

به نام خدا

اورژانس های کودکان و مایع درمانی

دکتر سیده آزاده حسینی نوری
متخصص کودکان و نوزادان
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

نحوه نوشتن برگ دستورات پزشکی

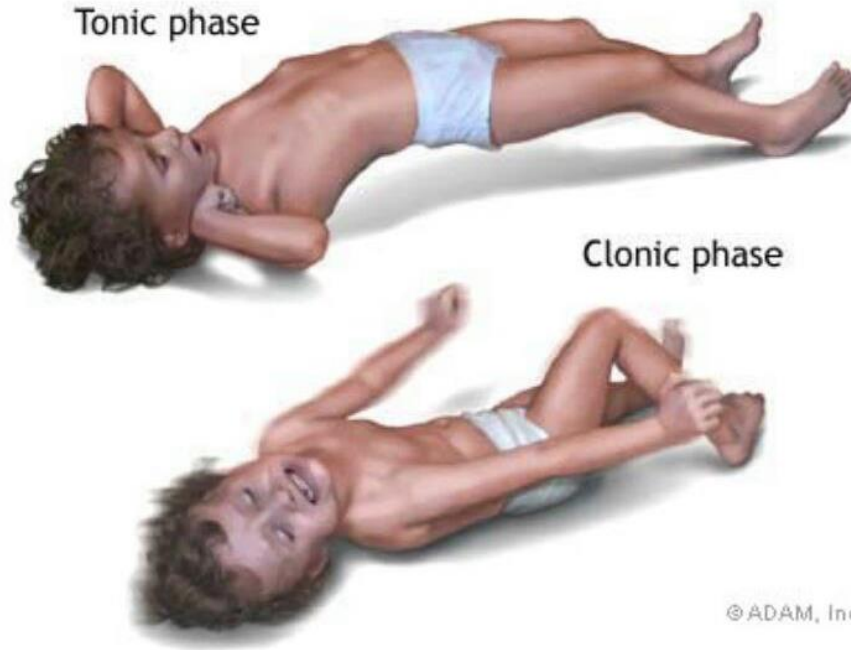
- 1) Impression
- 2) Condition(fair.bad.ill.toxic.good)
- 3) Vital sign
- 4) Activity
- 5) Diet
- 6) Iv line
- 7) Drug
- 8) Lab
- 9) Imaging
- 10) Consultation

دستورات باید فاقد خط خوردگی باشد
در صورت خطا بجای خط زدن از کلمه ERROR استفاده شود

fc

- 1-ABC
- 2-LAT POSITION
- 3-O₂
- 4-SUCTION

7-AMP DIAZEPAM
Rectal 0.5 mg/kg ×3dose
Iv 0.2mg/kg×3dose



- 5- هرگز شیء داخل دهان گذاشته نشود
- 6- اندام های در حال تشنج را نگه ندارید

✓ دقت شود دوز دیازپام از ۱۰ میلی گرم بیشتر نشود. در شیرخواران از ۵ میلی گرم بیشتر نشود. اگر تشنج با وجود سه نوبت تزریق کنترل نشد و تشنج بالای پنج دقیقه طول کشید یا بین حملات هوشیار نشد به عنوان استاتوس به شکل زیر عمل کنید.

8_Amp phenytoin 20mg/kg/iv stat(max500 MG- 1gr)

9-Amp phenobarbital 10mg/kg/iv /stat(max 200mg)

در صورت عدم کنترل تشنج پس از تجویز فنی توین:

اگر تشنج کنترل نشد سراغ والپورات سدیم و نهایتاً تجویز drip میدازولام در بخش PICU می رویم. و نهایتاً ایجاد کمای پنتوباریتال خط آخر درمان خواهد بود.

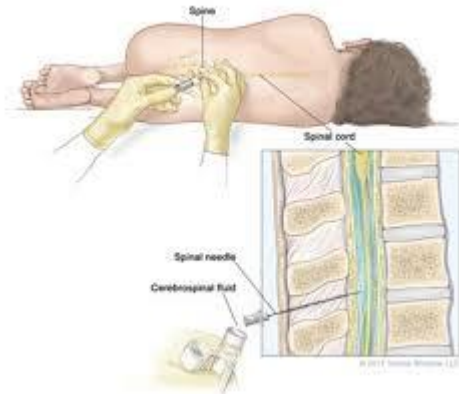
حتماً در این حین **قند خون** چک شده و در صورت افت قند با ۲-۴ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن دکستروز ۱۰٪ اصلاح گردد.

کلسیم و فسفر و سدیم و پتاسیم و CBC و کشت خون ارسال گردد. مراقب درصد اشباع اکسیژن و راه هوایی باشید.

