

احیای قلبی- ریوی CPR Cardio pulmonary Resuscitation

مدیریت ایست قلبی با الگوریتم احیاء پیشرفته و

مراقبت پس از احیاء قلبی ریوی

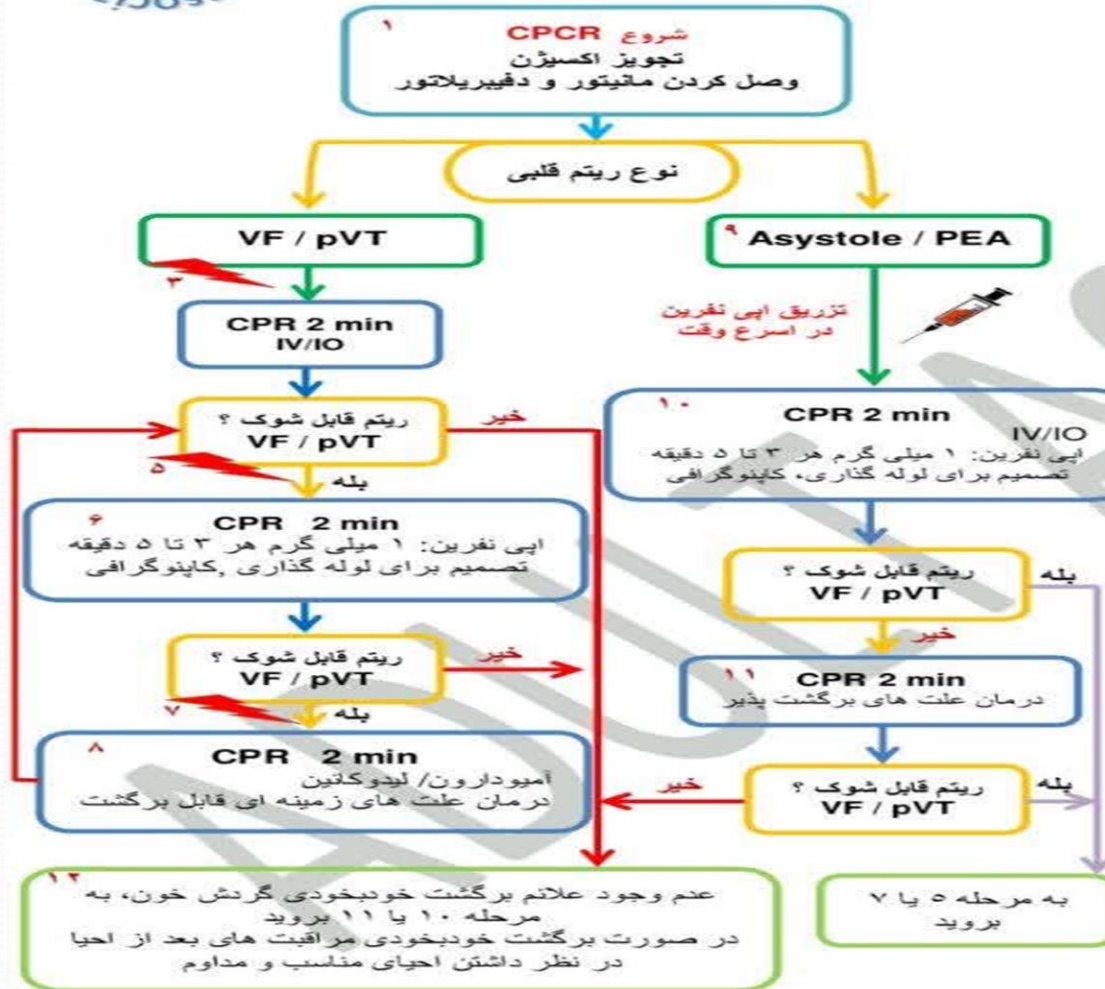
ارائه کننده: الهام حسنی

کارشناسی ارشد پرستاری

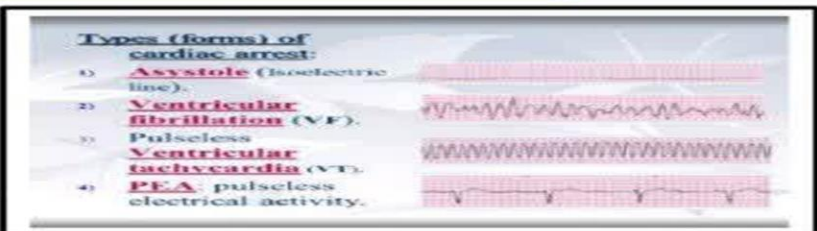
سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)

