanın yoğun bakım ünitesine kabulü planlanır.

6.1.3.2. Yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta için, hastanın yatışını yapan doktor ile görüşülerek hastanın genel durumuna uygun olarak yatağı hazırlanır.(Oksijen, monitörizasyon, infüzyon pompası, kataterizasyon, solunum cihazı v.b)

6.1.3.3. Hasta Yoğun Bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınır.

6.1.4. Kayıt Süreci:

6.1.4.1.Sekreter tarafından hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır, varsa protokol defterine de kayıt yapılır.

6.1.4.2.Hekim tedavi talimatında (order) hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir.



NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSÖDÜRÜ

Doküman Kodu	YB.PR.06
Yayın Tarihi	28.06.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	2 / 8

6.1.4.3.Bilgisayarda hastaya ait tedavi talimatında (order) bulunan ilaç-malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır.

6.1.4.4.Hasta tanıtım bilekliği hazırlanıp hastanın bileğine takılır.

6.2.HASTANIN RIZASININ ALINMASI:

Yoğun bakım hasta onam formu hastanın şuuru açıksa kendisine, kapalı ise yakınlarından birisine(mümkünse birinci derece yakınına, birinci derece yakını yok ise yakınlık derecesine göre en yakınına) doldurtularak imzalatılır. Eğer hastanın yanında hasta yakını yok veya ulaşamıyor ise onam formu hastanın bilinci açıksa hastaya bilinci kapalı ise tedavi eden doktor, sorumlu hemşire veya nöbetçi hemşire ile birlikte yakınının olmadığı belirtiler imzalanır. Hastanın özgeçmişi sorgulanır.(özgeçmiş, geçirdiği hastalıklar, ameliyatlar, kullandığı ilaçlar)hasta yakını telefonu alınır.

6.3. HASTANIN TRANSFERİ

- 6.3.1.Solunum yetmezliği ortadan kalkan hastalar,
- 6.3.2.Şuuru açılıp, yer ve zaman yönelenimi doğal hastalar,
- 6.3.3.Hayati işlevleri durağanlaşan hastalar,
- 6.3.4.Organ fonksiyonları normale dönen hastalar,
- 6.3.5.Kalp-damar sistem bulguları normal olan hastalar, nakledilir.

6.4.ÇIKIŞ İŞLEMLERİ:

- 6.4.1.Durumlarına göre servis veya yoğun bakım için yatak sorgusu yapılır.
- 6.4.2.Hastanın şuuru açıksa hastaya bilgi verilir.
- 6.4.3.Eğer servise çıkacak ise refakatçi gerekeceğinden hasta yakınlarına durum bildirilir. Hasta bakımları tam olarak teslim edilir. Dosya ilaç ve malzemeleri eksiksiz teslim edilir.
- 6.4.4.Hasta taburcu edilecekse hasta yakınları çağırılır. Çıkış işlemleri yapıldıktan sonra hasta tekerlekli sandalye, sedye veya yatakla personel eşliğinde çıkarılır. Hasta yakınlarına evde bakım gereksinimleri ile ilgili eğitim verilir. Dosyası sekretere teslim edilir.
- 6.4.5.Nakil durumunda Hasta Nakil Formu doldurulur. Yoğun bakım protokol defterinden çıkışı yapılır.

6.5.KURUM DIŞI SEVK:

- 6.5.1. Nöbetçi doktor tarafından Yoğun Bakım çıkış notu (epikrizi) yazılır, imzalanır. Dosyaya konulur. Kurum dışı sevk olacak hastalarda, doktor hasta için yer ayarladıktan sonra 112 ile hasta transfer edilir.
- 6.5.2Hastanın hemşiresi tarafından ilgili servis veya Yoğun bakım hemşiresine birebir nöbet teslim talimatına uygun hasta teslimi yapılır.