در صورت **هیپوکلسمی** و تشنج با امپول **گلوکونات کلسیم** با دوز ۱-۲ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن آهسته تزریق وریدی و با کنترل HR هر شش ساعت صورت گیرد. دقت شود دوز کلسیم تزریقی در نوزادان از پنج سی سی و در سایر کودکان از ۱۰ سی سی در هر نوبت تجاوز نکند.



در موارد زیر Ip الزامی است:



- _ سن زیر شش ماه
- _ زیر ۱ سال که واکسن پنوموکوک و هموفیلوس نزده
- _ آنتی بیوتیک سرپایی گرفت
- _ بدحال باشد

پس از ترخیص کودک با تشنج تب دار در صورت عدم تصمیم تجویز داروی ضد تشنج (فنوبارب. فنی توپین. والپورات) می توان قرص دیازپام موقع تب تجویز نمود:

Tab diazepam 0.33mg/kg/dose/tds

قرص دیازپام در ایران به شکل قرصهای ۲-۵-۱۰ میلی گرم موجود است. شیاف دیازپام ۱۰-۵ میلی گرم موجود است. شربت دیازپام ۲ میلی گرم در ۵ سی سی است. آمپول ۱۰ میلی گرم در ۲ سی سی دارد. ژل رکتال ۵-۱۰ میلیگرم دارد.



قرص فنوباربیتال در اشکال ۱۵، ۶۰ و ۱۰۰ میلی گرم موجود است.

فنی توپین به صورت شربت 30mg/5ml موجود است.

حمله حاد آسم

- 1-O₂ therapy
- 2-Spray salbutamol q2omin 2puff



در صورت عدم پاسخ، بستری شده و آزمایشات درخواست گردد.

IMP;ASTHMA exacerbation

Condition;bad.fair

Cvs

CBR

NPO

تجویز اکسیژن حتما قبل از ونتولین آغاز شود

1-o₂ therapy nasal 3 lit/min

2-Neb **ventolin** 0.15 mg/kg/dose(max;5mg.min;2.5mg)/q 2omin ×3times/q1hr ×4times/q4hr

3-Neb **atrovent**(100.250.500microgram)/qid

4-Amp **methyl prednisolon** 0.5-2mg/kg/dose iv stat

5-Amp **epinephrin** 1/1000 0.01mg/kg /sc ×3times

6-PICU consult

7-AMP **mg so₄** 50mg/kg/slow

8-Amp **aminophylline** 5mg/kg/IV/stat

8-Heliom

9-Intubation



دکتر سیده آزاده حسینی نوری

متخصص کودکان و نوزادان

تذکره تجویز آتروونت در کودکان زیر یکسال با احتیاط فقط ۱۰۰ میکروگرم. بین ۱-۶ سال ۲۵۰ میکروگرم و بالای ۶ سال ۵۰۰ میکروگرم مجاز



نکته: در بیمارانی که سابقه آسم دارند داروهای زیر را تجویز نکنید

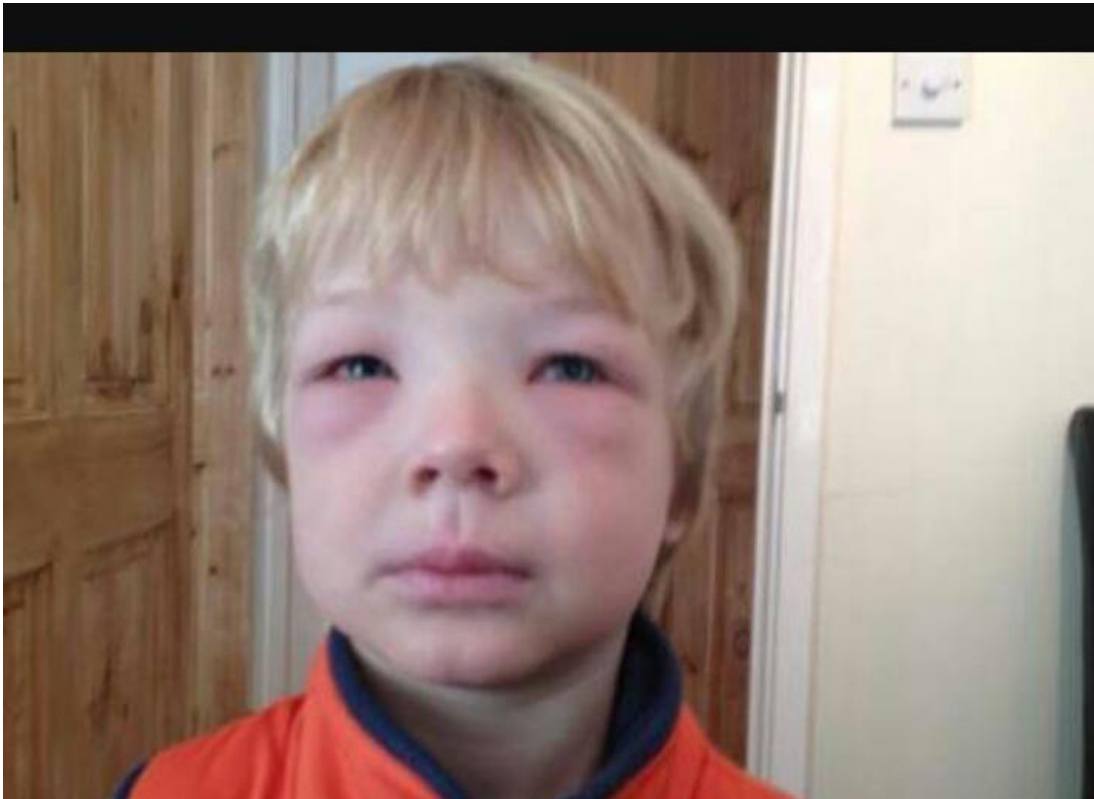
- Nsaids_
- beta blocker
- diphenhydramin
- pediatric gripe

