

رهنمود کمک های اولیه طبی قبل از شفاخانه ئی

نویسنده

دوكتور محمد عالم ؛ عاصم ؛

لیسانس پوهنتون طبی کابل

دپلیمه صحت عامه پوهنتون کاردان

ماستری صحت عامه کشور هندوستان

ترینر کمک های اولیه کشور ترکیه

تاییدیه

کابل امبولانس سرویس در سال ۱۳۸۲ به کمک مالی و تخنیکی صلیب سرخ ناروی و وزارت صحت عامه تاسیس گردیده که هدف آن همانا کاهش وقوعات مرگ میر قبل از شفاخانه یی و جلوگیری از معیوبیت های دایمی از طریق عرضه خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه یی یا امبولانسی توسط تیم های آموزش دیده عرضه خدمات مینمایند که این سیستم جز مهم عرضه خدمات صحتی میباشد.

پایین بودن سطح آگاهی های عامه در بخش کمک های اولیه طبی بخصوص کسانی که مقدم تر از تیم امبولانس در محل واقعه میرسند باعث معیوبیت های دوامدار و بلند رفتن گراف مرگ مجروحین میگردد بنا کمک های اولیه طبی دانستن آن برای تماما افراد جامعه بسیار موثر میباشد فلذا استندرد موجوده ایجاب مینماید تا جهت کاهش وقوعات مرگ و معیوبیت های دوامدار باید در هر فامیل یک نفر تریننگ کمک های اولیه طبی را دریافت نموده و سرتفکیت آن را اخذ نمایند تا در واقعات عاجل باعث کمک برای اعضای فامیل و افراد نیازمند جامعه شوند الی رسیدن تیم امبولانسی.

قبلا در بخش کمک های اولیه طبی قبل از شفاخانه یی کدام رهنمود موثر که جواب گوی نیازمندی های فعلی جامعه باشد موجود نبود هر ارگانی به سبک خویش کتابی را در زمینه به چاپ رسانیده بودند اما در سال ۱۳۹۸ دوکتور محمد عالم ؛ عاصم ؛ ترینر کمک های اولیه کابل امبولانس سرویس به اثر سعی و تلاش که داشت توانست که رهنمود کمک های اولیه طبی قبل از شفاخانه یی را ترتیب که جواب گوی نیازمندی های جامعه جهت تحت پوشش قرار دادن واقعات عاجل انفرادی و کتلوی میباشد ترتیب نموده که این رهنمود توسط امریت رهنمود سازی ریاست عمومی طب معالجوی و ترینر متخصصین تعداد ۱۳ شفاخانه های تخصصی و ثالثی شهر کابل بازنگری گردیده است.

مسرت دارم که همکاران ما در امریت کابل امبولانس سرویس در همکاری با متخصصین محترم بخش های مرتبط شفاخانه های تخصصی و ثالثی شهر کابل موفق به تدوین این رهنمود ملی در مورد کمک های اولیه طبی قبل از شفاخانه یی گردیدند و این رهنمود نتیجه سعی ؛ کوشش و کار خستگی ناپزیر ترینر کمک های اولیه طبی کابل امبولانس دوکتور عاصم بوده است و اینک من هم به نوبه خویش این سند مهم ملی را تایید مینماییم و از نویسنده و همه انهایی که در بازنگری ؛ تدوین و چاپ این رهنمود زحمت کشیده اند اظهار سپاس بی پایان نموده و از دوکتوران جوان و نرس های که در بخش کمک های اولیه طبی قبل از شفاخانه یی و امبولانس کار میکنند خواهشمندیم تا طبق این رهنمود سعی خویش را به خرچ دهند و مریضان و مجروحین که ضرورت به کمک های اولیه طبی داشته باشند طبق این رهنمود کمک کرده تا به نزدیک ترین مرکز صحتی جهت خدمات ثانوی

و ثالثی رجعت داده شود. توفیقات مزید را به همه همکاران طبی در تطبیق این رهنمود و شفای کامل و عاجل به تمام مریضان و مجروحین واقعات ناگوار را از بارگاه ایزد منان ارزو دارم.

بااحترام

دوکتور فیروزالدین «فیروز»

وزیر صحت عامه ج ۱۱



گروپ بازنگری کننده

رنځوروال دوکتور عبدالجليل رسولی
ترينر متخصص داخله عمومي
شفاخانه استقلال

رنځورپوه دوکتور محمد رحيم ياسين
شف داخله شفاخانه صدری ابن سینا

رنځوروال دوکتور اسرارالله شينواری
ترينر متخصص داخله در شفاخانه
رابعه بلخی

رنځوروال دوکتور حسيب الله وردک
ترينر متخصص داخله شفاخانه
استقلال

رنځورمل دوکتور غلام مجتبی نجرابی
ترينر متخصص داخله شفاخانه
وزیر اکبرخان

رنځوروال دوکتور گل افا ودیر
ترينر متخصص داخله شفاخانه عاجل ابن
سینا

رنځوروال دوکتور غلام محبوب ویژه
ترينر متخصص داخله در شفاخانه ۱۰۲
بستر خیرخانه

بخش پروسیجرهای کاری کابل
امبولانس

احمد جان بهاوی
ترينر کمک های اولیه طبی

رنځوريار دوکتور محمد عارف عمر
ترينر متخصص داخله شفاخانه
جمهوريت

رنځوريار دوکتور محمد نعيم اکبری
ترينر متخصص داخله انتانی

رنځورمل دوکتور غلام عباس فقیری
ترينر متخصص جراحی عمومي شفاخانه
وزیر اکبرخان

رنځوريار دوکتور فرزاد مهري
ترينر متخصص ارتوپیدی شفاخانه
وزیر اکبرخان

رنځورمل دوکتور عتيق الله حلیمی
ترينر متخصص نوزادان شفاخانه
ملالی

رنځورمل دوکتور عبیدالله مجددي
ترينر متخصص جراحی عصب شفاخانه
شیخ زاید

روکی قريشي
مدیر تعلیم تربیه، کابل امبولانس

تصاویر این رساله به کمک دفتر کمیته بین المللی صلیب سرخ (آی سی آر سی) در کابل فراهم شده است.

فهرست عناوین

۱	.....	ساحه کاری
۲	.....	بسته کمک های اولیه ابتدائی طبی قبل از شفاخانه (امبولانس)
۳	.....	کمک های اولیه ابتدائی
۱۴	.....	مدیریت اوقات کتلوی SALT Triage Category
۲۴	.....	سروری اولی
۲۹	.....	تنفس
۳۸	.....	دوران خون
۳۹	.....	سروری دومی
۴۳	.....	وضعیت ریکوری برای مریض
۴۵	.....	توقف قلبی Cardiac Arrest
۴۶	.....	فشار های صدری نزد کاهلان
۴۷	.....	احیای مجدد قلبی وعائی نزد نوزادان
۴۸	.....	احیای مجدد قلبی وعائی نزد کودکان و اطفال
۴۹	.....	Automated External Defibrillator
۵۱	.....	بندش سیستم تنفسی توسط جسم اجنبی نزد کاهلان
۵۲	.....	بندش سیستم تنفسی توسط جسم اجنبی نزد نوزاد و اطفال
۵۳	.....	بندش سیستم تنفسی توسط جسم اجنبی نزد کودکان
۵۵	.....	رهنمود عمومی کمک های اولیه برای مجروحین و مریضان
۵۷	.....	بخش داخله
۵۷	.....	مواظبت از نوزادان
۵۹	.....	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
۶۱	.....	استمائی قصبی
۶۳	.....	درد و ناراحتی های صدری که مشکوک به MI است
۶۵	.....	توقف ناگهانی قلب (Cardiac Arrest)
۶۶	.....	تغییرات در سطح هوشیاری
۶۶	.....	Altered level of consciousness
۶۸	.....	کوما
۷۰	.....	سکته وعائی دماغی یا Cerebral Vascular Accident
۷۲	.....	ولادت نارمل یا
۷۲	.....	OB Pregnancy – Labor & delivery

۷۴	شاک
۷۸	بخش جراحی
۷۸	جروح‌ات نافره اشیا کند و نوک تیز
۸۲	بخش ترضیضات
۸۲	ترضیضات ؛ بیجا شده گی و کسر ها
۸۴	ترضیضات سر و ستون فقرات
۸۶	بخش سوختگی
۸۷	سوختگی با شعله آتش و بخارات
۸۹	برق گرفتگی یا Electric shock
۹۱	کاهش درجه حرارت یا Hypothermia
۹۳	گرما زدگی Heat Exhaustion /Heat Stroke
۹۶	بخش مسمومیت ها
۹۶	مسمومیت با مواد غذائی
۹۷	مسمومیت با الکول
۹۹	تسممات با نفت و یا گاز حشره کش مایع
۱۰۱	صدمات تششعی
۱۰۳	مارگزیده گی
۱۰۵	گزردم گزیده گی
۱۰۷	غرق شده گی
۱۰۹	رهنمود مدیریت برای مریضان کاملاً روانی و یا خشن
۱۱۰	فوت مریض یا مجروح در داخل امبولانس
۱۲۰	وضعیت صحیح بدن
۱۳۲	بنداز
۱۳۸	بخش اتل بندی
۱۴۱	طرز العمل های استندرد امبولانسی



زمانیکه یک مریض یا مجروح به یک واقعه توقف ناگهانی قلبی، توقف ناگهانی ریوی، بندش سیستم تنفسی و واقعه عاجل طبی مواجه میشود شما باید بصورت سریع و عاجل با مهارت های خوب؛ کمک های اولیه طبی را نزد مریض آغاز نمائید.

ساحه کاری

رهنمود هذا برای کارکنان صحت که در بخش کمک های اولیه طبی و اشخاص که در امبولانس کار میکنند میباشد.

کتاب هذا به صفت یک رهنمود مشوره دهی برای کارکنان صحت بخش امبولانسی بوده و بیانات آموزنده ان مطابق به سیستم صحت میباشد که برای امراض خاص میتود های خاص در نظر گرفته شده است

♦ محدودیت های سنی برای اطفال و کاهلان در پروسیجر های طبی باید قابل انعطاف باشد.

برای جدیدالولاده الی ۲۴ ساعت نوزاد پایین تر از یک سال کودک برای سن که کمتر از ۱۳ سال باشد اطفال اطلاق گردد و پروسیجر های اطفال قابل تطبیق است سنین ۱۳-۱۸ قضاوت صورت گیرد که از کدام پروسیجر بالای شان تطبیق گردد و معمولاً از پروسیجر های اطفال استفاده میگردد و برای کاهلان و کسانیکه سن شان بالاتر از ۱۸ میباشد پروسیجر های کاهلان قابل تطبیق است.

♦ تواضع با مریضان، فامیل شان و کارکنان صحت بسیار مهم است. اجرای مواظبت های صحت طبق استندرد و با کیفیت برای مریضان و مجروحین که از محل واقعه برداشته شده و به مرکز صحت انتقال میگردد بسیار مهم بوده.

♦ پروسیجر فورم مریض که به دو منظور اجراءات صورت میگیرد.

○ جمع اوری و نگهداری ارقام : کارکن صحنی که در بخش امبولانس کار میکنند فورم مریض را به اساس استندرد های کاری کابل امبولانس خانه پوری نموده یک کاپی انرا به مرکز خدمات کابل امبولانس در ختم هر وظیفه و یا اینکه در ختم نوکریوالی ۲۴ خویش تسلیم نموده و کاپی دیگر انرا که نماینگر عرضه خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه ئی میباشد جهت اجراءات بعدی به شفاخانه که مریض را تسلیم مینمائید تسلیم داده شود.

○ مشخصات خاص در فورم مریض موجود بوده مثل تشخیص احتمالی کمک های که برای مریض در ساحه، و در مسیر راه در داخل امبولانس اجرا میگردد ذکر گردد و فورم مزکور یک اسناد معتبر برای اداره بوده که در وقت ضرورت از ان استفاده بعمل آید.

بسته کمک های اولیه ابتدائی طبی قبل از شفاخانه (امبولانس)

هدف از عرضه خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه ئی این است که یک کارکن صحنی که در بخش سیستم امبولانسی کار میکنند بتوانند مریض و مجروح را به اساس استندرد های کاری کابل امبولانس کمک نموده و به اساس تشخیص احتمالی که بالای مریض گذاشته به نزدیک ترین مرکز صحنی بصورت مصؤن انتقال دهد. بدست آوردن نتیجه خوب از عرضه خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه ئی زمانی بدست میآید که یک کارکن صحنی ارزیابی خوب از مریض یا مجروح در محل واقعه داشته و عرضه خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه ئی را برای مریض و مجروح انجام داده ومشوره خوب برای شان ارائه نمائید.

روش های تدریس کمک های اولیه

عرضه خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه به سه بخش تقسیم گردیده است.

- ♦ اشخاص که مقدم تر از دیگران در ساحه عاجل میرسند یا (First Responders)
- ♦ کمک های اولیه طبی ابتدائی یا (Basic Life Support (BLS
- ♦ کمک های اولیه طبی عالی یا (Advance Life Support (ALS

اشخاص که مقدم تر از دیگران در ساحه عاجل میرسند یا (First Responders)

اشخاص که مقدم تر از همه در ساحه عاجل میرسند (طرز العمل استاندارد ۱۶) ویا اینکه حاضر در محل واقعه میباشند مانند افراد ترافیک ؛ پولیس ویا سایرین. این ها اشخاصی اند که رول اساسی را برای حیات بخشیدن مجروح و یا مریض الی رسیدن تیم صحنی یا امبولانس انجام میدهند.

کریکولوم برای اشخاص که مقدم تر در ساحه میرسند ساده بوده و بدون کدام وسایل و یا تجهیزات طبی میتوانند مجروحین را کمک نمایند که شامل توقف خون ریزی ؛ بازنگهداشتن سیستم تنفسی مریض و اجرای فشار های صدری یا (CPR) میباشد.

همان طوری که در بالا ذکر نمودیم که کمک کردن توسط اشخاص که در ساحه مقدم تر میرسند بسیار مهم بوده تا کمک های اولیه را برای مجروح انجام دهند به همان اندازه بسیار مهم است تا چیزی را که در کورس های آموزشی اخذ نموده اندو یا به اندازه مهارت های که دارند برای مریض کمک نمائید زیرا کمک های را که در مورد ان معلومات نداشته باشد و برای مجروح انجام دهند باعث وخیم شدن وضعیت عمومی مریض ؛ فلج های غیرقابل برگشت ویا منجر به مرگ مریض خواهد شد.

یگانه موضوع که برای مجروحین بسیار مهم است غیرمتحرک ساختن ان میباشد در واقعات عاجل مثل انفجارات ؛ انتحارات ؛ حادثات ترافیکی و یا سقوط از ارتفاع باشد مجروحین به توجه خاص ضرورت دارد تا زمانیکه بالای مجروحین سروی اولی ؛ سروی دومی و تثبیت مجروح به اساس مشکل که دارد صورت نگیرد حرکت دادن شان غیر ضروری میباشد.

کریکولوم کورس های آموزشی برای اشخاص که مقدم تر در ساحه عاجل میرسند به مدت ۲۴ ساعت یا سه روز میباشد. (باز کردن سیستم تنفسی ؛ توقف خون ریزی ؛ فشار های صدری و غیرمتحرک ساختن مجروح)

کمک های اولیه ابتدایی

اشخاص که در بخش کمک های اولیه ابتدائی کار میکنند تریننگ ۱۲۰ ساعته کمک های اولیه ابتدائی را اخذ نموده و سرتیفیکیت کمک های اولیه ابتدائی را داشته باشند وهمچنان اسناد تحصیلی فارغ صنف چهاردهم از تعلیمات متوسطه طبی ویا بالاتر از انرا داشته باشند تا عرضه خدمات قبل از شفاخانه ئی را برای اشخاص نیازمند بصورت درست و استاندارد انجام داده و مهارت های را که آموخته است انجام داده تا مریض را در محل واقعه و در مسیر راه با تجهیزات که در داخل امبولانس است از ان استفاده موثرنموده و به نزدیکترین مرکز صحنی جهت کمک های تخصصی انتقال دهد.

کوریکولوم برای کمک های اولیه ابتدائی شامل مصونیت تیم صحنه ؛ سروی اولی و سروی دومی میباشد که در سروی اولی ابتدا DRS ABC فشارهای صدری و تطبیق از ماشین AED و درسروی دومی ارزیابی مریض و یا مجروح را از سر ان آغاز کرده و تا شصت پای بصورت منظم تماما اعضا بخاطر خون ریزی ؛ پندیده گی اعضا ؛ ترشیضات و شکستگی استخوان ها را یکایک ملاحظه نماید.

عرضه کننده گان کمک های اولیه طبی باید توجه بیشتر بالای نکات ذیل داشته تا بتواند نیازمندان را بهتر کمک کند.

- ♦ **فکر کردن :** به اساس تجارب و یافته های تان در محل واقعه بصورت واضع و عاقلانه فکر کنید.
- ♦ **حل مشکلات :** جهت حل مشکل موجوده راه حل مناسب را به اساس منابع دست داشته دریافت کنید.
- ♦ **هماهنگی :** پیام کوتاه و واضع به اساس نوبت ارسال نموده و پیام دریافت شده را واضع کاپی نمائید.
- ♦ **کار گروهی :** هماهنگی خوب با تیم کاری خویش جهت بدست آوردن هدف تعیین شده داشته باشد.

پروگرام آموزشی کمک های اولیه ابتدائی

این پروگرام به سه بخش عمده تقسیم بندی گردیده است.

الف: بخش اول که یک بخش بسیار مهم و حیاتی برای مجروحین واقعه بوده تاکید بیشتر ان بالای موضوعات که تهدید کننده حیات است میباشد.

جهت انجام دادن فعالیت های خوب نکات ذیل مهم و حیاتی میباشد.

- ♦ فکر کردن در مورد حادثه.
- ♦ دانستن اندازه و وسعت ساحه.
- ♦ مطمئن بودن از امنیت ساحه که مصون برای تیم امبولانس ؛ مریض و تماشا گران باشد.
- ♦ سروی اولی که شامل (DRS ABC) میباشد.
- Dangerous ساحه خطر : ساحه فعالیت برای کارکن صحنه مصون باشد.
- Response جواب خواستن از مریض.
- Shout صدا کردن یا کمک خواستن.
- Air way باز کردن سیستم تنفسی.
- Breathing ارزیابی تنفس.
- Circulation ارزیابی دوران خون.

- ♦ سروی دومی شامل ارزیابی مجروح از سر ان آغاز گردیده تا شصت پای ان ختم میگردد که این ارزیابی بخاطر کسر ؛ پندیده گی و خونریزی اجرا میگردد.
- ♦ مشاهده نمودن تاریخچه و وضعیت مجروح.
- ♦ تطبیق ایروی برای باز نگهداشتن سیستم تنفسی مجروح.
- ♦ تحت کنترل قرار دادن وضعیت های که سیستم تنفسی را تحدید کند.
- ♦ تهیه و تطبیق اوکسیجن به اساس ضرورت.
- ♦ اجرا نمودن فشار های صدری برای مجروح به اساس ضرورت.
- ♦ تثبیت ماشین AED و تعقیب نمودن هدیایات ان.
- ♦ متوقف ساختن خون ریزی.
- ♦ تشخیص و تداوی شک.
- ♦ مواظبت کردن مجروح در حالات که تهدید کننده حیات باشد.
- ♦ غیرمترک ساختن مجروح که از ترضیضات ثانوی جلوگیری بعمل اید.

ب: بخش دوم تریننگ دربرگیرنده واقعات که تهدید کننده حیات نبوده اما در کوریکولوم کمک های اولیه ابتدائی شامل بوده و مهم است تا قبل ازاینکه مجروح را حرکت بدهیم باید کمک های اولیه برای شان انجام داده شود.

جهت انجام دادن فعالیت های خوب نکات ذیل مهم و حیاتی میباشد.

- ♦ ارزیابی مجروح برای ترضیضات نخاع شوکی.
- ♦ پانسمان و بنداز نمودن ساحات ترضیض دیده مجروح.
- ♦ اسپلینت نمودن نهاییات مجروح.
- ♦ مواظبت از سوختگی ها.
- ♦ مواظبت از مسموم شدن.
- ♦ مواظبت از ولادت نوزادان.
- ♦ مواظبت و کمک های طبی از طفل نوزاد.
- ♦ کمک نمودن مریضان که مصاب امراض روانی میباشند.

ج: بخش سوم تریننگ دربرگیرنده مهارت های فردی میباشد که از توانمندی های خویش استفاده نمایند.

- ♦ دانستن قاعده و قوانین سیستم امبولانسی.
- ♦ دیسپلین و مسئولیت های تیم صحنی.
- ♦ تعقیب نمودن استندرد های کمک های اولیه که در لایحه وظایف شان درج گردیده است.
- ♦ دانستن مشکلات اخلاقی ؛ حقوقی و روانشناسی.

- ♦ راننده گی و انتقال مصئون مجروحین.
- ♦ استفاده درست از وسایل و تجهیزات داخل امبولانس.
- ♦ چک و گراچ نمودن امبولانس.
- ♦ هماهنگی خوب با مجروح ؛ پایواز ؛ مسئولین امنیتی و مرکز خدمات کابل امبولانس.
- ♦ استفاده از رادیو و هندست بصورت درست با مرکز خدمات کابل امبولانس.
- ♦ دادن گزارش به موقع از فعال بودن امبولانس.
- ♦ دادن گزارش از رسیدن امبولانس به محل واقعه ؛ اجرای کمکهای اولیه به مجروح ؛ برداشتن مجروح از محل واقعه توسط امبولانس و رسیدن به مرکز صحتی.
- ♦ خانه پوری نمودن فورم مریض به اساس کمک های اولیه را که برای مجروح انجام داده و تاریخچه مجروح.
- ♦ همکاری بودن با سایر مسئولین در ساحه.
- ♦ هماهنگی خوب با سایر ارگان ها در واقعات و حادثات کتلوی مثل انفجارات انتحارات ؛ آتش سوزی ها وسایر واقعات کتلوی.
- ♦ دادن گزارش از نوع واقعه به مرکز خدمات جهت ارسال منابع بیشتر در ساحه.

لایحه وظایف نرس امبولانس

- ♦ سوپر شوئی (طرز العمل استاندارد ۱) و ضد عفونی نمودن امبولانس (طرز العمل استاندارد ۱۵) بشکل روتین همه روزه و بشکل فوق العاده بعد از انتقال هر مریض انتانی.
- ♦ هر فرد از تیم امبولانس (نرس و درپور) برای ۲۴ ساعت به اساس تقسیم اوقات تعیین شده مدیریت امبولانس ها به وظیفه خویش حاضر بوده و ۴۸ ساعت دیگر جهت رفع خستگی رخصت میباشند.
- ♦ تیم امبولانس که در جریان ۲۴ ساعت که وظیفه اجرا میکند به اساس چک لست امبولانس را از تیم قبلی تسلیم شده و بعد از ختم ۲۴ ساعت تماما تجهیزات امبولانس و ادویه مصرفی امبولانس را تکمیل نموده و امبولانس خویش را بعد از شستن و صافی زدن بصورت پاک تسلیم تیم بعدی نمائید.
- ♦ پاک کاری و شستشوی کابین عقب امبولانس (طرز العمل استاندارد 13) که برای مریض تنظیم گردیده است با تماما وسایل و تجهیزات طبیی ان مربوط نرس امبولانس است.
- ♦ طرح و ترتیب پلان کاری جهت تنظیم بهتر امورات یومیه.
- ♦ رعایت روش های معیاری و استاندارد های معرفی شده موجود جهت عرضه خدمات عاجل طبیی قبل از شفاخانه ئی و با کیفیت.
- ♦ مواظبت درست از تجهیزات مربوطه به منظور فعال نگهداشتن انها.
- ♦ مراقبت و عرضه خدمات صحتی معیاری به مریض در ساحه ؛ داخل امبولانس و الی رسیدن مریض و مجروح به شفاخانه مطابق به روش های معرفی شده.

- ♦ حصول اطمینان از تمامی مواد و ضرورات متوقعه امبولانس به شمول تجهیزات مربوطه در طول ۲۴ ساعت.
- ♦ انجام تصنیف و تریاژ مصدومین و مجروحین در ساحه عملیاتی (طرزالعمل استاندارد 5) به اساس ضرورت.
- ♦ گزارش دهی به موقع از پیشرفت و چگونگی فعالیت های بخش مربوطه.
- ♦ آموزش درست از تجهیزات داخل امبولانس.
- ♦ تحریر و امضا کتاب سیر و سفر امبولانس جهت انتقال مریض از محل واقعه الی رسیدن به شفاخانه.

لایحه وظایف در یور امبولانس

- ♦ تسلیم شدن امبولانس از تیم قبلی بصورت تکمیل ؛ پاک و فعال در غیر ان مسولیت بعدی به دوش در یور نوکریوال میباشد.
- ♦ نظافت و شستشوی سیت پیشرو و بادی امبولانس جز لایحه وظایف در یور امبولانس میباشد (طرزالعمل استاندارد ۱۴)
- ♦ در صورت که مریض وضعیت عمومی ان خوب نباشد و ضرورت باشد که اثر امبولانس را روشن نمایند تا مریض را هرچه عاجلتر به یک مرکز صحی انتقال دهید اجازه روشن کردن باید از مرکز خدمات کابل امبولانس اخذ گردد.
- ♦ در یور امبولانس مسئولیت دارد تا در محل واقعه با نرس امبولانس جهت اجرای کمک های اولیه طبی همکاری کند.
- ♦ قبل از تسلیمی تیل امبولانس را تکمیل نمائید.
- ♦ وظایف روز مره به اساس هدایت مرکز خدمات کابل امبولانس انجام داده شود.
- ♦ هر عوارض که در جریان ۲۴ ساعت به امبولانس وارد میشود مرکز خدمات کابل امبولانس و ورکشاپ را از عوارض امبولانس خویش آگاه سازد.
- ♦ بعد از ختم ۲۴ ساعت امبولانس را بصورت در ست طبق پروسیجر های کابل امبولانس تکمیل و شستشو نموده به تیم بعدی تسلیم نمائید.
- ♦ در صورت که تیم بعدی موجود نباشد امبولانس را در جریان رسمیات به مدیریت امبولانس ها و در واقعات غیر رسمی به نوکریوال روز تسلیم دهد.
- ♦ ثبت و تحریر کیلومتر امبولانس در کتاب سیر و سفر بصورت دقیق.

مسئولیت‌های تیم صحنی

تیم صحنی متشکل از یک عراده موثر تجهیز شده با وسایل کمک‌های اولیه طبی به استندرد کابل امبولانس یک دریور و یک نفر نرس آموزش دیده کمک‌های اولیه طبی بوده تا بتواند مواظبت‌های صحنی را در ساحات مختلف مثل وقوعات کتلوی حادثات ترافیکی؛ سقوط از ارتفاع؛ امراض قلبی؛ مسمومیت‌ها؛ امراض انتانی و سایر واقعات عاجل که ضرورت به عرضه خدمات عاجل طبی امبولانسی داشته باشد مجروحین را کمک نموده و به نزدیک‌ترین مرکز صحنی انتقال دهد.

اشخاصیکه در تیم امبولانس کار میکنند و انهاییکه مقدم‌تر جهت اجرای کمک‌های اولیه در ساحه حضور پیدا میکنند اشخاصی اند که بصورت مکمل پروگرام‌های آموزشی کمک‌های اولیه را اخذ کرده و به تماماً قواعد و پرنسپ‌های کابل امبولانس‌اشنائی داشته تا تونسته باشند عرضه خدمات قبل از شفاخانه‌ئی را الی رساندن مریض به تسهیل صحنی انجام داده بتوانند.

با تماماً وسایل و تجهیزات که در امبولانس موجود میباشد آشنا بوده وطرق استفاده انرا بصورت منظم اجرا کرده بتواند. سیستم مخابره و رایو کودان که در امبولانس نصپ است آشنا بوده وبه اساس مهارت‌های که دارد مریض را تشخیص احتمالی نموده و به اساس نورم و استندرد کابل امبولانس یک ورق فورم مریض را بصورت منظم خانه پوری نموده اسم؛ ادرس؛ تاریخچه مریض؛ تشخیص احتمالی؛ مراقبت را که در محل واقعه و یا منزل و مسیر راه برای مریض انجام داده است درج فورم نموده و به اساس تشخیص احتمالی خویش مریض را به شفاخانه که مربوط ان میشود به شعبه عاجل تسلیم نموده امضای نوکریوال وارد را اخذ بدارد. این پروسیجر باید برای انتقال هر مریض یا مجروح اجرا گردد زیرا موضوعات که در بالا ذکر گردید بسیار مهم وحیاتی میباشد.

راپور دادن کوتا و مختصر برای تسهیل صحنی که مجروح به ان انتقال میگردد بسیار مهم بوده که تماماً تیم‌های امبولانس همچو پروسیجر را انجام دهند.

زمان حرکت امبولانس از استیشن مربوطه؛ زمان رسیدن امبولانس در ساحه؛ زمان حرکت امبولانس از ساحه بطرف تسهیل صحنی که مریض ریفیر میگردد و زمان رسیدن امبولانس در تسهیل صحنی باید با مرکز خدمات کابل امبولانس هماهنگی داشته باشد و اشخاص که در مرکز خدمات کابل امبولانس وظیفه اجرا میکنند تماماً گزارش‌ها را با کیلومتر موثر و وقت ان درج کتاب مرکز خدمات کابل امبولانس نمایند.

زمانیکه از طرف مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اخذ وظیفه برای تیم صحنی هدایت داده میشود تیم صحنی مسئولیت دارد تا ادرس را بصورت درست از مرکز خدمات کابل امبولانس اخذ نمایند در جریان روز سه دقیقه و در جریان شب چهار دقیقه تیم صحنی ضرورت دارد تا مرکز خویش را جهت اخذ وظیفه ترک نمایند.

در صورت که در جریان وظیفه کدام مشکلات بین مرکز خدمات کابل امبولانس و تیم صحنی پیدا میشود تیم صحنی مسئولیت دارد تا وظیفه را اخذ کرده از تاخیر در وظیفه جلوگیری شود بعد از ختم وظیفه درخواست خود را رسماً به اداره جهت بررسی بسپارد و در صورت که در قسمت اخذ وظیفه تاخیر صورت میگیرد مسولیت ان به دوش تیم امبولانس میباشد.

تجهیزات امبولانس

هر فرد که به صفت عرضه کننده گان خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه یی در امبولانس کار میکند. در جریان آموزش پروگرام های کمک های اولیه ابتدائی باید معلومات کافی و طرق تطبیق در مورد انواع مختلف تجهیزات طبی که در داخل امبولانس میباشد داشته باشند زیرا بسیار مهم و حیاتی بوده تا در جریان وظیفه که از طرف مرکز خدمات کابل امبولانس برایش داده میشود بصورت درست از آن استفاده نموده تا به کدام مشکل در جریان وظیفه رونما نگردد. و همچنان باید دانست که کدام وسایل را در چی وقت استفاده کرد بعضاً" از اثر استفاده نادرست ویا زمانیکه ضرورت به استفاده یکی از وسایل نباشد باعث مشکلات برای مجروح خواهد گردید. قبل از اینکه امبولانس را جهت اجرای وظایف تسلیم میشوید نرس امبولانس تماماً وسایل طبی داخل امبولانس را به اساس فورم چک لست موجودی نموده و خود را مطمئن ساخته و درپور امبولانس نیز به اساس فورم چک لست وسایل تخیکی امبولانس به شمول تانکی تیل ؛ تایر ها را موجودی نموده بعداً" به طرف وظیفه حرکت نمائیند. بعد از اجرای هر وظیفه تماماً" وسایل امبولانس باید دوباره ارزیابی شده در صورت که ضرورت به تعقیب و یا شستشو داشته باشد باید به اساس استندرد های قبول شده کابل امبولانس اجراءات صورت گرفته و وسایل را دوباره در جای مناسب ان قرار داده تا آماده وظیفه بعدی بوده و یا اینکه تیم بعدی که امبولانس را تسلیم میشود بصورت منظم تماماً وسایل را به اساس فورم برایش تسلیم بدهید.

فورم مریض

تماماً "اعراض و علایم حیاتی یافته شده را درج فورم نموده تاریخچه مریض ؛ آخرین ادویه که اخذ نموده است آخرین غذا ویا نوشیدنی را که اخذ نموده است ؛ خدمات و یا کمک های اولیه که در جریان وظیفه انجام داده اید و تشخیص احتمالی را که برای مریض داده اید باید درج فورم مریض نموده و به اساس تشخیص احتمالی مریض را به صوب شفاخانه که مریض مربوط ان میشود انتقال داده با هماهنگی خوب مریض را در وارد عاجل شفاخانه انتقال و بعداً" مریض را رسماً به کنترولر شفاخانه تسلیم داده و از تسلیمی مریض به شفاخانه توسط فورم دست داشته که شامل دو کاپی میباشد خود را مطمئن سازید و کاپی دیگر فورم را در ختم نوکریوالی ۲۴ ساعته تسلیم مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی تسلیم نمایید.

مصوونیت ساحه و محافظت شخصی

مصوونیت افراد که در ساحه عاجل عرضه خدمات طبی میکنند بسیار مهم است در محل که واقعه رخ داده است احتمال واقعه ثانوی نیز موجود میباشد زیرا این واقعه هم برای شما برای همکاران تان و برای کسانیکه مشاهده کنند هستند بسیار مهم بوده و درصورت که توجه جدی صورت نگیرد در محل واقعه مشکلات زیادی را به بار خواهد آورد و همچنان اندکی به تاخیر انداختن عرضه خدمات

عاجل طبی امبولانسی برای مجروح باعث بلند رفتن وقوعات مرگ و میر و افزایش ساحه ایمر جنسی میگردد. زمانیکه وظیفه عاجل از طرف مرکز خدمات کابل امبولانس برای تان داده میشود از نظر روحی ؛ روانی و جسمی خود را آماده ساخته یونیفورم خود را تنظیم نموده کمربند سیت موثر خویش را تثبیت نموده در صورت ضرورت با لباس های ایمنی خود را ملیس ساخته بعدا بطرف واقعه حرکت نمائید. شما باید ابتدا از مصوونیت ساحه خود را مطمئن ساخته اجازه داخل شدن در ساحه از مسئولین امنیتی گرفته از نظر روحی زمانیکه در ساحه رسیدید ابتدا با مسئولین امنیتی و یا اشخاص که در ساحه تماشاگرمیباشند پرسونل امبولانس را معرفی نموده هدف امدن تانرا با مسئولین واضع ساخته هماهنگی خوب را با مسئولین و یا پایوازان مریض برقرار نموده و در صورت که واقعه کتلوی باشد ساحه را توسط تارنوار مسدود نموده امبولانس خود را در ساحه مصوئن وهمچنان بشکل آماده باش جهت حرکت نمودن واقعات عاجل توقف داده.

در جریان شب از لایت روشن استفاده نموده تا ریفلکس های تان رهنمای خوب به دیگران باشد در صورت عدم موجودیت تارنوار علامت توقف تراقیکی ؛ ریفلکس و روشنی ضعیف نماینگری عرضه خدمات ضعیف شما را در ساحه نشان میدهد.

عمل کرد و اجراءات تیم امبولانس

ابتدا وقتیکه به ادرس که از طرف مرکز خدمات کابل امبولانس برای شما داده شده است رسیده کوشش کنید که یک هماهنگی خوب را با مریض و نزدیکان ان برقرار سازید اولتر از همه خود را با مریض معرفی نموده بعدا کار های خوب و پیشنهادات ساده از مریض بپرسید از پایواز و یا اعضای فامیل مریض همیشه کار های که کمک کننده باشد تقاضا کنید همیشه اشخاص که به شما نیاز داشته باشد بنام اقا او را صدا بنید حقایق گفتن برای مریض اهمیت بیشتر داشته. از ناوقت رسیدن تان در ساحه از مریض معذرت خواسته و مریض را اطمینان بدهید که مشکل شان به زود ترین فرصت رفع میگردد زیرا این عمل کرد شما باعث میشود تا مریض خود را مصوئن احساس نموده و بالای شما اعتماد نمائید. و این کار خود صداقت شما را نشان میدهد

موثریت شما به صفت تیم عاجل طبی

امبولانسی بالای مریض

در صورتیکه شما خواسته باشید موثریت خوب بالا مریض داشته باشید ابتدا باید زمانیکه با مریض نزدیک میشوید خود را معرفی نموده کار را که آغاز مینمائید از نقطه ابتدائی به اساس استندرد های موجوده اداره خویش آغاز نموده با کلتور و عنعنات هموطنان خویش معلومات کافی داشته و به ان احترام قائل شوید. در جریان صحبت و یا اینکه از مریض و یا پایواز معلومات و یا سوال میپرسید بشکل بسیار مؤدبانه سوال نموده کوشش نکنید که به قسم امر و یا مادون بشکل دکتا توری عمل نمائید زیرا

این عمل شما عرضه خدمات عاجل طبی امبولانسی را که به نیاز مندان انجام می‌دهید زیر سوال قرار داده و کیفیت کاری شما را زیر سوال قرار داده و یا اینکه مریض و یا پایواز بالای شما اعتماد نمی‌کند و باعث مشکلات در سیستم و فعالیت‌های شما می‌شود در صورتی که مریض و یا پایواز با لحن درشت با شما صحبت مینماید کوشش کنید که با خون سردی در مقابل عمل کرد آنان اجراءات نمائید زیرا در همچو واقعات مریضان و یا پایوازان زیر فشار روحی قرار میداشته باشند.

مدیریت و تنظیم واقعات کتلوی

مدیریت واقعات عاجل برای احیا مجدد مریضان و مجروحین بسیار مهم بوده که باعث تشویق اعضای تیم امبولانس شده که بصورت موثر و مؤمن به دور یک هسته یا تحت اداره یک رهبر که مسئولیت عمل کرد و فعالیت تیم را به عهده دارد کار کرد.

مثلا زمانی که یک واقعه کتلوی بوقوع می‌پیوندد اولین امبولانس که در محل واقعه حضور پیدا میکند رهبر تیم در محل واقعه است و تیم‌های دیگر که بصورت وقفه‌ئی در محل واقعه می‌رسند این وظیفه رهبر تیم است که فعالیت‌ها را برای تیم‌های صحی مشخص نماید واقعه را تحت کنترل خود قرار داده تا از منابع که در محل واقعه موجود است بصورت درست استفاده نموده اهداف که در پیش دارند به دست آورده و تماما افراد و تیم‌های که در محل واقعه بعد تر می‌رسند از رهبر تیم حمایت کرده و دستورات انرا عملی کنند و در ختم هر واقعه تیم صحی باهم نشست نموده نقاط مثبت و منفی تیم و اعضای انرا ثبت نموده و کوشش گردد تا جهت حل مشکل و یا نقاط ضعیف کار نموده تا در آینده به نقاط مثبت تبدیل گردد.

مدیریت واقعه کتلوی توسط تیم لیدر محل واقعه

- ♦ قبل از رسیدن به محل واقعه واقعه را در ذهن خویش مرور کردن .
- ♦ زمانی که در محل واقعه می‌رسد بعد از مکس کوتا اجراءات خویش را آغاز نمایید.
- ♦ هماهنگی با نیروهای امنیتی و مشاهده کننده گان واقعه.
- ♦ مسئولیت خود تیم امبولانس و مشاهده کننده گان را در نظر گرفتن.
- ♦ اخذ معلومات مختصر از حاضرین محل واقعه در مورد نوع واقعه.
- ♦ جمع اوری معلومات تخمینی ابتدایی از تعداد مجروحین و میت‌های محل واقعه.
- ♦ ارایه گزارش به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت درخواست منابع بیشتر.
- ♦ توزیع کارت تریاژ یا تصنیف بندی مریضان توسطه کارت سرخ ، زرد ، سبز ، سفید ، سیاه طبق استندرد کابل امبولانس (طرز العمل استندرد ۵).
- ♦ تیم لیدر در نقاط موقعیت داشته باشد که به ساده گی قابل دید و یا تفاهم با دیگر تیم‌های امبولانس باشد.
- ♦ انتخاب تیم لیدر تداوی توسط تیم لیدر عمومی.