6.6. TERMİNAL DÖNEM VE VEFAT SÜRECİ

- 6.4.6.Terminal dönemdeki hasta bakımının temel amacı hastanın kalan yaşam süresinin kalitesini yükseltmektir. Bu amaç doğrultusunda; Hasta ile iletişim açık tutulur, konuşmaya teşvik edilir ve dikkatlice dinlenerek duyguların paylaşılması sağlanmalıdır.
- 6.6.2.İletişimde „şimdi“ ve „burada“ ilkesine yoğunlaşıp, kısa hedefli planlama yapılması sağlanmalıdır
- 6.6.3. Hastanın yanında bir başka kişiyle kesinlikle fısıltıyla konuşulmamalı



NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSÖDÜRÜ

Doküman Kodu	YB.PR.06
Yayın Tarihi	28.06.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	3 / 8

6.6.4. Hasta sürdürebildiği aktiviteleri için desteklenmeli

6.6.5. Hasta bağımlılığına göre değişen bakım planı oluşturulur.

6.6.6. Hastanın daha önce kullandığı baş etme yöntemleri işler hale getirilmeli. Örneğin hasta müzik dinlemek istiyorsa bu sağlanmalı Hastanın ailesi ya da beraber olmak istediği kişilerle beraberliği.

6.6.7. Ölüm anındaki belirtiler gözlenirse (kardiyak arrest, solunum arresti, dilate pupillalar) hekime bilgi verilir. “Mavi Kod (CPR) Prosedürü” uygulanır. Otopsi ya da organ bağışı gibi konularda yasa ve yönetmeliklere uygun davranılarak, kurumun bu konu üzerine çalışan organ nakli ekibi/kurul başkanı hasta yakınları ile iletişime geçmesi ve gerekliliklerin yerine getirilmesi sağlanır.

Hekim tarafından vefat ettiği tespit edildikten sonra;

6.6.8. Eğer hasta adli vaka ise hastane polisine haber verilir.

6.6.9 Vefat eden hastanın üzerindeki kanül, katater, NG Sonda, foley sonda, entübasyon tüpü hemşire ve doktor tarafından çıkarılır. Hasta bakıcı ile beraber çene ve ayaklar bağlanır, ex bezi ile sarılır. Üzerine hastanın kimlik bilgilerinin yazılı olduğu ex kağıdı yapıştırılır. Arrest ve ex saatleri, hastaya yapılan ilaç ve müdahaleler hemşire gözlem formuna eksiksiz kaydedilir. 2 adet düz ekg si dosyaya bırakılır.

6.6.10 .Çıkış evrakları (Yoğun Bakım epikrizi, ölüm belgesi, yatış-çıkış evrakı) hazırlanır. Doktoru tarafından doldurulup, imzalanır.

6.6.11. Adli vakalarda nöbetçi müdürlük ölüm raporunu hazırlar, normal vakalarda ise doktor kullanıcı kodu ile hastanın bilgilerini sağlık bakanlığının ölüm raporlama sistemine girer.

6.6.12. Hasta yakınları hastanede yoksa telefonla hastaneye çağrılır. Ölüm haberi verilir. Hastanın nüfus cüzdanı teslim alınır.

6.6.13. Morg görevlilerine haber verilerek hasta bir saat içinde morga indirilir.

6.7. HASTANIN TIBBİ BAKIM İHTİYAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

6.7.1. Klinik Süreçler

6.7.2. **İnvaziv işlemler ve nutrisyon durumu:** Yatağa alınan hastaya aşağıdaki işlemler sırasıyla yapılır:

6.7.3. Hastanın üzerindeki giysiler çıkarılır. Hastaya ait giysileri değerli eşyaları, takıları (para, anahtar, bilezik, cüzdan v.b) takma dişi çıkartılır, hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

6.7.4. Hasta başı monitör monitörize edilir ve hayati işlevleri alınır.

6.7.5. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır. Damar yolu yoksa periferik damar yolu açılır yada santral katater takılır.