ترخیص بیماران آسم در شرایطی است که درصد اشباع اکسیژن در هوای اتاق بالای ۹۲ درصد بمدت ۴ ساعت و معاینات نرمال و بهبودی نشانه ها است.

نکته: در بیماران با حمله حاد آسم می توان از یک دوره ماکرولید بهره جست.

آنافیلاکسی

شرح حال: دارو. غذا. گزش. ورزش. سرما. اشعه. شرح حال فامیلی



به علایم زیر توجه کنید!!

- اول: پوستی (گر گرفتگی. خارش و پارستزی دور لب. تورم. کهیر)
- دوم: قلبی (افت فشار. تاکی کاردی. آریتمی.)
- سوم: تنفسی (ویز. برنکوسپاسم. سیانوز. دیسترس. استریدور. خشونت صدا)
- چهارم: عمومی (گرما. دلهره. هیپرترمی و تب)
- پنجم: عصبی (منگی. تشنج)
- ششم: گوارشی (تهوع. درد شکم. استفراغ. اسهال)

اقدام نجات بخش؟ تزریق اپی نفرین عضلانی

دکتر سیده آزاده حسینی نوری

متخصص کودکان و نوزادان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

Imp:Anaphylaxis

Condition;bad

Cvs

CBR

1-Npo

2-Amp **Epinephrin 1/1000(0.01mg/kg)** IM/STAT

3-SERUM NS 10-20CC/KG

4-O₂ THERAPY

5-Amp Methyl prednisolon 1mg/kg/stat

Or

Amp Hydrocortizone 4mg/kg/iv/stat

6-Amp Chlorphenyramine 1/2-1/3Amp /iv/stat

7-Amp Ranitidin 1mg/kg/iv

بیمار آنافیلاکسی چهار ساعت بعد منتظر حمله دوم باشیم. در صورت عدم پاسخ به اپی نفرین تزریق

دکتر سیده آزاده حسینی نوری
متخصص کودکان و نوزادان
کلوکلون انتخاب شود. n.

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

DKA

هر بیماری با درد شکم و استفراغ و دهیدره را DKA تصور کنید مگر خلافتش ثابت شود.

کرایتریای؟؟؟

قند بالای ۳۰۰

کتون در ادرار

اسیدوز (PH کمتر از ۷,۳) یا بیکربنات زیر ۱۵.

انواع DKA:

خفیف: بیکربنات ۱۶-۲۰... PH بین ۷,۲۵-۷,۳۵

متوسط: بیکربنات ۱۰-۱۵... PH بین ۷,۱۵-۷,۲۵

دکتر سیده آزاده حبیبی نوری PH زیر ۱۰ و PH زیر ۷,۱۵

متخصص کودکان و نوزادان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان



Imp;DKA

Condition;fair.bad

CVS

RBR

1)Npo

2)Serum BOLUS NS 20CC/KG/1hour(بدون پتاسیم)

3)Serum HS or NS(milvaki) + KCL(IF K UNDER 5.5)

4)Insulin 0.1u/kg/hr(از ساعت دوم با پمپ شروع شود)

5)CBC.BC.BUN.Cr.Na.K.BS.ABG.ESR.CRP.

6)ABG.NA.K.BS (Q2hr).