- ♦ انتقال مجروحین به اساس حق تقدم از محل واقعه به ساحه مداوی.
- ♦ انتقال مجروحین به اساس حق تقدم از ساحه مداوی به مراکز صحتی.
- ♦ تیم های امبولانس که به تعقیب هم در محل واقعه حضور پیدا میکنند از هدایات تیم لیدر عمومی پیروی میکنند.
- ♦ در شرایط واقعی قراردادن و طرز تغییر مفکوره خویش با تغییر محیط.
- ♦ تیم لیدر عمومی با کالسنتر، پولیس؛ ترافیک، تیمهای امبولانس، محل مداوی، محل تخلیه در ارتباط بودن.
- ♦ ارزیابی آخری و دقیق غرض دریافت مجروحین، میت، و وسایل طبی که از چشم پنهان نمانده باشد.
- ♦ انتقال اجساد از محل واقعه به ساحه تثبیت شده اجساد.
- ♦ ارزیابی اجساد طبق استندرد های کمک های اولیه.
- ♦ در صورت که اجناس مثل تیلیفون؛ کتاب و یا بکس از میت در محل واقعه موجود باشد باید در خریطه میت یکجا گذاشته شود زیرا برای میت های سوختگی جهت شناسایی بسیار مهم بوده و پروسه تثبیت هویت را ساده میسازد.
- ♦ بعد از ختم مجروحین از محل مداوی انتقال اجساد به شفاخانه ها و یا طب عدلی در موثر میت.
- ♦ بعضا اعضای عضویت میت در محل واقعه دریافت میگردد که با میت مطابقت داده شده و همراهی میت انتقال گردد.
- ♦ تهیه لست مجروحین که به کدام شفاخانه انتقال گردیده است.
- ♦ گزارش واقعه را تیم لیدر عمومی تهیه که در آن نقاط برتر، ضعیف، مشکلات، کمبودات، نظریات و پیشنهادات را ذکر نموده و برای مسولین ارایه و تقدیم میدارد.
- ♦ از همه تیمهای امبولانس اشتراک کننده در واقعه ابراز خونسردی و امتنان، تشکری نموده و بالخصوص از آنده تیمهای که بدون هیچگونه خستگی و با انجام دادن خدمات اصولی و قانونی فعالیت نموده باشد تقدیر و تحسین خاص بعمل آید.
- ♦ بعد از ختم پروسه انتقال مجروحین و اجساد یک عراده امبولانس بشکل احتیاطی در محل واقعه توظیف گردیده تا تعداد از مجروحین که به نسبت ترس یا هراس ناوقت تر از خانه های خود خارج میگردند ایشان را کمک های اولیه نموده و به مراکز صحتی انتقال داد.
- ♦ تیم لیدر عمومی اولین امبولانس است که به محل واقعه رسیده، آخرین امبولانس است که محل واقعه را ترک میگوید.

پروسیجر کاری در یور تیم لیدر

- ♦ توقف کردن امبولانس دورتر از محل واقعه.
- ♦ امبولانس اولی را بشکل توقف نماید که دیگر امبولانسها از آن پیروی کند.
- ♦ امبولانس های که در محل واقعه میرسد به ترتیب در پهلوی امبولانس تیم لیدر ایستاده شود.
- ♦ امبولانس ها را که به محل واقعه توقف داده اید کوشش نمایید که سبب بندش راه نشود.
- ♦ انسداد محل واقعه توسط تار نوار جهت جلوگیری از ازدحام وسایط و افراد تماشا گر.
- ♦ انتخاب محل برای اجساد ۵۰ متر فاصله از محل واقعه.
- ♦ محل واقعه تداوی توسط تار نوار احاطه گردد.

پروسیجر کاری برای اجساد

- ♦ تعیین ساحه برای اجساد در حدود ۵۰ متر دور تر از محل واقعه.
- ♦ اجرای سروی اولی بالای اجساد در صورت ضرورت.
- ♦ بیرون کشیدن اجساد طبق پروسیجر کاری از ساحات که گیر مانده است.
- ♦ انتقال اجساد از محل واقعه به ساحه تعیین شده.
- ♦ در صورت موجودیت اجناس مانده مبایل ؛ کارت شناسایی ؛ بکس دستی و یا دیگر اشیا باید در داخل پاکت که در خریطه میت موقیعت دارد جابجا نمایید.
- ♦ در صورت که میت کاملاً سوخته باشد موقیعت را که میت در انجا است باید درج فورم نمایید که برای شناسایی میت بسیار مهم است.
- ♦ جابجایی اجساد در پاکت میت.
- ♦ در صورت عدم موجودیت یکی از اعضای میت ساحه انفجارات بصورت درست ارزیابی گردیده اعضای دریافت شده با میت ها مطابقت داده شده تا اعضای مزکور همرا با میت انتقال داده شود.
- ♦ انتقال میت ها به شفاخانه ها یا طب عدلی.
- ♦ ترتیب لست میت ها با مشخصات شان.

پروسیجر کاری تیم لیدر

- ♦ انتخاب ساحه تداوی در حدود ۵۰ متر فاصله از محل واقعه.
- ♦ اجرای کمک های اولیه طبی برای مجروحین طبق استندرد.
- ♦ مجروحین که تصنیف بندی شده اند تکرار ارزیابی گرددند.
- ♦ استفاده از مهارت و سرعت عمل.
- ♦ در شرایط واقعی قراردادن و طرز تغییر مفکوره خویش با تغییر محیط.
- ♦ در صورت که تعداد امبولانس مساوی به تعداد مجروحین باشد یک امبولانس یک مجروح را انتقال دهد.

- ♦ در صورت که تعداد مجروحین بیشتر از تعداد امبولانس ها باشد یک امبولانس همزمان دو مجروح را که یک کارت سرخ و یک کارت سبز باشد انتقال داده میتواند.
- ♦ تیم لیدرتداوی مجروحین را به اساس حق تقدم تداوی غرض انتقال فوری آماده میسازد
- ♦ تیم لیدرتداوی ثبت و راجستر مجروحین و مصدومین با مشخصات آن درج مینماید
- ♦ محرمیت مجروحین را بیشترمورد توجه داشته باشد.

پروسیجر کاری تیم امبولانس که به تعقیب تیم لیدر به محل واقعه میرسد

- ♦ اجرای کمک های اولیه طبی برای مجروحین طبق استندرد به اساس حق تقدم.
- ♦ انتقال مجروحین به شفاخانه ها طبق تشخیص احتمالی.
- ♦ اطاعت نمودن از هدیایات مرکز خدمات کابل امبولانس و تیم لیدر.
- ♦ تیم امبولانس هیچ وقت محرمیت مریض را فراموش نکند
- ♦ تیم امبولانس بعد از هراننتقال مجروح وسایل و تجهیزات خودرا ترتیب و تنظیم کند.
- ♦ درصورتیکه امبولانس قابل استفاده نباشد تیم امبولانس میتواند غرض شستشو و کلورایزیشن به مرکزبرگشت کند ودوباره به وظیفه خویش ادامه دهد.
- ♦ برخورد انسان دوستانه تیم امبولانس یک اشاره مهربانه و بهترین کمک اولیه برای مجروح است.
- ♦ تیم امبولانسها به اساس هدایت تیم لیدرتداوی مجروحین را انتقال میدارد.
- ♦ در ختم واقعه تماما تیم ها جهت سوپرشویی و تکمیل نمودن مواد مصرفی امبولانس به مرکز رفته در ظرف نیم ساعت امبولانس را تکمل نموده و جهت وظایف بعدی امبولانس را آماده سازد.

مدیریت اقات کتلوی SALT Triage Category

تریائز سالت یک رهنمود ملی بوده که در سیستم کاری کابل امبولانس در واقعات کتلوی از ان استفاده میگردد به منظور که این تصنیف بندی مجروحین بسیاد ساده بوده و به بسیار سادگی برای آموزگاران آموزش داده میشود.

تریائز یک کلمه فرانسوی بوده که بنام تصنیف بندی مجروحین یاد میگردد یعنی مجروحین که وضعیت ان تهدید کننده حیات است در واقعات کتلوی اولویت به ان داده شود.

این عملیه یک پروسه ارزیابی کننده برای مجروحین جهت اجرای کمک های اولیه طبی بوده زمانیکه مقدار منابع کمتر و تعداد مجروحین زیادتیر باشد استفاده میگردد.

تریاز در داخل یک شفاخانه با تریاز در محل واقعه از هم متفاوت دارد در واقعات کتلوی که تعداد مجروحین بیشتر از تعداد منابع باشد هدف از تریاز عرضه خدمات عاجل طبی بهتر برای تعداد بیشتر مجروحین میباشد نه اینکه ما بالای یک مجروح قرار بگیریم و حیات یکتفر را نجات بدهیم.

در صورت که در واقعات کتلوی مقدار منابع کمتر و تعداد مجروحین بیشتر باشد بهترین کار این است که ما ابتدا مقدار منابع موجود را ارزیابی نموده و به اساس آن عرضه خدمات را برای مجروحین انجام بدهیم تا توانسته باشیم باعث کاهش مرگ و معیوبیت های دوامدار قبل از شفاخانه یی شویم.

SALT TRIAGE

Sort – Assess – Life Saving Interventions – Treatment/Transport

- ♦ Sort طبقه بندی کردن.
- ♦ Assess ارزیابی کردن.
- ♦ Life saving intervention کمک های اولیه طبی را انجام دادن.
- ♦ Treatment and Transport تداوی و انتقال مجروح.

SALT Triage Categories

Immediate
Delayed
Minimal
Expectant
Dead

چرا سالت تریاز؟

- ♦ بسیار ساده است.
- ♦ به ساده گی آموزش داده میشود.
- ♦ تماماً مجروحین به اساس اولویت بندی طبقه بندی میگردد.
- ♦ کمک های اولیه طبق ضرورت مندی مکرراً برای مجروح اجرا میگردد.
- ♦ اولویت بندی مجروحین به اساس شواهد صورت میگیرد.

تصنیف بندی مجروحین

به اساس تصنیف بندی سازمان صحتی جهان حادثات کتلوی را می توان به یکی از روش های زیر طبقه بندی نمود.

۱- تصنیف بندی به اساس تعداد حادثات

۲- تصنیف بندی به اساس نوع حادثه

تصنیف بندی به اساس تعداد حادثات

در اینجا طبقه بندی بر اساس تعداد حادثات صورت میگیرد و همچنان یک حادثه با حادثه دیگر متفاوت میباشد و بستگی به عوامل مختلف دارد ، مانند سیلاب ؛ زلزله ؛ توفان ؛ انفجار ؛ انتحارات ؛ برف کوچ ؛ انفجار اسلحه ثقیله یا خفیفه و تسممات متفاوت میباشد که بعضا ضرورت به منابع زیاد و یا بعضا ضرورت به منابع کمتر میداشته باشد.

قدمه های سالت تریاژ

سالت تریاژ شامل دو مرحله میباشد.

- ♦ طبقه بندی مجروحین بشکل کتلوی.
- ♦ طبقه بندی مجروحین بشکل انفرادی.

قدمه اول طبقه بندی مجروحین بصورت کتلوی

زمانیکه تیم امبولانس در محل واقعه میرسد تیم لیدر محل واقعه برای مجروحین صدامیکند که تیم امبولانس برای عرضه خدمات و کمک مجروحین در محل واقعه آمده است انعه از مجروحین که صدای من را میشنود بطرف امبولانس حرکت کنند ان عده مجروحین که بطرف امبولانس میایید مجروحین است که صرفا کدام جرحه داشته و ضرورت به انتقال عاجل را نمی نمایند تیم لیدر محل واقعه برای همچو مجروحین کارت سبز میدهد.

بعدا کسانیکه در محل واقعه هستند بالای انها صدامیزند که کسانیکه صدای من را میشنوند دست خود را بلند کرده کسانی که دست خود را بلند کرده میتواند وضعیت جدی داشته اما تهدید کننده حیات نمی باشد برای همچو مجروحین کارت زرد داده میشود زیرا این مجروحین احتمالا کسر اطراف علوی یا سفلی داشته و یا این که خون ریزی دارد که به ساده گی کنترول میگردد.

قدمه دوم طبقه بندی مجروحین بصورت انفرادی

مجروحین که در محل واقعه باقی مانده اند اما از هدايات شما پیروی کرده نتوانسته اند مجروحین اند که وضعیت عمومی شان خوب نبوده ضرورت است تا این نوع مجروحین بصورت انفرادی ارزیابی گردد که به اساس طرز العمل استاندارد شماره (۶) کابل امبولانس سروی اولی را بالای این نوع مجروحین انجام داده مجروحین که وضعیت شان بیشتر تهدید کننده حیات میباشد مثلاً یک مجروح که بی هوش بوده اما احشای مغز سر آن قابل دید میباشد این نوع مجروح را کارت انتظار داده و آن مجروح که بیهوش بوده اما وضعیت عمومی آن کمتر خراب میباشد کارت سرخ بدهد.

تصنيف به اساس نوع حادثات:

کتنگوری A: این ها شامل کتنگوری اول میباشد شامل Poly Trauma جروح راس ، صدر، بطن، کسور عظام بزرگ با خونریزی شدید و غیره اند. این بیماران نیاز به احیای مجدد فوری و اقدامات حمایتی دارند. حدود ۱۰٪ از این ها قابل نجات نیستند و این کتنگوری مجروحین شامل کارت سرخ میباشد.

کتنگوری B: این ها شامل کتنگوری دوم میباشد شامل Poly Trauma طبیعت کمتر وخیم، مثلاً شکستگی های عظام، جروح اعضا با ضیاع زیاد خون، جروح وجه، جروح ستون فقرات و غیره بوده این کتنگوری مجروحین شامل کارت که شامل رنگ زرد میباشد مریضان این کتنگوری وخیم اما نه حالت تهدید کننده حیات میباشد.

کتنگوری C: این ها شامل کتنگوری سوم میباشد مجروحین سراپا که این گروپ شامل کتنگوری ذیل میباشد :

این بیماران ممکن است جروح جزئی داشته باشند که نیاز به پانسمان زخم و یا شکستگی اعضا که نیاز به ارجاع بسته و غیر متحرک ساختن را داشته باشد. مجروحین این کتنگوری وقت مناسب داشته و شامل کارت سبز میباشد.

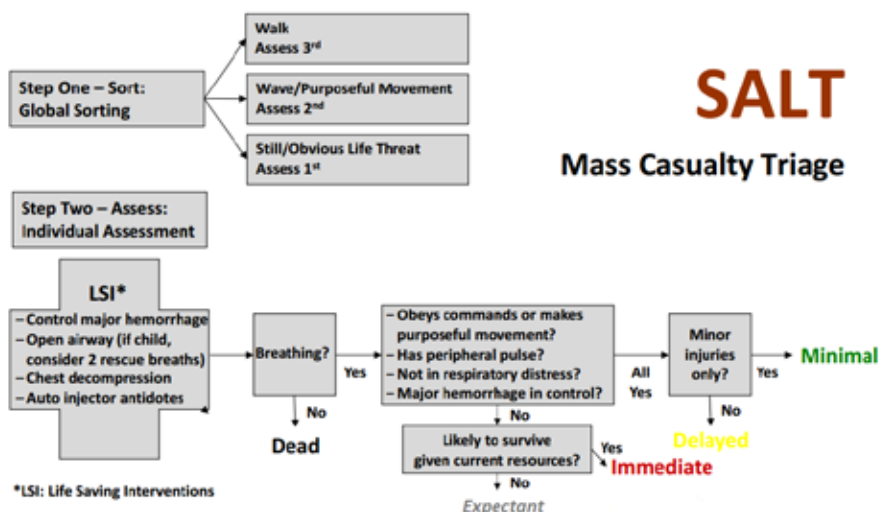
کتنگوری D: این ها شامل کتنگوری چهارم میباشد مجروحین که طبیعت و وخیم داشته و تماماً منابع را به مصرف میرسانید اما نتیجه بین ۱۰ فیصد و یا صفر میباشد یعنی هر قدر منابع را بالای همچو مجروحین بمصرف برسانید در جریان راه و یا رسیدن به شفاخانه مجروح فوت مینماید و این نوع مجروحین دارای کارت خاکستری و یا انتظار میباشد یعنی زمانیکه کارت سرخ زرد و سبز از محل واقعه ختم گردیده ابتدا مریضان کارت سفید بعداً کارت سیاه انتقال گردد مثلاً مجروحین که احشای مغز سر آن قابل دید باشد.

کتنگوری E: این ها شامل کتنگوری پنجم قرار داشته و ضرورت به کمک های اولیه نداشته دارای کارت سیاه یا فوت میباشد

مشکلات در تریاژ

- ♦ تعداد مجروحین.
- ♦ محدودیت زیر بنا ها مثل کم بودن کارکنان صحنه ؛ کم بودن تجهیزات طبی و کم بودن آمبولانس ها.
- ♦ عدم مصونیت ساحه برای تیم آمبولانس مثل ساحه برای تیم های آمبولانس غیر مصون میشود که احتمال حادثه دومی و یا سومی شود ؛ ملوث شدن تیم های صحنه و یا احتمال سقوط ساختمان و یا استفاده از گازات میباشد.

هماهنگی



فکر کردن در حالات بحرانی

در حالات بحرانی تیم صحنه آمبولانس باید بصورت عقلانی و واضح فکر نموده تا توانسته باشد مشکلات را که بین معلومات و عمل است دریافت نموده و راه حل برای آن جستجو نماید.

جمع اوری معلومات در مورد یک حادثه برای تیم آمبولانس بسیار مهم میباشد که باید در مورد نوع حادثه فکر کرده به اساس تجارب و معلومات های در یافت شده تصمیم اتخاذ نموده تا کمک های اولیه طبی آمبولانسی را از کجا آغاز نموده و رضایت مریض و اقارب آن را به دست آورد.

فکر کردن در حالات بحرانی یکی از مهارت های اساسی تیم صحنه بخصوص برای کارکنان که در بخش کمک های اولیه طبی قبل از شفاخانه ئی کار میکنند میباشد.

در کدام حالات ضرورت است تا بصورت درست فکر کرد و تصمیم خوب گرفته شود ؟

- ♦ زمانیکه تثبیت ساحه میکنید جهت مصؤنیت تیم صحنی.
- ♦ مشاهده کنید اثرات ابتدائی واقعه را.
- ♦ تصمیم میگیرید که از کدام میتود کار بگیرید.
- ♦ هماهنگ نمودن فعالیت ها با تیم امبولانس جهت اجرای کمک های اولیه طبی به مریض یا مجروح.
- ♦ در صورت که کمک شما برای مریض نتیجه نمی دهد دقیقا دوباره ارزیابی نمائید تا مشکل را دریافت نموده و تصمیم بعدی را بگیرید.
- ♦ که در اینصورت تصمیم اتخاذ و دوباره کمک های اولیه طبی را برای مریض آغاز نمائید
- ♦ کمک های اولیه طبی را برای مریض ویا مجروح آغاز نمائید.
- ♦ فعالیت را مشخص سازید به اساس تغیر که آورده اید.

مثلا تیم لیدر امبولانس صدا میکند که با وجودیکه برای مریض توسط امبوبک اوکسیجن تطبیق میکند اما وضعیت عمومی مریض خراب شده میرود که در این صورت ایجاب انرا مینمائید که تطبیق اوکسیجن را توسط امبوبک توقف داده و دوباره ارزیابی کنید که ایا وضعیت عمومی مریض به نسبت کدام دلایل خراب شده میرود ایا مقدار بیش از حد اوکسیجن برای مریض داده شده است و یا اینکه امبوبک را به اساس استندرد ان تطبیق کرده نتوانسته اید و یا مریض را به وضعیت خراب قرار داده و برایش اوکسیجن میدهد که در این حالت قضاوت نموده تا برای حل مشکل موجوده دوباره تصمیم درست اتخاذ گردد.

حل مشکل

حل مشکل ارتباط دارد به توانائی ومهارتهای تیم صحنی که ابتدا مشکل را دریافت نموده و راه حل را برای ان جستجو کند از منابع دست داشته که در امبولانس موجود است جهت حل مشکل از ان استفاده گردد.

بطور مثال : مریض درحالت وخیم و بیهوش در روی زمین افتاده است بالون اکسیجن در محل واقعه ناوقت تر میرسد ویا اینکه بالون اوکسیجن مقدار هوای کافی ندارد والدین مریض هیجان زده در کار شما مداخله میکند که در این حالت تیم صحنی صحنه را تحت کنترل خود آورده بدون کدام تاخیر کمک های اولیه طبی را نزد مریض انجام داده تا نتیجه خوب از خلای که بوجود آمده بدست آورد.

در قسمت حل معضلات در محل واقعه از منابع موجوده به نفع تیم صحنی و مریض استفاده گردد و منابع و تجهیزات طبی که در دست دارید از ان استفاده نموده در صورت ضرورت از تیم های دیگر حتی اشخاص وافراد که در محل واقعه به صفت شاهد ویا تماشا کننده حضور دارد به اساس ضرورت از ان استفاده گردد.

هماهنگی

هماهنگی دارای چهار عنصر میباشد.

- ♦ **Sender فرستنده:** اولین فرد که پیام را هماهنگ میسازد.
 - ♦ **Message پیام:** محتویات هماهنگی بسیار واضح باشد که اشخاص مسئول به بسیار زودی پیام را گرفته بتوانند.
 - ♦ **Receiver اخذ کننده:** شخص که پیام را گرفته و آنرا تحلیل کرده.
 - ♦ **Closed up اطمینان دهنده:** اطمینان میدهد که پیام بصورت مکمل دانسته و کاپی شد.
- هماهنگی صرفاً با کلمات که از ذهن خارج میگردد اکتفا نکرده بلکه باید با حرکات اشاری و بیانات روحی نیز همراه باشد.
- وقتی که به یک واقعه عاجل پاسخ داده میشود هماهنگی اساس تداوی و یا کمک های اولیه طبی شما را تشکیل میدهد. شما ضرورت دارید که با مریض؛ فامیل مریض و اشخاص که در محل واقعه حضور دارند حتی با همکاران خود هماهنگی داشته باشید اگر ما بخواهیم که یک هماهنگی خوب با مریض؛ فامیل مریض و اشخاص که در محل واقعه حضور دارند داشته باشیم ضرورت است تا.
- ♦ سازگاری به محل واقعه داشته.
 - ♦ اعتماد سازی نمائید.
 - ♦ ترس و اضطراب را بین مردم کاهش دهید.
 - ♦ شما ضرورت دارید که اعتماد سازی؛ اطمینان؛ ارزش و یک دلی را بین اجتماع به نمایش بدهید.

هماهنگی با مریض و فامیل آن

فامیل مریض تقاضا میکند که پروسه احیا مجدد قناعت بخش نیست که در این حالت هماهنگی با فامیل مریض بسیار مهم است بخاطر داشته باشید که در یک واقعه عاجل فامیل مریض بسیار هیجانی بوده و به گپ های شما کمتر توجه میکند که شما چی میگوئید که در این حالت به بسیار آرامی و وقتی که پایوازان مریض متوجه شما میباشد گپ بزنید کوشش کنید که سازگاری و اعتماد را بین مریض و فامیل آن بوجود آورده معلومات ها را که فامیل مریض ضرورت داشته باشد در صورت ضرورت تکراراً برای شان شرح دهید در صورت ضرورت بسیار صادق و راستگو باشید در مورد وضعیت مریض ترس و هراس را از بین شان دور ساخته برایشان از تطبیق کمک های اولیه طبی اطمینان دهید از کلمات مترادف و دروغ تا آخرین توان کوشش گردد که گفته نشود.

هماهنگی با فامیل مریض در مورد مرگ آن

متأسفانه که تماماً مریضان شفا یاب نمی گردند و تعداد آنان در محل واقعه و یا اینکه در مسیر راه در داخل آمبولانس فوت میکنند که شما ضرورت دارید که با فامیل مریض هماهنگی خوب را برقرار ساخته با وجود آن هم مواجه شدن با فامیل مریض که فوت میکند مشکل است بخصوص برای تیم صحنه آمبولانسی در این وضعیت معلومات صادقانه و دلسوزانه و راست را برای فامیل آن گفته شود بشمول پروسیجر وضعیت مریض شانرا برای شان معلومات دهید هر معلومات که میخواهند بصورت درست برای شان ارائه نمائید برای فامیل اجازه داده شود که غم و اندوه خود را انجام دهد جستجو کنید که در بین فامیل میت شخص روشن فکر باصلاحیت و یا کدام شخص روحانی را پیدا نموده تا موضوع را بصورت مکمل با ایشان در جریان گذاشته تا شما را در زمینه کمک کند.

در همچو واقعات کوشش گردد تا همراهی فامیل میت همدردی غم و غسه و یا اندوه نموده و در صورت که تیم صحنه مورد تهدید باشد باید جهت مصؤونیت خود و تیم صحنه و آمبولانس گریه و یا حرکات غیر ارادی عضویت را انجام بدهید که در اینصورت تیم صحنه به مشکل مواجه نشده حتی با عث تهدید و لت و کوب تیم صحنه آمبولانسی میگردد.

هماهنگی با همکاران

شما خود را به صفت یکی از اعضای تیم صحنه آمبولانسی که برای مریض خدمت میکند باید دریابید کار کردن در تیم صحنه دارای بخش های زیاد میباشد و این یک کار بسیار مشکل است که یکنفر به تنهایی تمام کار ها را انجام دهد موضوع بسیار مهم این است که خود را در موقف خویش قرار داده و وظیفه خود را به اساس منابع موجود و طبق لایحه وظیفه داده شده انجام دهیم اهمیت یک فرد



که در تیم کار میکند نسبت به فرد که در بخش رهبریت میباشد بسیار مهم است و قتیکه شما با تیم کار میکنید باید هماهنگی خوب با تیم خود داشته باشید هر فرد تیم لایحه وظیفه خاص خود را دارد که در وقت ضرورت مشخصا فرد که قبلا تعیین شده است جوابگو باشد.

رسیدن به محل واقعه

زمانیکه تیم صحنی به محل واقعه میرسد ضرورت دارد تا تشخیص درست در ارتباط به واقعه که رخ داده است صورت گرفته معلومات بیشتر در مورد واقعه دریافت نموده محل واقعه را ارزیابی نموده در مورد واقعه خوب فکر نموده معلومات در مورد آن جمع اوری نموده و از معلومات جمع اوری شده تصمیم گرفته و قدم ابتدائی فعالیت های خویش را آغاز نمائید.

تثبیت از محل واقعه

به صفت یک کارکن صحنی و یا شخصی که به صفت رضا کارانه در بخش کمک های اولیه طبی کار میکنید وظیفه دارید که در مقابل یک واقعه عاجل که رخ داده است یک سلسله فعالیت ها را انجام دهید.

هر عمل شما در مقابل یک واقعه مهم و حیاتی میباشد که چطور توانسته باشیم که یک مجروح و یا مریض را کمک نمائیم و قبل از اینکه فعالیت های خویش را آغاز نمائیم ضرورت است که از محل واقعه یک تعداد از شاخص ها را جهت مصؤونیت تیم امبولانس مجروحین و کسانیکه تماشاگر در صحنه میباشد مشخص ساخته (محل واقعه ؛ اندازه واقعه ؛ ساحه جهت اجراءات کمک های اولیه طبی مصؤن است یا خیر) تعداد مجروحین نوعیت مجروحین و در صورت ضرورت منابع اضافی که مثل امبولانس و یا تجهیزات طبی دیگر باشد در خواست نمائیم.

استفاده نمودن از دریافت ها

بعد از دریافت ها از تثبیت محل واقعه توسط دیدن ؛ شنیدن و بوی کردن میتوانید یک تصویر درست در ذهن تان از محل واقعه برداشت نموده با استفاده از دریافت ها شما میتوانید تشخیص کنید که در محل واقعه عاجل کدام حادثه رخ داده است مثلا توسط بوکردن دریافت میکنید که کدام واقعه گاز گرفتگی باشد و یا در صورت شنیدن صدای بمب و یا انفجار که دلالت به حمله انتحاری و یا انفجار میکند و یا در صورت دیدن کدام حادثه موثر دلالت به وقوع حادثه ترافیکی میکند.

زمانیکه تیم امبولانس در محل واقعه میرسد ابتدا مصؤونیت فردی تیم امبولانس مریض یا مجروح یا کسانیکه در محل واقعه تماشاگر هستند در نظر داشته زیرا مصؤونیت فردی تان مهم است تا اینکه مجروح را کمک نمائید اثرات ابتدائی واقعه را دریافت نموده ساحه را ارزیابی نمائید و به پرسش های ذیل جواب بدهید.



- ♦ آیا ساحه مصؤن است ؟
- ♦ مرکز کابل امبولانس را جهت آماده بودن به منابع بیشتر در جریان قرار داده اید.
- ♦ هر اشیائی که تهدید کننده حیات برای شما باشد ابتدا ارزیابی گردد مثلا گاز گرفتگی ؛ افتادن سیم برق در سرک ؛ دود ؛ تغییرات بی نهایت درجه حرارت واقعه انتحاری که امکانات حادثه بعدی باشد و یا موجودیت اشخاص زیاد که بسیار احساساتی باشند مد نظر داشته باشید.
- ♦ آیا یونیفورم ویا وسایل محافظتی (دست کش ؛ ماسک ؛ عینک ؛ یونیفورم) استفاده نمودید ویا اینکه علامه های خطر که در ساحه موجود باشد در نظر گرفته اید.
- ♦ در صورت موجودیت اشیای تهدید کننده مریض و یا مجروح را حرکت نداده مریضان و مجروحین را کمک کنید که در ساحه خطر نباشند تا زمانیکه تیم کمکی در محل واقعه رسیده و یا در صورت که مجروح را از جای ان حرکت میدهد اول خود را مطمئن ساخته بعدا این کار را بصورت بسیار سریع ان انجام دهید و از منابع موجوده خود استفاده نمائید.
- ♦ چی واقعه رخ داده است.
- ♦ میتود میخانیکیت که مجروحین را متضرر ساخته است چی است مثلا شکستن شیشه ؛ افتادن بوتل ادویه که نمایان گر دوز بیشتر ادویه باشد مشاهده نمائید.
- ♦ بصورت درست ساحه را مشاهده کنید که حادثه ثانوی رخ ندهد.
- ♦ چه تعداد از مجروحین در محل واقعه موجود میباشد وضعیت عمومی مجروحین در چه حالت است و هیچگاهی فکر نکنید که در محل واقعه صرفا یک و یا دو مجروح موجود میباشد در ساحه انتظار کشیده و یا اینکه از اشخاص که در محل واقعه تماشاگر میباشد در مورد استجواب بیشتر صورت گیرد.

- ♦ جستجو کنید که نزدیک به محل واقعه کدام مرکز صحنی وجود دارد یا خیر در صورتی که موجود باشد به آنجا نیز مراجعه نموده زیرا در واقعات عاجل مجروحین را به نزدیک ترین مرکز صحنی انتقال میدهند.
- ♦ در صورت ضرورت منابع بیشتر در خواست نمائید.

نخستین اقدام

قبل از رسیدن در محل واقعه ابتدا باید فکر کنید که نخستین اقدام شما برای مجروح و یا مریض چی خواهد بود و در صحنه چه واقعه رخ داده است معلومات جمع اوری شده برای شما کمک میکند تا اولین اقدام خود را از کجا آغاز نمائید.

- ♦ به اساس استندرد ها تصنیف بندی مجروحین را آغاز نمائید.
- ♦ آیا شخص که به کمک ضرورت دارد واقعا مریض است ؟
- ♦ آیا مجروح توانائی بلند شدن و یا حرکت کردن را دارد ؟ به علایم مشاهده کنید که تهدید کننده حیات باشد.
- ♦ در صورتی که مجروح و یا مریض خون ریزی فعال داشته باشد از وسایل دست داشته خویش مثل تورنیکیت و غیره وسایل جهت توقف خون ریزی استفاده نمائید.

سروی اولی

ارزیابی ابتدائی نزد مریضان کاهل بدون پاسخ

بعد از اینکه ساحه را تثبیت نموده و مطمئن هستید که ساحه برای شما مصوون است جهت عرضه خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه ئی ارزیابی ابتدائی یا سروی اولی (طرز العمل استندرد ۶) را نزد مریض انجام دهید که این ارزیابی شامل چهار بخش میباشد.

- ♦ تثبیت سطح هوشیاری به میتود (AVPU).
 - Alert هوشیار بودن یا بیدار بودن.
 - Response to voice جواب دادن در مقابل صدا.
 - Response to pain جواب دادن در مقابل تنبها.
 - Un Response بیهوش.

- ♦ باز کردن سیستم تنفسی.
- ♦ تنفس
- ♦ دوران خون

تثبیت سطح هوشیاری

- ♦ **Alert:** ابتدا مشاهده نمایید که مریض و یا مجروح بیدار است در صورت که بیدار است از ایشان سوال کنید که چه واقعه رخ داده است و به مشکل که پیش آمده است کمک های اولیه طبی را به اساس ضرورت مندی اغار نمایید.
- ♦ **Response to voice:** در صورت که با مشاهده مریض شما بیدار معلوم نمی شود بالای مریض صدا بزنید در صورت که مریض جواب داد مشکل را از ایشان استجواب نموده و به اساس مشکل که پیشامده است برای مریض کمک های اولیه طبی را آغاز نمایید.
- ♦ **Response to pain:** در صورت که مریض با صدا کردن جواب نداد بالای سر مریض رفته شانه مریض را تکان داده و یا اینکه در پیشانی مریض توسط شصت خویش فشار وارد نمایید تا مریض درمقابل تنبهاات جواب بدهد.
- ♦ **Un Response:** در صورت که با سه عملیه فوق مریض جواب ارایه نکرد مریض بیهوش بوده قدمه های بعدی کمک های اولیه را نزد مریض آغاز نمایید.
 - Airway یا طرق هوایی.
 - Breathing and Ventilation یا تنفس و تهویه.
 - Circulatio یا دوران خون.

طرق هوایی یا Airway

- ۱- آناتومی طرق هوایی.
- ۲- اسباب انسداد طرق هوایی.
- ۳- شناخت انسداد طرق هوایی.

۱- آناتومی طرق هوای

طرق هوایی متشکل از دو قسمت است طرق هوایی علوی و طرق هوایی سفلی.

طرق هوای علوی

طرق هوای علوی شامل:

- ♦ جوف انف یا بینی جایکه هوا گرم ؛ مرطوب و ذرات ناپاک فلتر میشود.
- ♦ جوف فمی یا دهن : (بلعوم).

طرق هوایی سفلی:

- ♦ انفی بلعومی که از حنک نرم شروع میشود.
- ♦ فمی بلعومی که قسمت متوسط میباشد.
- ♦ سفلی بلعومی که به مری ختم میشود.

۲- اسباب انسداد طرق هوای

- ♦ زبان: یکی از اسباب معمول انسداد طرق هوایی در نزد اشخاص بیهوش زبان وی است که بطرف خلف رفته و باعث انسداد قسمت سفلی بلعوم میگردد.
- ♦ اجسام اجنبی: مانده پارچه های غذا؛ دندان شکسته یا دندان های ساختگی؛ خون؛ محتویات معده و جسم اجنبی میباشد.
- ♦ مایعات: افرازات برانش ها و قصبات؛ خون ریزی ریوی و اذیما ریوی می باشد.



۳- شناخت انسداد طرق هوایی

ارزیابی طرق هوایی شامل میتود های دیدن؛ شنیدن و احساس کردن است.



- ♦ **میتود دیدن:** دیدن داخل دهن جهت دریافت کدام جسم اجنبی؛ رنگ جلد خاسف یا سیانوتیک؛ دیدن حرکات صدر و بطن؛ سوراخ های بینی و استفاده از عضلات اضافی تنفسی می باشد.
- ♦ **میتود شنیدن:** موجودیت یا عدم موجودیت آواز های تنفسی؛ صدای غرغره مانند؛ صدای خرخر؛ خپ شدن صدا و یا علایم انسداد قسمی.

- ♦ **میتود احساس کردن:** احساس جریان هوا؛ جس نمودن استخوان های وجه یا روی کسر ها ممکن باعث بندش طرق هوایی شده باشد.

باز کردن سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را ارزیابی نموده در صورت موجودیت افرازات و یا جسم اجنبی دهن مریض را پاک نموده و سیستم تنفسی ان را ارزیابی نمایید که باز کردن سیستم تنفسی به دو میتود ذیل صورت میگیرد.



Head – tilt / chin – lift technique

- ♦ میخانیکیت (Head – tilt / chin – lift technique) برای اجرای این میتود دست چپ تانرا بالای پیشانی مریض کاهل قرار بدهید و توسط دست راست زنج مریض را به اندازه دو الی سه انگشت موازی با دست دیگر بالا ببرید (طرز العمل استاندارد 12).
- ♦ برای مریضان کاهل کج کردن سر بطرف عقب به وضعیت خنثی کننده سیستم تنفسی را باز نموده و کوشش گردد تا از فشار بیش از حد بالای گردن جلوگیری صورت گیرد.
- ♦ از این میتود تمام افراد که ترینگ کمک های اولیه طبی را در یافت نموده است ؛ میتواند اجرا نمایند.

Jaw trust manure

- ♦ از میتود فوق زمانی استفاده بعمل میائید که مریضان مصاب و یا مشکوک به ترضیض سر؛ گردن و کمر شده باشد برای اجرای این مانور ابتدا بالای سر مریض زانو زده و دست های خویش را به دو طرف سر مریض قرار دهیم.
- ♦ دست های تانرا به دو طرف سر مریض قرار داده که شصت های تان را به دو طرف کنج دهن مریض قرار بدهید و لب ها را فشار داده تا دهن باز گردد (طرز العمل استاندارد 11).
- ♦ در زاویه استخوان فک سفلی را توسط انگشت های تان بطرف بالا تکان داده بدون انکه سر و گردن مریض حرکت داده تاسیستم تنفسی باز گردد.
- ♦ از میتود مزکور صرفا کارکنان صحتی میتوانند استفاده نمایند.



ارزیابی همزمان تنفس و ضربان قلب

وقتی که سیتیم تنفسی مریض باز شد همزمان میتوانید که تنفس و ضربان قلب مریض را در ناحیه کاروتید ارزیابی نمائید برای ۵ و نباید از ۱۰ ثانیه تجاوز گردد در جریان ارزیابی تنفس مریض همزمان میتوانید که حرکات صدری را نیز مشاهده کنید و با هم دیگر مقایسه گردد در اینصورت تنفس نارمل خاموش ثابت واسان می باشد.

موجودیت تنفس غیر نارمل کم و جدا دلالت به موجودیت درد و التهاب در سیستم تنفسی می گردد.

وقتی که ضربان قلب را در نزد یک مریض کاهل می خواهید ارزیابی کنید با گذاشتن دو عدد انگشت در زاویه و یا کانال کاروتید در گردن مریض صورت گرفته و همزمان تنفس مریض را نیز بالای صدر آن مشاهده کنید و این عملیه باید بصورت دقیق صورت گیرد.

همچنان ضربان قلب را شما میتوانید در ناحیه شریان فیمورال در ساحه بین مفصل استخوان خاصره و ران میتوانید لمس نمائید و این عملیه ضرورت به موجودیت یک تیم دو نفری مینمائید.

