

## چک لیست هفتگی کنترل ترالی اورژانس (منطبق بر ویرایش دوم ویرایش هشتم) بخش ..... ماه .....

روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			تعداد	نام دارو/تجهیزات	ردیف	طبقه
N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M				
																		۱۰	آب مقطر	۱	طبقه اول
																		۱۰	اپی نفرین ( 0.1 mg/ml, 10 ml )	۲	
																		۵	آتروپین سولفات	۳	
																		۳	آمیودارون	۴	
																		۳	لیدوکائین ۲٪	۵	
																		۳	آدنوزین	۶	
																		۳	نیتروگلیسرین (NTG)	۷	
																		۲	دوپامین	۸	
																		۳	دوبوتامین	۹	
																		۳	هپارین سدیم	۱۰	
																		۳	وراپامیل	۱۱	
																		۱	دیگوکسین	۱۲	
																		۳	لابتالول	۱۳	
																		۱۰	فوروزماید	۱۴	
																		۵	نالوکسان	۱۵	
																		۳	میدازولام	۱۶	
																		۵	دiazepam	۱۷	
																		۵	فنی توئین سدیم	۱۸	
																		۳	فنوباریتال	۱۹	
																		۳	هالوپریدول	۲۰	
																		۳	کلسیم گلوکونات	۲۱	
																		۵	دیفن هیدرامین	۲۲	
																		۳	هیدروکورتیزون	۲۳	
																		۳	متوکلوپرامید	۲۴	
																		۵	فاموتیدین 10 mg/ml, 2 ml	۱	طبقه دوم
																		۱۰	اپی نفرین ( 0.1 mg/ml, 1 ml )	۲	
																		۳	نوراپی نفرین	۳	
																		۱۰	آ-اس-آ ۱۰۰ میلی گرم جویدنی	۴	
																		۲۰	کلوپیدوگرویل ۷۵ میلی گرم	۵	
																		۱۰	نیتروگلیسرین (NTG)	۶	
																		۲	سولفات منیزیم ۵۰٪	۷	

## چک لیست هفتگی کنترل ترالی اورژانس (منطبق بر ویرایش دوم ویرایش هشتم) بخش ..... ماه .....

روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			تعداد	نام دارو/تجهیزات	ردیف	طبقه
N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M				
																	۲	دکستروز ۵۰%	۸	ادامه طبقه دوم	
																	۳	سدیم بیکربنات ۷/۵% یا ۸/۴% *	۹		
																	۱	سدیم کلراید ۵%	۱۰		
																	۲	سالبوتامول	۱۱		
																	۳	نبولایزر سالبوتامول	۱۲		
																	۱	دکستروز ۵%	۱۳		
																	۱	سدیم کلراید ۰٫۹ (سالین نرمال)	۱۴		
																	۱	ژل لیدوکائین	۱۵		
																	۱	ژل الکتروود	۱۶		

روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			تعداد از هر کدام	نام دارو/تجهیزات	طبقه
N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M			
																		حد اقل 3 عدد	سرنگ های 2 ، 5 و 10 سی سی	انواع سرنگ
																		۱	سرنگ های 20 ، 50 سی سی	
																		حد اقل 2 عدد	سرنگ انسولین	
																		۲-----۳	آنژیوکت های ( خاکستری ، آبی ، زرد ، )- (صورتی ، سبز ، )	انواع آنژیوکت
																		حد اقل 2 عدد	سه راهی آنژیوکت	
																		۱	هپارین لاک	
																		حد اقل 2 عدد	اسکالپ وین در رنگ های آبی و سبز	انواع اسکالپ وین
																		۱	ست تزریق داخل استخوان ( اینترا اوستوس #) اختیاری	تزریق داخل استخوان
																		حد اقل 2 عدد	انواع لوله آزمایش شامل لخته ، CBC ، PT ، PTT	انواع لوله آزمایش
																		حد اقل 2 عدد	ست سرم	انواع ست تزریق
																		حد اقل 2 عدد	ست خون	
																		حد اقل 2 عدد	میکروست	
																		حد اقل 2 عدد	اکستنشن تیوپ	
																		حد اقل 1 عدد	کاتتر وریدی مرکزی	
																		۱	چسب معمولی لوکوپلاست	انواع چسب
																		۱	چسب ضد حساسیت	
																		حد اقل 10 عدد	پد الکلی یا پنبه به همراه افشانه الکلی در داخل ترالی	سایر