7)O₂ therapy

8)ECG

9)Endocrinologist consult

10)DKA CHART

11)BS GLUCOMETRY q1h



پتاسیم و انسولین از ساعت دوم شروع شود

۱۰) اگر قند زیر ۳۰۰ شد دکستروز به سرم افزوده شود

دکتر سیده آزاده چسکی نوری از نظر علائم ادم مغزی (سردرد، تاری دید، گیجی، بی اختیاری ادراری، افت اشباع اکسیژن)

متخصص کودکان و نوزادان
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
تب دار بودن آنتی بیوتیک شروع شود.

فرمول میلوآکی برای سرم هر ساعت DKA خفیف و متوسط برای اصلاح ۲۴ ساعته

(Bolus - سرم نگهدارنده + 85cc/kg)

محاسبه و بخش بر ۲۳ ساعت گردد و عدد حاصل معادل حجم سرمی است که در هر ساعت نیاز داریم.

فرمول میلوآکی برای سرم هر ساعت DKA شدید برای اصلاح ۳۶ ساعته:

(Bolus - ۱,۵ برابر سرم نگهدارنده + 85cc/kg)

محاسبه و بخش بر ۳۵ ساعت شود و عدد حاصل معادل حجم سرمی است که در هر ساعت نیاز داریم.

شرایط خروج از DKA؟

استفراغ نکند و بتواند بخورد.

حال عمومی خوب

الکترولیت‌ها نرمال

دو نوبت ABG با PH بالای ۷,۳ و بیکربنات بالای ۱۵

دقت کنید کتوز و قند خون ملاک برای خروج DKA نیستند

دکتر سیده آزاده حسینی نوری
ته متخصص خروج از DKA
متخصص کودکان و نوزادان
از DKA برای انسولین بشکل زیرجلدی شروع شود و بیمار PO شود و نیم ساعت بعد پمپ انسولین وریدی بیمار را قطع کنید..

مننژیت

علایم

سردرد. استفراغ. تهوع. بیقراری. تب. فتوفوبی. ردور. کرنیگ. برودزنسکی. برجستگی فونتانل. تشنج. بیحالی. کاهش هوشیاری

Imp:meningitis

Condition:fair

Diet:Npo

cvs

1-serum DS $\frac{3}{4}$ maintenance

2-CBC.BUN.Cr.Na.k.bs.BC.ESR.CRP.

3-lp

4-brain CT scan (if needed)

5-Amp Ceftriaxone 100 mg/kg/day divided in 2 doses

6-Amp vancomycin 60mg/kg/day divided in 4doses

7-Amp dexamethasone 0.6 mg/kg/day stat and 0.15 mg/kg /dose /qid

8-check i/o

9-Head circumference in infants



شروع کورتون در صورت شک قوی به مننژیت باکتریال
همزمان با شروع آنتی بیوتیک

در صورت شک به انسفالیت آسیکلوویر ۱۰-۲۰ MG/KG/TDS شروع شود و دگزا داده نشود

- 10-check consciousness
- 11-fever control by acetaminophen
- 12-if seizure: AMP Phenytoin 10-20 mg/kg/stat and 2.5 mg/kg/bd
- 13-if age is less than 2 month :Amp Ampicillin 50mg/kg/qid
- 14-serum mannitol 1gr/kg/stat

جهت پوشش
لیستریا



مسمومیت متادون



- حداقل ۴۸ ساعت بستری لازم است.

- **انتی دوت:** نالوکسان

- حداقل دوازده ساعت از قطع آخرین درپ نالوکسان بستری باشد.

- علائم: برادی پنه اپنه سیانوز. میوز. کاهش هوشیاری.

- برخی مخدرها مثل پنتازوسین و میپیدین و مورفین و ترامادول و دی فنوکسیلات میوز ندارند و میدریاز دارند.

- آمپول نالوکسان ۰,۴ میلی گرم در سی سی است و با دوز ۰,۱-۰,۲ میلی گرم بر کیلو بر دوز

تجویز و هر سه تا پنج دقیقه تکرار شود تا ماکزیمم ۲۵ آمپول یا ۱۰ میلی گرم مجاز به تزریق

هستیم. چون نیمه عمر کوتاهی دارد نالوکسان drip میگذاریم.