نتیجه ارزیابی ابتدائی

در جریان ارزیابی های ابتدائی شما میتوانید در مورد وضعیت مریض معلومات جمع اوری نموده و به اساس در یافت های تان نخستین اجراءات را برای مریض انجام میدهید (طرز العمل استاندارد 17).

تنفس

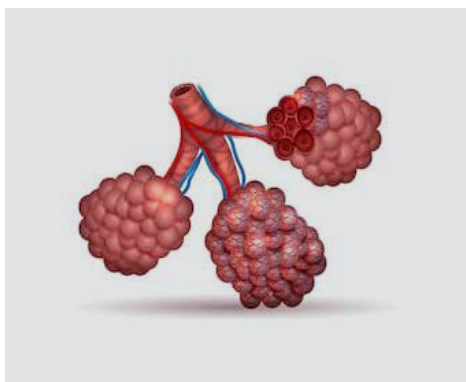
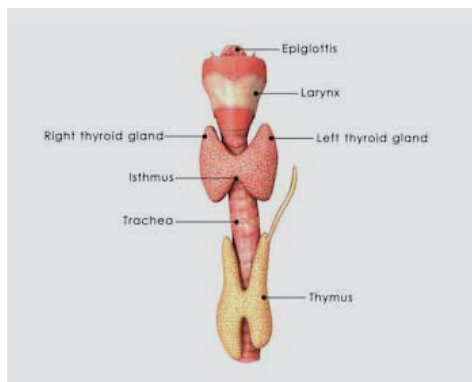
- ۱- آناتومی طرق هوایی سفلی
- ۲- تهویه و یا تبادل گازات
- ۳- اسباب تنفس ناکافی
- ۴- شناخت تنفس ناکافی
- ۵- روش ها جهت مطمئن ساختن تنفس کافی
- ۶- میتود های تهویه

آناتومی طرق هوائی سفلی

شزن یا Trachea: شزن به دو قسمت تقسیم شده است برانش راست و برانش چپ.

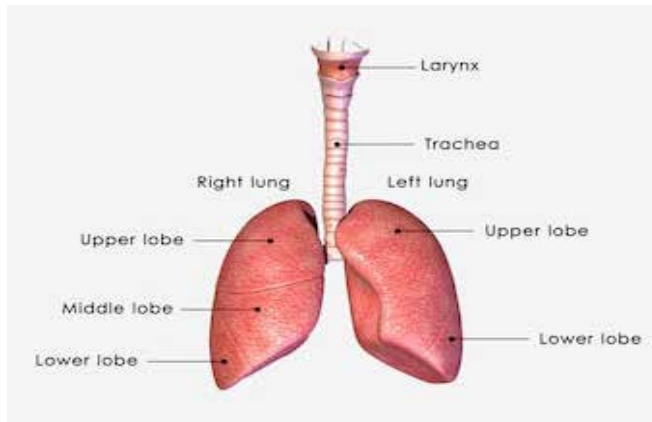
برانش ها به چند شاخه اصلی تقسیم شده که بعدا به برانشیول ها تقسیم میگردد و بالاخره برانشیول ها در نهایت به الویول ها یا اسناخ ها خاتمه میابد

اسناخ یا Alveol محل یکجا شدن سیستم دورانی و تنفس بوده و تبادل گازات در انجا صورت میگیرد.



پلورا Pleura

یک غشای نازک بوده که سطح داخلی قفس صدری و ریه ها را پوشانیده است و فشار منفی که داخل این دوطبقه قرار دارد مانع چین خوردن ریه ها میگردد.



۲- تهویه و تبادل گازات

کنترل طرق هوایی تنها متضمن تهویه کافی نیست.

تبادل کافی گازات ضرورت به اکسیجینیشن به حد اعظمی و خارج شدن کاربن دای اکساید میباشد. تهویه ضرورت به وظایف نارمل ریه ها ؛ دیوار صدری و حجاب حاجز دارد بنا هر بخش باید بصورت جداگانه معاینه و ارزیابی گردد.

تعداد تنفس نارمل

شماره	سن	تنفس فی دقیقه
۱	از روز تولد الی یک ماهگی	۷۰ - ۳۰
۲	از یک ماهگی الی یک سالگی	۴۰ - ۲۰
۳	از ۲ ساله الی ۶ ساله	۳۰ - ۲۰
۴	از ۶ ساله الی ۱۰ ساله	۲۵ - ۲۰
۵	از ۱۰ ساله الی ۱۸ ساله	۲۰ - ۱۵
۶	کاهلان	۲۰ - ۱۲

عملیه تنفس و تهویه ابتدا توسط سوپه کاربن دای اکساید در خون وبعدا توسط سوپه اکسیجن در خون کنترل میگردد.

افزایش سوپه کاربن دای اکساید در خون باعث تنبه مرکز تنفس که در دماغ موقیعت دارد گردیده و باعث افزایش تعداد تنفس جهت جلوگیری از هایپوکسیا میگردد.

تبادلۀ گازات

اکسیجن ابتدا از اسناخ داخل کریوات سرخ خون شده بعدا با هیموگلوبین در داخل کریوات وصل گردیده و برای اجرای میتابولیزم به مصرف میرسد. یکی از محصولات میتابولیزم کاربن دای اکساید بوده که برعکس این پروسه در پلازما انتقال میگردد.

۳- اسباب تنفس ناکافی

- ♦ کسرهای اضلاع: کسر های ساده و یا مغلق که باعث نوسان صدر یا flail chest میگردد.
- ♦ ترضیضات ریوی: ترضیضات که از باعث تروما کند یا نافزه بوجود میاید.
- ♦ نوموتوراکس Pnemothorax: موجودیت هوا در داخل جوف پلورا سبب کولپس ریه ها میگردد
- ♦ جروحات باز نافذه صدر: جروحات یک طرفه در صدر که هوا را اجازه دخول به جوف پلورا میدهد و لیکن اجازه خروج را نمی دهد.
- ♦ هیموتوراکس Heamothorax: موجودیت خون در جوف پلورا.
- ♦ سوپه ضیاع شعور نیز بالای تنفس رول داشته که ممکن باعث کاهش تعداد تنفس و یا حجم تنفس و یا هر دو گردد.

۴- شناخت تنفس ناکافی

دیدن

- ♦ رنگ جلد: خاسف و یا سیانوتیک.
- ♦ حرکات دیوار صدر: متناظر ؛ غیر متناظر و یا اشتدادی.
- ♦ جروحات قابل دید: زخم ؛ خراشیده گی و هیماتوم.
- ♦ تعداد تنفس: تاکی پنی.
- ♦ کیفیت تنفس: سطحی.
- ♦ لباس ها عملیه تنفس را محدود میسازد.

شنیدن

- ♦ موجودیت و یا عدم موجودیت و یا کاهش آواز های تنفسی ، یک طرفه و یا دو طرفه باشد.
- ♦ علایم نقیصه های جدار صدر مانند صدای Bubbling و یا Moist sucking.

احساس کردن

جس نمودن جدار صدر جهت دریافت عدم ثبات عظام و یا کریپیتیشن.

۵- روش ها جهت مطمئن ساختن تنفس کافی

- ♦ مریض را اطمینان دادن و رهنمایی کردن به طریقه های تنفس ؛ دورنمودن لباس های که ممانعت در عملیه تنفس ایجاد میکنند.
- ♦ اصلاح نمودن وضعیت مریض : از بین بردن درد مریض ؛ وضعیت دادن مریض در حالت نیمه نشسته و پایین قرار دادن طرف صدمه دیده.
- ♦ اصلاح نمودن پانسمان جرحه : پانسمان را هموار قرار داده طوریکه از سه طرف مسدود باشد.
- ♦ تطبیق اوکسیجن طبق ضرورت.

تنفس

اناتومی

- ♦ اپیگلوت Eglot یا حبول صوتی.
- ♦ شزن: حلقه های غضروفی دارنده حجرات افرازی مویک ها یا سلیاها.
- ♦ قصبات (برانش ها) حلقه های غضروفی ، نازک و بیشتر عمودی.
- ♦ قصبیات: (برانشیول ها) بدون حلقه متشکل از بندل های عضلات ملسا یا نرم.
- ♦ اسناخ: (الویول ها) کیسه های هوایی که از یک طبقه حجرات ساخته شده است.
- ♦ پلورا: از دو طبقه ساخته شده است. حجاب حاجز و قبرغه ها.
- ♦ حجاب حاجز : جوف بطن را از جوف صدر جدا میسازد.
- ♦ قبرغه ها: در فاصله بین قبرغه ها عضلات قرار دارد.
- ♦ کنترل تنفس: مرکز تنفس در دماغ قرار داشته و در مقابل مقدار زیاد کاربن دای اکساید ناتوان و صدمه پذیر است.
- ♦ قوس ابهر: در مقابل سویه پایین اوکسیجن صدمه پذیر است.

عملیه تنفس به دو بخش تقسیم شده است

- ♦ **شهيق:** يك پروسه فعال بوده كه عضلات تنفسي باعث حركت ديوار صدر به طرف بيرون گرديده و حجاب حاجز به طرف پايين حركت نموده و نسج ريوي متوسع و به طرف پايين موقعيت ميگيرد.
- ♦ **ذفير:** يك پروسه غير فعال بوده كه در اين پروسه ديوار صدرى استراحت نموده باعث كاهش حجم جوف صدر و كاهش حجم هوا در داخل ريه ها ميگردد. در صورت كه مريض مواجه به مشكل تنفسي گردد پروسه ذفير نيز يك پروسه فعال است و در هر دو مرحله مذكور عضلات اضافي تنفسي مانند عضلات صدر ؛ پشت ؛ شانه ها ؛ گردن و بطن ساهيم خواهد شد.

ميكانيزم تنفس

- ♦ شهيق فعال يا اكتيف.
- ♦ ذفير غير فعال يا پاسيف.

در هنگام شهيق

عضلات بين الضلعي تقلص نموده قبرغه بالا و پايين رفته و حجاب حاجز تقلص مينمايد هوا وارد شده فضا افزايش يافته و فشار منفي بوجود آمده هوا را بطرف داخل كش مينمايد.

در هنگام ذفير

عضلات استرخا نموده فشار مثبت باعث خارج كردن هوا به بيرون ميشود.

تنفس خارجي

هوا داخل ريه ها شده و دو باره خارج ميگردد.

تنفس داخلي

تبادل گازات اوكسيجن و كاربن داي اكسايده در سويه حجروي صورت گرفته و گازات از محيط با غلظت بلند به محيط كه غلظت كم دارند انتشار ميكند.

اوكسيجن توسط كريوات سرخ خون انتقال شده و در پلازما مخلوط ميگردد.

حالت هاي كه تنفس نارمل را مختل ميسازد

- ♦ **بندش يا انسداد:** وضعيت مريض ؛ زبان و اجسام اجنبى.

- ♦ **عوامل خارجی:** غرق شده گی ؛ خفه شده گی ؛ گور شده گی ؛ دود ؛ کاربن مونواکساید ؛ ترضیضات ؛ کسر ها و جروحات.
- ♦ **عوامل داخلی:** تسمم ؛ خون ریزی های شدید ؛ تخریبات دماغی ؛ استما ؛ نومونیا و پولیو.

اواز های تنفسی

طرق هوائی علوی

- ♦ بدون صدا نارمل یا بدون تنفس.
- ♦ خرخر کردن انسداد بوسیله زبان.
- ♦ غرغر کردن مایع در طرق هوائی.
- ♦ Crowing در نزد مریضان گریپ و سیاه سرفه.

طرق هوائی سفلی

- ♦ ویز در استما.
- ♦ رانکای و رال.

اعراض و علایم مشکلات طرق هوائی

- ♦ ناراحتی اشکارا و اضطراب.
- ♦ سیانوز در لب ها و دهن.
- ♦ تنفس صدا دار.
- ♦ تنفس سطحی و سریع.
- ♦ نیض سریع ؛ اهسته و غیرمنظم.
- ♦ متوسع شدن ورید های گردن.
- ♦ استفاده از عضلات اضافی تنفسی.
- ♦ سرخی بینی.
- ♦ به زحمت تنفس کردن یا Tug های شزنی.
- ♦ تنفس درد ناک در صورت که ترضیضات موجود باشد.
- ♦ کاهش سویه شعور.
- ♦ حملات صرع یا مرگی.

اهتمامات

باز کردن و پاک کردن طرق هوایی ؛ اسپلنت کردن کسر ؛ پانسمان کردن جرحه ؛ از بین بردن درد ؛ مریض را اطمینان دادن ؛ لباس های مریض را از بدن دور کردن و یا سست کردن ؛ تطبیق اوکسیجن و وضعیت دادن به حالت نیمه نشسته.

ارزیابی نمودن تنفس

مریض با هوش

در صورت که مریض باهوش باشد با مریض صحبت نموده مشکلات تنفسی مریض را دریافت کمک های اولیه برای مریض اجرا گردد.

مریض بیهوش

- ♦ آیا مریض تنفس دارد ؟
- ♦ تعداد تنفس.
- ♦ عمق تنفس.
- ♦ هر دو طرف صدر در فعل تنفس سهیم است یا خیر.
- ♦ تعداد تنفس ها منظم است یا غیر منظم.

۶- میتود های تنفس

راهای هوایی پاک گردد و سر مریض به عقب خم گردد و زنج مریض به بالا برده شود طوری که دستیابی به Oropharynx برای پاک کردن راهای هوایی میسر گردد و دندان های مصنوعی یا اجسام خارجی برداشته شود.

تهویه باعث انتقال اوکسیجن در نزد مریض می گردد و نزد مریض ن اجرا می گردد که تنفس کرده نمی توانند و به چندین میتود صورت می گیرد.

- ♦ Mouth To Mouth Ventilation دهن به دهن.
- ♦ Pocket Mask Ventilation ماسک های پاکتی.
- ♦ Bag – Valve – Mask Resuscitation

میتود دهن به دهن

- ♦ در صورت که ماسک های پاکتی موجود نباشد شما می توانید که از طریق دهن برای مریض اوکسیجن دهید.

- ♦ سیستم تنفسی مریض را باز کرده و مریض را به وضعیت Past The Neutral Position قرار دهید
- ♦ بینی مریض را توسط دست تان فشار داده تا مجرای آن مسدود گردیده تا هوا اوکسیجن از آن خارج نگردد.
- ♦ جهت جلوگیری از مشبوع شدن تیم صحنی توسط دهن مریض و یا برعکس آن در دهن مریض از شیت مخصوص آن استفاده نمایید.
- ♦ دهن خود را در دهن مریض قرار داده برایش تهویه دهید.
- ♦ زمانیکه برای مریض یک تهویه را انجام دادید صدر انرا جهت حرکات صدری ملاحظه کنید بعداً تهویه دومی را انجام دهید.

Pocket Mask Ventilations

در میتود مذکور یک مانع بین دهن مریض و دهن تهویه دهنده به وجود آمده تا باعث جلوگیری از افرازات ، خون و غیره مواد که در دهن مریض موجود میباشد نموده و نیز از مواجه شدن به انتان جلوگیری بعمل میاید.

- ♦ ابتدا ماسک را آماده سازی.
- ♦ سر مریض را به وضعیت Past Neutral Position قرار بدهید.
- ♦ ماسک را بصورت منظم در دهن مریض قرار داده قبل از اجرای تهویه خوب متوجه باشید که ماسک مذکور به صورت درست تطبیق گردیده است باید از ماسک کاهلان برای کاهلان و از ماسک اطفال برای اطفال استفاده گردد.
- ♦ از میتود Head – Tilt / Chin Left Position استفاده کنید.

Bag Valve Mask Resuscitation یا امبوبک



امبوبک یک وسیله طبی بوده که دارای یک راس و یک دسته میباشد و برای تطبیق اوکسیجن برای مریضان استفاده میگردد و موثریت آن نسبت به ماسک های پاکتی بیشتر است این وسیله میتواند توسط یک و یا دو نفر قابل استفاده باشد و به اساس تجربه ثابت گردیده است که برای اجرای این وسیله در واقعات وخیم به تیم دونفری ضرورت میباشد که یک نفر سیستم تنفسی را باز کرده و امبوبک را در دهن تثبیت نموده و محکم بگیرد و نفر دومی با دو دست خویش امبوبک را بصورت درست فشار داده تا اوکسیجن بشکل منظم آن تطبیق گردد.

طرز تطبیق

- ♦ از امبویک کاهلان صرف برای کاهلان و از امبویک اطفال صرف برای اطفال استفاده گردد.
- ♦ امبویک را آماده سازید.
- ♦ سیستم تنفسی مریض را باز نمائید.
- ♦ جهت تثبیت نمودن امبویک از میتود E-C استفاده کنید.
- ♦ هر دو دست را به دو طرف ماسک قرار داده قسمیکه همراهی انگشت شصت و انگشت اشاره سر ماسک را محکم گرفته و توسط سه عدد انگشت دیگر زنج و دهن مریض را محکم گرفته تا برای مریض به شکل درست ان اوکسیجن تطبیق گردد.
- ♦ دهن و بینی مریض را بصورت درست ان داخل ماسک نمائید.
- ♦ نفر دومی به بسیار ملایمت امبویک را جهت تطبیق اوکسیجن فشار بدهد.
- ♦ امبویک به سایز کاهلان به اندازه متوسط ان به مقدار ۴۰۰ - ۷۰۰ ملی لیتر اوکسیجن میدهد و در جریان تطبیق توجه نمائید که صدر به صورت درست ان حرکت نمائید.
- ♦ امبویک به سایز اطفال به مقدار ۲۵۰ - ۳۵۰ ملی لیتر اوکسیجن میدهد و در جریان تطبیق توجه نمائید که صدر به صورت درست ان حرکت نمائید.
- ♦ به بسیار راحتی و آرام امبویک را فشار داده و در فاصله یک ثانیه باید بین هر فشار وقفه موجود باشد.
- ♦ در جریان تطبیق تا حد امکان کوشش صورت گیرد تا مریض Hyper ventilation نشود که در این صورت مشکلات بیشتر به مریض بوجود میآید.
- ♦ به افراد غیر مسکلی هیچ گاهی اجازه داده نشود تا از امبویک استفاده نمایند.

برای کسانیکه سیستم تنفس مصنوعی تطبیق شده است به مراقبت بیشتر ضرورت دارد.

زمانیکه مریض سیستم Advanced Air Way مثل (SGAD) تطبیق شده تنفس کمکی و CPR برای مریضی باید به اندکی متفاوت تطبیق گردد. که در این صورت به یک تیم دو نفری ضرورت است که یک نفر برای مریض تنفس داده و سرعت ان هر ۶-۸ ثانیه بعد باید صورت گیرد که در جریان یک دقیقه در حدود ۸-۱۰ بار برای مریض تنفس داده شود و همزمان نفر دومی فشار های صدری را بدون وقفه انجام بدهد که در ظرف یک دقیقه ۱۰۰ فشار صدری نزد مریض انجام داده شود در این صورت از میتود ۲/۳۰ باید استفاده نگردیده در تمام حالات کوشش گردد که تطبیق اوکسیجن نزد مریض به اساس استندرد ها صورت گیرد زیرا در صورت که برای مریض مقدار بیش از حد اوکسیجن تطبیق گردد سبب بلند رفتن فشار داخل صدری شده که باعث کاهش فشار در داخل شریان ها و وریدها میگردد که در نتیجه ان فشار داخل دوران خون کاهش داده میشود هر قدر که تنفس یا اوکسیجن از حد نارمل ان برای مریض زیاد داده شود به همان اندازه فشار داخل دوران خون کاهش داده میشود که خطرات بعدی را بار میآورد.

دوران خون

تعریف فشار خون

فشار سیستولیک خون: فشاریست که از اثر برخورد خون با جدار های شراین در هنگام تقلص قلب بوجود میاید.

فشار دیاستولیک خون: فشاریست که در هنگام استراحت یا استرخا قلب در مقابل این جدارها باقی میماند.

Pulse pressure

عبارت از تفاوت بین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک میباشد.

نبض

هر تکان قلب یک موجی را در شریان ها تولید میکند و این موج به تدریج کاهش یافته تا اینکه در نهایت در عروق شعریه ها از بین میرود و در چهار زاویه بصورت متبارز ارزیابی میگردد.

Carotid ♦

Radial ♦

Brachial ♦

Femoral ♦

اندازه های نارمل نبض و فشار خون

سن	نبض فی دقیقه	فشار خون mmHg
نوزاد	۱۲۰ - ۱۶۰	۸۰/۴۰
۵ ساله	۷۰ - ۱۱۵	۹۰/۵۰
۱۰ ساله	۷۰ - ۱۱۰	۱۰۰/۶۰
۱۵ ساله	۷۰ - ۹۰	۱۰۰/۶۵
کاهل	۶۰ - ۱۰۰	۱۲۰/۸۰

اسباب عدم کفایه دوران خون

- ♦ خون ریزی داخلی.
- ♦ خون ریزی خارجی.
- ♦ جروحات.
- ♦ خراشیدگی.
- ♦ جروحات نافذه.

شناخت عدم کفایه دوران خون

دیدن

- ♦ رنگ جلد خاسف / سیانوتیک
- ♦ سویه شعور.
- ♦ خون ریزی خارجی.
- ♦ علایم خون ریزی داخلی.

شنیدن

- ♦ سویه شعور مریض.
- ♦ اندازه گرفتن فشار خون.
- ♦ میکانیزم حادثه
- ♦ احتمال کدام جروحات.

احساس کردن

- ♦ درجه حرارت جلد گرم یا سرد ؛ مرطوب یا خشک.
- ♦ نبض تعداد قوت و ریتم آن.
- ♦ جس نمودن بطن و نهایات جهت دریافت علایم خون ریزی داخلی.

سروری دومی

هدف از سروری دومی تثبیت ساحات جهت دریافت خون ریزی ؛ هیماتوم ؛ ترضیضات و کسر میباشد که باید بصورت بسیار محتاطانه و یکا یک تماما ساحات ذیل بصورت مشخص ارزیابی گردد. (طرز العمل استندرد ۷)

در سروی دومی ارزیابی مجروح به ترتیب ذیل آغاز میگردد.

- ♦ سر.
- ♦ گردن.
- ♦ صدر.
- ♦ ستون فقرات.
- ♦ بطن.
- ♦ حوصله.
- ♦ نهاییات علوی.
- ♦ نهاییات سفلی.

معاینات فیزیکی مجروح

دیدن

- ♦ رنگ جلد.
- ♦ جروحات ؛ حملات ناگهانی (صرع)
- ♦ خون ریزی خارجی
- ♦ هیما توم.
- ♦ پندیده گی
- ♦ سوشکل.
- ♦ چیزیکه درست به نظر نمی رسد.

شنیدن

- ♦ تنفس کردن.
- ♦ سخن گفتن.
- ♦ حکایه اطرافیان.

جس کردن

- ♦ استخوان.
- ♦ جلد؛ مرطوب / خشک و درجه حرارت.
- ♦ نبض کاروتید ؛ رادیال و فیمورال.
- ♦ در صورت دریافت ساحه درد ناک ضرورت به اجرای دوباره ان نیست.

معاینات

- ♦ سر.
- ♦ گردن.
- ♦ صدر.
- ♦ بطن.
- ♦ حوصله (لگن خاصره).
- ♦ نهاییات علوی (دست ها).
- ♦ نهاییات سفلی (پا ها).

سر

- ♦ جلد سر برای جروحات جستجو گردد.
- ♦ صدمه در نسج.
- ♦ خارج شدن مایع از بینی و گوش.
- ♦ جس کردن استخوان سر بشکل بسیار دقیق.

گردن

- ♦ چک کردن موقعیت گردن.
- ♦ جروحات.
- ♦ جس کردن ناحیه درد ناک.
- ♦ همیشه گردن را به وضعیت طبی ان تثبیت کنید.
- ♦ در صورت دریافت ترضیض و یا مشکوک بودن ان تثبیت نک کالر.

صدر

- ♦ حرکات صدر را برای نیموتوراکس مشاهده کنید.
- ♦ جروحات.
- ♦ خراشیده گی عظم قص و صدمه قلبی.
- ♦ جروحات صدر و اضلاع را مشاهده کنید.
- ♦ شنیدن اواز تنفس را در جریان ارزیابی مشاهده کنید.
- ♦ در جریان جس کردن صدرساحه که ترضیض داردعکس العمل های مجروح را مشاهده نمایید.

بطن

- ♦ از تحت لباس ها جروحات و خراشید گی ها را مشاهده نمایید.
- ♦ بطن را به چهار ربع تقسیم نمودن در هنگام جس کردن بطن ساحه درد ناک را دریافت نمایید.
- ♦ عکس العمل ها را در مقابل درد دریافت نمایید.
- ♦ احشای بطنی که خارج گردیده است کوشش نکنید که دوباره توسط فشار داخل بطن سازید.

- ♦ احشای بطنی که خارج گردیده است توسط گاز معقم بیوشانید.
- ♦ مجروحین که ترخیص بطنی دارند در جریان تثبیت کردن مجروح در بک بورد تسمه های ساحه بطن را تثبیت نکنید که ترخیصات ثانوی را بوجود میآورد.
- ♦ مریضان که خون ریزی داخلی بطنی دارند به توجه خاص ضرورت دارد که اهتمامات شک گرفته شود.
- ♦ مجروحین که ترخیص بطنی دارند از طریق دهن برایش چیزی داده نشود.

حوصله (لگن خاصره)

- ♦ موقعیت جروحات را دریافت کنید.
- ♦ به بسیار احتیاط ساحه مصدومه را جهت دریافت درد و سوشکل جس نمایید.
- ♦ جرحه کسر را دریافت نمایید.
- ♦ خون ریزی داخلی را دریافت و اهتمامات جهت شک گرفته شود.
- ♦ جس و فشار دادن crista iliaca با دست.

نهایتات

هر استخوان بدن را بخاطر موضوعات ذیل ببینید و جس کنید.

- ♦ سو شکل.
- ♦ پندیده گی.
- ♦ درد.
- ♦ تشخیص.
- ♦ حرکات غیر نورمال.
- ♦ انجام ارزیابی های حسی عصبی در نهابات.
- ♦ ارزیابی را از شانه ها اغار نمایید و در قسمت انگشت هاختم نمایید.
- ♦ در اطراف سفلی ارزیابی را از ران ها اغاز نمایید و در قسمت پنجه های پای ختم کنید.

مهره های کمر

- ♦ فقرات را یک یک جس کنید.
- ♦ ساحه درد را دریافت کنید.
- ♦ سو شکل و شخی مهره های کمر را ارزیابی نمایید.
- ♦ در صورت ضرورت از بک بورد طبق استندرد استفاده نمایید.

عدم توانایی یا Disability

هدف

- ♦ عبارت از فهمیدن سویه شعور مریض میباشد.
- ♦ معاینه نمودن سیستم عصبی مریض.
- ♦ مساوی بودن حدقه ها و عکس العمل انها در مقابل روشنایی.
- ♦ تثبیت کردن مریض و جلوگیری از پیشرفت مرض.

در معرض قرار دادن یا Exposure

هدف

- ♦ تغییرات در رنگ جلد.
- ♦ مشخص نمودن جروحات.
- ♦ مشخص نمودن ساحه خون ریزی.
- ♦ مشخص نمودن هیماتوم.
- ♦ مشخص نمودن پندیده گی.
- ♦ مشخص نمودن کسر ها.
- ♦ مشخص نمودن ترضیضات.
- ♦ مشخص نمودن سوشکل ناحیه ماوفه.

وضعیت ریکوری برای مریض

بعد از اجرای کمک های اولیه طبی نزد مجروح که بیهوش است سروی اولی و سروی دومی نزد مجروح انجام داده شود در صورت که ترضیضات نداشته باشد و دارای طرق هوائی مطمین و تنفس کافی باشد برای جلوگیری از بندش طرق هوائی مجروح را به وضعیت ریکوری قرار بدهید.



بعد از تکمیل شدن سروی اول و سروی دومی نزد مریض مهم این است.

که وضعیت ریکوری را چی وقت و به کدام میتود انجام دهیم بعد از تکمیل شدن سروی دومی که مریض را از سر الی شصت پای ان ارزیابی نموده و در صورت که مریض ترضیض سر ؛ گردن و کمر نداشته باشد مریض را به

وضعیت ریکوری قرار بدهید و قبل از وضعیت دادن مریض را ابتدا ارزیابی نموده تا درجیب های مریض کدام اشیا نوک تیز و یا اسلحه موجود باشد تا از ترخیصات بعدی جلوگیری شود.

طرز تطبیق

- ♦ بطرف راست مریض زانو بزنید.
- ♦ به اندازه ۳۵ - ۴۰ سانتی از مریض فاصله بگیرید.
- ♦ دست راست مریض را از شانه ان بلند کنید.
- ♦ زانوی چپ مریض را بطرف بالا قات کنید.
- ♦ کف دست چپ تانرا به کف دست چپ مریض چسپانده در ناحیه فک سفلی طرف راست ان قرار بدهید.
- ♦ توسط دست راست خود در فاصله عینک زانوی مریض فشار وارد کرده مریض را بطرف خود کش نمائید.
- ♦ سیستم تنفسی مریض را باز نموده و دهن انرا نسبت به صدر ان بطرف زمین وضعیت داده تا افرازاات دهن به ساده گی خارج گردد.

در صورت که مریض طفل باشد

- ♦ توسط یک دست خود مریض را دور داده.
- ♦ توسط دست دیگر تان سر و گردن مریض را محکم گرفته تا دهن و بینی مریض بصورت درست باز نگهداشته شود.
- ♦ سر و گردن مریض را از صدر ان به وضعیت پائین قرار داده تا افرازاات دهن به ساده گی خارج گردد.

توقف تام حرکات تنفسی Respiratory Arrest

اگر مریض تنفس ندارد و ضربان قلب ان سریع باشد مریض در حالت توقف سیستم تنفسی قرار داشته جهت جلوگیری از توقف سیستم تنفسی هر چه عاجل برای مریض اوکسیجن تطبیق نموده احیا مجدد سیستم تنفسی صورت گیرد.

تطبیق اوکسیجن تا چه زمان ادامه داده شود.

- ♦ تا زمانیکه سیستم تنفسی مریض به حالت نارمل قرار میگیرد.
- ♦ اجرای و تطبیق اوکسیجن توسط یک فرد مسلکی باید صورت گیرد.
- ♦ در صورت که مریض ضربان قلب نمی داشته باشد فشار های صدری نزد مریض صورت گیرد.

توقف قلبی Cardiac Arrest

در صورت که مریض تنفس و ضربان قلب نداشته و بی هوش باشد توقف تام قلب قرار دارد که توقف قلبی یک حالت تهدید کننده حیات میباشد که در نتیجه سیستم الکترولیت های قلبی و سیستم میخانیکی قلب را مختل ساخته و سیستم دوران خون موثریت خود را از دست داده و توقف تام قلب بوجود میآید.

حمله ناگهانی قلبی Myocardial Infraction

حمله ناگهانی قلبی عبارت از نکرور نسج قلب از باعث از دست داده اوکسیجن دوران خون میباشد. که هرچه عاجلتر اعراض و علائم ان مشخص گردیده و به مداوی ان اقدام صورت گرفته تا وقوعات مرگ و میر کاهش گردد بعضا اعراض و علائم بشکل متفاوتی شیوع کرده تشخیص را مشکل میسازد.

احیای مجدد قلبی و عائی یا Cardio Pulmonary Resuscitation

هدف از احیا مجدد قلبی و عائی به دوران انداختن خون اوکسیجن دار به اعضای مهم حیاتی عضویت است و این واقعه نزد مریضان که توقف ناگهانی قلبی و ریوی میداشته باشند صورت میگیرد.

پروسیجر ان شامل فشار های صدری ، تطبیق اوکسیجن و تطبیق ماشین Automated External Defibrillator است.



فشار های صدری نزد کاهلان

یکی از اجزای مهم احیاء مجدد قلبی و عائی CPR بوده و برای بهبود بخشیدن از وضعیت مریض CPR باید بصورت استاندارد ان انجام داده شود.

CPR نزد مریضان که مصاب توقف ناگهانی قلبی و ریوی میباشد دارای دو میخانیکیت میباشد.

۱- شدت فشار بالای صدر.

۲- سرعت فشار بالای صدر.

قبل از آغاز فشار های صدری استاندارد های ذیل تعقیب گردد.

قرار دادن مریض در جای ثابت و هموار تا فشار های صدری بصورت مناسب ان صورت گیرد در صورت ضرورت در استریچر و بک بورد اجرا گردد (طرزالعمل استاندارد ۹).

لباس و اشیای که در بالای صدر مریض است دور گردیده تا دست ها بصورت درست بالای صدر قرار گرفته و حرکات صدر بصورت واضح مشاهده گردد.

کف دست اولی را در قسمت نصف پائینی عظم سترنوم قرار داده قسمیکه دست دومی را بالای دست اولی قرار بدهید و انگشت های دست اولی را در بین انگشت های دست دومی بصورت محکم تثبیت نمائید.

دست و بازوی تان را تا اندازه ممکن راست قرار داده ودست ها را در زاویه آرنج دست قفل نموده و حرکات را از ناحیه شانه باید انجام دهید.

- ♦ فشار های صدری در هر یک دقیقه به تعداد ۱۰۰ الی ۱۲۰ بار انجام داده شود.
- ♦ عمق فشار های صدری به اندازه ۴ الی ۵ سانتی متر باشد.
- ♦ در هر فشار باید به صدر اجازه داده شود تا به حالت نارمل خود بر گردد یعنی مقدار کافی خون داخل قلب گردد.
- ♦ برای افراد کاهل ۳۰ فشار و ۲ تنفس باید اجرا گردد و هر تنفس باید ۵۰۰ ملی لیتر باشد.
- ♦ زاویه دست ها با بدن در ۹۰ درجه قرار گیرد.

توقف فشارهای صدر

CPR برای مریض به میتود ۲/۳۰ تا زمانی ادامه داده شود که:

- ♦ زمانیکه علایم احیای مجدد نزد مریض بوجود آمده و مریض حرکت کند.

- ♦ زمانیکه مریض را به یک مرکز صحتی جهت خدمات تخصصی انتقال داده اید.
- ♦ زمانیکه تیم صحتی کمک های اولیه عالی در محل واقعه حاضر میشود.
- ♦ موجودیت اسناد نشاندهنده فوت مریض.
- ♦ شما تنها هستید تا حد امکان کار کرده اید اما توانائی اجرای کمک های اولیه طبی را ندارید.
- ♦ ساحه برای شما خطرناک و یا نا امن باشد.

احیای مجدد قلبی وعائی نزد نوزادان

فشار های صدری

قبل از آغاز فشار های صدری استندرد های ذیل تعقیب گردد.

- ♦ قرار دادن مریض در جای ثابت و هموار تا فشار های صدری بصورت مناسب ان صورت گیرد در صورت ضرورت در استریچر و یک بورد اجرا گردد.
- ♦ لباس و اشیای که در بالای صدر مریض است دور گردیده تا انگشت ها بصورت درست بالای صدر قرار گرفته و حرکات صدر بصورت واضع مشاهده گردد.
- ♦ برای نوزادان موقیعت دست ۳/۱ حصه سفلی استخوان استرنیوم.
- ♦ در نزد نوزادان از یک انگشت استفاده صورت گیرد.
- ♦ و یا اینکه هر دو دست خود را در زیر بغل نوزاد قرار داده توسط دو عدد شصت خویش فشار های صدری را آغاز نمایید.
- ♦ فشار های صدری در هر یک دقیقه به تعداد ۱۰۰ فی دقیقه انجام داده شود.
- ♦ عمق فشار های صدری به اندازه ۱,۵ سانتی متر باشد.
- ♦ در هر فشار باید به صدر اجازه داده شود تا به حالت نارمل خود بر گردد یعنی مقدار کافی خون داخل قلب گردد.
- ♦ برای نوزاد ۱۵ فشار و ۲ تنفس باید اجرا گردد و هر تنفس باید ۲۰۰-۲۵۰ ملی لیتر باشد.
- ♦ در هنگام باز کردن سیستم تنفسی نوزادان سر انرا به شکل بسیار خفیف بطرف خلف حرکت داده زیر حرکت دادن سر نوزاد به اندازه زیاد باعث تروما گردن نوزاد میگردد.
- ♦ اندازه اوکسیجن در دهن و شکل کومه ها مشابع هشت انگلیس باشد. (∞)

احیای مجدد قلبی و عائی نزد کودکان و اطفال

فشار های صدری

قبل از آغاز فشار های صدری استندرد های ذیل تعقیب گردد:

- ♦ قرار دادن مریض در جای ثابت و هموار تا فشار های صدری بصورت مناسب ان صورت گیرد در صورت ضرورت در استریچر و بک بورد اجرا گردد.
- ♦ لباس و اشیای که در بالای صدر مریض است دور گردیده تا انگشت ها بصورت درست بالای صدر قرار گرفته و حرکات صدر بصورت واضح مشاهده گردد.
- ♦ برای تمامی اطفال و کودکان موقعیت دست ۳/۱ حصه سفلی استخوان استرنیوم.
- ♦ در نزد کودکان از یک انگشت و یا دو انگشت جهت اجرا فشار های صدری استفاده صورت گردد.
- ♦ در صورت که اطفال باشد و وزن ان بالا باشد از یک دست و یا هر دو دست جهت اجرای فشار های صدری استفاده گردد.
- ♦ فشار های صدری در هر یک دقیقه به تعداد ۱۰۰ فی دقیقه انجام داده شود.
- ♦ عمق فشار های صدری به اندازه ۲-۳ سانتی متر باشد نظر به جسامت مریض.
- ♦ در هر فشار باید به صدر اجازه داده شود تا به حالت نارمل خود بر گردد یعنی مقدار کافی خون داخل قلب گردد.
- ♦ برای کودکان از میتود ۲/۱۵ اجرا گردد. و هر تنفس باید ۲۰۰-۳۰۰ ملی لیتر باشد.
- ♦ در هنگام باز کردن سیستم تنفسی کودکان سر انرا به شکل بسیار خفیف بطرف خلف حرکت داده زیرا حرکت دادن سر نوزاد به اندازه زیاد باعث تروما گردن نوزاد میگردد.
- ♦ برای کودکان اندازه اوکسیجن در دهن و شکل کومه ها مشابع هشت انگلیس باشد. (∞)
- ♦ برای اطفال به اندازه ۳۰۰ - ۳۵۰ اوکسیجن تطبیق گردد.



ریتم قلب نزد اطفال

سن	تعداد
نوزاد	۱۰۰ - ۱۶۰
کودک	۹۰ - ۱۵۰
اطفال	۸۰ - ۱۴۰

فشار خون نزد اطفال

سن	تعداد
نوزاد	۶۰ کمتر از
کودک	۷۰ کمتر از
اطفال	۷۵ کمتر از

ضربان قلب نزد اطفال

نوزاد	بیشتر از ۱۰۰ فی دقیقه
اطفال	بیشتر از ۶۰ فی دقیقه

Automated External Defibrillator

وسیله که قابل انتقال بوده که سبب تحلیل ریتم قلب و تنظیم کننده حرکات غیر منظم قلب نزد مریضان که مصاب Cardiac arrest هستند میباشد. مریضان که مصاب با یک شاک برقی میتواند باعث احیا مجدد قلب گردد. به دو میخانیکیت ضربان قلب را احیا میکند.

1- Ventricular Fibrillation (V-fib)

2- Ventricular Tachycardia (V-tach)

ماشین AED

هر قدر که ماشین مذکور برای مریض زودتر وصل گردد چانس زنده ماندن مریض بالا میباشد.

CPR نزد مریض تا زمانی ادامه داده شود که ماشین AED در صدر مریض وصل شده و فعال گردد.



طرق استفاده از ماشین (AED)

برای استفاده از ماشین AED نکات ذیل توجه صورت گیرد.