## چک لیست هفتگی کنترل ترالی اورژانس (منطبق بر ویرایش دوم ویرایش هشتم) بخش ..... ماه .....

روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			تعداد از هرکدام	نام دارو/تجهیزات	طبقه
N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M			
																					۱ عدد	لارنگوسکوپ بزرگسالان، کودکان و نوزادان با تیغه صاف و منحنی در اندازه های 0، 1، 2، 3 و 4 ( ۲ عدد باتری یک و یک عدد لامپ یک)	تجهیزات مهمه
																					۱ عدد	لوله بینی -معدی در رنگ های مختلف قرمز، نارنجی، سبز، مشکی و سفید	
																					۱۰	لید سینه ای	
																					۲	باند معمولی 10، 15 سانتی متری	
																					حداقل 5 عدد	گاز استریل	
																					1 عدد	کاتتر نلاتون در رنگهای قرمز، نارنجی، سبز، سفید، آبی و مشکی	
																					1 عدد	کاتتر فولی با شماره های 8، 10، 16، 18	
																					۱	کیسه ادرار	
																					از هرکدام ۲ جفت	دستکش استریل شماره های 7، ۷/۵، 8	
																					از هرکدام ۵ جفت	دستکش لاتکس و یکبار مصرف	
																					۱	تیغ بیستوری استریل	
																					۱	نخ بخیه ( نخ سیلک کات صفر یک)	
																					۱	قیچی پانسمان	

روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			تعداد از هرکدام	نام دارو/تجهیزات	طبقه
N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M			
																					۱	بگ تهویه مصنوعی نوزاد از جنس سیلیکون، دارای کیسه یا لوله ذخیره اکسیژن به همراه ماسک شفاف یک بار مصرف صورت	تجهیزات مهمه
																					۱	بگ تهویه مصنوعی کودکان از جنس سیلیکون، دارای کیسه یا لوله ذخیره اکسیژن به همراه ماسک شفاف یک بار مصرف صورت	
																					۱	بگ تهویه مصنوعی بزرگسالان از جنس سیلیکون، دارای کیسه یا لوله ذخیره اکسیژن به همراه ماسک شفاف یک بار مصرف صورت	
																					۲	کانولای بینی اکسیژن ( Nasal Cannula)	
																					۲	لوله رابط اکسیژن	

# چک لیست هفتگی کنترل ترالی اورژانس (منطبق بر ویرایش دوم ویرایش هشتم) بخش ..... ماه .....

روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			روز .....			طبقه		
N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	N	E	M	تعداد از هر کدام	نام دارو/تجهیزات	
																				۱	ماسک لارنژیال LMA در اندازه نوزادان، کودکان و بزرگسالان	ادامه طبقه پنجم	
																							ماسک نبولایزر در اندازه نوزادان، کودکان، بزرگسالان
																				۱	گاید لوله تراشه ( استایلت ) stylet- در سه سایز ( نوزادان، کودکان و بزرگسالان)		
																				۱	انواع فورسپس Magil		
																				۱	زبان گیر		
																				۲	لوله تراشه کاف دار 4، 5، 6، 7، ۷/۵، ۸، ۸/۵		
																				۲	لوله تراشه بدون کاف دار 2، ۲/۵، 3، ۳/۵، 4		
																				۱	راه هوایی دهانی Oral Airway یک بار مصرف در اندازه های مختلف		
																				۱	ماسک اکسیژن صورت Face Mask یک بار مصرف به همراه لوله رابط در اندازه های کودکان و بزرگسالان		
																				۲	سه راهی رابط ساکشن		
																				۱	نوار مخصوص احیا کودکان Brose low		
																				اختیاری	تی پیس نوزاد		
																				اختیاری	تشک گرمایی		
																				-	پروپ نوزادان جهت مانیتورینگ قلبی		
<p><b>نام و امضاء پرستار مسئول شیفت</b> ←</p>																							
<p>مشاهدات سرپرستار در پایان هفته</p>																							

در صورت وجود کمبود در جدول زیر توضیح داده شود

تحویل گیرنده	جایگزین	کمبود	تاریخ