- Imp;opiom poisonig
- Condition:bad
- Activity ;CBR
- DIET;NPO.
- 1-IV LINE
- 2-O2THERAPY and pulse oximetry
- 3-SUCTION
- 4-Amp Naloxan 0,1mg/kg/iv/stat

• قابل تکرار هر سه تا پنج دقیقه تا ۲۵ آمپول

- 5-serum DS maintanance +Amp naloxan drip

• به میزان دو سوم از دوز آمپولی که بطور اولیه بیمار را بی علامت کرده در هر ساعت برای بیمار بشکل درپپ تجویز می کنیم

- 6-ECG and manitoring
- 7-gastric lavage and charcoal1gr/kg +

• در صورتی که بیمار هوشیار باشد

- 8-syrup MOM 0.3cc/kg/dose qid
- 9-visit q 30 min

• در صورت نداشتن یا عدم بازگشت علائم مسمومیت هر شش ساعت ۲۰٪ از آمپولهای نالوکسان درپپ را taper می کنیم.

• در صورت بازگشت علائم به میزان پنجاه درصد دوز بولوس اولیه که بیمار را هوشیار کرده بود مجدد تجویز کرده و به درپپ بیمار نیز ۵۰٪ اضافه می نماییم.

• مایع درمانی در کودکان

- تجویز **مایع وریدی نگهدارنده (maintenance)** در کودکانی که قادر به تحمل تغذیه خوراکی نباشند الزامیست.
- گاه در کنار مایع نگهدارنده، مایع دیگری به عنوان **مایع کمبود (defecit)** احتیاج است. مثلا در بیماران دهیدره.
- گاه در کنار موارد فوق M و D نیاز به **مایع on going loss** می باشد (به طور مثال مایعاتی که از طریق لوله NGT و درن های بدن و ادرار در بیماران پلی اوریک و اسهال و ... دفع می شوند)

انتخابی برای احیا

• انواع سرم های تزریقی

• (الف) سرم نرمال سالین NS 0.9%

• ایزوتونیک است

• تونوسیتی مشابه پلاسما دارد (۳۰۸-۳۱۰)

حاوی

سدیم ۱۵۴ meq/lit

کلر ۱۵۴ meq/lit

• پتاسیم ؛

• کلسیم؛

• لاکتات؛



دکتر سیده آزاده حسینی نوری

متخصص کودکان و نوزادان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

- (ب) سرم هاف سالین ۰.۴۵٪ یا HS یا NS ۱/۲
- انتخاب اول (choice) برای مایع درمانی نگهدارنده کودکان بدون خطر هایپوناترمی است.
- سدیم ۷۷ meq/lit
- کلر ۷۷ meq/lit
- پتاسیم
- کلسیم
- لاکتات
- به طور معمول با ۵٪ DW ترکیب می شود.
- HSD ۵٪
- ۱/۲ NSD ۵٪

ج) سرم یک چهارم سالین NS ۱/۴

حاوی

سدیم $\text{meq/lit}^{۳۴}$

کلر $\text{meq/lit}^{۳۴}$

- پتاسیم
- کلسیم
- لاکتات

با دکستروز ۵٪ ترکیب می شود. NSD5% ۱/۴

این سرم در شیرخواران دارای وزن زیر ده کیلوگرم که نیاز آب بالایی دارند انتخابیست.

دکتر سیده آزاده حسینی نوری

متخصص کودکان و نوزادان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

انتخابی در سوختگی

• (د) سرم رینگر لاکتات

• سدیم ۱۳۰

• کلر ۱۰۹

• پتاسیم ۴

• کلسیم ۳

• لاکتات ۲۸



دکتر سیده آزاده حسینی نوری

متخصص کودکان و نوزادان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

ه) سرم ۱/۳ ۲/۳

- حاوی دو سوم سرم قندی پنج درصد و یک سوم سالین ۰,۹٪ است. یعنی ۰,۳٪ نرمال سالین (51Meq) و ۳,۳۳ گرم قند است.



و) سرم دکستروز سالین

معادل نرمال سالین ۰,۹٪ که به آن دکستروز پنج درصد اضافه شده است... حاوی ۱۵۴ میلی‌اکی والان سدیم و پنج گرم قند است... انتخابی برای کودکان در خطر هایپوناترمی و SIADH

ی) سرم دکستروز ۵٪:

معادل پنج گرم در هر صد سی سی سرم قند دارد. بیست درصد کالری روزانه را تامین میکند. سرم قندی ۱۰ درصد در نوزادی

• نکته: در کودکانی که شرایط زیر را دارند سرم با تونوسیتته بالاتر مثلا $NSDW5\%$ تجویز کنید:

۱- بیماری تنفسی

۲- بیماری CNS

۳- استرس

۴- تهوع

۵- درد

۶- تحت درمان ناركوتیک

۷- کاهش حجم

۸- هیپوناترمی

۹- بیماران SIADH

• مایع نگهدارنده

• باید حاوی آب + گلوکز + سدیم + پتاسیم باشد.