- ♦ ابتدا ماشین آماده گردد.
- ♦ مطمئن شوید که صدر مریض پاک و خشک باشد.
- ♦ هر نوع ادویه و یا مرهم که بالای صدر مریض تطبیق شده باشد پاک گردد.
- ♦ پیراهن و کالای مریض که بالای صدر آن باشد دور گردد تا پد ماشین به صورت درست در صدر مریض چسبیده و ضربان را به قلب مریض انتقال دهد.
- ♦ از پد ها باید به اساس سن استفاده بعمل آید (از پد اطفال برای اطفال و از پد کاهلان برای کاهلان استفاده گردد).
- ♦ پد اولی را بطرف راست عظم استرنیوم زیر عظم Clavical و پد دومی را بطرف چپ چند انچ پایینتر از زیر بغل یا ساحه Mid auxiliary line نصب گردد.
- ♦ پلک برق را انداخته و دکمه کنترل را روشن نمائید.
- ♦ تمام اشخاص که در اطراف مریض قرار دارند فهمانده شود در جریان که ماشین فعال میگردد در تماس مریض نباشند که ضرر دارد.
- ♦ زمانیکه ماشین فعال گردید فشار های صدری متوقف گردد.
- ♦ یک نفر متوجه حرکات ماشین بوده تا علایم انرا ثبت نمائید.
- ♦ یک نفر جهت اجرای فشار های صدری آماده بالای مریض باشد.



بندش سیستم تنفسی توسط جسم اجنبی نزد کاهلان

بندش سیستم تنفسی یک واقعه عاجل بوده و زمانیکه شما با مریضی مواجه میشوید که توانائی گپ زدن ؛ سرفه کردن ؛ چیغ زدن ویا تنفس کردن را نداشته باشد ضرورت به کمک های اولیه را مینماید (طرز العمل استندرد ۸).

زمانیکه سیستم تنفسی مسدود میگردد باعث بوجود آمدن Cardiac Arrest – Respiratory Arrest نزد مریضان بوجود می آید.

که در این صورت اقدام عاجل جهت احیا مجدد صورت گیرد.

یک شخص با هوش که گلوی ان بند شود علایم خفک شدن میباشد که نزد مریض اضطراب و ترس ناگهانی بوجود آمده ویک تعداد حرکات دیگر امکان دارد که نزد مریض بوجود اید مثل دوش دوره ئی ؛ دست و بازو های خود را بالا کردن ویک تعداد از حرکات دیگر را جهت جلب و توجه اشخاص که در اطراف ان باشد جهت کمک کردن انجام میدهد.

ابتدا دهن مریض را ارزیابی نمایید اگر جسم اجنبی قابل دید باشد انرا خارج سازید.

اگر شخص مزکور سرفه قوی کرده بتواند تشویق گردد که این عمل را بیشتر تکرار نمائید تا زمانیکه سیستم تنفسی باز شده وبصورت نارمل تنفس کرده بتواند در صورت که شخص مزکور درست تنفس کرده نتواند و تنفس ضعیف و غیر موثر داشت ضرورت است تا تکان های بطنی نزد مریض انجام داده تا مانعه که وجود دارد برطرف شده برای انجام Abdominal Thrust تکان های بطنی عقب مریض ایستاده شده و موازنه خود را تثبیت کرده و هر دو دست را در بطن مریض بالای ناف ان گذاشته

قسمیکه مشت دست اولی بسته بوده و دست دومی را بالای آن تثبیت نمائید و بعداً بصورت بسیار دقیق بطن مریض را بطرف بالا برای پنج بار تکان بدهید بعداً مریض را وضعیت داده پنج ضربه در تخته پشت آن وارد نمایید این عملیه را تا زمانی اجرا کنید که جسم اجنبی که در گلوئی مریض سیستم تنفسی را مسدود ساخته است بطرف بیرون پرتاپ گردد و سیستم تنفسی به حالت ابتدائی آمده و مریض احیا گردد و در صورت که مریض بیهوش میشود فشارهای صدری را نزد مریض آغاز نمائید.

همینکه دهن مریض را باز میکنید جهت اجرای تنفس مشاهده کنید که جسم اجنبی در دهن مریض است یا نه در صورت که شما کدام جسم را میبینید جسم را توسط انگشت خود بطرف بیرون حرکت بدهید در صورت که جسم اجنبی را نتوانستید در دهن مریض در یافت کنید بصورت کور کورانه انگشت تانرا حرکت ندهید دو باره CPR را نزد مریض انجام دهید باید متوجه باشید که هیچگاه از میتود ۳۰/۲ تجاوز نکنید در صورت که صدر حرکت هم نداشته باشد بهترین میتود جهت عرضه خدمات فشارهای صدری به تناسب ۳۰/۲ میباشد جهت کمک به مریض تا زمانیکه جسم اجنبی در دهن آمده و توسط انگشت آنرا خارج سازید و در صورت که جسم اجنبی خارج نگردید مریض را هرچه عاجل به یک مرکز صحتی انتقال دهید.

نوت: در صورت که مریض حامله میباشد دستهای خود را در قسمت نصف پائینی عظم Sternum گذاشته تکان بدهید.

بندش سیستم تنفسی توسط جسم اجنبی نزد نوزاد و اطفال

کمکهای اولیه برای اطفال زمانیکه مصاب بندش سیستم تنفسی توسط جسم اجنبی شده اند اما بیدار هستند و توانائی تنفس کردن؛ سرفه کردن و گریه کردن را ندارند شما ضرورت دارید که از میتود تعداد ۵ ضربه در تخته پشت و یا اینکه ۵ تکان صدری کار خود را آغاز نمائید طفل را در دست چپ خود قسمیکه دهن آن بطرف پائین قرار داده شده دو انگشت خود را در وسط سینه طفل قرار داده و دو انگشت دیگر خود را در فک سفلی طفل قرار داده تا سر نوزاد تثبیت کنیم خود را مطمئن سازید که سر طفل نسبت به تنه آن پائین تر باشد و کوشش گردد که در سر و گردن ضربه وارد نشود و طفل متضرر نگردد و توسط کف دست راست بین دو استخوان کتف ۵ ضربه در پشت طفل وارد گردید بعداً تکانهای صدری را شروع نمائید روی طفل را توسط دست تان دور داده کوشش گردد تا از ترضیض سر و گردن جلوگیری بعمل آید زمانیکه طفل را در دست خویش دور میدهید سه انگشت خود را در پشت سر طفل قرار داده و دو انگشت دیگر را در ساحه استخوان کتف قرار بدهید و طفل را دور بدهید و دو انگشت خود را در قسمت متوسط ثلث سفلی استخوان استرنیوم قرار داده ۵ تکان



صدری را آغاز نمایید از این میتود که (۵ تکان صدری و ۵ ضربه در تخته پشت طفل) تا زمانی ادامه داده شود که جسم اجنبی خارج گردد و طفل بتواند تنفس ؛ گریه و یا سرفه کند و یا اینکه طفل در مقابل این میتود ها جواب نگوئید در جای هموار انداخته فشار های صدری را نزد مریض آغاز نمایید و در صورت موجودیت ماشین AED را وصل و مریض را هر چی عاجل به یک مرکز صحتی انتقال دهید.

بندش سیستم تنفسی توسط جسم اجنبی نزد کودکان

کمک های اولیه برای اطفال زمانیکه مصاب بندش سیستم تنفسی توسط جسم اجنبی شده اند اما بیدار هستند و توانائی تنفس کردن ؛ سرفه کردن و گریه کردن را ندارند شما ضرورت دارید که از میتود تعداد ۵ ضربه در تخته پشت و یا اینکه ۵ تکان صدری کار خود را آغاز نمائید.

ابتدا در دهن کودک را باز نموده در صورت که جسم اجنبی در دهن ان قابل دید باشد توسط



دو عدد انگشت خویش جسم اجنبی را خارج سازید و در صورت که جسم اجنبی قابل دید نباشد در پهلوم کودک نشسته سینه طفل را بالای زانوی خویش طوری قرار برهید که سر ان بطرف پایین خم شده و توسط دست چپ خویش کودک را محکم گرفته و توسط کف دست راست خویش پنج ضربه در تخته پشت کودک وارد نمایید بعدا کودک را استاده کرده سر ان را بطرف پیشروی زاویه داده و شخص کمک کننده در عقب کودک قرار گرفته دو دست خویش را به اندازه چهار سانتی پایین تر

از قسمت سفلی استخوان استرنیوم قرارداده پنج فشار بطنی را انجام دهید در ختم این مرحله دهن مریض را ملاحظه کنید در صورت که جسم اجنبی قابل دید بود توسط دو انگشت انرا از دهن مریض خارج کرده در غیر ان این مرحله را برای پنج بار تکرار نمایید در صورت که جسم اجنبی خارج نگردید مریض را در سطح اموار و سخت قرار داده فشار های صدري را نزدش $30/2$ آغاز نموده و مریض را هر چه عاجل به یک مرکز صحتی انتقال دهید.

رهنمود عمومی کمک های اولیه برای مجروحین و مریضان

ارزیابی از محل واقعه

- ♦ ملبس بودن با یونیفورم

مسئولیت ساحه

- ♦ هماهنگی با کسانی که ابتدا در محل واقعه رسیده اند و یا نیروهای امنیتی
- ♦ جمع اوری معلومات در مورد واقعه
- ♦ گزارش به مرکز خدمات کابل امبولانس از نوع واقعه و درخواست کمک اضافی

تصنيف بندی مجروحین

- ♦ اجرای کمک های اولیه طبی به اساس تصنيف بندی مجروحین

سروری اولی

تعین سطح هوشیاری

AVPU

باز کردن سیستم تنفسی

ارزیابی تنفس و نبض

در صورت که مریض بیهوش باشد نیروی از طریق دهن و یا بینی نزد مریض تطبیق گردیده و حرکات تنفسی داخل صدر را توسط استات سکوپ تثبیت و در صورت که مریض تنفس نداشته باشد به اساس پروتوکول احیا مجدد قلبی و عایی؛ فشار های صدری و ماشین AED نزد مریض تثبیت گردد.

اکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر کمک های اولیه برای مریض اجرا و تطبیق اوکسیجن بمقدار ۱۰ - ۱۵ لیتر فی دقیقه نزد مریض به اساس ضرورت تطبیق گردد.

دوران خون

- ♦ ارزیابی نبض
- ♦ ارزیابی رنگ و جریان خون در جلد .

خون ریزی

فشار مستقیم در ساحه که خون ریزی دارد وارد گردد و در صورت که خون ریزی توقف نگردید خون ریزی را با تطبیق تورنگت توقف سازید و در صورت که اشیا نوک تیز در ساحه موجود باشد اشیا را از ساحه خارج نکرده و در اطراف آن گاز پد قرار بدهید تا خون ریزی توقف گردد

علائم حیاتی

ارزیابی تعداد تنفس ؛ تعداد نبض ؛ فشارخون ؛ وضعیت دموی دوران خون و گلوکوز خون صورت گیرد.

سروی دومی

ارزیابی از سر مریض آغاز و تا پنجه انگشت پای مریض ختم گردیده تماما اعضای عضویت را جهت تثبیت ترضیض ؛ پندیده گی و کسر ارزیابی کنید و در صورت دریافت ها کمک های اولیه را انجام دهید

توجه به ستون فقرات

تماما مریضان که بیهوش میباشند به صفت مریضان که ترضیض سر ؛ گردن و ستون فقرات داشته برخورد صورت گیرد و در صورت داشتن ترضیضات و یا کسر به تیم سه نفری ضرورت است تا کسر سر ؛ گردن ؛ ستون فقرات و یا کسر حوصله را تثبیت نموده به اساس استندرد ها کمک های اولیه طبی را انجام دهید و در صورت که مجروح ترضیض سر ؛ گردن و ستون فقرات داشته باشد مجروح را هرچه عاجلتر جهت جلوگیری از ترضیضات ثانوی غیر متحرک سازید یعنی در صورت که مجروح پولی تروما باشد نزد مجروح نک کالر تطبیق و مجروح را در بک بورد تثبیت نمایید در صورت که مجروح ترضیض نداشت جهت تخلیه افرازات دهن مریض را به وضعیت ریکوری قرار دهید.

وضعیت ریکوری

کمک های اولیه برای مریض انجام داده شده و مریض را جهت تخلیه افرازات دهن به وضعیت ریکوری قرار داده و به اساس تشخیص احتمالی به شفاخانه مربوطه انتقال گردد .

بخش داخله

مواظبت از نوزادان

سبب

- ♦ نوزادان که در وقت معین ان تولد میشوند .
- ♦ نوزادان که قبل از وقت معین ان تولد میشوند و ضرورت به خدمات صحی خاص دارند .
- ♦ نوزادان که بعد از وقت معین ان تولد میشوند و ضرورت به خدمات صحی خاص دارند .

اعراض و علایم

- ♦ نوزادان قبل از وقت دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرام وزن داشته و قبل از هفته ۳۷ تولد میگردند .
- ♦ وقت معین برای نوزادان بین هفته ۳۷ - ۴۲ میباشد .
- ♦ تولدات بعد از وقت عموماً بعد از هفته ۴۲ صورت میگیرد که به خطرات بیشتر مواجه میگردند .

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی .
- ♦ کمک های اولیه طبی .
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی .
- ♦ مدیریت علایم حیاتی .
- ♦ باز نمودن ورید مریض .
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه .

اهتمامات

مدیریت سیستم تنفسی

- ♦ ابتدا افرازات دهن نوزاد را سکشن نموده بعداً افرازات بینی توسط مخاط کش سکشن گردد در صورت که ابتدا بینی طفل را سکشن کنید سیستم تنفسی مریض باز شده و تماماً محتویات دهن طفل به سیستم تنفسی منتقل میگردد که مشکلات جدی را بوجود خواهد آورد .
- ♦ از ضیا درجه حرارت نوزاد جلوگیری بعمل آید.
- ♦ بدن نوزاد را خشک نموده و توسط کمپل بی بی رب پوشانیده تا از ضیا درجه حرارت جلوگیری بعمل آید .

- ♦ درجه حرارت اطاق را بلند نگهداشته و یا اینکه نوزاد را در اطاق گرم انتقال دهید .
- ♦ در صورت که بی بی رب موجود نباشد نوزاد را توسط کمپل پوشانیده و سر انرا توسط دستمال و یا کلا پیچانده تا از ضیا حرارت بدن جلوگیری بعمل آید .

علائم حیاتی

- ♦ تعداد تنفس نوزاد را ارزیابی کنید که در حالت نارمل ۳۰-۶۰ فی دقیقه می باشد .
- ♦ تعداد ضربان قلب نوزادان را ارزیابی کنید که در حالت نارمل ۱۲۰-۱۶۰ فی دقیقه می باشد .
- ♦ (تنفس . ضربان قلب . فشار خون . فشار قرنیه چشم و حالت دموی دوران خون را تثبیت نمائید) .
- ♦ در صورت که تعداد تنفس نزد نوزاد کم و یا موجود نباشد تحرکیت فزیکتی را نزد طفل آغاز کنید که در این صورت در ناحیه کف پاها و یا پشت گردن ان مساژ داده در صورت که این کار شما نتیجه نداد برای نوزاد اوکسیجن از طریق امبوبک تطبیق نمائید .
- ♦ در صورت که تعداد ضربان قلب کمتر از ۶۰ فی دقیقه باشد وبه مریض برای مدت ۳۰ ثانیه اوکسیجن مناسب توسط بک تطبیق نموده آید و نتیجه نداده است احیا مجدد قلبی وعائی به اساس پروتوکول نزد نوزاد آغاز گردد .

ملاحظات بیشتر

- ♦ وقتیکه افرازات بینی نوزاد سکشن گردید سیستم تنفسی نوزاد باز گردیده و تماما مواد که در دهن طفل میباشد مثل افرازات معدی معایی افرازات شش ها وغیره ترشعات را از طریق تنفس به شش ها انتقال داده که مشکلات جدی را برای نوزادان بوجود میاورد که در این صورت ابتدا دهن نوزاد و بعدا بینی انرا سکشن نمائید .
- ♦ بسیاری از نوزادان در جریان خشک کردن بدن شان سیستم تنفسی شان فعال میگردد و در صورت که سیستم تنفسی فعال نگردید در ان صورت ضرورت به تطبیق امبوبک میباشد .
- ♦ وضعیت دادن نوزاد بصورت بسیار خفیف یعنی به اندازه ۱۵ درجه و یا سه سانتی سر انرا نسبت به تنه ان بلند قرار بدهید

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

سبب

- ♦ سگرت .
- ♦ الودگی هوا .
- ♦ گازات کیمیاوی .
- ♦ گرد و خاک.

اعراض وعلايم

- ♦ نفس تنگی
- ♦ سرفه با یا بدون بلغم
- ♦ کاهش یا افزایش در تعداد تنفس.
- ♦ تنفس سطحی
- ♦ سیانوز.
- ♦ ویزنگ
- ♦ استفاده از عضلات اضافی در تنفس
- ♦ کاهش سوبه اوکسیجن شریانی توسط Pulse oximeter
- ♦ سرخی چشم

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی .
- ♦ اجرای کمک های اولیه طبی .
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی .
- ♦ مدیریت علايم حیاتی .
- ♦ باز نمودن ورید مریض .
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه .
- ♦ علايم حیاتی

(تنفس ؛ ضربان قلب ؛ فشار خون ؛ فشار قرنيه چشم و حالت دموی دوران خون را تثبیت نمائید)

تاریخچه

- ♦ اعراض و علائم .
- ♦ حساسیت .
- ♦ ادویه توصیه شده .
- ♦ تاریخچه صحتی گذشته .
- ♦ مشکلات تنفسی .
- ♦ مشکلات قلبی .
- ♦ فشار خون .
- ♦ تعداد ولادت .
- ♦ معتاد به الکل و سگرت .
- ♦ نوعیت آخرین غذا .
- ♦ آخرین ادویه .
- ♦ کدام عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته.

اهتمامات

- ♦ تعیین سویه هوشیاری با استفاده از میتود (AVPU)
- ♦ وضعیت دادن (مریض را به وضعیت که راحت باشد در حالت نیمه نشسته قرار بدهید در صورت که مریض بیهوش باشد در وضعیت ریکوری قرار داده شود.
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی (سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی از طریق دهن ویا بینی تطبیق گردد.
- ♦ تطبیق اوکسیجن (سویه اوکسیجن مریض را توسط پلس اوکسی متر تعیین نموده برای مریضان COPD به طور اوسط به اندازه ۲ - ۳ لیتر اوکسیجن فی دقیقه تطبیق نمائید
- ♦ مشبوعیت اوکسیجن در حالت استراحت کمتر از ۸۸٪

توجه

- ♦ سکشن نمودن افرازاات دهن و بینی مریض.
- ♦ تطبیق اوکسیجن به اساس ضرورت نظر به مشبوعیت درجه اوکسیجن .
- ♦ به مریض COPD وضعیت نیمه نشسته داده شوند
- ♦ مریضان که بیهوش هستند باید وضعیت کوما داده شوند .

استمائی قصبی

فکتورهای تشدید کننده

- ♦ انتانات
- ♦ ستريس
- ♦ الرژن ها
- ♦ مواجهه شدن به مواد کیمیای وادویه
- ♦ حاملگی
- ♦ فعالیت فزیکي شدید

اعراض وعلايم

- ♦ عسرت تنفس و مشکل در ادای کلمات نظر به شدت.
- ♦ کبودی جلد و مخاط.
- ♦ کاهش در سطح هوش و اضطراب.
- ♦ افزایش در تعداد تنفس و عمق تنفس.
- ♦ تنفس صدا دار (Wheez).

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علايم حیاتی .
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

- ♦ داشتن اعراض و علايم
- ♦ داشتن تاریخچه قبلی مرض
- ♦ حساسیت
- ♦ اخذ ادویه
- ♦ مواجهه شدن با مواد کیمیای و الرژن ها .

اهتمامات

مصنویت ساحه

تعین سطح هوشیاری

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

♦ ارزیابی تنفس و نبض.

اوکسیجن

♦ به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر کمک های اولیه را برای مریض انجام داده در صورت ضرورت بمقدار ۵-۱۰ لیتر اوکسیجن فی دقیقه برای مریض تطبیق گردد.

وضعیت دادن

♦ در صورت که مریض به هوش باشد او را به حالت نیمه نشسته وضعیت داده شود و در صورت بیهوشی وی را به حالت ریکوری جهت جلو گیری از اسپایریشن محتویات معده به ریه ها قرار داده شود.

علائم حیاتی

♦ تعداد تنفس، نبض، فشار خون، و وضعیت عمومی را ارزیابی کنید .

♦ در صورت که مریض تنفس صدا دار (wheez) داشته نزد مریض تطبیق گردد.

توجه

♦ اطمینان از تطبیق اوکسیجن و فیس ماسک که در جریان تطبیق هوا اوکسیجن از اطراف دهن خارج نگردد .

♦ آماده کردن ماشین سکشن جهت تخلیه افرازاات دهن و استفراغ مریض .

♦ در صورت که مریض بیهوش میشود مریض را به وضعیت ریکوری قرار بدهید .

درد و ناراحتی های صدری که مشکوک به MI است

سبب

- ♦ سگرت کشیدن
- ♦ فرط فشار خون
- ♦ دیابت
- ♦ تشوش لیپید ها
- ♦ چاقی
- ♦ عدم تحرکیت
- ♦ سن بلند
- ♦ تاریخچه فامیلی

اعراض وعلائیم

- ♦ درد شدید صدری یا معادل آن.
- ♦ عرق سرد و زیاد
- ♦ عسرت تنفسی
- ♦ اضطراب و احساس مرگ
- ♦ انتشار درد به طرف گردن، فک سفلی، شانه و بازو ها و ناحیه شریصوفیه
- ♦ دلبدی و استفراغ

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم نفسی
- ♦ مدیریت علایم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

علایم حیاتی

- ♦ (تنفس، ضربان قلب، فشار خون، و درجه حرارت و اشباع اوکسیجن شریانی را تثبیت نمائید).

تاریخچه

- ♦ سگرت کشیدن ؛ فرط فشار خون ؛ دیابت ؛ تشوش لیپید ها ؛ چاقی ؛ عدم تحرکیت ؛ سن بلند ؛ تاریخچه فامیلی ؛ حساسیت ؛ تجویز ادویه ؛ ادویه قبلا اخذ شده ؛ تاریخچه قبلی مریض ؛ مشکلات تنفس ؛ استفاده از الکول و مخدرات ؛ عملیات جراحی ؛ آخرین اغذیه و ترضیضات .

اهتمامات

تثبیت سطح هوشیاری

AVPU

استراحت مطلق

- ♦ اطمینان دادن برای مریض
- ♦ مریض را مطمئن سازید تا تشوشات و اضطرابات نزدش کاهش کند

اوکسیجن

- ♦ سوپیه اوکسیجن مریض را توسط پلس اوکسی متر تعیین نموده برای مریض به اندازه ۳-۴ لیتر اوکسیجن فی دقیقه به اساس ضرورت تطبیق نمائید .

وضعیت دادن مریض

علایم حیاتی

- ♦ تعداد تنفس فی دقیقه ؛ ضربان قلب فی دقیقه ؛ فشار خون و سطح هوش مریض را تثبیت کنید .

ملاحظات

- ♦ علایم حیاتی مریض را مکررا توسط پلس اوکسی متر ملاحظه نموده در صورت تغییرات کمک های اولیه را انجام دهید .

توقف ناگهانی قلب (Cardiac Arrest)

اسباب

- ♦ Asystole
- ♦ فیبریلیشن بطنی
- ♦ برادی اریتمیای شدید متداوم
- ♦ احتشای عضله قلب
- ♦ برق گرفتگی
- ♦ کاهش درجه حرارت
- ♦ مسموم شدن
- ♦ ترضیضات

اعراض وعلائیم

- ♦ عدم موجودیت نبض شراین بزرگ (کروتید و فیمورل)
- ♦ عدم موجودیت آواز های قلبی

ارزیابی ابتدایی

- ♦ مونیتور مریض
- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراء بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علایم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ احیای مجدد مریض
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.
- ♦ علایم حیاتی
- ♦ تعیین سویه شکر خون
- (تنفس، ضربان قلب، فشار خون، و درجه حرارت خون را تثبیت نمائید).

تاریخچه

اعراض وعلائیم مقدماتی ؛ درد صدري پیشرونده ؛ عسرت تنفس ؛ تپش قلبی ؛ حساسیت ؛ ادویه ؛ تاریخچه صحی گذشته ؛ قلبی ؛ تنفسی ؛ آخرین عملیات ؛ آخرین تروما ؛ آخرین اغذیه ؛ آخرین ادویه

؛ عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته ؛ تطبیق فشار های صدری توسط پایوازان مدت زمان و وقت که توقف قلبی بوقوع افتاده است .

اهتمامات

مدیریت سیستم تنفسی

- ♦ سیستم تنفسی مریض را باز نموده ایروی نزد مریض تطبیق نمائید .

تنفس ونبض

- ♦ تطبیق امبوبوک به اساس پروتوکول ان صورت گیرد

دوران خون

- ♦ وضعیت دادن مریض در جای مناسب به اساس پروتوکول احیا مجدد قلبی وعائی و فشار های صدری آغاز گردد.
- ♦ به اساس پرو تو کول تطبیق ماشین AED در صورت موجودیت سترایدور همراه با نبض قابل جس از مانور های HEIMLICH استفاده گردد.
- ♦ قرار دادن مریض درمحل مناسب به اساس پروتوکول CPR (طرزالعمل استندرد ۹).
- ♦ سبک ساختن لباس های مریض.

تغییرات در سطح هوشیاری

Altered level of consciousness

سبب

- ♦ شکر بلند .
- ♦ سواستفاده از الکول و ادویه جات .
- ♦ مشکلات تنفسی (کم بودن سوپیه اوکسیجن و بلند بودن سوپیه کاربن دای اوکساید .
- ♦ تشنجات ؛ ترصیضات سر و انتانات .
- ♦ سخته وعائی دماغی.
- ♦ مواجه شدن نهاییات به هوای سرد و کرم .

اعراض وعلايم

- ♦ مشکوک بودن .
- ♦ تغيرات در سطح هوش .
- ♦ خواص عجيب و غريب .
- ♦ مجادله و دعوا .
- ♦ خواب الود و بيهوش .

ارزيابي

- ♦ راپور مڪمل واقعه به مركز خدمات كابل امبولانس جهت اجراءات بعدى.
- ♦ كمك هاى اوليه طبى
- ♦ مديريت سيستم تنفسى
- ♦ مديريت علايم حياتى .
- ♦ باز نمودن وريد مريض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه
- ♦ تعيين سويه شكر خون

تاريخچه

حساسيت ؛ ادويه ؛ قلبى ؛ عصبى ؛ تنفسى ؛ شكر ؛ معدى معائى ؛ سواستفاده از ادويه ؛ سرطان ؛ ترضيضات ؛ تب ؛ ضعيفى ؛ اخيرين اغديه ؛ اخيرين ادويه و عوامل ديگر كه به واقعه ارتباط داشته .

اهتمامات

توجه به ستون فقرات

تماما مريضان كه بيهوش هستند ويا اينكه دگرگونى در سطح هوش دارند الى ارزىابى سروي دومى به صفت مريض كه ترضيضات سر ؛ گردن و ستون فقرات داشته باشد برخورد گردد .

تعيين سطح هوشيارى

AVPU

مديريت سيستم تنفسى

سيستم تنفسى مريض را باز نموده و در صورت كه مريض بيهوش باشد ايروى از طريق دهن ويا بينى تطبيق گردد.

ارزیابی تنفس و نبض

تطبیق اوکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر کمک های اولیه برای مریض اجرا شده و به مقدار ۱۰ - ۱۵ لیتر اوکسیجن فی دقیقه به اساس ضرورت تطبیق نمائید .

علایم حیاتی

ارزیابی مجدد سطح هوش جهت وخیم شدن و یا بهتر شدن مریض اجرا و حدقه های چشم مریض را نیز ارزیابی نموده بعدا تنفس ؛ ضربان قلب ؛ فشار خون و حالت دموی دوران خون را تثبیت نمائید .

توجه

- ♦ ارزیابی حرکات تنفسی توسط ستات اسکوب و یا برانکوسکوب.
- ♦ آماده گی جهت تخلیه افرازات دهن و استفراغ .
- ♦ وضعیت دادن مریض به حالت ریکوری جهت تخلیه فرارزات دهن در صورتکه مریض ترضیضات نداشته باشد.
- ♦ در صورتکه مریض ترضیضات داشته باشد تخلیه افرازات توسط سکشن صورت گیرد.
- ♦ در صورت موجودیت ترضیض سر ؛ گردن و ستون فقرات مریض را در بک بورد تثبیت نموده بعدا سر انرا به یک طرف جهت تخلیه افرازات دهن و استفراغ دور بدهید و یا سکشن نمائید.

کوما

سبب

- ♦ ترضیضات قحفی
- ♦ هایپر گلاسیمیا و هایپو گلاسیمیا
- ♦ تشوشات الکترولایت ها
- ♦ انتانات شدید سیستمیک
- ♦ شاک از هر سبب که باشد
- ♦ سکنه های قلبی و دماغی
- ♦ کومای دیابیتیک
- ♦ عدم کفایه کلیوی ، کبدی، و قلبی
- ♦ تو مور های دماغی

عراض وعلايم

- ♦ عدم موجوديت شعور
- ♦ اختلاج
- ♦ عدم پاسخ دهی به تنبهاات

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی به اساس دریافت ها
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علايم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.
- ♦ تعیین سویه شکر خون.

تاریخچه

سردردی ؛ دیابت ؛ کبدی، کلیوی، قلبی ؛ فرط فشار خون ؛ صرع ؛ ناراحتی صدری ؛ حساسیت ؛ تاریخچه اخذ ادویه ؛ مارگزیدگی ؛ امراض قلبی و تنفسی ؛ استفاده از مواد مخدر ؛ دلبدی ؛ استفراغ ؛ اخذ آخرین غذا وعوامل دیگر که تاثیر گزار باشد بالای مریض .

اهتمامات

تثبیت سطح هوشیاری

AVPU

توجه به مهره های کمر

تثبیت نمودن سر مریض جهت جلوگیری از حرکت ان و زمانیکه مریض را انتقال میدهیم موازنه مهره های کمر را برقرار سازیم .

سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی تطبیق نمائید.

اوکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر به مقدار ۵-۱۰ لیتر اوکسیجن فی دقیقه تطبیق نمائیم.

کنترول خونریزی

ساحه که خونریزی فعال دارد لباس انرا دور کرده توسط گاز استریل فشار مستقیم بالای ناحیه وارد نموده در صورت که خون ریزی توقف نکرد فشار بیشتر در ناحیه وارد نموده و یا اینکه بالا تر از ساحه را توسط تورنگیت بلاک نمائید و زمان آنرا درج نمائید.

علائم حیاتی

- ♦ تثبیت فشارخون، تعداد تنفس ، ضربان قلب، درجه حرارت، اشباع اوکسیجن شریانی
- ♦ گپ زدن بامریض ، تثبیت و ارزیابی دوباره سطح هوشیاری (AVPU)
- ♦ وضعیت ریکوری

توجه

اهتمامات عمومی کوما و شاک در صورت موجودیت حالات مذکور اخذ گردد .

سکته وعائی دماغی یا Cerebral Vascular Accident

سبب

سکته دماغی یک مرض عاجل بوده که از باعث انسداد جریان خون دماغی بوجود آمده و حجرات مغزی به نسبت نرسیدن اوکسیجن از بین رفته و به دو نوع می باشد .

- ♦ Ischemic Stork : حجرات لخته شده خون شریان مغزی را مسدود نموده و به نسبت نرسیدن اوکسیجن حجرات درظرف چند دقیقه ازبین می رود .
- ♦ Hemorrhagic Stork : که از اثر پاره شدن اوعیه دماغی بوجود میاید .

اعراض وعلائم

- ♦ دلبدی و استفراغ
- ♦ دو بینی
- ♦ سردردی و اختلاج
- ♦ اختلال تکلم
- ♦ تشوش شعور و کوما
- ♦ ضعفی ناگهانی عضلات وجه ، بازو و پای بخصوص در یک طرف
- ♦ از دست دادن موازنه بدن

ارزیابی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علائم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ تعیین سویه شکر خون.
- ♦ انتقال مسون به شفاخانه مربوطه .

تاریخچه

زمان آغاز حمله ؛ حساسیت ؛ اخذ ادویه ؛ امراض قلبی (اریتمی ها) فشار بلند ؛ شکر ؛ عملیات جراحی ؛ ترخیصات ؛ آخرین ادویه و عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته .

اهتمامات

تعیین سطح هوشیاری

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی تطبیق گردد.

ارزیابی تنفس و نبض

وضعیت دادن مریض

در صورت که مریض ترخیص سر، گردن و ستون فقرات نداشته باشد به وضعیت ریکوری قرار داده شود .

تطبیق اوکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر کمک های اولیه انجام داده شود و در صورت که اشباع اوکسیجن شریانی مساوی یا کمتر تراز ۹۲ فیصد باشد اوکسیجن بمقدار ۲ لیتر فی دقیقه تطبیق گردد

علائم حیاتی

تنفس، ضربان قلب، فشار خون را تثبیت نمائید .

ارزیابی AVPU CMS

- ♦ دوران خون، حرکات نهاییات و سیستم حسی مریض را قبل وبعد از تثبیت در بک مورد ثبت نمائید .
- ♦ ارزیابی فلج وجه ، بی حسی بازو و غیر منظم بودن تکلم مریض و stroke scale صورت گیرد .

توجه

- ♦ سر مریض باید ۱۵-۲۰ درجه بلند تر از تنه قرار داده شود
- ♦ در جریان انتقال دادن اعضای عضویت مریض که فلج میباشد نظارت در ست صورت گیرد .
- ♦ همچو مریضان مشکلات در قسمت تنفس و نبض میداشته باشند که تحت مراقبت قرار داده شود .
- ♦ مریضان که مصاب سکتة دماغی هستند بسیار کوشش می نمایند تا هماهنگی را با تیم صحنی و پایوازان برقرار بسازند وبا همچو مریضان از روی شفقت برخورد گردد.

ولادت نارمل یا

OB Pregnancy – Labor & delivery

سبب

- ♦ دوره بارداری .
- ♦ ولادت ناگهانی .

اعراض و علایم

- ♦ انقباض .
- ♦ انگیزه جهت فشار های بطنی .
- ♦ آب ریزی یا - Water broken

ارزیابی ابتدایی

- ♦ انتقال مریضه به شفاخانه
- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس، جهت اجراء بعدی
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم نفسی

- ♦ مدیریت علایم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

میکانیسم ترضیض ؛ ارزیابی دوران خون حرکات و سیستم حسی مریض ؛ استفراغ ؛ سطح هوش ؛ حساسیت ؛ قلبی ؛ فلج ؛

CVA؛ Seizure؛ ترضیضات سر؛ سرطان؛ مشکلات استخوان؛ ترضیضات؛ آخرین اخذیه؛ آخرین ادویه؛ عوامل دیگر مرتبط به واقعه .

اهتمامات

- ♦ آماده گی برای ولادت و باز نمودن ورید مریضه
- ♦ مطمئن و راحت ساختن مادر
- ♦ محیط مناسب و پاک تهیه کردن (سیت ولادی)
- ♦ کمک در جریان ولادت
- ♦ کمک سرطفل در جریان ولادت
- ♦ ابتدا دهن طفل را پاک کنید
- ♦ بعداً بینی طفل را توسط مخاط کش پاک کنید
- ♦ مواظبت های صحی را برای طفل انجام دهید
- ♦ مواظبت ناف طفل
- ♦ دو عدد کلمپ را در حبل ثروی طفل تثبیت کنید
- ♦ در حدود ۸ - ۱۰ انچ از بدن طفل
- ♦ حبل ثروی را از بین دو کلمپ قطع کنید
- ♦ خون ریزی را کنترل نمائید
- ♦ عاجلاً مساج دادن شکم یا رحم مادر
- ♦ قرار دادن گاز پد در بین ران مادر

علایم حیاتی

اهتمامات برای شاک و کوما در نظر گرفته شود.

توجه

- ♦ در صورت که پلاسنتا خارج نگردید مریض عاجلا به مراکز صحتی انتقال گردد .
- ♦ توجه بیشتر جهت جلوگیری از تروما نوزاد و مادر .
- ♦ حد نارمل جهت خارج شدن پلاسنتا در حدود ۲۰ دقیقه میباشد به پلاسنتا اجازه داده شود که بشکل خود بخودی خارج گردد هیچگاه ریسمان پلاسنتا(حبل سروی) را کش نکنید .
- ♦ بعضی ولادت ها عاجلا صورت نمیگیرد هیچگاهی طفل را بطرف بیرون کش نکنید که خارج گردد ، لکن کمک در جریان ولادت صورت گیرد .
- ♦ بعضا جهت کمک صرفا در قسمت سر طفل فشار بسیار ملایم وارد کرده و کمک صورت گیرد .
- ♦ حبل ثروی که نبض داشته باشد هیچگاهی کلمپ و یا قطع نگردد .
- ♦ بعد از ولادت طفل را پاک و خشک نموده کمک های اولیه در صورت ضرورت اجرا نمائید .
- ♦ در صورت اختلالات ولادت برای مریض به مقدار ۱۰ - ۱۵ لیتر اوکسیجن تطبیق و مریض را بطرف راست خوابانده لگن خاصره مریضه را کمی بطرف بالا قرار داده کمک های اولیه برایش انجام داده عاجلا به شفاخانه انتقال گردد
- ♦ در صورت انتقال مریضه ، یک نرس زنانه / قابله موجود باشد در صورت عدم موجودیت آن نرس مردانه آموزش داده شود وبا پایواز زنانه مریضه را هدایت بدهد.

شاک

شاک عبارت از نرسیدن اکسیجن و مواد غذایی به اعضای مهم حیاتی است و یا شاک عبارت از کولپس قلبی وعائی بوده که در نتیجه ان تشوش اروایی عضویت از باعث Hypoxia حجرات عضویت بوجود می اید.

عواملی که در ایجاد شاک موثر اند عبارت اند از حجم خون دورانی ؛ فعالیت قلب و قطر اورده ها .

انواع شاک

شاک هیپوولمیک

عبارت از ضیاع مایعات عضویت از باعث خون ریزی های داخلی ؛ خارجی و اسهالات میباشد مثلا سوختگی ها ؛ دیهایدریشن و جروحات شدید .

شاک کاردیوجینیک

این نوع شاک از باعث عدم کفایه قلبی که در نتیجه ان احتشای میوکارد یا Myocardial infraction بوجود میثاید. مثلا اسیب به ریه ؛ قلب ؛ ترضیضات قلبی و با امبولی های قلبی بوجود میثاید .

شاک نیوروجینیک

این نوع شاک از باعث ترشیزات سر ؛ نخاع شوکی و اضطرابات بوجود میائید که تنبهاات عصب خودکار بوجود آمده که باعث تشوشات اعصاب سیمپاتیک شده و مقویت اوعیه شعریه برهم خورده که در نتیجه ان توسع وعایی بوجود میائید .

شاک سپتیک

این نوع شاک از باعث مداخله انتانات بوجود آمده که باعث عدم کفایه قلب از باعث پرفیوژن و یا از بین رفتن دیوار حجروی شده و مایعات از اوعیه به انساج انتشار کرده که در نتیجه ان عم کفایه قلبی را بوجود میاورد که در حالات ذیل ملاحظه میگردد .

- ♦ هنگام ولادت
- ♦ ابسی ها
- ♦ سوختگی ها
- ♦ تثقب امعا
- ♦ انتانات شدید و تداوی ناشده .

شاک انافیلاکتیک (Anaphylactic)

این نوع شاک از سبب عکس العمل های الرژیک و حساسیت بدن در مقابل بعضی از اجسام خارجی به وجود میائید .