6.7.6. Hasta huzursuz ise hastayı korumaya yönelik tedbirler alınır, gerekli durumlarda sedatize edilir. Gerekli görüldüğü takdirde hareket kısıtlaması (el ayak sabitleyici ile) yapılır.

6.7.7. İdrar ve nazogastrik kataterizasyonu yok ise ihtiyaca göre takılır.

İnvaziv işlemler doktor tarafından belirlenip, gereksinim durumunda hasta ve yakını rızası alınarak uygulanır

6.7.8. Tedaviye uygun şekilde mayi ve giden ilaçları takılır. Üzerlerine tarih saat yazılır. Hastanın nutrisyon durumu hekim tarafından hesaplanıp, oral kısıtlaması yoksa oral, parenteral yada enteral olarak başlanır.

6.7.9. Geniş rutin, hepatit markeri, eliza, hemogram, kan grubu, için kan alınır.



NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSÖDÜRÜ

Doküman Kodu	YB.PR.06
Yayın Tarihi	28.06.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	4 / 8

6.7.10. Tedavi talimatı, hemşire gözlem formuna geçilir. Yapılan tedaviler işaretleme kuralına göre işaretlenir.

6.7.11. Yoğun Bakım nöbetçi hekimi tarafından, hasta değerlendirilip gerekirse diğer konsültasyon veya radyoloji hizmetlerinin istemi yapılır.

6.7.12 Hasta yakınları hekim tarafından bilgilendirilir.

6.7.13 **Hemşirelik bakımı planlanarak uygulanır** hemşire gözlem formuna kaydedilir. (Ağız bakımı, el, yüz bakımı, vücut bakımı, ent. tüp bakımı, kataterlerin bakımı, pozisyon, masaj, postural drenaj, dekübit, ödem, aspirasyon).

6.7.14. Yoğun Bakım Ünitesi ve ziyaret saatleri (12-12:30) hakkında bilgi verilir. Hasta ile ilgili bilgi almaları için hastanın hekimine yönlendirilir ve hastanın **rehabilitasyon süreci** başlar.

6.8. VENTİLATÖRDEKİ HASTANIN İZLEMİ:

6.8.1. Yoğun bakım ünitesinde entübasyon işlemi hastanın gereksiniminin olduğu acil şartlarda veya elektif olarak yapılır. Bununla ilgili kararı hastanın doktoru verir.

6.8.2. Entübasyonu Gerektiren Hastaya İlişkin Kriterler:

6.8.2.1 Nöromüsküler fonksiyon bozuklukları

6.8.2.2. Santral sinir sistemine ait patolojiler, koma

6.8.2.3. Solunum yetmezliği

6.8.2.4. Solunum-dolaşım durması

Hastanın entübasyonuna hastanın muayene ve kan gazları değerlendirilerek karar verilir.

6.8.2.5. Entübasyona karar vermek için arteriel kan gazı dikkate alınır. Hastanın mekanik ventilatöre bağlanması; hastayı tedavi eden doktoru veya gerektiğinde anestezi uzmanı tarafından, birlikte değerlendirilir. Entübasyon malzemeleri hazırlanır.

6.9. SEDASYON VE ANALJEZİ UYGULANMASI:

Yoğun Bakım Ünitelerinde Hastaların;

6.9.1. Huzursuzluk ve iç sıkıntısının giderilmesinde sakinleşmelerini sağlamak.

6.9.2. Yapılan tedavi ve girişimlerin daha kolay tolere edilebilmesi için sakinleştirici ajanlar kullanılır.

6.9.3. Ameliyattan sonra ağrının giderilmesi amacıyla doktor istemine göre ağrı kesiciler kullanılır.

6.10. VENTİLATÖRDEKİ HASTANIN EXTÜBASYON SÜRECİ;

6.10.1. Dolaşım durumu tabii ise

6.10.2. Batında aşırı şişkinlik yoksa

6.10.3. Metabolik bozukluk yoksa

6.10.4. Solunum hareketlerinde düzensizlik yoksa

6.10.5. Öksürük ve yutkunma refleksi yeterli ise

6.11. SOLUNUM KRİTERLERİ;

6.11.1. Vital kapasite (ml/kg.) >5

6.11.2. İnspirasyon gücü (cm H₂O) >20 PH >7.30

6.11.3 Solunum sayısı/dk. <25 (yaşa göre değerlendirilmelidir)

6.11.4. Dakika ventilasyonu (L/dk) <18



NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSÖDÜRÜ

Doküman Kodu	YB.PR.06
Yayın Tarihi	28.06.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	5 / 8

- 6.11.5.Hastanın mekanik ventilasyon desteğinden ayrılması T tüp ile spontan solunum veya 6.11.6.CPAP-PSV modu ile gerçekleştirilir. T tüp ile hastanın ventilatörden periyodik ayrılması ve nemli oksijen verilmesini gerektirir.Her defasında ventilatörden ayrılma süresi uzatılır ve akciğer fonksiyonlarının spontan ölçümleri tekrarlanır.
- 6.11.7.Trakeal tüp çıkarmaya (ektübasyon) uygun olan hastada bu işleme en erken sürede başlanmalıdır.
- 6.11.8.Hastanın şuuru açık ise hasta mutlaka bilgilendirilmelidir.
- 6.11.9 Hasta solunum cihazından ayırma yordamına alınır.
- 6.11.10.Hayati işlevler ve kan gazları örneği ile hastanın genel durumu değerlendirilmelidir.
- 6.11.11.Extübasyonda kullanılacak nemli oksijen sistemi hazırlanmalıdır.
- 6.11.12.Entübasyon malzemeleri ve acil arabası hastanın başında hazır edilmelidir.
- 6.11.13.Hastanın hava yolu temizlenir (aspirasyon/öğürme işlemi)
- 6.11.14.Oksijen doygunluğu solunum sesleri ve göğüs hareketleri yakın takip edilmelidir.
- 6.11.15.Trakeal tüp çıkarma (ektübasyon) tarih ve saati hemşire hasta takip formuna not edilmelidir.

6.12. SKORLAMA SİSTEMLERİ İLE HASTANIN TAKİBİ:

- 6.12.1.Hastalar hastalık şiddetini belirleyen saps 2 skorum sistemleri ile değerlendirilir.bilinç takibi glaskow koma skalası ile takip edilmektedir.Bası yarası değerlendirilmesinde,waterlow bası yarası ölçeği kullanılmaktadır.Düşme değerlendirilmesinde itaki düşme riski ölçeği kullanılmaktadır.Bunların yanı sıra hemşire gözlem formunda beslenme takibi ve ağrı ölçeği de kullanılmaktadır.

6.13. BASI YARASI(DEKÜBİT) TAKİBİ:

- 6.13.1. Yatak yaralarını önlemeye yönelik olarak öncelikle risklerin tanınması, basıncın etkilerinin azaltılması, beslenme durumunun belirlenmesi, uzun süren yatak istirahatinden kaçınılması ve deri bütünlüğünün korunması gerekir. Riskli hastalarda ilk önleyici girişim; basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır. Bunun için;
- 6.13.2. Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracığı için hastanın pozisyonu gündüzgece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir,
- 6.13.3. Hastaya pozisyon verirken sünger veya silikon jel gibi maddelerden yapılmış yastık kullanılır,
- 6.13.4. Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışksız olmasına dikkat edilir,
- 6.13.5.Sabah - akşam bası bölgelerinin kontrolü yapılır,
- 6.13.6.Eğer sınırlama yoksa hasta belirli aralar ile yataktan sandalyeye alınıp, 30 dakika oturması sağlanır, mobilize edilir.
- 6.13.7.Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır,
- 6.13.8.Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır.
- 6.13.9 Enteral paranteral beslenmenin iyi sağlanması gerekir.

6.14. ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE İZLENMESİ:

- 6.14.1.Yoğun Bakım Ünitelerinin temizliği, risk düzeyine göre temizlik planına göre yapılır.
- 6.14.2.İntravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.
- 6.14.3. Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir. Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.
- 6.14.4. Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir.
- 6.14.5.Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenlerden doktor uygun görürse kültür alınır.Üreme olup olmadığı takip edilir.

	NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSÖDÜRÜ	Doküman Kodu	YB.PR.06
		Yayın Tarihi	28.06.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	6 / 8

6.14.6.Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastaların enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda 4 tüp kan kültürü alınır.

6.14.7.Santral kateteri olan hastaların kateterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir. Takibi yapılır.

6.14.8.İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun gördüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir. Üreme olup olmadığı takip edilir.

6.14.9. Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir. Yatak, monitör kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.

6.14.10. Nazal oksijen kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir. İlaç nebülizatörleri hastaya özeldir.

6.14.11. Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır.

6.14.12. Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.

6.14.13.Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.

6.14.14.Ambular kullanım sonrasında sterilizasyon ünitesine gönderilir .

6.14.15.Laringoskop bıçak “blade” kısımları steril edilerek veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.

6.14.16.YBÜ'nde ziyaretçiler için geçerli olan kurallara uyulur. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı şekilde denetlenir. Enfeksiyon bulguları olan ziyaretçilerin üniteye girişi engellenir.

6.14.17.Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.

6.14.18.İzolasyon gerektiren hastalar için izolasyon kurallarına göre gereken önlemler alınır.

6.15. DÜŞME RİSKİNİN ÖNLENMESİ:

6.15.1. 2. ve 3. seviye Yoğun Bakım Ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemler alınır.

6.15.2. Yetişkin hastalarda **İtaki düşme ölçeği** kullanılarak düşme değerlendirilir.

6.16.NARKOTİK İLAÇ KULLANMATALİMATI

6.16.1. Narkotik ilaçlar da diğer ilaçlar gibi hastane otomasyon programından order edilir.

6.16.2. Her servis için, verilecek ilaçların, dozları, miktarları ve güncel Sağlık Uygulama Tebliği esaslarına göre uygunlukları eczacı tarafından kontrol edilir ve onaylanır.

6.16.3. Onaylanan ilaçlar için otomasyon programından döküm alınır. 5. Order edilen narkotik ilaçlar, diğer ilaçlarla beraber eczane personeli tarafından hazırlanır

6.16.4. Servislerden yapılan orderlar doğrultusunda eczanede hazırlanan narkotik ilaçlar, ilgili servis personeli tarafından imza karşılığında sayılarak teslim alınır

6.16.5Servise gelen ilaçlar Narkotik İlaç Devir-Teslim Defterine hemşire tarafından kayıt edilir ve kilitli uyuşturucu ilaç dolaplarında saklanır.

6.16.5. Narkotik ilaçlarla ilgili serviste herhangi bir sorun (kayıp, kırılma vs) olduğunda mutlaka Baş eczacıya haber verilmelidir.



NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSÖDÜRÜ

Doküman Kodu	YB.PR.06
Yayın Tarihi	28.06.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	7 / 8

6.17.HEMŞİRE NÖBET TESLİM TALİMATI

6.17.1. Nöbetçi hemşire/ebe/sağlık memuru belirtilen saatten en az 15 dakika önce çalışacağı birimde hazır bulunmalıdır.

6.17.2. Nöbet teslim süreci nöbeti devralacak hemşire/ebe/sağlık memuru gelmeden başlatılmamalıdır.

6.17.3. Nöbetçi hemşire/ebe/sağlık memuru, nöbet yerini terk edemez. Ani hastalık ve benzeri mazeretin meydana gelmesi halinde, yetkili amirin müsaadesi ile, birim sorumlusunun bilgisi dahilinde nöbeti kendisinden sonra gelene fiili olarak devredebilir.

6.17.4. Nöbetçi olan hemşire/ebe/sağlık memuru nöbetleri esnasındaki faaliyetlerini, yaptıkları işlemleri ve mühim olayları kendilerine ait deftere yazarak bir sonraki nöbetçiye teslim ederler.

6.17.5. Nöbet defteri nöbeti teslim eden/alan tarafından, sorumlu hemşireye imzalatır.

6.17.6. Nöbeti tutmayan veya kusurlu tutan hemşire/ebe/sağlık memuru hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

6.17.7. Nöbet teslimleri, nöbeti devreden ve devralan hemşire/ebe/sağlık memuru arasında gerçekleştirilir. Önce deskte, sonra hasta başında yapılır. Hasta bakım sürecindeki bilgileri kapsamalıdır. Nöbet değişimi ve hasta teslimi mümkün olduğunca kısa sürede yapılmalı ve hastanın adı soyadı, tanısı, ameliyat öncesi/sonrası durumu, tetkikleri, izolasyonu, diyeti ve hastaya ait spesifik bilgileri içermelidir.

6.17.8. Narkotik ilaç teslimi bağımlılık yapan ilaçların temini ve standardına uygun olarak yapılmalıdır.

6.17.9. Malzeme teslim formu malzemeler sayılarak teslim alınır.

6.17.10Acil arabası klembi ve formu kontrol edilir.

6.17.11.Oda ve buzdolabı ısı nem formları doldurulur.

6.17.12.Nöbet teslimi sırasında hastaya giden tüm sıvı ve beslenme ürünlerinin kontrolü nöbeti devreden ve devralan hemşire/ebe/sağlık memuru arasında (çift taraflı) yapılmalıdır.

6.17.13.Hasta odası ve hastaya ait tüm kayıtlar nöbeti devralan hemşire/ebe/sağlık memuruna devir edilir.

6.18.MONİTÖRİZASYON

6.18.1.Ekran power kablosunun altında ve parametre booksın alt kısmında bulunan power düğmelerine basılarak hasta başı monitörün ekranı ve parametre booksı (parametre okuyucu) çalıştırılır.

	NÖROLOJİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSÖDÜRÜ	Doküman Kodu	YB.PR.06
		Yayın Tarihi	28.06.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	8 / 8

6.18.2.Kalp atım hızı, elektrokardiyogram ve solunum hızı (HR, ECG, RESP) Hastabaşı monitörün ECG yazan sokete ECG kablosu takılır. ECG bağlantısı Göğüs sol üst, sağ üst ve sol alt kısma yapıştırılan elektrotlar kullanılır.

6.18.3.Noninvaziv kan basıncı ölçümü (NIBP) Cihaz girişinde NIBP yazan yerde bir veya iki adet esnek plastik boru bağlamak için uygun yuva vardır. Bu borular normal tansiyon aletlerinden daha uzundur ve klasik tansiyon aletlerinde mevcut olan manşonla sonlanırlar. Bu manşon hastanın koluna takınız.

6.18.4.Vücut sıcaklığı (Temperature) Monitör cihazının girişinde “T1” veya “Temp” yazan girişine bağlanan sıcaklık sensörü ile ölçülen değer monitör ekranında görüntülenebilir.

6.18.5. İnvaziv kan basıncı ölçümü (IBP) İnvaziv kan basıncı ölçüm bağlantılarının monitörün IBP modülü üzerindeki girişleri P, P1, P2, Press1, press2,.. gibi isimlerle ifade edilir. Uygun kateter takıldığı sürece IBP girişi kullanılarak santral venöz basınç (CVP), sağ atrium basıncı, pulmoner arter basıncı veya kafa içi basıncını dahi monitörize etmek mümkündür.

6.18.6. Kan oksijen saturasyonu (Pulse oxmetry) Monitör cihazın modül girişlerinden “SPO2” yazan girişine bağlı özel bir optik sensör parmak ucuna veya kulak memesine bağlanarak kandaki oksijen saturasyonu ve dakikadaki kalp atım hızı HR (HEART RATE) sürekli olarak monitörize edilmiş olur.