• هدف از تجویز؟؟

• جلوگیری از

• *دهیدریشن

• *اختلال الکترولیتی

• *کتواسیدوز

• *تجزیه پروتئینی

• تذکر: **فاقد ویتامین /چربی /پروتئین /املاح** است و بیماران تحت مایع نگهدارنده روزانه ۰,۵-۱٪ وزن خود را

از دست می دهند.

دکتر سیده آزاده حسینی نوری

متخصص کودکان و نوزادان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

• محاسبه حجم مایع نگهدارنده بر اساس وزن بدن

0-10 kg → 100cc/kg

11-20kg → 1000cc+(50cc/kg (به ازای هر کیلوگرم بیش از ده کیلوگرم

>20kg → 1500cc+(20cc/kg (به ازای هر کیلو بیش از بیست کیلوگرم

EXAMPLE:W=16KG.....SERUM=1000+(6X50)=1300CC

EXAMPLE:W=25KG.....SERUM=1500+(5X20)=1600CC

Max =2400ml/24hour

- نکته: بیماران با نارسایی قلبی، سندرم نفروتیک، نارسایی کلیه، بیماران کبدی، بیماران SIADH، مننژیت باید باید مایع نگهدارنده کمتری دریافت کنند.

دکتر سیده آزاده حسینی کوفی، متخصص کودکان و نوزادان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
در شرایط زیر نیاز به مایع نگهدارنده بیشتر می شود: فتوتراپی و وارمر، سوختگی، تعریق، تب، تاکی پنه، تراکوستومی، همولیز و خطر رسوب هموگلوبین در کلیه.

• پتاسیم مایع نگهدارنده

- پس از ادرار کردن و اطمینان از کارکرد کلیه اضافه گردد.
- پتاسیم، میزان 20 meq/lit اضافه گردد. هر سی سی 15% kcl حاوی 2 meq/lit پتاسیم است.
- به طور مثال: serum Nsdw5% 1100cc + 11cc kcl 15%/24hour \longrightarrow 12kg

Cc SERUM	Meq K
1000	20
1100	X=22

Cc KCL	Meq K
1	2
X=11	22

14kg \longrightarrow serum Nsdw5% 1200cc + 12cc kcl 15%/24hour

Cc SERUM	Meq K
1000	20
1200	X=24

Cc KCL	Meq K
1	2
X=12	24

• در نوزادان سرم تجویزی انتخابی دکستروز ۱۰٪ است که باید در هر ۱۰۰۰ سی سی، ۳۰ میلی اکی والان از

محلول NaCl و ۲۰ میلی اکی والان ۱۵٪ KCL اضافه گردد.

• مثال:

• 3kg → serum dw10% 300cc + 3cc kcl 15% + 9cc nacl 5%

Cc SERUM	Meq NACL	Cc NACL 5%	Meq NA
1000	30	1	0.9=1
300	X=9	X=9	9

• نکته: هر سی سی ۵٪ nacl معادل ۰,۹ میلی اکی والان سدیم است. یعنی تقریباً ۱ میلی اکی والان....

راه های دفع آب از بدن

60% urine

5% stool

35% insensible loss (skin/lung)

• مایع کمبود (deficit)

- عبارت از میزان مایعی است که کودک عقب است و باید اصلاح گردد.
- اولین اقدام در برخورد با کودک دهیدره، تخمین درصد دهیدراتاسیون است.

Type	Infant (%)	Child (%)
Minimal dehydration	under5	under3
some dehydration (mild to moderate)	5-10	3-9
Sever dehydration	>10	>9

زیر ۵%

• علائم non دهیدریشن؛

- نبض نرمال
- ادرار نرمال یا شروع به کاهش
- تشنگی ندارد
- معاینه نرمال
- مخاطات مرطوب
- اشک دارد

زیر ۳%

دهیدریشن some؛

ضربان قلب بالا
هیپوتانسیون ارتوستاتیک
ادرار کاهش
لتارژیک و تحریک پذیر
فونتانل گود
اشک کم است. مخاط خشک
تورگور کاهش
عطش
میزان CF بالای ۱,۵ ثانیه
انتهای سرد و رنگ پریده

۳-۹%

۵-۱۰%

دهیدریشن شدید؛

ضربان قلب بالا
افت فشارخون
آنوری
اشک ندارد
چشم گود
تورگور افزایش یافته
میزان CF بالای سه ثانیه
پوست سرد و mottled
شل
کاهش هوشیاری و ناتوان در
نوشتن

بالای ۱۰%

بالای ۹%

تذکر مهم: ارزیابی وضعیت دهیدریشن هر چند ساعت تکرار شود.

• محاسبه مایع کمبود (D)

$$\text{Def (cc)} = 10 \times \text{درصد دهیدراتاسیون} \times \text{وزن}$$

• مثال:

• در شیرخوار یکساله با وزن ۹ کیلوگرم و دهیدراتاسیون شدید، مایع Def چقدر است؟

$$9 \times 10 \times 10 = 900 \text{ cc}$$

• نکته: میزان مایع کمبود باید به میزان مایع نگهدارنده اضافه گردد و در ۲۴ ساعت تجویز گردد. نیمی از مایع کمبود بایستی در ۸ ساعت اول و مابقی در ۱۶ ساعت بعدی تزریق شود.

• نکته: سرم انتخابی برای مایع کمبود و نگهدارنده سرم NS D5% ۱/۲ است که حاوی ۲۰ میلی اکی والان در لیتر پتاسیم باشد.

مایع OnGoing loss

- مایعی که از طریق ادرار در بیماران پلی اوریک یا اسهال های مکرر و یا ترشحات لوله گوارشی و... در حال دفع می باشد و باید به طور دقیق محاسبه به مایع M و D اضافه گردد.
- برای جایگزینی اسهال که حاوی ۵۵ سدیم و ۲۵ پتاسیم و ۱۵ بیکربنات است، ترکیب سرم یک دوم سالین در دکستروز ۵٪ به علاوه ۲۰ میلی اکی والان پتاسیم و گاه ۲۰ میلی اکی والان در لیتر بیکربنات خوبست.
- برای جایگزینی مایع معدی که حاوی سدیم ۶۰ و پتاسیم ۱۰ و کلر ۹۰ است بهتر است سرم NSDW5% به علاوه ۱۰ میلی اکی والان پتاسیم داده شود.
- برای بیماران انوریک یا پلی اوریک سرم نگهدارنده را به ۱/۳ کاهش می‌دهیم و سپس هر شش ساعت برون ده ادراری را محاسبه و با سرم هاف سالین دکستروز به طور دقیق جایگزین می کنیم.

اصول شرح حال نویسی در بخش کودکان و نوزادان بیمارستان ۱۷ شهریور رشت

- روز و زمان شرح حال؛
- نام و نام خانوادگی؛
- قابلیت اعتماد؛
- منبع شرح حال؛
- سن؛
- جنس؛

• **اول: chief complaint** از زبان والدین یا خود بیمار

• **دوم: PI** شامل شرح دقیق و مبسوط علایم بیماری اخیر از نحوه و زمان شروع تا کنون به طور کامل و کیفیت علایم و فاکتورهای تخفیف و تشدید دهنده و شرح کامل علایم همراه و درمان هایی که تاکنون انجام شده است.

• **سوم: past medical history**

• در بخش کودکان و نوزادان در این قسمت حتما به **سوابق بارداری، ترم یا پره ترم بودن، نوع زایمان، سابقه احیا در بدو تولد، سابقه و تاریخ دقیق واکسن، سابقه بستری از بدو تولد تاکنون و دلایل آنها، سابقه جراحی، تماس با سیگار، چندقلویی. سابقه فتوتراپی. سابقه تروما. سابقه بیماری. سابقه مسافرت و تماس با حیوانات. منسوب بودن والدین. وضعیت و بیماریهای مادر در دوران بارداری. نوع شیر مصرفی.**

• در نهایت وزن دقیق زمان تولد و کنونی و صدک بیمار

• دور سر زمان تولد و اکنون بخصوص در زیر ۳ سال و صدک بیمار

• **دکتر سیده آزاده حسینی نورمان** زمان تولد و کنونی و صدک بیمار

- چهارم: allergy history

- پنجم: family history

- شامل بیماریهای خاص در خانواده

- ششم: social history

- هفتم: معاینه فیزیکی

- General appearance

- شامل ظاهر کودک. سطح هوشیاری. رنگ و ظاهر پوست به طور کلی. حال عمومی. وضعیت ارتباط با معاینه کننده

- **علایم حیاتی:**

- فشارخون به طور دقیق (ثبت پرسنتایل طبق جداول و نمودارهای مربوطه). نبض. تعداد تنفس (در یک دقیقه کامل شمردن شده باشد). درجه حرارت بدن.

- **معاینه سرگردن:** فرم جمجمه. فونتanelها. چشم. ملتحمه. حرکات چشم. لایه اشکی. گوش و اتوسکوپي skin tag. مجاور گوش. گردن توده و ... لنفادنوپاتی. JVP. ردور. رفلکس قرمز. رینوسکوپي. nasal flaring معاینه ته حلق. لته ها. مخاط دهان. زبان. فرنولوم. اوولا. کام. لمس سینوس. سیانوز در لبها و مخاطات. تیروئید. وجود کیست یا توده در گردن. تورتیکولی

- **قفسه سینه:** نگاه. سمع قلب. سمع ریه. وضعیت تنفس. رترکسیون ساب کوستال اینترکوستال و سوپرا استرنال. دفرمیتی. زیر بغل. ضایعات پوستی. تعیین مرحله بلوغ در پستان.

- **شکم:** نگاه. سمع. دق. لمس سطحی و عمقی. کبد span دقیق. کلیه. طحال. وجود آسیت. تندرینس و حساسیت در شکم و فلانک. دیستانسیون. چک ریباند. لکه های پوستی. رفلکس پوستی شکمی. تورگور پوستی. فتق نافی. توده.

- **اندام ها:** نبض. capillary filling. لنفادنوپاتی. انگشتان. کلابینگ. ناخنها. سیانوز. خمیدگی و دفرمیتی. کلاب فوت. معاینه کامل مفاصل. معاینه مفصل هیپ از نظر DDH. چک DTR ضایعات پوستی. اریتم پالمار

- **معاینه ژنیتال:** وضعیت نزول تستیسها. تورشن تستیس. معاینه اینگوینال از نظر هرنی. معاینه اسکروتوم از نظر اریتم یا وجود هیدروسل. رفلکس کرماستریک. تعیین مرحله بلوغ. وضعیت چسبندگی لبیا. ترشح واژینال. دیاپراش و سوختگیها. سائز پنیس. محل خروج مجرای ادراری. معاینه رکتوم. TR.

- **معاینه نرولوژیک:** سطح هوشیاری. پوسچر شیرخوار. عدم تقارن حرکات. تون. اسپاستیسیته. شلی. معاینه اعصاب کرانیال. معاینه سیستم حرکتی و حسی. معاینه رفلکس ها. DTR. پوستی کف پای. بررسی رفلکسهای نوزادی (مورو، ساکینگ، گرسپ، روتینگ) تست مخچه ای. وضعیت راه رفتن. تکلم بیمار
- **هشتم:** خلاصه آزمایشات و رادیوگرافی و ... قبلی

- **نهم:** PROBLEM LIST

- **دهم:** لیستی از تشخیص افتراقیها

- **یازدهم:** لیستی از PLAN های درمانی تشخیصی

- **دوازدهم:** مهر امضا

اصول نوشتن سیر بیماری progress note در بخش کودکان

تاریخ

ساعت

نام و نام خانوادگی بیمار

نام بخش

تذکر مهم: در زمان پایان روتیشن هر کارورز از بخش و تحویل بیمار به کارورز بعدی، طی روتیشن های هفتگی، حتما در برگه سیر بیماری، **off service note** (که ترکیبی از شرح حال مفید و مختصر و معاینات و پاراکلینیک و اقدامات تشخیصی درمانی انجام گرفته طی بستری چند روزه بیمار تا کنون انجام شده) توسط کارورز قبلی، نوشته و بیمار تحویل کارورز جدید می گردد. از این پس کارورز جدید مسئول نوشتن **on service note** (تقریبا شبیه **off service note**) و سپس **progress note** های روزانه بعدی خواهد بود.

برای نوشتن **progress note** کلمه SOAP را به یاد داشته باشید.

1-Subjective

شامل مختصری از شرح حال و در اصل شکایات بیمار است که خودش یا والدین ذکر می کنند. مثلا از روز گذشته تا کنون که در بخش بستری بوده چه مشکلاتی داشته؟ آیا مشکلات جدیدی ایجاد شده؟ مشکلات روز قبل کمتر شده یا ادامه دارد؟

2-Objective

شامل آنچه می باشد که شما در معاینه در می یابید. شامل ظاهر کلی، علایم حیاتی و معاینه فیزیکی هدفمند و ثبت پاسخ آنچه که در پاراکلینیک و آزمایشات و گرافی و ... روز گذشته وی درخواست کرده بودید و آماده شده است.

3-Assessment

شامل یک ارزیابی جدید شما از بیمار با توجه به **objective** و **subjective** امروز می باشد. با توجه به دو بخش بالا باید لیستی از تشخیص افتراقی های جدید را ثبت نمایید.

4-Plan

شامل برنامه درمانی جدید یا پاراکلینیکال تشخیصی جدید که امروز قصد دارید برای امروز بیمارتان انجام دهید.

در نهایت مهر و امضای کارورز

دکتر سیده آزاده حسینی نوری

متخصص کودکان و نوزادان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

موفق باشید

دکتر سیده آزاده حسینی نوری

متخصص کودکان و نوزادان

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان