




Vascular Access Registry

Alavi Hospital

فرم های رجیستری اکسس عروقی

۱. Minimum data set فرم اطلاعات کلی بیمار
۲. فرم اطلاعات عمل جراحی
۳. فرم اطلاعات پیگیری ماهیانه در مرکز همودیالیز
۴. فرم اطلاعات پیگیری در کلینیک دسترسی عروقی
۵. فرم سابقه ACCESSها
۶. جدول پیگیری دازمدت ACCESS فرم عوارض
۷. جدول راهنما کدگذاری اکسس عروقی



Minimum data set فرم اطلاعات کلی بیمار

۱. اطلاعات عمومی
۲. اطلاعات دیالیز
۳. سرنوشت بیمار

اطلاعات عمومی

نام: نام خانوادگی: کد ملی: جنس: مذکر و نث

شماره تلفن: آدرس: تاریخ تولد:

مرکز دیالیز: نام نفرولوژیست: تاریخ پذیرش: شماره تماس همراه بیمار:

اطلاعات دیالیز

تاریخ شروع دیالیز: دیابت: بله / خیر / بار خون سیستول: فشار خون دیاستول:

آیا پیوند کلیه شده است؟ بله خیر در صورت بلی تاریخ های پیوند: چند نوبت:

نوع دیالیز: خونی صفافی: هنوز دیالیز نمی شود

آیا در نوع دیالیز تغییر ایجاد شده است؟ بله خیر توضیحات:

سرنوشت بیمار

تاریخ فعالیت مجدد کلیه: تاریخ تبدیل دیالیز خونی به صفافی: تاریخ فوت:

فرم اطلاعات عمل جراحی

۱. نوع دسترسی عروقی
۲. محل دسترسی عروقی
۳. قطر عروق
۴. برند کاتترها و گرفت ها
۵. سایز نخ ها
۶. کنترل تست آلن و اختلالات حسی
۷. کنترل فشار خون
۸. عوارض زودرس قبل از ترخیص

اطلاعات دائمی:

نام: نام خانوادگی: کد ملی: کد رجیستری: (برای هر بیمار یک کد)

نام access: نام جراح: تاریخ تعبیه: نوع آنستزی:

نوع بیهوشی: موضعی ناحیه ای عمومی سایر روش ها توضیحات:

کد access #: * معیار است از نام access (نوع عمل به عنوان مثال یار اول FLS/1 یا دوم در همان محل FLS/2)

فشار خون قبل حین و بعد از جراحی سیستول: دیاستول:

(قبل عمل) فشار انگشتی سمت عمل: فشار انگشتی اندام مقابل: اشباع اکسیژن سمت عمل: اشباع اکسیژن اندام مقابل:

حین عمل بعد از آنستاموز: فشار انگشتی سمت عمل: فشار انگشتی سمت عمل با کلمپ: اشباع اکسیژن سمت عمل:

تست آئن همان دست: نرمال مختل تست آئن دست مقابل: نرمال مختل

نام شریان: قطر شریان: نحوه آنستاموز شریانی انجام شده: Side End

نام ورید: قطر ورید: نحوه آنستاموز وریدی: Side End کد آنستاموز V

لیگاتور وریدهای دیستال یا جانبی: تمام وریدها برخی وریدها هیچکدام تنگ کردن سایر وریدها

آترواسکلروتیک بودن شریان: سالم خفیف شدید

نوع نخ: برند: سایز: (۰-۹)

نوع گرافت: برند: سایز: Dmm نحوه گذاشتن گرافت: لوب مستقیم

نوع کاتتر: برند: سایز: F/cm

اختلال حسی قبل از عمل: بلی خیر نوع اختلال:

فرم اطلاعات پیگیری ماهیانه در مرکز همودیالیز

۱. بررسی فشار خون قبل و بعد از دیالیز
۲. بررسی عملکرد اکسس جهت همودیالیز
۳. بررسی تب و لرز
۴. فشار خون وریدی و TMP
۵. کنترل حس و حرکت اندام اکسس دار از نظر عفونت، گانگرن، اختلالات حسی
۶. فشار های استاتیک
۷. بررسی از نظر عوارض
۸. بررسی از نظر ارجاع به متخصص جراحی عروق
۹. بررسی اقدامات انجام شده در اکسس مشکل دار و ثبت نتایج
۱۰. KTV

فرم اطلاعات پیگیری ماهیانه در مرکز همودیالیز تکمیل گردد

نام: نام خانوادگی: کد ملی: کد رجستری:

نام access عروقی: پزشک معالج:

✚ تاریخ شروع استفاده از دسترسی عروقی:

✚ فشار خون سیستول قبل شروع همودیالیز:

✚ فشارخون دیاستول قبل شروع همودیالیز:

✚ فشار خون سیستول بعد شروع همودیالیز:

✚ فشارخون دیاستول بعد شروع همودیالیز:

✚ تعداد دفعات استفاده از دسترسی عروقی در هفته:

✚ نحوه انجام دیالیز: خوب نکل دار نوع مشکل:

✚ مشکلات حین دیالیز: دارد ندارد

✚ فشار های استاتیک:

✚ فشار های دستگاه: VP TMP

✚ فشار دینامیک: وریدی..... شریانی.....