تعریف احیای قلبی ریوی

□ سلسله اعمالی که توسط افراد آگاه و حاضر در صحنه برای بازگرداندن عملکرد دو عضو حیاتی یعنی قلب و ریه و در نوع طولانی مدت آن به منظور بازگرداندن عملکرد مغزی صورت می گیرد.



کیفیت CPR	
فشردن محکم قفسه سینه: (حداقل ۵ سانتی متر) - سرعت مناسب (بین ۱۲۰-۱۰۰ بار در دقیقه) - اجازه برگشت قفسه سینه به حالت طبیعی حداقل وقفه و توقف در فشردن قفسه سینه اجتناب از تهویه غیر اصولی (حجم و تعداد زیاد) جابجایی ماساژ دهنده هر ۲ دقیقه یکبار یا زودتر در صورت خسته شدن فشردن قفسه سینه به نسبت ۳۰ ماساژ به ۲ تنفس (در صورت برقرار نبودن راه هوایی پیشرفته) کاپنوگرافی: اگر PETCO ₂ پایین و یارو به کاهش باشد، کیفیت انجام CPR را بررسی نمایید.	
انرژی مورد نیاز برای اعمال شوک پای فازیک: بر اساس توصیه شرکت سازنده دستگاه(به عنوان مثال دوز پیشنهادی بین ۲۰۰- ۱۲۰ ژول) عمل نماید. در صورت نامشخص بودن، انتخاب بالاترین ژول. دوز بعدی مساوی یا بیشتر از دوز اولیه مونو فازیک: ۳۶۰ ژول	
دارو درمانی اپی نفرین IV/IO: ۱ میلی گرم هر ۳ تا ۵ دقیقه آمیودارون IV/IO: دوز اول ۲۰۰ میلی گرم و دوز دوم ۱۵۰ میلی گرم و یا لیدوکائین IO/IV: دوز اول ۱-۱.۵ mg/kg دوز دوم ۰.۷۵-۰.۵ mg/kg	
راه هوایی پیشرفته لوله گذاری داخل تراشه(ETT) یا استفاده از راه های هوایی supraglottic استفاده از کاپنو گرافی یا کاپنومتري برای تولید محل قرار گیری لوله تراشه بعد از برقراری راه هوایی پیشرفته اعمال تنفس هر ۶ ثانیه یک بار (۱۰ تنفس در دقیقه) با فشردن قفسه سینه بدون توقف	
برگشت گردش خون خودبخودی(ROSC) برقراری نبض و فشار خون افزایش ناگهانی و پایدار در PETCO ₂ ≥ 40 mm Hg برگشت خودبخودی موج فشار داخل سرخرگی با ماتیورینگ	
علل زمینه ای قابل برگشت	
<ul style="list-style-type: none"> Hypovolemia Hypoxia Hydrogen ion (acidosis) Hypoglycemia Hyperkalemia Hypokalemia Hypothermia 	<ul style="list-style-type: none"> Tension pneumothorax Tamponade, cardiac Toxins Thrombosis, pulmonary Thrombosis, coronary



الگوریتم اورژانس های وابسته به مواد مخدر جهت عموم افراد غیر متخصص



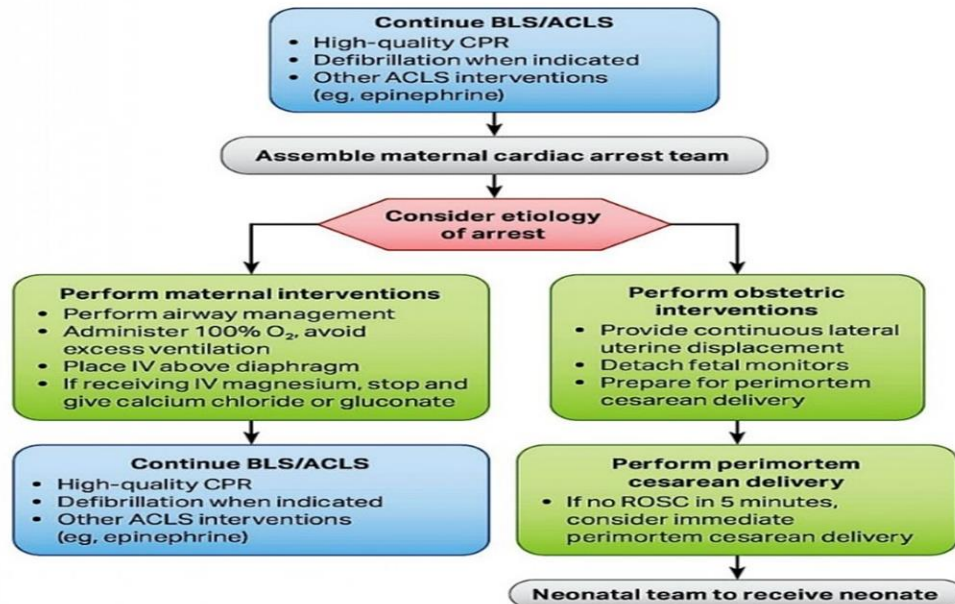
الگوریتم اورژانس های وابسته به مواد مخدر جهت ارائه دهندگان خدمات پزشکی



در صورتی که بیمار نیازمند احیا باشد،

- احیاگر بایستی برای بزرگسالان و نوجوانان مسموم یا مواد مخدر، در صورتی که توانایی انجام آن را داشته باشد، علاوه بر فشردن قفسه سینه، اقدام به تنفس نجات بخش نیز بنماید و در غیر اینصورت فقط فشردن قفسه سینه را اجرا کند.
- برای شیرخواران و کودکان احیا باید شامل فشردن قفسه سینه و **تنفس** باشد.

Figure 9. Cardiac Arrest in Pregnancy In-Hospital ACLS Algorithm.



<p>Maternal Cardiac Arrest</p> <ul style="list-style-type: none"> • Team planning should be done in collaboration with the obstetric, neonatal, emergency, anesthesiology, intensive care, and cardiac arrest services. • Priorities for pregnant women in cardiac arrest should include provision of high-quality CPR and relief of aortocaval compression with lateral uterine displacement. • The goal of perimortem cesarean delivery is to improve maternal and fetal outcomes. • Ideally, perform perimortem cesarean delivery in 5 minutes, depending on provider resources and skill sets.
<p>Advanced Airway</p> <ul style="list-style-type: none"> • In pregnancy, a difficult airway is common. Use the most experienced provider. • Provide endotracheal intubation or supraglottic advanced airway. • Perform waveform capnography or capnometry to confirm and monitor ET tube placement. • Once advanced airway is in place, give 1 breath every 6 seconds (10 breaths/min) with continuous chest compressions.
<p>Potential Etiology of Maternal Cardiac Arrest</p> <p>A Anesthetic complications B Bleeding C Cardiovascular D Drugs E Embolic F Fever G General nonobstetric causes of cardiac arrest (H's and T's) H Hypertension</p>

شکستگی متحرک دنده ها Flail chest

□ هرگاه دو یا چند دنده در کنار هم، از دو یا چند ناحیه دچار شکستگی شوند و یا استخوان استرنوم صدمه ببینند، نتیجه آن ایجاد یک ناحیه آزاد و شناور در قفسه سینه است که می تواند به زودی آرامش را برهم زده و موجب دیسترس تنفسی شود. قطعه شناور بطور سیمتریک حرکت نمی کند. بدین ترتیب وقتی که فشار منفی افزایش می یابد (دم) قطعه شناور بداخل کشیده می شود و زمانی که فشار منفی کاهش می یابد (بازدم)، قطعه شناور بطرف بیرون رانده می شود. حرکات قفسه شناور بنام حرکات پارادکسیکال نامیده می شود.

□ تشخیص شکستگی متحرک دنده ها با مشاهده قطعه شناور، کوتاه شدن تنفس و دیس پنه مشخص می شود.

Semi setting position

ثابت کردن قطعه متحرک با فشار مستقیم دست روی قطعه و یا استفاده از نوار چسبهای پهن

اینتوباسیون و یا تراکئوستومی

تهویه با فشار مثبت با کمک روشهای مکانیکی باعث ثابت نگهداشتن قطعه متحرک می شود و حتی جایگزین روشهای دیگر ثابت کردن قفسه سینه می شود.

عارضه همراه با Chest : Flail Chest

Contusion ، میوکارد کانتیوژن و گاهی پنوموتوراکس

صدمات مربوط به فضای پلور

- پنوموتوراکس ساده: در صورت ورود هوا بداخل فضای پلور، فشار منفی کاهش می یابد و این مسئله منجر به کلاپس نسبی یا کامل ریه در ناحیه صدمه دیده می گردد. علت آن وجود یک منفذ در دیواره قفسه سینه، ریه ها، برونشها، تراشه و یا پارگی آئولهاست.
- تشخیص: وجود صدمات غیرنفوذی قفسه سینه، دردهای تیز قفسه سینه (پلورتیک)، کاهش صداهای تنفسی در ناحیه متاثر، هایپررزونانس در دق، کوتاهی تنفس، یافته های مثبت در رادیوگرافی
- درمان: پوزیشن نیمه نشسته، اکسیژن با فشار بالا، جایگذاری

Chest Tube

پنوموتوراکس فشارنده

- در صورتی که زخم ایجاد شده در دیواره قفسه سینه و یا ساختمان ریه بصورت یک دریچه یکطرفه عمل کند با هر دم و یا سرفه بیمار، مقداری هوا بدرون فضای پلور کشیده می شود، بدون آنکه امکان خارج شدن از این حفره را داشته باشد. در این صورت، فشار داخل حفره جنبی بتدریج افزایش می یابد و ریه همان طرف کلاپس می شود. به چنین وضعیتی پنوموتوراکس فشارنده اطلاق می گردد.
- تظاهرات بالینی: بعلت شیفیت ناحیه مبتلا، ریه سالم نیز تحت فشار قرار گرفته و موجب کاهش قدرت تهویه ای ریوی و ایجاد فشار روی وریدهای اجوف فوقانی و تحتانی شده مانع برگشت خون وریدی به دهلیز راست و کاهش برونده قلبی و مرگ ناگهانی می شود.
- سابقه ترومای قفسه سینه، کوتاه شدن شدید تنفس، حرکات پارادکسیکال قفسه سینه (فقط طرف ریه سالم دارای حرکات خفیف تنفسی است)، تغییر مکان تراشه بطرف محل سالم، سیانوز، طولانی شدن صداهای قلب و هیپررزونانس در دق قفسه سینه. رادیوگرافی قفسه سینه تشخیص را کامل می کند.
- درمان: باز نگهداشتن راه هوایی، برقراری تهویه و گردش خون مناسب، تجویز اکسیژن با فشار بالا و مثبت، توراکتومی با سوزن در دومین فضای بین دنده ای روی خط میدکلاویکول یا پنجمین فضای بین دنده ای روی خط میداگزیلاری و جایگزاری Chest Tube ، سرم درمانی با رینگر لاکتات یا سالین نرمال

زخم های مکنده قفسه سینه

□ زخم مکنده قفسه سینه یک پنوموتوراکس باز همراه با آسیب دیواره قفسه سینه است. در این حالت هنگام دم هوا از خلال زخم قفسه سینه بداخل فضای پلور وارد شده و در هنگام بازدم مجدداً خارج می شود. در چنین وضعیتی فشار منفی داخل توراکس کاهش می یابد و اگر دیواره قفسه سینه بطریقی سوراخ شود که بصورت یک دریچه یکطرفه عمل نماید، یعنی هوا داخل شود اما نتواند خارج گردد، پنوموتوراکس فشارنده ایجاد خواهد شد.

□ تشخیص: وجود سابقه ترومای نفوذی به قفسه سینه

□ شنیده شدن صدای مکش هوا در دم (وقتی دیواره قفسه سینه بالا رفته دیافراگم پایین کشیده می شود و هوا بداخل حفره جنبی کشیده می شود) خواهد بود.

□ درمان: متوقف کردن زخم مکنده توسط پوشاندن زخم بوسیله یک پانسمان بسته مانند گاز پترولیوم یا گاز وازلینه، تجویز اکسیژن با فشار بالا، گذاشتن **Chest Tube** اگر بعد از گذاشتن پانسمان بسته، پنوموتوراکس فشارنده شروع به شکل گرفتن نمود، سریعاً پانسمان را بردارید تا وضعیت پنوموتوراکس فشارنده را به پنوموتوراکس ساده تغییر دهید.

هموتوراکس

- هموتوراکس شامل تجمع خون در فضای پلور است. گرچه ترومای قفسه سینه اغلب منجر به خونریزی در پارانشیم ریه می شود اما این مسئله نمی تواند عامل اولیه از دست رفتن خون به صورت حاد باشد. زیرا ریه یک سیستم کم فشار است که می تواند به صورت تامپوناد، در درون خود خونریزی نماید. اما هموتوراکس معمولاً ناشی از خونریزی عروق دیواره قفسه سینه و مربوط به جریان خون سیستمیک دیواره توراکس، یعنی شریان پستانی داخلی، شریانهای بین دنده ای و یا وریدهای همراه است.
 - تجمع خون در فضای پلور می تواند خفیف 350cc، متوسط - 350-1500cc و یا شدید 1500-2500CC
-

علائم هموتوراکس

- هموتوراکس خفیف بدون علامت است اگر بیمار از نظر همودینامیکی ثابت باشد در این صورت نیازی به درمان وجود ندارد زیرا خون جمع شده در فضای پلور مجددا جذب می شود.
 - در حالت متوسط تا شدید: وقتی خون در داخل فضای پلور جمع می شود، ساختمان های مدیاستن را بطرف ریه سالم جابجا می کند و بدین ترتیب، تهویه و بازگشت خون وریدی و نیز برونده قلب کاهش می یابد. بدلیل از دست رفتن مقدار زیادی خون بیمار علائم شوک هموراژیک را از خود نشان میدهد. علائم و نشانه های هموتوراکس شبیه به پنوموتوراکس و پنوموتوراکس فشارنده است. به اضافه تاکیکاردی، هیپوتانسیون، وجود صدای رال در قفسه سینه و سایر علائم شوک مانند دست سرد و مرطوب
-

مداخلات درمانی

□ درمان شوک و کم کردن فشار داخل حفره پلور توسط وارد کردن Chest Tube به فضای بین دنده ای روی خط میداگزیلاری است. درناژ قفسه سینه باید هر یک اندازه گیری و ثبت شود. در صورتی که مقدار درناژ خون در ۲۴ ساعت اول بیش از 200cc در ساعت باشد ممکن است نیاز به جراحی وجود داشته باشد. در صورتی که حجم تروما زیاد و مقدار خون در دسترس کم باشد، میتوان در شرایط کاملاً مخصوص و استریل خون را بصورت ترانسفیوژن به بیمار برگرداند. همچنین توسط پوشاندن شلوارهای ضدشوک، می توان حدود 1000cc خون را به ارگانهای اصلی بدن رسانید.

تامپوناد قلبی

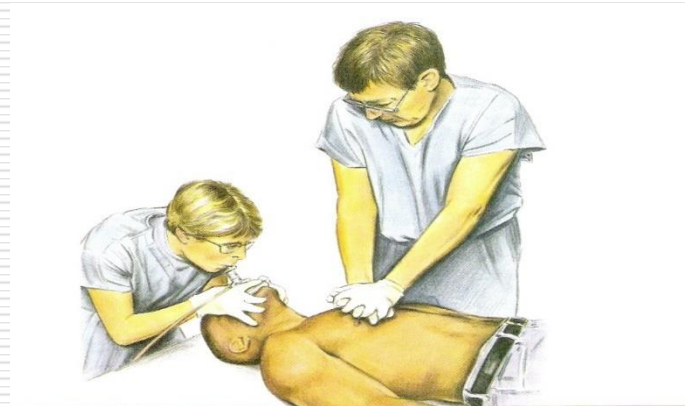
□ بسیاری از صدمات نفوذی قلبی ممکن است منجر به زخم و تامپوناد قلبی شوند. تامپوناد زمانی اتفاق می افتد که زخم کوچکی در قلب شروع به خونریزی به داخل کیسه پریکارد نماید. این خون با هر پمپ قلب خارج شده و سبب کاهش برونده قلب می شود. همچنین، فشار داخل کیسه پریکارد را افزایش می دهد. قلب برای جبران این عارضه تاکیکارد می شود. اما این مسئله وضع را وخیمتر می سازد. همان طور که ریت قلب بالا می رود، فشارخون کاهش یافته و صداهای قلبی از بین می رود. عروق گردن مبسط شده و فشار ورید مرکزی افزایش می یابد. دیس پنه، سیانوز، نبض پارادکس، ضعف، تشنگی، بیقراری از علائم دیگر است. گاهی میزان بیقراری زیاد است و بیمار جنب و جوش زیادی دارد و حرکات وحشیانه ای از خود نشان می دهد که با حالت آرام و بی تفاوتی که معمولاً در بیماران شوک هموراژیک دیده می شود، تضاد چشمگیری دارد. این امر احتمالاً ناشی از آنوکسی شدید مغزی است که در اثر هیپوتانسیون شریانی توام با هایپرتانسیون وریدی ایجاد می گردد.

□ مشاهده هایپوتانسیون شریانی توام با هایپوتانسیون وریدی بسرعت تشخیص تامپوناد را مطرح می سازد.

□ مداخلات درمانی: تجویز مایعات جهت درمان شوک، اکسیژن با فشار بالا، پوزیشن نیمه نشسته و پریکاردیو سنتز (در زمان ۱۰-۵ دقیقه)

ملاحظات مهم در گزارش نویسی و مستند سازی احیاء قلبی ریوی بیمار

ارائه کننده: الهام حسنی
کارشناسی ارشد پرستاری
سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع)



در بیان ارزش گزارش پرستاری می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- نافذ ترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران
 - سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار
 - سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران...
 - سند مهم برای پژوهش و نظارت
-

تعریف گزارش نویسی:

ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می کند.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح:

- حقیقت
 - دقت
 - پویا بودن
 - کامل بودن
 - محرمانه بودن
 - سازماندهی
-

ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار (اصول چهارده گانه)

۱- وضعیت عمومی بیمار: منظور از حال عمومی بیمار مواردی چون خلق و خو، چگونگی ارتباط، سطح هوشیاری و تفاوت و تغییرات علائم عینی و ذهنی بیمار می باشد. استفاده از عباراتی چون (حال عمومی بیمار بد نیست) و از این قبیل جملات، اینگونه جملات به تنهایی قابل درک و اندازه گیری و ارزیابی نیست.

۲- وضعیت علائم حیاتی و اوضاع همودینامیکی:

۳- ثبت جذب و دفع: در صورت کنترل جذب و دفع ، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در انتهای شیفت جمع ۲۴ ساعت را محاسبه و قید نمایید. در صورتی که بیمار استفراغ یا هرگونه درناژ یا ترشحاتی داشته باشد باید رنگ، محتوا و مقدار آن ثبت شود (در مورد استفراغ و لاواژ، دفعات نیز باید ذکر شود).

ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار (اصول چهارده گانه)

۴- وضعیت خواب و فعالیت:

۵- موارد پاراکلینیکی: نوع آزمایشات پاراکلینیکی را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نماید. پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه و در صورت وجود موارد غیر طبیعی، ساعت دقیق دریافت را گزارش و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج اطلاع دهید و موضوع را در گزارش ثبت نمایید.

۶- موارد قابل پیگیری: روند پیگیری و ثبت آزمایشات، عکسبرداری ها، گرافی ها در کاردکس بیمار درج و تیک می گردد اما ذکر اقدامات انجام شده در هر شیفت و پیگیری آن در شیفت بعدی باید در گزارشات پرستاری نیز موجود باشد.

ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار (اصول چهارده گانه)

۷- ثبت دستورات و تغییرات حاد در وضعیت: بیمار در صورتی که هر گونه تغییری در وضعیت بیمار مانند افت هوشیاری، تغییرات آزمایشگاهی خطرناک، افت فشار خون، درد، تاکیکاردی و غیره حاصل شد علاوه بر این که بایستی بلافاصله به پزشک مربوطه اطلاع دهید و اقدامات مربوطه را اجرا نمایید بایستی مواردی از قبیل زمان و نوع تغییر وضعیت، اقدامات فوری که انجام داده اید، نام پزشکی که در جریان امر قرار گرفته است، زمان حضور پزشک مربوطه بر بالین بیمار، لیست اقدامات اجرا شده بر اساس دستور پزشک و پاسخ بیمار به این اقدامات را حتما در گزارش پرستاری ثبت نمایید.

۸- اقدامات دارویی: کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمایید (نام دارو، دوز دارو، راه تجویز دارو، تاریخ شروع، زمان استفاده دارو، نام دهنده دارو و غیره) در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک به علی اجرا نشد، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.

ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار (اصول چهارده گانه)

۹- دارو های PRN: باید به طور کامل و مشخص دلیل استفاده و پاسخ بیمار ثبت گردد.

۱۰- اقدامات ایمنی: اقدامات حفاظتی نظیر میله های کنار تخت یا سایر محدود کننده ها ، بعلاوه زمان استفاده از این ابزار ها ، دلیل استفاده از آنها و وضعیت محدود کننده ها (بالا یا پایین بودن میله های کنار تخت) و پاسخ بیمار به محدود کننده ها ثبت گردد .

۱۱- دستورات تلفنی: در موارد متعددی دستورات داده شده توسط پزشک بصورت تلفنی و بعضا شفاهی صورت می گیرد که در چنین مواردی باید دستور تلفنی به طور کامل در پرونده بیمار تحت عنوان (Tel Order) با ذکر نام پزشک و ساعت دستور، ثبت شده و جهت صحت درک دستور مجددا توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی در قسمت دستورات پزشک درج شده و سپس اجرا گردد. دستورات تلفنی باید در اولین فرصت توسط پزشک معالج امضا گردد.

ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار (اصول چهارده گانه)

۱۲- ثبت حوادث:

۱۳- اقدامات پرستاری:

اصول فرآیند پرستاری در هر بیمار به صورت جداگانه و مرتبط با بیماری باید در گزارش پرستاری قید شوند

۱۴- آموزش به بیمار و همراهان وی:

نکات اساسی CPR در ثبت گزارش:

- ✓ زمان ایست قلبی (فقدان نبض یا تنفس)
 - ✓ زمان شروع احیاء قلبی و ریوی
 - ✓ ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
 - ✓ ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
 - ✓ لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
 - ✓ تعداد دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
 - ✓ دارو درمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید).
-

نکات اساسی CPR در ثبت گزارش:

- ✓ واکنش مردمکها
 - ✓ ساعت اطلاع به پزشک / ساعت ویزیت پزشک
 - ✓ قید نام و نام خانوادگی فرد تحویل گیرنده وسایل و داروهای شخصی بیمار پس از فوت (اشیای قیمتی)
 - ✓ قید گواهی فوت صادر شد و ارجاع به پزشک قانونی شد (در صورت ارجاع)
 - ✓ افراد عضو تیم احیاء
 - ✓ زمان خاتمه CPR و نتیجه آن
 - ✓ ثبت دقیق احیاء در فرم ثبت احیاء (ابلاغی وزارت بهداشت) در دو برگ و فرم نظارت بر احیاء و ارسال برای دفتر پرستری و الصاق در پرونده بیمار
-

**در گزارش نویسی پرستاری برای احیا قلبی ریوی
(CPR)، توجه به نکات زیر اهمیت دارد:**

اطلاعات اولیه بیمار شامل :

نام بیمار: [نام کامل بیمار]

سن: [سن بیمار]

تاریخ ورود: [تاریخ ورود بیمار به بیمارستان یا مرکز درمانی]

تاریخچه پزشکی مختصر: [توضیح کوتاه در مورد بیماری‌های قبلی یا وضعیت پزشکی]

وضعیت فعلی: [علائم بیمار قبل از شروع CPR، مانند بیهوشی، تنگی نفس، عدم ضربان قلب یا تنفس]

وضعیت پیش از شروع CPR:

- زمان مشاهده وضعیت بحرانی: [زمانی که علائم خطر از جمله تغییرات همودینامیک مشاهده شد]
 - علائم بالینی: [فشار خون، نبض، تنفس و وضعیت هوشیاری]
 - اقدامات قبلی انجام شده: [مداخلات اولیه پیش از شروع CPR مثل تلاش‌های تنفسی اولیه، استفاده از دستگاه‌ها و داروهای مصرف شده]
-

زمان شروع CPR:

□ زمان دقیق شروع CPR: [زمانی که CPR شروع شده است، ثبت زمان ۲۴ ساعته به دقیقه]

□ نوع CPR انجام شده: [شروع فشارهای قفسه سینه و تنفس مصنوعی به صورت همزمان یا جداگانه]

□ تعداد دفعات فشار قفسه سینه: [تعداد فشارهای قفسه سینه در هر دقیقه]

□ تعداد دفعات تنفس مصنوعی: [تعداد تنفس‌های مصنوعی در هر دقیقه]

در گزارش نویسی پرستاری برای احیا قلبی ریوی (CPR)، توجه به نکات زیر اهمیت دارد:

مداخلات دارویی و تجهیزات استفاده شده:

داروهای تجویز شده:

[نام دارو] – [دوز دارو] – [زمان تجویز]

[نام دارو] – [دوز دارو] – [زمان تجویز]

دستگاه‌های استفاده شده:

دیفبریلاتور: [شرح استفاده از دیفبریلاتور (نوع آریتمی، نوع شوک، تعداد شوک‌ها)]

دستگاه تهویه مصنوعی: [ثابت زمان لوله گذاری (سایز لوله تراشه، محل فیکس، تعداد دفعات تکرار لوله گذاری و...)] – [مختصات دستگاه]

در گزارش نویسی پرستاری برای احیا قلبی ریوی (CPR)، توجه به نکات زیر اهمیت دارد:

پاسخ بیمار به اقدامات CPR:

- تغییرات در علائم حیاتی:
 - ضربان قلب: [زمان آغاز ROSC و تغییرات ریتم]
 - تنفس: [شروع تنفس خودبخودی یا نیاز به ادامه تهویه مصنوعی]
 - فشار خون: [تغییرات فشار خون]
 - وضعیت هوشیاری: [توضیح وضعیت هوشیاری بیمار (از بیهوشی کامل تا شروع به بازگشت هوشیاری)]
-

در گزارش نویسی پرستاری برای احیا قلبی ریوی (CPR)، توجه به نکات زیر اهمیت دارد:

پاسخ بیمار به اقدامات CPR:

نتیجه دفیبریلاسیون (در صورت استفاده): [شرح دفیبریلاسیون انجام شده و اثرات آن بر وضعیت بیمار]

مراقبت‌های اولیه پس از احیا: [شروع مراقبت‌های پس از CPR مانند پایش علائم حیاتی، مشاهده وضعیت تنفسی و هوشیاری، تغییرات فشار خون]

دستورات دارویی و درمانی پس از احیا: [معرفی داروهای جدید، تنظیم دوز داروها و دستورالعمل‌های مورد نیاز]

مداخلات اضافی: [در صورت نیاز به پیگیری‌های بالینی از جمله مشاوره های اورژانسی]

در گزارش نویسی پرستاری برای احیا قلبی ریوی (CPR)، توجه به نکات زیر اهمیت دارد:

وضعیت پس از CPR:

- زمان بهبود وضعیت بیمار: [زمانی که بیمار از وضعیت بحرانی خارج شد و علائم حیاتی پایدار شد]
 - وضعیت عمومی بیمار: [آیا بیمار به هوش آمده است؟ آیا تنفس خودبخودی دارد؟ سطح هوشیاری بیمار چگونه است؟]
 - مراقبت‌های پیگیری: [جزئیات مراقبت‌های بعدی و برنامه درمانی برای بیمار]
-