

**معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...  
ریاست محترم مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجائی  
ریاست محترم مرکز سل و بیماری های ریوی مسیح دانشوری**

**موضوع: ابلاغ فرم ثبت گزارش احیا و فرم نظارت بر عملیات احیا و فرم نظارت بر عملیات احیا**

**با سلام و احترام**

به منظور تدوین استاندارد کشوری و یکسان سازی ثبت و مستندسازی فرآیند احیا در بیمارستان های سراسر کشور، فرم "ثبت گزارش عملیات احیا"، با همکاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی درمان، معاونت پرستاری، انجمن های علمی قلب، بیهوشی، طب اورژانس ایران، انجمن علمی قلب پرستاری و انجمن پرستاری ایران طراحی گردیده است. شایسته است دستور فرمایید این فرم به همراه راهنمای تکمیل آن، و همچنین فرم نظارت و پایش احیا (۳ فایل پیوست) در اختیار کلیه بیمارستان های تحت پوشش (اعم از دانشگاهی و غیر دانشگاهی) قرار گیرد و حداکثر تا تاریخ پانزدهم تیر ماه سال جاری، جایگزین فرم های موجود در بیمارستان های کشور گردد. لازم به ذکر است:

۱. محتوای موجود در فرمها می بایست ثابت باشد ولی مواردی مانند نام دانشگاه، نام بیمارستان، و رنگ حاشیه با توجه به ضوابط دانشگاه و واحد مدارک پزشکی معاونت درمان می تواند باز طراحی شود.
۲. راهنمای تکمیل فرم، در پشت فرم ثبت گزارش عملیات احیا چاپ شود.
۳. فرم های ابلاغی در سایت عمومی معاونت درمان وزارت بهداشت به آدرس زیر قابل دسترس می باشد:

<http://medcare.behdasht.gov.ir>

◀ لینک مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی - اورژانس بیمارستانی.

◀ لینک مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - دفتر آمار و اطلاعات درمان.

**دکتر محمد آقا جانی**  
معاون درمان



رونوشت:

- رئیس محترم مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

## راهنمای تکمیل فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)

فرم ثبت و مستندسازی فرآیند احیا به نام "فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)" می باشد. الزامی است این فرم، در هر بار انجام عملیات احیا در دو نسخه تکمیل شود، نسخه اصل آن ضمیمه پرونده بیمار و نسخه دوم در دفتر پرستاری بایگانی می گردد.

توجه: فرم ثبت گزارش عملیات احیا (CPCR)، توسط پزشک مسئول تیم احیا و پس از تایید خاتمه عملیات احیا تکمیل می شود. بدیهی است مسئولیت پاسخگویی در خصوص آن نیز بر عهده پزشک مسئول تیم احیا می باشد.

- نکته مهم در تکمیل کادر مخصوص کودکان: در این قسمت نیاز به اندازه گیری قد و وزن و ثبت دقیق آن ها نبوده، و ثبت قد و وزن تخمینی کفایت می کند.
  - بیماری های زمینه ای قلبی: منظور بیماری هایی است که بطور مستقیم یا غیرمستقیم به تابلوی بالینی حال حاضر بیمار (ایست قلبی تنفسی) مرتبط باشند، مانند پر فشاری خون، دیابت، بیماری قلبی عروقی و ...
  - در حضور شاهد: در صورتی که ایست قلبی- تنفسی در حضور کادر درمانی اتفاق افتاده باشد، "در حضور شاهد" محسوب می شود.
  - تشخیص اولیه: بیماری اولیه احتمالی که موجب ایست قلبی- تنفسی بیمار شده است.
  - تشخیص نهایی: بیماری زمینه ای که بطور قطع عامل ایست قلبی- تنفسی بیمار است.
- توجه: بدیهی است جهت ثبت هر یک از تشخیص ها، حدس بالینی پزشک مسئول تیم احیا مد نظر است و در صورتی که در هر مرحله تشخیص داده نشود، کلمه "نامشخص" ثبت می گردد.

## اقدامات انجام شده:

### BLS:

- این بخش از فرم توسط اعضای تیم احیا و فقط در صورتی تکمیل گردد که عملیات احیای پایه بدون احیای پیشرفته (به طور مثال در صحنه حادثه یا حتی در مرکز درمانی تا قبل از حضور تیم احیای مرکز) انجام شده باشد.
- وضعیت راه هوایی در معاینه اولیه: شرح وضعیت باز یا بسته بودن مسیر راه هوایی در حین ایست قلبی- تنفسی، و اقدام انجام شده برای رفع انسداد احتمالی شامل استفاده از مانورهای راه هوایی یا وسایلی مانند Oral Airway و Nasal Airway می باشد.
  - تنفس: اقداماتی شامل تنفس دهان به دهان، دهان به دهان و بینی، دهان به ماسک و یا با ماسک و بگ (BMV) می باشد.
  - استفاده از AED: در صورت استفاده از دستگاه دفیبریلاتور خودکار خارجی، استفاده از آن را ذکر نمایید.

### ACLS:

۱. روش مراقبت از راه هوایی: در این قسمت باید مشخص نمایید از کدامیک از وسایل راه هوایی پیشرفته استفاده نموده اید.
۲. اولین ریتم قلبی مشاهده شده: عبارتست از اولین ریتم قلبی که به محض آغاز مانیتورینگ قلبی مشاهده می شود.
۳. پاسخ نهایی به دفیبریلاسیون: در صورتی که تمامی اقدامات - طبق دستورالعمل احیا- انجام شود و در نهایت ریتم های قابل شوک دادن با انجام دفیبریلاسیون اصلاح گردد، پاسخ (بلی) و در غیر اینصورت پاسخ (خیر) منظور شود.
۴. تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا: عبارتست از مواردی که ریتم مشاهده شده در مانیتور بیمار در حین عملیات احیا تغییر نموده و درمانی برای آن صورت گرفته باشد.
۵. راه وریدی: منظور وجود راه وریدی در هنگام ارست قلبی تنفسی است.
۶. داروها: در این قسمت نام داروهای مصرفی، دوز و تعداد دفعات استفاده ذکر گردد.
۷. نیاز به پیس میکر موقت: در صورت تعبیه پیس میکر موقت پاسخ "بلی" و در غیر اینصورت پاسخ "خیر" منظور شود. همچنین لازم است در صورت ذکر پاسخ "بلی"، نوع پیس میکر موقت "داخلی" یا "خارجی" نیز مشخص شود.

## گزارش عملیات احیا:

- مدت عملیات احیا: منظور از مدت عملیات احیا، از لحظه شروع اقدامات پایه (BLS) تا خاتمه عملیات احیا در این نوبت CPCR است.
- منظور از احیای موفق: شامل مواردی است که پس از انجام عملیات احیا، بیمار حداقل بمدت ۲۰ دقیقه دارای گردش خون خودبخودی باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی / درمانی:

ID Number:

کد ملی:

Unit No:

شماره پرونده:

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

RESUSCITATION REPORT FORM (CPCR)

Attending physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Room: اتاق:	Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال)	Father Name: نام پدر:
Admission: پذیرش:	Female <input type="checkbox"/> زن جنس:	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی تنفسی:	
Date & Time: تاریخ و ساعت:	Male <input type="checkbox"/> مرد Gender:	Inside the Hospital <input type="checkbox"/> داخل بیمارستان	
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:		Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی تنفسی:	Out of Hospital <input type="checkbox"/> خارج بیمارستان
Weight: وزن:	Height: قد:	Date: تاریخ:	
kg.....کیلوگرم	cm.....سانتی متر	Time: ساعت و دقیقه: (24h)	
PMH: بیماری های زمینه ای قلبی:	Patient's Condition on Arrival: وضعیت بیمار در بدو ورود:		
.....سایر <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> پرفشاری خون <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>		
Provisional Diagnosis: تشخیص اولیه:	Witnessed Arrest: در حضور شاهد: No <input type="checkbox"/> خیر Yes <input type="checkbox"/> بلی		
Final Diagnosis: تشخیص نهایی:	Former CPRs in Current Admission: سابقه احیا بیمار در بستری فعلی: No <input type="checkbox"/> ندارد Yes <input type="checkbox"/> دارد		

PROCEDURES:

اقدامات انجام شده:

BLS: انجام شد <input type="checkbox"/> Done انجام نشد <input type="checkbox"/> Not Done				توجه: در صورتیکه BLS توسط افرادی غیر از تیم احیا انجام گیرد، کادر زیر تکمیل گردد.			
Procedure: .....: وضعیت راه هوایی در معاینه اولیه (Airway Status in The First Exam): باز <input type="checkbox"/> Open مسدود <input type="checkbox"/> Blocked اقدام انجام شده:		Procedure: .....: تنفس (Breathing): دارد <input type="checkbox"/> Have ندارد <input type="checkbox"/> Don't Have اقدام انجام شده:		AED Usage: استفاده از AED: بلی <input type="checkbox"/> Yes خیر <input type="checkbox"/> No		مدت عملیات BLS (BLS Duration): ..... دقیقه (min)	
6. Medication: ۶. داروها:		1. Airway Management: ۱. روش مراقبت از راه هوایی:					
Name of Drugs/نام داروها:	mg	Frequency/دفعات:	Others <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> Combitube <input type="checkbox"/> LMA <input type="checkbox"/> ماسک لارنژیال <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> لوله تراشه				
			ذکر شود: .....				
			2. The First Detected Cardiac Rhythm: ۲. اولین ریتم قلبی مشاهده شده:				
			<input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> Asystole <input type="checkbox"/> VF <input type="checkbox"/> VT				
			Detected Rhythm in PEA: .....: ریتم مشاهده شده در PEA:				
			3. Was Defibrillation Performed? ۳. دفیبریلاسیون انجام شد؟				
			بلی <input type="checkbox"/> Yes خیر <input type="checkbox"/> No در صورت بله مقدار ژول آخرین دوز: ..... و تعداد دفعات شوک: .....				
			پاسخ نهایی به دفیبریلاسیون داشت؟ بلی <input type="checkbox"/> Yes خیر <input type="checkbox"/> No توضیح: .....				
			4. Rhythm Change During CPR & Performed Action: ۴. تغییر ریتم قلبی حین عملیات احیا و اقدام انجام شده:				
			.....				
			5. IV Access: ۵. راه وریدی:				
			داشت <input type="checkbox"/> Had نداشت <input type="checkbox"/> Didn't Have (راه وریدی..... دقیقه بعد از شروع عملیات احیاء تعبیه گردید.)				

RESUSCITATION REPORT:

گزارش عملیات احیا:

مدت عملیات احیا (CPCR Duration): ..... دقیقه (min)		نتیجه احیا (CPCR Result): موفق <input type="checkbox"/> Successful فوت بیمار <input type="checkbox"/> Expired	
Date & Time of Death: تاریخ فوت: ..... ساعت فوت: .....		• در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیا و ایجاد گردش خون خودبخودی، قسمت زیر تکمیل شود:	
.....		تحت نظر در بخش: اورژانس <input type="checkbox"/> انتقال به ICU <input type="checkbox"/> انتقال به CCU <input type="checkbox"/> انتقال به سایر بخش ها (نام بخش ذکر گردد): .....	

Name of Nurse: نام و نام خانوادگی پرستار مسؤول بیمار:	Name of Physician: نام و نام خانوادگی پزشک مسؤول تیم احیا:
Seal & Signature: مهر و امضاء	Seal & Signature: مهر و امضاء

کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - ۱۳۰۱/۲۱

فرم ثبت گزارش عملیات احیا

V1

برگ دوم: بایگانی دفتر پرستاری

برگ اول: ضمیمه پرونده بیمار به عنوان گزارش عملیات احیا

توجه: این فرم را در دو برگ تکمیل نمایید:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز آموزشی درمانی / درمانی:

Unit Number: شماره پرونده:

فرم نظارت و پایش احیاء

ID Number: کد ملی:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Attending physician: پزشک معالج:	Room: اتاق:		
	Bed: تخت:		
Admission: پذیرش:	Female <input type="checkbox"/> زن جنس:	Date of Birth: تاریخ تولد: (روز/ماه/سال):	Father Name: نام پدر:
Date & Time: تاریخ و ساعت:	Male <input type="checkbox"/> مرد Gender:	..... / ..... / .....	
این قسمت در مورد کودکان تکمیل گردد:	Arrest Time: زمان وقوع ایست قلبی تنفسی:	Arrest Location: مکان وقوع ایست قلبی تنفسی:	
	Weight: وزن: kg..... کیلوگرم	Date: تاریخ: ساعت و دقیقه: (۲۴h)	Inside the Hospital <input type="checkbox"/> داخل بیمارستان Out of Hospital <input type="checkbox"/> خارج بیمارستان
Height: قد: سانتی متر..... cm	Time: ساعت و دقیقه: (۲۴h)	زمان دقیق اعلام کد احیاء:	
زمان دقیق پایان عملیات احیاء:	زمان دقیق شروع عملیات احیاء:	ساعت: ..... دقیقه: .....	
مدت عملیات احیاء: ..... دقیقه	نام و سمت اعلام کننده کد احیاء:	آیا اعلام کد احیاء بلافاصله صورت گرفته است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تعداد دفعات تکرار: .....	
در صورت موفقیت آمیز بودن عملیات احیاء قسمت زیر تکمیل شود:		نتیجه احیاء:	
انتقال به: <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> سایر بخش ها یا مراکز دیگر (ذکر شود): .....		موفق <input type="checkbox"/> فوت بیمار <input type="checkbox"/> (تاریخ فوت: ..... ساعت فوت: .....)	

اعضای تیم احیاء

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت و درجه علمی	مهر و امضاء	زمان ورود (ساعت و دقیقه)
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				

مشکلات مشاهده شده در حین عملیات احیاء

تجهیزات: .....

نیروی انسانی: .....

سایر موارد (ذکر شود): .....

اقدامات صورت پذیرفته در خصوص مشکلات ذکر شده و نتایج پیگیری

تجهیزات: .....

نیروی انسانی: .....

سایر موارد (ذکر شود): .....

نام و نام خانوادگی و امضاء

توجه: این فرم در دفتر پرستاری بایگانی شود.

سوپروایزر ناظر بر عملیات احیاء