✚ KTV:

✚ سرعت دیالیز:

✚ تب و لرز حین دیالیز بله خیر گاهگاهی

✚ تحت آنتی بیوتیک تراپی می باشد بله خیر

✚ بروز عارضه: بله خیر نوع عارضه* از جدول عوارض*:

آیا نیاز به ارجاع به کلینیک دسترسی عروقی بیمارستان علوی و یا متخصص جراحی عروق دارد؟

بله خیر

ایا به علت اختلال در دسترسی عروقی ماه گذشته به کلینیک دسترسی عروقی و یا متخصص جراحی عروق ارجاع داده شده است؟

بله خیر

فرم اطلاعات پیگیری در کلینیک دسترسی عروقی

۱. فرم اطلاعات پیگیری در کلینیک دسترسی عروقی یک هفته پس از تعبیه/یک ماه بعد/سه ماه بعد سپس هر سه ماه تکمیل گردد.
۲. بررسی از نظر تریل
۳. بررسی نبض
۴. بررسی از نظر آنوریسم ، نحوه سوزن زده، تورم، نبض، سردی، گانگرن....
۵. اختلالات حسی ، آنتی بیوتیک تراپی
۶. ارجاع هر سه ماه جهت انجام سونوگرافی در رابطه با بررسی فلو اکسس

Vascular Access Registry (Alavi Hospital)

***فرم اطلاعات پیگیری در کلینیک دسترسی عروقی یک هفته پس از تعبیه/یک ماه بعد/سه ماه بعد سپس هر سه

ماه تکمیل گردد***

نام:..... نام خانوادگی:..... کد ملی:..... کد رجیستری:.....

کد access:.....

تریل access: دارد تریل ندارد فقط در محل avf (یا سر شریانی گرفت) در طول ورید یا طول گرفت (پس از 7 سانتی متر از آنستاموز)

وجود نبض در طول ورید (شریان) ندارد انتهای ورید تا بخشی از ورید

وجود تنگی یا انسداد در مسیر تخلیه avf (در میانه) ندارد دارد

درد دست ندارد حین دیالیز همیشه در حال استراحت

زخم ایسکمیک دارد ندارد

ضعف عضلاتی دارد ندارد

وجود آنوریسم دارد ندارد تعدا و محل آن:.....

محل سوزن زدن: متناوب در یک محل

تورم دست ندارد خفیف شدید

نبض دیستال دارد خیلی ضعیف ندارد

سردی دست دارد ندارد

فرم سابقه accessها

۱. کلیه اکسس هایی که از ابتدا جهت بیمار تعبیه شده است از زمان تعبیه تا زمان حذف یا انجام اقدامات درمانی خاص به صورت گذشته نگر و آینده نگر در این فرم تکمیل می گردد.

جدول پیگیری دازمدت access فرم عوارض

این فرم در کلینیک خود مراقبتی دسترسی عروقی آموزش به بیمار و خانواده بیمارستان فوق تخصصی عروق علوی توسط کارشناسان ثبت تکمیل گردد (یک هفته پس از تعبیه/یک ماه بعد/سه ماه بعد سپس هر سه ماه).**

بررسی نحوه کارکرد

نحوه انجام دیالیز

عوارض

اقدامات

نتیجه درمان

جدول راهنمای عنوان دسترسی عروقی

C=کاترموقت P=کاتر دائم	فیستول شریانی-وریدی	رگ مصنوعی = G
ژوگولار گردن=J	مچ دست	R= راست
S = ساب کلاوین	ساعد	L = چپ
T= ران	چین آرنج=C	Snuff box=S
T = بازو		

نام عارضه	کد عارضه	نام عارضه	کد عارضه
پنوتوراکس	۷	از کا افتادن دسترسی عروقی	۱
عفونت	۸	هیپرتانسیون وریدی	۲
هموتوراکس	۹	سندرم استیل	۳
غیره	۱۰	نارسایی قلبی	۴
		آنوریسم	۵
		خونریزی	۶