سبب

- ♦ ضیاع خون
- ♦ اسهالات و استفراغات شدید
- ♦ فرط حساسیت به مقابل (ادویه، توکسین)
- ♦ احتشا میو کارد و اریتمی قلبی
- ♦ امبولی ریوی
- ♦ ترشیزات
- ♦ انتانات

اعراض و علایم

- ♦ سقوط فشار خون
- ♦ افزایش ضربان قلب

- ♦ نهایات سرد ، خاسف شدن جلد
- ♦ نبض محیطی ضعیف و خیطی
- ♦ کاهش ادرار
- ♦ نا آرامی، خواب آلودگی و حتی کوما

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی به اساس دریافت ها
- ♦ مدیریت سیستم نفسی
- ♦ مدیریت علایم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

ناراحتی صدری ؛ حساسیت ؛ تاریخچه اخذ ادویه ؛ مارگزیدگی ؛ امراض قلبی و تنفسی ؛ استفاده از مواد مخدر ؛ دلبدی ؛ استفراغ ؛ اخذ آخرین غذا و عوامل دیگر که تاثیر گزار باشد بالای مریض .

اهتمامات

تثبیت سطح هوشیاری

AVPU

توجه به مهره های کمر

تثبیت نمودن سر مریض جهت جلوگیری از تحرکیت ان و زمانیکه مریض را انتقال میدهیم موازنه مهره های کمر را برقرار سازیم.

سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی از طریق دهن ویا بینی تطبیق نمائید.

اوکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر به مقدار ۵-۱۰ لیتر اوکسیجن فی دقیقه تطبیق نمائیم.

کنترول خونریزی

ساحه که خونریزی فعال دارد لباس انرا دور کرده توسط گاز استریل فشار مستقیم بالای ناحیه وارد نموده در صورت که خون ریزی توقف نکرد فشار بیشتر در ناحیه وارد نموده و یا اینکه بالا تر از ساحه را توسط تورنگیت بلاک نمائید و زمان آنرا درج نمائید.

علائم حیاتی

- ♦ تثبیت فشارخون، تعداد تنفس، ضربان قلب، درجه حرارت و شکر
- ♦ گپ زدن بامریض، تثبیت و ارزیابی دوباره سطح هوشیاری (AVPU)
- ♦ وضعیت دادن مریض نظر به نوع شک

توجه

شاک هیپو ولیمیک: مریض را بشکل هموار قرار داده پاهای مریض را به وضعیت بالا قرار داده و گرم نگهدارید. به اثتنای حالات مانند: کسور اطراف سفلی، ترضیضات قحفی، ازیمای ریوی،

شاک کاردیو جینیک: مریض را به وضعیت نیمه نشسته قرار بدهید .

- ♦ تطبیق مایعات نظر به نوع شک (تطبیق مایعات سودیم کلو راید نزد مریضان که ضیاع مایعات و خون داشته باشند)
- ♦ فشار خون مریضان را مکررا ارزیابی کنید
- ♦ در صورت که مریض خون ریزی فعال داشته باشد به اساس پروتوکول خونریزی را توقف ساخته و ناحیه موقوفه را غیر متحرک سازید
- ♦ از طریق دهن برای مریض مایعات ندهید
- ♦ در صورت عدم موجودیت نبض و تنفس فشار های صدری را نزد مریض آغاز نمائید .

بخش جراحی

جروح نافزه اشیا کند و نوک تیز

سبب

- ♦ جروح بسته
- ♦ جروح کند و ضربه خوردگی .
- ♦ جروح باز
- ♦ اشیا نوک تیز .
- ♦ چاقو .
- ♦ اسلحه گرم .
- ♦ خون ریزی های بنفسهی .

اعراض و علائم

- ♦ جروح بسته: ضربه خوردگی ؛ پندیده گی ؛ کم رنگی جلد ؛ سوه شکل ؛ درد ؛ کاهش حسی و جمع شدن خون در ناحیه ضربه خوردگی .
- ♦ جروح باز: خون ریزی ؛ خراشیده گی ؛ پاره شده گی ؛ سوراخ شده گی و قطع عضو بدن .

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علائم حیاتی .
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ تعیین سویه شکر خون.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

سطح هوش CVA ؛ میکانیزم ترضیض؛ ارزیابی دوران خون؛ حرکات و سیستم حسی مریض؛ استفراغ؛ حساسیت ؛ ترضیضات سر ؛ فلج ؛ سرطان ؛ مشکلات استخوان ؛ ترضیضات ؛ آخرین اغدیه ؛ آخرین ادویه ؛ عوامل دیگر که به واقعه

اهتمامات

تثبیت سطح هوش ؛ توجه بهتر سیستم تنفسی ؛ ترضیضات ستون فقرات ؛ تنفس ؛ دوران خون ؛ کنترل خونریزی و تطبیق اوکسیجن .

جروحات

- ۱- کشیدن لباس های مریض از ناحیه که خون ریزی داشته.
 - ۲- جرحه را پانسمان نمائید.
 - ۳- توقف و کنترل خونریزی با فشار مستقیم.
- در صورت که خون ریزی توقف نکرد ناحیه را توسط تورنگیت و یا گاز بنداز تثبیت کنید و بلند نگهداشتن ناحیه مافوه .

قطع عضو

- ۱- کنترل کردن خونریزی .
 - ۲- ناحیه مافوه را توسط سیروم سلین پانسمان کنید .
 - ۳- ناحیه که قطع گردیده است توسط گاز پد پوشانیده شود .
 - ۴- نمداار کردن گاز پد توسط سیروم سلین.
 - ۵- عضو قطع شده را در بین بکس پلاستسکی نگهداشتن .
 - ۶- عضو قطع شده را سرد نگهداشته و از یخ بستن ان جلوگیری صورت گیرد .
- اشیا که در ناحیه باقیمانده است .

اشیا که در ناحیه باقیمانده است کوشش گردد که غیرمتحرک ساخته شود کوشش کنید که اشیا مزکور الی رسیدن به شفاخانه از ناحیه خارج نگردد و در صورتکه اشیا مزکور در جریان پانسمان از ساحه خارج میگردد اماده گی جهت توقف خونریزی داشته باشید .

ترضیضات وجروحات صدري

- ۱- افرازات سیستم تنفسی را سکشن نمائید .
- ۲- مشکلات سیستم تنفسی را ارزیابی کنید .
- ۳- در صورت مشکلات یک طرف ساحه پانسمان شده صدر را باز کنید .
- ۴- هوای ساحه را اجازه دهید تا خارج گردد .

توجه

- ♦ از دست کش استفاده نمائید .
- ♦ کالای که در اطراف جرحه است دور گردد.
- ♦ ناحیه را جس نمائید جهت دریافت اشیا .
- ♦ در صورت که کدام اشیا در یافت گردید کوشش نکنید که انرا از ساحه دور نمائید .
- ♦ فشار مستقیم را در پهلوی اشیا وارد نمائید .
- ♦ در صورت که کدام اشیا در ناحیه مافه موجود نبود فشار مستقیم را در ناحیه که جرحه موجود است وارد نمائید .
- ♦ ناحیه مافه را پانسمان نموده و توسط بنداز ان را بسته نمائید.
- ♦ ناحیه مافه را ارزیابی نمائید تا بنداز بسیار محکم نباشد و جریان خون در ناحیه جریان داشته باشد .
- ♦ در صورت که در جلد ناحیه مافه تغییرات موجود نبود بنداز دومی را در ناحیه بسته کنید.
- ♦ در صورت که خونریزی شدید باشد ناحیه را توسط کلمپ بلاک نمائید .
- ♦ شاک را تداوی نمائید .
- ♦ از اجزای خود هر ۵ دقیقه بعد ارزیابی نمائید .
- ♦ مریض را به نزدیک ترین مرکز صحنی انتقال گردد .
- ♦ کمک های اولیه جهت توقف خونریزی صورت گیرد .
- ♦ در صورت موجودیت شاک مریض را وضعیت شاک بدهید .
- ♦ سکشن نمودن افرازاات دهن و بینی مریض .
- ♦ ترشیضات قحفی شدید باعث متورم شدن مغز سر شده که در نتیجه حالت بیهوشی و خراب شدن وضعیت عمومی مریض میگردد.

قطع تراوماتیک

قطع تام و یا قسمی یک انگشت و یا اطراف (علوی یا سفلی) بیشتر در نتیجه معروض شدن به ماشین آلات صنعتی معمول است . قسمت قطع شده یا جلد ان ممکن توسط تیم جراحی ترمیم گردد . مراقبت دقیق مریض و قسمت قطع شده باعث کاهش انتان و افزایش چانس کامیابی جراح میگردد.

اهتمامات

- ♦ کمک های اولیه طبی برای مجروح اجرا گردد .
- ♦ علایم حیاتی مریض بصورت مکرر ارزیابی گردد در صورت دریافت تغییرات بصورت عاجل کمک گردد .
- ♦ اهتمامات برای شاک مریض گرفته شود .
- ♦ تاریخچه وقوع حادثه یادداشت گردد .

- ♦ انتقال مریض نباید جهت دریافت اعضای قطع شده به تعویق افتد .
- ♦ در صورت دریافت توسط یکی از اعضای فامیل و یا تیم بعدی امبولانس انرا به شفاخانه انتقال دهد .
- ♦ مجروح هرچه عاجل غیر متحرک ساخته شود و در استریچر امبولانس بشکل راحت انتقال داده شود .
- ♦ هر گونه خونریزی تهدید کننده حیات باید کنترل و یا توقف داده شود در صورت که میتود های دیگر جهت توقف خونریزی موثر نباشد یک تورنگیت تطبیق و زمان مشخص تطبیق ان ثبت گردد .
- ♦ مریض به شفاخانه که انتقال میگردد در تماس باشد .
- ♦ عضو قطع شده را در کول بک که در داخل امبولانس است انتقال گردد .

مدیریت یا مراقبت انساج مجروح

انساج که تا هنوز به جسم وصل است :

- ♦ سطح جرحه توسط اب پاک و یا سیروم سلین شستشو گردد .
- ♦ برگرداندن جلد به موقعیت نورمال ان در صورت امکان بعد از پانسمان.
- ♦ خون ریزی را کنترل و ساحه را پانسمان نموده و در صورت ضرورت تامپون نمائید .

انساج و یا اعضای که قطع گردیده است :

- ♦ سطح جرحه توسط اب پاک و یا سیروم سلین شستشو گردد .
- ♦ خون ریزی کنترل و جرحه پانسمان و بنداژ گردد .
- ♦ پیچاندن انساج و یا طرف مقطوعه توسط گاز تعقیم شده که با اب پاک و یا سیروم سلین مرطوب شده باشد .
- ♦ انساج یا اعضای قطع شده در بین کول بک مخصوص ان گذاشته شود .
- ♦ پارچه یخ در صورت امکان در داخل بکس گذاشته شود .

بخش ترضیضات

ترضیضات؛ بیجا شده گی و کسر ها

سبب

- ♦ ترضیضات
- ♦ سقوط از ارتفاع .
- ♦ حوادث ترافیکی .
- ♦ پوک شده گی استخوان ها
- ♦ کانسر ها .

اعراض وعلائیم

- ♦ سوشکل .
- ♦ درد .
- ♦ پندیده گی .
- ♦ کم رنگ شدن جلد .

ارزیابی ابتدایی

- ♦ انتقال مریضه شفاخانه در صورت که :
- ♦ مشکلات سیستم حسی .
- ♦ مشکلات سیستم تنفسی.
- ♦ شاک .
- ♦ تروما .
- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی :
- ♦ مدیریت سیستم نفسی .
- ♦ مدیریت علایم حیاتی .
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مسئون به شفاخانه.

تاریخچه

اسپرین؛ کومیدین؛ کسر؛ پوکی استخوان؛ فلج؛ سرطان؛ ترضیضات؛ آخرین اخذیه؛ آخرین sitirhtra؛

میکنانیزم ترضیض؛ حساسیت؛ ادویه و عوامل دیگر که به مرض ارتباط داشته باشد. فلج؛ سرطان؛ ترضیضات؛ آخرین اخذیه؛ آخرین ادویه و عوامل دیگر که به مرض ارتباط داشته باشد.

تداوی

توجه به ستون فقرات

ستون فقرات را غیرمتحرک ساخته و در جریان انتقال مریض باید در یک مورد تثبیت گردد.

تعیین سطح هوش

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

- ♦ احیا مجدد سیستم تنفسی؛ تنفس و دوران خون.
- ♦ تثبیت ناحیه توسط اسپلنت.
- ♦ توقف خونریزی ناحیه ماوفه توسط فشار مستقیم در ناحیه ویا اینکه ساحه را توسط تورنگیت و یا گاز استریل تثبیت نمائید.
- ♦ ارزیابی دوران خون؛ حرکت و احساس قبل وبعد از تثبیت اسپلنت و در صورت که نبض ضعیف ویا ناحیه مربوطه سرد باشد اسپلنت تطبیق نگردیده تنها جهت توقف خونریزی تمبان گردد.
- ♦ مفصل بالا وپائین کسر را غیر متحرک ساخته اسپلنت تطبیق نمائید ناحیه ماوفه را الی ۲۴ ساعت اول سرد ساخته ونهایات را ارزیابی کنید.

علائم حیاتی

تنفس؛ ضربان قلب؛ فشار خون؛ سویه شکر خون و حالت دموی دوران خون را تثبیت نمائید.

توجه

- ♦ در صورت که ترضیض گردن نزد مریض موجود باشد از گذاشتن تکه ویا بالشت در اطراف گردن خود داری گردیده نزد مجروح نک کالر تطبیق گردد.
- ♦ Consider traction splint for isolated mid shaft femur fraction only
- ♦ در صورت که در یکی از نهایات یا اعضا مشکلات حسی ویا حرکی موجود باشد نبض مریض را تحت کنترل داشته باشید.
- ♦ در هنگام تثبیت ساحه توسط اسپلنت متوجه باشید که ساحه بسیار تحت فشار نباشد در صورت که اسپلنت بسیار محکم تثبیت شده باشد اسپلنت را باز نموده و بصورت نارمل ان تثبیت گردد.

ترضيضات سر و ستون فقرات

سبب

تروما یا ترضيضات

اعراض و علايم

- ♦ ترضيضات سر : مريض بيهوش ميباشد و يا اينكه اختلال در تکلم داشته ؛ تنفس غير منظم ؛ افرازات خون از گوش و بيني ؛ ناتواني در ايستاده شدن و نشستن ؛ اسنفراغ و اختلاجات .
- ♦ ترضيضات ستون فقرات : درد شديد ستون فقرات و گردن ؛ بي حسي دست ها و پا ها ؛ عدم توانايي براي حرکت کردن ؛ بند ش ادار و عدم کنترول ان ؛ سردی دست ها و پا ها و نبود حسيت در نهايات .

ارزيابي ابتدائي

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ مدیریت سيستم تنفسي
- ♦ کمک های اوليه طبي
- ♦ مدیریت علايم حياتي .
- ♦ تثبيت شکر .
- ♦ باز نمودن ورید مريض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاريخچه

ميکانيزم ترضيض ؛ ارزيابي دوران خون؛ حرکات و سيستم حسي مريض؛ استفراغ؛ سطح هوش؛ حساسيت . قلبي؛ ترضيضات سر؛ فلج؛ سرطان؛ مشکلات استخوان؛ ترضيضات . Seizure ؛ اخيرين اغذيه و اخيرين ادوی .

اهتمامات

تعين سطح هوش

AVPU

تثبيت نک کالر براي مجروح

توجه به ستون فقرات

اجرای سروی اولی

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی از طریق دهن و یا بینی تطبیق گردد.

تطبیق اوکسیجن

سویه اوکسیجن مریض را توسط پلس اوکسی متر تعیین نموده برای مریض به اندازه ۱۰-۱۵ لیتر اوکسیجن فی دقیقه تطبیق نمائید .

اجرای سروی دومی

ستون فقرات را غیرمتحرک ساخته و در جریان انتقال مریض باید در بک بورد تثبیت گردد.

علائم حیاتی

تنفس ؛ ضربان قلب ؛ فشار خون ؛ ارزیابی شکر و حالت دموی دوران خون را تثبیت نمائید .
دوران خون ؛ حرکات نهایات و سیستم حسی مریض را قبل و بعد از تثبیت در بک بورد ارزیابی نمائید .

توجه

- ♦ سکشن نمودن افرازات دهن و بینی مریض .
- ♦ بعد از اجرای سروی دومی به نکات ذیل توجه گردد .
- ♦ فشار پایین مریض کنترل گردد .
- ♦ Hypoxia مجروح کنترل گردد .
- ♦ از ترضیضات ثانوی نزد مجروح جلوگیری بعمل آید .
- ♦ ترضیضات قحفی شدید باعث متورم شدن مغز شده که در نتیجه حالت بیهوشی و خراب شدن وضعیت عمومی مریض میگردد.
- ♦ اعراض و علائم دیگر مثل غیر منظم بودن بودن حلقه ها ؛ غیر منظم بودن تنفس ؛ افرازات از گوش و بینی مریض که در این صورت سیستم تنفسی مریض باز گردیده و به اساس ضرورت اوکسیجن برای مریض تطبیق گردد .

بخش سوختگی

ساختمان جلد شامل سه طبقه میباشد طبقه خارجی اپیدرم طبقه متوسط درم و طبقه داخلی هایپودرم نام دارد .

تعریف سوختگی

خسارات وارده در حجرات و اعضای بدن توسط عوامل محیطی ماننده آتش جریان برق مواد کیمیایی و تشعشعات را سوختگی گویند

وظایف جلد

- ♦ تنظیم کننده حرارت بدن میباشد .
- ♦ حس لامسه بوده که گرما سرما فشار و درد را منتقل میکند.
- ♦ ساختمان های داخلی و ارگان های بدن را در مقابل عوامل خارجی محافظت میکند .
- ♦ یک طبقه وقایوی در مقابل میکروب ها و باکتری ها میباشد .
- ♦ از دفع نمودن تعداد و مقدار مایعات که در عضویت تولید میشود جلوگیری مینماید .

انواع سوختگی

۱- سوختگی های حرارتی

- ♦ سوختگی های خشک-شعله آتش اتو داغ بخاری و غیره آلات برقی .
- ♦ سوختگی های سرد مثل مایع اوکسیجن ؛ نایتروجن و یخ زده گی .
- ♦ سوختگی های مرطوب اب داغ بخار اب و روغن داغ .

۲- سوختگی های کیمیایی

مثل اسید ها یا تیزاب ها و مواد پاک کننده برای شستشوی تشناب ها یا کاشی ها .

۳- عمق سوختگی

- ♦ سوختگی درجه یک یا سطحی مربوط به ناحیه اپیدرم بوده که رنگ ان قرمزی درد ناک حساس و پندیده بوده .
- ♦ سوختگی درجه دوم ناحیه اپیدرم و قسمتی از درم را مصاب ساخته و دارای درد شدید و غیر قابل تحمل میباشد سوختگی های مرطوب اب داغ بخار اب و روغن داغ .
- ♦ سوختگی درجه سوم که هر سه طبقه جلد را مصاب ساخته بدون درد بوده و سیاه رنگ میباشد.

فیصدی سوختگی بدن نزد کاهلان

- ♦ تماما سر ۹٪
- ♦ یک دست مکمل ۹٪
- ♦ تماما سینه وشکم ۱۸٪
- ♦ تماما تخته پشت ۱۸٪
- ♦ هر پا ۱۸٪
- ♦ اله تناسلی ۱٪

فیصدی سوختگی بدن نزد اطفال

- ♦ تماما سر ۱۸٪
- ♦ دست ها مکمل ۱۸٪
- ♦ تماما سینه وشکم ۱۸٪
- ♦ تماما تخته پشت ۱۸٪
- ♦ پاها ۲۷٪
- ♦ اله تناسلی ۱٪

سوختگی با شعله آتش و بخارات

سبب

- ♦ شعله آتش
- ♦ Radiation
- ♦ مواجه بودن به گرما بیشتر .
- ♦ بخارات
- ♦ آب جوش .
- ♦ اشیا گرم مثل (اطو - بخاری)

اعراض وعلايم

سوختگی درجه اول: که جلد خارجی را مصاب ساخته و با پندیده گی و سرخی جلد و درد خفیف مشخص میگردد .

سوختگی درجه دوم: که طبقه خارجی و وسطی جلد را مصاب ساخته و دارای درد شدید بوده و با سرخی جلد ؛ ابله و لکه های سفید خالدار ظاهر میگردد .

سوختگی درجه سوم: تماما طبقه های جلد را مصاب ساخته که دارای رنگ سیا خاکستری و خشک بوده بعضا درد داشته و یا نداشته .

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت علایم حیاتی .
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

وضعیت سوختگی ؛ مدت زمان سوختگی ؛ حساسیت ؛ مدت زمان در بین آتش ؛ توصیه ادویه ؛ مشکلات تنفسی ؛ نوع سوختگی ؛ آخرین غذا ؛ آخرین ادویه .

اهتمامات

مسئوئیت محل واقعه

پوشیدن یونیفورم یا لباس PPE

توقف نمودن جریان سوختگی

برطرف نمودن لباس از بدن پاک نمودن ناحیه ماوفه خارج نمودن زیورات در صورت که سوختگی توسط مواد نیمه مایع مثل قیر ؛ گریس و موم باشد لباس را از ناحیه ماوفه دور نکنید صرفا جلد را توسط آب سرد نموده .

تعیین سطح هوش

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی از طریق دهن و یا بینی تطبیق گردد.

علائم حیاتی

تنفس ؛ ضربان قلب ؛ فشار خون ؛ سطح بیهوشی و شکر

بعد از پاک نمودن ناحیه ماوفه پوشانیدن ناحیه مربوطه توسط شیت سوختگی جهت جلوگیری از ضیا درجه حرارت بدن و در صورت که چشم ها سوخته باشد ابتدا با اب چشم ها را شسته بعد از پاک کاری گاز بنداز مرطوب را در هر دو چشم الی انتقال به شفاخانه قرار دهید.

توجه

- ♦ سوختگی های صورت ؛ چشم و سیستم تنفسی ؛ موها و تغییرات صدا را ارزیابی نموده به مشکلات تنفسی کمک کنید .
- ♦ در سوختگی های دست و پا زیورات را عاجلان خارج نموده زیرا در ناحیه ماوفه پندیده گی بوجود آمده که مانع جریان خون میگردد.
- ♦ در سوختگی های درجه دوم و سوم در صورت که دست ها و پا سوخته باشد انگشتان دست و پا را توسط گاز پد جدا سازید.
- ♦ در صورت که چشم و پلک ها سوخته باشد بعد از شستشو نمودن چشم ها با اب اجازه ندهید که مریض چشم های خود را باز نمایند و هر دوچشم را توسط گاز پد مرطوب پوشانیده و به شفاخانه انتقال دهید.

برق گرفتگی یا Electric shock

سبب

- ♦ مواجه شدن به جریان برق
- ♦ الماسک

عراض و علائم

- ♦ سوختگی ساحه برق گرفتگی
- ♦ ضیاع شعور
- ♦ درد و کرمپ های عضلات
- ♦ خستگی، سردردی
- ♦ اضطراب
- ♦ در صورت عبور جریان برق از قلب و ساقه دماغی سبب مرگ مریض می گردد

- ♦ سوزش سطحی جلد سوخته
- ♦ عدم کفایه تنفسی
- ♦ کاهش فشار خون

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراء بعدی.
- ♦ شاک را تداوی کنید.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علایم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

میکنانیزم ترضیض ؛ جریان برق وولتاژ ان ؛ موقعیت جرحه ؛ ترضیضات ؛ عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته .

اهتمامات

مصئونیت ساحه

- ♦ قبل از داخل شدن در محل واقعه مطمئن شوید که جریان برق متوقف گردیده است
- ♦ جریان سوختگی توقف داده شود

ارزیابی ابتدایی

تعیین سطح هوشیاری

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی تطبیق گردد.

تطبیق اوکسیجن

به اساس دریافت های پلس اوکسی متر کمک های اولیه طبی برای مریض اجرا و به اندازه ۵-۱۰ لیتر اوکسیجن فی دقیقه به اساس ضرورت تطبیق نمائید .

ارزیابی ثانوی

علائم حیاتی

تعداد تنفس ، ضربان قلب ، فشار خون ، درجه حرارت و درجه اشباع اوکسیجن شریانی را تثبیت نمائید.

پانسمان ساحه

- ♦ ساحه را پانسمان نموده و توسط گاز استریل ویا شیت سوختگی بپوشانید
- ♦ تثبیت و بی حرکت کردن ساحه

توجه

- ♦ مطمئن شوید که شما و مریض در یک محیط مصئون قرار دارید .
- ♦ حادثات برق گرفتگی امکان دارد که چندین ترضیض را بوجود بیاورد .
- ♦ ارزیابی مکرر نبض ، تداوی شاک و کمکهای اولیه برای مریض اجرا گردد .
- ♦ تماما مریضان بیهوش، توقف تنفسی و کاهش نبض به اساس پروتوکول توقف قلبی کمک صورت گیرد .
- ♦ در صورت که مریض چندین ترضیض میداشته باشد اولویت برای توقف قلبی است

کاهش درجه حرارت یا Hypothermia

سبب

- ♦ اب بازی در محیط سرد .
- ♦ تماس مستقیم با هوای سرد و آب سرد .
- ♦ ضیاع بیش از حد مایعات و خون .
- ♦ مریضان که عملیات های جراحی بزرگ شده اند
- ♦ نوشیدن الکل در محیط سرد .
- ♦ ورزش کردن در هوای سرد مثل اسکی ؛ دوش و بالا شدن در کوه در زمستان .

اعراض و علائم

- ♦ لرزه ، جلد کم رنگ و سرد ، هماهنگی ضعیف با محیط و کبودی لب ها و نهاییات
- ♦ آغاز لرزه درجه حرارت $96 - 99$ درجه فارنهایت .

- ♦ لرزه شدید که گپ زدن مشکل شود $91 - 95$ درجه فارنهایت .
- ♦ سخت شدن عضلات ؛ عدم هماهنگی با محیط $86 - 90$ درجه فارن هایت .
- ♦ کاهش سطح هوشیاری که ضربان قلب و تنفس بطی میشود $81 - 86$ درجه فارنهایت .
- ♦ از دست دادن سطح هوشیاری ؛ غیر منظم شدن ضربان قلب و کاهش عکس العمل ها $78 - 80$ درجه فارن هایت .

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراء بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علایم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.
- ♦ علایم حیاتی (تنفس . ضربان قلب . فشار خون و حالت دمووی دوران خون را تثبیت نمائید).

تاریخچه

- ♦ اعراض و علایم .
- ♦ فکتور های زمینه ساز ؛ مدت زمان در معرض قرار گرفتن ؛ نوع ضیا درجه حرارت ؛ حساسیت ؛ ادویه .
- ♦ تاریخچه صحی گذشته :
- ♦ قلبی .
- ♦ سو استفاده از الکول .
- ♦ سو استفاده از ادویه .
- ♦ آخرین اغدیه .
- ♦ آخرین ادویه .
- ♦ عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته .

اهتمامات

تعیین سطح هوشیاری

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی از طریق دهن ویا بینی تطبیق گردد.

- ♦ تطبیق اوکسیجن نظر به غلظت اوکسیجن شریانی
- ♦ EAD آغاز گردد.

گرم کردن مریض

لباس های مرطوب را از بدن مریض خارج کرده لباس خشک مریض را پوشانیده و توسط کمپل پوشانیده شود مساج های نرم نزد مریض انجام دهید گردن ؛ زیر بغل و بین ران مریض را عاجلا گرم کرده تا مریض متحرک گردد .

یخ زده گی

عضو یخ زده گی را بصورت عاجل مساج نرم داده توجه گردد که از مالش دادن عضو یخ زده گی خود داری گردد و برای مریض که کدام عضو انرا یخ زده باشد اجازه داده نشود که مریض حرکت کند ساحه یخ زده گی را گرم کرده و غیر متحرک سازید .

مریض به مانیتور وصل گردیده و در صورت ضرورت احیا مجدد قلبی نزد مریض صورت گیرد.

گرما زدگی Heat Exhaustion /Heat Stroke

سبب

- ♦ مواجه شدن به درجه حرارت بلند برای مدت طولانی .
- ♦ کارهای شاقه در محیط گرم مخصوصا در حالات که اب موجود نباشد .
- ♦ پوشیدن کالاهای گرم و ضخیم در محیط گرم .

اعراض و علائم

- ♦ سنکوب ناشی از حرارت
- ♦ کرمپ های عضلی
- ♦ دلبدی و استفراغ
- ♦ بیحالی
- ♦ تعرق
- ♦ جلد خشک و تشنگی
- ♦ سردردی، خستگی و اضطراب
- ♦ تنفس سطحی و سریع

- ♦ اختلاج و خراب شدن شعور

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراء بعدی.
- ♦ انتقال مریض به ساحه سرد
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علائم حیاتی (تنفس، ضربان قلب، فشار خون را تثبیت نمائید).
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

مواجه شدن به درجه حرارت بلند برای مدت طولانی ؛ کارهای شاقه در محیط گرم مخصوصا در حالات که اب موجود نباشد ؛ پوشیدن کالاهای گرم و ضخیم در محیط گرم ؛ تداوی مریض ؛ حساسیت ؛ ادویه تاریخچه طبی مریض ؛ تنفسی ؛ قلبی ؛ جراحی ؛ انتانات ؛ استفاده از الکول ؛ آخرین غذا و عوامل دیگر در ارتباط به مریض .

اهتمامات

تثبیت سطح هوشیاری

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض باز گردد و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی تطبیق گردد.

اوکسیجن

ارزیابی توسط پلس اوکسی متر صورت گرفته اوکسیجن به مقدار ۵-۱۰ لیتر فی دقیقه به اساس ضرورت تطبیق گردد.

علائم حیاتی

تعداد تنفس، نبض، فشارخون، درجه حرارت ، وضعیت عمومی تعیین گردد.

انتقال مریض از تماس مستقیم شعاع افتاب به جای سرد.

سرد ساختن مریض

- ♦ در صورت که مریض بیهوش باشد سرد سازی را نزد مریض آغاز نموده کالاهای مریض را از بدن آن خارج ساخته توته های یخ را در زیر بغل ؛ گردن و ران مریض قرار داده تا جلد مریض را مرطوب و سرد سازید و مریض را در هوای آزاد قرار داده شود.
- ♦ توصیه مایعات از طریق دهن و بازرقی تا سیستم ادرار تامین گردد.
- ♦ پیچانیدن مریض توسط تکه ایکه به صورت دوامدار به اب سرد تر می گردد در صورت عدم جواب مریض را می توان به اب سرد فرو برد
- ♦ مریض را زیاد سرد نه ساخته تا لرزه نکند.

توجه

- ♦ کنترل دلبدی و استفراغ مریض.
- ♦ مریض را به وضعیت ریکوری قرار داده تا از اسپایریشن مواد به طرق تنفسی جلوگیری گردد.
- ♦ سرد سازی بدن مریض باید بصورت تدریجی صورت گیرد.

بخش مسمومیت ها

مسمومیت با مواد غذائی

سبب

- ♦ مواد غذائی دیر مانده یا فاسد شده
- ♦ مواد غذائی ملوث شده با میکروارگانیزم ها

اعراض و علائم

- ♦ میکروارگانیزم های مواد غذائی دیر مانده و فاسد شده در معده باعث افراز مواد سمی و توکسین شده که اعراض و علائم آن معمولا ۲ - ۶ ساعت بعد از اخذ مواد غذائی ظاهر میگردد .
- ♦ دلبدی ، استفراغ
- ♦ درد بطن
- ♦ تب
- ♦ اسهال
- ♦ در موارد شدید شک

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علائم حیاتی (تنفس ، ضربان قلب، تعیین درجه حرارت و فشار خون را تثبیت نمائید).
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ شکر دوران خون .
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

- ♦ اخذ مواد غذائی دیر مانده یا فاسد شده و مواد غذائی ملوث شده با میکروارگانیزم ها

- ♦ مدت زمان در معرض قرار گرفتن ؛ نوع غذا ؛ حساسیت ؛ ادویه
- ♦ تاریخچه صحت گذشته :
- ♦ قلبی ؛ سو استفاده از الکل ؛ سو استفاده از ادویه ؛ آخرین تغذیه و عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته .

اهتمامات

تعیین سطح هوشیاری

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی تطبیق گردد.

تطبیق اوکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر کمک های اولیه طبی اجرا و به اندازه ۵-۱۰ لیتر اوکسیجن فی دقیقه به اساس ضرورت تطبیق نمائید.

علائم حیاتی

- ♦ (تنفس ، ضربان قلب، تعیین درجه حرارت و فشار خون را تثبیت نمائید).
- ♦ اعاده مایعات و الکترو لیت های مریض

توجه

- ♦ محتویات معده مریض را در صورت استفراغ ان به شفاخانه جهت تحقیقات بیشتر انتقال بدهید .
- ♦ در صورت که مریض در شک باشد مطابق به پرو تو کول شک تداوی گردد

مسمومیت با الکل

سبب

- ♦ ایتایل الکل
- ♦ میتایل الکل
- ♦ ایتلین گلایکول.

علائم CNS: سردردی، شخی گردن، Dizziness، confussion، اختلاج و کوما می باشد

علائم چشمی: توسع حدقه، تشوش دید، ترس از روشنائی، دو بینی و کوری

علائم معدی معایی: تهوع، استفراغات، درد بطن

- ♦ بوی الکل در دهن مریض .
- ♦ رفتار و گفتار غیر عادی و ناپسند .
- ♦ در مراحل ابتدائی تنفس عمیق ؛ چهره بر افروخته ؛ جلد مرطوب و نبض تند میشود .
- ♦ در مراحل پیش رفته تنفس کند و سطحی ؛ چهره خشک ؛ چشم ها سرخ و مردمک چشم متوسع و اختلال بینائی بوجود میاید .
- ♦ صدمات متعدد در بدن ناشی از افتادن مریض بالای اشیا یا اجسام را مینماید.

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم نفسی
- ♦ مدیریت علائم حیاتی (تنفس . ضربان قلب . فشار خون و حالت دموی دوران خون را تثبیت نمائید).
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

- ♦ اعراض وعلائم ؛ حساسیت ؛ ادویه توصیه شده
- ♦ تاریخچه صحی گذشته : مشکلات تنفسی ؛ مشکلات قلبی ؛ فشار خون ؛ ولادت ؛ معتاد به الکل وسگرت
- ♦ نوعیت آخرین غذا
- ♦ آخرین ادویه
- ♦ کدام عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته

اهتمامات

تعیین سوویه هوشیاری

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی از طریق دهن و یا بینی تطبیق گردیده و به مریض وضعیت کوما داده می شود .

تطبیق اوکسیجن

نظر به غلظت اوکسیجن شریانی به اساس پلس اوکسی مترنزد مریض تطبیق می گردد ابتدا تطبیق ویتامین بی یک B1 و بعداً تطبیق سیروم گلو کوز .

توجه

- ♦ آرام کردن مریض جهت جلوگیری از صدمات بیشتر .
- ♦ باز نگهداشتن سیستم تنفسی .
- ♦ در صورت که مریض بیهوش باشد سکشن نمودن افرازات از دهن .
- ♦ قرار دادن مریض به وضعیت کوما .

تسممات با نفت و یا گاز حشره کش مایع

سبب

- ♦ اخذ مقدار زیاد ادویه .
- ♦ ادویه حشره کش .
- ♦ تسممات سبب سندروم های مشخص می گردد که تداوی بالخاصه خود را دارند

اعراض وعلایم

مربوط به نوع سم می باشد و ممکن نزد مریض اعراض ذیل موجود باشد

- ♦ دلبدی
- ♦ استفراغات
- ♦ ضیاع شعور
- ♦ تفریط فشار خون
- ♦ فرط فشار خون
- ♦ بی نظمی های قلبی

ارزیابی

ارزیابی فشار خون، اندازه حدقه چشم، Agitation، confusion یا سطح هوش باید نوت گردد، wheezing، branchorrhea، اریتمی قلبی، آوازهای معایی، موجودیت وعدم موجودیت peristaltic activity، احتباس ادرار، حساسیت بطنی یا شخی بطن، tremor یا fasciculation باید درج گردد.

تاریخچه

- ♦ اعراض وعلائیم ؛ فکتورهای زمینه ساز ؛ مدت زمان در معرض قرار گرفتن ؛ نوع غذا ؛ حساسیت ؛ ادویه .
- ♦ تاریخچه صحی گذشته :
- ♦ قلبی .
- ♦ سو استفاده از الکول .
- ♦ سو استفاده از ادویه .
- ♦ آخرین اغدیه .
- ♦ آخرین ادویه .
- ♦ عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته .

اهتمامات

مراقبت های حمایتی

- ♦ جلوگیری از جذب سم وتوصیه انتی دوت .
- ♦ جلوگیری از مواجه شدن دوباره سم .
- ♦ محافظت طرق هوایی، Oxygenation/ventilation و تداوی کوما.
- ♦ اصلاح هایپو کسیا و تشوش الکتروولایت ها
- ♦ گرم نگهداشتن مریض و دور ساختن البسه مرطوب
- ♦ تطبیق سلین 2L-1 (اکثرا مریض با ۲۰۰cc جواب میدهد)
- ♦ **تداوی Hypertension:** در صورت موجودیت اعراض و یا فشار دیاستولیک بیشتر از 105-110mmHg باید فرط فشار خون تداوی گردد.
- ♦ در صورت که درجه حرارت عضویت بیشتر از ۴۰-۴۱ درجه سانتی گرید باشد برهنه کردن مریض واستفاده از بادپکه مد نظر باشد.

توجه:

- ♦ ماده سمی را از اطراف مریض در یافت نموده تا در قسمت اجرای کمک های اولیه شما را کمک نمایند .
- ♦ در صورت موجودیت مشکلات قلبی و تنفسی فشار های صدری را در وقت ضرورت نزد مریض آغاز نمائید .
- ♦ در صورت موجودیت تسمم با کاربن مونو اکساید برای مریض اوکسیجن به فیصدی بلند توصیه گردد

صدمات تشعشی

صدمات تشعشی (Radiation Injuries)

مواجه شدن با تشعشع از طریق دو میکانیزم واقع شده میتواند:

- ♦ میکانیزم اول آن با شعاع که از یک منبع رادیواکتیف قوی مانند یورانیم آزاد میشود .
- ♦ میکانیزم دوم آن ملوث شدن با گرد، بقایا یا مایعات که مواد رادیواکتیف دارند.
- ♦ فکتورهای که شدت مواجه شدن را تعیین میکند عبارت از مدت زمان مواجه شدن ، فاصله از منبع رادیواکتیف و محافظت از مواجه شدن است.
- ♦ سه نوع تشعشع عبارت از شعاع الف، بیتا و گاما است که خطرناک ترین آن شعاع گاما (تشعشع شعاع اکس یا X-Ray است)

مواجه شدن با تشعشع معمولاً سبب عوارض جانبی حاد یا عاجل نمیشود مگر اینکه مواجه شدن شدید باشد. معمولاً مشکلات طبی سالها بعد از مواجه شدن واقع میشود . اعراض حاد عبارت از دلبدی ، استفراغ و ناراحتی مریض میباشد. در حالت شدید سبب سوختگی ، نارامی شدید و حتی مرگ شده میتواند(شعاع بیتا یا گاما).

مسئولیت محل واقعه به مریض ، اطرافیان مریض و تیم امبولانس بسیار مهم است.

اهتمامات

- ♦ ملبیس با یونیفورم و وسایل محافظتی شخصی .
- ♦ از مسئولیت محل حادثه خود را مطمئن سازید مطمئن شوید که منبع تشعشع از مریض و تیم امبولانس دور ساخته شده. در مورد به ادارات ذیربط ارتباط برقرار گردد (مرکز تشعشع) تا مریضان را از ساحه خطر دور و غیرملوث (از گرد و مایع رادیواکتیف) سازد. به یاد داشته باشید

که صدمات یا جروح‌ات تهدید کننده حیات قبل از غیرملوث ساختن توسط پرسونل مجرب باید کمک اولیه صورت گیرد در حالیکه خطر آلودگی در حداقل باشد. بعداً تیم امبولانس مریض را به یک محیط غیرملوث انتقال بدهید.

- ♦ احتیاط‌های لازمی جهت تجرید مواد عضویت و وقایه انتان اخذ گردد.
- ♦ طرق تنفسی مریض باز نگهداشته شود و در صورت ضرورت به مریض تنفس داده شود. فرض کنید که مریض ترضیض نخاع شوکی دارد
- ♦ به مریض آکسیجن را توسط وسیله مناسب تطبیق کنید.
- ♦ ثبات و اعراض هیپوداینمیک مریض را تعیین کنید. میزان شعور مریض را به صورت مکرر تعیین، ABC و علائم حیاتی به صورت دوامدار ارزیابی شود. تمام حالات تهدید کننده حیات را با مجرد شناخت آن تداوی کنید.

- ♦ در مورد مریض و محل حادثه تاریخچه (اعراض و علائم، الرژی، ادویه اخذشده، تاریخچه طبی گذشته، آخرین غذای اخذ شده و عادت ماهوار و حادثه که سبب جرحه یا مریضی گردیده است). تاریخچه باید در مورد نوع تشعشع (شعاع الفا، بیتا، گاما، مدت زمان مواجه شدن، مسافه از منبع رادیواکتیف و تدابیر محافظوی) معلومات را با خود داشته باشد.

- ♦ تدابیر وقایوی شاک اخذ و در صورت موجودیت شاک آنرا به طور مناسب تداوی نمائید.
- ♦ کمک‌های اولیه طبی برای مریض اجرا و هرچه عاجل مریض را به مرکز صحی انتقال دهید .
- ♦ در جریان انتقال علائم حیاتی و گراف قلبی مریض ثبت شود.
- ♦ مریض را هرچه زودتر انتقال داده و به مریض اجازه ندهید تا خودسرانه فعالیت را انجام دهد.
- ♦ مریض را در وضعیت که هم مریض مستریح باشد و هم برای تداوی لازمه داخل امبولانس مساعد باشد، انتقال دهید .

- ♦ در صورت ضرورت و امکان اقدامات ALS را اجرا کنید.
- ♦ مریض را هرچه زودتر ممکن باشد با یا بدون اقدامات ALS انتقال دهید.
- ♦ در صورتیکه فشار سیستولیک مریض از 100mm Hg پائین باشد، تداوی شاک را آغاز نمائید.
- ♦ در صورت امکان شفاخانه را که به آن مریض را انتقال میدهید، معلومات بدهید. اگر تشعشع شدید و جدی باشد رهنمایی‌های که توسط مرکز کنترل تشعشع داده میشود، به صورت جدی تعقیب و مریضان به مراکز که سهولت چنین مریضان را داشته باشد، (مرکز سوختگی) انتقال داده شود.

- ♦ ورید مریض را توسط نارمل سلاین باز نمائید. در جریان راه مریض را KVO نگاه کنید.
- ♦ در صورتیکه فشار سیستولیک مریض از 100mm Hg پائین باشد، ۲۵۰ ملی لیتر نارمل سلاین را به شکل bolus توصیه و بعداً مطابق حالت هیپوداینمیک آنرا عیار سازید.

مارگزیده گی

سبب

زهر مار می تواند نيو توکسیک یا سایت تو کسیک باشد سایتو تو کسیک ان سبب تخریب انساج از سبب هضم، خونریزی از سبب هیمو لایز و تخریب اندو تلیال اوعیه می گردد.

اعراض و علایم

- ♦ درد شدید در ناحیه
- ♦ سرخی ، ازیما
- ♦ استفراغ .
- ♦ سوزش اطراف دهن و ناحیه گزیده گی
- ♦ ذایقه فلزی .
- ♦ تشنج و اسهالات .
- ♦ سقوط فشار خون
- ♦ تشوشات تحثری خون
- ♦ خون ریزی از ناحیه گزیدگی .

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی به اساس دریافت ها
- ♦ مدیریت سیستم نفسی
- ♦ مدیریت علایم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

- ♦ اعراض و علایم
- ♦ مدت در معرض قرار گرفتن .
- ♦ حساسیت ؛ ادویه

تاریخچه صحنی گذشته :

- ♦ قلبی
- ♦ سو استفاده از الکول
- ♦ سو استفاده از ادویه
- ♦ آخرین اغذیه .
- ♦ آخرین ادویه .
- ♦ عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته .

اهتمامات

تثبیت سطح هوشیاری

AVPU

توجه به مهره های کمر

تثبیت نمودن سر مریض جهت جلوگیری از تحرکیت آن و زمانیکه مریض را انتقال میدهیم موازنه مهره های کمر را برقرار سازیم .

سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی تطبیق نمائید.

اوکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر به مقدار ۵-۱۰ لیتر اوکسیجن فی دقیقه تطبیق نمائیم.

علائم حیاتی

- ♦ تثبیت فشارخون، تعداد تنفس ، ضربان قلب، درجه حرارت، اشباع اوکسیجن شریانی
- ♦ AVPU

توجه

- ♦ جلوگیری از تطبیقات یخ و تورنیکیت در ناحیه گزیدگی
- ♦ شق کردن انساج و مکیدن ناحیه مفید ثابت نشده است
- ♦ جهت تسکین درد OPOID و بنزو دیازپین برای اختلاجات ، مایعات و مقبض دهنده های وعایی برای تداوی شک برای مریض تطبیق گردد.

گژدم گزیده گی

سبب

انواع مختلف گژدم ها سبب تخریبات موضعی و به مقدار کم سبب عکس العمل های عمومی می گردد که از جمله گژدم های سیاه و خاکستری معمول می باشد.

اعراض و علایم

- ♦ درد شدید در ناحیه نیش زده گی.
- ♦ کاهش دید و مشکلات در فعل بلع.
- ♦ بی حسی در ناحیه.
- ♦ عرق بیش از حد.
- ♦ تب ؛ تشنگی ؛ استفراغ و مشکل تنفسی

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم نفسی
- ♦ مدیریت علایم حیاتی
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

- ♦ اعراض و علایم
- ♦ فکتور های زمینه ساز ؛ مدت زمان در معرض قرار گرفتن ؛ نوع ضیا درجه حرارت ؛ حساسیت ؛ ادویه.
- ♦ تاریخچه صحی گذشته :
- ♦ قلبی
- ♦ سو استفاده از الکول
- ♦ سو استفاده از ادویه
- ♦ آخرین اغدیه
- ♦ آخرین ادویه
- ♦ عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته

اهتمامات

مصنوعیت ساحه

تعیین سطح هوش

AVPU

مدیریت سیستم تنفسی

سیستم تنفسی مریض را باز نموده و در صورت که مریض بیهوش باشد ایروی تطبیق گردد.

تطبیق اوکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر کمک های اولیه طبی اجرا و به اندازه ۵-۱۰ لیتر اوکسیجن فی دقیقه تطبیق نمائید .

علایم حیاتی

تنفس، ضربان قلب، فشار خون، تب، درجه اشباع اوکسیجن شریانی را تثبیت نمائید

توجه

- ♦ پانسمان ناحیه توسط مواد انتی سپتیک و غیر متحرک ساختن آن .
- ♦ خارج کردن زیورات در صورت که ناحیه نیش گزیده گی در دست و یا پا باشد و سرد ساختن ناحیه.
- ♦ در صورت اعراض شدید تر میشود خصوصا نزد اطفال و اشخاص مسن جهت مراقبت های بیشتر مریض به مراکز صحی انتقال گردد.

توجه به نکات ذیل :

- ♦ ناحیه گزیده گی را جهت تخلیه زهر پاره نکنید که خطرات بعدی را برای مریض بوجود می آورد .
- ♦ ساحه را توسط تورنگیت تثبیت نکرده اما توسط بتداژ به بسیار ملایمت آن تطبیق گردد .
- ♦ زهر را هیچگاهی توسط دهن تان سکشن نکنید که باعث ملوث شدن دهن تان میشود .
- ♦ جهت تسکین درد از استامینوفن هر چهار ساعت بعد به اساس وزن بدن استفاده کنید .
- ♦ از تطبیق بروفین ؛ انتی بیوتیک و اسپرین جلوگیری صورت گیرد برعلاوه که موثر نبوده خطرات بعدی را بوجود می آورد
- ♦ لیدو کاین موضعی تطبیق گردد.

غرق شده گی

سبب

- ♦ غرق شده گی یکی از علل مرگ و میر غیر عمدی است که به سادگی قابل پیشگیری است .

اعراض وعلائیم

- ♦ مریضان به هوش .
- ♦ مریضان بیهوش .

ارزیابی ابتدایی

- ♦ راپور مکمل واقعه به مرکز خدمات کابل امبولانس جهت اجراءات بعدی.
- ♦ کمک های اولیه طبی
- ♦ مدیریت سیستم تنفسی
- ♦ مدیریت علائم حیاتی .
- ♦ باز نمودن ورید مریض.
- ♦ انتقال مصئون به شفاخانه.

تاریخچه

- ♦ اعراض وعلائیم ؛ فکتور های زمینه ساز ؛ مدت زمان در معرض قرار گرفتن ؛ نوع ضیا درجه حرارت ؛ حساسیت ؛ ادویه .
- ♦ تاریخچه صحی گذشته : قلبی .
- ♦ سو استفاده از الکول .
- ♦ سو استفاده از ادویه .
- ♦ آخرین اغذیه .
- ♦ آخرین ادویه .
- ♦ عوامل دیگر که به واقعه ارتباط داشته .

اهتمامات

مسئونیت ساحه

ارزیابی تنفس مدیریت سیستم تنفسی

در صورت که مریض تنفس نداشت ابتدا ۵ تنفس مصنوعی داده شود

فشارهای صدری

AVPU

تعیین سطح هوشیاری

تطبیق اوکسیجن

به اساس دریافت ها توسط پلس اوکسی متر کمک های اولیه طبی اجرا و به اندازه ۱۰-۱۵ لیتر اوکسیجن فی دقیقه تطبیق نمائید .

نثبت AED و در صورت ضرورت شاک برقی بسیار موثر میباشد .

سکشن نمودن افرازات

گرم کردن

علائم حیاتی

تنفس ؛ ضربان قلب ؛ فشار خون ؛ سویه گلوکوزدوران خون و حالت دموی دوران خون را تثبیت نمائید

سروی دومی

ازریایی مریض از سر آغاز الی شصت پای ختم گردد در صورت موجودیت ترضیض فقرات کمر ؛ گردن و ترضیض سر کمک های اولیه برای مجروح انجام داده شده بعدا مریض انتقال گردد .

توجه

- ♦ ابتدا که مریض از اب خارج گردید ارزیابی گردد که تنفس دارد یا خیر ؟ در صورت که تنفس نداشت فشار های صدری و تنفس برای دو دقیقه نزد مریض اجرا شود .
- ♦ از فشار های بطنی جهت خارج کردن اب بالای مریض خود داری گردد .
- ♦ در صورت دلبدی و استفراغ مریض را به وضعیت ریکوری جهت تخلیه افرازات قرار بدهید .
- ♦ جلوگیری از مکان ممنوعه برای اب بازی .
- ♦ جلوگیری از اب بازی بدون شخص همرا .
- ♦ جلوگیری از اب بازی در صورت موجودیت امراض مثل قلبی و تشنجات .
- ♦ تلاش برای خارج کردن آب از شش ها لازم نیست. اغلب مریضان غرق شده به دنبال تماس قطره ای از آب به حنجره شان دچار بسته شدن ناگهانی در حنجره و تارهای صوتی می شوند که همین میکانیزم دفاعی از ورود آب به شش ها جلوگیری می کند .
- ♦ در صورت که مقدار زیاد اب داخل شش ها شده باشد هر چه عاجل تر اب خارج ساخته شود.

رهنمود مدیریت برای مریضان کاملاً روانی و یا خشن

- ♦ در صورت که مریض کاملاً روانی و خشن است و دست رسی به اسلحه و یا اشیای که تهدید کننده حیات باشد دارد با مریض مداخله نکرده از نیروهای امنیتی کمک درخواست گردد و الی حضور نیروهای امنیتی در صحنه انتظار باشید.
- ♦ در صورت که مریض کدام عکس العمل در مقابل تیم صحنی انجام نداد و یا اینکه عکس العمل ان اندک باشد و به اسلحه و یا اشیای تهدید کننده حیات دست رسی ندارد کمک های اولیه را نزد مریض آغاز نمائید.
- ♦ کوشش کنید که مریض را خاموش کنید.
- ♦ مریض را تهدید نکرده و بالایش به صدا بلند صدا نکنید.
- ♦ خود را به مریض معرفی نموده به اهستگی و واضح صحبت کنید و متوجه الفاظ تان باشید.
- ♦ شرح دهید که چرا این جا آمده اید و برای مریض چي انجام میدهید.
- ♦ در صورت که مریض از خود عکس العمل نشان داده و اجازه نمی دهید که شما برای او کدام کمک را انجام دهید بالای مریض فشار وارد نکرده و منتظر باشید که افراد امنیتی در ساحه حضور پیدا نموده بعداً اقدام به کمک های صحنی نمائید.

بسته کردن مریض

این میتود برای اشخاص که مریضان روانی نبوده اما از اثر تداوی های دوامدار سیستم اعصاب مرکزی شان متضرر گردیده زندگی شان به خطر مواجه شده است استفاده بعمل میآید و از تداوی و یا معاینات خود جلوگیری میکنند که باعث وخامت مریضی شان شده و برای حیات مریض و فامیلش خطرناک میباشد، استفاده صورت گرفته جهت انتقال همچو مریضان ابتدا باید مریض تثبیت و یا با ریسمان ویا فیته نرم بسته شده و جهت تداوی به مراکز صحنی انتقال گردد در صورت ضرورت از نیروهای امنیتی کمک در خواست گردد.

- ♦ ساحه را از اشخاص که از فامیل مریض ویا در صحنه حضور دارند تخلیه گردد.
- ♦ قبل از اجرای هر عمل ابتدا یک پلان ترتیب نموده رهبر تیم مشخص و وظیفه اعضای تیم نیز مشخص گردد.
- ♦ دادن فشار بالای مریض ترجیح داده میشود خصوصاً در ابتداتاً مریض از طریق فشار تحت کنترل آورده شود اما متوجه باشید که مریض را لت و کوب نکنید.
- ♦ اول کوشش کنید که مریض را از لباس و یا آستین وی محکم بگیرید در صورت که مریض آرام نشد از بازو و یا گردن او محکم بگیرید و بعد از هر ده دقیقه بعد سیستم تنفسی و دوران خون مریض را ارزیابی نمائید.

- ♦ مریض را از نظر داشتن اسلحه و یا اشیای نوک تیز تلاشی نمائید.
- ♦ در صورت که وضعیت مریض خراب میشود مریض را به پهلوی دیگر دور داده و هیچگاهی از دست بند آهنی استفاده نگردد.
- ♦ مریض را به استریچر محکم بسته نمائید کوشش گردد که مریض را از قسمت شانه ؛ حوصله و پاها در استریچر تثبیت نمائید و تثبیت کردن مریض باید بر پشت خوابانیده صورت گیرد.
- ♦ از تثبیت کردن مریض در وسایل متحرک مثل بک بورد جلوگیری بعمل آید زیرا مریض با آن امکان دارد فرار کند.
- ♦ مریض یک بار که بسته گردید الی انتقال به شفاخانه باز نگردد.
- ♦ کسیکه مریض را محکم گرفته است همایش کمک کنید در صورت که مریض استفراغ میکند آنرا سکشن کنید.
- ♦ هرچه عاجل ترمریض به شفاخانه انتقال گردد.
- ♦ در جریان انتقال کوشش گردد تا مریض غیر متحرک ؛ خاموش و به دقت به شفاخانه انتقال گردد.

فوت مریض یا مجروح در داخل امبولانس

معیارات

- ♦ عدم موجودیت ضربان قلب و تنفس نزد مریض در مسیر را نشان دهنده مرگ میباشد در صورت که علایم ذیل مشاهده گردد.
- ♦ شخ ماندن عضلات.
- ♦ سرد شدن.
- ♦ کبودی رنگ جلد.
- ♦ تجزیه و از هم جدا شدن بخش های مهم عضویت.
- ♦ سربریده شده.
- ♦ تروما های شدید که مطابقت به زنده گی ندارد.
- ♦ سوختانده شده که درجه ان (۱۰۰٪) باشد.
- ♦ میت را بداخل خرطیه میت جابجا نموده انتقال دهید.

وقایه انتان

پلان وقایه انتان در پروسیجر های کاری کابل امبولانس طبق طرز العمل استندرد که برای امبولانس تهیه گردیده است پیش برده شود و برای تیم صحنی قبل از اینکه اقدام جهت اجرای وظیفه مینمائیند جهت جلوگیری از مصاب شدن تیم صحنی از افرازا ؛ خون و ارتباط مستقیم با مریض تیم صحنی

موظف است تا مصؤونیت فردی خود را در نظر داشته قبل از اجرای کمک برای مریض یا مجروح از وسایل (PPE) استفاده نموده از وسایل طبی که نوک تیز باشد باید به صورت درست محافظت شده و در بکس مخصوص که در امبولانس جهت ذخیره نمودن آن است استفاده شود بیماریزا ها یا (pathogen) به دو میتود با عث انتشار میگردد.

۱- از طریق قطرات خون.

۲- از طریق قطرات هوایی.

تیم صحنی مسئولیت دارد که از هر دو میتود خود را وقایه نمایند.

توجه خاص در قسمت به معرض قرار گرفتن و یا مواجه شدن با افرازات مریض مثل خون ؛ بلغم ؛ مایع طرق بولی تناسلی ؛ مایع امینوتیک ؛ مایع پریتن و پلورا در نظر گرفته شود و خود را وقایه نمایند که جهت وقایه از انتان هر کارکن صحنی که در بخش امبولانس کار میکند باید ملبس با یونیفورم باشد (پوشیدن چین ؛ عینک ؛ فیس ماسک ؛ دست کش و یونیفورم استدر اداره).

مشروع شدن تیم صحنی امبولانسی توسط پتوجن

۱- توسط قطرات خون

۲- توسط قطرات هوایی

۱- تماس مستقیم با خون مریض افرازات مریض با ناحیه ماوفه و یا جلد که خراشیده گی داشته باشد و یا اینکه التهاب جلدی داشته باشد یا اینکه ابله داشته باشد قطرات خون و افرازات بدن باعث انتشار در چشم بینی و دهن شده یا اینکه وخذه شدن توسط سوزن ؛ وخذه شدن توسط نیش حیوانات میباشد.

۲- تماس مستقیم از طریق قطرات هوایی مثل انتشار ویروس توبرکلوز و مننجیت میباشد.

چطور خود را از مشروع شدن توسط پتوجن ها وقایه کنیم؟

قبل از تماس با مریض باید از دست کش ؛ فیس ماسک ؛ عینک ؛ چین باید استفاده کرد.

اگر ما توسط پتوجن ها مشروع میشویم چی باید کرد ؟

دست های تان را به میتود درست ان با اب صابون شسته ؛ بینی تان را با اب انشقاق نمائید و گلولی تانرا با اب غرغه کنید و موضوع را به مسئولین بخش خویش هرچه عاجلتر گزارش داده تا اهمات بعدی در نظر گرفته شود.

حفظ الصحه

تیم امبولانس موظف اند تا تمام استندرد ها و معیارات وقایه انتان را بیاموزند و موضوعات ذیل نقش حیاتی را در کنترل انتان در خدمات امبولانس دارد که باید رعایت نمایند

- ♦ حفظ الصحه دستها.
- ♦ جدول معیاری وقایه انتان در مورد پاک کاری و ضد عفونی نمودن امبولانس.
- ♦ انتقال مریضان شدید انتانی با در نظر داشت شرایط تجرید.
- ♦ رهنمود در مورد استفاده مناسب پاک کننده ها و ضد عفونی کننده ها.
- ♦ شیوه انتقال مریضان شدیداً انتانی توسط امبولانس
- ♦ به اساس فورم ارزیابی روز مره حفظ و مراقبت و پاک کاری امبولانس.

حفظ الصحه دستها

عدم اجرای تمرینات برای حفظ الصحه دست ها عمده ترین عامل سرایت انتانات و میکروارگانیزم های مقاوم شمرده میشود و مهمترین عامل شیوع امراض شناخته شده است.

بصورت عموم حفظ الصحه دستها به دو شیوه صورت میگیرد.

۱) شستن دستها توسط آب و صابون

زمانیکه دست ها بنظر کثیف یا آلوده نمایان شود ، شستن آنها با آب و صابون از اهمیت خاص برخوردار میباشد. دستها را با آب جاری و صابون برای ۱۰-۱۵ ثانیه شسته و با دستمال یا دستپاک تکه یی منفرد یا مربوط به خودش یا دستمال کاغذی خشک نموده یا بگذارد تا در هوا آزاد خشک گردد. از اینکه تسهیلات دست شستن در امبولانس قابل دسترس نمیباشد بنا تیم امبولانس باید قبل از سوار شدن به امبولانس حفظ الصحه دستها را با آب و صابون اجراء نماید و در امبولانس هندرب استفاده نماید.

چه وقت دستها را باید شست:

- ♦ قبل از معاینه (تماس مستقیم) هر مراجعه کننده (مریض).
- ♦ قبل از پوشیدن دستکش ها.
- ♦ هر واقعه ای که احتمال منتن شدن دستها باشد.
- ♦ بعد از دست زدن به وسایل و سطوح ملوث.
- ♦ بعد از تماس با غشای مخاط ، خون یا دیگر مایعات بدن (افرازات یا ترشحات).
- ♦ مکرراً تماس داشتن با یک مریض.
- ♦ بعد از کشیدن و دور کردن دست کش.

۲) ضد عفونی سازی دستها توسط محلول الکولی (هندرب)

استفاده هندرب که درامبولانس قابل تطبیق میباشد (شرایط استفاده هندرب طوری است که باید دستها قابل دید پاک باشند در صورتیکه کثیف باشند اول باید توسط آب و صابون خوب شسته شوند و بعد با محلول هندرب ضد عفونی شوند).

۳) ضد عفونی کردن دست ها توسط محلول هندرب

دستها را با 3-5 ml محلول الکولی (هندرب) تا وقتی بمالد تا خشک شوند (اگر دستها قابل دید کثیف نباشند)

تجهیزات و وسایل مراقبت مریض که در انتقال انتان نقش دارند قرار ذیل اند:

- ♦ استات سکوپ.
- ♦ آلۀ فشار.
- ♦ مانیتور.
- ♦ ماشین سکشن.
- ♦ ستریچر و بک بورد.
- ♦ سکشن ماشین.
- ♦ نک کالر.
- ♦ پلس اوکسی متر.
- ♦ ماشین AED.
- ♦ پل ها لرنگوسکوپ
- ♦ رادیومخابره.
- ♦ هندست مخابره.
- ♦ بک بورد.
- ♦ دروازه و دستگیر ها.
- ♦ سایر وسایل و تجهیزات ایکه در تماس با مریض قرار دارند.

مسئولیت	استندرد / معیار	میتود / شیوه	دفعات	وسایل / تجهیزات / ساحه
وسایل / تجهیزات - در تماس با مریض				
نرس امبولانس	قابل دید باید پاک باشد از (گرد، ناپاکی ، خون -افرازات بدن و اب)	پاک کاری با مواد پاک کننده ، کلور- اب جاری با صافی مرطوب به مواد ضد عفونی کننده و خشک نمودن.	بعد از استفاده هر مریض انتانی	- استریچر - دسته لارینگوسکوپ - پلس اوکسمیتر - ستیتسکوپ - سیت مریض - کمر بند ها - آله فشار - کف آله فشار - نیک کالر - دیفیبریلاتور - گلوکومیتر - دستگاه تنفس مصنوعی - سکشن ماشین - رویکش ها و مواد و اقلام یکبار مصرف
وسایل و تجهیزات ایکه در تماس مریض قرار ندارد				
نرس امبولانس	قابل دید باید پاک باشد از (گرد، ناپاکی ، خون و افرازات بدن و اب)	پاک کاری با مواد پاک کننده ، کلور- اب جاری با صافی مرطوب به مواد ضد عفونی کننده و خشک نمودن	حد اقل روزانه وزمانیکه ساحات ملوث میشود	- رادیو کودکان - بالون اوکسیجن - توماس بکس - دستگاه Patient Monitor - Automated External Defibrillation - آله ضد حریق - دیوار ها کابین عقبی امبولانس - شیشه ها داخل کابین - سقف امبولانس.
سوپر شویی امبولانس ساحات مربوط به نرس امبولانس				
نرس امبولانس	قابل دید باید پاک باشد از (گرد، ناپاکی ، خون و افرازات بدن و اب)	پاک کاری با مواد پاک کننده ، کلور- اب جاری با صافی مرطوب به مواد ضد عفونی کننده و خشک نمودن	هفته یک بار	تماما وسایل و تجهیزات طبی از امبولانس خارج گردیده و یکایک طبق پروسیجر شستشو نموده نرس امبولانس موظف است تا کابین امبولانس را ضد عفونی نموده استریچر و بعد از با مواد پاک کننده و اب جاری پاک و خشک گردد و در ختم تماما تجهیزات و مواد طبی را طبق چک لست داخل امبولانس نماید.

قسمت های داخلی امبولانس - ساحات مربوط درایور				
سیت پیش رو و بادی امبولانس	همه روزه و در جریان روز طبق ضرورت	سیت پیش روز بصورت مکمل بادی بصورت مکمل پاک کاری و شستشو گردد.	با اب جاری و مایع تنظیفاتی و خشک کردن توشط صافی	دریور امبولانس
سوپر شویی امبولانس	هفته یک بار سوپر شویی	دریور امبولانس موظف است تا تماماً وسایل تخنیکی امبولانس را پاک کاری و چک نموده سیت پیش رو و بادی امبولانس را بصورت منظم شستشو فلتر هوای امبولانس پاک کاری گردیده ساحات انجن پاک کاری و زیر دل موتر و پایه ها سوپر شویی گردد.	سوپر شویی امبولانس هفته یک بار که از روز شنبه آغاز گردد	دریور امبولانس
ضد عفونی و سوپر شویی امبولانس بعد از هر انتقال مریضان انتانی	بعد از هر انتقال مریضان انتانی	طبق استاندارد	کلوریشن مایع تنظیفاتی، آب جاری	دریور و نرس امبولانس

پاک کاری - عبارت از پروسه دور نمودن اجسام بیرونی و مواد ارگانیک از قبیل خون ، افرازات بدن که سبب انتقال میکروب ها/مایکروارگانیزم و ایجاد مرض میشوند میباشد یا به عبارت دیگر پاک کاری عبارت از پروسه است که ظاهراً گرد ، کثافات ، خون یا سایر مایعات بدن را از سطوح ، اشیا و لوازم دور میسازد و همچنان کاهش دادن احتمال خطر برای کسانی که با وسایل و سطوح متذکره سرو کار دارند ، سبب میشود که آن وسایل از ملوث یک تعداد زیاد موجودات مایکروسکوپی پاک گردد، در نهایت این پروسه سبب دور نمودن میکروب ها میشود ولی میکروب ها را از بین نمیرد. پاک کاری توسط آب

، مواد شستشو کننده یا دیترجنت و پاس پاس صورت میگیرد و شامل شستن وسایل با صابون و آب، آبکش نمودن با آب پاک و خشک کردن میباشد.

ضد عفونی سازی - ضد عفونی سازی یا غیرمیکروبی سازی عبارت از پروسه ازبین بردن و جلوگیری رشد و تکثیر میکروارگانیسم ها از سطوح سامان وسایل طبی که درپروسیجر ها استفاده میشود، یا به عبارت دیگر غیر میکروبی سازی پروسه است که وسایل را قبل از پاک کاری جهت بکاربرد، محفوظتر میسازد (ویروس های HCV, HBV و HIV را ازبین میبرد و درتعداد سایر موجودات میکروسکوپی تخفیف می آرد اما ازبین نمیبرد). درامبولانس پروسه طوری است که ابتداء درصورتیکه خون و یا افزایشات بدن موجود باشد بالای آن مواد ضد عفونی کننده انداخته شده و با صافی ایکه مرطوب به مواد ضد عفونی کننده است پاک گردد پاک کاری را کوشش نماییم تا از اطراف آغاز و بطرف مرکز جمع اوری گردد وبعدها بصورت عمومی پاک کاری صورت گیرد.

انتشار انتان به اساس خطرات سطوح در آمبولانس به دوبرخ تقسیم میشوند.

- ♦ سطوح با خطر بلند انتشار انتان : سطوح اند که بیشتر به آنها تماس صورت گرفته و خطرانتشار انتان را به سویه بلند دارند ازقبیل ستیتسکوب ، آله فشار ، ستریچر ، دستگیر دروازه ، رادیو کودان ، موبایل ، چراغهای دستی وسایل طبی وغیره.
- ♦ سطوح با خطر پایین انتشار انتان : سطوح اند کمتر ملوث شده وانتشار انتان کمتر صورت میگیرد شامل فرش ، دیوار ، سقف وکابین پیشرو امبولانس میباشد.

ترکیب پودر کلورین به اساس فرمول ذیل صورت میگیرد:

- ♦ غلظت محلول ضد عفونی کننده یعنی کلورین ۰,۵٪ باید باشد وقرار فورمول های ذیل برای بلیچینگ پودر محاسبه میشود

کلورین مایع

- ♦ اگر از غلظت ۳,۵٪ کلورین استفاده مینمایید، ۱ قسمت بلیچ برای ۶ قسمت آب، یا
- ♦ اگر از غلظت ۵٪ استفاده مینمایید، ۱ قسمت بلیچ به ۹ قسمت آب، یا
- ♦ اگر از سایر غلظت ها استفاده مینمایید جهت آماده ساختن محلول کلورین از فورمول ذیل استفاده نمایید.
- ♦ تمام قسمت های آب = { غلظت / ۰,۵ } - ۱ برای یک قسمت کلورین طورمثال:
- ♦ $9 = 1 - 10 = 1 - \{ 0,5 / 5,0 \}$

کلورین پودر

- ♦ اگر از کلسیم هایپوکلورایت (۳۵٪) استفاده مینمایید ، ۱۴ گرم پودر بلیچ برای ۱ لیتر آب.

- ♦ گر از کلسیم هایپوکلورایت (۷۰٪) استفاده مینمایید، ۷ گرم پودربلیچ برای ۱ لیتر آب.
- ♦ استفاده از فورمول: گرم لیتر = $1000 \times (\%غلظت / \%رقاقت)$ طوری مثال:
 $14.2\text{gr} = 1000 \times \%35 / \%0.5$

تابلیت کلورین

- ♦ در صورتیکه تابلیت یک گرم باشد در یک لیتر آب ۲۰ تابلیت استفاده گردد (L.1/T 20) محلول ۰.۵٪.
- ♦ در صورتیکه تابلیت ۱.۵ گرم باشد در یک لیتر آب ۱۴ تابلیت مخلوط گردد (1L/4T) محلول ۰.۵٪ بدست می آید.



چک لیست نظارتی سوپرشوی آمبولانس‌های امریت کابل آمبولانس در جریان هر هفته:

اسم نرس ()	اسم دریور ()	نمبر آمبولانس ()
نمره گذارهی	فعالیت‌ها مطابق معیارات / کریتربای تایید شده	
تیم امبولانس مسئولیت های ذیل را به اساس استندرد ها کابل امبولانس در جریان سوپر شویی هفته وار آمبولانس ها دارد.		
نظافت بیرونی امبولانس مربوط نرس تیم.		
()	آیا نرس تیم امبولانس تایم شروع سروپزشوی آمبولانس خویش را به کال سنتر و مدیریت آمبولانس ها گزارش داده؟	
()	آیا از فس ماسک و دست کش در جریان سوپرشویی استفاده کرده؟	
()	آیا تیم امبولانس تماما تجهیزات طبی و مواد دوائی مصرفی آمبولانس را چک و تکمیل نموده؟	
()	آیا در امولانس از محلول شویند، دیتول و پودر کلورین استفاده کرده؟	
()	آیا طرز درست به کاربردن تهیه فیصدی کلور را میداند؟	
()	تماما وسایل طبی در کیت کمک های اولیه موجوده هرا جهت اطمینان دوباره چک و در جای مناسب قرار داده؟	
()	آیا سیفتی باکس تخلیه و موجود است؟	
()	نظافت داخل کابین امبولانس مطابق استندرد ها آماده شده یا نه؟	
()	آیا در وقت معینه سوپرشویی آمبولانس خویش به احتمال رسانیده؟	
()	آیا بعد از ختم سوپرشویی آمبولانس جهت آماده بودن وظیفه به کال سنتر و مدیریت آمبولانس راپور داده؟	
()	جمله نمرات	
نظافت بیرونی امبولانس مربوط درایور تیم.		
()	آیا دریور تیم امبولانس تایم شروع سوپرشوی آمبولانس خویش را به کال سنتر و مدیریت آمبولانس ها گزارش داده؟	
()	آیا فلتر هوا وساییر بخش های انجن آمبولانس را چک نموده؟	
()	آیا روغنیاث را مطابق پروسیجر کیچ نموده؟	
()	آیا از لباس مخصوص سوپرشویی و موزه استفاده نموده؟	
()	آیا داخل سیت آمبولانس را مکمل ارزیابی و سشتشو نموده؟	
()	آیا در وقت معینه سوپرشویی آمبولانس خویش به احتمال سانیده؟	
()	آیا بعد از ختم سوپرشویی آمبولانس جهت آماده بودن وظیفه به کالسنتر و مدیریت آمبولانس راپور داده؟	
()	جمله نمرات	

تعهد تیم آمبولانس: این جانب () نرس تیم نمبر () و () دریور تیم نمبر ()
با نمره های تیم نظارت کنندنده موافق استیم. امضا تیم نظارت شونده ()

قرار شرح فوق چک لیست نظارتی سوپر شویی هفته وار آمبولانس ها ترتیب و جهت اجراءات بعدی به کمیته محترم
دسپلین ارسال است.

اسم نظارت کنندده ()
وظیفه ()
تاریخ ()

تکنیک تثبیت کردن بلند کردن و حرکت دادن مریض یا مجروح

شما مجبور هستید برای ارائه مراقبتهای حیاتی لازم به مجروحین در صحنه چندین بار مجروح را حرکت دهید و سپس به طرف مراکز صحنه انتقال دهید و در بسیاری مواقع مجبور خواهید شد که مجروح را به یک موقعیت یا مکان دیگری انتقال دهید. همانطور که مجروح را ارزیابی می کنید و مراقبتهای حیاتی لازم را انجام می دهید باید مجروح را روی استریچر قرار داده بعداً آنرا انتقال دهید و سپس او را به طرف آمبولانس برده و داخل آمبولانس قرار دهید بعد از اینکه به مرکز صحنه رسیدید باید مجروح را از آمبولانس بیرون آورده و روی میز معاینه منتقل کنید. به منظور اجتناب از آسیب رساندن به مجروح خود و همکاران تان باید بیاموزید که چگونه مجروحین را به طور صحیح بلند و انتقال دهید و در عین حال بدن خودتان را در وضعیت صحیح قرار دهید. برای حرکت دادن درست مجروح در شرایط گوناگون که در صحنه با آن مواجه خواهید شد باید چگونگی بلند کردن؛ کشیدن مجروح، انتقال سریع او را از زمین به روی بکبورد، کمک به مجروح برای انتقال از روی بکبورد به روی استریچر و بلند کردن آن را از کف اتاق به روی استریچر یاد بگیرید. شاید لازم باشد که مجروح را از روی بکبورد به استریچر منتقل کنید یا آن را از قسمت های بالا یا پایین انتقال دهید.

شما و دیگر تیم های تان باید بدانید که چگونه مجروح را که مشکوک به آسیب ستون فقرات است روی بکبورد قرار دهید. همچنان باید تکنیک های انتقال سایر مجروحین را بدانید. گاهی اوقات شما و تیم های تان مجبور هستید که مجروح با وزن حدود ۱۳۶ کیلوگرم را حمل کنید. شما باید تکنیک های بلند کردن و پایین کردن مجروح را از استریچر به یک میز معاینه در بخش عاجل شفاخانه را بدانید. بلند کردن و حمل کردن مجروح نیاز به انرژی زیادی و مهارت های خوب دارد.

برای اطمینان از اینکه به هیچ فردی بطور ناگهانی و غیر قابل انتظار وزن زیادی تحمیل نشود و همچنان جهت کاهش خطر آسیب پذیری برای مجروح یا تیم آمبولانس باید بدانید که در چه موقعیتی نسبت به مجروح قرار بگیرید و چگونه فرمانهای بلند کردن استریچر و یا پایین کردن آن را بدانید تا همه اعضای تیم به صورت همزمان عمل کنند. همینطور لازم است بدانید چگونه تجهیزات لازم برای حمل مجروح مانند استریچر آمبولانس، ولچیر، بکبورد، توماس بکس و سایر تجهیزات طبی برای کمک های اولیه را آماده کنید و چه موقع و چگونه از آنها استفاده کنید.

این بخش همچنان شامل تکنیک های بلند کردن و حمل مجروح، اصول حرکت دادن مجروح در مواقع عاجل، حالات فوری غیر و فوری و پایین کردن استریچر است. بر علاوه انواع تجهیزات مورد نیاز و طرز قرار دادن مجروح هم با جزئیات شرح داده خواهد شد.

وضعیت صحیح بدن

مروری بر آناتومی بدن انسان

کمر بند شانه روی اضلاع قرار دارد و توسط مهره های ستون فقرات که زیر آن است محافظت می شود. بازوها به آن متصل هستند و از کمر بند شانه آویزانند. موقعیکه شخص راست ایستاده میشود مهره های تحمل کننده وزن مخصوص بدن روی یکدیگر قرار میگیرند و فشار بدن روی ستون فقرات قرار گرفته در نتیجه فشار بالای لگن خاصره قرار میگیرد.

موقعیکه شخص راست ایستاده میشود و یک وزن را که بلند می کند و یا با دستان خود حمل می کنند فشار روی شانه ها ، ستون فقرات ، لگن خاصره و سپس پاها وارد می شود. هنگام بلند کردن اگر شانه ها در راستای لگن خاصره و دستها نزدیک پاها قرار گیرد ، نیرو در یک خط کاملاً مستقیم رو به پایین مهره های ستون فقرات روی هم قرار میگیرد.

بنابراین اگر هنگام بلند کردن اشیاء پشت بدن خم نشود و پاها به اندازه ۳۰-۴۰ درجه قات شود در وضعیت مستقیم قرار بگیرد ، فشار کمی روی عضلات و رباط های نگهدارنده ستون فقرات وارد می شود ، و بدین ترتیب وزن زیادی را میتوان بدون آسیب به کمر، بلند و یا جابجا کرد. با این حال اگر با پشت خمیده چیزی را بلند کنید و یا حتی اگر راست ایستاده شوید ولی اگر از قسمت لگن خاصره به اندازه زیاد به پیش روی خم شوید ممکن است به کمر خود آسیب برسانید

اگر کمر در دو وضعیت اخیر قرار گیرد ، شانه کاملاً پیشتر از لگن خاصره قرار بگیرد و نیروی حاصل از بلند کردن بجای اینکه به طرف پایین در طول ستون فقرات وارد شود به طور عرضی به آن وارد می شود. وقتی این وضعیت پیش می آید به جای اینکه نیرو به هر کدام از مهره های کمر و دیسک بین آنها وارد شود ، به عضلات و وتر های ستون فقرات قرار گرفته باعث آسیب رساندن به ستون فقرات میگردد. بنابراین اولین اصل اساسی در بلند کردن صحیح این است که همیشه کمر را در راستای مستقیم و عمودی راست نگهداریم و پاها را به اندازه ۳۰-۴۰ درجه قات کرده اشیاء را بدون خم کردن کمر بلند کنیم.

هنگام بلند کردن ، باید پاهایتان را حدود ۴۰-۳۵ سانتی متر (به اندازه عرض شانه ها) از هم باز کنید سپس با حفظ راستای مستقیم کمر ، با خم کردن پاها ، قسمت فوقانی بدنتان را پایین بیاورید. پس از اینکه مجروح یا استریچر را با دست هایتان گرفتید و از وضعیت صحیح پاهایتان مطمئن شدید مجروح را با بالا بردن قسمت فوقانی بدن و بازو هایتان و با راست کردن پاهایتان تا زمانی که دوباره به حالت ایستاده قرار گیرید ، بلند کنید. به علت اینکه ماهیچه های ران در هنگام راه رفتن ، بالا رفتن از پته ها و یا دویدن بکار گرفته می شوند بسیار ورزیده و قوی هستند. بنابراین نه تنها مصون ترین روش برای بدن است بلکه قدرتمندترین روش برای بلند کردن نیز می باشد و بهتر است که به این روش بلند کردن پر قدرت بگوئیم.

حالت «بلندکردن پرقدرت» برای افرادی که زانوها و رانهای ضعیفی دارند نیز مفید است.

حتی زمانی که پشت تان را به طور صحیح راست نگه داشته اید اگر جسمی سنگین را با بازوهای خفلی کشیده شده اند ، بلند کنید طوری که دستهایتان به طور قابل ملاحظه ای جلوتر از قدام بدنتان باشد همان نیروی نامطلوب در عرض ستون فقرات و نیروی اهرم مانند روی قسمت تحتانی ستون فقرات شما وارد خواهد شد.

بنابراین هرگز نباید مجروح ویا دیگر اشیاء سنگین را بلند کنید در حالیکه با فاصله زیادی در مقابل بدن یا صورتتان قرار دارد. هر موقع بیماری را بلند یا حمل می کنید ، اطمینان یابید که بازوها را طوری نگه داشته اید که دستهایتان تقریباً مجاور سطح قدامی بدنتان می باشد. همیشه وزنی را که بلند می کنید تا حد ممکن نزدیک به بدن خود نگه دارید.

از وارد شدن نیروی جانبی به ستون فقرات و وارد شدن نیروی اهرم مانند پهلوی به قسمت تحتانی ستون فقرات نیز باید اجتناب شود. اگر تنها با یک بازو یا در وضعیتی که یک بازو بیشتر از بازوی دیگر کشیده شده است اشیاء را بلند کنید ، نیروی بیشتری به یک طرف شانه وارد می شود که منجر به اعمال نیرویی در عرض ستون فقرات خواهد شد. برای جلوگیری از آن ، بازوهای خود را تقریباً با یک فاصله از هم نگه دارید مثل حالتی که بازوها از دو طرف بدن آویزان هستند طوری که وزن به طور یکسان توزیع شده و دقیقاً در مرکز آنها قرار گرفته باشد.

تثبیت مریض در بک بورد

مریضان که مصاب به ترصیضات ستون فقرات و یا گردن هستند به اندازه ۴۵ درجه به پهلو دور داده شود تماماً قسمت های بدن مریض یعنی سر ، گردن و ستون فقرات مریض به یک اندازه دور داده شود و بعداً بک بورد را برای مریض تثبیت نمائید.



تثبیت مریض در استریچر

- ♦ مریض باید توسط کمر بند در سه موقعیت در ایستریچر تثبیت گردد در قسمت صدر؛ ران و بند پای.
- ♦ در جریان انتقال دادن و یا حرکت دادن ایستریچر باید در قسمت بلند ترین موقعیت خود قرار گیرد.



اگر موقعیکه آماده می شوید جسمی را بلند کنید جسم بین هر دو بازو یا دقیقاً در مرکز شانه ها قرار نگرفته بدن خود را بچرخانید و یا به سمت چپ و راست حرکت کنید تا زمانی که وزن دقیقاً متوازن شود و در مرکز قرار گیرد. برای بلند کردن مصوّن و ایجاد «بلند کردن پر قدرت» باید مراحل زیر را بکار گیرید.

جهت بلند کردن استریچر یا بک بورد توجه به نکات ذیل داشته باشید

- ۱- پشت خود را در راستای مستقیم و طبیعی خود محکم کنید. از ماهیچه های شکمی خود برای قفل کردن آن استفاده کنید در حالی که کمی به سمت داخل انحنا دارد.
- ۲- پاهایتان را ۴۰-۳۵ سانتی متر از هم باز کنید و زانو بزنید تا تنه و بازوهایتان پایین تر بیایند.
- ۳- با بازو هایی که در هر دو طرف بدن به پایین کشیده شده استریچر و یا بکبورد را بگیرید طوری که کف دستهایتان به سمت بالا و تقریباً مجاور قسمت قدامی تنه شما قرار گیرد.
- ۴- وضعیت و حالت خود را تنظیم کنید تا جسم طوری قرار گیرد که وزن آن به طور مساوی به هر دو بازو منتقل شود.



- ۵- اگر لازم است دوباره وضعیت پاهایتان را تنظیم کنید طوری که در حدود ۳۵-۴۰ سانتی متر از هم فاصله داشته باشند و یک پا کمی جلوتر قرار گیرد و بچرخید تا اینکه شما و مرکز ثقل تان درست بین آنها قرار گیرد. اطمینان حاصل کنید که اشیاء بین دو پای شما قرار دارد، پاهایتان را صاف نگه دارید و وزن تان را به طرف پاهای تان توزیع کنید.
- ۶- با بازوهای که به طرف پایین کشیده شده و با راست کردن پاها تا زمانی که کاملاً ایستاده شده اید جسم را بلند کنید. اطمینان حاصل کنید که پشتتان در راستای مستقیم قرار دارد و قسمت فوقانی تنه شما قبل از مفصل ران بالا می آید.

اجرای بلند کردن صحیح

- ♦ پشتتان را به صورت راست به داخل محکم کنید. پاهایتان را کمی از هم باز و خم کنید. یک مورد را بگیرید و کف دستها را به سمت بالا و درست در مقابل خود بگیرید. مرکز وزن را بین بازوهای خود متوازن کنید.
- ♦ پاهایتان را طوری قرار دهید که اشیاء بین آنها قرار گیرد و وزن را توزیع کنید.
- ♦ پاهای خود را راست کنید اشیاء را بلند کنید و پشت خود را محکم کنید.

این مراحل را در هنگام گذاشتن استریچر روی زمین به طور معکوس انجام دهید همیشه بخاطر داشته باشید که هرگز از کمر خم نشوید. مصؤونیت شما و مریض بستگی به استفاده از تکنیک های صحیح بلند کردن، نگه داشتن و در دست گرفتن صحیح دارد. هنگامی که مریض را بلند و یا انتقال می کنید اگر به طور صحیح استریچر و یا مجروح را نگیرید قادر نخواهید بود که سهم درستی از وزن را نگه دارید و احتمال زیادی وجود دارد که ناگهان مجروح از یک یا دو دستتان رها شود. اگر موقتاً مجروح از یک دست یا دو دستتان رها شود، توزیع وزن و موقعیت استریچر ناگهان تغییر می کند و بقیه اعضای تیم باید به سرعت آنرا تا یک فاصله امنی از زمین نگه دارند تا از انداختن مجروح اجتناب



کنند. در نتیجه، نیروی عرضی ناگهانی خیلی زیادی ممکن است به ستون فقرات هر کدام از آنها وارد شود و باعث آسیب به قسمت تحتانی ستون فقرات شود.

برای بلند کردن مریض حد اکثر وزن را بالای دست های خویش قرار دهید.

هر یک از دستهای خود را زیر وسیله مربوطه قرار دهید در حالیکه کف دست شما رو به بالا باشد و انگشت شصت شما باز باشد دستتان را تا وقتی که انگشت شصت مانع شود به زیر وسیله مربوطه پیش ببرید. سپس انگشتان و شصت خود را با زاویه یکسان روی وسیله خم کنید. طوری که وسیله محکم در قوس کف دستتان قرار گیرد. زمانیکه استریچر و یا بک بورد را میگیرید باید دستانتان حداقل ۲۵ سانتی متر از هم فاصله داشته باشند. اگر پس از صاف کردن پاهایتان و ایستادن می خواهید اشیاء را بالاتر ببرید، باید در حالیکه آن را محکم در کف دستتان گرفته اید، بازوهایتان را از محل مفصل آرنج خم کنید. هرگز نباید بک بورد را در حالیکه کف دست رو به پایین است بگیرید. اگر در هنگام بلند کردن کف دستها روبه پایین باشد، بجای اینکه وزن روی کف دستها باشد روی انگشتان است. در این حالت، نوک انگشتان و شصت زیر دستگیر قرار می گیرد و اگر نیروی وزن باعث دور شدن آنها از هم شود؛ دستگیر از دست تان رها خواهد شد.

اگر می خواهید مجروح را از روی کمپل به بکبورد بلند کنید، باید او را در وسط کمپل قرار دهید و دو طرف کمپل را محکم بپیچانید با این روش یک دستگیر استوانه ای شکل درست می شود که به راحتی می توانید از آن برای بلند کردن مجروح استفاده کنید.

موقعیکه مجروح را مستقیماً بلند می کنید، باید او را محکم با دستتان بگیرید طوری که مطمئن شوید که مجروح از دستانتان رها نخواهد شد.

وزن و توزیع آن

تا جایی که امکان دارد باید از استریچر برای انتقال مریض استفاده کنید ولی در مواقعی که از استریچر استفاده شده نتواند شما باید قوانین انتقال مجروح را روی دوشک و یا بکبورد بدانید.

اگر مجروح در وضعیت خوابیده به پشت روی بک بورد قرار دارد یا در وضعیت نیمه نشسته روی بکبورد قرار گرفته است وزن آن در دو انتهای وسیله به طور یکسان توزیع نمی شود ۶۸ تا ۷۸ درصد وزن بدن یک مجروح در وضعیت افقی در قسمت تنه است. پس بیشتر وزن مریض روی نیمه ای از بک بورد است که سر مجروح قرار دارد و در نیمه دیگر که پاهای مجروح قرار دارد سبک می باشد.

در «روش انتقال لوزی» و یا اینکه وزن مریض زیاد باشد و یا فاصله بین امبولانس و مریض دور تر باشد مریض روی استریچر باید توسط چهار نفر طوری بلند و انتقال شود که یک نرس در سر استریچر، یکی در انتهای استریچر دونفر در دو طرف استریچر قرار داشته باشند

برای انجام روش انتقال لوزی این مراحل را انجام دهید

۱- برای بهترین توازن وزن دو نرس که در طرفین وسیله قرار دارند باید طوری قرار گیرند که بتوانند با یک دست خود لبه وسیله را در مجاورت لگن مجروح و با دست دیگر خود، لبه وسیله را در مجاورت قسمت میانی قفسه سینه مجروح بگیرند. هر چهار نفر وسیله را بلند میکنند در حالیکه صورتشان به سمت مریض است.

قوانین انتقال مجروح روی استریچر

- ♦ از وزنی را که باید بلند کنید و میزان توانایی افراد تیم تان آگاه باشید.
- ♦ حرکات خود را با دیگر اعضای تیم که با آنها مدام درارتباط هستید هماهنگ کنید
- ♦ بدن خود را در هنگام انتقال مجروح نچرخانید.
- ♦ وزنی را که انتقال میدهید تا حد ممکن نزدیک به بدن خود نگاه دارید در حالی که پشت خود را در راستای مستقیم نگاه داشته اید.
- ♦ مطمئن شوید که از قسمت مفصل ران خم و راست می شوید نه از قسمت کمر.
- ♦ زانوهای خود را در حالی که کمر در راستای مستقیم خود قرار دارد خم کنید.

انتقال مریضان که وزن زیاد داشته توسط بک بورد

- ♦ لازم است که شما و تیم تان از روش های صحیح بلند کردن بکبورد استفاده کنید.
- ♦ باید همچنین مطمئن شوید که اعضای تیم تان تقریباً قد و قدرت یکسانی دارند.



- ♦ از تیم چهار نفری استفاده کنید.
- ♦ روبروی هم بنشینید و از هر دو دست استفاده کنید.
- ♦ بک بورد را به ارتفاع بلند کنید.
- ♦ به جهتی برگردید که حرکت خواهید کرد و از یک دست استفاده کنید.

باید بک بورد را در حالی که پشتتان خم نشده بلند یا انتقال کنید. اگر مجبور هستید برای جبران عدم توازن وزن به یک طرف تان خود را خم کنید احتمالاً بیش از محدودیت وزن خود متحمل فشار می شوید. برای اجتناب از این حالت لازم است که کمک بیشتری بخواهید و یا دوباره روش انتقال را ارزیابی کنید در غیر این صورت به خود آسیب می رسانید و یا مجروح را می اندازید.

انتقال مجروح از دروازه یا راهرو باریک

- ♦ بنشینید طوری که رویتان به سمت مریض باشد تا زمانی که به سمت مسیر حرکت می کنید.
- ♦ اگر راه یا دروازه خیلی باریک باشد دو نفر که در طرفین بک بورد ایستاده اند لازم است که حرکت کنند یکی باید پهلوی نرس که در ابتدای بک بورد قرار دارد حرکت کند و در انتقال مریض به او کمک کند و دیگری باید در عقب حرکت کند و از پشت نرس که انتهای بک بورد را انتقال می کند در مسیر هدایت کند

اگر مجروح را از یک راه بسیار باریک انتقال می دهید ابتدا ایستاده شوید و دور بخورید تا در وضعیت اولیه خود، رو به مجروح قرار گیرید. سپس با قدمهای کوچک و کوتاه میتوانید از درون راهرو حرکت کنید. اگر دروازه، برای عبور دو نرس که در طرفین بک بورد قرار دارند خیلی باریک است یکی از آنها باید قبل از بک بورد از دروازه عبور کند. همانطور که سه نرس دیگر به آهستگی از میان دروازه عبور میکنند نرس که قبل از بک بورد وارد شده باید بک بورد را از طرف دیگر دروازه بگیرد قبل از اینکه نرس که هنوز در کنار بک بورد است به دروازه برسد و عبور کند.

موقعیکه باید یک مجروح را ارتفاع بالا به پائین می آورید و یا اینکه از پایین به بالا انتقال می دهید اگر ممکن است از ولچپرو یا دوشک استریچر استفاده کنید. در مواردی که مجبور هستید از یک بک بورد یا دوشک استفاده کنید باید بدن مجروح را توسط نوار های یا تسمه های استریچر محکم بسته کنید که هنگام انتقال مجروح از روی بک بورد نلغزد.

۱- یک نوار را با عبور از زیر بغل روی قسمت علوی تنه ، محکم کنید ، نوار نباید از روی بازوهای مجروح دور شود. نوار به دسته ها در دو طرف بک بورد طوری بسته می شود که مجروح به طرف انتهای بک بورد نلغزد. با نوار مجروح را محکم به بک بورد ببندید.

۲- موقعیکه مجروح را از بلندی به پایین انتقال می کنید بک بورد یا دوشک باید طوری گرفته شود که سر بک بورد بالاتر از انتهای آن قرار گیرد و نرس که انتهای بک بورد را گرفته ، حرکت را شروع کند.

۳- موقعیکه مجروح را از پائین به بالا انتقال می دهید ، بک بورد طوری گرفته می شود که باز هم سر بک بورد پائین تر از انتهای آن قرار گیرد ولی نرس که سر بک بورد را گرفته ، حرکت را شروع کند.

راهنمایی ها و دستورات برای انتقال مجروح

برای بلند کردن و انتقال مصون یک مجروح ، شما و تیم تان باید هر حرکتی را بفهمید و پیش بینی کنید. هر حرکت باید به صورت هماهنگ اجرا شود رهبر تیم باید بگوید که هر عضو تیم کجا قرار گیرد و قبل از اینکه چیزی را بلند کنند به سرعت و صدای بلند مراحمی را که اجرا خواهد شد بگوید تا مطمئن شود که تیم از کاری که قرار است انجام شود مطلع می باشند. اگر شما باید مجروح را طی مراحل مجزا بلند و انتقال کنید ، رهبر باید یک شرح اجمالی کوتاهی از مراحل را بدهد و سپس درست قبل از انجام آن مرحله ، جزئیات بیشتری را توضیح دهد. دستورات که قبل از بلند کردن یا انتقال واقعی یا هر تغییر قابل ملاحظه ای در حرکت داده می شود باید در دو مرحله داده شود : فرمان آمادگی و فرمان اجراء.

بطور مثال اگر رهبر تیم میگوید « همه برای توقف آماده باشند ، توقف » ، جمله « همه برای توقف آماده باشند » توجه شما را جلب میکند و مشخص می کند که چه کسی باید عمل کند ، و همه را برای اجرای عمل آماده می کند و بیان «توقف» لحظه دقیق اجرا را نشان می دهد دستورات اجرا باید با صدای بلندتر صادر شود. اغلب شمارش معکوس هنگام بلند کردن مجروح موثر است. برای اجتناب از گیج شدن در استفاده از شمارش معکوس ، همیشه روشن کنید که آیا عدد «سه» قسمتی از دستور آمادگی است یا مانند فرمان اجرا عمل میکند. شما می توانید بگویید «ما با شماره سه بلند می کنیم یک ، دو ، سه » یا « تا شماره سه می شمارم و سپس بلند می کنیم یک ، دو ، سه - بلند کنید »

دستورالعمل های دیگر بلند کردن و انتقال کردن

قبل از تلاش برای بلند کردن باید تخمین بزنید که مریض چقدر وزن دارد. معمولاً مریضان بزرگسالان بین ۴۵ تا ۹۵ کیلوگرم وزن دارند. اگر شما و دیگر نرس های بخش عاجل روشهای صحیح را بدانید این وزن را بدون خطر می توانید بلند کنید. که وابسته به قدرت فردی شما و نرس دیگری دارد ، حتی ممکن است با رعایت اصول مجروح سنگین تر را هم بلند کرده میتوانید. با این حال در صورت امکان بهتر است که از چهار نفر برای بلند کردن استفاده کنید. باید بدانید که چه وزنی را میتوانید به شکل درست و به راحتی بلند کنید و نباید سعی کنید که وزنی بیشتر از سهم خودتان ، بلند و یا انتقال دهید. اگر در هنگام بلند کردن احساس کردید که وزن مریض بیش از ظرفیت شما است اجرای بلند کردن را متوقف کنید و بخواهید که همکارانتان مریض را دوباره به زمین بگذارند. سپس قبل از اینکه کوشش کنید مریض را دوباره بلند کنید باید درخواست کمک اضافی کنید و با همکاران تان و سایر اشخاص که در صحنه موجود میباشد برای بلند کردن مریض تقاضا کمک نمائید.

صرف نظر از قدرت فردی نباید سعی کنید مجروح را که بیش از ۱۱۵ کیلوگرم وزن دارد را با کمتر از چهار نفر انتقال دهید در صورت که تیم شما دو نفری باشد از پایواز مجروح تقاضا کمک نمائید.

قوانین باید دارای روشهایی باشد که به سرعت کمک اضافی را برای بلند کردن یا انتقال کردن چنین مریض در اختیار تیم قرار دهد و یا در مورد مجروح که دچار مشکلات قلبی شده مراقبت لازم را در صحنه و هنگام حرکت و انتقال مجروح ارائه دهد. برعلاوه باید بدانید تجهیزات که در اختیار دارید چه مقدار وزن را میتوانند تحمل کنند و اینکه چگونه به مریضان که وزنشان بیش از قدرت شما است خدمات ارائه دهید. عموماً روش ها ، تجهیزات و منابع خاصی برای انتقال مریضان با وزن بیش از ۱۳۵ کیلوگرم به سوی آمبولانس لازم است که این منابع و تجهیزات باید به هنگام ورود شما فراخوانده شوند.

بعلت اینکه بیشتر از نیمی از وزن مریض در قسمت سر بک مورد است قویترین نرس باید در سربک مورد قرار گیرد. حتی در هنگام انتقال مریض با چهار نفر یا بیشتر فشار روی نرس است که سر وسیله را در دست دارد بخصوص هنگامی که باید به سلامت از یک منطقه باریک عبور شوید. در انتقال مجروح به بالا یا پایین پته ها ، به طور نسبی وزن سنگین تر به نرس وارد میشود که انتهای وسیله را انتقال میکند. باید پیش بینی این وضعیت را بکنید و در چنین مواردی دو نرس قویتر را در سر و انتهای بک مورد قرار بدهید. بخاطر سرشیوی مسیر پته ها ، اگر یک یا دو نرس به طور قابل ملاحظه ای تفاوت قد دارند بهتر است که نرس کوتاهتر در سرو نرس بلندتر در انتهای بک مورد قرار گیرد.

اگر احساس می کنید که به حداکثر توان خود برای بلند کردن نزدیک می شوید باید یا پس از تغییر دادن موقعیت خود نسبت به بک مورد یا پس از درخواست کمک اضافی ، مجدداً اقدام به بلند کردن و انتقال مجروح کنید. اگر امکان دارد برای انتقال مجروح روی پته ها به جای بک مورد از ولچر استفاده کنید.

انتقال مریض توسط ویلچر

- ♦ مریض را در ویلچر شانه و با نوارها انرا تثبیت نمائید : حداقل از دو کمر بند که یکی روی مفصل ران و دیگری در اطراف قفسه سینه بسته شده ، استفاده کنید. باید همچنین از روشهایی برای بازوها و دستها استفاده کنید تا مریض نتواند دستش را دراز کند و چیزی را بگیرد و باعث عدم تعادل تیم امبولانس شود.
- ♦ برای حمل مجروح توسط ویلچر ، تیم صحنی باید به ترتیب زیر قرار گیرند : یکی کنار سر مجروح و دیگری کنار پای مجروح. نرس که کنار سر مریض قرار گرفته وظیفه دارد برای هماهنگ کردن انتقال مریض نرس دیگر را راهنمایی کند.
- ♦ نرس سوم در عقب از دو نفری که ویلچر را انتقال می کنند می رود تا دروازه ها را باز کند و آنها را روی پته ها ی زینه راهنمایی کند. در فاصله های طولانی نرس سوم میتواند به ترتیب جایش را با اعضای تیم عوض کند تا دو نفر دیگر راحت تر حرکت کنند.
- ♦ موقعیکه به صحن حویلی یا راه رو عمومی آپارتمان می رسید ، ویلچر را روی زمین بگذارید و بعدا مریض را از ویلچر بالای استریچر و یا بک بورد جهت انتقال به امبولانس آماده سازید.
- ♦ مانند دیگر انتقال ها همیشه بخاطر داشته باشید که پشتتان را در راستای مستقیم نگه دارید و بجای اینکه کمرتان راخم کنید از قسمت مفاصل ران خم شوید. باید در قسمت زانوها خم شوید و وزن و بازوهایتان را تا اندازه ممکن نزدیک به بدنتان قرار دهید. سعی کنید که از هر بلند و انتقال کردن غیر ضروری مریض اجتناب کنید

اصول صحیح قرار گرفتن و کشیدن مجروح از یک فضای کوچک

موقعیکه از روش کشیدن بدن استفاده می کنید تا مریض را حرکت دهید ، همان اصولی که در هنگام بلند کردن و حمل کردن مریض استفاده می کردید را رعایت کنید : پشتتان باید همیشه راست باشد نه اینکه خمیده یا به پهلو خم شده باشد در ضمن نباید به اطراف تان دور بخورید تا اینکه مهره های کمر در یک راستا باقی بماند. موقعیکه به بالای سر مریض می رسید از کشیدن بیش از حد پشتتان خود داری کنید.

موقعیکه میخواهید مریض را که روی زمین در یک فضای تنگ است بکشید ، باید زانو بزیند تا فاصله تان با مریض کمتر شود برای اینکه فاصله تان به اندازه فاصله توصیه شده باشد به پیش بروید و مجروح را طوری بگیرید که آرنج هایتان درست مجاور قسمت قدامی تنه شما قرار گیرد. موقعیکه مجروح را که در ارتفاعی متفاوت با شما قرار دارد می کشید زانوهایتان را خم کنید تا اینکه مفصل ران شما کمی

پائین تر از سطحی که مجروح قرار دارد قرار بگیرد. در طول عمل کشیدن باید بازوهایتان بیشتر از ۳۵ تا ۴۵ سانتی متر بیشتر از تنه شما نباشد. دوباره پاهایتان را (یا زانوها اگر زانو زده اید) طوری قرار دهید که نیروی کشش به طور مساوی بین دو بازو متوازن شود و خط کشیدن در مرکز آنها قرار گیرد. مجروح را با خم کردن آرام بازوهایتان بکشید. وقتی دستهایتان به قسمت قدامی تنه تان رسید دست تان را نگهدارید و به اندازه ۳۵ تا ۴۵ سانتی متر به طرف عقب بروید. موقعی که در موقعیت صحیح قرار گرفتید، مراحل را تکرار کنید. از موقعیتهای که نیروی طاقت فرسایی را به مدت بیشتر از یک دقیقه بر بدن شما وارد می کنند پرهیز کنید تا آسیبی به شما نرسد.

اگر میخواهید مجروح را در عرض یک تخته بکشید روی تخته زانو بزنید تا به کمتر از فاصله توصیه شده برسید. سپس مراحل توضیح داده شده را دنبال کنید تا زمانی که مجروح را به اندازه ۳۵ تا ۴۵ سانتی متری در لبه تخت برسانید سپس میتوانید عمل کشیدن را در حالی که کنار تخت ایستاده اید کامل کنید بجای اینکه مجروح را بوسیله لباسهایش بکشید از کمپل یا پتوی که در زیر تنه مجروح قرار دارد برای این منظور استفاده کنید.

گرفتن و کشیدن مصون

- ♦ زانو بزنید تا مجروح را که روی زمین است بکشید.
- ♦ هنگام کشیدن، آرنج هایتان باید تنها تا مقابل تنه تان کشیده شود.
- ♦ زانوهایتان را خم کنید تا مجروح را بکشید که در ارتفاعی متفاوت با شماست.
- ♦ پاها یا زانوهایتان را طوری قرار دهید که نیروی کشیدن را متوازن کنید.

حرکتهای لازم در مواقع عاجل

هنگامی که خطر آسیب شدید مرگ بالقوه در صحنه وجود دارد باید قبل از انجام ارزیابی اولیه و مراقبتهای لازم، با حرکات عاجل، مجروح را از صحنه حادثه خارج کرده و به مکان امنی منتقل کنید. وجود آتش، مواد منفجره، یا مواد خطرناک و ناتوانی شما برای حمایت از مجروح از دیگر خطرهای یا دستیابی به مجروحین که در وسیله نقلیه گیر افتاده اند و احتیاج به مراقبت های حیاتی دارند، همه شرایطی هستند که در آن باید از یک حرکت عاجل استفاده کنید.

تنها زمان دیگری که باید از حرکت عاجل استفاده کنید زمانی است که نمی توانید به درستی مجروح را ارزیابی کنید یا نمی توانید مراقبتهای ویژه عاجل و حیاتی را بعلت مکان یا موقعیت نامناسب مجروح ارائه دهید.

اگر شما در صحنه تنها هستید و با خطری مواجه هستید لازم است که از یک حرکت عاجل استفاده کنید و بدون توجه به آسیب های مجروح، او را بر روی زمین در راستای محور طولی بدن بکشید. این کمک میکند که ستون فقرات حتمی الامکان در راستای مستقیم حفظ شود.

موقعیکه یک «حرکت عاجل» را اجرا میکنید ، یکی ازوخیم تر شدن آسیب مهره های ستون فقرات است. اگر مهره های ستون فقرات مجروح را با استفاده از تجهیزات بی حرکت سازید و یا به اندازه کافی ، بی حرکت ساخته اید ، غیر ممکن است که بتوانید او راسریعاً از داخل وسیله نقلیه خارج کنید. با این حال ، اگر دستورالعمل های ویژه را در طول حرکت دنبال کنید ، معمولاً میتوانید مجروح را از شرایط تهدید کننده حیات بدون وارد کردن آسیب بیشتر نجات دهید.

می توانید مجروح را بر روی پشتش در امتداد زمین با استفاده از روشهای زیر حرکت دهید :

- ♦ لباس مجروح را از ناحیه گردن و شانه بکشید
- ♦ مجروح را داخل یک پتو ، یا چیز دیگری بگذارید تا بتوانید آنرا کش کنید.
- ♦ بازوهای مجروح را دور بدهید طوری که بر روی زمین قبل از سرش کشیده شود ،مچ هایش را بگیرید و با بازوهای که بالاتر از زمین است مجروح را بکشید
- ♦ بازوهایتان را زیر شانه های مجروح قرار دهید و از طریق زیر بغل های مجروح در حالی که ساعدهای بیمار را گرفته اید ، او را به عقب بکشید.

روشهای کشیدن

- ♦ کشیدن مجروح توسط لباس به حالت عاجل
- ♦ بکشیدن مجروح توسط پتو
- ♦ کشیدن مجروح توسط بازوها
- ♦ کشیدن مجروح توسط بازو به بازو

بیرون کشیدن مجروح که در داخل موتر گیر مانده است

اگر تنها هستید و باید مجروح که بیهوش است را از یک موتر بیرون آورید باید اول پاهای مجروح را حرکت دهید طوری که از برک ویا اکسلتر موتر جدا شوند و در مقابل چوکی قرار گیرند. سپس مجروح را بچرخانید طوری که پشتش به سمت دروازه باز موتر قرار بگیرد. سپس بازوهایتان را از میان زیر بغل ها عبور دهید و سر مجروح را به بدنتان تکیه دهید

در حالیکه وزن مجروح را تحمل میکنید مجروح را از چوکی به بیرون بکشید. اگر رانها و پاها براحتی از موتر خارج می شوند میتوانید به سرعت مجروح را به یک مکان امن با ادامه این روش بکشید

اگر پاها و زانوها به راحتی از موتر جدا نشوند می توانید به آرامی مجروح را پایین بیاورید تا زمانی که روی پشتش کنار موتر دراز بکشد و سپس ،پاها را از وسیله نقلیه جدا کنید. و همانطور که قبلاً توضیح داده شد ، او را از محور طولانی بکشید و به فاصله امنی از وسیله نقلیه ببرید.

بنداز

تعریف بنداز

بسته بندی نقاط آسیب دیده عضویت جهت ثابت و یا پاک نگهداشتن محل پانسمان و یا جلوگیری از حرکت ناحیه مافه را بنداز گویند.

اهداف بنداز

- ♦ تثبیت پانسمان روی زخم یا ناحیه مافه با بستن اتل در ناحیه.
- ♦ جلوگیری از پندیده گی ناحیه مافه و ضایعات بیشتر مایعات عضویت.
- ♦ وسیله خوب جهت تحت فشار قرار دادن ناحیه مافه و جلوگیری از خون ریزی های بیشتر.
- ♦ وسیله خوب جهت غیر متحرک ساختن ناحیه مافه و جلوگیری از ترضیضات بعدی.

نکته قابل توجه برای کارکنان صحنه

- ♦ انتخاب بنداز باید به اساس نوع زخم باشد.
- ♦ بنداز را در هنگام بستن بسیار شل و بسیار محکم بسته نکنید.
- ♦ انتهای بنداز را باید توسط نوک ان و یا اشیا چسپناک محکم کنید.
- ♦ ناحیه که بنداز را تثبیت کرده اید بعد از هر ۱۰ دقیقه بعد ارزیابی نمائید در صورت که نبض ضعیف ؛ کبودی و کم رنگ شدن جلد نزد مجروح ملاحظه گردید عاجلا بنداز را باز نمائید.

انواع بنداز

۱- بنداز نواری

- ♦ از این نوع بنداز در زخم های تماما نقاط بدن استفاده شده و با سایز های مختلف موجود بوده و خصوصا برای تثبیت زخم های که بصورت پیچی باشد استفاده زیاد دارد.

بنداز نواری ساده:

که بیشترین موارد استفاده را داشته و به عرض های مختلف میباشد.

بنداز های کتانی

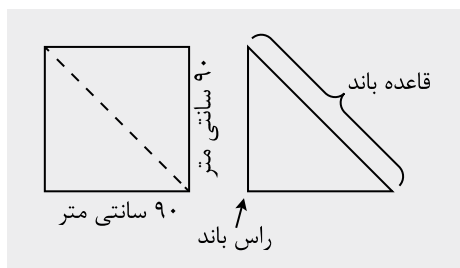
محکم و غیرقابل کش میباشد و به سایز های مختلف میباشد.

بنداز های نواری الاستیکی

جهت فشردن اعضای عضویت بکار گرفته میشود مثلا ترضیضات بسته و پندیده گی ها و برای زخم های باز از این نوع بنداز استفاده نمی گردد.

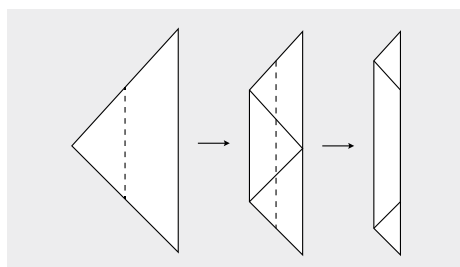
۲- بنداژ های مثلثی

از این نوع بنداژ در تمام نقاط عضویت قابل استفاده می باشد مثلا تثبیت کردن عضو ، بستن اتل و یا بستن پانسمان استفاده می گردد.



۳- بنداژ نواری شکل باز

که بیشتر در قسمت اویزان کردن دست در گردن استفاده می گردد.



اشکال مختلف بنداژ

۱- بنداژ نواری یا قسمت فوقانی بازو

هدف از این نوع بنداژ ابتدا تثبیت پانسمان روی زخم بوده و سپس برای جلوگیری از لغزش و تماس با عضویت استفاده می گردد و جهت استفاده آن از پائین به بالا تثبیت می گردد و برای بستن نواحی ساعد ؛ ران ؛ ساق پای قابل تطبیق است.

۲- بنداژ ساعد دست



۳- بنداژ ارنج دست



۴- بنداژ پای

در این نوع بنداژ عضو را از قسمت پائین آن آغاز نموده بطرف بالا بنداژ را به ترتیب دور داده می‌رویم.



۵- بنداز کف دست



۶- بنداز کاسه سر یا بنداز سه گوشه

در این میتود بنداز سه گوشه را از قسمت متوسط بالای پیشانی مریض قرار داده و به اندازه ۲ سانتی لبه انرا بطرف بیرون دور داده و قسمت نوک های بنداز را بطرف پشت گردن مریض دور بدهید و دو باره نوک انرا بطرف پیشانی دور داده در پیشانی مریض گره زده شود و قسمت اخری بنداز که در پشت گردن او یزان است در قسمت عقب سر گره زده شود.



۷- بنداز دست

از این نوع بنداز برای شکسته گی های بازو ، ارنج و مچ دست استفاده بعمل می آید.



اسپلنت دست



بنداز شانه



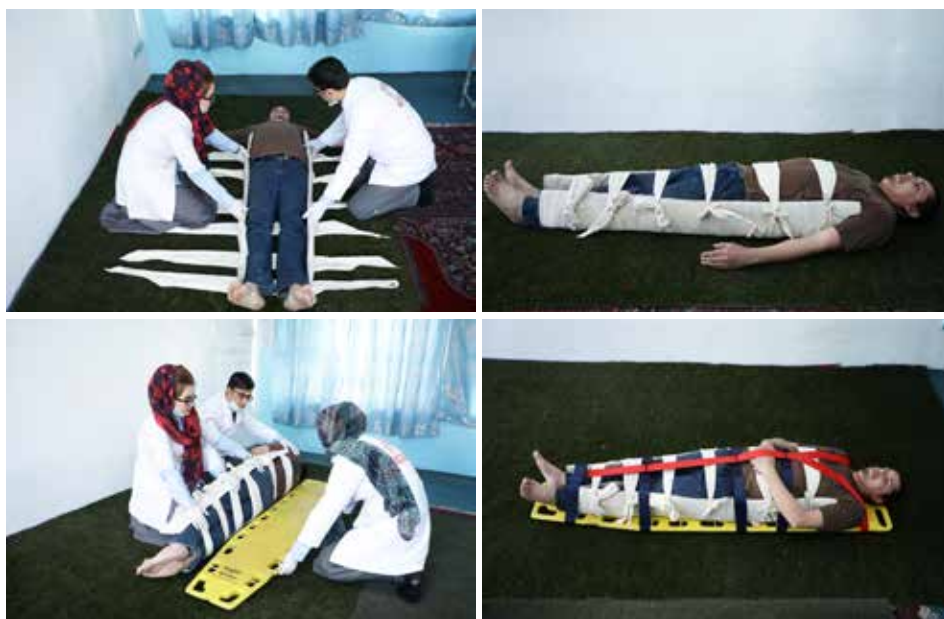
اسپلنت پای



تثبیت نک کالر



تثبیت کسر حوصله و ستون فقرات



بخش اتل بندی

تعریف اتل

هر وسیله که برای تثبیت نگهداشتن عضو شکسته به کار میرود اتل نام دارد.

انواع اتل

۱- اتل آماده

- ♦ اتل خشک ماننده (فلز و چوب)
- ♦ اتل نرم ماننده (پتو و کالا)
- ♦ اتل کشی ماننده (نوع اتل سیمی قابل تنظیم)
- ♦ اتل بادی ماننده (یک کیسه پلاستیکی دولایه)
- ♦ اتل سیمی که برای هر عضو بصورت جداگانه ترتیب شده است.
- ♦ اتل بانندی.

۲- اتل دست ساز

در صورت که اتل در دسترس قرار نداشته باشد و به اساس ضرورت در صحنه اتل که ساخته میشود اتل دست ساز یادمیگردد.

علل استفاده از اتل

اتل میتواند از عوامل ذیل جلوگیری بعمل آید.

- ♦ صدمه زدن به عضلات ؛ اعصاب و اوعیه توسط انتهای استخوان شکسته.
- ♦ پارگی پوست در شکستگی بسته و تبدیل آن به شکستگی خطرناک باز.
- ♦ کم شدن فشار خون به علت فشار قطعات شکسته استخوان به عروق شعریه.
- ♦ خون ریزی در بافت ها به علت ثابت نبودن دو سر استخوان شکسته شده.
- ♦ درد زیاد حاصل از حرکت انتهای آزاد استخوان شکسته شده.
- ♦ فلج دست ها و پا ها به علت صدمه دیدن نخاع در شکستگی ستون فقرات.

نکات مهم در بستن اتل

- ♦ طول و عرض اتل مناسب به محل آسیب باشد.

- ♦ اتل فاقد زاهده باشد.
- ♦ قبل از تثبیت اتل زخم ها باید پانسمان شود.
- ♦ در صورت تورم ساعت انگشتر و سایر وسایل تزئینی وجود باید خارج گردد.
- ♦ اتل باید روی لباس تثبیت گردد.
- ♦ اتل باید از انتها به ابتدا اندام باند پیچی و بسته گردد.
- ♦ قبل و بعد از تثبیت باید نبض کنترل گردد.
- ♦ اتل باید یک مفصل پائین تر و یک مفصل بالا تر از محل شکستگی را ثابت نگهدارد.
- ♦ در صورت استفاده از اتل بادی فشار داخلی آن بطور دوام دار باید بررسی شود.

بسته کردن مریض

این میتود برای اشخاص که مریضان روانی نبوده اما از اثر تداوی های دوامدارسیستم اعصاب مرکزی شان متضرر گردیده زندگی شان به خطر مواجه شده است استفاده بعمل میآید و از تداوی و یا معاینات خود جلوگیری میکنند که باعث وخامت مریضی شان شده و برای حیات مریض و فامیلش خطرناک میباشد، استفاده صورت گرفته جهت انتقال همچو مریضان ابتدا باید مریض تثبیت و یا با ریسمان ویا فیته نرم بسته شده و جهت تداوی به مراکز صحتی انتقال گردد در صورت ضرورت از نیروهای امنیتی کمک در خواست گردد.

- ۱- ساحه را از اشخاص که از فامیل مریض ویا در صحنه حضور دارند تخلیه گردد.
- ۲- قبل از اجرای هر عمل ابتدا یک پلان ترتیب نموده رهبر تیم مشخص و وظیفه اعضای تیم نیز مشخص گردد.
- ۳- دادن فشار بالای مریض ترجیح داده میشود خصوصا در ابتداتا مریض از طریق فشار تحت کنترل آورده شود، اما متوجه باشید که مریض را لت وکوب نکنید.
- ۴- اول کوشش کنید که مریض را از لباس و یا آستین وی محکم بگیرید در صورت که مریض آرام نشد از بازو و یا گردن اومحکم بگیرید و بعد از هر ده دقیقه بعد سیستم تنفسی و دورانخون مریض را ارزیابی نمائید.
- ۵- مریض را از نظر داشتن اسلحه و یا اشیای نوک تیز تلاشی نمائید.
- ۶- در صورت که وضعیت مریض خراب میشود مریض را به پهلوی دیگر دور داده و هیچگاهی از دست بند آهنی استفاده نگردد.
- ۷- مریض را به استریچر محکم بسته نمائید کوشش گردد که مریض را از قسمت شانه ، حوصله وپاها در استریچر تثبیت نمائید و تثبیت کردن مریض باید برپشت خوابانیده صورت گیرد.

۸- از تثبیت کردن مریض در وسایل متحرک مثل بک بورد جلوگیری بعمل آید زیرا مریض با آن امکان دارد فرار کند.

۹- مریض یک بار که بسته گردید الی انتقال به شفاخانه باز نگردد.

۱۰- کسیکه مریضا محکم گرفته است همایش کمک کنید در صورت که مریض استفراغ میکند آنرا سکشن کنید.

۱۱- هرچه عاجل تر مریض به شفاخانه انتقال گردد.

۱۲- در جریان انتقال کوشش گردد تا مریض غیر متحرک ؛ خاموش و به دقت به شفاخانه انتقال گردد.

طرز العمل های استاندارد امبولانسی

طرز العمل استاندارد شماره (۱)

۱- عنوان

سوپر شویی امبولانس ها

۲- پالیسی و مقاصد

- ♦ تماما امبولانس ها جهت اجرای وظایف باید هفته یک بار بصورت منظم سوپر شویی گردد .
- ♦ هر تیم امبولانس بعد از ختم وظایف ۲۴ ساعته بصورت منظم پاک و منظم به تیم بعدی و در صورت که تیم موجود نباشد به مدیریت امبولانس ها تسلیم داده شود .

۳- مسئولیت ها

- ♦ نرس امبولانس.
- ♦ درپور امبولانس.

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استاندارد عمل	مسؤل
۱	خود را مطمئن سازید که مواد شوینده طبق چک لیست در الماری سوپر شویی موجود باشد .	ارتباط دارد	مدیر امبولانس ها
۲	قبل از توقف امبولانس بالای چای سوپر شویی کال سنتر را از سوپر شویی امبولانس راپور بدهید .		نرس
۳	از لباس سوپر شویی طبق نورم استفاده کنید .		نرس و درپور
۴	تماما مواد مصرفی طبی و تجهیزات طبی امبولانس را از امبولانس بیرون نموده در جای معین ان بگذارید .		نرس
۵	اشیای که قابل شستشو میباشد توسط اب جاری و مایع پاک کننده شستشو گردد مثلا سکشن ماشین و استریچر امبولانس .		نرس

نرس	تماما وسایل را طبق چک لست ترتیب و تنظیم نموده در صورت که یکی از وسایل قابل استفاده نباشد یا تاریخ ان تکمیل شده باشد تعویض گردد .	۶
نرس	کابین امبولانس شستشوی آن مربوط نرس امبولانس است .	۷
دریور	ساحات بیرونی امبولانس و کابین پیشرو مربوط دریور امبولانس است .	۸
دریور	دریور امبولانس طبق چک لست ساهات که مربوط اش میباشد پاک کاری و با مایع پاک کننده و اب جاری شستشو نمایید .	۹
نرس و دریور	در ختم سوپرشویی تماما اجناس در جای مناسب ان گذاشته شود.	۱۰
نرس و دریور	برای اجرای این کار حد اکثر (۳۰) دقیقه در نظر گرفته شده است .	۱۱
نرس	در ختم سوپر شویی کال سنتر را جهت آماده بودن به اجرای وظیفه راپور دهید .	۱۲
نرس و دریور	هر فی امبولانس روز مره در ختم وظیفه توسط اب جاری شستشو گردد .	۱۳
نرس و دریور	هر فی امبولانس در هر هفته یک بار توسط مایع پاک کننده و اب جاری سوپرشویی گردد .	۱۴

طرز العمل استندرد شماره (۲)

۱- عنوان

انتقال مریض و مجروح توسط تیم امبولانس از محل واقعه به مراکز صحت .

۲- پالیسی و مقاصد

کاهش وقوعات مرگ و میر قبل از شفاخانه یی

۳- مسؤلیت ها

- ♦ نرس امبولانس
- ♦ دریور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	قبل از تسلیمی امبولانس خود را مطمین سازید که امبولانس شماعوارض تخنیکی نداشته باشد .	ارتباط دارد	دریور امبولانس
۲	تماما وسایل تخنیکی امبلانس و تانکی انرا جهت تکمیل بودن به اساس جک لست ارزیابی کنید .		دریور امبولانس
۳	قبل از اجرای وظیفه خود را مطمین سازید که در کابین امبولانس تماما تجهیزات و مواد مصرفی طبی طبق چک لست تکمیل باشد.		نرس امبولانس
۴	ادرس مکمل از کال سنتر اخذ گردد .	ارتباط دارد	دریور امبولانس
۵	در جریان روز سه دقیقه و درجریان شب پنج دقیقه در حالات عادی تیم امبولانس مرکز خویش را جهت اجرای وظیفه داده شده از طرف کال سنتر ترک نماید .		تیم امبولانس
۶	زمانیکه در محل وظیفه به اساس ادرس داده شده ازطرف کال سنتر میرسید خود را مطمین سازید که محل واقعه برای شما ؛ امبولانس تان و تما شا گران مسون میباشد .		نرس امبولانس ها

نرس امبولانس	ارزیابی ابتدایی را نزد مریض انجام دهید .	۷
نرس امبولانس	ارزیابی ثانوی را در نزد مریض انجام دهید .	۸
تیم امبولانس	بعد از تشخیص احتمالی بالای مریض کمک های اولیه طبی را طبق استاندارد های کاری کابل امبولانس در محل واقع برای مریض انجام دهید .	۹
تیم امبولانس	مریض را در استریچر طبق استاندارد تثبیت نموده داخل امبولانس سازهید در صورت که وزن مریض زیاد باشد از پایواز آن طلب کمک شوید .	۱۰
دریور امبولانس	کال سنتر را از اجراءات که صورت گرفته باخبر ساخته از حرکت خویش به طرف شفاخانه که مریض مربوط به آن میشود اطلاع دهید .	۱۱
تیم امبولانس	در صورت که وضعیت مریض خراب باشد و مریض هر چه عاجل به یک مرکز صحتی انتقال گردد اجازه روشن کردن لایت و الارم از کال سنتر اخذ گردد .	۱۲
نرس امبولانس	در جریان راه الی رسیدن به شفاخانه مریض را کمک کنید .	۱۳
نرس امبولانس	فورم مریض را که شامل دو ورق میباشد به اساس تشخیص ؛ تاریخچه و عرضه خدمات که انجام داده اید درج فورم مریض نمایید .	۱۴
نرس امبولانس	زمانیکه در شفاخانه رسیدید مریض را در بخش مربوطه آن همرا با استریچر انتقال داده راپور خلاصه از اجراءات خویش به داکتر نوکریوال جهت سهولت های بعدی ارایه بدارید	۱۵
نرس امبولانس	فورم اصلی را تسلیم داکتر نوکریوال نموده در کاپی امضا تسلیم شد داکتر نوکریوال را اخذ بدارید	۱۶
نرس امبولانس	کال سنتر را از تسلیمی مریض به شفاخانه که مریض را تسلیم نموده اید و آماده گی خویش را برای وظایف بعدی و یا حرکت بطرف استیشن مربوطه را گزارش دهید.	۱۷

طرز العمل استاندارد شماره (۳)

۱- عنوان

ترمیم ؛ حفظ مراقبت و سرویس امبولانس ها

۲- پالیسی و مقاصد

- ♦ فعال بودن امبولانس ها جهت عرضه خدمات عاجل طبی قبل از شفاخانه سس بطور ۲۴ ساعته .
- ♦ امبولانس ها همه روزه قبل از تسلیمی ان توسط تیم امبولانس در ورکشاپ کابل امبولانس ارزیابی صورت گیرد .
- ♦ هر امبولانس بعد از تکمیل گردن ۵۰۰۰ کیلومتر سرویس گردد (مواد سرویس طبق استاندارد های ورکشاپ کابل امبولانس تهیه گردد)

۳- مسؤولیت ها

- ♦ مدیر ترانسپورت
- ♦ مدیر تدارکات
- ♦ مسؤل ورکشاپ
- ♦ دریور سجیلی

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	مطمین شدن از مقدار بودجه کافی جهت ترمیم و سرویس امبولانس ها .	ارتباط دارد	مدیر ترانسپورت
۲	خود را مطمئن کنید که هر امبولانس یک لاگ بوک جداگانه در ورکشاپ دارد تا زمان فعالیت و ترمیم کردن و حفاظت آنها را درج راجستر شود. لاگ بوک را به صورت منظم update نمایید. و این لاگ بوک برای حد اقل برای دوسال آینده همراهی خود حفظ کنید.		مسؤل ورکشاپ مدیر ترانسپورت

۳	برای ترمیم و سرویس امبولانس ها همراهی یک کمپنی مناسب قرار داد را ترتیب کنید و برای این کمپنی باید یک بودیجه محفوظ داشته باشید. یک کاپی قرار داد و لایحه وظایف را همراهی خود در گدام نگهدارید.	مسؤل تدارکات
۴	برای ترمیم و سرویس امبولانس ها پلان ترتیب نمایید. پلان باید موجود و عملی گردد. هر مرتبه ترمیم کردن و سرویس امبولانس باید مستند باشد. و باید یک سند خوب برای مآخذ آینده در فایل خود نگهدارید.	مدیر ترانسپورت مسؤل ورکشاپ
۵	پلان ترمیم و نگهداری را لست و سامان داغمه طبق اصول برای معتمد داغمه جات طی مراحل گردد .	دریور امبولانس
۶	خود رامطمئن سازید که حد اقل برای شش ماه پزره جات و روغنیات اضافی در دیپو موجود است. لست سامان های اضافی باید ترتیب و مصرف هر قسمت ان باید همراهی تاریخ تعویض کردن آن موجود باشد.	مسؤل جنسی
۷	همه روزه از طرف صبح امبولانسهای که درطول ۲۴ ساعت گذشته وظیفه اجرا کرده است توسط انجنیر تخنیکی ورکشاپ چک گردد در صورت که عواض تخنیکی میداشته باشد جهت ترمیم توقف گردیده و دریور مربوطه ورق ترمیم امبولانس را به مدیریت ترانسپورت طی مراحل تمایید .	نوکیروال ورکشاپ
۸	مدیریت ترانسپورت تماما مورد ضرورت امبولانس را تکمیل کرده تسلیم مسؤل ورکشاپ جهت ترمیم امبولانس نماید .	مدیر ترانسپورت

مسؤل ورکشاپ		۹ ترمیم امبولانس به اساس پلان به سه بخش تقسیم گردد . پلان الف : ان عده امبولانس های را که شاملین ترمیمیات کوچک باشد که حد اعظمی ان یک ساعت را در بر گیرد . پلان ب : ان عده امبولانس های را که شاملین ترمیمیات متوسط باشد که حد اعظمی ان یک روز را در بر گیرد . پلان ج : ان عده امبولانس های را که شاملین ترمیمیات بزرگ باشد که حد اعظمی ان یک هفته را در بر گیرد .	
مسؤل ورکشاپ		۱۰ امبولانس توسط تیم نوکریوال ورکشاپ روز مزه ارزیابی گردد در صورت کدام عواض تخنیکی دریور امبولانس به مسئول ترانسپورت راپور تحریری مشکلات امبولانس را جهت ترمیم ان ارایه بدارد تا طبق اصول اسناد طی مراحل گردیده پرزه جات و یا روزغنیات در دسترس ورکشاپ قرار گیرد .	
مدیر ترانسپورت		۱۱ به سوالهای مسئول جنسی و معتمد پاسخ بدهید و اگر ضرورت بود به سطح بالا هم راپور داده میتوانید تصامیم به موقع اتخاذ گردد.	
مدیر ترانسپورت		۱۲ خود را مطمئن سازید که تعداد مجموعی امبولانس فعال میباشد .	
		۱۳ امبولانس های فعال تسلیم مدیریت امبولانس ها گردد .	
		۱۴ تا زمان که امبولانس ها غیر فعال است تسلیم مدیریت ترانسپورت میباشد .	

طرز العمل استندرد شماره (۴)

۱- عنوان

ترمیم و حفظ مراقبت مخابره UHF امبولانس ها ؛ استیشن های فرعی و مرکز خدمات کابل امبولانس.

۲- پالیسی و مقاصد

- ♦ فعال بودن مخابره امبولانس ها جهت هماهنگی خوب و به موقع .

۳- مسئولیت ها

- ♦ مدیر مخابره
- ♦ مسؤل IT
- ♦ دریور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	مطمئن شدن از مقدار بودجه کافی جهت ترمیم و حفظ مراقبت سیستم مخابره کابل امبولانس .	ارتباط دارد	مدیر مخابره
۲	خود را مطمئن سازید که هر رادیو و هندست یک لاگ بوک جداگانه در مدیریت مخابره دارد تا زمان فعالیت و ترمیم کردن و حفاظت آنها را درج راجستر شود. لاگ بوک را به صورت منظم update نمایید. و این لاگ بوک برای حد اقل برای دو سال آینده همراهی خود حفظ کنید.		مدیر مخابره
۳	برای ترمیم و حفظ مراقبت رادیو و هندست ها همراهی یک کمپنی مناسب قرار داد را ترتیب کنید و برای این کمپنی باید یک بودجه محفوظ داشته باشید. یک کاپی قرار داد و لایحه وظایف را همراهی خود در گدام نگهدارید.		مدیر مخابره
۴	برای ترمیم و حفظ و مراقبت سیستم مخابره پلان ترتیب نمایید. پلان باید موجود و عملی گردد. هر مرتبه ترمیم کردن و حفظ مراقبت باید مستند باشد. و باید یک سند خوب برای ماخذ آینده در فایل خود نگهدارید.	ارتباط دارد	مسؤل IT

مدیر مخابره		۵	پلان ترمیم و حفظ مراقبت را لست و سامان داغمه طبق اصول برای معتمد داغمه جات طی مراحل گردد .
مدیر مخابره		۶	خود رامطمئن سازید که حد اقل برای شش ماه هند ست و رایو اضافی در دیپو موجود است. لست سامان های اضافی باید ترتیب و مصرف هر قسمت ان باید همراه تاریخ تعویض کردن آن موجود باشد.
مسؤل IT		۷	مسؤل IT روز مره رادیو ها استیشن ها و امبولانس ها را ارزیابی نمایید تا در صورت کدام عواض تخنیکی مشکل رفع گردد.
تیم امبولانس		۸	امبولانس توسط تیم کال سنتر روز مزه ارزیابی گردد در صورت کدام عواض تخنیکی دریور امبولانس به مدیر مخابره راپور تحریری مشکلات مخابره را جهت ترمیم ان ارایه بدارد تا طبق اصول اسناد طی مراحل گردیده پرزه جات در دسترس IT قرار گیرد .
تیم امبولانس		۹	به سوالهای مسؤل جنسی و معتمد پاسخ بدهید و اگر ضرورت بود به سطح بالا هم راپور داده میتوانید تصامیم به موقع اتخاذ گردد.
مدیر مخابره		۱۰	خود را مطمئن سازید که رادیو استیشن های فرعی ؛ مرکز خدمات کابل امبولانس و امبولانس ها فعال میباشد .

طرز العمل استاندارد شماره (۵)

۱- عنوان

مدیریت وقایع کتلی

۲- پالیسی و مقاصد

اولویت دادن به مجروحین وخیم به اساس حق تقدم.

۳- مسئولیت ها

- ♦ نرس امبولانس
- ♦ درپور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	اولین امبولانس که در محل واقعه میرسد تیم لیدر محل واقعه است .	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۲	ارزیابی مسونیت ساحه .		
۳	هماهنگی با نیروهای امنیتی و تماشاگران محل واقعه .		
۴	سروی نمودن تعداد مجروحین و گزارش به کال سنتر جهت منابع اضافی .		نرس امبولانس
۴	تریاز : ۱- تریاز بصورت گروهی . ۲- تریاز بصورت انفرادی .		نرس امبولانس
۵	۱- تریاز بصورت گروهی : قدمه اول : ان عده مجروحین که به خدمات صحی ضرورت دارند در ساحه امبولانس بیایند. مجروحین که بطرف امبولانس میایند اینها ممکن است جروحات جزئی داشته باشند که نیاز به پانسمان زخم و یا شکستگی اعضا که نیاز به ارجاع بسته و غیرمتحرک ساختن را داشته باشد. مجروحین این کتگوری وقت مناسب داشته و شامل کارت سبز میباشد که این ها در حالت انتظار قرار میگیرند .		نرس امبولانس

نرس امبولانس	ارتباط دارد	قدمه دوم : ان عده از مجروحین که در ساحه کتلوی هستند صرفا دست و پا پای خود را تکان دهند. افراد که دست و پا پای خود را تکان میدهند از جمله مجروحین شامل poly trauma طبیعت کمتر وخیم، مثلاً شکستگی های عظام ، جروحات اعضا با ضیاع زیاد خون ، جروحات وجه ، جروحات ستون فقرات و غیره بوده این کتگوری مجروحین شامل کارت رنگ زرد میباشد مریضان این کتگوری وخیم اما نه حالت تهدید کننده حیات میباشد در لین انتظار قرار میگیرند .	۶
نرس امبولانس		۲- تریاژ بصورت انفرادی : قدمه سوم : مجروحین که در محل واقعه باقی میمانند از جمله مجروحین مورد هدف هستند که تریاژ بصورت انفرادی بالای شان انجام میگردد . مجروحین که کارت سرخ میگیرند : شامل trauma poly جروحات راس ، صدر، بطن، کسور عظام بزرگ با خونریزی شدید و غیره اند. این بیماران نیاز به احیای مجدد فوری و اقدامات حمایتی دارند. حدود ۱۰٪ از این ها قابل نجات نیستند .	۷
نرس امبولانس		قدمه چهارم : مجروحین که کارت انتظار میگیرند : این ها شامل کتگوری چهارم میباشد مجروحین که طبیعت وخیم داشته و تماما منابع را به مصرف میرسانید اما نتیجه بین ۱۰ فیصد و یا صفر میباشد یعنی هر قدر منابع را بالای همچو مجروحین بمصرف برسانید در جریان راه و یا رسیدن به شفاخانه مجروح فوت مینمایید و این نوع مجروحین دارای کارت خاکستری و یا انتظار میباشد یعنی زمانیکه کارت سرخ زرد و سبز از محل واقعه ختم گردیده مجروحین که کارت خاکستری دارند انتقال گردد مثال مجروحین که احشای مغز سر ان قابل دید باشد .	۸

نرس امبولانس		۹ قدمه پنجم : مجروحین که کارت سیاه میگیرند: ابتدا بالای این مجروحی سروی اولی را انجام داده سه تنفس مصنوعی و یک دور مساژ قلبی را انجام داده در صورت که علایم حیاتی پیدا نکرد شامل کارت سیاه میباشد که ساحه جداگانه برای اجساد تعیین نموده و تماما اجساد را در ساحه تعیین شده انتقال داده .
نرس امبولانس		۱۰۰ امبولانس های که به تعقیب امبولانس اولی در محل واقعه حضور پیدا میکند به اساس هدایت تیم لیدر و کارت تریاژ ابتدا کارت سرخ بعدا کارت زرد ؛ سبز و انتظار را کمک های اولیه برای شان انجام داده به اساس تشخیص به شفاخانه های مربوطه انتقال دهند
نرس امبولانس		۱۱ در اختتامیت ها طبق پروسیجر به طب عدلی انتقال داد .
نرس امبولانس		۱۲ از اینکه تریاژ یک پروسیجر دینامیک است باید تکرار بالای مجروحین اجرا گردد .
نرس امبولانس		۱۳ تیم لیدر محل واقعه راپور واقعه را ترتیب نموده نکات مثبت و منفی فعالیت های امبولانس ها را ذکر نموده .
نرس امبولانس		۱۳ تیم لیدر محل واقعه اولین امبولانس است که در محل واقعه رسیده و آخرین امبولانس میباشد که محل واقعه را ترک نماید .
نرس امبولانس		۱۴ در ختم واقعه تماما تیم های امبولانس را جمع کرده نکات مثبت و منفی را بالای ان بحث نمایند

طرز العمل استندرد شماره (۶)

۱- عنوان

سروی اولی

۲- پالیسی و مقاصد

دریافت مشکل در اعضای حیاتی مجروح .

۳- مسؤلیت ها

- ♦ نرس امبولانس
- ♦ دریور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	مسونیت تیم صحنی و مجروح .	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۲	Sine assessment یا ارزیابی ساحه .	//	نرس امبولانس
۳	استجواب مریض ۲۰ ثانیه .	//	نرس امبولانس
۴	ارزیابی دهن مریض ۱۰ ثانیه .	//	نرس امبولانس
۵	پاک کردن سیستم تنفسی ۱۰ ثانیه .	//	نرس امبولانس
۶	باز کردن سیستم تنفسی ۱۰ ثانیه .	//	نرس امبولانس
۷	چک نمودن سیستم تنفسی توسط دیدن شنیدن احساس کردن ۱۰ ثانیه .	//	نرس امبولانس
۸	ارزیابی دوران خون ۱۰ ثانیه .	//	نرس امبولانس
۹	مجموع سروی اولی یک دقیقه و ده ثانیه		

طرز العمل استندرد شماره (۷)

۱- عنوان

سروی دومی

۲- پالیسی و مقاصد

دریافت ترضیضات ؛ کسر و پنپیده گی در عضویت مجروح .

۳- مسؤلیت ها

♦ نرس امبولانس

♦ دریور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	ارزیابی سر و گردن مجروح ۱۰ ثانیه .	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۲	ارزیابی صدر مجروح ۱۵ ثانیه .		نرس امبولانس
۳	ارزیابی بطن مجروح (ابتدا بطن را به چهار حصه تقسیم نموده) ۱۰ ثانیه .		نرس امبولانس
۴	ارزیابی حوصله مجروح ۱۰ ثانیه .	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۵	ارزیابی اطراف سفلی جمع ریفلکس ها و وضعیت دادن پا ها ۲۵ ثانیه .		نرس امبولانس
۶	ارزیابی اطراف علوی جمع ریفلکس ها و وضعیت دادن دست ها ۲۵ ثانیه .		نرس امبولانس
۷	ارزیابی ستون فقرات مجروح ۲۵ ثانیه		نرس امبولانس
۸	مجموع سروی دومی ۲ دقیقه .		نرس امبولانس

طرز العمل استندرد شماره (۸)

۱- عنوان

جسم اجنبی

۲- پالیسی و مقاصد

باز کردن سیستم تنفسی

۳- مسؤولیت ها

- ♦ نرس امبولانس
- ♦ دریور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	ارزیابی دهن مریض .	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۲	در صورت که جسم اجنبی به چشم دیده شد توسط دو کلک جسم اجنبی را از دهن مریض بیرون کنید .		نرس امبولانس
۳	در صورت که جسم اجنبی در دهن مریض دیده نشد دست خود را بدون موجب درد دهن مریض داخل نکنید		نرس امبولانس
۴	مریض را تشویق کنید تا به شدت سرفه کند.		نرس امبولانس
۵	مریض را به زاویه ۴۵ درجه قرار دهید .		نرس امبولانس
۶	پنج زربه در پشت مریض وارد کنید .		نرس امبولانس
۷	پنج فشار بطنی در قسمت علوی بطن داده شو.	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۸	این عملیه پنج مراتبه تکرار گردد.		نرس امبولانس
۹	در صورت که جسم اجنبی خارج نگردیده احیا مجدد قلبی وعایی طبق استندرد الی رسیدن مریض به شفاخانه اجرا گردد.		نرس امبولانس

طرز العمل استندرد شماره (۹)

۱- عنوان

احیا مجدد قلبی وعایی

۲- پالیسی و مقاصد

انتقال خون اوکسیجن دار و گلوکوز دار به اعضای حیاتی عضویت .

۳- مسؤولیت ها

- ♦ نرس امبولانس
- ♦ درپور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	اجرای سروی اولی.	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۲	تشخیص مریض مصاب سکته قلبی.		نرس امبولانس
۳	قرار دادن مریض در جای هموار و سخت طبق استندرد احیا مجدد قلبی وعایی		نرس امبولانس
۴	در معرض قرار دادن صدر مریض .		نرس امبولانس
۵	گذاشتن یک دست در قسمت متوسط ثلث سفلی عظم استرنیوم .		نرس امبولانس
۶	گذاشتن دست دومی بالای دست اولی و قفل نمودن پنجه های دست باهم	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۷	درجریان اجرای فشار دست ها باید راست باشد که از زاویه ارنج ها حرکت نکند حرکت از قسمت شانه ها بالای صدر مریض اجرا گردد .		نرس امبولانس

نرس امبولانس	فشار های صدری در هر یک دقیقه به تعداد ۱۰۰ الی ۱۲۰ مرتبه فی دقیقه انجام داده شود	۸
نرس امبولانس	شروع مساز های قلبی به تناسب ۲/۳۰ نزد مریض .	۹
نرس امبولانس	عمق فشار بالای صدری به اندازه ۴-۵ سانتی متر باشد.	۱۰
نرس امبولانس	در هر فشار باید به صدر اجازه داده شود تا به حالت نارمل خود برگردد یعنی مقدار کافی خون داخل قلب گردد .	۱۱
نرس امبولانس	بعد از اجرای ۳۰ فشار ابتدا در دهن مریض شیت دهن گذاشته شده و توسط دست چپ خویش بینی مریض را فشار داده تا مقدار اوکسیجن که به مریض داده میشود از طریق سوراخ های بینی خارج نگردد و بعدا دو تنفس به مریض داده شود مقدار هوا که نزد کاهلان اجرا میگردد ۵۰۰ ملی لیتر باشد یک تنفس که به مریض داده میشود مشاهده گردد که صدر مریض حرکت کند به صدر اجازه داده شود که به حالت اولی خود برگردد بعدا مقدار هوا تازه در دهن خویش گرفته تنفس دومی به مریض داده شود البته فاصله بین تنفس اولی و دومی دو ثانیه باشد .	۱۲
نرس امبولانس	مقدار هوا که نزد اطفال تطبیق میگردد ۲۵۰ ملی لیتر باشد .	۱۳
نرس امبولانس	زاویه دست ها به بدن ۹۰ درجه باشد .	۱۴
نرس امبولانس	تثبیت ماشین AED طبق استندرد و پیروی از هدایات ان الی رساندن مریض به شفاخانه .	۱۵

طرز العمل استندرد شماره (۱۰)

۱- عنوان

انتقال مریضان ریفری.

۲- پالیسی و مقاصد

انتقال مریضان از مراکز ابتدایی به مراکز تخصصی .

۳- مسئولیت ها

- ♦ نرس امبولانس .
- ♦ دریور امبولانس .

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	درخواست کننده باید مسؤل یک بخش مراکز صحتی باشد .		نوکیوآل کال سنتر
۲	درخواست کننده باید از طریق شماره ۱۰۲ از تیلفون شخصی خویش درخواست امبولانس نماید.		//
۳	فورم ریفری را باید یک نرس و یا کارگر شفاخانه به استیشن امبولانس بیاورد .		//
۴	اسم نوکیوآل شفاخانه یا وارد .		//
۵	نام شفاخانه که مریض از انجا ریفر میگردد .	ارتباط دارد	//
۶	نام شفاخانه که مریض به انجا ریفر میگردد .		//
۷	تشخیص مریض .		//
۸	کمک های ابتدائی برای مریض صورت گرفته یا خیر ؟		//
۹	با شفاخانه که مریض ریفر میگردد قبلا تماس صورت گرفته یا خیر ؟		//
۱۰	تکمیل نمودن فورم ریفری .		//

۱۱	اسم و نمبر تيلفون شفاخانه كه قبلا هماهنگي صورت گرفته است .	//
۱۲	در صورت كه اطمینان شما حاصل گردید اعزام امبولانس با معلومات مختصر.	//

طرز العمل استندرد شماره (۱۲)

۱- عنوان

باز کردن سیستم تنفسي به ميتود Head tilt chin left.

۲- پالیسي و مقاصد

باز کردن سیستم تنفسي

- ♦ جلوگیری از ترضیضات بیشتر سر ؛ گردن و ستون فقرات مجروح .

۳- مسؤليت ها

- ♦ نرس امبولانس
- ♦ دريور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	این میتود نزد مجروحین که ترضیض سر ؛ گردن و ستون فقرات داشته باشد اجرا میگردد .	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۲	در بالای سر مريض وضعیت بگیريد .		نرس امبولانس
۳	چهار پنجه تان را در قسمت فك سفلی مريض قرار بدهيد .		نرس امبولانس
۴	هر دو دست خود را در دوطرف فك سفلی مريض قرار بدهيد .		نرس امبولانس

۵	دو شصت خویش را در دو کنج دهن مریض قرار بدهید .	نرس امبولانس
۶	فک سفلی را بطرف بالا قسمی حرکت دهید که سر مریض از جایش حرکت نکند .	نرس امبولانس
۷	ایروی را نزد مریض تطبیق نمایید .	نرس امبولانس
۸	افرازات دهن مریض را سکشن نمایید	ارتباط دارد نرس امبولانس
۹	مجروح را هر چه عاجل به یک مرکز صحتی انتقال داده در مسیر راه مجروح را کمک کنید .	نرس امبولانس

طرز العمل استاندارد شماره (۱۳)

۱- عنوان

آماده ساختن تجهیزات امبولانس جهت انتقال مریض.

۲- پالیسی و مقاصد

انتقال مسون مجروح از محل واقعه به مراکز صحتی.

۳- مسئولیت ها

♦ نرس امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	از یونیفورم کابل امبولانس طبق استندرد استفاده کنید .		نرس امبولانس
۲	به اساس تقسیم اوقات امبولانس خویش را تسلیم شوید .		نرس امبولانس

۳	قبل از تسلیمی امبولانس مواد طبی و تجهیزات طبی را از تیم قبلی طبق چک لست تسلیم شوید .	نرس امبولانس
۴	هر فی امبولانس دارای دو عدد بالون هوای اوکسیجن میباشد خود را مطمئن سازید که بالون های مزکور مقدار کافی اوکسیجن داشته باشد .	نرس امبولانس
۵	در صورت که امبولانس پاک نباشد از تیم قبلی تسلیم نشوید .	نرس امبولانس
۶	در صورت که تجهیزات و مواد مصرفی امبولانس طبق چک لست نباشد امبولانس حق اجرای وظیفه را ندارد .	
۷	بعد از اجرای هر وظیفه دوباره تکمل کردن و تنظیم کردن تجهیزات طبی و مواد مصرفی ان حتمی میباشد	نرس امبولانس
۹	در ختم نوکریوالی تماما تجهیزات انرا پاک نموده کابین امبولانس را شستشو نموده تماما مواد که در طول ۲۴ ساعت بمصرف رسانیده اید دوباره امبولانس را تکمیل نمود آماده تسلیم دهی به تیم بعدی باشید .	نرس امبولانس
۱۰	تا زمانیکه امبولانس را به تیم بعدی تسلیم نداده اید جز تیم صحی میباشد از هدایت کال سنتر جهت اجرای وظیفه پیروی کنید .	نرس امبولانس

طرز العمل استاندارد شماره (۱۴)

۱- عنوان

آماده ساختن تجهیزات تخنیکي امبولانسی برای فعالیت .

۲- پالیسی و مقاصد

انتقال مسون مجروح از محل واقعه به مراکز صحت .

۳- مسؤولیت ها

♦ درپور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	از یونیفورم کابل امبولانس طبق استندرد استفاده کنید .		درپور امبولانس
۲	کلید امبولانس را طبق تقسیم اوقات از کال سنتر اخذ نمایید .		درپور امبولانس
۳	امبولانس را طبق چک لست تسلیم تشوید .		درپور امبولانس
۴	راپور آماده بودن را جهت اجرای وظایف به کالسنتر بدهید .		
۵	وظایف که از طرف کال سنتر داده میشود طبق پروسیجر انجام دهید		
۶	در جریان روز سه دقیقه و در جریان شب چهار دقیقه بعد از تماس کالسنتر جهت هدایت وظیفه استیشن را به طرف وظیفه ترک نمایید .	ارتباط دارد	درپور امبولانس
۷	امبولانس که مشکل تخنیکي داشته باشد اجازه گردش ندارد .		درپور امبولانس

دریور امبولانس		۸ امبولانس که نظافت داخلی و بیرونی آن پاک نباشد اجازه گردش ندارد .
دریور امبولانس		۹ امبولانس که تصادم کرده باشد اجازه فعالیت را ندارد .
دریور امبولانس		۱۰ امبولانس که تانکی تیل آن از ۳۰ لیتر و یا یک خط کم باشد اجازه فعالیت ندارد .
دریور امبولانس		۱۱ در ختم نوکریوالی تماماً تجهیزات آنرا پاک نموده کابین امبولانس را شستشو نموده تماماً مواد که در طول ۲۴ ساعت بمصرف رسانیده اید دوباره امبولانس را تکمیل نمود آماده تسلیم دهی به تیم بعدی باشید .
دریور امبولانس		۱۲ تا زمانیکه امبولانس را به تیم بعدی تسلیم نداده اید جز تیم صحنی میباشید به هر هدایت کال سنتر جهت اجرای وظیفه پیروی کنید .
دریور امبولانس		۱۴ کابین پیش روی و قسمت های بیرونی امبولانس بصورت مکمل پاک کاری و نظافت آن مربوط دریور امبولانس است
		۱۵ در صورت که امبولانس را بدون چک کردن تسلیم میشوید مسئولیت بعدی به دوش دریور که امبولانس را تسلیم شده است میباشد .

طرز العمل استندرد شماره (۱۵)

۱- عنوان

تعقيم و شيتشوى كابين امبولانس بعد از انتقال مريض انتانى .

۲- پاليسى و مقاصد

مسوئيت تيم صحى و مريض از امراض انتانى .

۳- مسؤليت ها

- ♦ نرس امبولانس .
- ♦ دريور امبولانس .

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	كال سنتر را جهت تعقيم نمودن و شستشوى امبولانس راپور بدهيد .		نرس امبولانس
۲	خود را مطمئن سازيد كه المارى سوپرشويى طبق چك لست مواد ان آماده است .		نرس امبولانس
۳	از لباس هاى سوپر شويى طبق استندرد استفاده كنيد .		
۴	استريچر و تماما تجهيزات و مواد مصرفى را از كابين امبولانس بيرون نموده در جاى مناسب ان قرار بدهيد .		نرس امبولانس
۵	در صورت موجوديت خون و يا مایعات عضویت كوشش گردد پاك كارى را از اطراف بطرف مركز پاك كارى نماييد .	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۶	از پودر كلورين جهت تعقيم نمودن امبولانس در داخل سطل آماده سازيد فيصدى كلور بايد ۰/۵ فيصد باشد .		نرس امبولانس

		۷ مواد یک بار مصرف و افرازات و خون مریض که در کابین بوده و پاک گردیده است در باطله دانی که رنگ سرخ دارد جابجا گردد .
نرس امبولانس		۸ کابین امبولانس و استریچر و تجهیزات که با مریض در تماس بوده را کلوریشن نمایید .
نرس امبولانس		۹ دروازه و شیشه های امبولانس را به مدت (۱۰) دقیقه مسدود نمایید .
نرس امبولانس		۱۰ کابین امبولانس را توسط مایع پاک کننده و اب جاری شیتشو نمایید .
نرس امبولانس		۱۱ استریچر و دیگر تجهیزات را داخل امبولانس نمایید .
نرس امبولانس		۱۲ راپور به کال سنتر جهت آماده بودن امبولانس برای وظایف بعدی بدهید .

طرز العمل استندرد شماره (۱۶)

۱- عنوان

اشخاص که مقدم تر در ساحه عاجل میرسند .

۲- پالیسی و مقاصد

کاهش وقوعات مرگ و میر و جلوگیری از معیوبیت های دایمی .

۳- مسؤولیت ها

♦ افراد جامعه .

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	درخواست امبولانس ۱۰۲ .	ارتباط دارد	افراد جامعه که کورس سه روزه کمک های اولیه طبی را گرفته باشد
۲	ارایه گزارش به ۱۱۹ .	//	//
۳	جلوگیری از ارود افراد غیر مسؤل در ساحه عاجل .	//	//
۴	آگاه ساختن افراد غیر مسؤل از حادثه بعدی .	//	//
۵	باز کردن و بازنگهداشتن سیستم تنفسی . (در صورت که مریض ترضیض سر ؛ گردن و ستون فقرات داشته باشد الی رسیدن امبولانس به مریض دست زنند)	//	//
۶	جلوگیری از خون ریزی .	//	//
۷	احیا مجدد قلبی وعایی	//	//
۸	ساحه عاجل را الی رسیدن امبولانس و یا نیروهای امنیتی تحت نظارت داشتن .	//	//

طرز العمل استندرد شماره (۱۷)

۱- عنوان

تطبيق ايروى

۲- پاليسى و مقاصد

دریافت مشکل در اعضاى حیاتى مجروح .

۳- مسؤليت ها

- ♦ نرس امبولانس
- ♦ دريور امبولانس

۴- عمل

نمبر	عمل	ارتباط به استندرد عمل	مسؤل
۱	به تيم دو نفر ضرورت ميباشد	ارتباط دارد	نرس امبولانس
۲	ابتدا سيستم تنفسى مريض را باز نماييد به ميتود jaw trust	//	نرس امبولانس
۳	اندازه تيروى را تثبيت نماييد	//	نرس امبولانس
۴	از لرنگ سكوپ طبق استندرد استفاده كنيد	//	نرس امبولانس
۵	ايروى را داخل دهن مريض نماييد	//	نرس امبولانس
۶	مريض را هر چه عاجل به شفاخانه انتقال دهيد	//	نرس امبولانس
۷	در مسير راه مريض را كمك نماييد	//	نرس امبولانس
۸	در صورت ترضيض گردن نك كالر تطبيق نماييد	//	نرس امبولانس

امضا	تاريخ	
	۱۱ - ۱۱ - ۱۳۹۸	ترتيب كننده: دوكتور محمد عالم؛ عاصم ؛
		مسؤل پروژه كابل امبولانس وظيفه:

