استاندارد ملی ایران

۱۵۱۵۱

چاپ اول

اردیبهشت ۱۳۹۲

جمهوری اسلامی ایران

Islamic Republic of Iran

سازمان ملی استاندارد ایران

Iranian National Standardization Organization

INSO

15151

1st. Edition

May.2013

مداخلات پرستاری – مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها -آیین کار

Nursing Interventions –Organophosphates and Carbamates Poisoning- Code of Practice

ICS: 11.020

به نام خدا

آشنایی با سازمان ملی استاندارد ایران

مؤسسهٔ استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران به موجب بند یک مادهٔ ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات مؤسسهٔ استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، مصوب بهمن ماه ۱۳۷۱ تنها مرجع رسمی کشور است که وظیفه تعیین، تدوین و نشر استانداردهای ملی (رسمی) ایران را به عهده دارد.

نام موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران به موجب یکصد و پنجاه و دومین جلسه شورای عالی اداری مورخ ۹۰/۶/۲۹ به سازمان ملی استاندارد ایران تغییر و طی نامه شماره ۲۰۶/۳۵۸۳۸ مورخ ۹۰/۷/۲۴ جهت اجرا ابلاغ شده است .

تدوین استاندارد در حوزه های مختلف در کمیسیون های فنی مرکب از کارشناسان سازمان ، صاحب نظران مراکز و مؤسسات علمی، پژوهشی، تولیدی و اقتصادی آگاه و مرتبط انجام می شود وکوششی همگام با مصالح ملی و با توجه به شرایط تولیدی، فناوری و تجاری است که از مشارکت آگاهانه و منصفانهٔ صاحبان حق و نفع، شامل تولیدکنندگان، مصرف‌کنندگان، صادرکنندگان و وارد کنندگان، مراکز علمی و تخصصی، نهادها، سازمان های دولتی و غیر دولتی حاصل می شود .پیش نویس استانداردهای ملی ایران برای نظرخواهی به مراجع ذی نفع و اعضای کمیسیون های فنی مربوط ارسال می‌شود و پس از دریافت نظرها و پیشنهادها در کمیتهٔ ملی مرتبط با آن رشته طرح و در صورت تصویب به عنوان استاندارد ملی (رسمی) ایران چاپ و منتشر می شود.

پیش نویس استانداردهایی که مؤسسات و سازمان های علاقه مند و ذی صلاح نیز با رعایت ضوابط تعیین شده تهیه می کنند درکمیتهٔ ملی طرح و بررسی و درصورت تصویب، به عنوان استاندارد ملی ایران چاپ و منتشر می شود .بدین ترتیب، استانداردهایی ملی تلقی می شوند که بر اساس مفاد نوشته شده در استاندارد ملی ایران شمارهٔ ۵ تدوین و در کمیتهٔ ملی استاندارد مربوط که سازمان ملی استاندارد ایران تشکیل می‌دهد به تصویب رسیده باشد.

سازمان ملی استاندارد ایران از اعضای اصلی سازمان بین المللی استاندارد (ISO)[1] ،کمیسیون بین المللی الکتروتکنیک (IEC)[2] و سازمان بین المللی اندازه شناسی قانونی (OIML)[3] است و به عنوان تنها رابط[4] کمیسیون کدکس غذایی (CAC)[5] در کشور فعالیت می کند. در تدوین استانداردهای ملی ایران ضمن توجه به شرایط کلی و نیازمندی های خاص کشور ، از آخرین پیشرفت های علمی، فنی و صنعتی جهان و استانداردهای بین‌المللی بهره‌گیری می‌شود .

سازمان ملی استاندارد ایران می تواند با رعایت موازین پیش بینی شده در قانون، برای حمایت از مصرف کنندگان، حفظ سلامت و ایمنی فردی و عمومی، حصول اطمینان از کیفیت محصولات و ملاحظات زیست محیطی و اقتصادی، اجرای بعضی از استانداردهای ملی ایران را برای محصولات تولیدی داخل کشور و/یا اقلام وارداتی، با تصویب شورای عالی استاندارد، اجباری نماید. سازمان می تواند به منظور حفظ بازارهای بین المللی برای محصولات کشور، اجرای استاندارد کالاهای صادراتی و درجه‌بندی آن را اجباری نماید. همچنین برای اطمینان بخشیدن به استفاده کنندگان از خدمات سازمان ها و مؤسسات فعال در زمینهٔ مشاوره، آموزش، بازرسی، ممیزی و صدورگواهی سیستم های مدیریت کیفیت و مدیریت زیست‌محیطی، آزمایشگاه ها و مراکز کالیبراسیون (واسنجی) وسایل سنجش، سازمان ملی استاندارد ایران این گونه سازمان ها و مؤسسات را بر اساس ضوابط نظام تأیید صلاحیت ایران ارزیابی می کند و در صورت احراز شرایط لازم، گواهینامهٔ تأیید صلاحیت به آن ها اعطا و بر عملکرد آن ها نظارت می کند. ترویج دستگاه بین المللی یکاها، کالیبراسیون (واسنجی) وسایل سنجش، تعیین عیار فلزات گرانبها و انجام تحقیقات کاربردی برای ارتقای سطح استانداردهای ملی ایران از دیگر وظایف این سازمان است.

1- International Organization for Standardization
2 - International Electrotechnical Commission
3- International Organization of Legal Metrology (Organisation Internationale de Metrologie Legale)
4 - Contact point
5 - Codex Alimentarius Commission

کمیسیون فنی تدوین استاندارد

"مداخلات پرستاری – مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها -آیین کار"

	سمت و /یا نمایندگی
رئیس:	
میرزا بیگی، غضنفر (کارشناس ارشد کارآفرینی)	رئیس کل سازمان نظام پرستاری
دبیر:	
سالمی، صدیقه (کارشناس ارشد آموزش پرستاری)	معاون فنی سازمان نظام پرستاری عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
اعضاء: (اسامی به ترتیب حروف الفبا)	
بکوبی، زهره (کارشناس پرستاری)	سوپروایزر بیمارستان امام حسین(ع)
پروین، لیلی (کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی- جراحی)	کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری
رضوی، سیده مریم (کارشناس پرستاری)	کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری
گودرزی، فاطمه (کارشناس ارشد پرستاری)	سوپروایزر آموزشی بیمارستان لقمان حکیم
مصطفوی، اشرف (کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه)	کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری
منجمد، زهرا (کارشناس ارشد داخلی- جراحی)	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
موسی پور، معصومه (کارشناس پرستاری)	کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری
وفاییان، نادیا (کارشناس پرستاری)	کارشناس معاونت فنی سازمان نظام پرستاری

فهرست مندرجات

فهرست **صفحه**

آشنایی با سازمان ملی استاندارد ب
کمیسیون فنی تدوین استاندارد ج
پیش گفتار ه
۱ هدف و دامنه کاربرد ۱
۲ مراجع الزامی ۱
۳ اصطلاحات و تعاریف ۲
۴ اهداف مداخله ای ۷
۵ حداقل وسایل مورد نیاز ۷
۶ روش انجام کار ۸
۷ شرایط انجام کار ۱۱
۸ شرایط ارائه دهنده خدمت ۱۱
۹ نکات آموزشی ۱۱
پیوست الف- الزامی – چک لیست مراقبت های پرستاری در مسمومیت با ارگانوفسفات ها ۱۵
پیوست ب- اطلاعاتی – تزریق پرالیدوکسیم در مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها ۱۸
پیوست پ- اطلاعاتی – تزریق آتروپین و آتروپینزه کردن در مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها ۲۰
پیوست ت- الزامی – حقوق مددجو / بیمار ۲۳
پیوست ث- الزامی – منشورحقوق بیمار/ مددجو در ایران ۲۴

پیش گفتار

استاندارد" مداخلات پرستاری – مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها - آیین کار" که پیش نویس آن در کمیسیون های مربوط به موجب بند ۵ ماده ۳ قانون سازمان نظام پرستاری مصوب ۸۱/۹/۱۱ مجلس شورای اسلامی توسط سازمان نظام پرستاری تهیه و تدوین شده و درصد و بیست و ششمین اجلاس کمیتهٔ ملی استاندارد خدمات مورخ ۹۱/۴/۶ مورد تصویب قرار گرفته است، اینک به استناد بند یک مادهٔ ۳ قانون اصلاح قوانین و مقررات مؤسسهٔ استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران، مصوب بهمن ماه ۱۳۷۱، به عنوان استاندارد ملی ایران منتشر می‌شود.

برای حفظ همگامی و هماهنگی با تحولات و پیشرفت های ملی و جهانی در زمینهٔ صنایع، علوم و خدمات، استانداردهای ملی ایران در مواقع لزوم تجدید نظر خواهد شد و هر پیشنهادی که برای اصلاح و تکمیل این استانداردها ارائه شود، هنگام تجدید نظر در کمیسیون فنی مربوط مورد توجه قرار خواهد گرفت. بنابراین، باید همواره از آخرین تجدیدنظر استانداردهای ملی استفاده کرد.

منابع و مآخذی که برای تهیهٔ این استاندارد مورد استفاده قرار گرفته به شرح زیر است:

۱. اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران. *بلک و هوکس. پرستاری داخلی و جراحی.* تهران جامعه نگر، سالمی. ۱۳۸۵.

۲. سازمان نظام پرستاری *.استاندارد های خدمات پرستاری.* تهران .۱۳۸۵.

۳. اکبرزاده پاشا، حجت اله. *فرهنگ جامع پرستاری داروهای ژنریک ایران.* تهران: مرکز نشر پاشا. ۱۳۹۰.

۴. کریمان، حمید؛ علیمحمدی، حسین؛ خدام، رامین؛ ایرانپور، آرامین. *مسمومیت اصول، تشخیص و درمان.* تهران: انتشارات دیباج: خسروی.۱۳۸۸.

5. Jadith schilling. *Nursing Procedures*. Fifth Edition.2009
6. Karen,Holland.*Mini Encyclopaedia of nursing*.2005
7. Michael Eddleston., Andrew Dawson., Lakshman Karalliedde., Wasantha Dissanayake., Ariyasena Hittarage., Shifa Azher and Nick A Buckley. *Early management after self- poisoning with an Organophosphorus or Carbamate pesticide- a treatment protocol for junior doctors.*
8. *Journal of Indian Academy of Clinical Medicine*, Vol.5. No. 2.
9. Paul M. Stiegler, M.D. Dane County EMS Medical Director,*Treatment Protocol- Mass Exposure to Nerve Agents*, Approved by Medical Advisory Sub- Committee March 12, 2007.
10. D. A. Warrell, Timothy M. Cox, John D. Firth ,*Oxford Textbook of Medicine*, Volume 1,2003
11. Thomas Hughes, Jaycen Cruickshank ,*Adult Emergency Medicine at a Glance* ,2011.
12. Ian Wood, Michelle Garner ,*Initial Management of Acute Medical Patients, A Guide for Nurses* , page 161, 2012,.
13. Gerald F. O'Malley, DO Content ,*Merck manual for healthcare professionals Last full review*,,revision April 2009 .
14. Mary Lieh-Lai, Katherine A. Ling-McGeorge, Maria C. Asi-Bautista ,*Pediatric Acute Care* 2001.

مداخلات پرستاری – مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها -آیین کار

۱ هدف و دامنه کاربرد

هدف از تدوین این استاندارد، شناسائی و اجرای اصول کلی مداخلات پرستاری در مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها به منظور پاک سازی بدن بیمار/ مددجو از مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها و نمایش طرح گام به گام این خدمت به منظور بهبود کیفیت کار، پیشگیری از خطاهای احتمالی و همچنین امکان اجرای یکسان خدمات می باشد.

این استاندارد در موارد زیر کاربرد دارد:

الف- در کلیه بخش های اورژانس، عمومی و تخصصی در صورت نیاز به این خدمت برای ارائه مراقبت های پرستاری یکسان و روشن .

ب- در مراجع قضائی به منظور سندی قیاسی برای بررسی کیفیت اقدامات انجام شده .

۲ مراجع الزامی

مدارک الزامی زیر حاوی مقرراتی است که در متن این استاندارد ملی ایران به آن‌ها ارجاع داده شده است. بدین ترتیب آن مقررات جزئی از این استاندارد محسوب می شود.

در صورتی که به مدرکی با ذکر تاریخ انتشار ارجاع داده شده باشد، اصلاحیه ها و تجدید نظرهای بعدی آن مورد نظر این استاندارد ملی ایران نیست. در مورد مدارکی که بدون ذکر تاریخ انتشار به آن‌ها ارجاع داده شده است، همواره آخرین تجدید نظر و اصلاحیه‌های بعدی آن مورد نظر است.

استفاده از مراجع زیر برای کاربرد استاندارد الزامی است:

۲-۱ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۳ مداخلات پرستاری- شستشوی معده (لاواژ) - آیین کار

۲-۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۸ مداخلات پرستاری- اندازه گیری فشار خون- آیین کار

۲-۳ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۸، مداخلات پرستاری- راهبرد و مدیریت تفکیک مواد و وسایل استفاده شده بیمارستانی بر اساس نوع آلودگی- آیین کار

۲-۴ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۹ مداخلات پرستاری- اندازه گیری درجه حرارت بدن از راه دهان- آیین کار

۲-۵ استاندارد ملی شماره ۱۵۰۲۱، مداخلات پرستاری- اندازه گیری درجه حرارت از راه زیر بغل - آیین کار

۲-۶ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۲۸ مداخلات پرستاری- بررسی تنفس- آیین کار

۲-۷ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۲۹ مداخلات پرستاری- احیای قلبی ریوی پایه در بزرگسالان(CPR)- آیین کار

۲-۸ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۳۱ مداخلات پرستاری- پذیرش بیمار/ مددجو در بخش اورژانس- آیین کار

۲-۹ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۳۲ مداخلات پرستاری- ارزیابی نبض رادیال- آیین کار

۲-۱۰ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۴۲ مداخلات پرستاری- ثبت و گزارش نویسی- آیین کار

۲-۱۱ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۶۱ مداخلات پرستاری- بررسی دستورات پزشک- آیین کار

۲-۱۲ استاندارد ملی شماره ۱۵۰۷۰، مداخلات پرستاری- رعایت احتیاط های استاندارد - آیین کار

۲-۱۳ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۷۴ مداخلات پرستاری- خون گیری وریدی- آیین کار

۲-۱۴ استاندارد ملی شماره ۱۵۰۹۴، مداخلات پرستاری- شست و شوی چشم - آیین کار

۲-۱۵ استاندارد ملی شماره ۱۵۰۹۹، مداخلات پرستاری- تزریق وریدی با استفاده از سوزن پروانه ای یا آنژیوکت - آیین کار

۲-۱۶ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۱، مداخلات پرستاری- کار گذاشتن لوله بینی- معده ای- آیین کار

۲-۱۷ استاندارد ملی ایران شماره۱۵۱۴۲، مداخلات پرستاری- احیای قلبی - ریوی پیشرفته- آیین کار

۲-۱۸ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۳، مداخلات پرستاری- احیای قلبی ریوی (CPR) - پایه در کودکان - آیین کار

۲-۱۹ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۴، مداخلات پرستاری- تعیین هویت بیمار/مددجو- آیین کار

۲-۲۰ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۵، مداخلات پرستاری- انجام الکتروکاردیوگرافی (ECG) دربزرگسالان- آیین کار

۲-۲۱ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۶، مداخلات پرستاری- تغذیه از طریق لوله بینی- معده ای- آیین کار

۲-۲۲ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۷، مداخلات پرستاری- پالس اکسی متری در بزرگسالان- آیین کار

۲-۲۳ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۸، مداخلات پرستاری- اکسیژن رسانی با کانولای بینی- آیین کار

۲-۲۴ استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۹، مداخلات پرستاری- ساکشن فارنکس(ساکشن بینی حلقی، ساکشن لوزه ای)- آیین کار

۳ اصطلاحات و تعاریف

دراین استاندارد اصطلاحات و تعاریف زیر به کار می رود:

۳-۱

پرستار[1]

فردی است که موفق به کسب دانشنامه کارشناسی در رشته پرستاری گردیده است .

۳-۲

بیمار / مددجو[2]

شخصی که برای دریافت خدمات درمانی به یکی از مراکز بهداشتی /درمانی مراجعه می کند.

۳-۳

پاک سازی

1 -Nurse
2 -Patient /Client

سم زدایی[1]

کاهش خواص سمی ماده. درمان با هدف رهایی بیمار/ مددجو از اثرات سمی دارو است.

۳-۴

زمان پروترومبین[2]

این آزمایش جهت بررسی وضعیت انعقادی خون انجام می شود.

۳-۵

زمان ترومبوپلاستین[3]

آزمایشی است که استعداد بیمار/ مددجو را در تشکیل لخته تعیین می کند.

۳-۶

تاکیکاردی[4]

افزایش ضربان قلب به صورت غیر طبیعی است.

۳-۷

برادیکاردی[5]

کاهش تعداد ضربان قلب است.

۳-۸

تاکی پنه[6]

منظور همان تنفس تند غیر طبیعی است.

۳-۹

ارگانو فسفات ها[7]

یک دسته از مواد شیمیایی ضد کولین استراز هستند که ماده اصلی ساخت حشره کش ها و برخی مواد دارویی می باشند و بیشتر در کشاورزی مورد استفاده قرار می گیرند. عملکرد ارگانو فسفره، از طریق مهار غیر قابل برگشت کولین استراز است. راه های ورودی این ماده به بدن از طریق پوست، دستگاه گوارش، دستگاه تنفس و غشاهای مخاطی است.

۳-۱۰

کولین استراز[1]

---

1 -Detoxification

4- Prothrombin time/ PT

3 -PTT / Partial Throboplastin Time

4 -Tachycardia

5 -Bradycardia

6 -Tachypnea

7 -Organophosphates

آنزیمی است که به عنوان کاتالیزور، باعث هیدرولیز استیل کولین به کولین و استات شده و مانع انتقال پیام عصبی در سیناپس می شود.

۳-۱۱

پادزهر[۲]

ماده ای که با اثرات یک سم مقابله می کند.

۳-۱۲

الکترولیت[۳]

یون های آزاد مثل سدیم و پتاسیم در خون است.

۳-۱۳

کاربامات[۴]

کاربامات ها گروهی از داروهای مورد استفاده در روانپزشکی و آفت کش ها می باشند. کاربامات های مورد استفاده در آفت کش ها طیف وسیعی از مصرف را به عنوان مصارف کشاورزی و به خصوص در منازل برای از بین بردن حشرات موزی دارند. بیشترین میزان جذب کاربامات ها از طریق گوارشی است . ساز و کار عمل کاربامات ها پیوند با کولین استراز و مهار عملکرد آن می باشد.

یادآوری- فرق عمده کاربامات ها با ارگانوفسفات ها در این است که این پیوند کاربامات ها قابل برگشت و خود مهارشونده می باشد. از طرفی پدیده ایجینگ در مورد کاربامات ها وجود ندارد. کاربامات ها بر خلاف ارگانوفسفات ها جذب پوستی بالایی ندارند.

۳-۱۴

گاواژ[۵]

رساندن ماده از طریق لوله به معده (NGT) است.

۳-۱۵

سم[۶]

ماده ای است که در صورت خورده شدن، استنشاق یا تماس با پوست، حتی در مقادیر اندک باعث بروز آسیب های مشخص در بدن یا مرگ می شود.

۳-۱۶

بازتوانی[۷]

---

1 -Cholinesterase
2 -Antidote
3 -Electrolyte
4 -Carbamates
5 -Gavage
6-Poison
7 -Rehabilitation

منظور بازگرداندن شکل و عملکرد طبیعی بدن به دنبال بیماری یا صدمه می باشد.

۳-۱۷

ناشتا[1]

منظور این است که هیچ ماده خوراکی از راه دهان داده نشود.

۳-۱۸

سوند بینی- معده[2]

این سوند ها انواع و قطر های مختلفی دارند. لوله ای پلاستیکی است که دارای یک مجرا و منافذی در نوک دارد. جاگذاری سوند بینی- معده از راه بینی به داخل معده برای خارج نمودن گاز و ترشحات معده، دادن دارو- مایعات و غذاهای مخصوص و نمونه برداری برای آزمایشگاه انجام می شود. این روش بعد از جراحی یا هر وضعیتی که بیمار/ مددجو قادر به هضم غذا بوده اما نمی تواند غذا بخورد، استفاده می شود.

۳-۱۹

سیانوز[3]

رنگ آبی پوست یا غشاء مخاطی به دلیل کمبود اکسیژن خون است.

۳-۲۰

استیل کولین[4]

انتقال دهنده‌های عصبی انواع گوناگونی دارند. انتقال دهنده‌ی اصلی در ماهیچه‌ها استیل کولین است. انتقال دهنده ی عصبی برای تبادل اطلاعات بین سلول های عصبی می باشد.

۳-۲۱

لاواژ[5]

تخلیه محتویات معده، شستشو و بیرون آوردن محتویات معده با کمک لوله معدی قطر بزرگ. استفاده از این روش بعد از خوردن مواد اسیدی یا قلیایی، وجود تشنج، یا بعد از خوردن هیدروکربن ها یا مشتقات نفتی ممنوع است. استفاده از این روش به خصوص بعد از خوردن مواد خورنده قوی خطرناک می باشد.

۳-۲۲

تنسموس[6]

فشار ناموثر و گاهی دردناک برای دفع مدفوع یا ادرار می باشد.

---

1 -No Pre Oral/NPO

2 -NGT/Nasogastric Tube

3 -Cyanosis

4 -Acetylcholine

5 -Lavage

6 -Tenesmus

۲۳-۳

علائم کولینرژیکی

تعریق فراوان، کاهش ورود اکسیژن به ریه ها به دلیل افزایش خروج موکوس از یک یا تعداد بیشتری از نایژه ها، گرفتگی برنشیول ها، کاهش تعدادضربان قلب و کاهش فشار خون.

۲۴-۳

علایم نیکوتینی[۱]

علایم نیکوتینی نشانه های بالینی مشترک ناشی از مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها می باشند که شامل فاسیکولاسیون، تاکیکاردی، ضعف عضلانی، کرامپ، هیپرتانسیون، فلج شل اندام ها و سیانوز می باشد.

۲۵-۳

مالاتیون[۲]

نوعی ماده ارگانوفسفره که به عنوان حشره کش به کار می رود و می تواند مسمومیت خفیف ایجاد نماید.

۲۶-۳

میوز

تنگی مردمک[۳]

انقباض و تنگی مردمک چشم است.

۲۷-۳

سیالوره[۴]

منظور افزایش بیش از حد ترشح بزاق دهان می باشد.

۲۸-۳

فاسیکولاسیون[۵]

انقباض ماهیچه ای، غیرارادی، موضعی و ریز که در زیر پوست یا پرده مخاطی قابل مشاهده است اما سبب حرکت مفصل نمی شود. این حالت نشانگر تخلیه خود به خود تارهای عصب گرفته شده از رشته واحد عصب حرکتی است.

۲۹-۳

علائم موسکارینی[۶]

علایم موسکارینی نشانه های بالینی مشترک ناشی از مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها می باشند که شامل میوز، تاری دید، درد چشم، تهوع، استفراغ، بی اشتهایی، افزایش ترشحات، برونشیال، ادم ریه، افزایش

---

1 -Nicotinic Signs
2 -Malathion
3 -Miosis
4- Sialorrhoea
5 -Fasciculation
6 -Muscarinic Signs

ترشحات غدد عرق، اشک و سیالوره، اسهال، بی اختیاری مدفوع، کرامپ شکمی و تنسموس، بی اختیاری ادراری، تنگی نفس و سیانوز، سرفه، درد قفسه سینه، ویزینگ، هیپوتانسیون و برادیکاردی و هیپوترمی می شود.

۳-۳۰

تنفس شین- استوک[1]

منظور تنفس غیر طبیعی که در آن به تناوب، آپنه (قطع تنفس) و دوره هایی از تنفس عمیق وجود دارد.

۳- ۳۱

علایم اختصاصی سیستم اعصاب مرکزی[2]

این علایم بیشتر مختص مسمومیت با ارگانوفسفات ها می باشد که شامل کاهش یا از بین رفتن رفلکس ها، تشنج، اغما و بی خوابی، اشکال در تمرکز حواس، اختلال در گفتار، اضطراب، بی قراری، عدم تعادل، دپرسیون تنفسی، افت فشارخون، تنفس شاین استوک می باشد.

۴ اهداف مداخله ای

۴-۱ پاک سازی بدن بیمار/ مددجو از مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات

۴-۲ جلوگیری ازجذب مواد سمی

۴-۳ بازتوانی

۵ حداقل وسایل مورد نیاز

۵-۱ وسایل علایم حیاتی مطابق با استانداردهای ملی ایران شماره های ۱۵۰۰۸،۱۵۰۳۲،۱۵۰۲۱،۱۵۰۱۹و۱۵۰۲۸

۵-۲ وسایل شستشوی معده (لاواژ) مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۰۳

۵-۳ وسایل رعایت احتیاط های استاندارد مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۷۰

۵-۴ وسایل برای خونگیری وریدی مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۷۴

۵-۵ وسایل تعبیه کاتتر وریدی مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۹۹

۵-۶ وسایل مانیتورینگ، پالس اکسی متری و دستگاه ساکشن مطابق با استانداردهای ملی ایران شماره های ۱۵۱۴۵ ، ۱۵۱۴۷ و ۱۵۱۴۹

۵-۷ آب و صابون

۵-۸ وسایل احیای قلبی ریوی پیشرفته مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۲

۵-۹ وسایل گاواژ مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۶

---

1 -Cheyne Stokes
2 -CNS Signs

۶ روش انجام کار

۶-۱ بیمار/ مددجو مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۳۱ پذیرش در بخش اورژانس، پذیرش شود.

۶-۲ به پزشک فورا اطلاع داده شود.

۶-۳ در صورتی که بیمار/ مددجو بیهوش است اقدامات زیر انجام شود:

۶-۳-۱ ارزیابی وضعیت بیمار/ مددجو فقط به مدت ۱۰ثانیه

۶-۳-۱-۱ در صورت ایست تنفسی:

۶-۳-۱-۱-۱ بررسی راه هوایی A: airway : حصول اطمینان از باز بودن راه هوایی و حمایت از راه هوایی و رسانیدن اکسیژن مطابق با استانداردهای ایران ملی شماره های ۱۵۰۲۹، ۱۵۱۴۳ و ۱۵۱۴۲

۶-۳-۱-۱-۲ مددجو/ بیمار تا برگشت تنفس به وضعیت طبیعی تحت نظر قرار داده شود.

۶-۳-۱-۲ درصورت ایست قلبی - تنفسی شروع عملیات احیاء قلبی تنفسی مطابق با استانداردهای ایران ملی شماره های ۱۵۰۲۹، ۱۵۱۴۳ و ۱۵۱۴۲

هشدار- جهت تعیین هویت و شرح حال گرفتن از همراهان بیمار/ مددجوی بیهوش از همکار دیگر کمک گرفته شود.

۶-۴ به دنبال تثبیت وضعیت اولیه بیمار/ مددجو در صورتی که هوشیار و قادر به پاسخگویی به سوالات است:

۶-۵ هویت بیمار/ مددجو مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۴، تعیین شود.

۶-۶ علایم حیاتی بیمار/ مددجو کنترل شود و در صورت هرگونه مشکل به پزشک معالج اطلاع داده شود.

یادآوری- شروع مراحل بعدی به شرطی است که وضعیت بالینی بیمار/ مددجو تثبیت شده باشد.

هشدار- در درمان مسمومیت با حشره کش های ارگانوفسفره، ۱۵ دقیقه اول زمان طلایی درمان محسوب می شود.

۶-۷ بیمار/ مددجو مطابق با استانداردهای ملی ایران شماره های ۱۵۱۴۵، ۱۵۱۴۸و ۱۵۱۴۷ مانیتورینگ قلبی، اکسیژن درمانی و پالس اکسی متری شود.

۶-۸ جهت جلوگیری از آسپیراسیون، بیمار/ مددجو را به پهلوی چپ خوابانده، سر به پایین خم شود.

۶-۹ شرح حال کامل شامل موارد زیر گرفته شود:

۶-۹-۱ زمان مواجهه با سم، نوع عامل مسمومیت، میزان و راه ورود آن به بدن

۶-۹-۲ آیا قصد بیمار/ از خوردن دارو خودکشی بوده است؟

۶-۹-۳ اینکه داروی دیگری همراه آن مصرف کرده است یا خیر؟

۶-۱۰ معاینات بالینی پرستاری و مشاهده علایم مسمومیت مانند بوی سم بررسی و به پزشک معالج اطلاع داده شود.

۶-۱۰-۱ بررسی علایم مسمومیت ارگانوفسفات ها: شامل علایم اختصاصی سیستم اعصاب مرکزی و علایم موسکارینی و نیکوتینی انجام شود.

یادآوری ۱- برای اطلاعات بیشتر به پیوست الف مراجعه شود. استفاده از پیوست چک لیست الزامی نیست.

یادآوری ۲- علایم اولیه مسمومیت با ارگانوفسفات ها می تواند از علایم مختصر شبه آنفلونزا تا علایم تهدید کننده حیات متغیر است.

۶-۱۰-۲ بررسی علایم مسمومیت با کاربامات ها : علایم تقریبا همانند علایم مسمومیت با ارگانوفسفات ها است.

هشدار- تمامی مراحل معاینه بالینی و شرح حال باید به سرعت انجام شود.

۶-۱۱ دستور پزشک مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۶۱ بررسی شود.

۶-۱۲ استفاده از وسایل محافظت شخصی مطابق استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۷۰ استفاده شود.

۶-۱۳ دو خط وریدی، مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۹۹ یکی برای تزریق مایعات و دارو و دیگری برای تزریق آنتی دوت ها برقرار شود.

۶-۱۴ سم زدایی با توجه به نوع آلودگی انجام شود :

۶-۱۴-۱ سوند بینی معده ای مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۱ تعبیه (در صورتی که سم بلعیده شده باشد) و شستشوی معده (لاواژ) مطابق با دستور پزشک انجام شود.

۶-۱۴-۲ شارکول فعال طبق دستور پزشک برای بیمار/ مددجو گاواژ شود.

۶-۱۴-۳ در صورت بروز آلودگی پوستی، لباس های آلوده به مواد شیمیایی و سم از بدن بیمار/ مددجو خارج شود.

یادآوری۱- پوست و موی آلوده با آب و صابون شستشو شود.

یادآوری۲- بعد از شستشوی اولیه پوست با آب و صابون، شستشوی ثانویه با اتیل الکل می تواند مفید باشد. حتی در صورتی که آب در دسترس نیست می توان خاک و آرد را روی پوست مالید.

هشدار۱- اگر سم داخل چشم ها پاشیده شده، فوراً چشم مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۹۴ زیر آب گرفته و به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه شستشو داده شود.

هشدار۲- در مواردی که بیمار/ مددجو اسهال و کرامپ شکمی دارد از سوربیتول استفاده نشود.

یادآوری۳- شارکول فعال در مسمومیت با مالاتیون تاثیری ندارد.

هشدار۳- حجم زیاد مایع برای شستشوی معده، ممکنه باعث انتقال سم به روده کوچک شود.

۶-۱۵ جهت انجام مطالعات آزمایشگاهی متداول، مربوط به مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها مطابق با دستور پزشک، خونگیری وریدی انجام شود.

یادآوری- این مطالعات آزمایشگاهی معمولا شامل CBC Diff جهت تشخیص لکوسیتوز ، Cr, SGPT, SGOT PT,PTT,BUN, ، نمونه ادرار ، الکترولیت ها و قند خون می باشد.

هشدار- سطح کولین استراز سرم یا RBC در تشخیص مسمومیت با کاربامات ها قابل اعتماد نیست، زیرا فعالیت آنزیم در عرض چند ساعت به حالت طبیعی بر می گردد.

۶-۱۶ عکس قفسه سینه جهت بررسی ادم ریوی و پنومونی آسپیراسیون، طبق دستور پزشک انجام شود.

۶-۱۷ جواب آزمایشات پیگیری و به پزشک معالج اطلاع داده شود.

۶-۱۸ سوند ادراری مطابق دستور کتبی یا شفاهی پزشک تعبیه شود.

۶-۱۹ نوار قلب پایه جهت ارزیابی قلبی بیمار/ مددجو مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۱۴۵ انجام شود.

۶-۲۰ اقدامات حمایتی و مراقبتی بر حسب علایم بیمار/ مددجو و دستورات پزشک شامل بررسی راه هوایی، اکسیژن درمانی و ساکشن مکرر و انجام مانیتورینگ و پالس اکسی متری، تعبیه سوند ادراری، درمان تشنج احتمالی انجام شود.

۶-۲۱ اکسیژن درمانی بیمار/ مددجو با رعایت این نکته که در تقدم تزریق آتروپین تاخیری رخ ندهد، انجام شود. زیرا آتروپین باعث کاهش گرفتگی برنش ها و خشک شدن ترشحات می شود.

۶-۲۲ آنتی دوت درمانی انجام شود:

۶-۲۲-۱ داروهای گروه اکسیم که شامل پرالیدوکسیم و ابیدوکسیم (توکسوگونین) می باشد که صرفا در مسمومیت با ارگانوفسفات ها کاربرد دارند. تزریق آتروپین مطابق با پیوست ت انجام شود.

هشدار- داروهای اکسیم باید هرچه زودتر برای بیمار/ مددجو تزریق شوند زیرا باعث برگشت قدرت عضلانی، کنترل فاسیکولاسیون و تشنج و بهبود سطح هوشیاری می شود.

۶-۲۲-۲ تزریق آتروپین در مسمومیت با کاربامات ها و هم ارگانوفسفات ها مطابق با پیوست پ انجام شود.

۶-۲۲-۳ علایم مربوط به آتروپینیزه شدن شامل قطع یا کاهش رال در سمع ریه بیمار/ مددجو، خشکی مخاط ها و قطع شدن سیالوره، ضربان قلب بین ۱۰۰ تا ۱۳۰ در افراد جوان و ۸۰ تا ۱۰۰ در افراد مسن، بر افروختگی محدود به گونه ها، بی قراری و هیپوترمی مختصر و گشاد شدن مردمک ها پایش شود.

۶-۲۲-۴ بیمار/ مددجو جهت شروع قطع تدریجی آتروپین پایش شود. فرآیند قطع تدریجی آتروپین مطابق با پیوست پ انجام می شود.

۶-۲۳ در صورتی که بیمار/ مددجو اقدام به خودکشی کرده، موضوع جهت ارجاع بیمار به روانپزشک، به پزشک معالج اطلاع داده شود.

۶-۲۴ طبق دستور پزشک در صورتی که بیمار/ مددجو برای ترخیص آماده می شود، هشدارها و آموزش های لازم به بیمار و همراهان وی به صورت کتبی و شفاهی داده شود.

۶-۲۵ تفکیک زباله ها به روش بهداشتی مطابق با استاندارد ملی ایران شماره ۱۵۰۱۸ انجام شود.

۶-۲۶ ثبت مشاهدات و یافته ها مطابق با استاندارد ملی ایران شماره۱۵۰۴۲ شامل موارد زیر است:

الف-بررسی اولیه بیمار/ مددجو و شرح حال وی
ب-علایم حیاتی
پ-وضعیت بالینی و علایم بدو ورود
ت- واکنش بیمار/ مددجو به درمان و داروهای مصرفی
ث- تاثیر آنتی دوت های تزریق شده با گذشت زمان
ج- داروهای تزریق شده، خوراکی یا لاواژ شده شامل دوز، زمان و نحوه دادن دارو
چ – آموزش های داده شده به بیمار/ مددجو و همراهان وی
ح- زمان دقیق انجام مشاوره روانپزشکی، نتیجه آن و اینکه دقیقا در چه زمانی به پزشک معالج اطلاع داده شده است.
خ- اقدامات انجام شده و مشاهدات

۷ شرایط انجام کار

۱-۷ دقت و صحت در انجام کار

۲-۷ حفظ حریم و حرمت بیمار/ مد دجو

۳-۷ ارائه توضیحات لازم به بیمار/ مد دجو

۴-۷ رعایت نکات استریل، ایمنی، بهداشتی و فوریت زمانی

۸ شرایط ارائه دهنده خدمت

این فرآیند کار توسط پرستار و در بیمارستان ها و مراکز درمانی واجد شرایط و تجهیزات لازم برای مد دجو/بیمار انجام می گیرد.

۹ نکات آموزشی

۱-۹ اگر بیمار/ مددجو در خارج از بیمارستان قرار دارد، فوراً او را از محل آلوده خارج کنید و در هوای آزاد نگه دارید.

۲-۹ هرگز در مسمومیت بدون احتیاط به بیمار/ مددجو شیر یا چربی داده نشود زیرا این امر می تواند منجر به تشدید مسمومیت شود.

۳-۹ از دادن غذاهای چرب و شیر در شروع رژیم غذایی خودداری شود زیرا سم در بافت چربی ذخیره می شود و بعد از آزاد شدن، بیمار به طور مجدد دچار مسمومیت می شود.

۴-۹ آتروپین که به عنوان آنتی دوت استفاده می شود نباید به طور ناگهانی قطع شود بلکه به صورت تدریجی قطع شود، زیرا آتروپین حرکات دودی روده را کاهش داده و از آزاد شدن سم ذخیره شده در چربی که در روده موجود است جلوگیری می کند. خصوصاً در افراد چاق قطع سریع آتروپین خطرناک تر است.

۹-۵ از پارالیدوکسیم به صورت انفوزیون در سرم N/S یا D/W5% استفاده شود.

۹-۶ در نتیجه مهار آنزیم کولین استراز در اثر مسمومیت، استیل کولین در محل سیناپس ها تجمع یافته و باعث مسمومیت می شود که علائم مسمومیت را می توان به ۴ دسته به شرح زیر تقسیم کرد:
الف- آثار موسکارینی
ب- آثار نیکوتینی به صورت لرزش و تشنج، تاکی کاردی، هیپرتانسیون و سیانوز ظاهر می شود.
پ- آثار CNS با علائم کاهش درجه هوشیاری، خواب آلودگی و اغماء ظاهر می شود.
ت- آثار دیررس، در برخی از مسمومین از روز سوم و چهارم مسمومیت به بعد ممکن است ظاهر شود. ضایعات عصبی مثل نوروپاتی محیطی به صورت ضعف عضلات، مورمور و گزگز شدن و بی حسی در دست و پا به وجود می آید.

۹-۷ اولین علایم مشخصه مسمومیت با اورگانوفسفات ها پیدایش میوز، برادیکاردی، بوی سم و ترشحات زیاد است. علائم خاص مسمویت سموم فسفره شامل کاهش ضربان قلب و فشار خون در ابتدای مسمومیت و بالا رفتن آنها بعد از پیشرفت مسمومیت می باشد علایم شامل تقسیم بندی زیر می باشد:
الف- علائم زودرس: ضعف در خم کردن گردن، سخت بلند کردن سر از بالش
ب- علایم با شدت متوسط شامل: تهوع، ازدیاد ترشح بزاق، اشک ریزش، کرامپ‌های شکمی استفراغ، عرق، نبض کند و ارزش‌های عضلانی است.
پ- علائم متعاقب: استفاده از عضلات جانبی جهت تنفس، بینی برافروخته، تنفس تند ، تعریق، فلج اعصاب جمجمه ای، ضعف عضلات بالایی دست و پا

۹-۸ متابولیسم ارگانوفسفره ها کبدی و دفع آن ها کلیوی می باشد.

۹-۹ افراد بستری شده به خاطر مسمومیت اتفاقی را کشاورزان، کارگران و بچه ها تشکیل می دهند و اغلب در این افراد مسمومیت از راه پوستی و تنفسی ایجاد شده و پیش آگهی در این افراد به مراتب بهتر از افرادی است که به قصد خودکشی اقدام به مصرف ارگانوفسفره می کنند که معمولا از طریق گوارشی مسموم می شوند.

۹-۱۰ تقسیم بندی ارگونوفسفره ها به سه دسته ضعیف، متوسط و قوی علاوه بر کمک در تعیین پیش آگهی مسمومیت در به کار گیری اقدامات درمانی مناسب، پزشک را یاری خواهد نمود.

۹-۱۱ برای دریافت اطلاعات بیشتر سم می توان برچسب قوطی سم را خواند.

۹-۱۲ با اثر ارگانوفسفره بر مهار کولین استراز باعث افزایش میزان استیل کولین در سیناپس های عصبی شده که این افزایش استیل کولین در ابتدا باعث تحریک و سپس مهار انتقال پیام عصبی می شود.

۹-۱۳ مهار آنزیم کولین استراز به وسیله ارگانوفسفات ها در ابتدا با اتصال یونی صورت می گیرد ولی آنزیم در نهایت به طور پیشرونده با باند کووالان، فسفریله می شود. فسفریله شدن به طور طبیعی بیست و چهار تا چهل و هشت ساعت زمان می برد. این پروسه به نام ایجینگ[1] و این دوره به نام حد فاصل بحرانی[1] شناخته می شود. در

1- Aging

طی این زمان تجویز آنتی دوت در پیشگیری از پروسه ایجینگ موثر است. اما زمانی که این پروسه کامل شد، آنزیم نمی تواند دوباره فعال شود.

۹-۱۴ بعضی از ارگانوفسفات ها مانند گاز اعصاب سومان پروسه ایجینگ سریعی دارند به طوری که درمان با آنتی دوت به طور معمول موثر نیست.

۹-۱۵ مدت زمان اثر آتروپین کوتاه می باشد، حدود ۵ دقیقه پس از تزریق آتروپین ۳ علامت اکسیژناسیون، فشار خون و ضربان قلب کنترل می شود.

۹-۱۶ توکسوگونین[۲] یا Obidoxime Chloride یا از گروه دارویی cholinesterase Reactivator و گروه درمانی فعال کننده کولین استراز، پادزهر مسمومیت با ارگانو فسفره است.

۹-۱۷ کلراید پرالیدوکسیم[۳] در گروه دارویی اکسید آمونیوم نوع چهارم و گروه درمانی آنت دوت قرار دارد و به شکل ویال تزریقی با دوز 1 g/20 ml موجود می باشد. این دارو به شکل داخل وریدی و رقیق شده با صد سی سی نرمال سالین تزریق می شود. در مسمومیت با حشره کش های ارگانو فسفره یا مصرف بیش از حد آنتی کولین استراز مورد استفاده قرار می گیرد.

۹-۱۸ بیماران/ مددجویانی که در مرحله قطع تدریجی آتروپین قرار دارند حداقل تا چهل و هشت ساعت اول بستری NPO باشند.

۹-۱۹ نشانه های آتروپینیزه شدن بیش از حد شامل ایلئوس، تب و هذیان می باشد.

۹-۲۰ با افزایش مسمومیت PR طولانی ممکن است رخ دهد.

۹-۲۱ ABG جهت بررسی اسیدوز متابولیک انجام می شود.

۹-۲۲ در صورت شک بین مسمومیت با ارگانوفسفره یا کاربامات ها، دوز لودینگ پرالیدوکسیم استفاده شود تا در این فرصت با تکمیل شرح حال و جواب سم شناسی، نسبت به ادامه درمان یا قطع آن تصمیم گیری انجام شود.

۹-۲۳ بهترین شاخص برای کفایت آتروپین از بین رفتن رال در سمع ریه است.

۹-۲۴ آزمایش U/A یا آنالیز ادرار جهت بررسی هماچوری، پروتئینوری و گلوکزاوری انجام شود.

۹-۲۵ بروز اولیه ترشح زیاد بزاق، اشک ریزش و ضعف بیشتر به نفع مسمومیت با ارگانوفسفره است.

۹-۲۶ علایم موجود در مسمومیت با کاربامات ها بیشتر شامل علایم نیکوتینی و موسکارینی می باشد.

۹-۲۷ برخلاف ارگانوفسفات ها، کاربامات ها نفوذ کمی در سیستم عصبی مرکزی دارند به همین دلیل علایم اختصاصی سیستم عصبی مرکزی خفیف تر است یا اصلا وجود ندارد.

---

1 - Critical Interval
2 - Toxogonin
3 - Pralidoxime Chloride

۹-۲۸ ممکن است مسمومیت با ارگانوفسفات ها اغلب در عرض چهار تا دوازده ساعت رخ دهد ولی ممکن است مسمومیت با نمای کلی حتی به مدت بیست و چهار ساعت خود را نشان ندهد.

پیوست الف

(الزامی)

چک لیست مراقبت های پرستاری در مسمومیت با ارگانوفسفات ها

جدول الف-۱- چک لیست مراقبت های پرستاری در مسمومیت با ارگانوفسفات ها

ردیف	مراحل انجام کار	بلی	خیر	ملاحظات
۱	بیمار/ مددجو را در بخش اورژانس، پذیرش می دهد.			
۲	به پزشک فورا اطلاع داده می شود.			
۳	در صورتی که بیمار/ مددجو بیهوش است، وضعیت وی را فقط به مدت ۱۰ثانیه ارزیابی می کند.			
۴	در صورت ایست تنفسی راه هوایی (A: airway) را بررسی می کند.			
۵	از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل می کند و حمایت های لازمه جهت باز بودن راه هوایی را انجام می دهد.			
۶	مددجو/ بیمار را تا برگشت تنفس به وضعیت طبیعی تحت نظر قرار می دهد.			
۷	درصورت ایست قلبی- تنفسی عملیات احیاء قلبی- تنفسی را شروع می کند.			
۸	جهت تعیین هویت و شرح حال گرفتن از همراهان بیمار/ مددجوی بیهوش از همکار دیگر کمک می گیرد.			
۹	به دنبال تثبیت وضعیت اولیه بیمار/ مددجو در صورتی که هوشیار و قادر به پاسخگویی به سوالات است، هویت وی را تعیین می کند.			
۱۰	علایم حیاتی بیمار/ مددجو را کنترل و در صورت وجود هرگونه مشکل به پزشک معالج اطلاع می دهد.			
	در درمان مسمومیت با حشره کش های ارگانوفسفره، ۱۵ دقیقه اول را زمان طلایی درمان می داند.			
۱۱	بیمار/ مددجو را مانیتورینگ قلبی، اکسیژن درمانی و پالس اکسی متری می کند.			
	جهت جلوگیری از آسپیراسیون، بیمار/ مددجو را به پهلوی چپ خوابانده، سر را به پایین خم می کند.			
۱۲	شرح حال کامل از بیمار می گیرد.			
۱۳	معاینات بالینی پرستاری و مشاهده علایم مسمومیت را بررسی و به پزشک معالج اطلاع می دهد.			

۱۴	روش کار برای بیمار/ مددجو توضیح داده شود.				
۱۵	شرایط انجام کار را طبق بند ۷ فراهم می کند.				
۱۶	دستور پزشک را بررسی می کند.				
۱۷	از وسایل محافظت شخصی استفاده می کند.				
۱۸	دو خط وریدی، یکی برای تزریق مایعات و دارو و دیگری برای تزریق آنتی دوت ها، برقرار می کند.				
۱۹	لوله بینی معده ای تعبیه (در صورتی که سم بلعیده شده باشد) و شستشوی معده (لاواژ) مطابق با دستور پزشک انجام شود.				
۲۰	شارکول فعال طبق دستور پزشک برای بیمار/ مددجو گاواژ شود.				
۲۱	در صورت بروز آلودگی پوستی، لباس های آلوده به مواد شیمیایی و سم از بدن بیمار/ مددجو را خارج می کند.				
۲۲	شستشوی اولیه پوست را با آب و صابون انجام و شستشوی ثانویه با اتیل الکل می تواند مفید باشد. حتی در صورتی که آب در دسترس نیست می توان خاک و آرد را روی پوست مالید.				
۲۳	در مواردی که بیمار/ مددجو اسهال و کرامپ شکمی دارد از سوربیتول استفاده نمی کند.				
۲۴	اگر سم داخل چشم ها پاشیده شده، فوراً چشم را، زیر آب گرفته و به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه شستشو می دهد.				
۲۵	جهت انجام مطالعات آزمایشگاهی متداول، مربوط به مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها خونگیری وریدی را انجام می دهد.				
۲۶	به سطح کولین استراز سرم یا RBC در تشخیص مسمومیت با کاربامات ها اعتماد نمی کند، زیرا فعالیت آنزیم در عرض چند ساعت به حالت طبیعی بر می گردد.				
۲۷	عکس قفسه سینه جهت بررسی ادم ریوی و پنومونی آسپیراسیون، طبق دستور پزشک انجام می شود.				
۲۸	جواب آزمایشات را پیگیری و به پزشک معالج اطلاع می دهد.				
۲۹	سوند ادراری مطابق دستور کتبی یا شفاهی پزشک تعبیه شود.				
۳۰	نوار قلب پایه جهت ارزیابی قلبی بیمار/ مددجو را انجام می دهد.				
۳۱	اقدامات حمایتی و مراقبتی بر حسب علایم بیمار/ مددجو و دستورات پزشک شامل بررسی راه هوایی، اکسیژن درمانی و ساکشن مکرر و انجام مانیتورینگ و پالس اکسی متری، تعبیه سوند ادراری، درمان تشنج احتمالی انجام شود .				

۳۲	اکسیژن درمانی بیمار/ مددجو را با رعایت این نکته که در تقدم تزریق آتروپین تاخیری رخ ندهد، انجام می دهد.			
۳۳	داروهای اکسیم (که شامل پرالیدوکسیم و ابیدوکسیم (توکسوگونین) می باشد، صرفا در مسمومیت با ارگانوفسفات ها کاربرد دارند را هرچه زودتر برای بیمار/ مددجو تزریق می کند.			
۳۴	تزریق آتروپین در مسمومیت با کاربامات ها و هم ارگانوفسفات ها را مطابق با پیوست پ انجام می دهد.			
۳۵	علایم مربوط به آتروپینیزه شدن شامل قطع یا کاهش رال در سمع ریه بیمار/ مددجو، خشکی مخاط ها و قطع شدن سیالوره- ضربان قلب بین ۱۰۰ تا ۱۳۰ در افراد جوان و ۸۰ تا ۱۰۰ در افراد مسن، بر افروختگی محدود به گونه ها- بی قراری و هیپوترمی مختصر- گشاد شدن مردمک ها را پایش می کند.			
۳۶	بیمار/ مددجو را جهت شروع قطع تدریجی آتروپین پایش می کند فرآیند قطع تدریجی آتروپین مطابق با پیوست ت انجام می شود.			
۳۷	طبق دستور پزشک در صورتی که بیمار/ مددجو برای ترخیص آماده می شود، هشدارها و آموزش های لازم را به بیمار و همراهان وی به صورت کتبی و شفاهی می دهد.			
۳۸	به بیمار/ مددجو آموزش می دهد که تغییر در مقدار نمک و آب بدن، می تواند در مقدار دفع لیتیوم اثر گذارد و موجب بالا رفتن یا پایین آمدن سطح لیتیوم خون گردد.			
۳۹	تفکیک زباله ها را به روش بهداشتی انجام می دهد.			
۴۰	گزارش پرستاری را ثبت می کند.			

پیوست ب

(اطلاعاتی)

تزریق پرالیدوکسیم در مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها

ب- ۱دوز stat یا اولیه

یک گرم پرالیدوکسیم داخل ۳۰۰ میلی لیترN/Sیا DW5% اضافه شده و به طور آهسته و در طی نیم ساعت به بیمار انفوزیون می شود. هر آمپول پرالیدوکسیم، ۲۰۰ میلی گرمی است و لذا لازم است ۵آمپول(در کودکان 250-50mg/kg) پس از حل شدن در محلول مربوط به داخل سرم اضافه شود.

ب-۲دوزاژ و دوز ادامه پرالیدوکسیم

- **در مسمومیت خفیف:** 1grدر بزرگسالان و 250-50mg/kg در کودکان علاوه بر دوز اولیه تجویز می شود.
- **در مسمومیت متوسط:** 1gr هر ۸-۶ ساعت تا مسمومیت تبدیل به مسمومیت خفیف شود و سپس دارو قطع گردد.
- **در مسمومیت شدید:** ابتدا یک گرم وریدی و سپس پانصد میلی گرم هر ساعت تا قطع شدن علایم نیکوتینی و سپس یک گرم هر شش ساعت به صورت انفوزیون شود.

ب-۲-۱ اگر بیمار به طور روتین و برای دریافت حجم نگهدارنده[1]سه لیتر مایع در طی بیست و چهار ساعت دریافت می کند، می توانید علاوه بر یک گرم دوز اولیه داخل هر سرم بیمار یک گرم پرالیدوکسیم اضافه کنید یا اینکه در سیصد سی سی سرم جداگانه دیگری هر شش تا هشت ساعت یک گرم پرالیدوکسیم به طور آهسته و از طریق انفوزین به بیمار بدهید

ب-۲-۲ در صورت مسمومیت خفیف، یک گرم و یا حداکثر دو گرم(یک گرم اولیه و یک گرم داخل سرم اول) کافی است. در مسمومیت بسیار شدید می توان تزریق پرالیدوکسیم را تا چهل و هشت ساعت ادامه داد، اما به طور معمول پس از اتمام ۲۴ ساعت اول پرالیدوکسیم قطع می شود.

ب-۲-۳ در صورت وجود علایم نیکوتینی نظیر فاسیکولاسیون، تا قطع علایم نیکوتینی هر ساعت ۵/. گرم پرالیدوکسیم به بیمار داده می شود و سپس از طریق اضافه کردن یک گرم پرالیدوکسیم به داخل هر لیتر سرم روند درمانی ادامه پیدا می کند.

ب-۲-۴ کلراید ابیدوکسیم[2] یا همان توکسوگونین[3] به صورت آمپول 250mg در دسترس است و در مسمومیت شدید هر ۴ ساعت یک آمپول تزریق می شود. در مسمومیت خفیف ۲-۱ آمپول کافی است (کودکان:4-8 mg/kg

---

1-Maintenance

2 - Obidoxim

3 Toxogonin

دوز واحد) و تزریق آن را می توان به صورت IM یا IV انجام داد. این دارو مکانیسم عملی تقریبا مشابه پرالیدوکسیم دارد.

ب-۲-۵ اکسیم ها (پرالیدوکسیم یا توکسوگونین) در تمام بیماران با علائم مشخص مسمومیت ارگانوفسفره، معمولا در ۲۴ الی ۴۸ ساعت اول تجویز می شوند. مکانیسم اثر این ترکیبات، شامل فسفریلاسیون آنزیم و مقابله با پدیده aging، اثر مستقیم بر روی ارگانوفسفره ها، تخریب سم و ایجاد علایم آنتی کولینرژیک شبیه آتروپین و در نتیجه کاهش دوز مصرفی آتروپپین است. عوارض پرالیدوکسیم شامل: تاکی کاردی، رژیدیتی عضلانی، بلوک عصبی-عضلانی، هیپرتانسیون و لارنگواسپاسم می باشند.

ب-۳ توجهات پرستاری

۱۰ تا ۱۴ روز پس از مصرف پرالیدوکسیم، تست های کبدی به سطح اولیه بر می گردد. زمان و مقدار سم حشره کش خورده شده مشخص شود، درمان باید در ۲۴ ساعت اول مسمومیت شروع شود. آثار عصبی و عضلانی ناشی از اثر آنتی کولین استراز سم (ضعف، رنگ پریدگی پوست، هیپرتانسیون، تاکیکاردی، کرامپ عضلانی، تکانه های عضلانی) بررسی شود. جهت بررسی کاهش برون ده ادراری جذب و دفع ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از مسمومیت کنترل شود. علائم حیاتی کنترل شود. هر یک گرم دارو با بیست سی سی آب استریل تزریقی رقیق نموده و به طور مستقیم طی پنج دقیقه تزریق وریدی شود. با رقیق کردن بیشتر در صد سی سی کلراید سدیم ۰/۹ درصد، می توانید دارو را طی پانزده تا سی دقیقه انفوزیون وریدی شود. تزریق دارو باید به آهستگی انجام شود، زیرا تزریق سریع ممکن است باعث تاکیکاردی، هیپرتانسیون، رژیدیته(خشکی مفاصل) و لارنگو اسپاسم شود. همزمان با این دارو، آتروپین به مقدار دو تا چهار میلی گرم عضلانی و وریدی بدهید (در صورت وجود سیانوز جهت بلوک استیل کولین تجمع یافته در مرکز تنفسی)، تکرار هر پنج تا ده دقیقه تا زمان بروز سمیت (خشکی دهان، دلیریوم، توهمات، فلاشینگ، تاکیکاردی) انجام شود. در بیماران/ مددجویان مبتلا به میاستنی گراو، این دارو را فقط در صورت آماده بودن ادروفونیوم (Tensilon) تزریق شود. در صورت آماده بودن وسایل اورژانس این دارو تجویز شود.

پیوست پ
(اطلاعاتی)
تزریق آتروپین و آتروپینزه کردن در مسمومیت با ارگانوفسفات ها و کاربامات ها

پ-۱ آتروپین

آتروپین در سال ۱۸۳۱ از گیاه آتروپا بلادونا جدا شده و در سال ۱۸۹۶ به طریق صنعتی سنتز گردید. آلکالوئیدهای سنتز شده از گیاه بلادونا شامل آتروپین، هیوسیامین و اسکوپولامین(هیوسین) هستند و از نظر فرمول شیمیایی، هیوسین تصویر آینه ای آتروپین است. آتروپین مخلوط راسمیک چپ و راست هیوسین است و هیوسین چپ گرا است. تفاوت هیوسین با آتروپین در نفوذ خوب آتروپین به CNS است. آتروپین سبب کاهش آثار موسکارینی می شود.

پ-۲ دوز اولیه آتروپین

آتروپین به صورت دوز اولیه1mg تا 5mg تجویز می گردد. دوز1mg در مسمومیت خفیف و درمواقعی که مسمومیت چندان قطعی نشده و بیمار فاقد علایم خطرناک است، به کار می رود.

دوز5mg در مواقع قطعی و شدید مسمومیت و در صورت وجود ادم ریه، سیالوره فراوان و برادی کاردی و ...به کار گرفته می شود. باید آنقدر آتروپین تزریق نمود که آثار مسمومیت آن(میدریاز، برافروختگی صورت، بی قراری، تاکی کاردی، خشکی پوست و مخاطات) خودنمایی کند. در طیف های حد واسط این دو، دوز متوسط نظیر ۲یا۳ میلی گرم به کار می رود.

آمپول آتروپین به صورت۵/. میلی گرم در1cc در بازار عرضه شده است.

پ-۳ دوز ادامه آتروپین

آتروپین بسته به وضعیت بیمار و پاسخ اولیه به دوز stat، هر۲ الی ۲۰ دقیقه ادامه داده می شود.

مثال: اگر به فرض در بیماری به دنبال تزریق دوز اولیه ضربان قلب(HR) به ۱۴۰ بار در دقیقه برسد و بیمار بی قرار شود، نشانه آن است که احتمالا تشخیص اولیه اشتباه بوده و یا سم به مقدار بسیار ناچیز مصرف شده است. لذا ادامه آتروپین در چنین فردی جای بحث دارد و لازم است ادامه دوز به صورت PRNو در ضربان قلب(HR) زیر ۸۰ تنظیم شود.

اگر در فرض دوم به دنبال تزریق2mg آتروپین HR بیمار کمی بالا رفت ولی سیالوره ادامه داشت، آتروپین را با همان مقدار هر ۱۰یا ۱۵ دقیقه تکرار می کنیم تا بیمار آتروپینه شود.

در فرض سوم بیماری را در نظر بگیرید که علی رغم دوزstatبا 5mg آتروپین، به خاطر وضعیت بحرانی بیمار همچنان ادم ریه وجود دارد و بیمار برادی کارد است. شما مجبور هستید هر۵ دقیقه و یا حتی ۲ دقیقه به تزریق آتروپین ادامه دهید تا بیمار از مرگ قطعی نجات پیدا کند. و بالاخره در هر دو مورد فوق الذکر که تشخیص مسمومیت با ارگانوفسفره یا کاربامات مشخص شد، باید بیمار آتروپینیزه شود.

پ-۴ علایم آتروپینیزه شدن

- قطع یا کاهش کراکل در سمع ریه بیمار
- خشکی مخاطات و قطع شدن سیالوره
- HRبین۱۰۰ تا۱۳۰ در افراد جوان و۸۰ تا۱۰۰در افراد مسن
- برافروختگی محدود به گونه
- بی قراری و هیپرترمی مختصر
- گشاد شدن مردمک ها

بهترین شاخص برای کفایت تجویز آتروپین از بین رفتن کراکل در سمع ریه است.

نشانه های آتروپینیزه شدن بیش از حد عبارتند از: ایلئوس، تب و هذیان

پ-۵ چگونگی قطع تدریجی آتروپین

Tapper به معنای قطع تدریجی است و در آن ضمن کنترل علائم حیاتی بیمار در وضعیت آتروپینه و حفظ ملاک های اساسی آتروپینه شدن، آتروپین را کاهش می دهیم.

به عنوان مثال، اگر کسی هر ساعت10mg آتروپین دریافت می کند و آتروپینه شده است، 2mg از آن مقدار را کم می کنیم و بیمار را به فاصله هر نیم ساعت کنترل می کنیم. اگر علائم حیاتی بیمار در طی ۲ ساعت تغییر نکرد، مجدداً2mg دیگر کم می کنیم و بیمار را باز هم کنترل می نماییم.

ممکن است با وجود گذشت چند ساعت، پایین آوردن و قطع تدریجی آتروپین مقدور نباشد و برعکس گاهی به خاطر بروز علایم مسمومیت با آتروپین مجبور می شویم آتروپین را به طور کلی قطع کنیم و نیم ساعت به بیمار آتروپین ندهیم و سپس مقدار آتروپین را مثلا از 10mgبه6mg کاهش دهیم و سپس با کنترل علایم حیاتی باز هم به تیپر آتروپین اقدام کنیم.

پ-۵ -۱ تیپر آتروپین یک فرآیند تجربی است و توجه به حفظ علائم حیاتی و اینکه به هر حال بیمار باید آتروپینه بماند، نکته مهمی در طی این فرآیند است.

به دنبال کاهش تدریجی آتروپین و رسیدن به 1cc در ساعت، با احتیاط بیشتری سعی در ادامه این مقدار کم می کنیم تا جلوی بازگشت مجدد علایم یا ریباند در زمینه به کار افتادن مجدد دستگاه گوارش و نیز آزاد شدن سموم ذخیره شده در بافت چربی را بگیریم.

پ-۵ -۲ ریباند یا بازگشت مجدد علایم مسمومیت در حالات زیر ظاهر می شود:

- به دنبال قطع ناگهانی آتروپین
- پایین آوردن سریع دوز آتروپین
- به کار افتادن مجدد دستگاه گوارش با قطع آتروپین

– در افراد چاق و بخصوص زنان چاق به خاطر آزاد شدن سموم ذخیره شده در بافت چربی.
در صورت بروز ریباند باید هرچه سریعتر میزان آتروپین افزایش یافته و به بیمار به طور یک جا و از طریق داخل وریدی آتروپین تزریق گردد تا علایم آتروپینه شدن مجددا ظاهر می شود.

پ-۵ -۳ پیش آگهی بیمار به دنبال پدیده ریباند بد است و می بایست به فکر راه هوایی مناسب و درمان سریع ریباند باشیم.

پ-۵ -۴ از همه بیماران بستری شده به علت مسمومیت با سموم کشاورزی، رادیوگرافی سینه تهیه شود و همچنین وضعیت تخت این بیماران برای جلوگیری از آسپیراسیون در زاویه ۴۵ درجه قرار گیرد. همچنین تعبیه سوند مثانه به علت خاصیت احتباس ادراری آتروپین، در بیماران دریافت کننده آتروپین ضروری است. در صورت گذشت مدت طولانی از زمان آتروپینه شدن بیمار، سوند مثانه با شماره کوچک نظیر ۱۴ و یا ۱۲ توصیه می شود.

پ-۵ -۵ با توجه به عوارض قلبی آتروپین، بیماران باید در صورت امکان تحت مونیتورینگ قلبی قرار گیرند و نیز برای آنان اکسیژن ۵ لیتر در دقیقه از طریق ماسک داده شود.

پ-۵ -۶ بهتر است تا قطع آتروپین و بازگشت حرکات روده، از دادن غذا به بیماران خودداری شود، اما در صورت ضرورت شروع رژیم غذایی، رژیم مایعات بدون شیر و فاقد چربی توصیه می شود.

پ-۵ -۷ هرگز نباید در روزهای اولیه مسمومیت و بدون احتیاط به بیمار شیر و چربی داده شود، چون این کار می تواند منجر به ریباند و تشدید مسمومیت گردد.

پ-۵ -۸ به طور معمول این بیماران در۴۸ ساعت اول بستری NPO نگه داشته می شوند.

پ-۶ نکات خاص

پ-۶ -۱ درمان در زنان باردار هیچ گونه تفاوتی با دیگر بالغین ندارد.

پ-۶ -۲ هر دو داروی آتروپین و پرالیدوکسیم در طبقه بندیFDA، در گروهC در حاملگی قرار دارند.

پ-۶ -۳ تاخیر در درمان می تواند موجب بروز علایم تاخیری و پایدار نورولوژیک شود.

پ-۶ -۴ بروز پانکراتیت در مسمومیت با این مواد به صورت نادر اتفاق می افتد.

پیوست ت
(الزامی)
حقوق مددجو/ بیمار

ت-۱ مددجو/ بیمارحق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.

ت-۲ مددجو/ بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.

ت-۳ مددجو/ بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی مددجو/ بیمار گردد.

ت-۴ مددجو/ بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.

ت-۵ مددجو/ بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.

ت-۶ مددجو/ بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می گیرد اطمینان حاصل نماید.

ت-۷ مددجو/ بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موکول به کسب اجازه مددجو/ بیمار خواهد بود.

ت-۸ مددجو/ بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.

پیوست ث

(الزامی)

منشورحقوق بیمار/ مددجو در ایران

ث- ۱ بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده ، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد .

این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

ث-۲ حقوق بیمار/ مددجو

.ث-۲-۱ دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار/ مددجو است

ارائه خدمات سلامت باید:

ث-۲-۱-۱ شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛

ث-۲-۱-۲ بر پایه‌ی صداقت، انصاف،ادب و همراه با مهربانی باشد ؛

ث-۲-۱-۳ فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛

ث-۲-۱-۴ بر اساس دانش روز باشد ؛

ث-۲-۱-۵ مبتنی بر برتری منافع بیمار/ مددجو باشد ؛

ث-۲-۱-۶ در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران/ مددجویان باشد ؛

ث-۲-۱-۷ مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛

ث-۲-۱-۸ به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد ؛

ث-۲-۱-۹ توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان،زنان باردار، سالمندان، بیماران/ مددجویان روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛

ث-۲-۱-۱۰ در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار/ مددجو باشد ؛

ث-۲-۱-۱۱ با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛

ث-۲-۱-۱۲ در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری(الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛

ث-۲-۱-۱۳ در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار/ مددجو به واحد مجهز فراهم گردد؛

ث-۲-۱-۱۴ در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار/ مددجو قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار/ مددجو ، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار/ مددجو در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد .

ث-۲-۲ اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

ث-۲-۲-۱ محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :

ث-۲-۲-۱-۱ مفاد منشور حقوق بیمار/ مددجو در زمان پذیرش ؛

ث-۲-۲-۱-۲ ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش ؛

ث-۲-۲-۱-۳ نام، مسؤولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛

ث-۲-۲-۱-۴ روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار ؛

ث-۲-۲-۱-۵ نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان ؛

ث-۲-۲-۱-۶ کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند .

ث-۲-۲-۱-۷ ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان ؛

ث-۲-۲-۲ نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :

ث-۲-۲-۲-۱ اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار/ مددجو گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار/ مددجو علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار/ مددجو محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار/ مددجو ، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد ؛

ث-۲-۲-۲ بیمار/ مددجو می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

ث-۲-۳ حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار/ مددجو در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود .

ث-۲-۳-۱ محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

ث-۲-۳-۱-۱ انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط ؛

ث-۲-۳-۱-۲ انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور ؛

ث-۲-۳-۱-۳ شرکت یا عدم شرکت درهر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت ؛

ث-۲-۳-۱-۴ قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

ث-۲-۳-۱-۵ اعلام نظر قبلی بیمار/ مددجو در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار/ مددجو واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار/ مددجو قرار گیرد .

ث-۲-۳-۲ شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد :

ث-۲-۳-۲-۱ انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار/ مددجو باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد ؛

ث-۲-۳-۲-۲ پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار/ مددجو جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود .

ث-۲-۴ ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار/ مددجو (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد .

ث-۲-۴-۱ رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار/ مددجو الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد ؛

ث-۲-۴-۲ در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار/ مددجو احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظورکلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار/ مددجو فراهم گردد؛

ث-۲-۴-۳ فقط بیمار/ مددجو و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار/ مددجو و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

ث-۲-۴-۳ بیمار/ مددجو حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

ث-۲-۵ دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار/ مددجو است .

ث-۲-۵-۱ هر بیمار/ مددجو حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید ؛

ث-۲-۵-۲ بیماران/ مددجویان حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند ؛

ث-۲-۵-۳ خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود .

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار/ مددجو- مذکور در این منشور- بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنان‌چه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار/ مددجو شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید .

چنان‌چه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما می تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.