USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

وزارة الصحة

# التوثيق في السجل الطبي

التوثيق حماية وامان الك ولمريضك

مشروع تحضير مستشفيات البشير للاعتماد

حملة التوثيق في السجل الطبي

HCAC
مجلس إعتماد المؤسسات الصحية
HEALTH CARE ACCREDITATION COUNCIL

# المقدمة:

يعد السجل الطبي الكامل والدقيق أداة هامة لا بد من توافرها في المستشفيات لتقديم الرعاية الطبية المناسبة للمريض، فالمعلومات الكاملة والدقيقة التي توثق هي المصدر الأساسي التي تعتمد عليه الكوادر الطبية في عملية اتخاذ القرارات المبنية على المعرفة والتي تضمن تقديم رعاية صحية ذات كفاءة وجودة عالية.

ان استخدام نماذج موحدة بطريقة فعالة يجعل السجل الطبي المرآة الحقيقية التي تعكس تفاصيل رعاية المرضى من لحظة الدخول الى الخروج بما في ذلك إجراءات تشخيص المريض والعلاج الطبي والجراحي ، فعندما يكون التوثيق في السجل الطبي كامل ومفصل ودقيق يؤدي الى تحسين عملية الاتصال والتواصل بين أعضاء الفريق الصحي وعلى العكس من ذلك عدم التوثيق الفعال يؤثر سلبًا على حالة المريض الصحية، وقد يؤدي إلى حدوث أخطاء طبية والتي من الممكن أن تزيد من مدة الإقامة أومن إعادة الدخول وبالتالي زيادة في تكاليف الرعاية الصحية .

لقد تم إعداد هذا الكتيب الذي يحتوي على عدد من نماذج السجل الطبي :-

- لتوضيح البيانات التي يجب توثيقها في الملف الطبي.
- تسهيل استخدام النماذج .
- تأكيد على ان كافة البيانات التي يتم توثيقها في النموذج تعكس كفاءة وجودة الرعاية الصحية.
- توحيد الأداء عند استخدام النماذج الطبية.
- وجود مرجع يساعد في عملية التعليم والتدريب للكوادر الصحية وخصوصا القادم الجديد.

# Table Of Content


Nursing Comprehensive Assessment-Adult ---------- 4

Pain Assessment and Management ---------- 15

Nursing Pressure Ulcer-Braden Scale ---------- 32

Nursing fall Risk Note-Morse Scale ---------- 46

Patient Education Note ---------- 58

Nursing Care Plan ---------- 66

Nursing Blood Transfusion ---------- 75

Labor Comprehensive Note (nursing) ---------- 87

Labor Initial Assessment. (nursing) ---------- 101

Initial Assessment (H&P) Adults (physician) ---------- 110

Pre-Anesthesia Assessment (anesthesia) ---------- 130

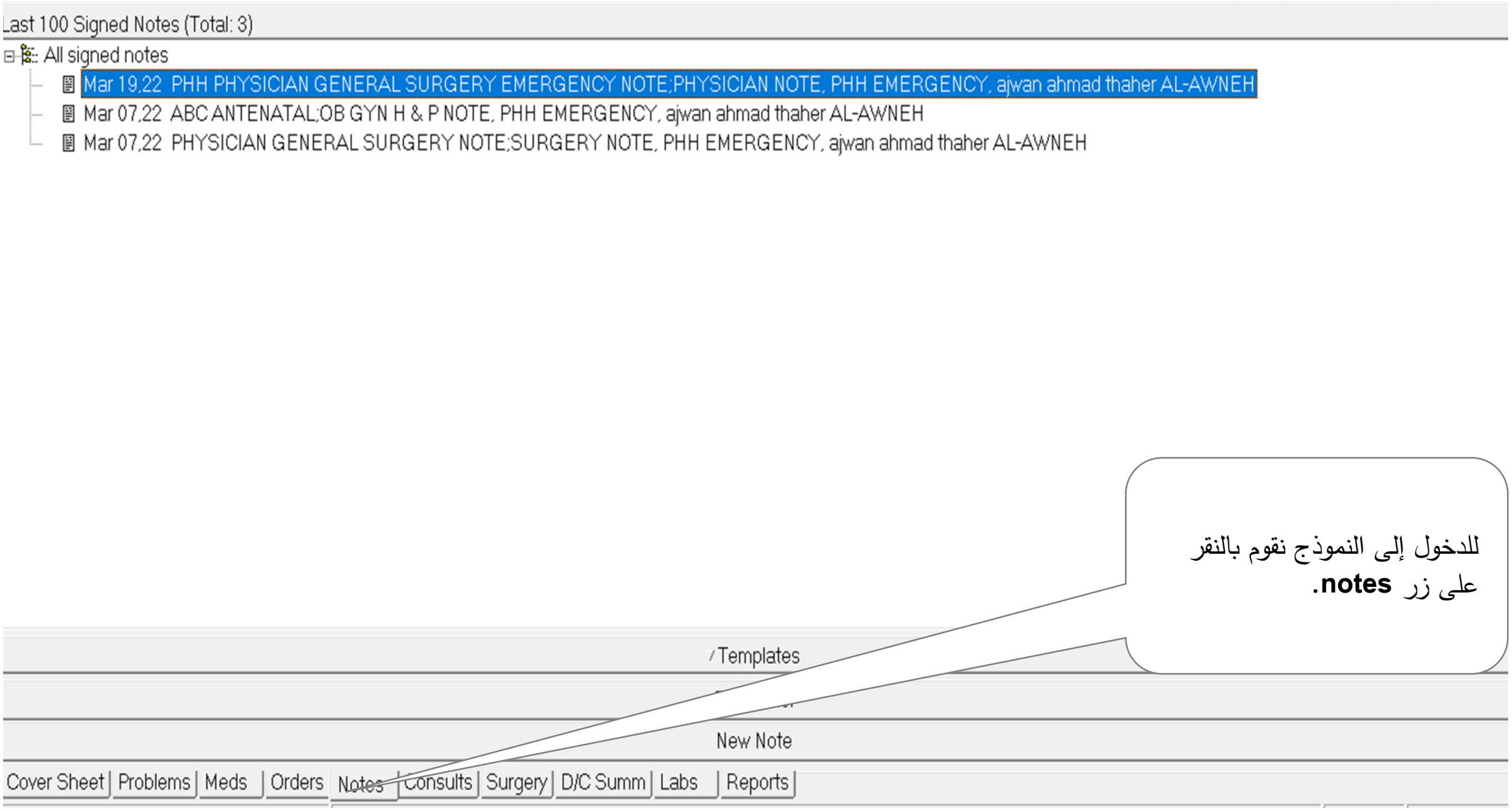
Pre-Operative Checklist (nursing) ---------- 141

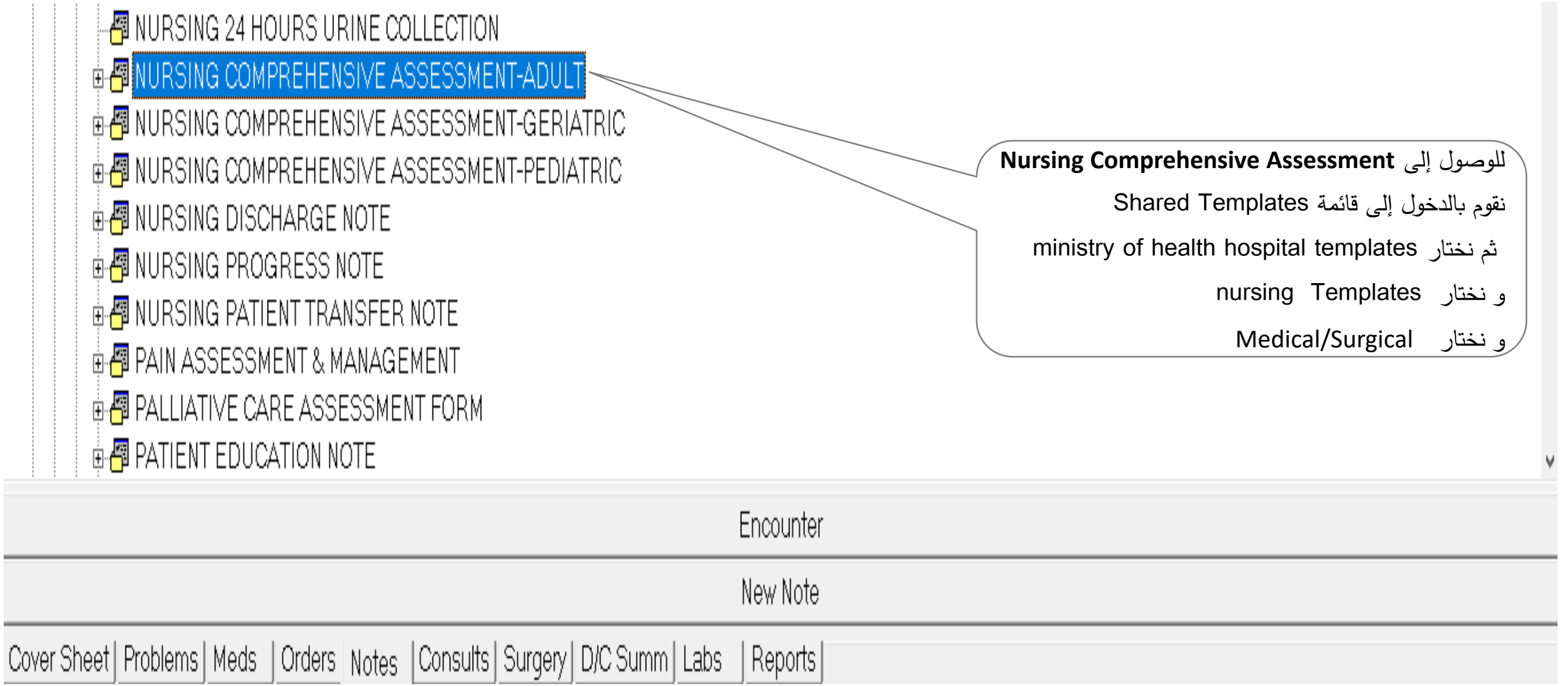
Intra-Operative Anesthesia Note (anesthesia) ---------- 149

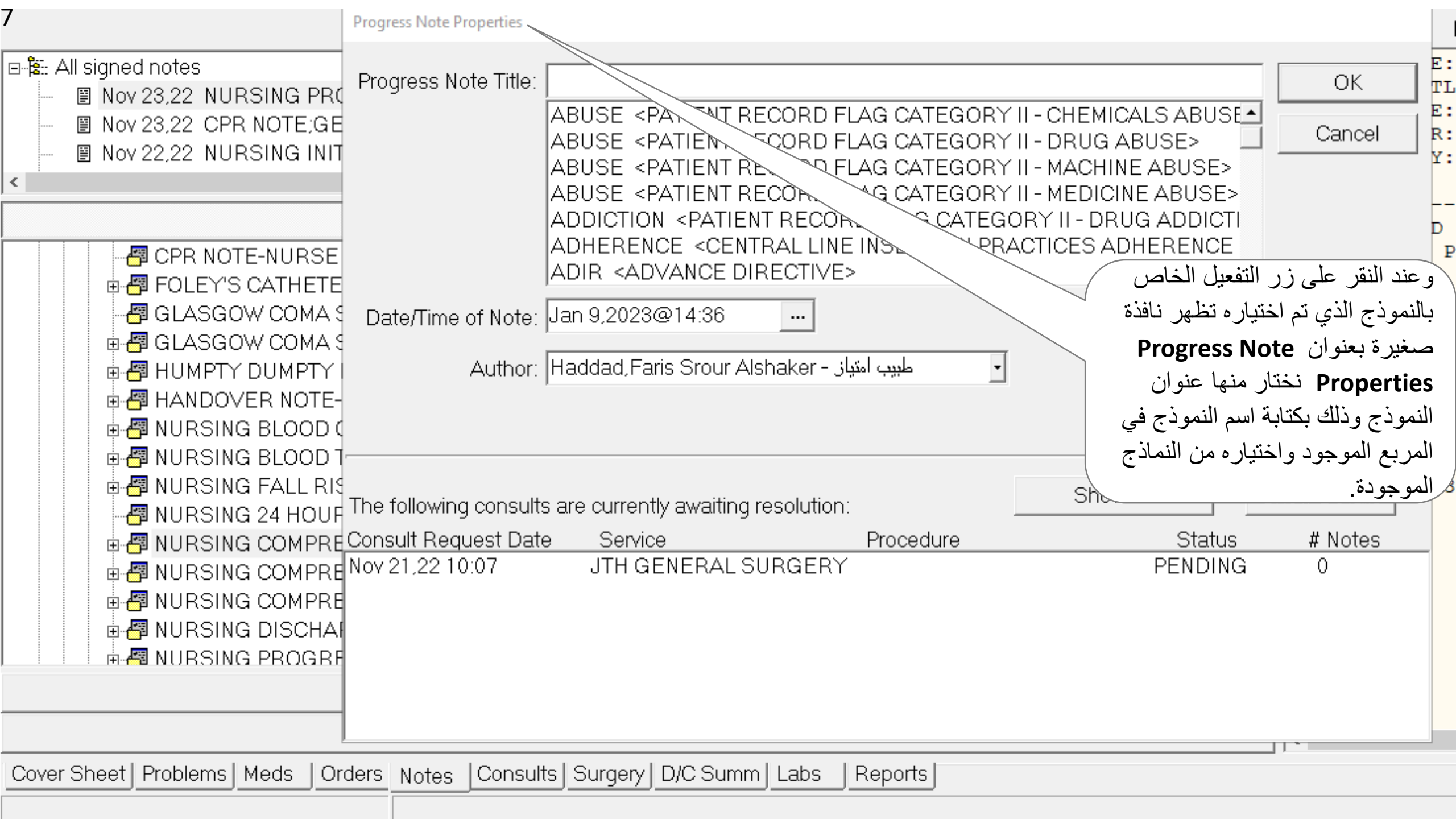
Nursing Surgical Safety Checklist ---------- 166

Recovery Room Assessment –Nurse ---------- 176

# Nursing Comprehensive Assessment-Adult


Last 100 Signed Notes (Total: 3)
All signed notes
Mar 19,22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE;PHYSICIAN NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaher AL-AWNEH
Mar 07,22 ABC ANTENATAL;OB GYN H & P NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaher AL-AWNEH
Mar 07,22 PHYSICIAN GENERAL SURGERY NOTE;SURGERY NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaher AL-AWNEH
للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر notes.
Templates
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports


NURSING 24 HOURS URINE COLLECTION
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-GERIATRIC
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-PEDIATRIC
NURSING DISCHARGE NOTE
NURSING PROGRESS NOTE
NURSING PATIENT TRANSFER NOTE
PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
PALLIATIVE CARE ASSESSMENT FORM
PATIENT EDUCATION NOTE
للوصول إلى **Nursing Comprehensive Assessment**
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار nursing Templates
و نختار Medical/Surgical
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports




وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note** **Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود واختياره من النماذج الموجودة.

Template: NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT

```
==============================================
Patient Name :
National ID  :
Date of Birth:
Patient Age  :
Patient Sex  :
==============================================
```

☐ Patient History:
---

☐ Communicable Disease:
---

☐ Vaccination Status:
---

☐ Functional Screening:
---

☐ Social Screening:
---

☐ Nutritional Screening:
---

☐ Physical Examination:
---

☐ Pressure Ulcer Assessment:
---

☐ Fall Risk Assessment (Morse Fall Scale):
---

☐ Pain Assessment:
---

☐ Patient Education Note:
---

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

تظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة جميع حقول ال **Nursing Comprehensive Assessment** كاملة مع العلم ان كافة الحقول ذات أهمية في التوثيق.

Template: NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT

==========

Patient Name :
National ID :
Date of Birth:
Patient Age :
Patient Sex :

==========

☑ Patient History:

---

☑ - Chief Complaint & History of Present Illness:

☑ - Admitting Diagnosis:

☑ - Medical History:

☑ - Surgical History:

☑ -Allergies:

☐ No Allergy Assessment

☐ Physician Informed

☐ Communicable Disease:

---

☐ Vaccination Status:

---

☐ Functional Screening:

---

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

نبدأ بداية بتعبئة حقل الشكوى الرئيسية والتاريخ المرضي الحالي والتشخيص عند الدخول والتاريخ الطبي والجراحي حيث يظهر تحت اسفل كل حقل مربع فارغ يتم التعبئة فيه.

ثم ننقر على زر التفعيل الخاص بالحساسية **Allergies** فتدرج بشكل تلقائي اذا تم توثيقها مع التأكد من المريض.

Template: NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT

☑ Communicable Disease:

☑

☐ Tuberculosis
☐ Hepatitis A
☐ Hepatitis B
☐ Hepatitis C
☐ Rubella
☐ Mumps
☐ Meningitis
☐ Chicken Box
☐ Measles
☐ Covid 19
☐ Others

☑ Vaccination Status:

☑ IMMUNIZATIONS - NONE FOUND

☑ Functional Screening:

☑

** If a patient needs assistance with any of the following, an acti
☐ Bed mobility ☐ Walking ☐ Transfers ☐ Dressing ☐ Eating
☐ Washing/ bathing ☐ Toileting ☐ Transfers ☐ Swallowing ☐ Speech
☐ Language ☐ No action is needed

☐ Social Screening:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

وبالنقر على زر التفعيل الخاص بالامراض المعدية **Communicable disease** تظهر مجموعة من الخيارت يتم الاختيار منها حسب التاريخ المرضي للمريض واذا كان هناك امراض معدية غير موجودة يجب اضافتها وذلك باختيار Other حيث يظهر مربع للتعبئة.

أما في خانة المطاعيم **vaccination** فيتم توثيق أية مطاعيم أخذها المريض.

وعند النقر على زر التفعيل الخاص بوضع المريض من الناحية الوظيفية تظهر مجموعة من الخيارات يتم توثيقها حسب النشاطات الوظيفية التي يقوم به المريض.
اذا لم يكن هناك حاجة نضع No action is needed.

Template: NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT

Social Screening:

- Inadequate family or social support
- Suspected abuse/neglect
- Non adherence to treatment plan
- Patient family lifestyle change due to illness
- Living conditions do not support treatment plan
- Poor personal hygiene
- Inadequate coping with hospitalization
- Inadequate financial support
- No social problem
- Others:

Nutritional Screening:

BODY MASS INDEX - NO HEIGHTS FOUND

** If any of the boxes are checked, an action is required.

- BMI < 18.5
- BMI > 40
- On therapeutic diet, TPN or enteral
- No action is needed

Physical Examination:

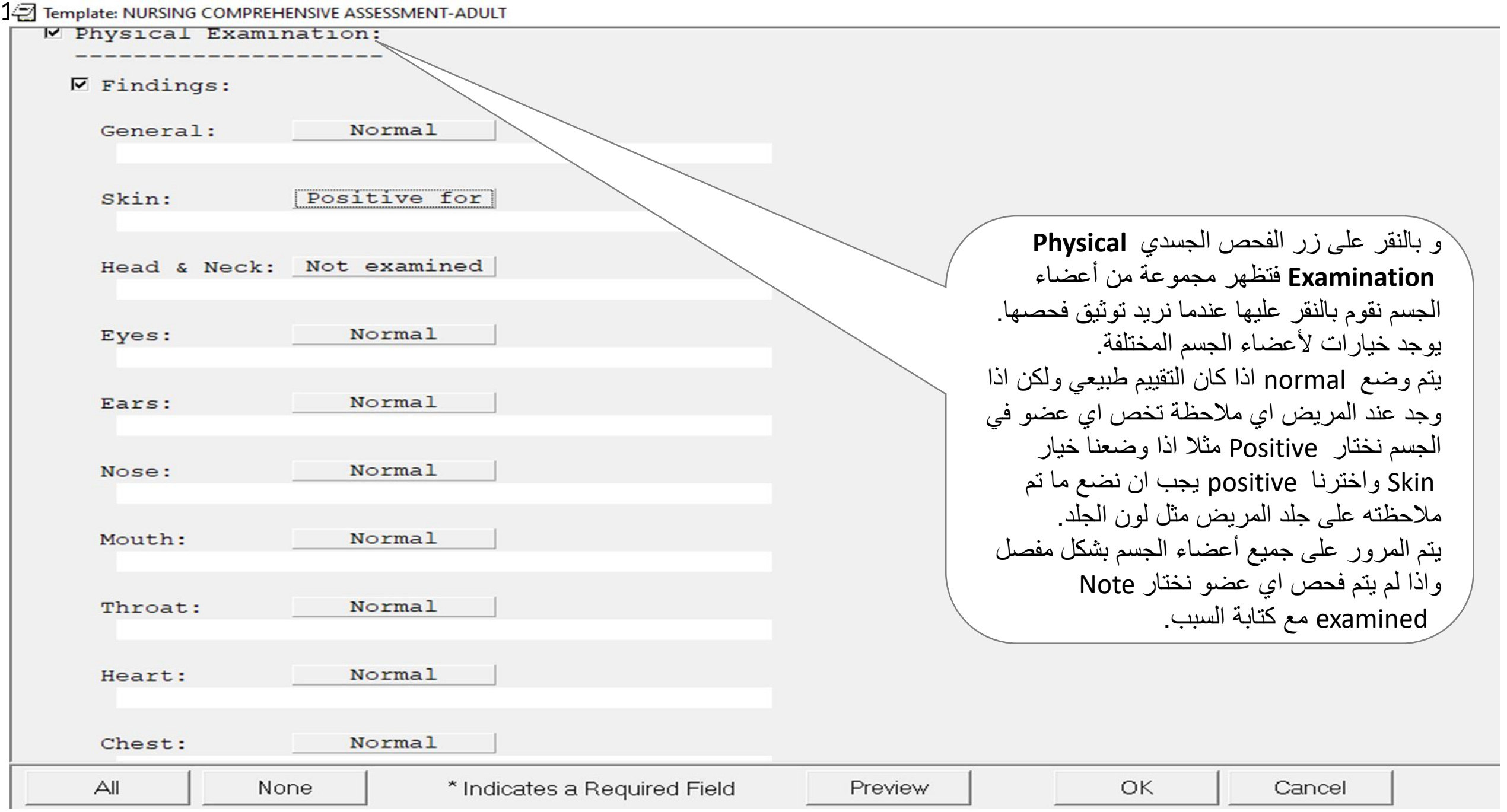
Pressure Ulcer Assessment:

Fall Risk Assessment (Morse Fall Scale):

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

ونقوم بتفعيل المسح الإجتماعي **Social Screening**
الخاص بالمريض حسب حالة المريض الاجتماعية حيث يوجد مجموعة من الخيارات نقوم بالإختيار بما يتناسب مع حالة المريض الاجتماعية.
وبالنقر على No social problem اذا لم يكن هناك أية مشاكل اجتماعية.
واذا كان هناك ملاحظات غير موجودة نوثقها في الفراغ الخاص other.

ننتقل الى مسح الحالة التغذوية **Nutritional Screening**
الخاص بالمريض حيث يوجد مجموعة من الخيارات نختار منها بما يتناسب مع حالة المريض التغذوية.
والخيار الأخير No action is needed اذا لم يكن المريض بحاجة الى اية اجراءات.




و بالنقر على زر الفحص الجسدي **Physical Examination** فتظهر مجموعة من أعضاء الجسم نقوم بالنقر عليها عندما نريد توثيق فحصها.
يوجد خيارات لأعضاء الجسم المختلفة.
يتم وضع normal اذا كان التقييم طبيعي ولكن اذا وجد عند المريض اي ملاحظة تخص اي عضو في الجسم نختار Positive مثلا اذا وضعنا خيار Skin واخترنا positive يجب ان نضع ما تم ملاحظته على جلد المريض مثل لون الجلد.
يتم المرور على جميع أعضاء الجسم بشكل مفصل واذا لم يتم فحص اي عضو نختار Note examined مع كتابة السبب.

Template: NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT

Mouth: Normal

Throat: Normal

Heart: Normal

Chest: Normal

Abdomen: Normal

Genitalia: Normal

Extremities: Normal

Neurological: Normal

Musculoskeletal: Normal

☐ Comments:

يوجد خانة Comments لوضع اي تعليق أو شرح.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT

Chest: Normal

Abdomen: Normal

Genitalia: Normal

Extremities: Normal

Neurological: Normal

Musculoskeletal: Normal

☐ Comments:

☐ Pressure Ulcer Assessment:

☐ Fall Risk Assessment (Morse Fall Scale):

☐ Pain Assessment:

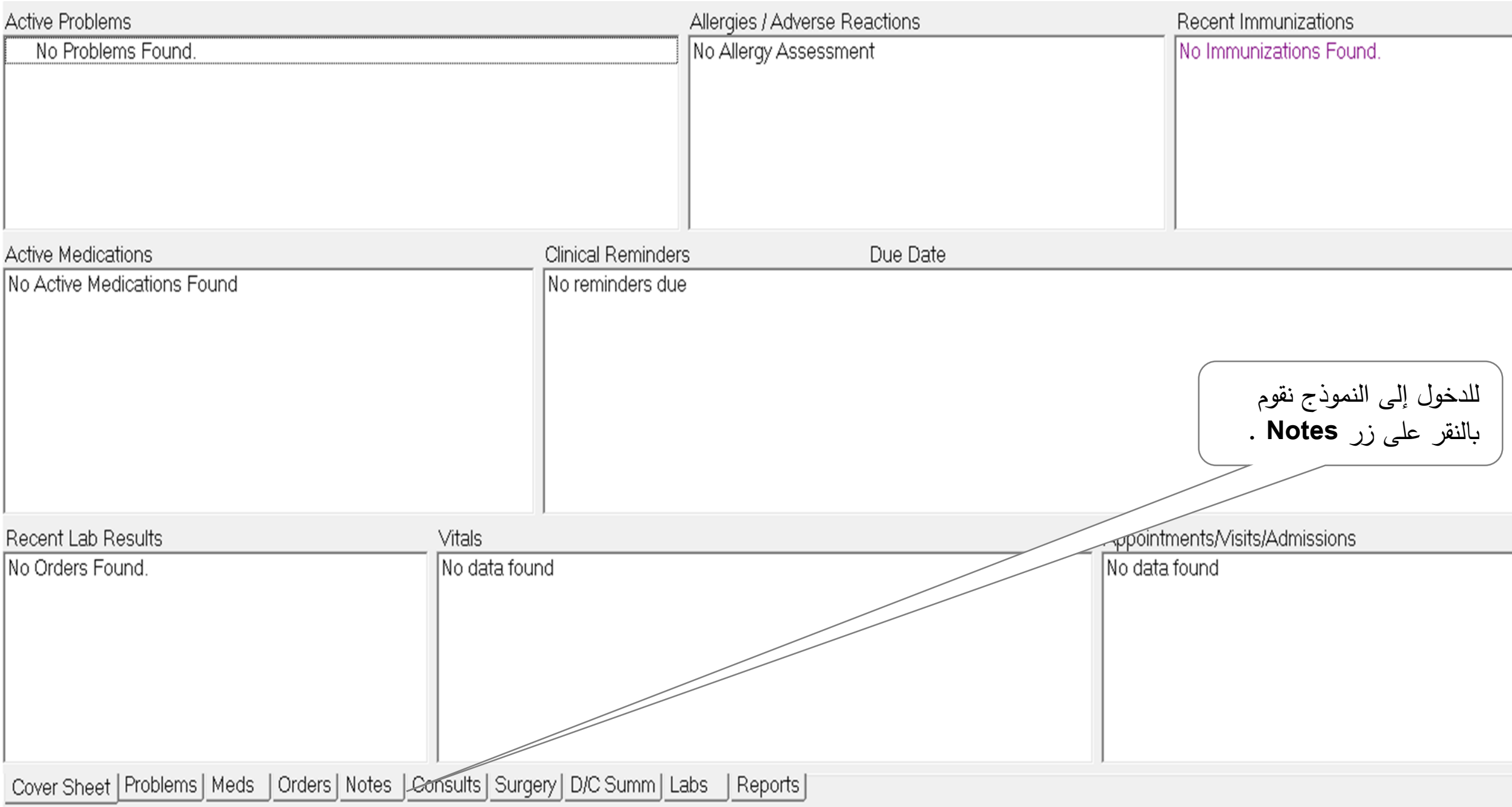
☐ Patient Education Note:

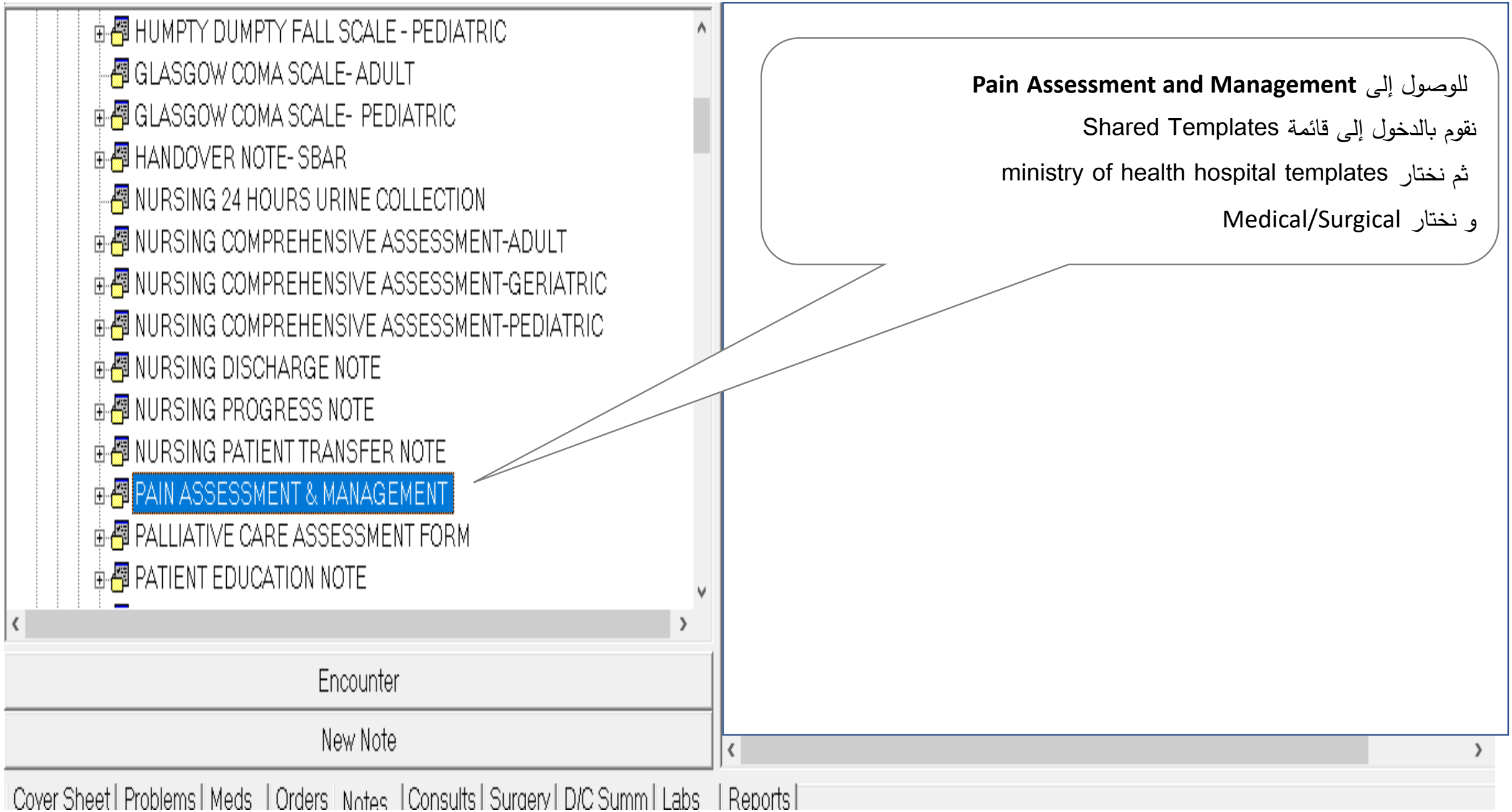
All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

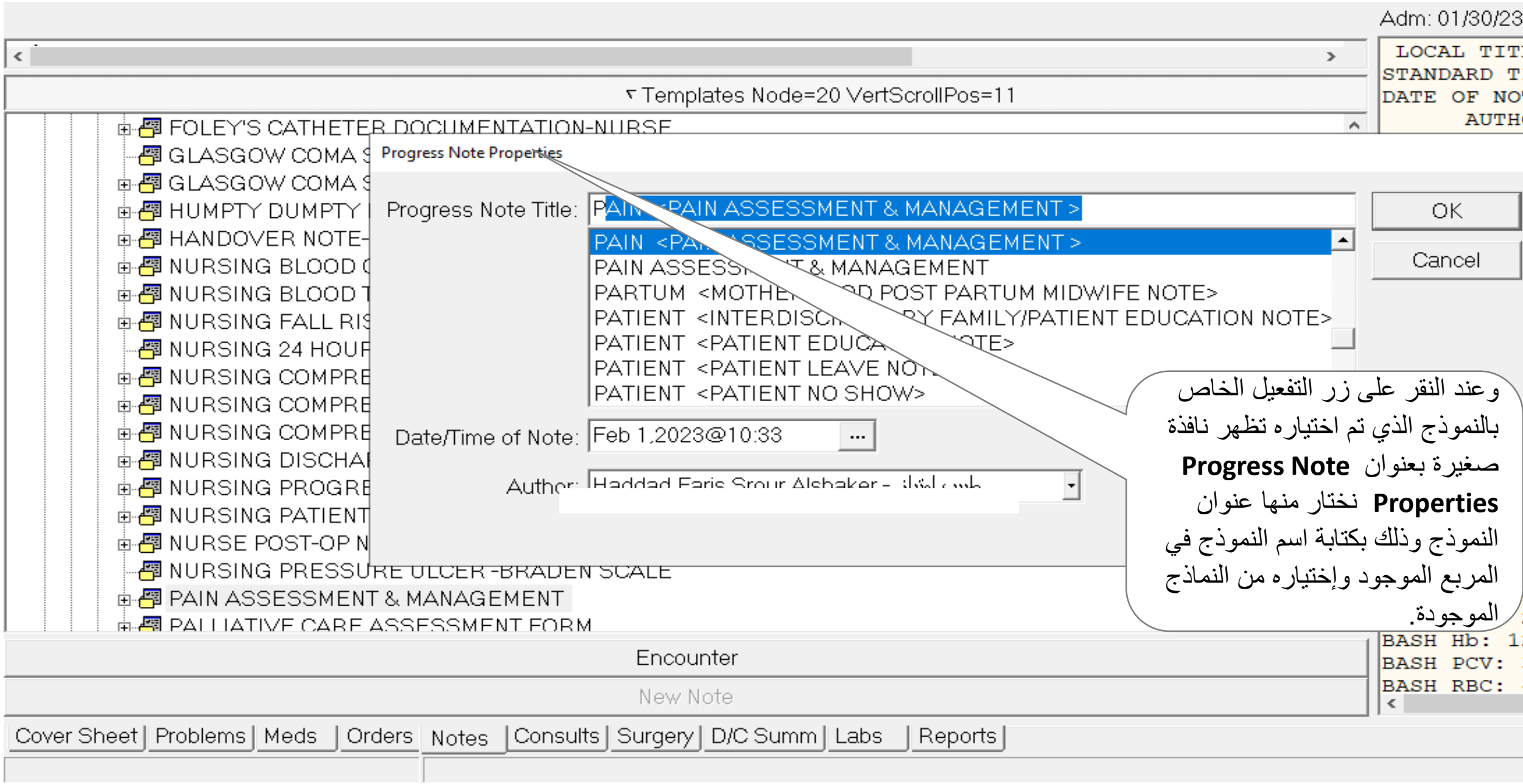
يتم توثيق الحقول التالية حيث يوجد نماذج خاصة لكل من :

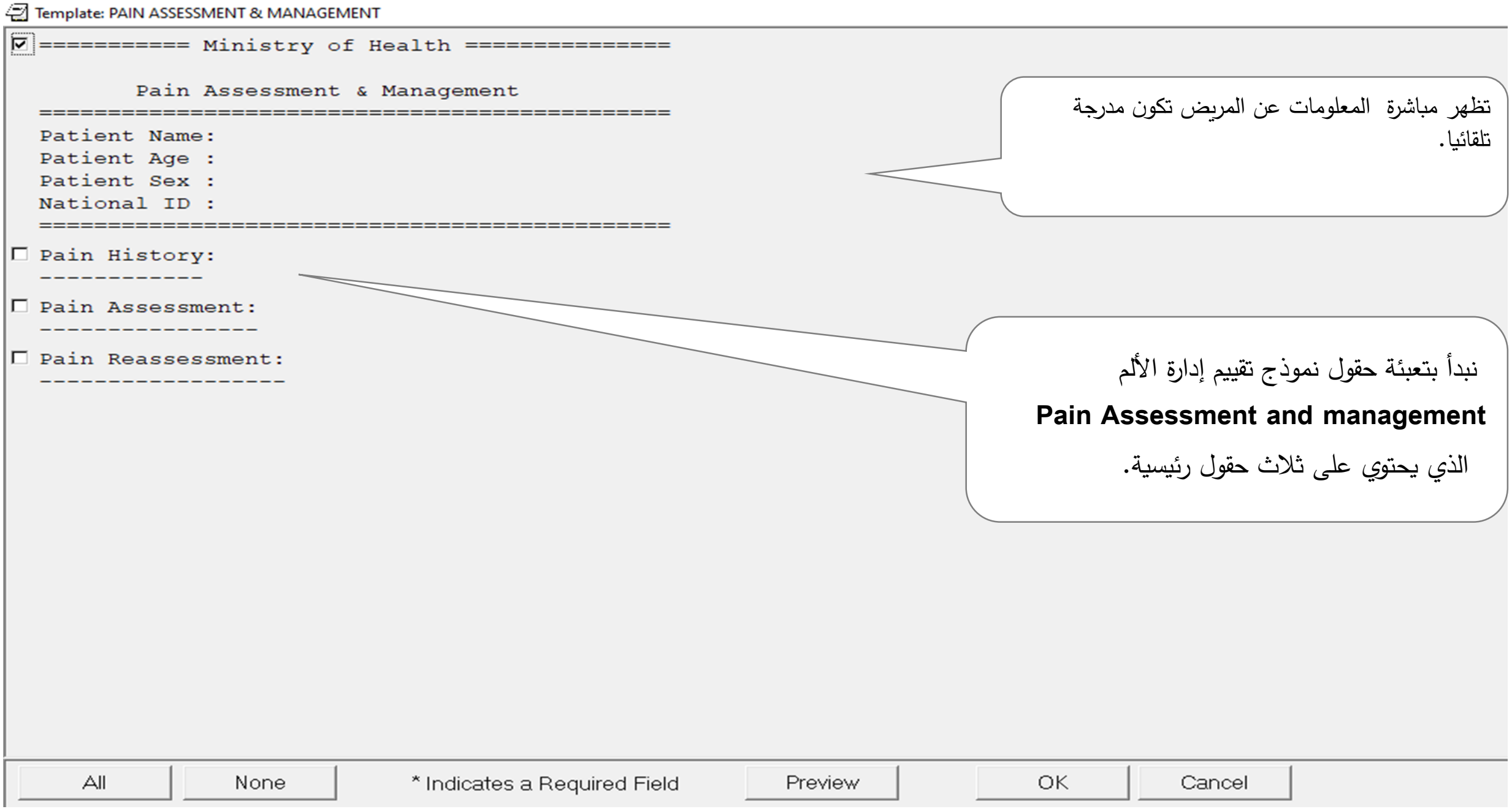
**Pressure Ulcer Assessment**
**Fall Risk Assessment (Morse Fall Scale)**
**Pain Assessment**
**Patient Education Note**

# Pain Assessment and Management Template


Active Problems
No Problems Found.
Allergies / Adverse Reactions
No Allergy Assessment
Recent Immunizations
No Immunizations Found.
Active Medications
No Active Medications Found
Clinical Reminders
Due Date
No reminders due
للدخول إلى النموذج نقوم
بالنقر على زر Notes .
Recent Lab Results
No Orders Found.
Vitals
No data found
ppointments/Visits/Admissions
No data found
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports


HUMPTY DUMPTY FALL SCALE - PEDIATRIC
GLASGOW COMA SCALE- ADULT
GLASGOW COMA SCALE- PEDIATRIC
HANDOVER NOTE- SBAR
NURSING 24 HOURS URINE COLLECTION
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-GERIATRIC
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-PEDIATRIC
NURSING DISCHARGE NOTE
NURSING PROGRESS NOTE
NURSING PATIENT TRANSFER NOTE
PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
PALLIATIVE CARE ASSESSMENT FORM
PATIENT EDUCATION NOTE
Encounter
New Note
للوصول إلى Pain Assessment and Management
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار Medical/Surgical
Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs | Reports


Adm: 01/30/23
Templates Node=20 VertScrollPos=11
FOLEY'S CATHETER DOCUMENTATION-NURSE
GLASGOW COMA
GLASGOW COMA
HUMPTY DUMPTY
HANDOVER NOTE-
NURSING BLOOD
NURSING BLOOD
NURSING FALL RIS
NURSING 24 HOUR
NURSING COMPRE
NURSING COMPRE
NURSING COMPRE
NURSING DISCHAR
NURSING PROGRE
NURSING PATIENT
NURSE POST-OP N
NURSING PRESSURE ULCER -BRADEN SCALE
PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
PALLIATIVE CARE ASSESSMENT FORM
Progress Note Properties
Progress Note Title:
PAIN <PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT >
PAIN <PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT >
PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
PARTUM <MOTHER POST PARTUM MIDWIFE NOTE>
PATIENT <INTERDISC FAMILY/PATIENT EDUCATION NOTE>
PATIENT <PATIENT EDUCA
PATIENT <PATIENT LEAVE NOT
PATIENT <PATIENT NO SHOW>
Date/Time of Note:
Feb 1,2023@10:33
Author:
OK
Cancel
وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان Progress Note
Properties نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.
LOCAL TIT
STANDARD T
DATE OF NO
AUTH
BASH Hb:
BASH PCV:
BASH RBC:
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports




تظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة حقول نموذج تقييم إدارة الألم

**Pain Assessment and management**

الذي يحتوي على ثلاث حقول رئيسية.

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

========== Ministry of Health ==========

Pain Assessment & Management

==========

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :

==========

☑ Pain History:
---

☑ - Allergies: Patient has answered NKA

☐ Notes:

☑ - Diagnosis:
Active problems - Computerized Problem List is the source for the following:

1. Cough
2. Upper respiratory infection,acute
3. Diabetes Mellitus Type II or unspecified with unspecified complications

☑ Notes:

☐ Pain Assessment:
---

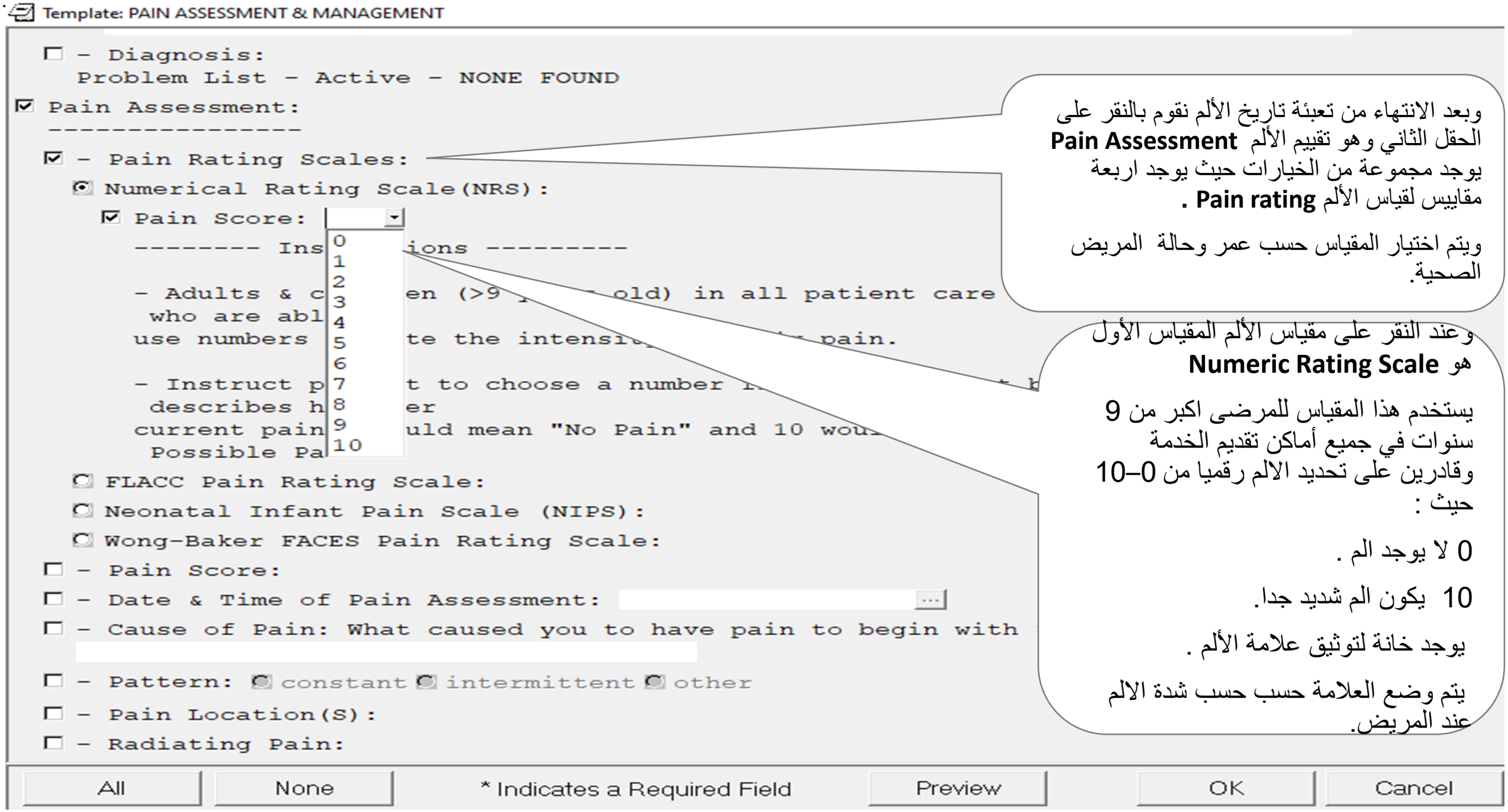
☐ Pain Reassessment:
---

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

عند النقر على زر التفعيل بتاريخ الألم **Pain History** يندرج تلقائيا خيارين وهم الحساسية ويجب تحديدها بعد سؤال المريض عند التقييم.

وبعدها يتم ادخال التشخيص .

ولإضافة اية ملاحظات في المربع.




وبعد الانتهاء من تعبئة تاريخ الألم نقوم بالنقر على الحقل الثاني وهو تقييم الألم **Pain Assessment** يوجد مجموعة من الخيارات حيث يوجد اربعة مقاييس لقياس الألم **Pain rating .**

ويتم اختيار المقياس حسب عمر وحالة المريض الصحية.

وعند النقر على مقياس الألم المقياس الأول هو **Numeric Rating Scale**

يستخدم هذا المقياس للمرضى اكبر من 9 سنوات في جميع أماكن تقديم الخدمة وقادرين على تحديد الالم رقميا من 0–10 حيث :

0 لا يوجد الم .

10 يكون الم شديد جدا.

يوجد خانة لتوثيق علامة الألم .

يتم وضع العلامة حسب حسب شدة الالم عند المريض.

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

Numerical Rating Scale (NRS):

FLACC Pain Rating Scale:

Face:
- 0 (No Particular Expression
- 1 (Occasional Grimace or Frown,
- 2 (frequent to constant frown, clenc

Legs:
- 0 (Normal Postions or Relaxed)
- 1 (Uneasy, Restless, Tense)
- 2 (Kicking or Legs down and up)

Activity:
- 0 (Lying quietly, normal, position moves easily)
- 1 (Squirming shifting back and forth, tense)
- 2 (Arched, rigid, or jerking)

Cry:
- 0 no cry (awake or asleep)
- 1 (moans or whimpers , occasional compliante)
- 2 (crying steadily, screams or sob, frequent comp

Consolability:
- 0 (Content, relaxed)
- 1 (Reassured by occaional touching , hugging, or tal
- 2 (Difficult to console or comfort)

---------- Instructions ----------

Use FLACC pain in patients who are unable to self-report pain, &
for ages > 2
month to age < 3 years & non-communicative patient.
1) Rate pain on each of the 5 categories.
2) Add together

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

**أما المقياس الثاني هو FLACC Pain Scale**

يستخدم لمن هم غير قادرين على تحديد الالم بأنفسهم وهم ( بعمر اكبر من شهرين واقل من ثلاثة سنوات والمريض غير قادر على التواصل).

ويحتوي هذا المقياس على خمسة حقول حسب بداية الاحرف الخاصة باسم المقياس FLACC وتحتوي كل نقطة في المقياس على ثلاثة خيارات تتدرج من 0 الى 2.

وبعد التقييم بشكل كامل يتم جمع العلامات واذا كانت العلامات اكبر من 3 تشير الى وجود الم عند المريض.

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

- [ ] Numerical Rating Scale(NRS):
- [ ] FLACC Pain Rating Scale:
- [x] Neonatal Infant Pain Scale (NIPS):
  - [x] Facial Expression:
    - [ ] 0 Relaxed
    - [ ] 1 Grimace
  - [x] Cry:
    - [ ] 0 No cry
    - [ ] 1 Whimper
    - [ ] 2 Vigorous Crying
  - [ ] Breathing Pattern:
    - [ ] 0 Relaxed
    - [ ] 1 Change in Breathing
  - [ ] Arms:
    - [ ] 0 Relaxed
    - [ ] 1 Flexed/ Extended
  - [ ] Legs:
    - [ ] 0 Relaxed
    - [ ] 1 Flexed/ Extended
  - [ ] State of Arousal:
    - [ ] 0 Sleepy/Awake
    - [ ] 1 Fussy
  - [ ] Heart Rate:
    - [ ] 0 Within 10% of baseline
    - [ ] 1 11%-20% of baseline
    - [ ] 2 >20% of baseline
- [x] Oxygen Saturation:
  - [ ] 0 No additional O2 needed
  - [ ] 1 Additional O2 required

*** Instructions ***

NIPS used in preterm & term neonates up to 2 months of age:
1- Rate neonate pain on each of the 8 parameters.
2- Add together.
3- Document total pain score.

* Score more than 3 indicates pain.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

**المقياس الثالث Neonatal Infant Scale (NIPS)**

يستخدم من لحظة الولادة حتى عمر شهرين مكتمل النمو او غير مكتمل.

ويحتوي على ثمانية حقول ، وتندرج مجموعة من الخيارات يجب تعبئتها (0 او 1 او 2) حسب حالة الطفل بعد الفحص.

وبعد التقييم بشكل كامل يتم جمع العلامات واذا كانت العلامات اكبر من 3 تشير الى وجود الم عند المريض.

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

☑ Notes:

☐ – Diagnosis:
Problem List – Active – NONE FOUND

☑ Pain Assessment:
---

☑ – Pain Rating Scales:
- ○ Numerical Rating Scale(NRS):
- ○ FLACC Pain Rating Scale:
- ○ Neonatal Infant Pain Scale (NIPS):
- ◉ Wong-Baker FACES Pain Rating Scale:
  - ☑ Wong-Baker FACES Pain Rating Scale:
    - ○ 0 No Hurt
    - ○ 2 Hurts Little Bit
    - ○ 4 Hurts Little More
    - ○ 6 Hurts Even More
    - ○ 8 Hurts Whole Lot
    - ○ 10 Hurts Worst

    ------- Instructions ------

    – Wong-Baker pain scale consisting Of graduat
     expressions of pain will
    Be used for patients of 3 years old & older.

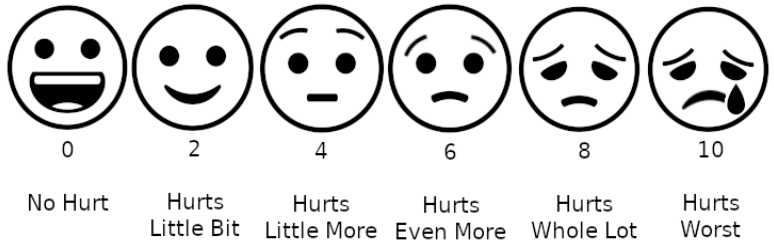
    – Ask the patient to choose the face that best describes how he/
     she feels.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

أما المقياس الأخير هو **Wong-Baker Face Pain**

يستخدم للمرضى اكبر من ثلاثة سنوات

ويتم من خلال سؤال المريض باختيار الوجه الذي يصف حالة المريض من حيث الالم.




ويحتوي على 6 حقول يجب تعبئتها بالأرقام التي تبدأ من

0 – 10 زوجياً .

حيث 0 لا يوجد الم .

10 الم شديد .

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

☑ Oxygen Saturation:
- ○ 0 No additional O2 needed
- ○ 1 Additional O2 required

*** Instructions ***

NIPS used in preterm & term neonates up to 2 months of age:
1- Rate neonate pain on each of the 8 parameters.
2- Add together.
3- Document total pain score.

* Score more than 3 indicates pain.

○ Wong-Baker FACES Pain Rating Scale:

☑ - Pain Score:
- ☑ - At Rest:
- - At Movement:

☑ - Date & Time of Pain Assessment: ...

☑ - Cause of Pain: What caused you to have pain to begin with ?

☑ - Pattern: ○ constant ○ intermittent ○ other

☐ - Pain Location(S):

☐ - Radiating Pain:

☐ - Description of Pain:

☐ - Associated Symptoms:

ولإدخال علامة فحص الالم **Pain Score** بناءا على وضعية المريض في الراحة او الحركة ويتم ادخال تاريخ ووقت التقييم.

وبعدها يحدد أسباب الألم ونمطه .

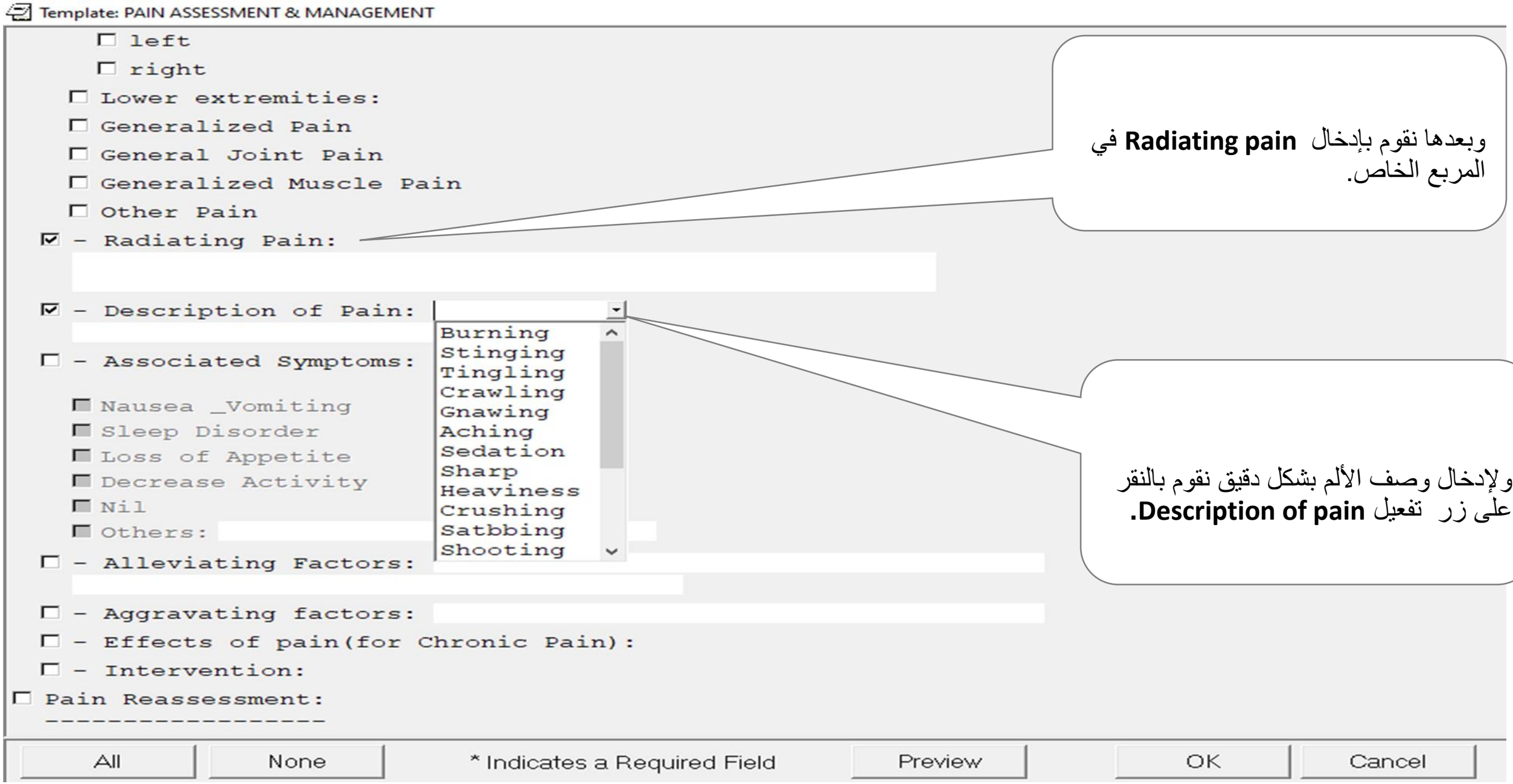
All | None | * Indicates a Required Field | Preview | O

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

- Pain Location(S):
  - Head:
    - Temporal left
    - Temporal-right
    - Frontal
  - Face:
  - Mouth:
    - Dental
    - Soft tissue
  - Ear:
    - left
    - right
  - Neck
  - Shoulder:
    - right
    - left
  - Upper extremities:
  - Chest:
  - Breast:
  - Abdomen:
  - Back:
  - Genitalia
  - Rectum
  - Butocks:
  - Hip:

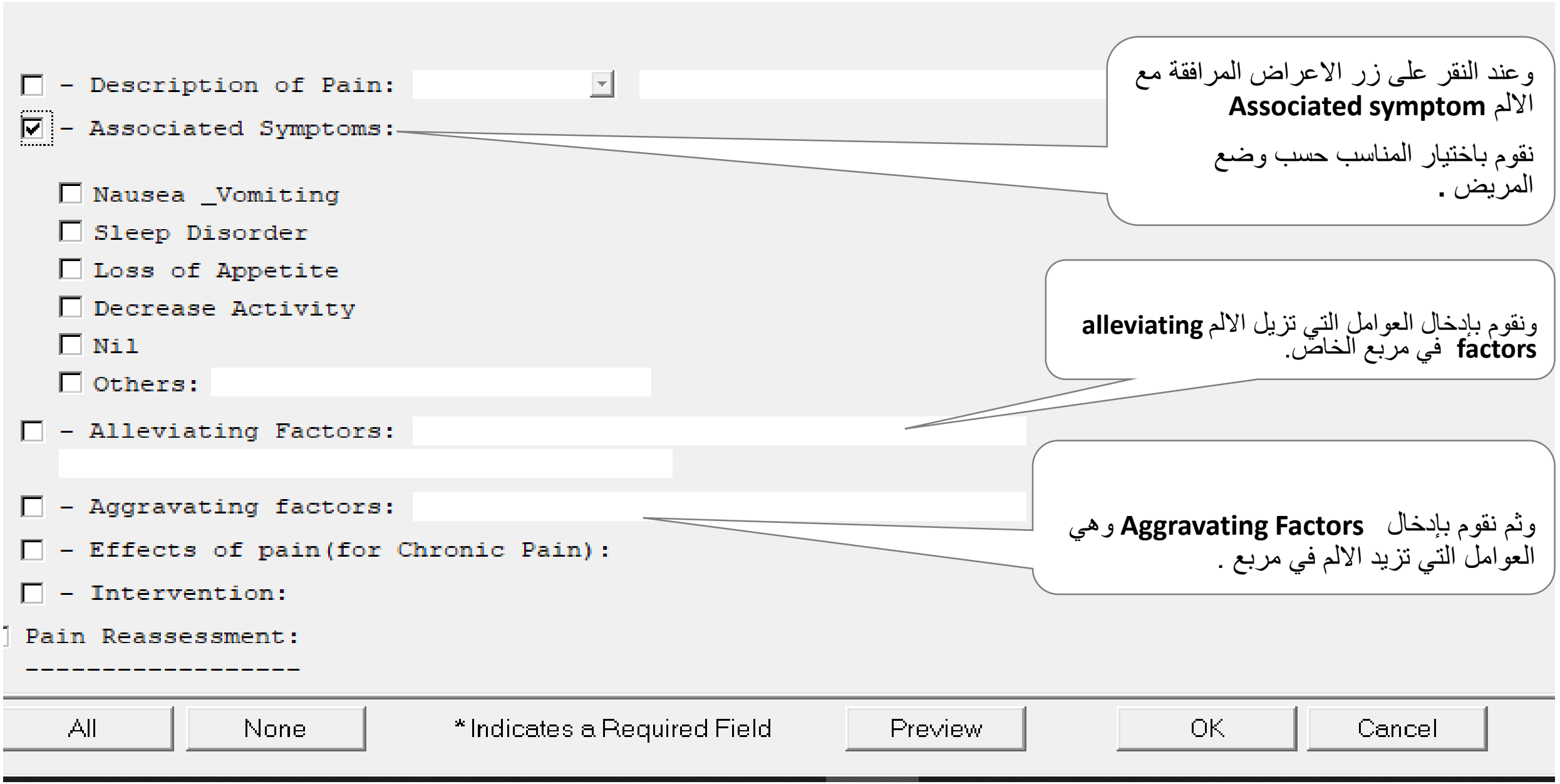
وعند النقر على زر تفعيل موضع الالم **pain location**
لتظهر خيارات متعددة لأجزاء الجسم لتحديد بشكل دقيق .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel




وبعدها نقوم بإدخال **Radiating pain** في المربع الخاص.

ولإدخال وصف الألم بشكل دقيق نقوم بالنقر على زر تفعيل **Description of pain.**




وعند النقر على زر الاعراض المرافقة مع الالم **Associated symptom**

نقوم باختيار المناسب حسب وضع المريض .

ونقوم بإدخال العوامل التي تزيل الالم **alleviating factors** في مربع الخاص.

وثم نقوم بإدخال **Aggravating Factors** وهي العوامل التي تزيد الالم في مربع .

2 Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

- ☐ – Aggravating factors:
- ☑ – Effects of pain(for Chronic Pain):
  - ☐ Anxiety
  - ☐ Appetite
  - ☐ Concentration
  - ☐ Depression
  - ☐ Energy level
  - ☐ Enjoyment of life
  - ☐ Household chores
  - ☐ Memory, Mobility
  - ☐ Mood
  - ☐ Personal care
  - ☐ Physical activity
  - ☐ Relationship with others
  - ☐ Self esteem
  - ☐ Sexual functioning
  - ☐ Sleep, Social
  - ☐ Activities
  - ☐ Temper
  - ☐ Work
  - ☐ No effect on activity
  - ☐ Others:
- ☐ – Intervention:

☐ Pain Reassessment:

---

وبعد ذلك نقوم بتعبئة تأثير الالم **Effects of pain (for chronic pain)** على المرضى المصابين بالآلام المزمنة حيث تندرج مجموعة من الخيارات يجب تعبئتها حسب حالة المريض .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

30 Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

☐ Temper
☐ Work
☐ No effect on activity
☐ Others:
☑ – Intervention:
☑ Pharmacological Interventions:

Route of Medication Administration:
☐ I.V ☐ I.M ☐ Oral ☐ P.R ☐ Subcutaneous ☐ Local

☑ Non-pharmacological Interventions:

☐ – Heat/ cold packs prescribed
☐ – Repositioning, turning and / or ambulation as tol
☐ – Exercise, massage, immobilization\
☐ – Relaxation exercises i.e deep breathing ,rhythmic b
☐ – Distraction or divisional tactics

☐ – Swaddling, facilitated tucking
☐ – Non nutritive suckling
☐ – Sweet solutions: sucralose, Glucose
☑ – Breastfeeding analgesia
☐ – Breast milk
☐ – Music

☐ Pain Reassessment:
---

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

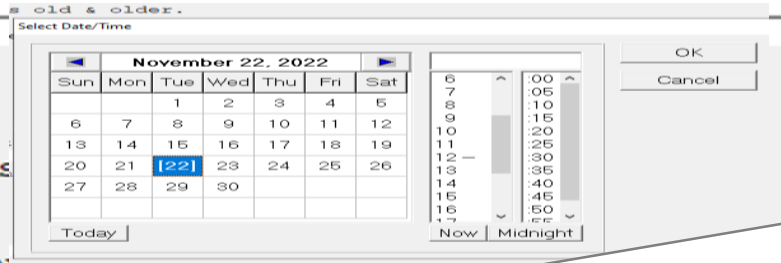
نقوم بالنقر على زر التفعيل **Intervention** الذي يقسم الإجراءات التداخلية الى قسمين :

1. Pharmacological intervention

في حال اعطاء اي اجراء علاجي دوائي حيث يوجد مربع يتم اضافة الادوية فيه ويتم تحديد الطريقة التي تم الاعطاء بها مثل IV, IM .

2- Non- pharmacological interventions
يتم تحديد الاجراءات من الخيارات المذكورة Heat/cold(اجراءات دون استخدام الدواء) .

3 Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT




Pain Reassessment:

- Date & Time of Re-assess
- Pain Rating Scales:
  - Numerical Rating Scale(NRS):
  - FLACC Pain Rating Scale:
  - Neonatal Infant Pain Scale (NIPS):
  - Wong-Baker FACES Pain Rating Scale:
- Pain Score:
  - At Rest:
  - At Movement:
- Sedation Level:
- Side Effect: D:Dyspnea
- Intervention:
  - Pharmacological Interventions:

Route of Medication Administration:
I.V I.M Oral P.R Subcutaneous Local

- Non-pharmacological Interventions:
  - Heat/ cold packs prescribed
  - Repositioning, turning and / or ambulation as tolerated
  - Exercise, massage, immobilization\
  - Relaxation exercises i.e deep breathing ,rhythmic breathing

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

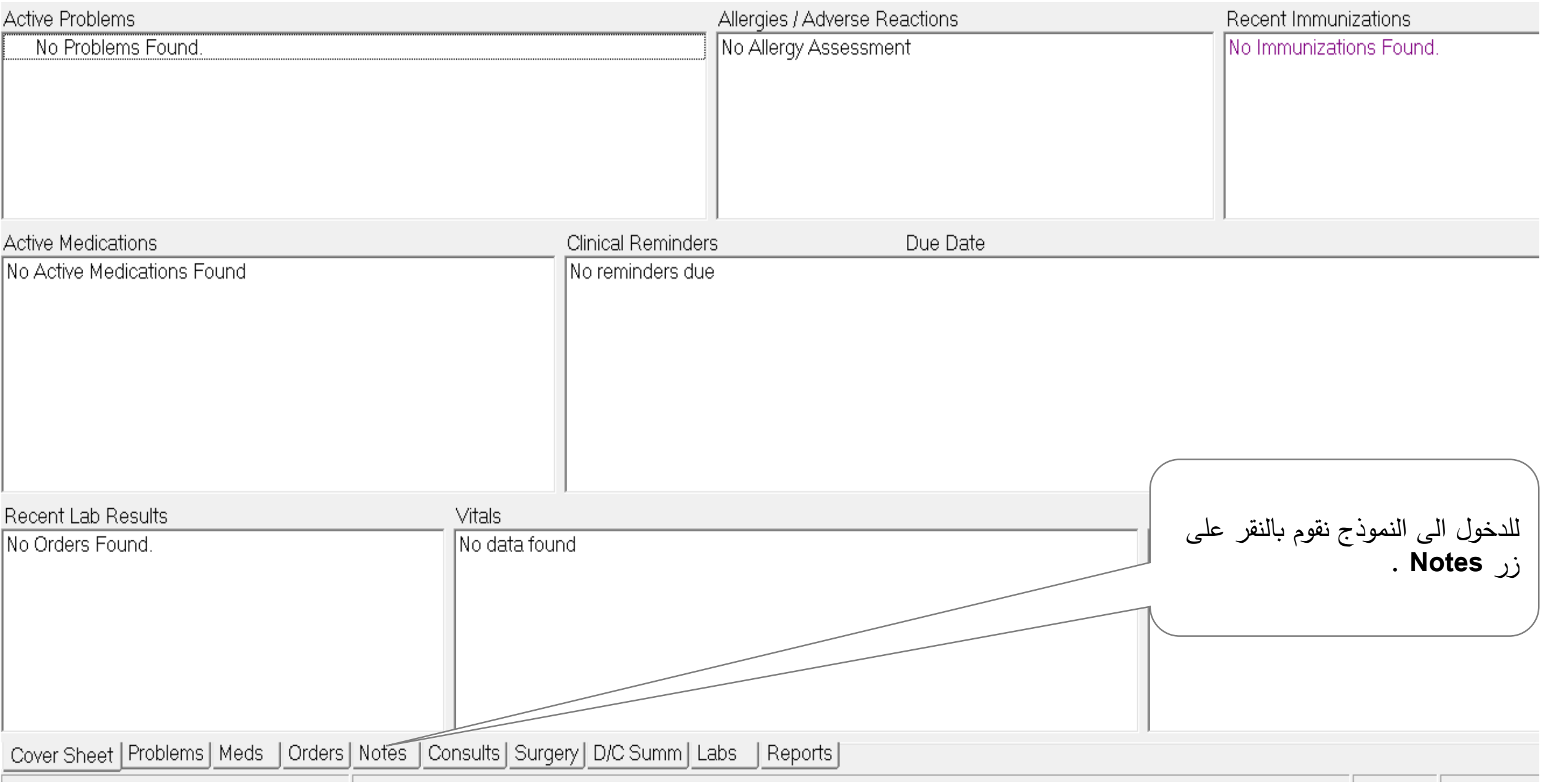
وعند النقر على الحقل الثالث والأخير وهو اعادة تقييم الألم **Pain Re-assessment** وبعد تقديم العلاج المناسب للمريض يدرج تحتها عدد من خيارات نقوم بتعبئتها حسب تقييم الألم.

وبعدها يتم تعبئه Sedation level بناء على وضع المريض بعد تقديم علاج الالم .

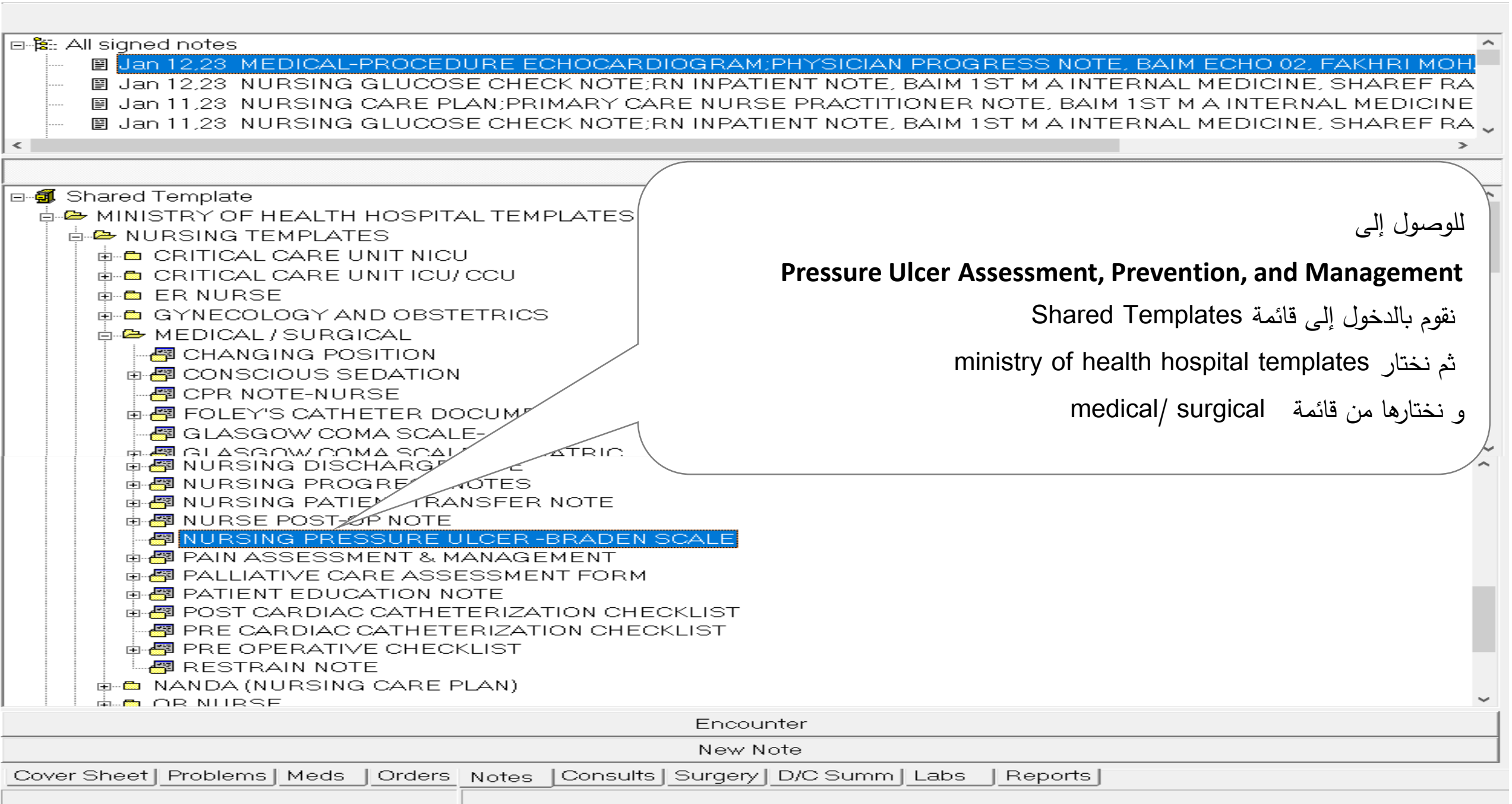
يتم ادخال اي اعراض جانبية تحدث للمريض و الاجراءات المتخذة لإيقافها .

ويتم اعادة تقييم الالم حسب حالة المريض.

# Pressure Ulcer Assessment, Prevention, and Management




للدخول الى النموذج نقوم بالنقر على زر **Notes** .




للوصول إلى

**Pressure Ulcer Assessment, Prevention, and Management**

نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates

ثم نختار ministry of health hospital templates

و نختارها من قائمة medical/ surgical

35

Primary Care Team Unassigned

SROUR ALSHAK Attending: Abdelqader,Majed Mohammad Abdel Qad

Adm: 01/30/23

Templates Node=19 VertScrollPos=24

- NURSING PROGRESS NOTES
- NURSING PATIENT
- NURSE POST-OP N
- NURSING PRESSU
- PAIN ASSESSMENT
- PALLIATIVE CARE
- PATIENT EDUCATI
- POST CARDIAC CA
- PRE CARDIAC CAT
- PRE OPERATIVE C
- RESTRAIN NOTE
- NANDA (NURSING CA
- OR NURSE
  - FOLEY'S CATHETE
  - NURSING SURGIC
  - PAIN ASSESSMENT
  - PATIENT EDUCATION NOTE
  - RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE
- PHYSICIAN TEMPLATES

Progress Note Properties

Progress Note Title: NURSIN NURSING CARE PLAN>

OK

Cancel

DEATH <PATIENT RE FLAG CATEGO

DEATH NOTE

DENTAL <DENTAL PEDODONTI

DENTAL <ORAL MEDICINE DENTAL

DENTAL PEDODONTICS NOTE

DEVELOPMENT <CHILDHOOD MIDWIFE

Date/Time of Note: Feb 1,2023@09:54 ...

Author: I

وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود واختياره من النماذج الموجودة.

LOCAL TITLE
STANDARD TITI
DATE OF NOTE
AUTHOR

BASH PT: 12.
BASH INR: 0.
BASH PTT: 29
BASH Hb: 12.
BASH PCV: 38
BASH RBC: 4.

Encounter

New Note

Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs | Reports

Template: NURSING PRESSURE ULCER -BRADEN SCALE

========== Ministry of Health ==========

Nursing Pressure Ulcer –Braden Scale
Assessment, Prevention & Management

==========

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :

==========

☐ Assessment \ Reassessment

☐ Prevention Skin Bundle Care Plan

☐ Pressure Ulcer Prevention Bundle

تظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة نموذج التقرحات السريرية الناتجة عن الضغط **Pressure ulcer prevention , And Assessment, management**

وعند تفعيل النموذج يظهر ثلاثة حقول رئيسية

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

Template: NURSING PRESSURE ULCER -BRADEN SCALE

========== Ministry of Health ==========

Nursing Pressure Ulcer -Braden Scale
Assessment, Prevention & Management

==========

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :

==========

☑ Assessment \ Reassessment

---

◉ Assessment:

---

☑ - Sensory Perception:

1. Completely Limited
2. Very Limited
3. Slightly Limited
4. No Impairment

- Activity(Degree of physical activity)

- Mobility( Ability to change and control body position):

ثم نبدأ بتعبئة الحقول ونبدأ بالحقل الأول **Assessment** ويتكون من ستة فروع (مقياس برادن للتنبؤ بمخاطر التقرحات السريرية).

ونقوم بالنقر على زر تفعيل الفرع الأول **Sensory Perception** وهو الادراك الحسي الذي يقيس هذا المؤشر القدرة على اكتشاف عدم الراحة او الألم الناتج عن حدوث التقرحات السريرية والاستجابة له.

.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

38

Assessment

- Sensory Perception:

- Moisture Degree(Degree to which skin is exposed to moisture):
  1. Completely Moist
  2. Moist
  3. Occasionally Moist
  4. Rarely Moist(Dry)

- Mobility( Ability to change and control body position)

- Nutrition (Usual food intake pattern):

- Friction $ Shear:

- Score :

Prevention Skin Bundle Care Plan

Pressure Ulcer Prevention Bundle

وعند النقر على زر تفعيل الفرع الثاني **Moisture Degree** حيث تساعد الرطوبة في حدوث التقرحات السريرية وهذا المؤشر يقيم درجة رطوبة الجلد التي يتعرض لها.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Assessment

- Sensory Perception:
- Moisture Degree(Degree to which skin is exposed to moisture):
- Activity(Degree of physical activity)
  1. Bed Bound
  2. Chair Bound
  3. Walks with Assistance
  4. Walks Frequently
- Nutrition (Usual food intake pattern):
- Friction $ Shear:
- Score :

Prevention Skin Bundle Care Plan

Pressure Ulcer Prevention Bundle

ونقوم بالنقر على زر تفعيل الفرع الثالث **Activity degree** درجة النشاط وهنا نقيم مستوى النشاط الذي يتدرج من ملازم الفراش الى الحركة بحرية.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: PRESSURE ULCER PREVENTION, ASSESSMENT & MANAGEMENT

National ID : 444-45-28429

Assessment

- Sensory Perception:

- Moisture Degree(Degree to which skin is exposed to moisture):

- Activity(Degree of physical activity)

- Mobility( Ability to change and control body position):

1. Completely Immobile
2. Very Limited
3. Slightly Limited
4. No Limitations (Full Mobility)

- Friction $ Shear:

- Score :

Prevention Skin Bundle Care Plan

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

وبالنقر على زر تفعيل الخاص بالفرع **Mobility** الحركة: وهي قدرة المريض على الحركة والتي تتدرج من عدم قدرة المريض على الحركة بشكل كامل.

41

Template: PRESSURE ULCER PREVENTION, ASSESSMENT & MANAGEMENT

National ID : 444-45-28429

==========

☑ Assessment

---

☑ - Sensory Perception:

- Moisture Degree(Degree to which skin is moisture):

- Activity(Degree of physical activity)

- Mobility( Ability to change and control bo position):

- Nutrition (Usual food intake pattern):

1. Very Poor (NPO)
2. Probably Inadequate(less daily Portion)
3. Adequate (Most of Portion From meals)
4. Excellent (Eat Every Thing)

---

- Score :

---

☐ Prevention Skin Bundle Care Plan

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

الفرع الخامس هو **Nutrition** وهنا نقيم وضع المريض التغذوي.

Template: PRESSURE ULCER PREVENTION, ASSESSMENT & MANAGEMENT

Assessment

- Sensory Perception:
- Moisture Degree(Degree to which moisture):
- Activity(Degree of physical acti
- Mobility( Ability to change and control body position):
- Nutrition (Usual food intake pattern):
- Friction $ Shear:
  - Problem
  - Potential problem
  - No Apparent problem

Prevention Skin Bundle Care Plan

Pressure Ulcer Prevention Bundle

وأخيرا الفرع السادس **Friction and Shear** الاحتكاك والقطع وهنا نقيم درجة انزلاق المريض عن الكرسي أو السرير يتكون من ثلاثة خيارات تتدرج من وجود مشكلة تتعلق بالانزلاق الى عدم وجود مشكلة.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

Template: NURSING PRESSURE ULCER -BRADEN SCALE

- Sensory Perception:

- Moisture Degree(Degree to which skin moisture):

- Activity(Degree of physical activity

- Mobility( Ability to change and cont

- Nutrition (Usual food intake patter

- Friction $ Shear:

- Score :

| | |
|---|---|
| No Risk | 19-23 |
| At Risk | 15-18 |
| Moderate Risk | 13-14 |
| High Risk | 10-12 |
| Very High Risk | Less than 9 |

Reassessment:

Prevention Skin Bundle Care

بعد اجراء عملية التقييم يتم وضع العلامة في الخانة المخصصة.
تقدر علامة كل فرع على المقياس من 1-4 باستثناء الاحتكاك والقطع التي تقدر من 1-3 ويكون مجموع العلامات 23 .
وحسب مجموع علامات التقييم يتم تحديد درجة الخطورة.
**ملاحظة:** يجب أن نحدد إذا كنا نقوم بالتقييم أو إعادة التقييم.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

- [x] Prevention Skin Bundle Care Plan

---

- [x] – Surface
  - [ ] Select correct matter according to guidelines.
  - [ ] Use a pressure reducing cushion when sat up on a chair.
  - [ ] Don't use multiple layers under patient.
  - [ ] Keep sheets free of wrinkles, be sure top sheet not tight over feet.
  - [ ] Be sure patient not lying/ sitting on tubing, telephones or call bells.
  - [ ] Check air mattress/ cushion and power for faults at each repositioning.
  - [ ] Reassess pressure ulcer risk and equipment requirements daily.
- [ ] – Keep Moving
- [ ] – Incontinence
- [ ] – Nutrition
- [ ] – Safe Discharge Planning

- [ ] Pressure Ulcer Prevention Bundle

---

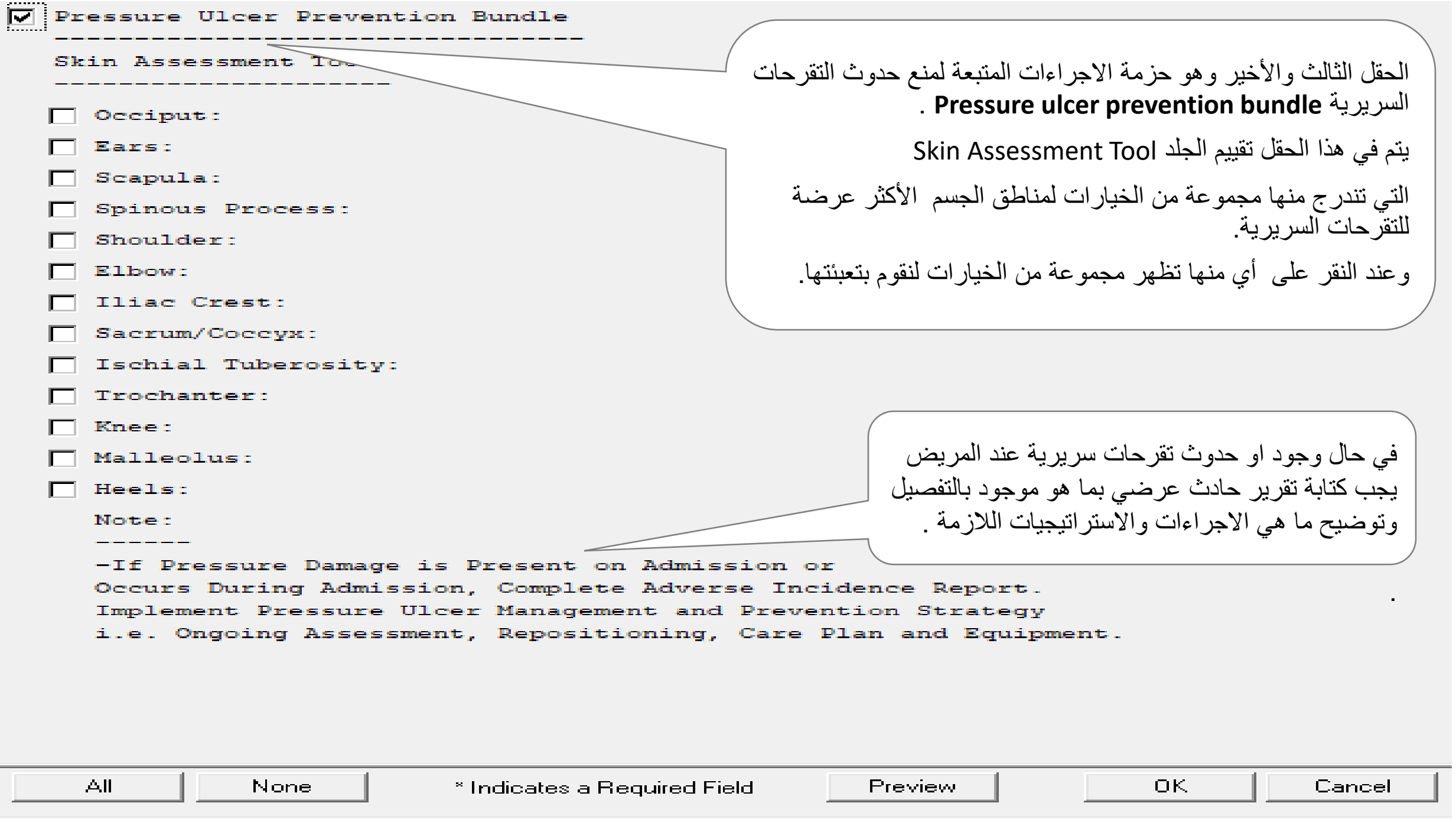
Skin Assessment Tool

---

يتم النقر على حزمة الإجراءات التمريضية
**prevention skin bundle care plan**

لتظهر خمسة خيارات من التداخلات التمريضية والتي تندرج بشكل تلقائي ويتم اختيار وتطبيق الإجراء حسب حالة المريض.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview




الحقل الثالث والأخير وهو حزمة الاجراءات المتبعة لمنع حدوث التقرحات السريرية **Pressure ulcer prevention bundle** .

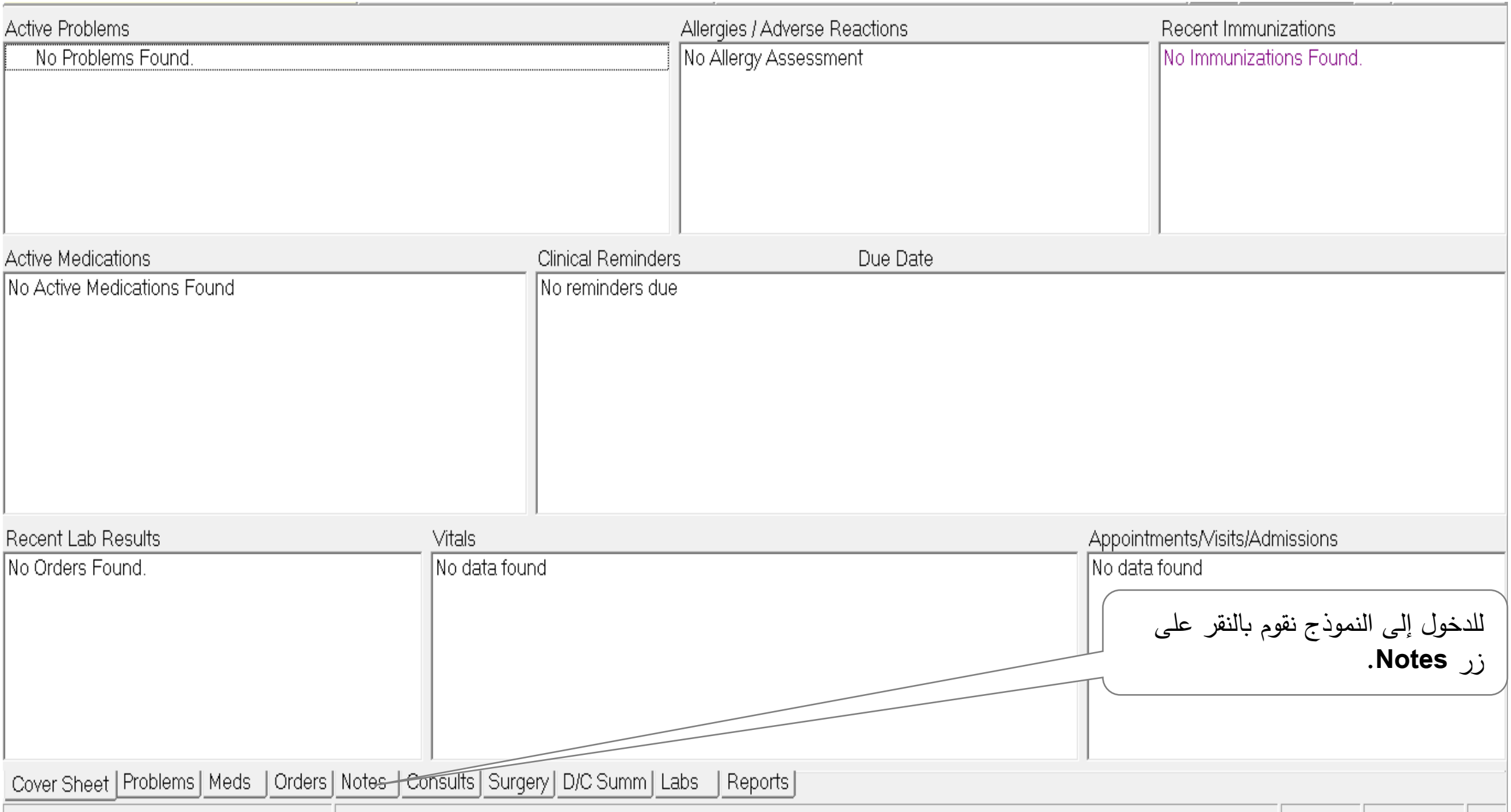
يتم في هذا الحقل تقييم الجلد Skin Assessment Tool

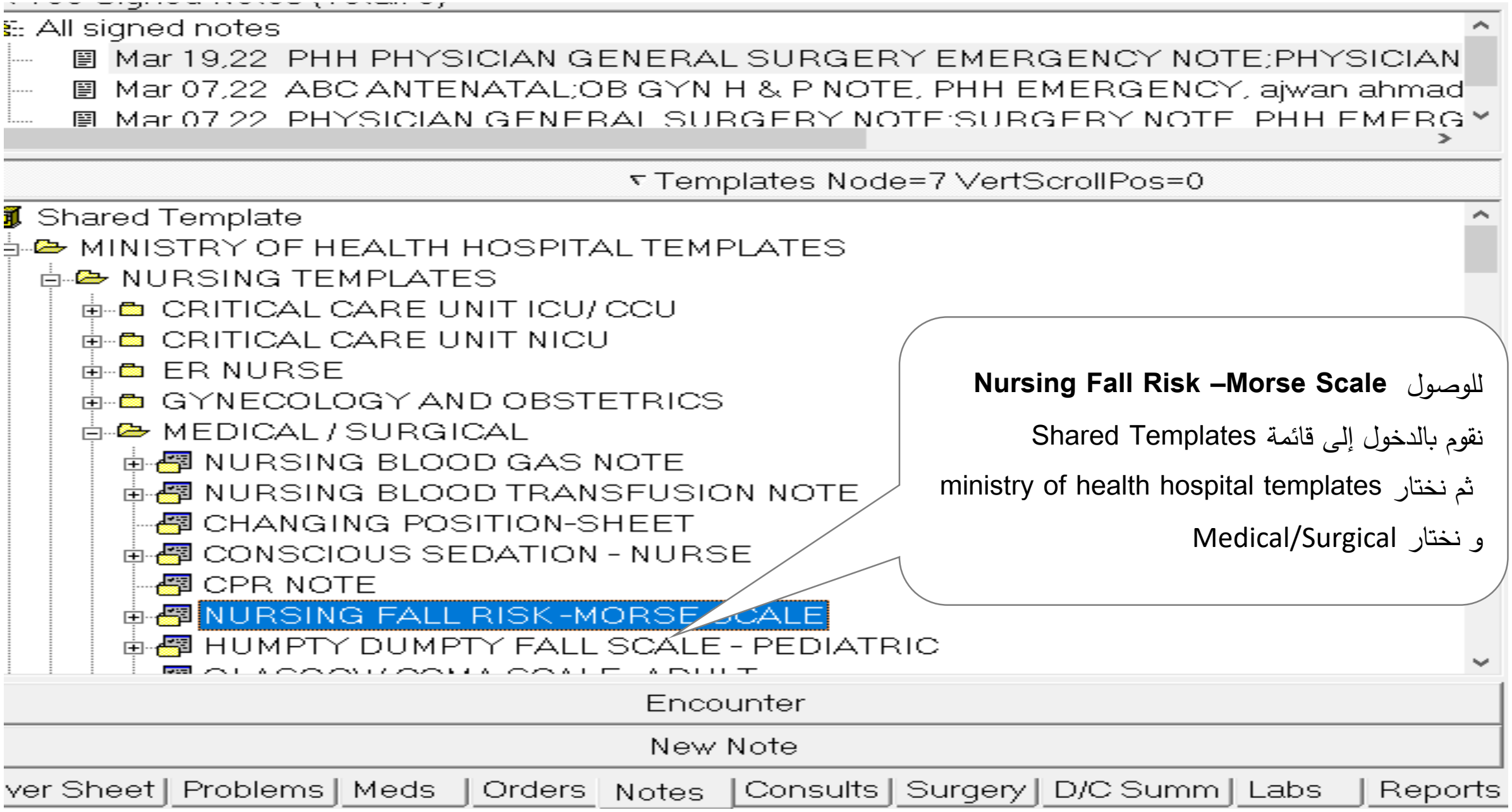
التي تندرج منها مجموعة من الخيارات لمناطق الجسم الأكثر عرضة للتقرحات السريرية.

وعند النقر على أي منها تظهر مجموعة من الخيارات لنقوم بتعبئتها.

في حال وجود او حدوث تقرحات سريرية عند المريض يجب كتابة تقرير حادث عرضي بما هو موجود بالتفصيل وتوضيح ما هي الاجراءات والاستراتيجيات اللازمة .

# Nursing Fall Risk -Morse Scale


Active Problems
No Problems Found.
Allergies / Adverse Reactions
No Allergy Assessment
Recent Immunizations
No Immunizations Found.
Active Medications
No Active Medications Found
Clinical Reminders
Due Date
No reminders due
Recent Lab Results
No Orders Found.
Vitals
No data found
Appointments/Visits/Admissions
No data found
للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر Notes.
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports


All signed notes
Mar 19,22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE;PHYSICIAN
Mar 07,22 ABC ANTENATAL;OB GYN H & P NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad
Templates Node=7 VertScrollPos=0
Shared Template
MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES
NURSING TEMPLATES
CRITICAL CARE UNIT ICU/ CCU
CRITICAL CARE UNIT NICU
ER NURSE
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
MEDICAL / SURGICAL
NURSING BLOOD GAS NOTE
NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE
CHANGING POSITION-SHEET
CONSCIOUS SEDATION - NURSE
CPR NOTE
NURSING FALL RISK -MORSE SCALE
HUMPTY DUMPTY FALL SCALE - PEDIATRIC
للوصول **Nursing Fall Risk –Morse Scale**
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار Medical/Surgical
Encounter
New Note
ver Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports

Primary Care Team Unassigned
Attending: Abdelqader,Majed Mohammad Abdel Qad

Adm: 01/30/23

LOCAL TITLE
STANDARD TIT
DATE OF NOTE
AUTHOR

Templates Node=19 VertScrollPos=19

- NURSING 24 HOURS URINE COLLECTION NOTE
- NURSING COMPRE
- NURSING COMPRE
- NURSING COMPRE
- NURSING DISCHAR
- NURSING PROGRE
- NURSING PATIENT
- NURSE POST-OP N
- NURSING PRESSU
- PAIN ASSESSMENT
- PALLIATIVE CARE
- PATIENT EDUCATI
- POST CARDIAC CA
- PRE CARDIAC CAT
- PRE OPERATIVE C
- RESTRAIN NOTE
- NANDA (NURSING CARE PLAN)
- OR NURSE
- PHYSICIAN TEMPLATES

**Progress Note Properties**

Progress Note Title: NURSI

- NURSI <NURSING CARE PLAN>
- NURSING CARE PLAN
- NUTRITION <NUTRITION ASSESSMENT>
- NUTRITION ASSESSMENT
- OCCUPATIONAL <OCCUPATIONAL-THERAPY NOTE>
- OCCUPATIONAL-THERAPY <OCCUPATIONAL-THERAPY NOTE>
- OCCUPATIONAL-THERAPY NO

OK
Cancel

Date/Time of Note: Feb 1,2023@10:50 ...

Author:

وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note** **Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.

Encounter

New Note

BASH RBC: 4.

Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs | Reports

========== Ministry of Health ==========

Nursing Fall Risk-Morse Scales

==========

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :

==========

○ Initial Assessment ○ Reassessment

---

○ Morse Fall Scale:

---

وستظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

و نبدأ بتعبئة نموذج مقياس **Morse Scale** الخاص بمخاطر السقوط المرضى الذي يحتوي على التقييم الأولي واعادة التقييم .

All | None | * Indicates a Required Field

51

Morse Fall Scale:

Assessment:

- Risk Factors

1-History of falling (during or
hospital admission):

2-Secondary diagnosis (more than one medical diagnosis l
chart):

3-Ambulatory aid:

4-Intravenous therapy:

5-Gait (If the patient is in a wheelchair, gait is scored
according to gait used
when transferring from wheelchair to bed):

6-Patient's mental Status:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Ca

و نبدأ بتعبئة مقياس مورس للسقوط وذلك بالنقر عليه وتظهر لنا خيار التقييم **Assessment** نقوم بالنقر عليه فتظهر لنا Risk Factors ننقر لتفعيل التقييم الذي يحتوي على ستة خيارات وكل خيار يحتوي على مجموعة من التصنيفات لكل تصنيف قيمة حسب تأثيرها.

Template: NURSING FALL RISK NOTE-MORSE SCALE

Initial Assessment  Reassessment

Morse Fall Scale:

Assessment:

– Risk Factors

1-History of falling (during or immediately prior to hospital admission):

| | |
|---|---|
| Yes | (25) |
| No | (0) |

chart):

2-Secondary diagnosis (more than one medical diagnosis listed on chart):

| | |
|---|---|
| Yes | (15) |
| No | (0) |

4-Intravenous therapy:

5-Gait (If the patient is in a wheelchair, gait is according to gait used when transferring from wheelchair to bed):

ونبدأ بعامل **History of falling** وبعد النقر على السهم الصغير تظهر لنا خيارين نعم أو لا حسب حالة المريض حيث لكل اجابة قيمة فإذا كانت الإجابة نعم تكون القيمة 25 واذا اجبنا لا تكون القيمة 0.

أما عامل الخطر الثاني فهو **Secondary Diagnosis** يتم تعبئته بنفس الطريقة السابقة حيث يوجد خيارين نعم أو لا حسب حالة المريض حيث لكل اجابة قيمة فمثلا اذا كان ملف المريض فيه أكثر من تشخيص تكون الإجابة نعم وتكون القيمة 15 واذا اجبنا لا تكون القيمة 0.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: NURSING FALL RISK -MORSE SCALE

Morse Fall Scale:

Assessment:

– Risk Factors

1–History of falling (during or immediately prior to prese
hospital admission):

2–Secondary diagnosis (more than one medical diagnosis lis
chart):

3–Ambulatory aid:

none/bed rest/nurse assist
crutches/cane/walker
furniture

4–Intravenous therapy:

5–Gait (If the patient is in a wheelchair, gait is scored
according to gait used
when transferring from wheelchair to bed):

normal/bed rest/wheelchair (0)
weak (Patient is stooped ,walk without losing balance,steps short (10)
impaired,difficulty rising from chair,head is down,balance is poor(20)

– Total Score :
– Level of Risk:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

والعامل الخطر الثالث **Ambulatory aid** يحتوي على ثلاثة خيارات المدرجة.

و عامل الخطر التالي **Intravenous therapy** فبعد النقر على السهم الصغير تظهر لنا خيارين نعم أو لا حسب حالة المريض حيث لكل اجابة قيمة فمثلا اذا اجبنا نعم تكون القيمة 20 واذا اجبنا لا تكون القيمة 0 .

Template: NURSING FALL RISK -MORSE SCALE

1-History of falling (during or immediately prior to p
hospital admission):

2-Secondary diagnosis (more than one medical diagnosis
chart):

3-Ambulatory aid:

4-Intravenous therapy:

5-Gait (If the patient is in a wheelchair, gait is sc
according to gait used
when transferring from wheelchair to bed):

normal/bed rest/wheelchair (0)
weak (Patient is stooped ,walk without losing balance,steps short (10)
impaired,difficulty rising from chair,head is down,balance is poor(20)

- Total Score :
- Level of Risk:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

اما عامل الخطر الخامس هو **Gait** حسب الخيارات المدرجة.

وعامل الأخير هو الخطر السادس هو **Patient's mental status** ويحتوي على الخيارات المدرجة تلقائيا.

6-Patient's mental Status:

oriented own ability (0)
overestimates or forgets limitations (15)

Intervention According to Fall Assessment Score:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

Template: NURSING FALL RISK -MORSE SCALE

3-Ambulatory aid:

4-Intravenous therapy:

5-Gait (If the patient is in a wheelchair, gait is scor
according to gait used
when transferring from wheelchair to bed):

6-Patient's mental Status:

- Total Score :
- Level of Risk:

Low risk (0-24)
Moderate risk (25-45)
High risk (>45)
High risk based on patient age: <5 years, >65 years

Maintain bed in low position
Encourage patient to wear non-slip foot wear
Lock bed, Wheel chairs, Stretchers and commodes
Adequate lighting
Family teaching at all precaution done

وبعد ذلك يتم حساب قيم جميع عوامل الخطر وتوثق في المربع بجانب **Total score .**

وفي خانة مستوى الخطر Level of risk يوجد مربع وعلى جانبه الأيمن يوجد سهم صغير يتم النقر عليه فتظهر لنا مستويات الخطر.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

Template: NURSING FALL RISK -MORSE SCALE

6-Patient's mental Status:

- Total Score :
- Level of Risk:

Intervention According to Fall Assess

- Patient orientation to surroundings
- Maintain bed in low position
- Encourage patient to wear non-slip foot wear
- Lock bed, Wheel chairs, Stretchers and commodes
- Adequate lighting
- Family teaching at all precaution done
- Keep nursing call reachable
- Offer bed pan or urinal
- Assist patient to bathroom
- Eliminate spills/clutter, electrical cord and unnecessary eq
- Encourage patient to wear their glasses and/or nearing aid
- Place falls identifier color coded arm band
- Keep patient accompanied
- Room close to nurse station
- Work with physical therapy to treat gait changes, postural instability and spasticity

Fall Accident:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

أما الحقل التالي يتعلق بالإجراءات الوقائية المبنية على علامة التقييم السابق الذي تم لعوامل الخطر .
و هذه الإجراءات مدرجة بشكل تلقائي والتي يتم تحديدها بناء على التقييم الذي تم.
واذا تبين أن المريض من خلال التقييم معرض لخطر السقوط بعد تقديم الإجراءات له يتم اعادة التقييم للمريض حسب حالته الصحية.

Template: NURSING FALL RISK -MORSE SCALE

☑ Intervention According to Fall Assessment Score:

☑ Patient orientation to surroundings
☑ Maintain bed in low position
☐ Encourage patient to wear non-slip foot wear
☐ Lock bed, Wheel chairs, Stretchers and commodes
☐ Adequate lighting
☐ Family teaching at all precaution done
☐ Keep nursing call reachable
☐ Offer bed pan or urinal
☐ Assist patient to bathroom
☐ Eliminate spills/clutter, electrical cord and unnecessa
☐ Encourage patient to wear their glasses and/or ne
☐ Place falls identifier color coded arm ban
☐ Keep patient accompanied
☐ Room close to nurse station
☐ Work with physical ther at gait changes, postural insta

☑ Fall Accident:

☑ Accident Description:

☑ Interventions:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

أما الحقل الأخير يتعلق ان كان هناك حادث سقوط **Fall Accident** ونقوم بتعبئة الخيارين:
الأول **Accident Description** وصف الحادث وعند النقر عليه يظهر مربع للتوثيق فيه.
أما الخيار الثاني **Interventions** وهي الإجراءات الوقائية التي تم اتخاذها ونقوم بتعبئتها في المربع.

# Patient Education Note

Primary Care Team Unassigned | Flag | VistaWeb | Remote Data | No Postings

**Active Problems**

Cough
# Upper Respiratory Infection,Acute
# Diabetes Mellitus Type II Or Unspecified With Unspecified Complications

**Allergies / Adverse Reactions**

No Known Allergies

**Recent Immunizations**

No Immunizations Found.

**Active Medications**

No Active Medications Found

**Clinical Reminders**

| Clinical Reminders | Due Date |
|---|---|
| Foot Exam For DM | DUE NOW |
| Retinal Exam For DM | DUE NOW |
| Colorectal Cancer Screening | DUE NOW |
| Influenza Vaccine | DUE NOW |

**Recent Lab Results**

No Orders Found.

**Vitals**

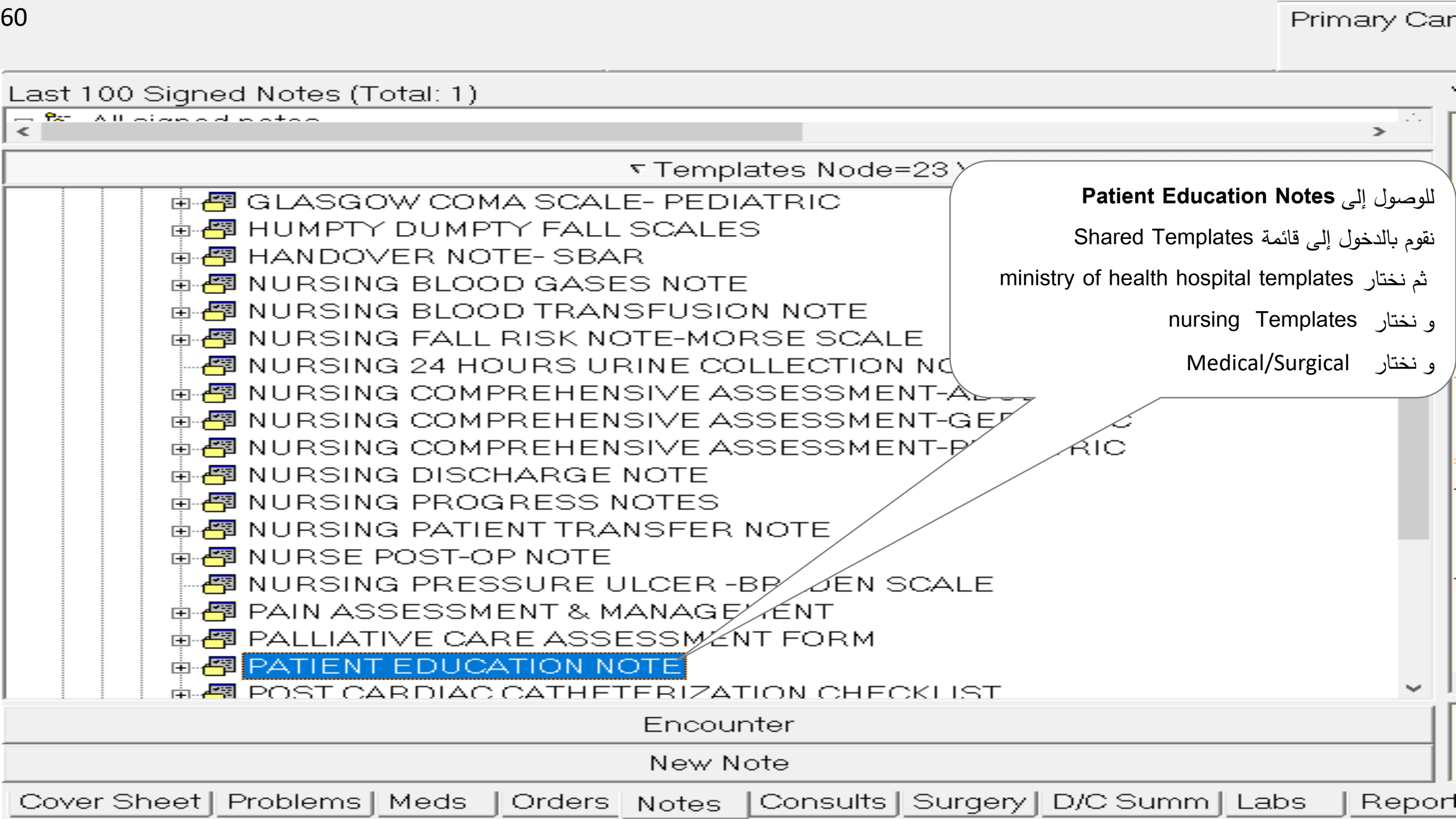
No data found

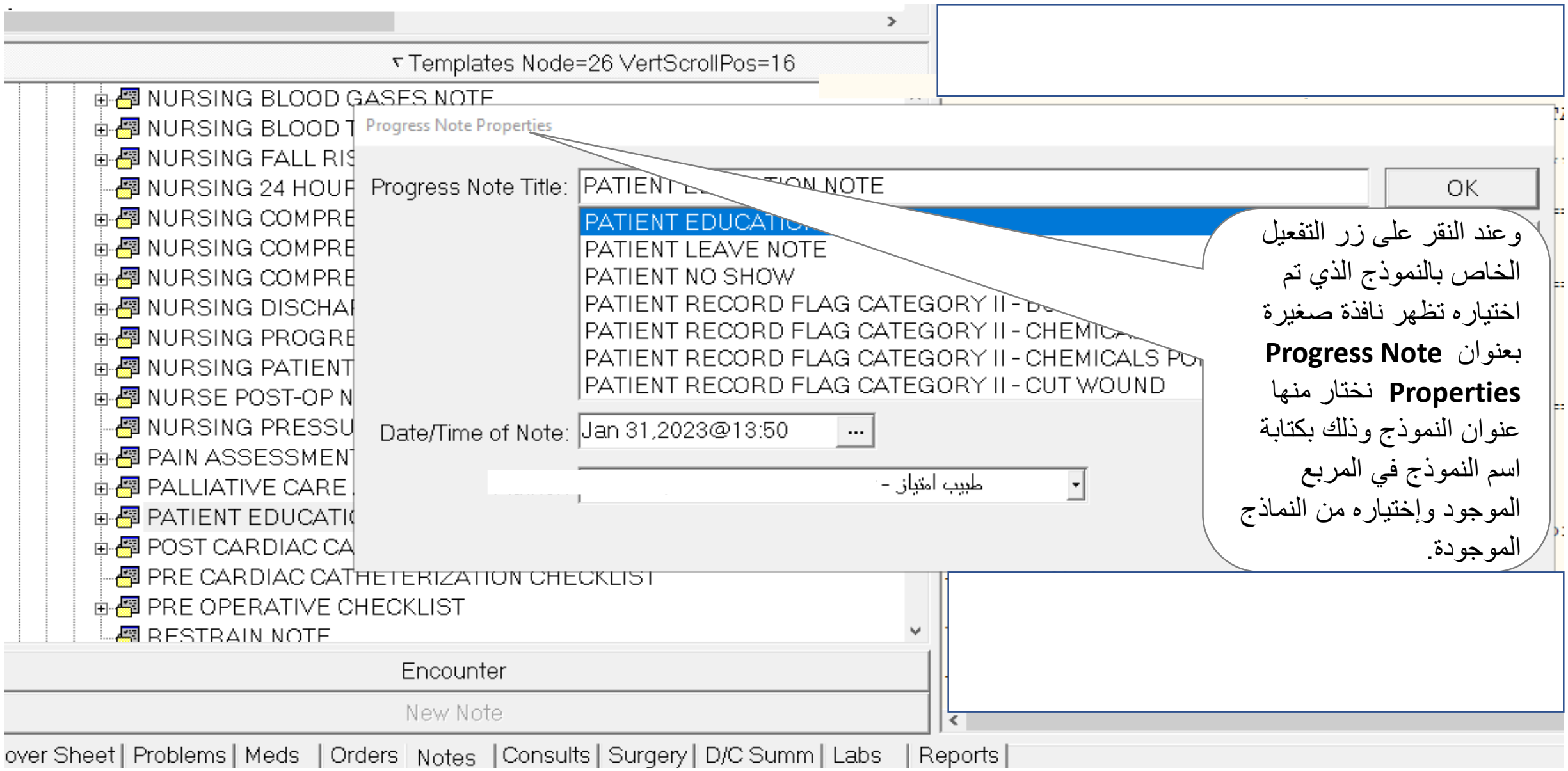
**Appointments/Visits/Admissions**

No data found

للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر **notes.**

Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs | Reports


Primary Car
Last 100 Signed Notes (Total: 1)
Templates Node=23
GLASGOW COMA SCALE- PEDIATRIC
HUMPTY DUMPTY FALL SCALES
HANDOVER NOTE- SBAR
NURSING BLOOD GASES NOTE
NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE
NURSING FALL RISK NOTE-MORSE SCALE
NURSING 24 HOURS URINE COLLECTION NC
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-A
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-GE
NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-P
RIC
NURSING DISCHARGE NOTE
NURSING PROGRESS NOTES
NURSING PATIENT TRANSFER NOTE
NURSE POST-OP NOTE
NURSING PRESSURE ULCER -BR
DEN SCALE
PAIN ASSESSMENT & MANAGE
ENT
PALLIATIVE CARE ASSESSM
ENT FORM
PATIENT EDUCATION NOTE
POST CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST
للوصول إلى Patient Education Notes
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار nursing Templates
و نختار Medical/Surgical
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Report


Templates Node=26 VertScrollPos=16
NURSING BLOOD GASES NOTE
NURSING BLOOD T
NURSING FALL RIS
NURSING 24 HOUR
NURSING COMPRE
NURSING COMPRE
NURSING COMPRE
NURSING DISCHAR
NURSING PROGRE
NURSING PATIENT
NURSE POST-OP N
NURSING PRESSU
PAIN ASSESSMENT
PALLIATIVE CARE
PATIENT EDUCATI
POST CARDIAC CA
PRE CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST
PRE OPERATIVE CHECKLIST
RESTRAIN NOTE
Encounter
New Note
over Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs | Reports
Progress Note Properties
Progress Note Title:
OK
PATIENT LEAVE NOTE
PATIENT NO SHOW
PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - CUT WOUND
Date/Time of Note:
Jan 31,2023@13:50
طبيب امتياز -
وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان Progress Note Properties نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.

Template: PATIENT EDUCATION NOTE

========== Ministry of Health ==========

Patient Education Note

==========

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :

==========

Instructor Title: *

---

☐ Learner:

---

☐ P - Patient
☐ M - Mother
☐ F - Father
☐ S - Spouse
☐ FM- Family Member
☐ S/O Other Caregiver

☑ Learning Preferences:

---

☐ Reading ☐ Hearing ☐ Visual ☐ Demonstration ☐ Other

- Any Barriers to Learning?

○ No
◉ Yes

☐ Age

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

تظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بإدخال مسمى الشخص الذي قام بالتعليم **Instructor Title**

نقوم بالنقرعلى على زر التفعيل الخاص بالمتعلم **Learner** لتحديد متلقي التعليم الخاص بالمريض.

وبالنقر على زر التفعيل بإدخال الطريقة المناسبة للمريض **Learning References** .

Template: PATIENT EDUCATION NOTE

☑ Learning Preferences:

---

☐ Reading ☐ Hearing ☐ Visual ☐ Demonstration ☐ Other

- Any Barriers to Learning?

○ No

◉ Yes

☐ Age
☐ Language
☐ Motivation
☐ Lifestyle changes
☐ Cultural consideration
☐ Emotional/ Physiological
☐ Physical/ Cognitive/ Perceptual
☐ Ineffective coping
☐ Religious consideration
☐ Severity/Stage of illness
☐ Altered family - S/O Process
☐ Literacy
☐ Overcome Learning Barriers By:

---

☐ Teaching Content:

---

تندرج تلقائيا أية معوقات خاصة في المريض ان وجد .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: PATIENT EDUCATION NOTE

Teaching Content:

1.Plan of Care/ Treatment

2.Pain Management

3.Inpatient Medications

4.Home Medication

5.Illness/ Condition

6.Safety/ Precautions

7.Diagnostics Tests

8.Procedure(s)

9.Diet/ Nutritional Instruction

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

تابع محتويات التعليم **Teaching Content**
لتحديد محتويات التعليم الخاص بالمريض
ونختار حسب ما يناسب متلقي التعليم.

Template: PATIENT EDUCATION NOTE

☐ 19.Others

☑ Teaching Method:

☐ D - Discussion
☐ DEM - Demonstration
☑ H - Handout
☐ V - Visual
☐ O - Other

☑ Response to Teaching:

☑ 1.Indicates understanding
☐ 2.Return demonstration accurate
☐ 3.Disinterested/Refuses information
☐ 4.Unable to understand(see barriers)

☑ Learner Needs/Plan:

☐ 1.Reinforce specific content
☐ 2.Have patient practice return dem
☐ 3.Re-attempt teaching
☐ 4.Refferal
☐ 5.Teaching completed

☑ Note

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

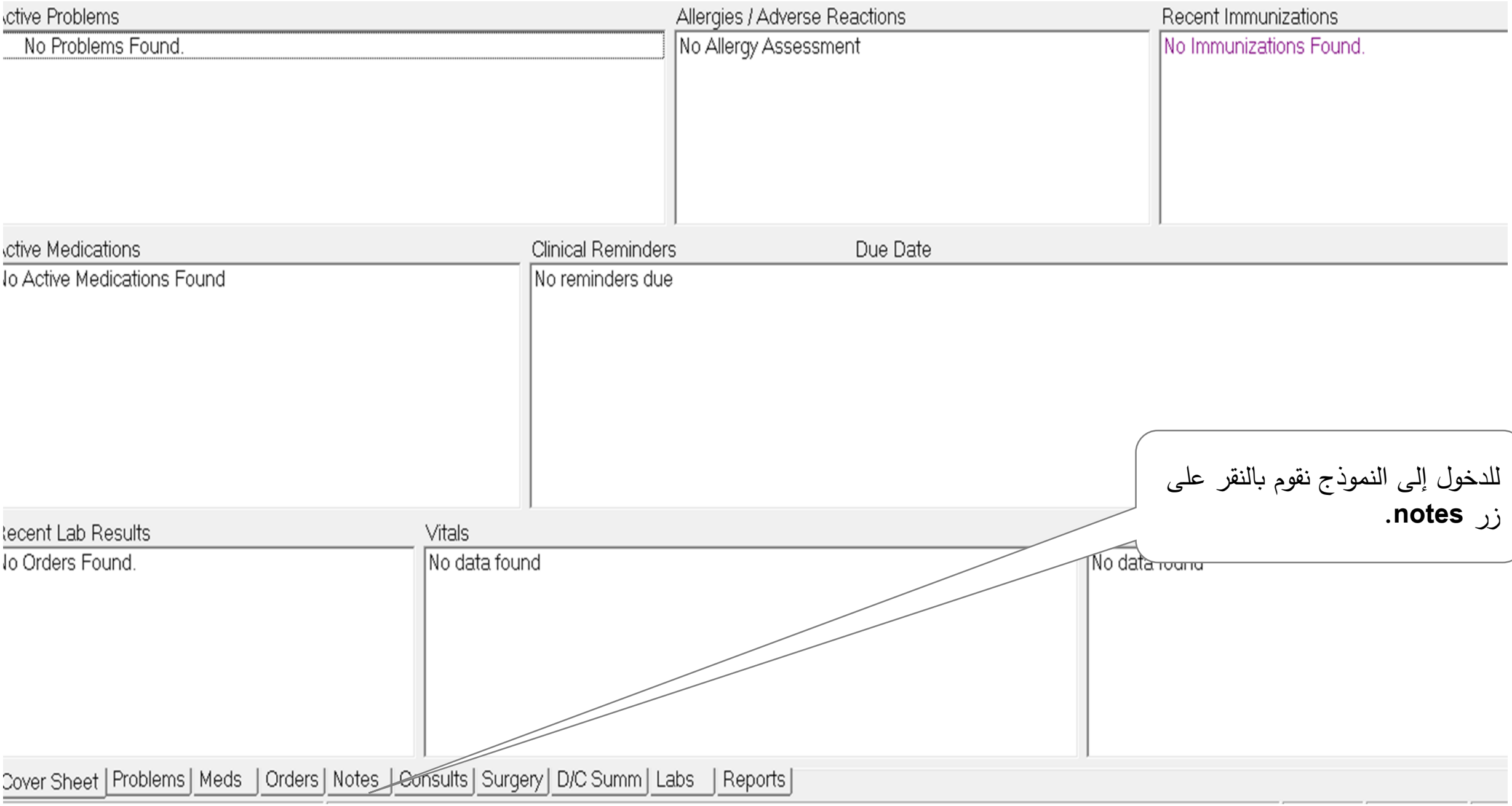
نقوم بالنقر على زر التفعيل **Teaching Method** لتحديد طريقة التعليم بما يتناسب مع وضع المريض الصحي واختياره.

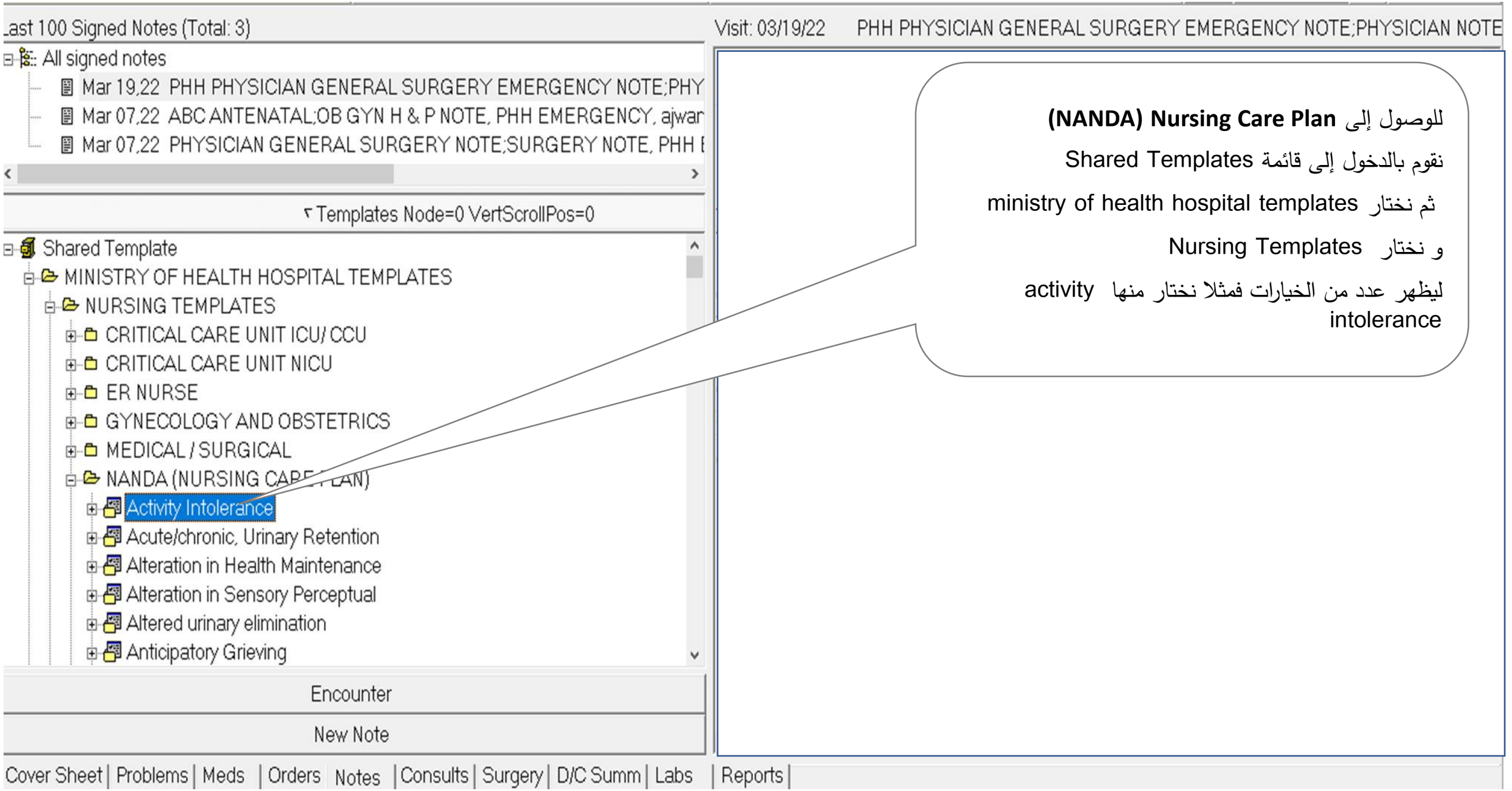
و بالنقرعلى على زر استجابة التعليم **Response to Teaching** لتحديد مدى استجابة المتلقي للتعليم.

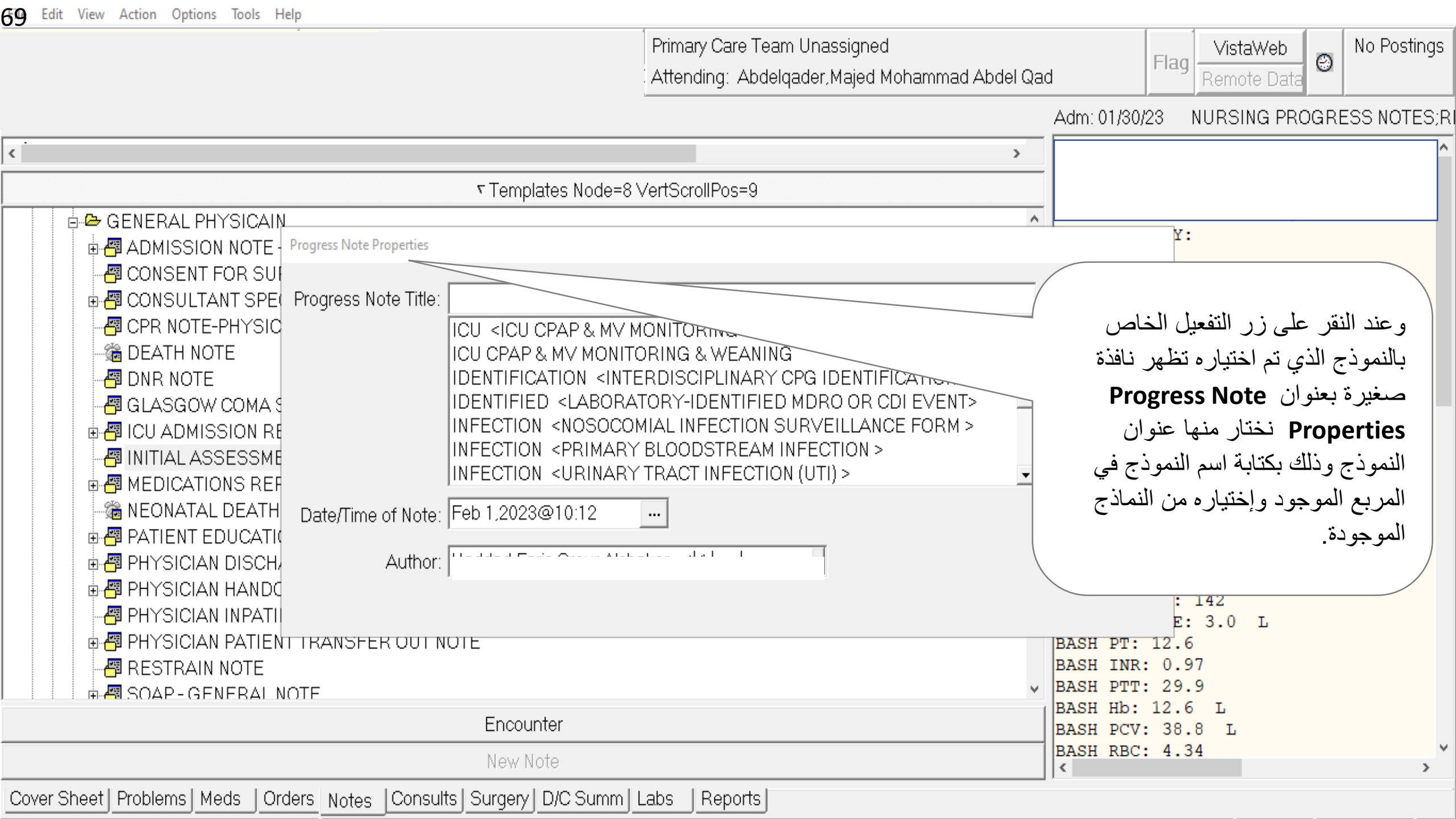
ثم نقوم بتعبئة الحقل الخاص بالمتعلم **Learner Needs/Plan** لتحديد الحاجات التعليمية .

مع وجود خيار لكتابة أي ملاحظات أخرى.

# Nursing Care Plan Template


ctive Problems
No Problems Found.
Allergies / Adverse Reactions
No Allergy Assessment
Recent Immunizations
No Immunizations Found.
ctive Medications
lo Active Medications Found
Clinical Reminders
Due Date
No reminders due
ecent Lab Results
lo Orders Found.
Vitals
No data found
No data found
للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر notes.
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports


Last 100 Signed Notes (Total: 3)
All signed notes
Mar 19,22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE;PHY
Mar 07,22 ABC ANTENATAL;OB GYN H & P NOTE, PHH EMERGENCY, ajwar
Mar 07,22 PHYSICIAN GENERAL SURGERY NOTE;SURGERY NOTE, PHH E
Templates Node=0 VertScrollPos=0
Shared Template
MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES
NURSING TEMPLATES
CRITICAL CARE UNIT ICU/ CCU
CRITICAL CARE UNIT NICU
ER NURSE
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
MEDICAL / SURGICAL
NANDA (NURSING CARE PLAN)
Activity Intolerance
Acute/chronic, Urinary Retention
Alteration in Health Maintenance
Alteration in Sensory Perceptual
Altered urinary elimination
Anticipatory Grieving
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports
Visit: 03/19/22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE;PHYSICIAN NOTE
للوصول إلى (NANDA) Nursing Care Plan
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار Nursing Templates
ليظهر عدد من الخيارات فمثلا نختار منها activity intolerance

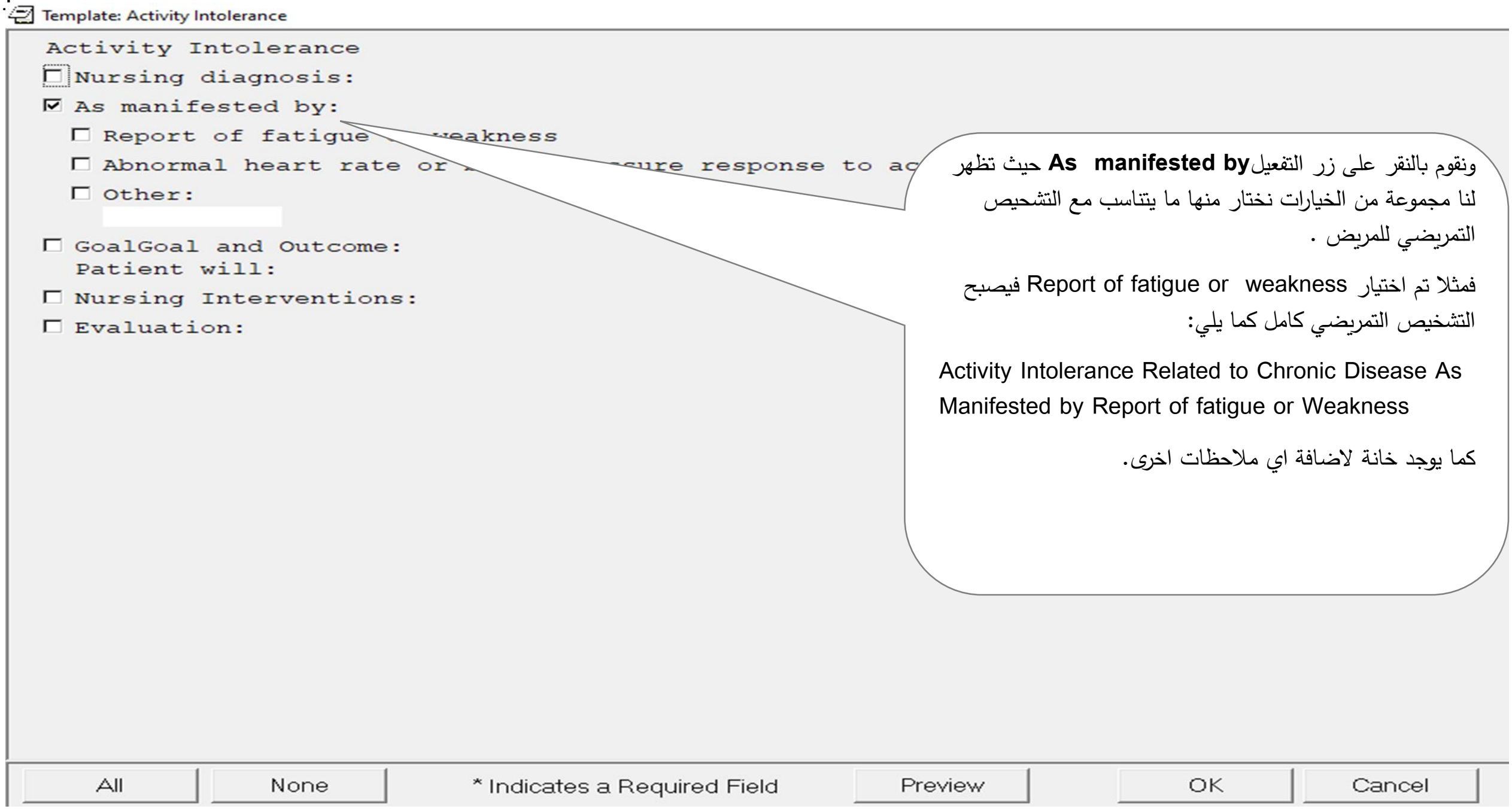



وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.

و عند النقر على زر التفعيل لهذا الخيار تظهر لنا التفاصيل الخاصة بالخطة التمريضية .

بالنقر على زر التفعيل **nursing diagnosis** أو التشخيص التمريضي يظهر لنا قائمة نقوم بالنقر على الاختيار الذي تم منذ البداية مضافا اليه Related to فتظهر مجموعة من الخيارات نختار منها ما يناسب التقييم التمريضي لحالة المريض.

فمثلا نختار Chronic Disease .




ونقوم بالنقر على زر التفعيل**As manifested by** حيث تظهر لنا مجموعة من الخيارات نختار منها ما يتناسب مع التشحيص التمريضي للمريض .

فمثلا تم اختيار Report of fatigue or weakness فيصبح التشخيص التمريضي كامل كما يلي:

Activity Intolerance Related to Chronic Disease As Manifested by Report of fatigue or Weakness

كما يوجد خانة لاضافة اي ملاحظات اخرى.

Template: Activity Intolerance

Activity Intolerance

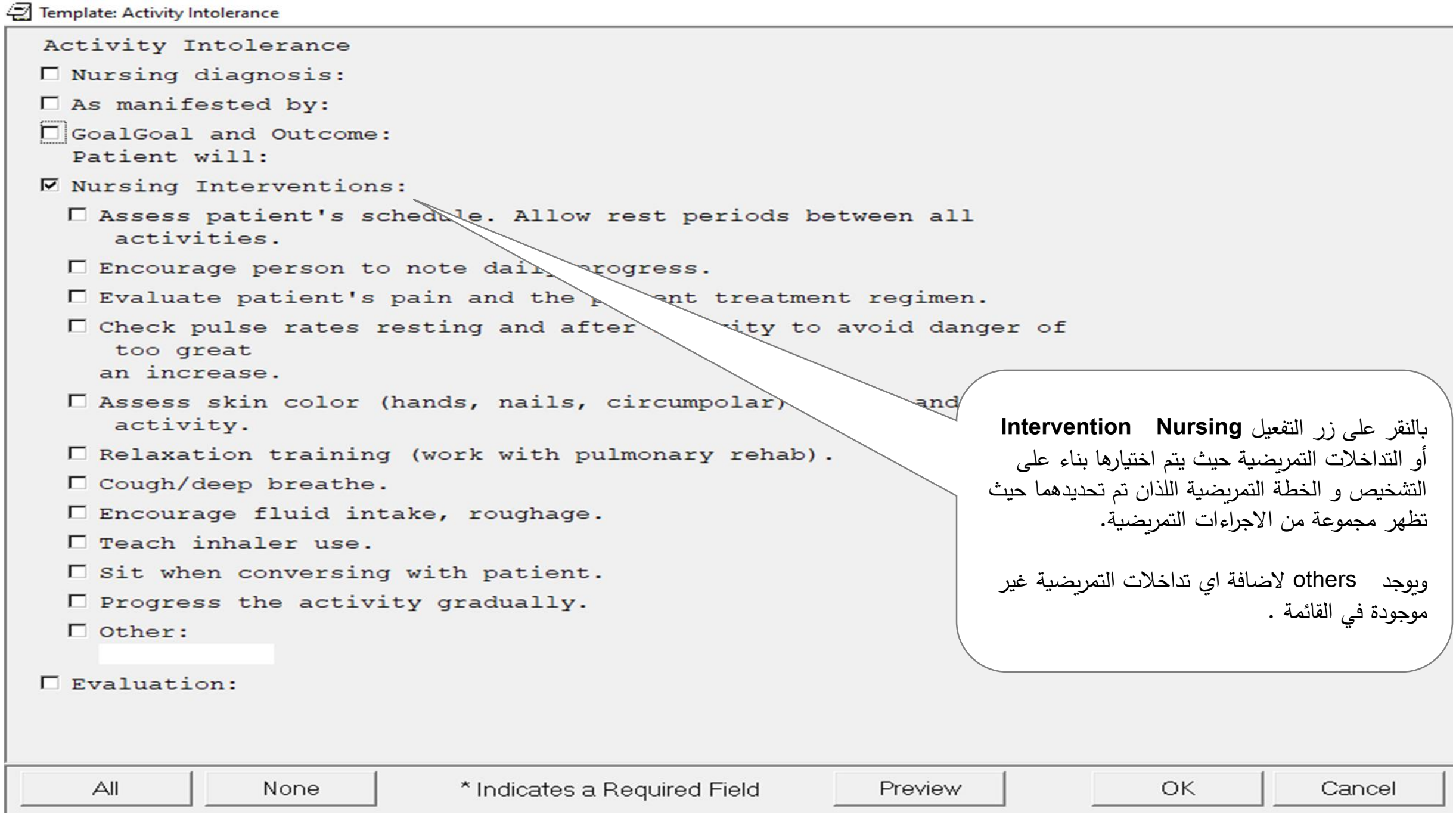
- ☐ Nursing diagnosis:
- ☐ As manifested by:
- ☑ GoalGoal and Outcome:
  Patient will:
  - ☐ Identify factors that reduce activity tole
  - ☐ Progress to highest level of mobility possible.
  - ☐ Exhibit a decrease in anoxic signs of increased activities (B.P Pulse or respiration).
- ☐ Nursing Interventions:
- ☐ Evaluation:

ثم نقوم بالنقر على زر التفعيل **Goal and outcome** لتوثيق الهدف المتوقع تحقيقه من العملية التمريضية فعند النقر على هذا الزر تظهر لنا مجموعة من الأهداف الخاصة بالتشخيص التمريضي الذي تم اختياره.

وعند الاختيار يكون الهدف كما يلي:

Patient will identify factors that reduce activity tolerance.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel




بالنقر على زر التفعيل **Nursing Intervention** أو التداخلات التمريضية حيث يتم اختيارها بناء على التشخيص و الخطة التمريضية اللذان تم تحديدهما حيث تظهر مجموعة من الاجراءات التمريضية.

ويوجد others لاضافة اي تداخلات التمريضية غير موجودة في القائمة .

Template: Anxiety

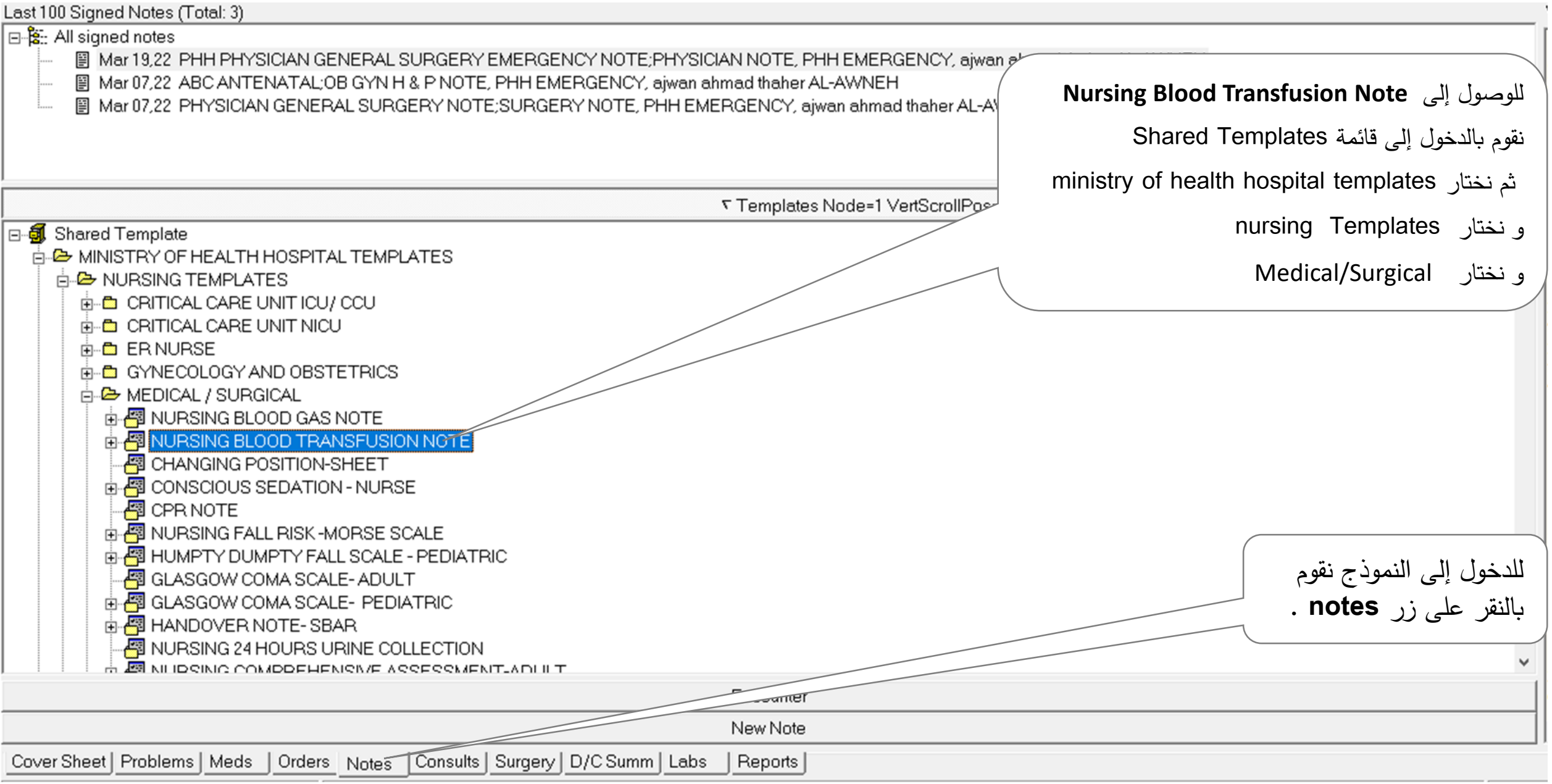
Anxiety

- ☐ Nursing diagnosis:
- ☐ As manifested by:
- ☐ Goal and Outcome:
  The patient will:
- ☐ Nursing Interventions:
- ☑ Evaluation:
  - ☐ Goal met,rational.
  - ☐ Goal partially met,rational.
  - ☑ Goal not met,rational.

و نقوم بالنقر على زر التفعيل **Evaluation** حيث يظهر قائمة نقوم باختيار ما يناسب منها للمريض مع ذكر التبرير Rational .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

# Nursing Blood Product Transfusion Note




للوصول إلى **Nursing Blood Transfusion Note**

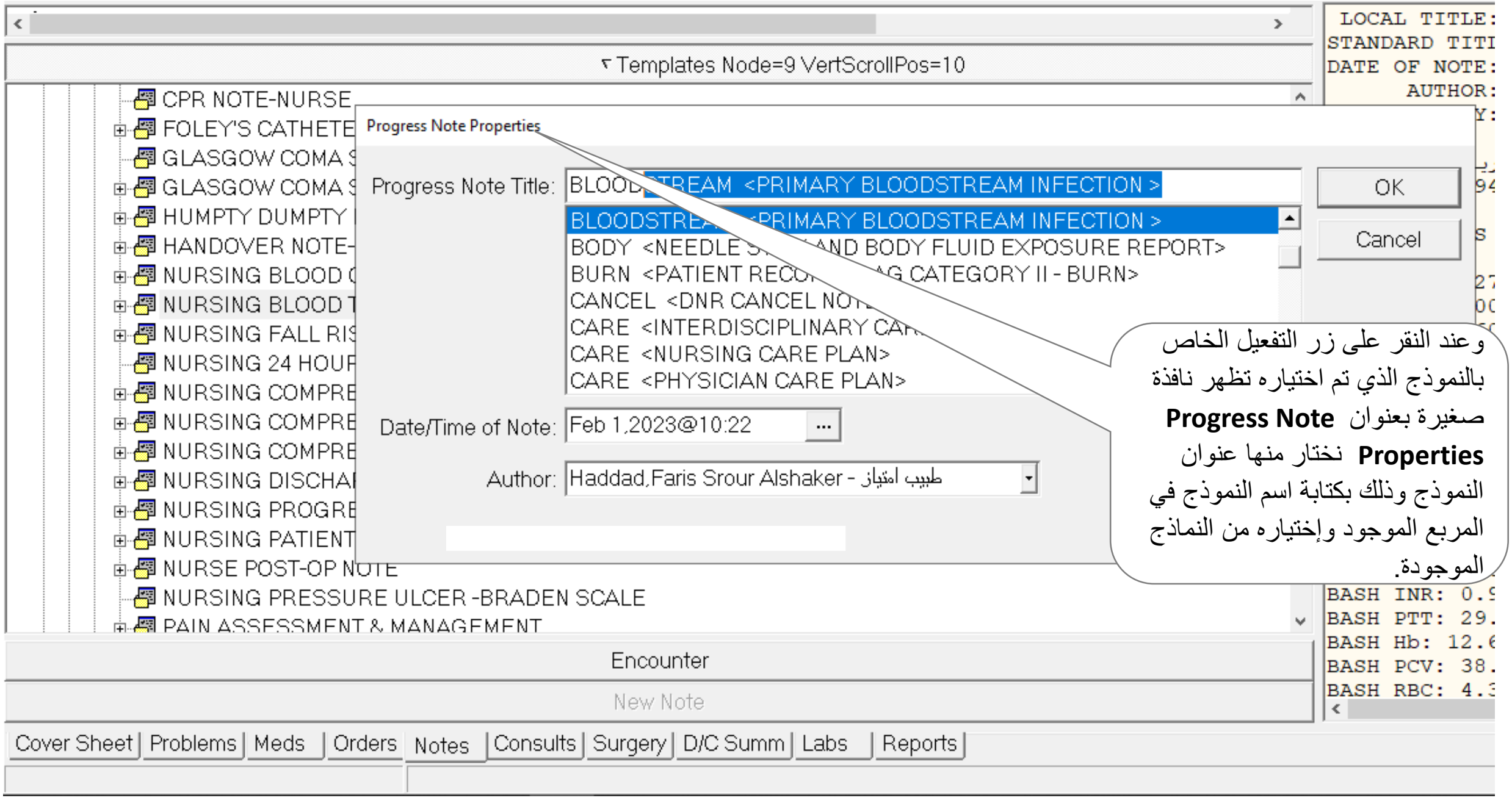
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates

ثم نختار ministry of health hospital templates

و نختار nursing Templates

و نختار Medical/Surgical

للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر **notes** .




وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note** **Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.

Template: NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE

========== Ministry of Health ==========

Nursing Blood Products Transfusion Note

==========

Patient Name
National ID
Date of Birth
Patient Age
Patient Sex

==========

☐ Pre-Transfusion Vitals And Notes:
---

☐ Blood And Blood Product Details:
---

☐ Intra-Transfusion Vitals and Notes:
---

☐ Adverse Reaction:
---

☐ Post Blood Transfusion Note:
---

تظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة نموذج نقل الدم **blood transfusion note** حيث يوجد خمسة حقول يجب تعبئتها .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

79 Template: NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE

========== Ministry of Health ==========

Nursing Blood Products Transfusion Note

==========

Patient Name
National ID
Date of Birth
Patient Age
Patient Sex

==========

Pre-Transfusion Vitals And Notes:

---

Safety Measure:

---

Note: {If you answer any of the below critical steps
Don't proceed until step can be answered YES.}

- Check Blood Product Transfusion Order: Yes No
- Ensure Informed Consent Is Signed: Yes No
- Ensure Procedure Explained To The Patient: Yes No
- Ensure Patency Of Suitable IV Line: Yes No

- Ensure Initial Vital Signs Are Within Normal Limits & Do
Transfusion (Unless In Emergency Situations):
Yes No

نبدأ بتعبئة خانة ما قبل إعطاء الدم **Pre-transfusion** الذي يحتوي على اجراءات السلامة **vitals and notes** .

وعند النقر على زر التفقد الأمر الطبي الخاص بنقل الدم

**Check products** يجب التأكد من **transfusion** الإجابة على الخيارات المدرجة بنعم او لا .

يجب عدم تكملة اجراءات نقل الدم حتى تكون إجابة جميع الخيارات نعم.

- Ensure Patency Of Suitable IV Line: ○ Yes ○ No

- Ensure Initial Vital Signs Are Within Normal Limits & Documented Before Transfusion (Unless In Emergency Situations):
○ Yes ○ No

- Cross-Check Patient Blood Group VS Blood Unit Group:
○ Yes ○ No

- Cross-Check Patient Full Name & Medical Record Number:
○ Yes ○ No

- Patient ID Band: ○ Yes ○ No

- Blood Product Unit: ○ Yes ○ No

☑ Base Line V/S
[ ... ]

Heart Rate:
Temperature:
Blood Pressure:
Respiratory Rate:

☐ Blood And Blood Product Details:
---

☐ Intra-Transfusion Vitals and Notes:

وبعد الانتهاء من الامر التفقدي نذهب الى حقل base line V /S وعند النقر على زر التفعيل يظهر المربع الصغير لتحديد التاريخ والوقت .
ومن ثم نقوم بتعبئة قائمة العلامات الحيوية الأساسية .

# Template: NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE

Heart Rate:

Temperature:

Blood Pressure:

Respiratory Rate:

☑ Blood And Blood Product Details

---

☑ - Blood Components:

- Unit Blood Group:

- Patient Blood Group:

- Amount:

Whole blood
Packed red blood cells
Platelets
Fresh frozen plasma
Cryoprecipitate
Filter blood

أما الحقل الثاني فهو تفاصيل الدم ومكوناته **Blood and Blood product details** وعند النقر على زر التفعيل يظهر لنا عدة خيار نبدأ بالخيار المتعلق بمحتويات الدم وهو **blood component** ثم الى فصيلة وحدة الدم O+, O-, A+, A-, B+, B-, AB+, AB

وبعدها نتثقل الى تحديد فصيلة دم المريض **Patient blood group**

ويتم تحديد كمية الدم **Amount** .

- Amount: ml

- Order By:

-Cross Matching:

☐ Done

☐ Not Done

نوثق اسم الطبيب الذي كتب الأمر الطبي ونحدد الإجراءات التي تم التعامل معها فحص توافق الدم وتدفئة الدم ويتم بعدها ادخال التاريخ ووقت الاستلام.
وتحديد وقت إعطاء نقل الدم.

- Warmer (Used): ○ Yes ○ No ,
  If Yes, Temperature is C

- Date & Time Received: ...

- Transfusion Started at: ...

By:

- Checked By:

1. R.N 1:
2. R.N 2:

- Date & Time Received: ...

- Transfusion Started at: ...

By:

- Checked By:

1. R.N 1:
2. R.N 2:

- Monitored By Physician:

☐ Intra-Transfusion Vitals and Notes:
---

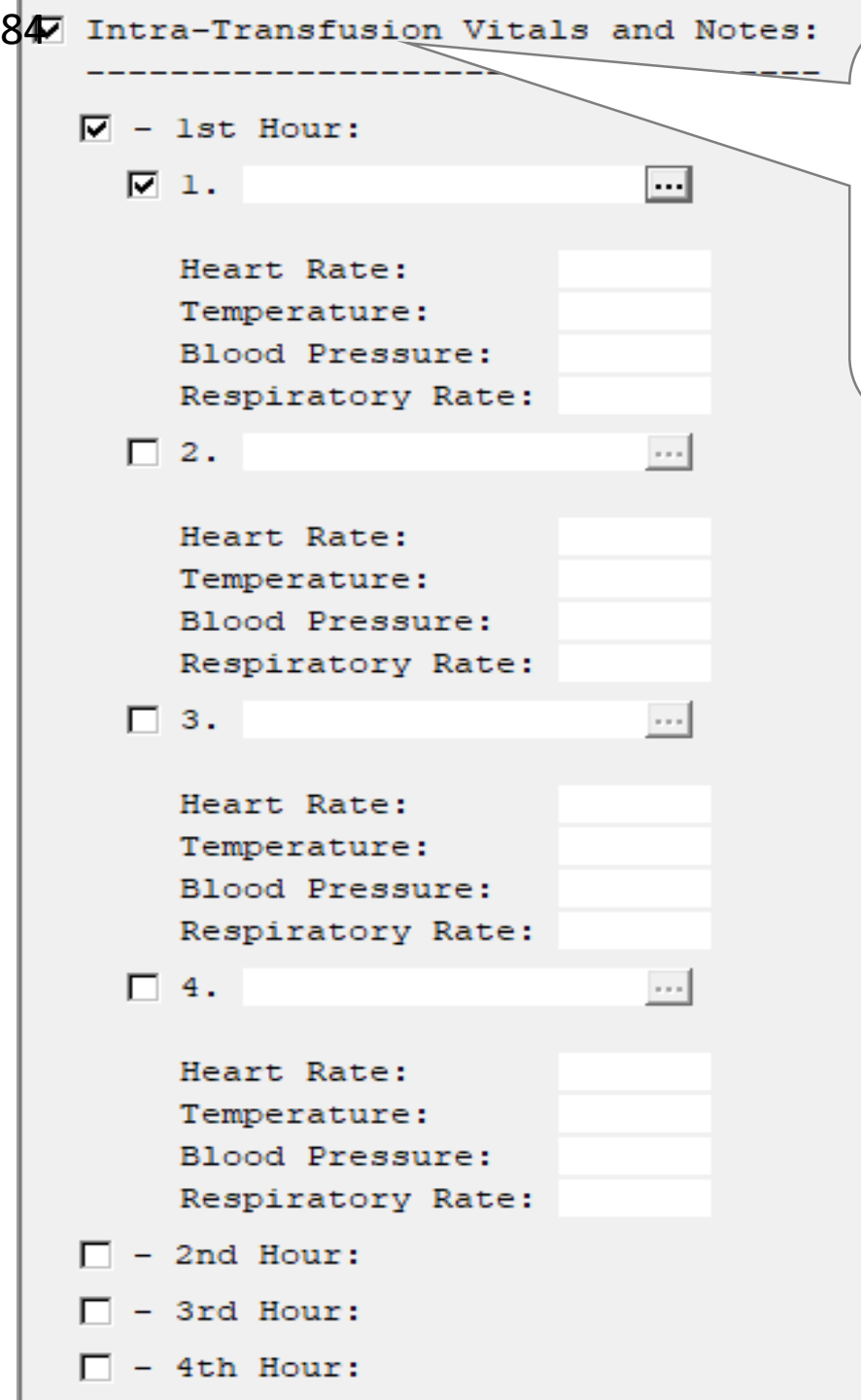
☐ Adverse Reaction:
---

☐ Post Blood Transfusion Note:
---

يتم تحديد اسم الممرض الذي قام بإعطاء الدم بالإضافة الى ادخال أسماء الممرضين الذي تم تشيك وحدات الدم من قبلهم.

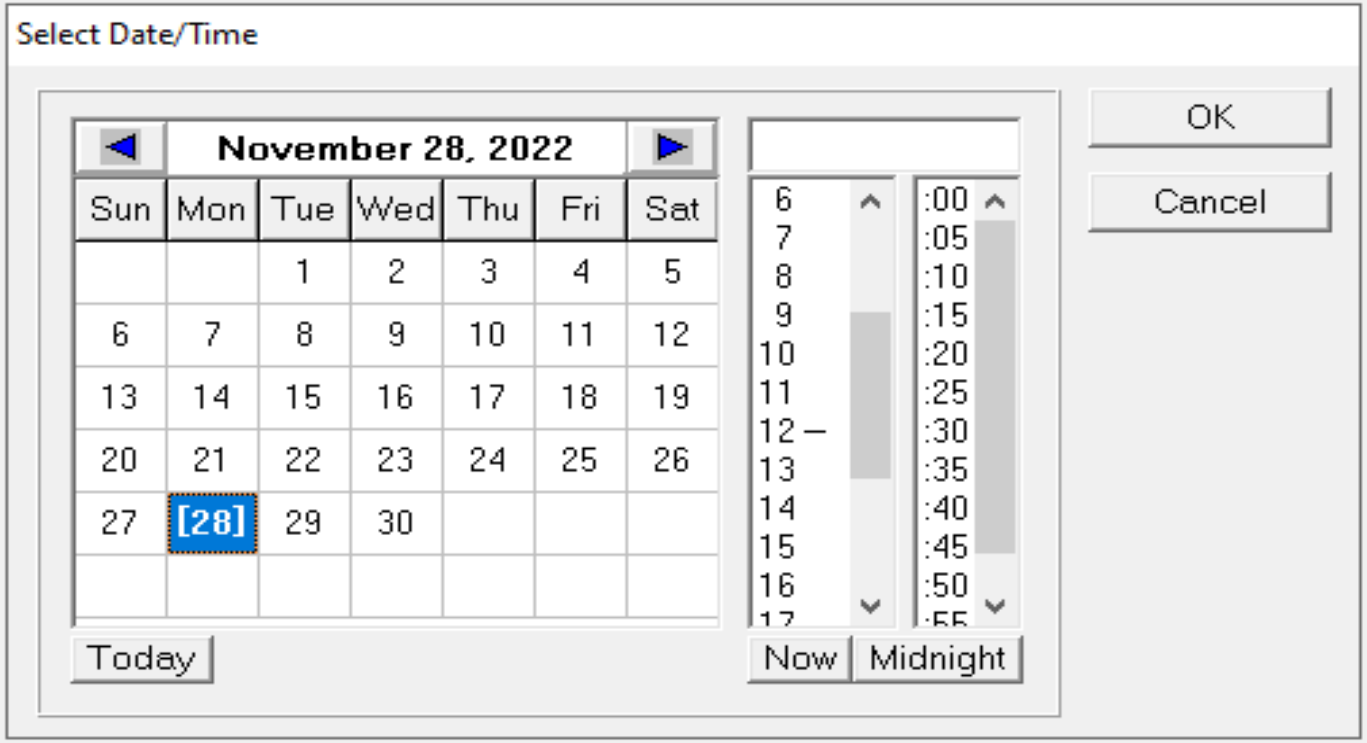
ونوثق اسم الطبيب الذي تابع عملية نقل الدم.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel




الحقل الثالث هو التوثيق خلال عملية نقل الدم **Intra-transfusion vitals and notes**

يتم فيها التوثيق العلامات الحيوية والملاحظات حسب السياسة المعتمدة في المستشفى وهنا تظهر لنا العلامات الحيوية يجب توثيقها حسب الاوقات المطلوبة .



Template: NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE

- [ ] Intra-Transfusion Vitals and Notes:

- [x] Adverse Reaction:

  - [x] Yes
    - [ ] Fever:
      - [ ] Most Common Reaction
      - [ ] Donor WBC incompatibilities
      - [ ] Antipyretics
    - [ ] Allergic reactions:

      Signs/ symptoms:
      - [ ] Itching
      - [ ] Urticaria
      - [ ] Chills
      - [ ] Fever
      - [ ] Facial edema
      - [ ] Wheezing
      - [ ] Anaphylactic shock
    - [ ] Hemolytic reaction:

      Signs/ symptoms:
      - [ ] Chills, fever
      - [ ] Low back pain
      - [ ] Headache
      - [ ] Chest pain
      - [ ] Dyspnea
      - [ ] Cyanosis
      - [ ] Restlessness, anxiety
      - [ ] Hypotension
      - [ ] Red urine
    - [ ] Volume overload:

      Signs/ symptoms:
      - [ ] Cough
      - [ ] Chest pain
      - [ ] Dyspnea
      - [ ] Distended neck veins

وفي حال حدوث أي مضاعفات او ردود فعل للمريض نقوم بتفعيل زر **Adverse Reaction**

وتعبئة الخانات بما يتناسب مع وضع المريض.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

- ☐ Chills,fever
- ☐ Low back pain
- ☐ Headache
- ☐ Chest pain
- ☐ Dyspnea
- ☐ Cyanosis
- ☐ Restlessness,anxiety
- ☐ Hypotension
- ☐ Red urine

☑ Volume overload:

Signs/ symptoms:

- ☐ Cough
- ☐ Chest pain
- ☐ Dyspnea
- ☐ Distended neck veins
- ☐ Rales
- ☐ Frothy sputum

☑ No

☑ Nursing Intervention:

Physician Informed: * ○ Yes ○ No

☑ Post Blood Transfusion Note:

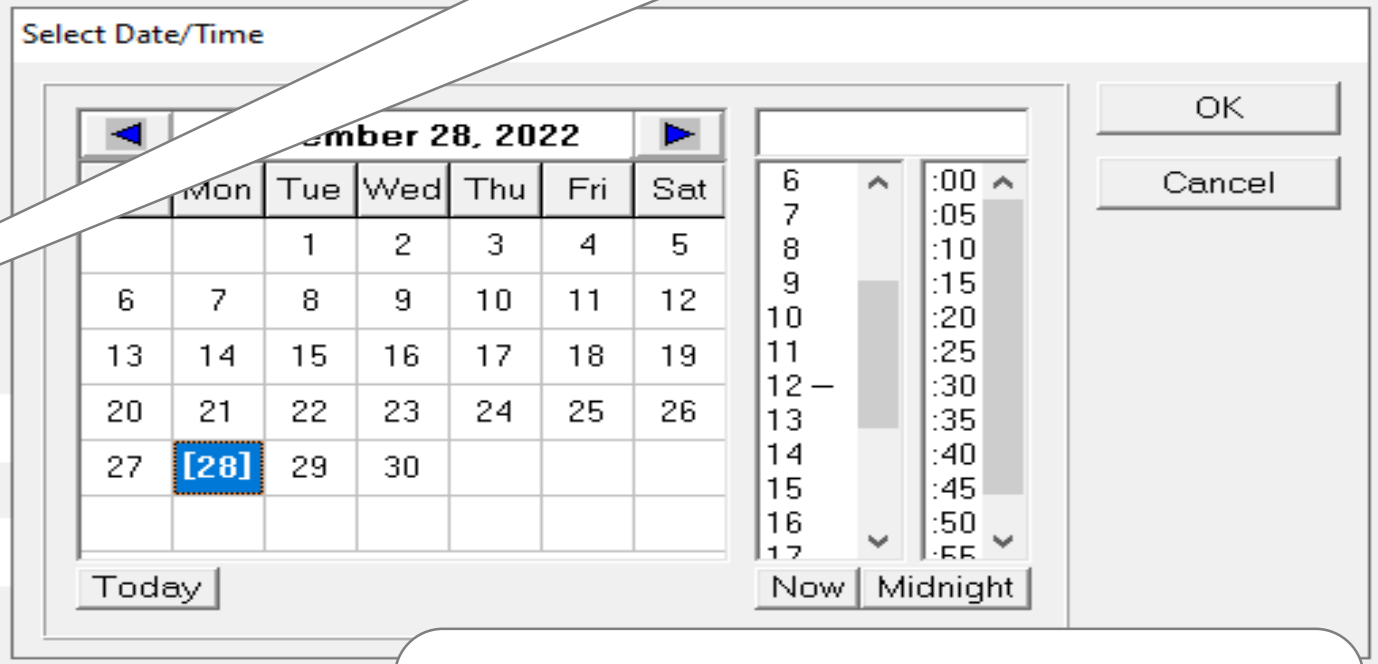
---

☑ - Transfusion Finished at: ...

By:

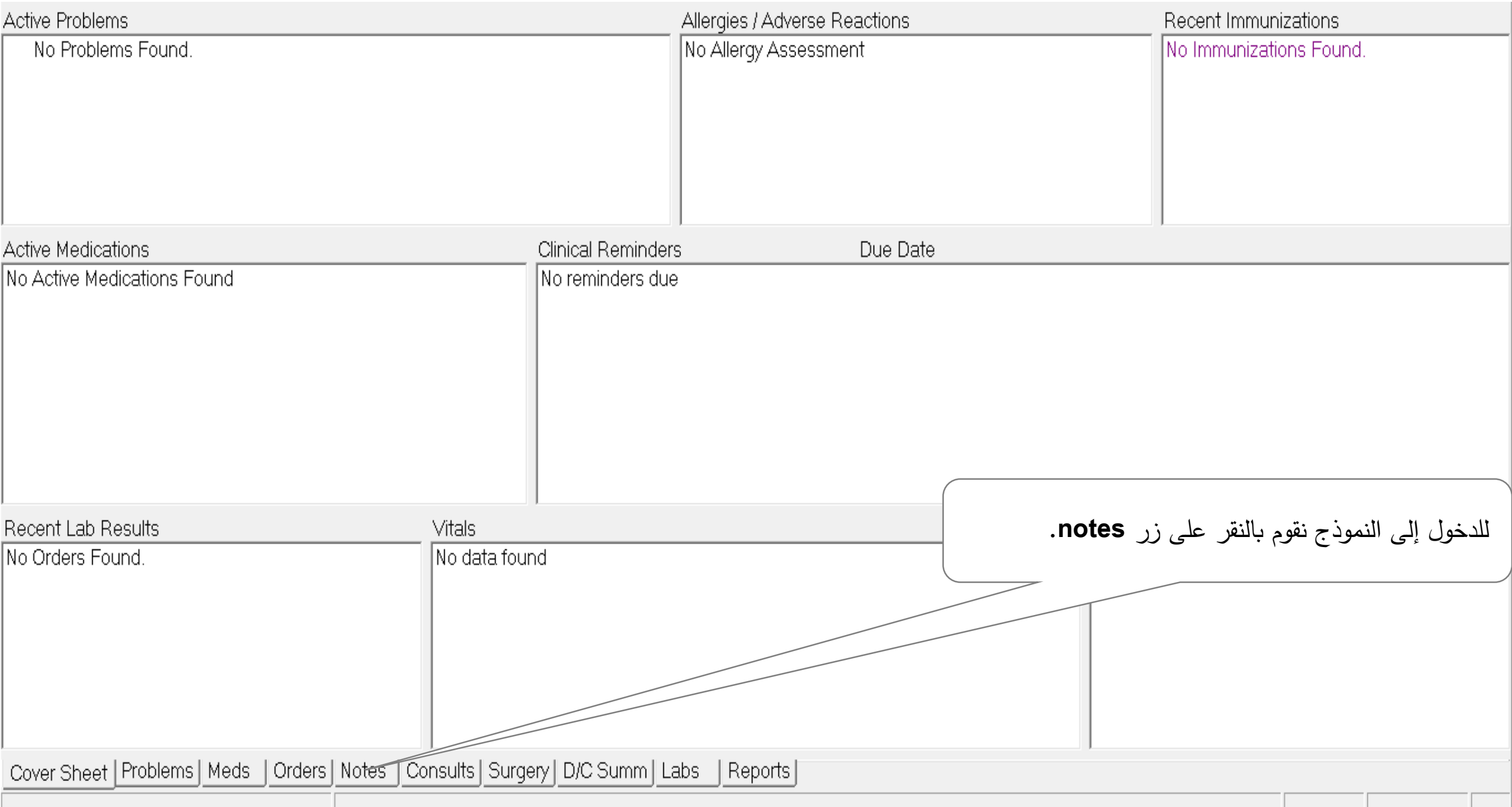
- Notes:

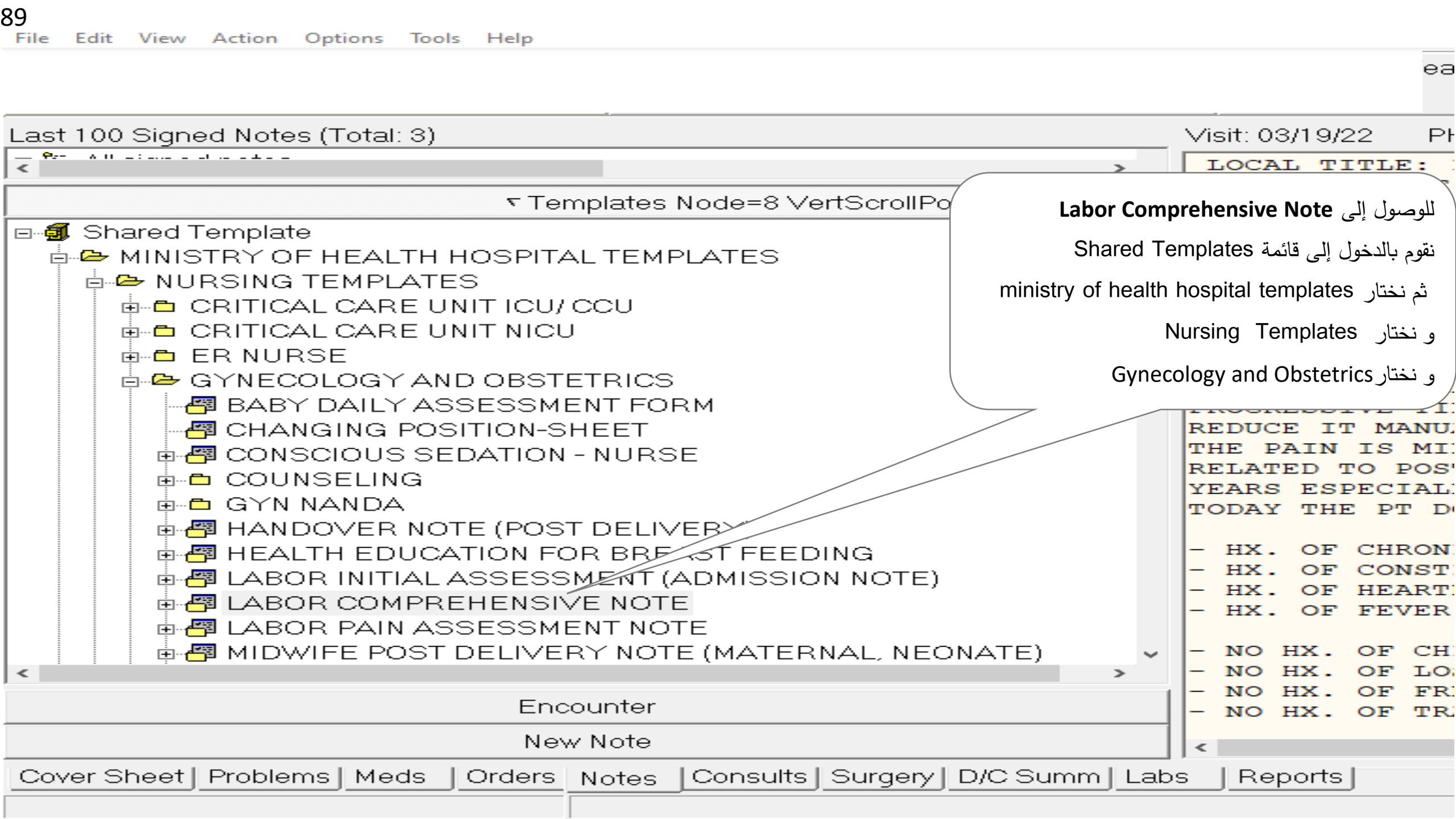
ثم تعبئة التداخلات التمريضية اللازمة
وفيما اذا تم اعلام الطبيب او لا.

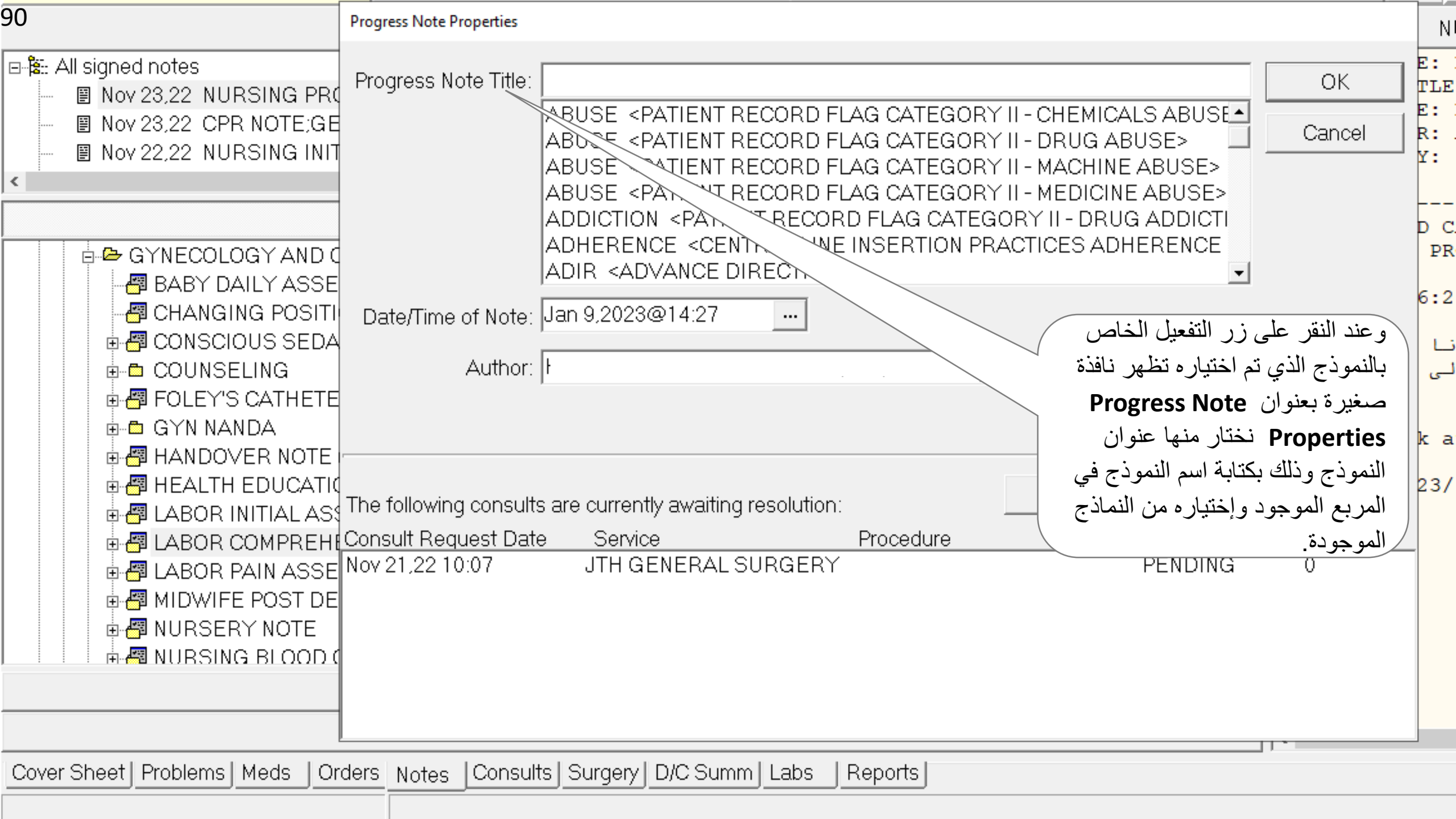



وعند الانتهاء من إعطاء الدم نقوم بتوثيق تاريخ ووقت الانتهاء بواسطة من الذي اعطى الدم.
في حال وجود أية ملاحظات نقوم بتوثيقها .

# labor comprehensive Note


Active Problems
No Problems Found.
Allergies / Adverse Reactions
No Allergy Assessment
Recent Immunizations
No Immunizations Found.
Active Medications
No Active Medications Found
Clinical Reminders
Due Date
No reminders due
Recent Lab Results
No Orders Found.
Vitals
No data found
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports
للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر notes.


File Edit View Action Options Tools Help
Last 100 Signed Notes (Total: 3)
Visit: 03/19/22
Templates Node=8 VertScrollPo
Shared Template
MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES
NURSING TEMPLATES
CRITICAL CARE UNIT ICU/ CCU
CRITICAL CARE UNIT NICU
ER NURSE
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
BABY DAILY ASSESSMENT FORM
CHANGING POSITION-SHEET
CONSCIOUS SEDATION - NURSE
COUNSELING
GYN NANDA
HANDOVER NOTE (POST DELIVERY
HEALTH EDUCATION FOR BRE ST FEEDING
LABOR INITIAL ASSESSMENT (ADMISSION NOTE)
LABOR COMPREHENSIVE NOTE
LABOR PAIN ASSESSMENT NOTE
MIDWIFE POST DELIVERY NOTE (MATERNAL, NEONATE)
للوصول إلى Labor Comprehensive Note
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار Nursing Templates
و نختار Gynecology and Obstetrics
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports




وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note** **Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.

Template: LABOR COMPREHENSIVE NOTE

========== Ministry of Health ==========

Labor Comprehensive Note

==========

Patient Name
Patient Age
Patient Gender
National ID

==========

Husband Name:
Address:
Blood Group: O+ O- A+ A- B+ B- AB+ AB-

- First stage:
  ---
- Second Stage:
  ---
- Third Stage:
  ---
- Fourth Stage:
  ---

تظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة حقول نموذج التقييم الأولي الخاص بالمخاض **Labor Initial Assessment** الذي يتكون من أربعة حقول رئيسية.
في البداية نقوم بتعبئة اسم الزوج والعنوان وفصيلة الدم .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

Template: LABOR COMPREHENSIVE NOTE

==========

Husband Name:

Address:

Blood Group: O+ O- A+ A- B+ B- AB+ AB-

First stage:

---

Time of labor room

Gravida: Para : Abortion:

Previous C/S : *Yes No

Reason of arrival :

Labor Pain

Induction : Syntocinon Prostine

Observation

FHR Monitoring:

sonicate Q 30 minute

continuous monitoring

First PV Exam :

Cervix dilatation : cm

Membrane

Effacement :

Station :

Presentation part:

Contraction:

NO contraction

Mild

Moderate

Strong

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

- الحقول التي تتعلق بمراحل الولادة الأربعة و بالنقر على زر التفعيل الخاص بحقل **المرحلة الأولى First stage** ونوثق الخانات التالية:
- وقت وتاريخ الوصول الى غرفة الولادة
- وعدد الاحمال وعدد الولادات وعدد الاجهاضات والقيصريات ان وجد وسبب
- المراجعة .
- المراقبة .
- فحص نبض الجنين.
- الفحص الداخلي .
- التقلصات .

93

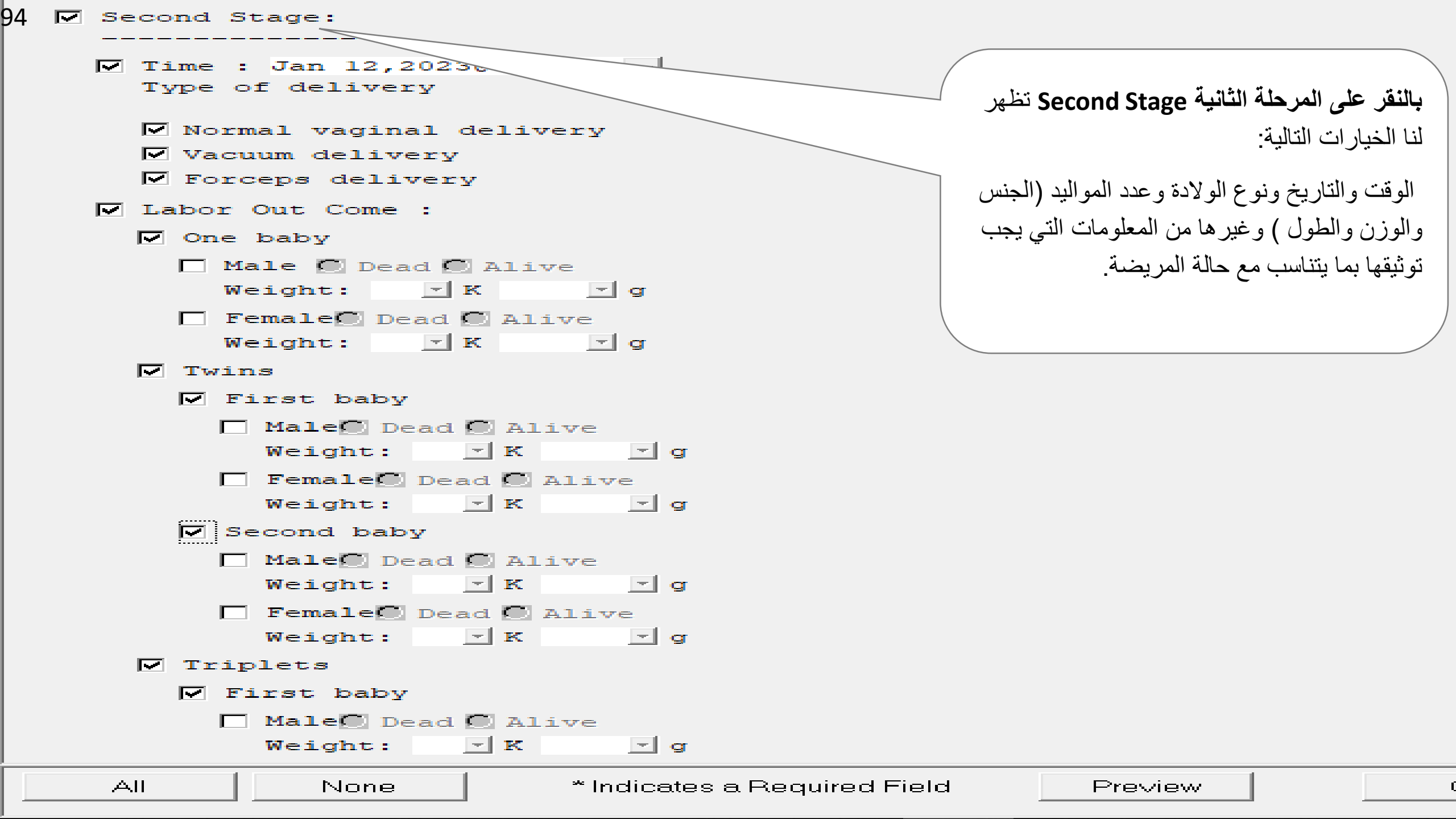
- [ ] Medication:
- [x] I.V Fluid:
  - [x]
- [x] Nursing Care:
  - [x]
    - [ ] Observe FHR Q1/2hrs
    - [ ] Observe effacement Q1hrs
    - [ ] Observe cervix dilatation Q1hrs
    - [ ] Observe station Q1hrs
    - [ ] Observe contractions Q1hrs/ 10 mints
    - [ ] Observe V/S Q4hrs
    - [ ] PET case V/S on continuous monitoring
    - [ ] Empty bladder
    - [ ] Transfer Pt 2nd stage when p.v 10cm
- [x] Complication first stage :
  - [ ] Tachycardia
  - [ ] Bradycardia
  - [ ] Cord prolapsed
  - [ ] Bleeding
  - [ ] Other

- [ ] Second Stage:
  ---
- [ ] Third Stage:
  ---
- [ ] Fourth Stage:
  ---

بالإضافة الى الخانات الاخرى التالية من **المرحلة الأولى First stage** :

- الإجراءات والرعاية التمريضية ومضاعفات المرحلة الأولى .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK




**بالنقر على المرحلة الثانية Second Stage** تظهر لنا الخيارات التالية:

الوقت والتاريخ ونوع الولادة وعدد المواليد (الجنس والوزن والطول ) وغيرها من المعلومات التي يجب توثيقها بما يتناسب مع حالة المريضة.

- [ ] Labor Out Come :
- [x] Immediate Drying for Baby:
  - [ ] Yes
  - [ ] No
- [x] APGAR Score:
  - [x] 1 Minute:
    - [x] color:
      - [ ] Blue or palecolor =0
      - [ ] Acrocyanosis =1
      - [ ] completely =2
    - [x] Heart rate:
      - [ ] Absent =0
      - [ ] <100 minute =1
      - [ ] >100 minute =2
    - [x] Reflex irritability:
      - [ ] No response =0
      - [ ] Grimace =1
      - [ ] Cry or active withdrawal =2
    - [x] Muscle tone:
      - [ ] Limp =0
      - [ ] Some flexion =1
      - [ ] Active motion =2
    - [x] respiration:
      - [ ] Absent =0
      - [ ] Weak cry hypoventilation =1
      - [ ] Good crying =2
    - [x] Total:
  - [ ] 5 Minute:
- [ ] Delivery With :

بالإضافة الى الخانات الاخرى التالية من **المرحلة الثانية Second Stage :**

فحص **APGAR SCOR** الذي يتكون من خمسة فروع يتم تعبئتها وفي نهاية الفحص نضع المجموع .

ويتم فحصة في الدقيقة الأولى والدقيقة الخامسة.

☑ Delivery With :
- ☐ episiotomy (under sterile technique)
- ☐ Tear
- ☐ Laceration
- ☐ Non

Repair by : Dr:
midwife :

☑ Skin to skin contact : * ◯ Yes ◯ No
If No :

☑ Delay Clamping and Cutting Cort (30-60)SEC ◯ Yes ◯ No

☑ suction:
- ◉ Yes
- ◯ No

O2:
- ◉ Yes
- ◯ No

Vitamin K:
- ◯ Yes
- ◯ No

Other :

Plan :

☑ lidocaine inj
If given why??

☑ Syntocinon 10 unite IM given within one minute of delivery

☑ Methergin
If given why?

☑ Third Stage:
---

☐ Time : Jan 12,2023@11:23 ...

☐ Placenta & membrane delivered by CCT * ◯ Yes ◯ No

يتم تكملة الخانات الاخرى الموجودة من **المرحلة الثانية Second Stage .**

Third Stage:

Time : Jan 12,2023

Placenta & membrane del

Uterus : * Contracted well

Uterus Massage done : * Yes No

Cord Clamping: ...

1 vein 2 artery .

2 vein 1 artery

Normal Abnormal

Length : cm

Around nick (Rounds) : 1 2 3 4

Start feeding : *

Breast feeding within one hour

Bottle feeding

Both

vaginal pack:

Not Inserted

Inserted

Midwife health education :

Health education (Care of episiotomy,Good hygiene education)Done

Family planning counselling

breast feeding was start within first hour of delivery.

Vital signs Taken:

VITALS - NONE FOUND - 1Y

Complications :

Vaginal bleeding :

All None * Indicates a Required Field Preview

**المرحلة االثالثة Third Stage** بهذا الحقل تظهر لنا مجموعة من الخيارت يتم توثيقها .

☐ 2 vein 1 artery

☐ ○ Normal ○ Abnormal

☐ Length : cm

☐ Around nick (Rounds) : ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4

☑ Start feeding : *

○ Breast feeding within one hour

○ Bottle feeding

○ Both

☑ vaginal pack:

☐ Not Inserted

☐ Inserted

☑ Midwife health education :

Health education (Care of episiotomy,Good hygien

Family planning counselling

breast feeding was start within first hour of de

☑ Vital signs Taken:

VITALS - NONE FOUND - 1Y

☑ Complications :

☑ Vaginal bleeding :

☑ Retaind placenta:

☑ Vaginal/ Cervix repair :

☑ exploration :

☐ Done

☐ Not Done

☑ vaginal pack:

☐ Not Inserted

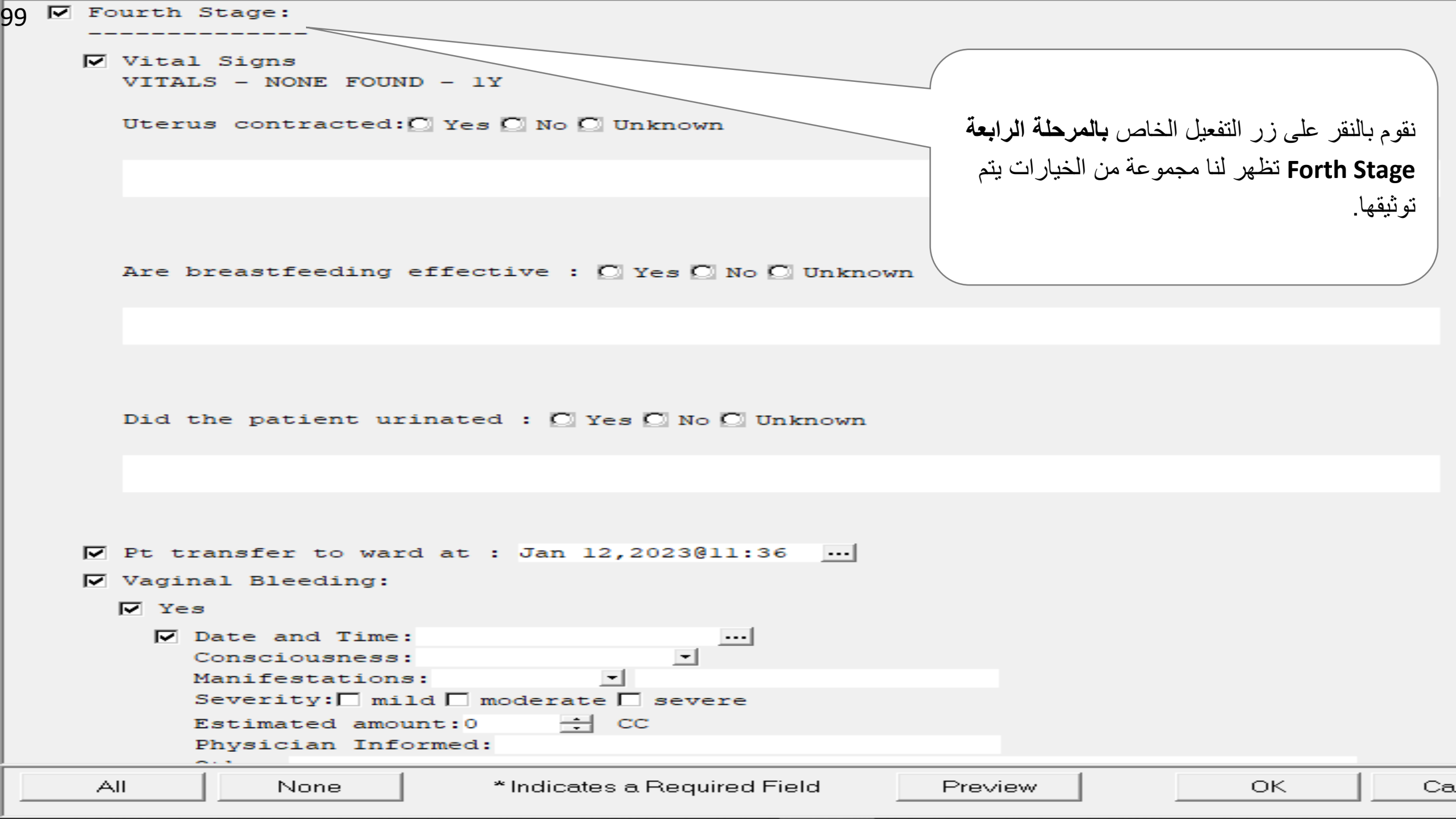
☐ Inserted

☐ Fourth Stage:

---

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

بالإضافة الى الخانات التالية من **المرحلة الثالثة** **Third Stage** كما يظهر في النموذج .




نقوم بالنقر على زر التفعيل الخاص **بالمرحلة الرابعة** **Forth Stage** تظهر لنا مجموعة من الخيارات يتم توثيقها.

Template: LABOR COMPREHENSIVE NOTE

بالإضافة الى الخانات الاخرى التالية من **المرحلة الرابعة Forth Stage** كما يظهر في النموذج.

- [x] Pt transfer to ward at : Jan 12,2023@11:36
- [x] Vaginal Bleeding:
  - [x] Yes
    - [x] Date and Time:
      Consciousness:
      Manifestations:
      Severity: ☐ mild ☐ moderate ☐ severe
      Estimated amount: 0 CC
      Physician Informed:
      Other:
  - [x] NO
- [x] Their is lab tests Result (HB,BG,RH) :

  HB :
  BG/RH factor :
- [x] Episiotomy Assessment :

- [x] Monitor The Place of Cesarean Section

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Canc

# Labor Initial Assessment

Active Problems

No Problems Found.

Allergies / Adverse Reactions

No Allergy Assessment

Recent Immunizations

No Immunizations Found.

Active Medications

No Active Medications Found

Clinical Reminders Due Date

No reminders due

Recent Lab Results

No Orders Found.

Vitals

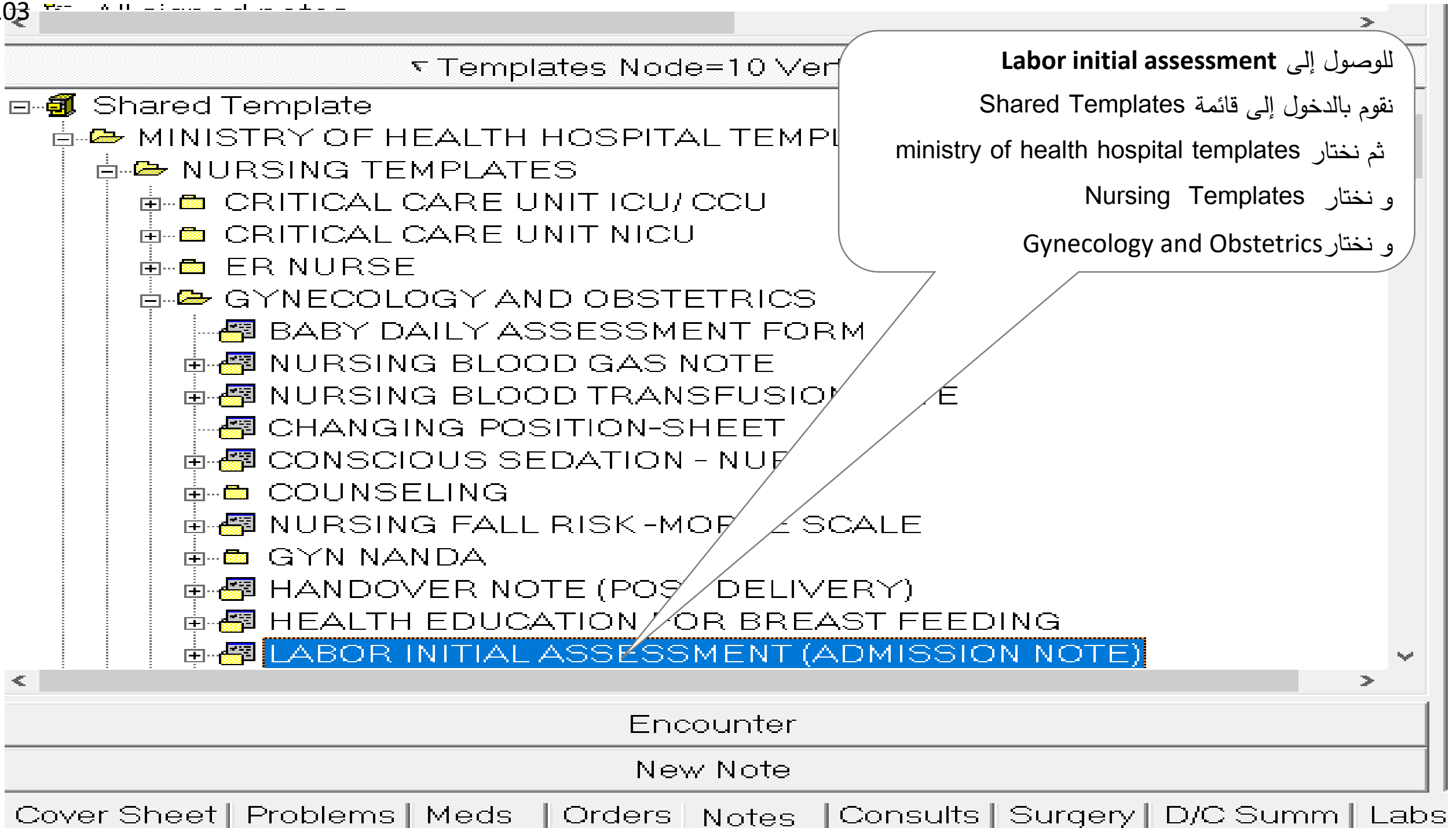
No data found

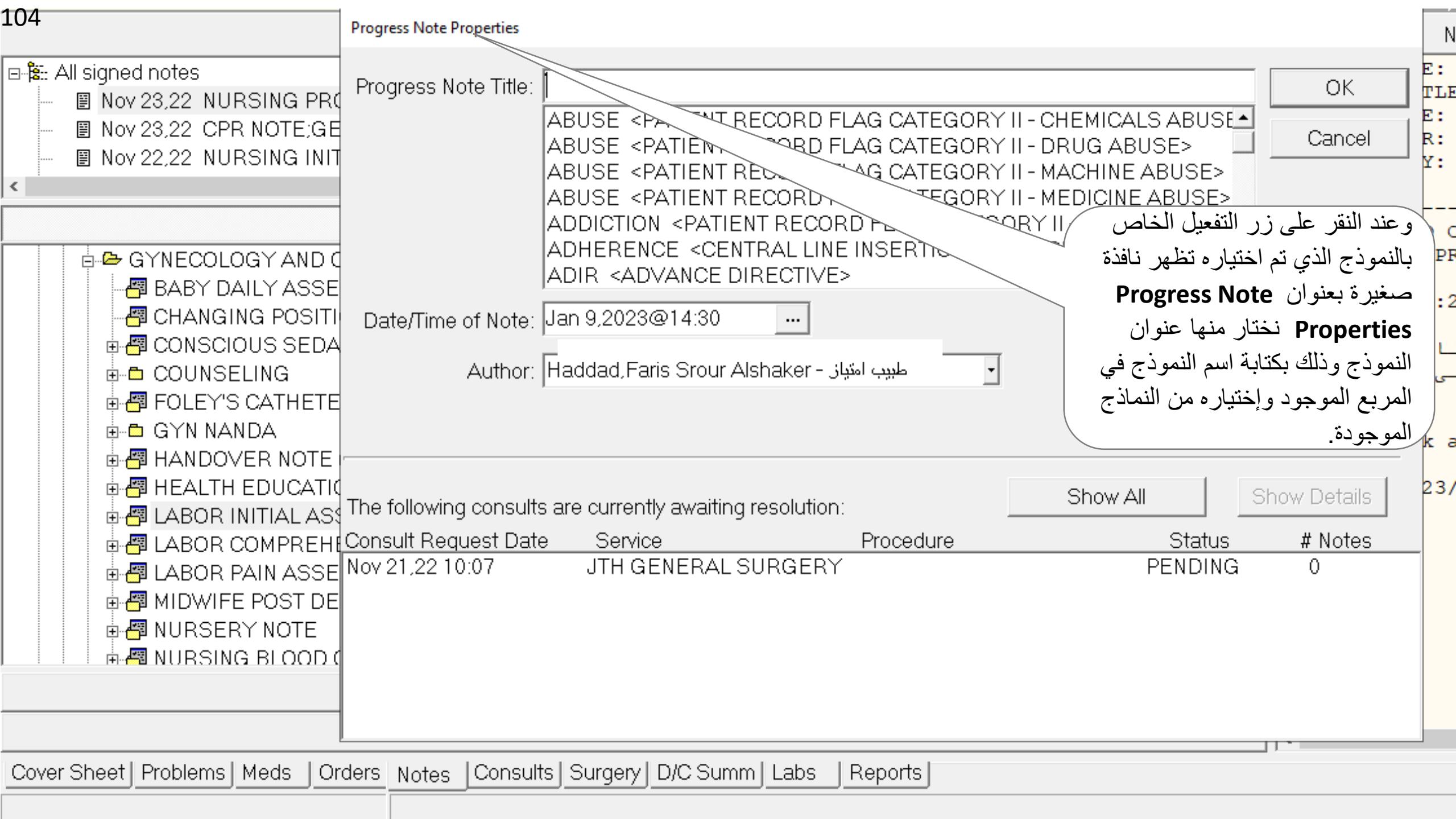
ppointments/Visits/Admissions

No data found

للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر **Notes** .

Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs | Reports


Templates Node=10 Ver
Shared Template
MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPL
NURSING TEMPLATES
CRITICAL CARE UNIT ICU/ CCU
CRITICAL CARE UNIT NICU
ER NURSE
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
BABY DAILY ASSESSMENT FORM
NURSING BLOOD GAS NOTE
NURSING BLOOD TRANSFUSION
CHANGING POSITION-SHEET
CONSCIOUS SEDATION - NUR
COUNSELING
NURSING FALL RISK -MOR SCALE
GYN NANDA
HANDOVER NOTE (POS DELIVERY)
HEALTH EDUCATION FOR BREAST FEEDING
LABOR INITIAL ASSESSMENT (ADMISSION NOTE)
للوصول إلى Labor initial assessment
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار Nursing Templates
و نختار Gynecology and Obstetrics
Encounter
New Note
Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs




وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note** **Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.

Template: LABOR INITIAL ASSESSMENT NOTE

========== Ministry of Health ==========

Labor Initial Assessment
(Admission Note)

==========

Patient Name :
Patient Age :
Patient Gender:
National ID :

==========

Husband Name:
Address:
Blood Group: O+ O- A+ A- B+ B- AB-

Patient Arrival Details

Chief Complaint

Obstetric History

Patient Assessment

تظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

و نبدأ بتعبئة نموذج التقييم الأولي الخاص بالمخاض **Labor Initial Assessment** الذي يتكون من أربعة حقول.
في البداية نقوم بتعبئة اسم الزوج والعنوان وفصيلة الدم .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

Template: LABOR INITIAL ASSESSMENT NOTE

========== Ministry of Health ==========

Labor Initial Assessment
(Admission Note)

==========

Patient Name
Patient Age
Patient Gende
National ID

==========

Husband Name:
Address:
Blood Group: O+ O- A+ A- B+ B- AB+

Patient Arrival Details

---

Time of arrival:

...

Patient arrived Via:

Wheelchair Walking Bed Stretcher (Bed)

From:

Emergency department Wards Outpatient clinic Other

Triage Acuity:

Occupation:

Others:

Chief Complaint

---

Obstetric History

---

All None * Indicates a Required Field Preview

يم بالنقر على زر التفعيل الخاص
**patient arrival detail** لإدخال البيانات الخاصة بآلية
صول المريضة وتحتوي على مجموعة من الخيارات
درجة بهذا الخصوص.

Template: LABOR INITIAL ASSESSMENT NOTE

From:

○ Emergency department ○ Wards ○ Outpatient clinic ○ Other

Triage Acuity:

Occupation:

Others:

☑ Chief Complaint

---

☑ Watery vaginal discharge , Time o

☐ Labor pain , Time o

Pain Scale :

☐ Reduce fetal movement , Time o

☐ Epigastric pain , Time o

☐ Blurred vision , Time o

☐ Vaginal bleeding , Time o

☐ Lower abdominal pain , Time o

☐ Others:

☐ Obstetric History

---

☐ Patient Assessment

---

Select Date/Time

January 12, 2023

| Sun | Mon | Tue | Wed | Thu | Fri | Sat |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | [12] | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

Today

11 12 13 14 15 16

:25 :30 :35 :40 :45 :50

Now Midnight

All None * Indicates a Required Field Preview OK Cancel

بالنقر على زر التفعيل الخاص بالشكوى الرئيسية **chief complain** التي يدرج تحتها مجموعة من العلامات والأعراض التي يتم تعبئتها حسب حالة المريضة.
نقوم بإدخال وقت وتاريخ حدوث كل شكوى بناءا على التقييم.

كما يوجد مربع لإضافة أية ملاحظات أخرى .

Template: LABOR INITIAL ASSESSMENT NOTE

Chief Complaint

Obstetric History

- Gravida:
- Number of Abortion
- Number of Cesarean Section :
- Last Menstrual Period (LMP) :
- Expected Delivery Date(EDD):
- Gestational Age (GA) :
- Number of Living Children :
- Number of Twins :
- Number of Dead Baby :
- Date of Last Delivery :
- Fetal Heart Rate: B/min By

---------- Past History ----------

- Surgical History :
- Medical History :
- Medication History:
- History of Blood Transfusion: Yes No

Patient Assessment

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

ثم نقوم بالنقر على زر التفعيل الخاص بالتاريخ المتعلق بالولادة **obstetric history** ويتكون من حقلين فرعين:

الفرع الأول يتعلق بالتاريخ الخاص بولادات المريضة السابقة و يدرج تحتها مجموعة من المعلومات يتم تعبئتها.

الفرع الثاني يتعلق بالتاريخ الجراحي و المرضي و الأدوية السابقة و نقل الدم سابقا للمريضة.

Template: LABOR INITIAL ASSESSMENT NOTE

==========

Husband Name:

Address:

Blood Group: ○ O+ ○ O− ○ A+ ○ A− ○ B+ ○ B− ○ AB+ ○ AB−

☐ Patient Arrival Details

---

☐ Chief Complaint

---

☐ Obstetric History

---

☑ Patient Assessment

---

☐ − PV Exam :

− Membranes :

...

− Color :

− Pain Scale :

− Coping State :

− Morse Score :

○ (Low risk) 0−24

○ (Moderate risk) 25−45

○ (High Risk) =>46

○ (High Risk) 5> Age >65 years

− Cardiotocography (CTG): ○ yes ○ NO

وعند النقرعلى زر تقييم المريضة **patient assessment** والذي يندرج تحته مجموعة من الخيارات يتم تعبئتها بما يتناسب مع حالة المريض .

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

# Initial Assessment Template

**Active Problems**

Cough
# Upper Respiratory Infection,Acute
# Diabetes Mellitus Type II Or Unspecified With Unspecified Complications

**Allergies / Adverse Reactions**

No Known Allergies

**Recent Immunizations**

No Immunizations Found.

**Active Medications**

| | |
|---|---|
| Azithromycin 500mg Tab,Oral | Pending |
| Lansoprazole 30mg Cap,Oral,Ec | Pending |

**Clinical Reminders**

| Clinical Reminders | Due Date |
|---|---|
| Foot Exam For DM | DUE NOW |
| Retinal Exam For DM | DUE NOW |
| Colorectal Cancer Screening | DUE NOW |
| Influenza Vaccine | DUE NOW |

**Recent Lab Results**

No Orders Found.

**Vitals**

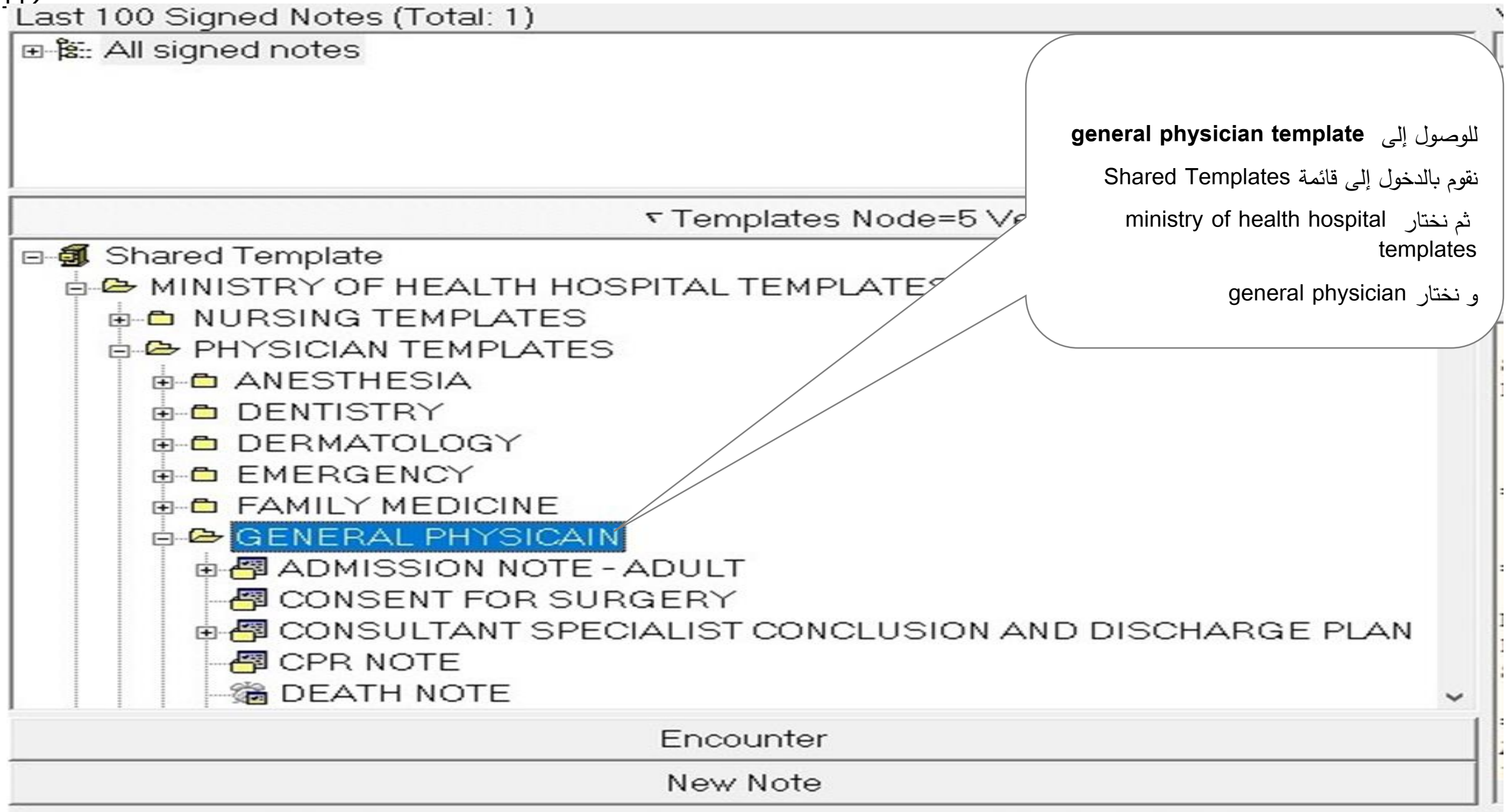
No data found

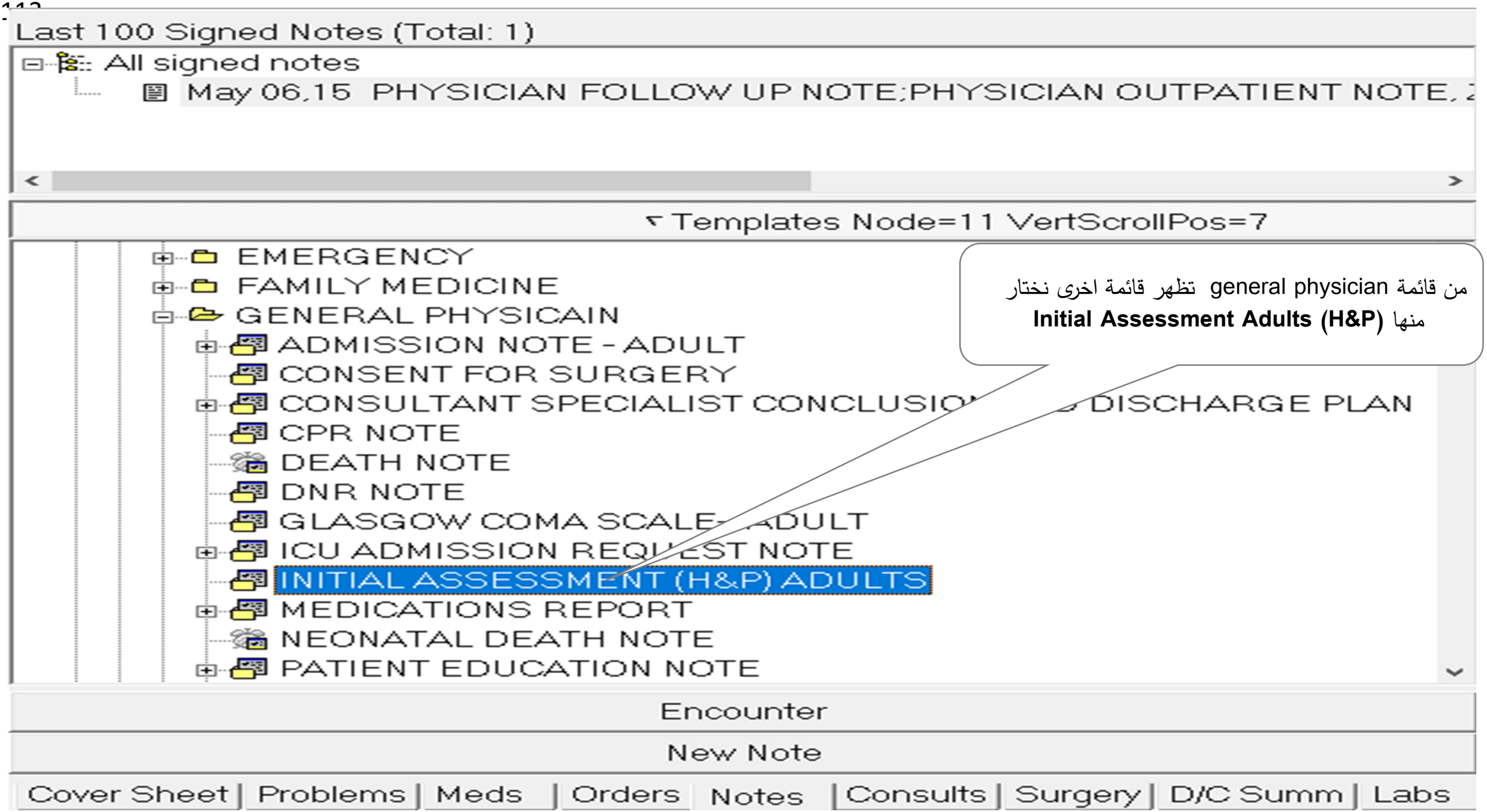
**Appointments/Visits/Admissions**

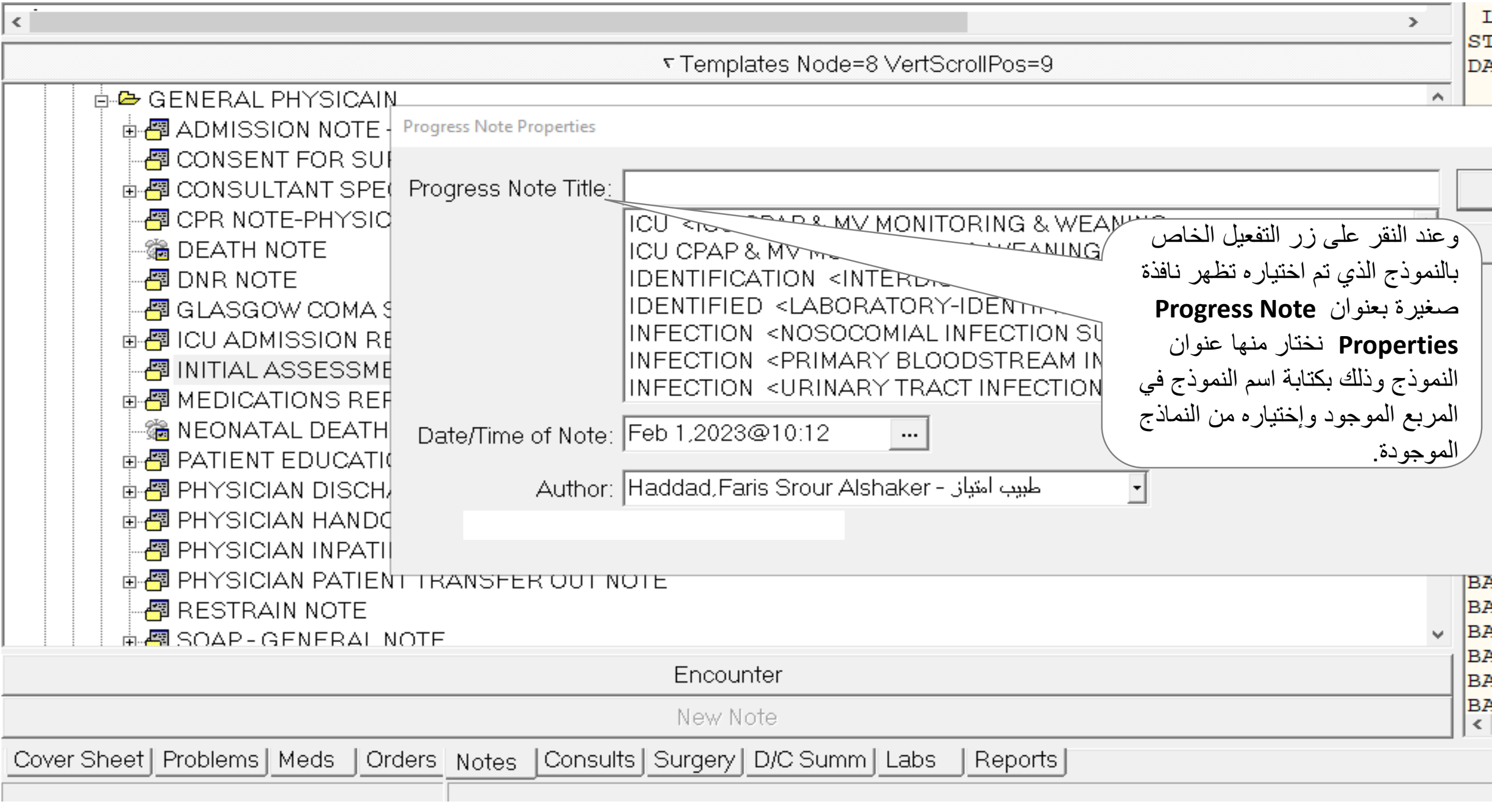
No data found

للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر **notes.**

Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs | Reports


Last 100 Signed Notes (Total: 1)
All signed notes
Templates Node=5
Shared Template
MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES
NURSING TEMPLATES
PHYSICIAN TEMPLATES
ANESTHESIA
DENTISTRY
DERMATOLOGY
EMERGENCY
FAMILY MEDICINE
GENERAL PHYSICAIN
ADMISSION NOTE - ADULT
CONSENT FOR SURGERY
CONSULTANT SPECIALIST CONCLUSION AND DISCHARGE PLAN
CPR NOTE
DEATH NOTE
Encounter
New Note
للوصول إلى general physician template
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار general physician


Last 100 Signed Notes (Total: 1)
All signed notes
May 06,15 PHYSICIAN FOLLOW UP NOTE;PHYSICIAN OUTPATIENT NOTE,
Templates Node=11 VertScrollPos=7
EMERGENCY
FAMILY MEDICINE
GENERAL PHYSICAIN
ADMISSION NOTE - ADULT
CONSENT FOR SURGERY
CONSULTANT SPECIALIST CONCLUSIO
DISCHARGE PLAN
CPR NOTE
DEATH NOTE
DNR NOTE
GLASGOW COMA SCALE-
ADULT
ICU ADMISSION REQUEST NOTE
INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS
MEDICATIONS REPORT
NEONATAL DEATH NOTE
PATIENT EDUCATION NOTE
من قائمة general physician تظهر قائمة اخرى نختار منها Initial Assessment Adults (H&P)
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs




وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note** **Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.

========== Ministry of Health ==========

Initial Assessment (H&P) Adults

==========

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :

==========

☑ Chief Complaint:

---

☑ History Of Presenting Illness:

---

☑ History (alternate version):

- ☐ HEENT symptoms:
- ☐ General/ Neurological symptoms:
- ☐ Cardiovascular symptoms:
- ☐ Respiratory symptoms:
- ☐ Gastrointestinal symptoms:
- ☐ Anorectal symptoms:
- ☐ Renal Symptoms:
- ☐ Musculoskeletal system:
- ☐ Skin:
- ☐ Breast:

تظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة حقول نموذج التقييم الأولي.

بالنقر على زر الشكوى الرئيسية **Chief Complain** التي حضر من أجلها المريض الى المستشفى.

وعند النقر على **History of presenting illness** لتعبئة تاريخ المرض الحالي.

او استخدام **alternative version** تظهر لنا الخيارات التالية في النموذج المقابل.

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

- [x] History (alternate version):
  - [ ] HEENT symptoms:
  - [x] General/ Neurological symptoms:
    - [x] ○ No
      - [x] HEADACHE
      - [x] within minutes
      - [ ] within hours
      - [ ] gradual over a day or more
      - [ ] on one side of the head
      - [ ] pain across the forehead
      - [ ] over the top of the head
      - [ ] at the back of the head
      - [ ] around the eyes
      - [ ] temple painful to touch
      - [ ] throbbing (pulsating)
      - [ ] pressure-like pain
      - [ ] associated with nausea
      - [ ] associated with vomiting
      - [ ] associated with earache
      - [ ] preceded by visual changes
      - [ ] worse in the morning
      - [ ] keeps patient awake/ wakes from sleep
      - [ ] worse with coughing or straining
      - [ ] pressure on cheeckbones painful
      - [ ] associated with neck stiffness

في حال استخدام **alternative version** تظهر لنا مجموعة من الأعراض المرتبطة بأجهزة الجسم المختلفة مثل general/ neurological symptoms
فتظهر لنا قائمة فرعية بالأعراض نختار منها ما يتوافق مع شكوى المريض.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

☑ Review Of Systems:

---

☑ Unremarkable

☑ ☐ General: ☐ Unremarkable ☐ fatigue ☐ headache ☐ pallor
☐ cyanosis ☐ skin discoloration ☐ bad odors ☐ lymphadenopathy
☐ lumps and swellings ☐ obesity ☐ weight loss ☐ short stature
☐ tall stature ☐ edema ☐ fever ☐ rigors ☐ skin rash ☐ skin lesions
☐ itching ☐ hair loss ☐ excess hair ☐ clubbing

☐ HEENT: ☐ Unremarkable ☐ ocular pain ☐ diplopia ☐ visual loss
☐ distortion of vision ☐ otorrhea ☐ hearing loss ☐ tinnitus
☐ vertigo ☐ unsteadiness ☐ nystagmus ☐ nasal obstruction
☐ nasal discharge ☐ epistaxis ☐ sneezing ☐ disturbance of smell
☐ nasal deformity ☐ nasal and facial pain ☐ sore mouth
☐ sore throat ☐ stridor ☐ dysphonia ☐ lymphadenopathy

☐ Cardiovascular System: ☐ Unremarkable ☐ Chest pain
☐ Breathlessness ☐ Orthopnea ☐ Paroxysmal nocturnal dyspnea
☐ Palpitations ☐ Syncope ☐ Dizziness ☐ Edema
☐ Intermittent claudications

☐ Respiratory System: ☐ Unremarkable ☐ Cough ☐ Sputum
☐ Hemoptysis ☐ Pleural pain ☐ Chest wall pain ☐ Mediastinal pain
☐ Dyspnea ☐ Wheezing ☐ Apnea

بعد الانتهاء من توثيق التاريخ المرضى نذهب الى حقل **Review of system** الذي يحتوي على قائمة مجموعات الأجهزة التي يجب اختيار الأعراض الحالية (المصاحبة للمرض).

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

---

☑ Unremarkable

☑ Medical History:

---

Active problems - Computerized Problem List is the source for the following:

1. Cough
2. Upper respiratory infection,acute
3. Diabetes Mellitus Type II or unspecified with unspecified complications

☑ Surgical History:

---

☑ Allergies:

---

Patient has answered NKA

*☑ Allergies reviewed with patient/guardian

(Enter new allergies/ADR on the coversheet)

عند النقر على زر **medical history** أو التاريخ المرضي للمريض تظهر تلقائيا الأمراض السابقة بناء على ما تم توثيقه من قبل على برنامج حكيم في مستشفيات وزارة الصحة.

و يوجد حقل فارغ لإضافة كافة المشاكل المزمنة غير المدرجة سابقا.

**surgical history** يظهر حقل فارغ لإدخال التاريخ الجراحي أو أي إجراء تداخلي سابق.

ونقوم بالنقر على زر **allergies** تظهر الأدوية التي يتحسس منها المريض ومسجلة على النظام سابقا.

و يوجد حقل اضافي لإضافة أية حساسيات جديدة.

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

(Enter new allergies/ADR on the coversheet)

☑ Medications:

---

☐ Pending OP Meds - NONE FOUND

☐ Medication Reconcillation:

********** CONFIDENTIAL Medication Reconciliation SUMMARY pg. 1 **

حداد,فارس سرور الشاكر

---------- BADR - Brief Adv React/All ----------

Allergy/Reaction: No Known Allergies

---------- MRP - Medication Recon ----------

---

Alphabetized list of outpatient Rx's, inpatient orders, remote and Non-VA

Legend: OPT = VA issued outpatient prescription, INP = VA issued inpatient order

Non-VA Meds Last Documented On: ** Data not found **

---

---

Other medications previously dispensed in the last year:

OPT AZITHROMYCIN 250MG CAP,ORAL (EXPIRED/6 Days Supply Last Released:

TAKE ONE CAPSULE BY MOUTH EVERY DAY

**********

---

☐ Home Medications:

NON-VA MEDS - NONE FOUND

بعد الانتهاء من إدخال الحساسية نقوم بتعبئة **Medication** أو الأدوية حيث تظهر لنا ثلاثة خيارات وهي:

الأول pending out patient medication أو أدوية المريض المعلقة عند النقر عليها تظهر بشكل تلقائي (إن وجدت).

والخيار الثاني Medication Reconciliation أو مطابقة الأدوية وفيه تظهر الأدوية التي يتم أخذها من قبل المريض.

والخيار الثالث في حال وجود أدوية يتناولها المريض في المنزل نقوم بالنقر على Home Medication أو الأدوية المنزلية بحيث يتم ادراجها بحسب ما يقوم المريض نتزويدها.

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

Family History:

Immunizations:

IMMUNIZATIONS - NONE FOUND

Tobacco Habits:

Doesn't Use Tobacco
Current Tobacco User
Previous Tobacco User
Age started:
Cigarettes pk/day: for years.
Quit years ago.

Alcohol:

Assessment:
Drinker Non Drinker

Measurements and Vital Signs:

Pain Scale:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

ثم نقوم بتعبئة الخانات الموجودة في الحقول التالية و التي تشمل:

1- family history أو التاريخ المرضي للعائلة.

2- immunizations أو المطاعيم التي تم أخذها.

3- Tobacco habits أو عادات التدخين.

4- Alcohol أو شرب الكحول.

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

☑ Measurements and Vital Signs:

☑ VITALS - NONE FOUND - 1D

B.P:
H.R:
R.R:
T :

☑ Pain Scale:

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

☐ Physical Exa ion:

☐ Psychosocial ssment:

☐ Nutritional sment:

☐ Functional Assessment:

☐ Venous Thromboembolism Risk Factor Assessment:

☐ Initial Physician Impression:

☑ Final Diagnosis:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

و بعد الانتهاء من تعبئة الحقول السابقة نقوم بالنقر على **Measurement of vital signs** وتظهر لنا العلامات الحيوية.

ثم نذهب الى حقل **Pain scale** حيث يظهر خيارات من 0 الى 10 حسب شدة الألم حيث 0 لا يوجد الم و 10 الم شديد جدا. نقوم بتوثيق مستوى الألم للمريض بعد سؤاله.

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

- [x] Physical Examination:

---

- [ ] HEENT:
  - [ ] Head normocephalic, atraumatic, symmetrical
  - [ ] Pupils equal, round, reactive to light
  - [ ] Sclera white. Lids without swelling, lesions or rashes
  - [ ] External ear and TMs clear
  - [ ] Nose and nasal mucosa normal
  - [ ] Pharynx without erythema, swelling, or exudate
- [ ] Detailed ENT Examination:
- [ ] Neck:
  - [ ] Symmetrical
  - [ ] Supple
  - [ ] No lymphadenopathy
  - [ ] Thyroid symmetrical, no enlargements or nodules
  - [ ] Neck veins not distended
- [ ] Detailed Neck Exam:
- [ ] Cardiovascular:
  - [ ] Normal rate and rythm
  - [ ] Normal heart sounds (S1,S2)
  - [ ] No added sounds
  - [ ] No murmurs
- [ ] Detailed Cardiovascular Examination:
- [ ] Respiratory:
  - [ ] Normal Breathing Pattern

عند النقر على حقل **Physical examination** تظهر قائمة بكافة أجهزة الجسم حيث يقوم الطبيب بتوثيق التقييم السريري في هذه الحقول.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

☐ Detailed Musculoskeletal Examination:

☑ Psychosocial Assessment:

---

☑ Assessment:

Mood: ☐ Calm ☐ Sad ☐ Anxious ☐ Tearful ☐ Combative ☐ Agitated

Expressed: ☐ None ☐ Shame ☐ Guilt ☐ Negative Feeling About Self

Support System: ☐ Parents ☐ Spouse ☐ Children ☐ Relatives
☐ Friends ☐ None ☐ Stay Alone

☑ Nutritional Assessment:

---

☐ Assessment:

Patient Height:

Patient Weight:

General Apperance(built): ☐ Average ☐ Obese ☐ Emaciated

Appetite: ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Swallowing: ☐ Normal ☐ Abnormal

Dentition: ☐ Normal ☐ Edentulous

بعد الانتهاء من التقييم السريري يتم النقر على **Psychosocial Assessment** أو تقييم المريض من الناحية النفسية والإجتماعية ومن ثم النقر على assessment حيث تظهر لنا قائمة بالأعراض الخاصة بهذا التقييم.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

☑ Nutritional Assessment:

---

☑ Assessment:

Patient Height:

Patient Weight:

General Apperance(built): ☐ Average ☐ Obese ☐ Emaciated

Appetite:☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Swallowing: ☐ Normal ☐ Abnormal

Dentition:☐ Normal ☐ Edentulous

Loss of Weight:☐ No ☐ Yes Kgs in Months

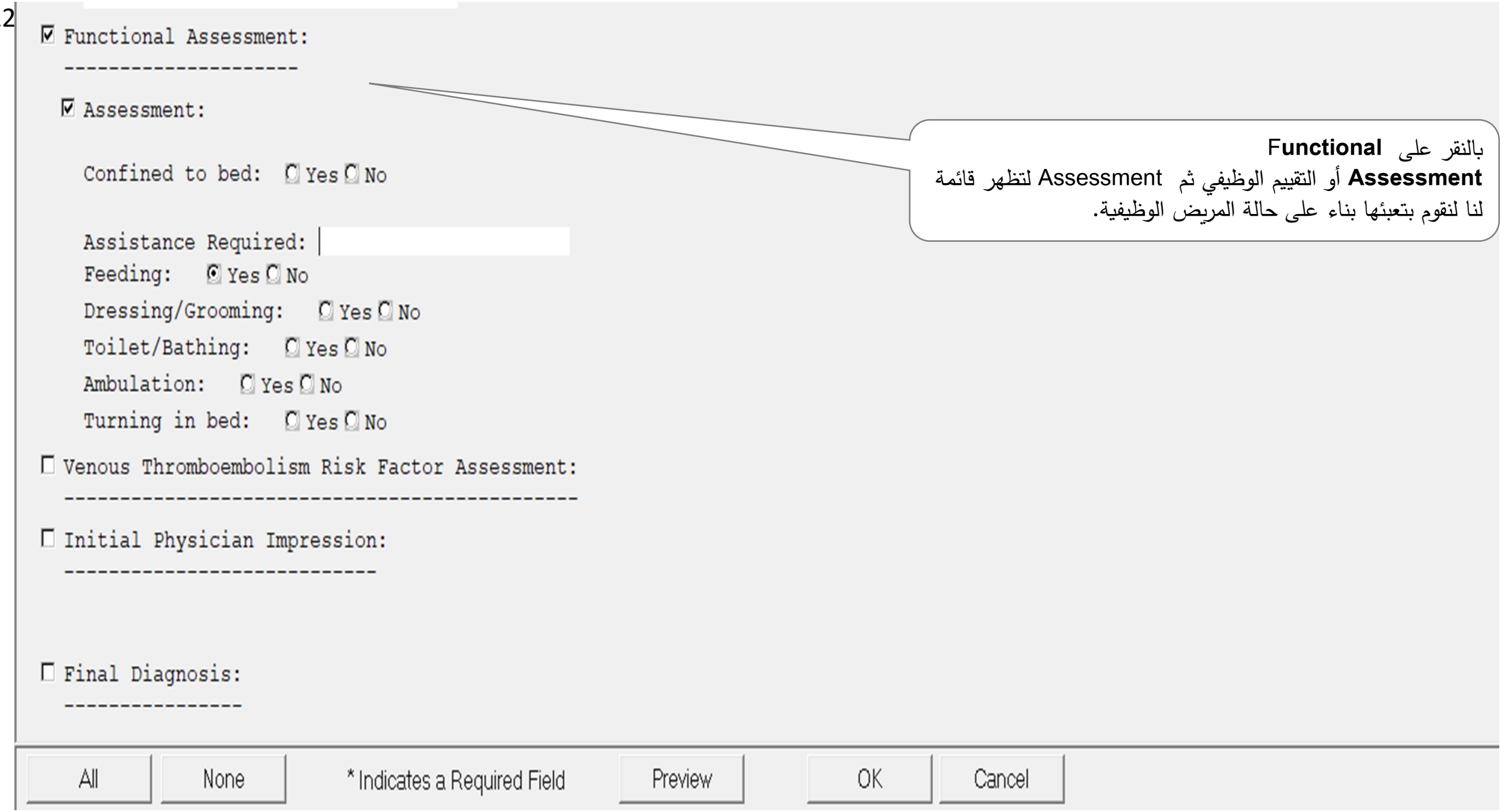
Weight gain:☐ No ☐ Yes Kgs in Months

Chronic Illness:☐ None ☐ DM ☐ HTN ☐ CKD ☐ Dyslipidemia ☐ Other(Specify)

Gastrostomy:☐ No ☐ Yes NG Tube: ☐ No ☐ Yes

Type of Diet:☐ Normal ☐ Special(Specify)

ومن ثم نقوم بالنقر على **Nutritional Assessment** أو التقييم التغذوي ثم النقر على assessment حيث تظهر لنا قائمة لنقوم بتعبئها بناء على حالة المريض التغذوية.




بالنقر على **Functional Assessment** أو التقييم الوظيفي ثم Assessment لتظهر قائمة لنا لنقوم بتعبئها بناء على حالة المريض الوظيفية.

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

VTE Risk and Suggested Prophylaxis

| Total Risk Factor Score | Incidence of DVT | Risk Level | Prophylaxis regimen |
|---|---|---|---|
| 0-1 | <10% | lOW Risk | No specific measures;early ambulation |
| 2 | 10-20% | Moderate Risk | LWMH,UFH(5000U BID),ES or IPC |
| 3-4 | 20-40% | High Risk | LWMH,UFH(5000U TID or IPC |
| 5 or more | 40-80% | Highest Risk | Pharmacological: LMWH*,UFH |
| | 1-5% | | Warfarin*, or in combination with |
| | mortality | | ES or IPC |

lEGEND
ES-Elastic Stockings
IPC-Intermittent Pneumatic Compression
UFH-Unfractionated Heparin

ويمكن الاستفادة من جدول ال**VTE** لاختيار نوع وجرعة العلاج اللازم لوقاية المريض بناء على إدخالات نموذج ال VTE المنفصل الخاص بتقييم خطر الجلطات الوريدية.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

Days

☑ Initial Physician Impression:

---

☑ Final Diagnosis:

---

☑ Suspected abuse/neglect:

---

☑ Treatment Plan:

---

Visit Orders: ☐ None for today's visit

ORDERS TODAY - NONE FOUND

☐ Discharge Plan:

---

☐ Follow up Appointment:

---

☐ Education:

---

☐ Additional Notes:

---

ثم نقوم النقر على زر **Initial physician impression** أو الانطباع المبدئي للطبيب حيث يظهر لنا حقل فارغ لتعبئته.

Final diagnosis أو التشخيص النهائي للمريض حيث يظهر لنا حقل فارغ لتعبئته.

و عند النقر على زر **Suspect abuse/neglect** نقوم بإدخال إذا ما كان هنالك اشتباه بتعرض المريض إلى الإساءة أو الإهمال.

ثم يتم النقر على **Treatment Plan** لتوثيق الخطة العلاجية للمريض.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

ORDERS TODAY - NONE FOUND

☑ Discharge Plan:
---

☑ Medication:
*

Diet:
*

level of activity the patient will be able to resume at home:
*

Pain management,When applicable:
*

Home\community support systems:
*

Expected length of stay:
*

☑ Follow up Appointment:
---

☐ Education:
---

☐ Additional Notes:

وبالنقر على **Discharge Plan** حيث تظهر قائمة بالتفاصيل المتعلقة بخطة خروج المريض من المستشفى والتي تتكون من ستة حقول الزامية يجب تعبئتها.

عند النقر على زر **Follow up**, **Appointment** يظهر لنا مربع يتم توثيق موعد المراجعة القادمة.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: INITIAL ASSESSMENT (H&P) ADULTS

☑ Treatment Plan:
---

Visit Orders: ☐ None for today's visit
ORDERS TODAY - NONE FOUND

☐ Discharge Plan:
---

☑ Follow up Appointment:
---

☑ Education:
---

☑

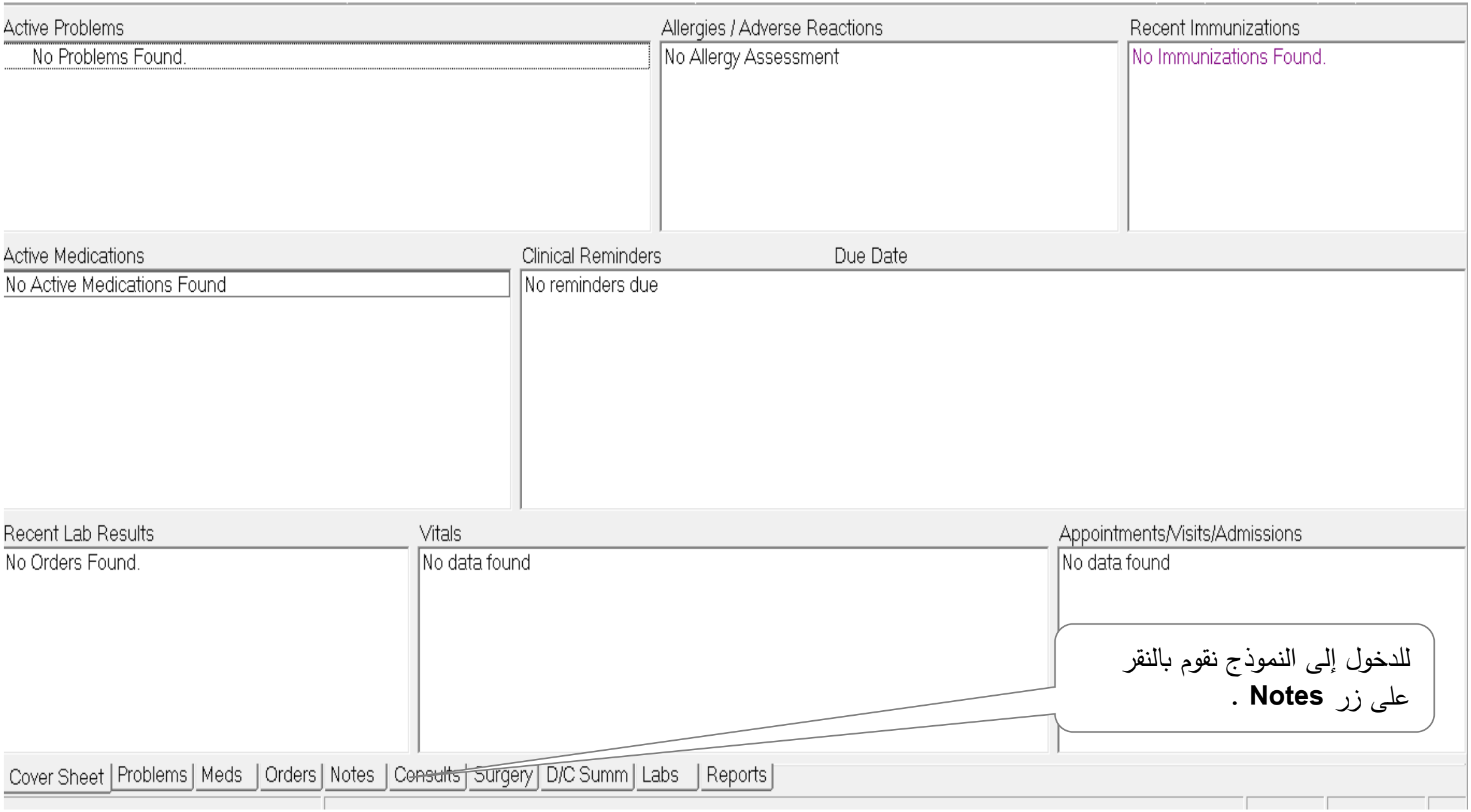
- ☐ Diabetic foot care
- ☐ Diet
- ☐ High blood pressure
- ☐ Medications
- ☐ Breast check
- ☐ Pain
- ☐ Risk for falls
- ☐ Smoking risks
- ☐ Treatment plan
- ☐ Other:

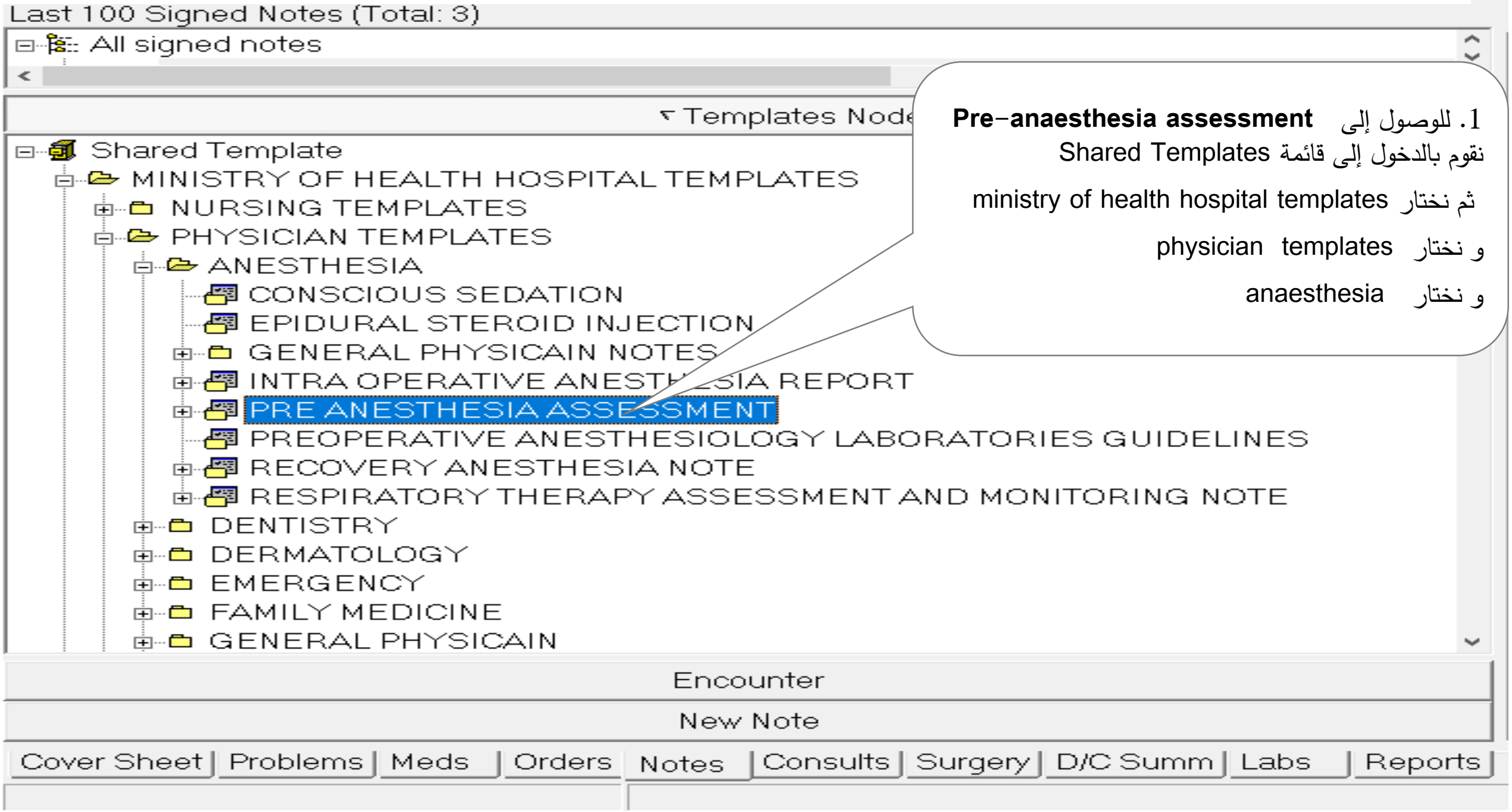
☑ Additional Notes:
---

وفي النهاية عند النقر على زر **Education** يتم توثيق المواضيع التي تشكل أولوية تعليمية عند المريض.

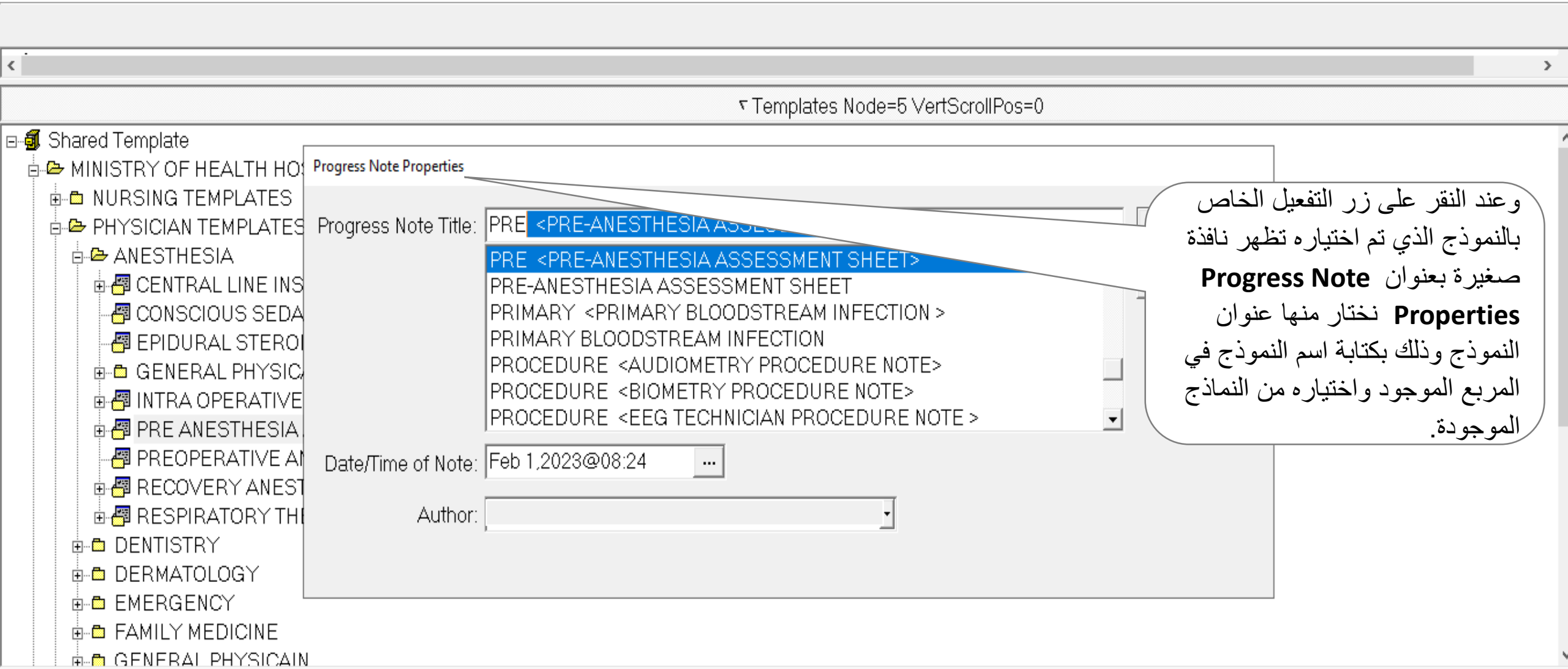
كما يوجد زر **Additional Note** لإدخال أية ملاحظات اضافية يرغب الطبيب المعالج بكتابتها.

# Pre Anesthesia Assessment Template


Active Problems
No Problems Found.
Allergies / Adverse Reactions
No Allergy Assessment
Recent Immunizations
No Immunizations Found.
Active Medications
No Active Medications Found
Clinical Reminders
Due Date
No reminders due
Recent Lab Results
No Orders Found.
Vitals
No data found
Appointments/Visits/Admissions
No data found
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports
للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر
على زر Notes .




1. للوصول إلى **Pre-anaesthesia assessment**
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار physician templates
و نختار anaesthesia




وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note** **Properties** نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود واختياره من النماذج الموجودة.

Template: PRE ANESTHESIA ASSESSMENT

```
============= Ministry of Health =============

            Pre Anesthesia Assessment
================================================
Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :
Marital Statu
================================================
 VITAL:
   ------
   VITALS - NONE FOUND - 1Y
 Procedure:
   ----------

 Diagnosis:
   ----------
   Problem List - Active - NONE FOUND


 Surgeon:
   --------
   ATTEND SURG: NO INFORMATION FOUND
 History of Present Illness:
   ---------------------------
 Surgical History:
   -----------------
```

تظهر مباشرة المعلومات المتعلقة بالمريض وتكون مدرجة تلقائيا.

نقوم بالنقر على زر التفعيل الخاص **Pre Aesthesia** **Assessment** فتظهر الحقول الرئيسية.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: PRE ANESTHESIA ASSESSMENT

========== Ministry of Health ==========

Pre Anesthesia Assessment

==========

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :
Marital Status

==========

VITAL:
---
VITALS - NONE

Procedure:
---

Diagnosis:
---
Problem List - Active - NONE FOUND

Surgeon:
---
ATTEND SURG: NO INFORMATION FOUND

History of Present Illness:
---

Surgical History:
---

وعند النقر على حقل الخاص بتوثيق العلامات الحيوية **vitals** فاذا كانت مدخلة تنزل بشكل تلقائي.

ثم نقوم بإدخال الاجراء Procedure في المربع الخاص.

و يتم توثيق التشخيص فاذا كانت موجودة سابقا تنزل بشكل تلقائي وبعد ذلك يوثق اسم الجراح Surgeon.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

History of Present Illness:

Neurologic :

Negative Seizures Elevated ICP

Altered MS GCS Chronic Pain History

Spinal Cord Injury Other :

Respiratory:

Negative Asthma COPD Recent URI/PNA History

O2 Dependent Chronic Bronchitis Cough Other

Cardiovascular:

Negative HTN Angina CAD History of MI CHF Valve Disease AAA

PVD Arrhythmia S/p GABG-PTCA Other:

Hepatic :

Renal :

Gastrointestinal:

Hematology :

Musculoskeletal:

Endocrine:

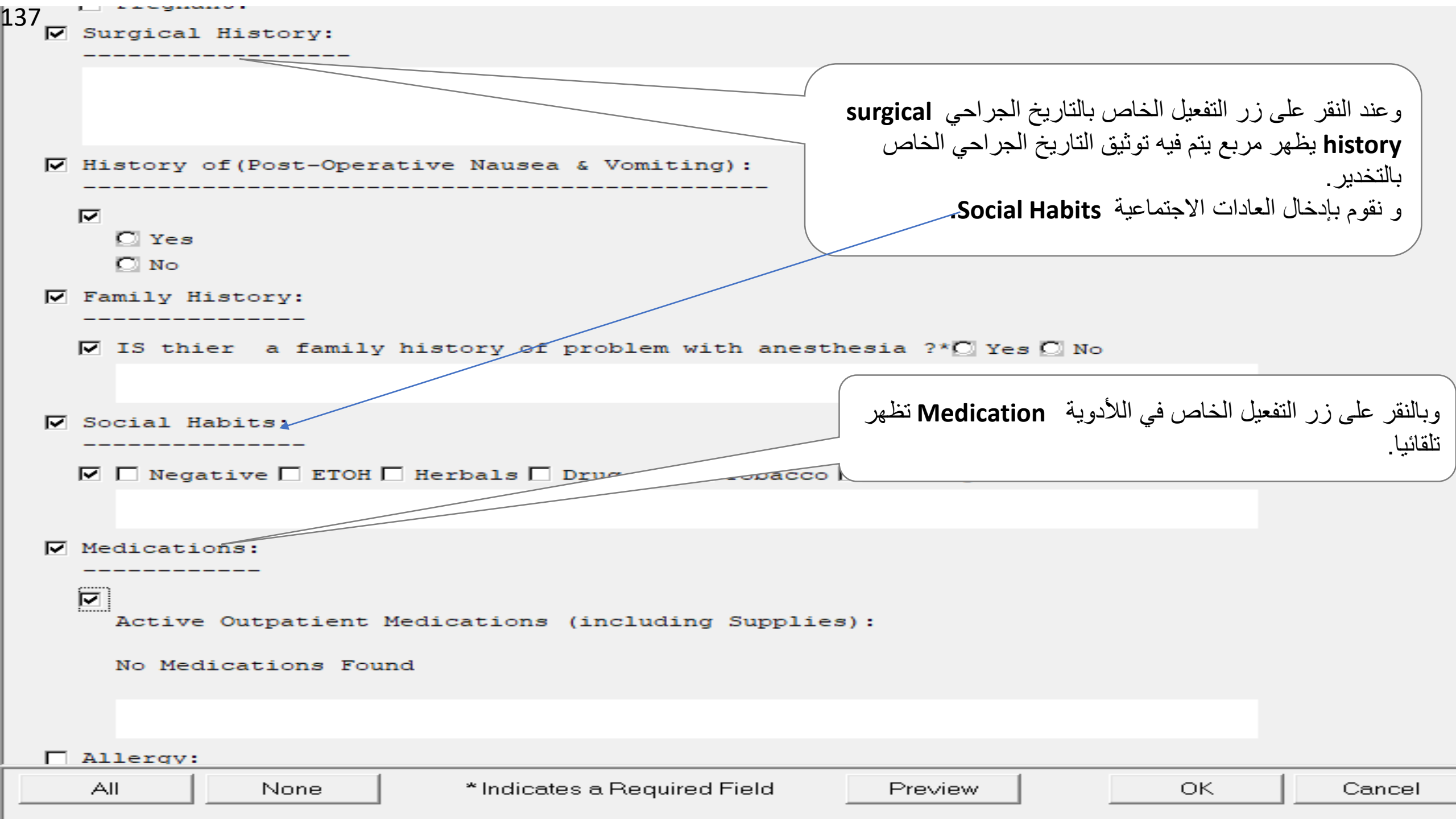
Cancer :

Infection:

Pregnant:

نقوم بالنقر على تاريخ المرض الحالي
**History of Present Illness** الذي يحتوي على
مجموعة من أجهزة الجسم التي يندرج تحتها مجموعة من
العلامات والاعراض التي يقوم الطبيب بفحصصها.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cance




وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالتاريخ الجراحي **surgical history** يظهر مربع يتم فيه توثيق التاريخ الجراحي الخاص بالتخدير.
و نقوم بإدخال العادات الاجتماعية **Social Habits**.

وبالنقر على زر التفعيل الخاص في اللأدوية **Medication** تظهر تلقائيا.

Template: PRE ANESTHESIA ASSESSMENT

Allergy:
---
ALLERGIES/ADVERSE RE... NONE FOUND

Physical Assessment:
---
Cardiac:

Pulmonary:

Neuro:

Regional Site:

Other:

Blood Availability:

بالنقر على زر الحساسية **Allergy** فتظهر اذا كان هناك تقييم سابق للحساسية.
يتم التأكيد على سؤال المريض اذا كان لديه حساسية أو لا.

وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالتقييم الجسدي **Physical Assessment** يتم ادراج مجموعة من الخيارات المتعلقة بأجهزة الجسم التي سيقوم الطبيب بتقيمها.

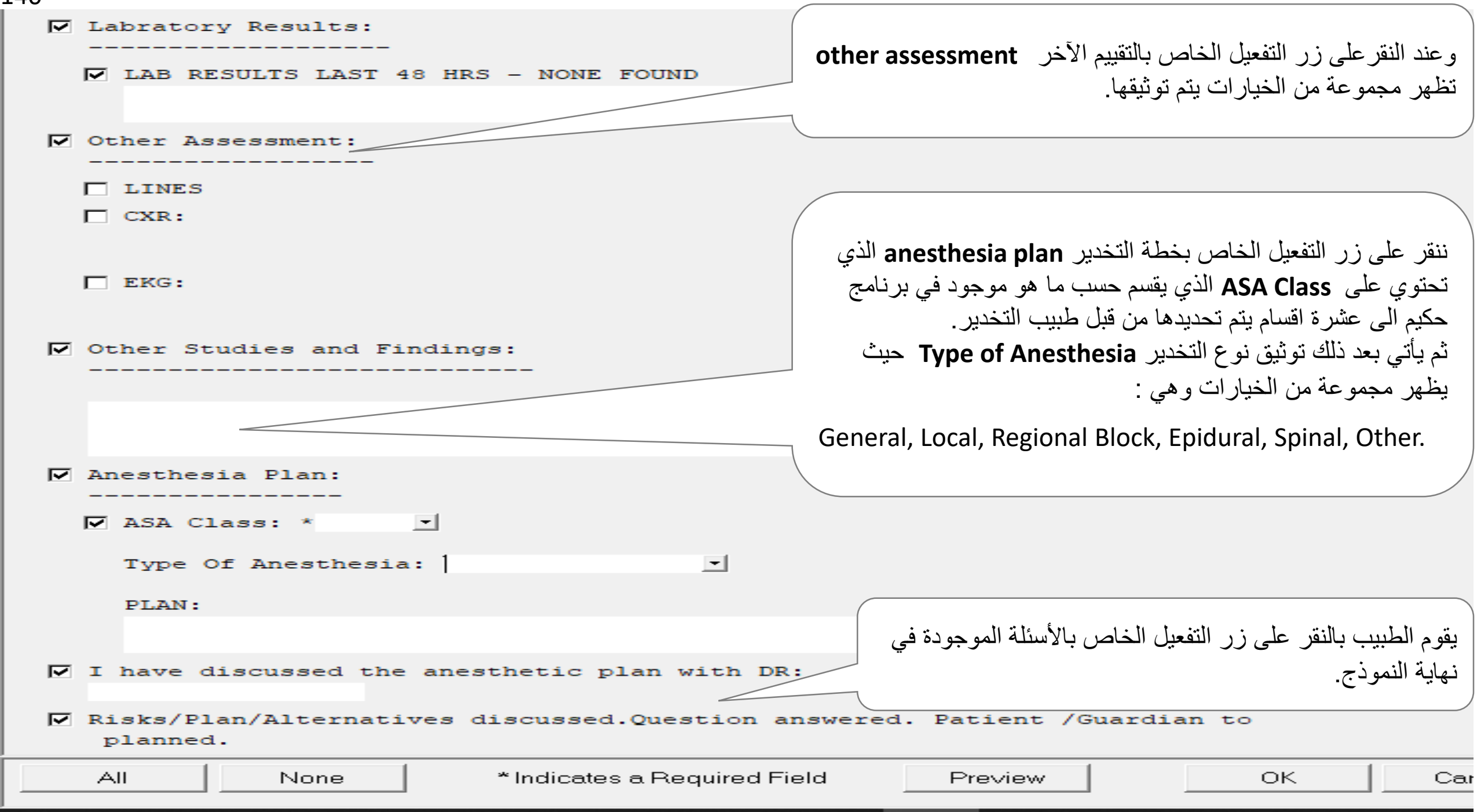
All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

ننقر على زر التفعيل الخاص بتوفر الدم **blood availability** تظهر مجموعة من النقاط يتم توثيقها .

وعند النقر على زر التفعيل الخاص بمجرى التنفس **airway** يظهر حقل يتعلق في المريض اذا تم وضع أنبوب الرغامي له أم لا **History of intubation** .

ثم نذهب الى خانة **ASA Class** وخانة (HMD) وبعدها نذهب الى Neck ROH . يوجد خانة Other للإضافة.

ننقر زر التفعيل الخاص بقياس **Mallampati Score** يتم تفعيل التصنيف الذي يتكون من 1 الى 4 وبعد ذلك يتم توثيق الفحوصات المخبرية **laboratory result** لآخر 48 ساعة.



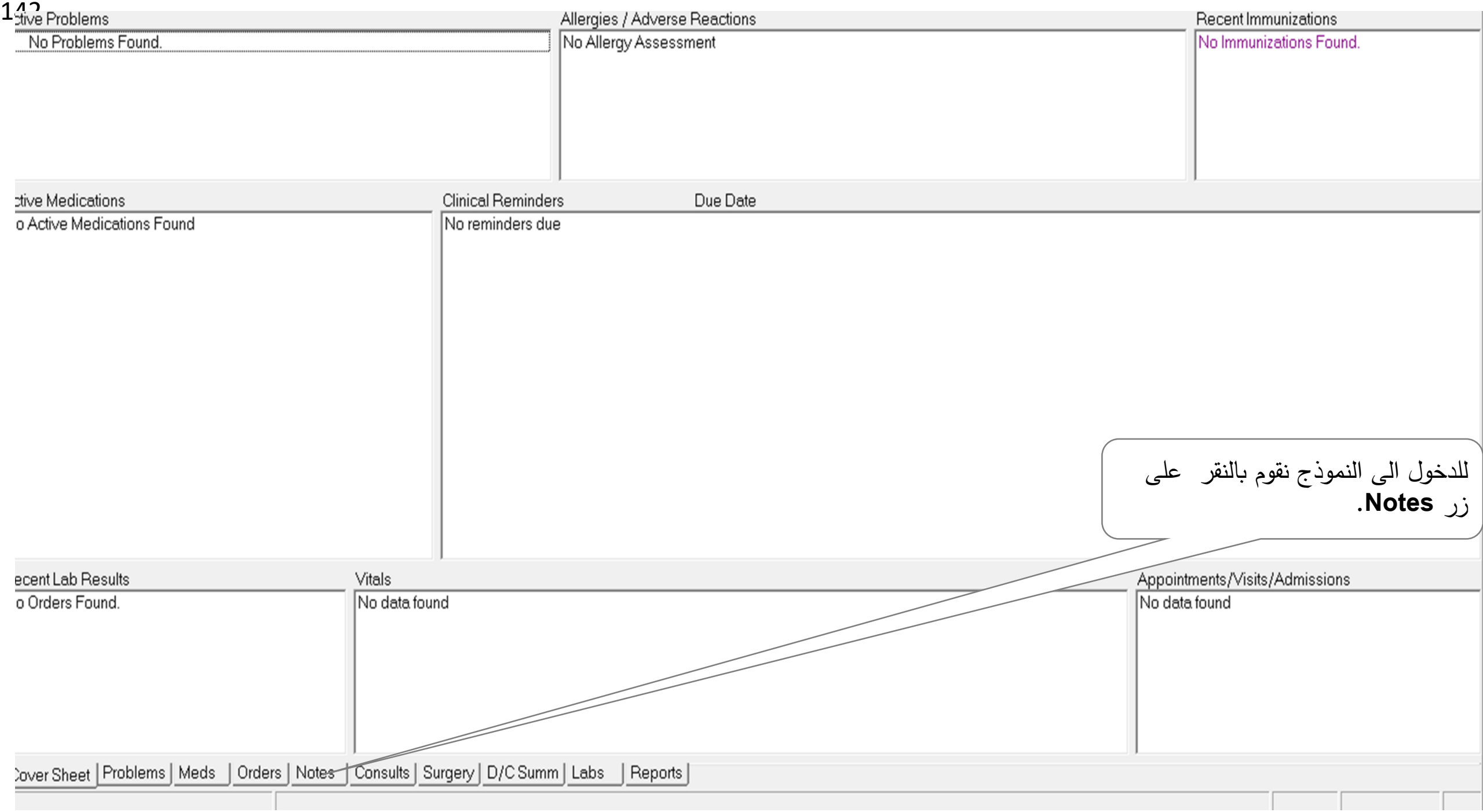

وعند النقرعلى زر التفعيل الخاص بالتقييم الآخر **other assessment** تظهر مجموعة من الخيارات يتم توثيقها.

ننقر على زر التفعيل الخاص بخطة التخدير **anesthesia plan** الذي تحتوي على **ASA Class** الذي يقسم حسب ما هو موجود في برنامج حكيم الى عشرة اقسام يتم تحديدها من قبل طبيب التخدير.
ثم يأتي بعد ذلك توثيق نوع التخدير **Type of Anesthesia** حيث يظهر مجموعة من الخيارات وهي :

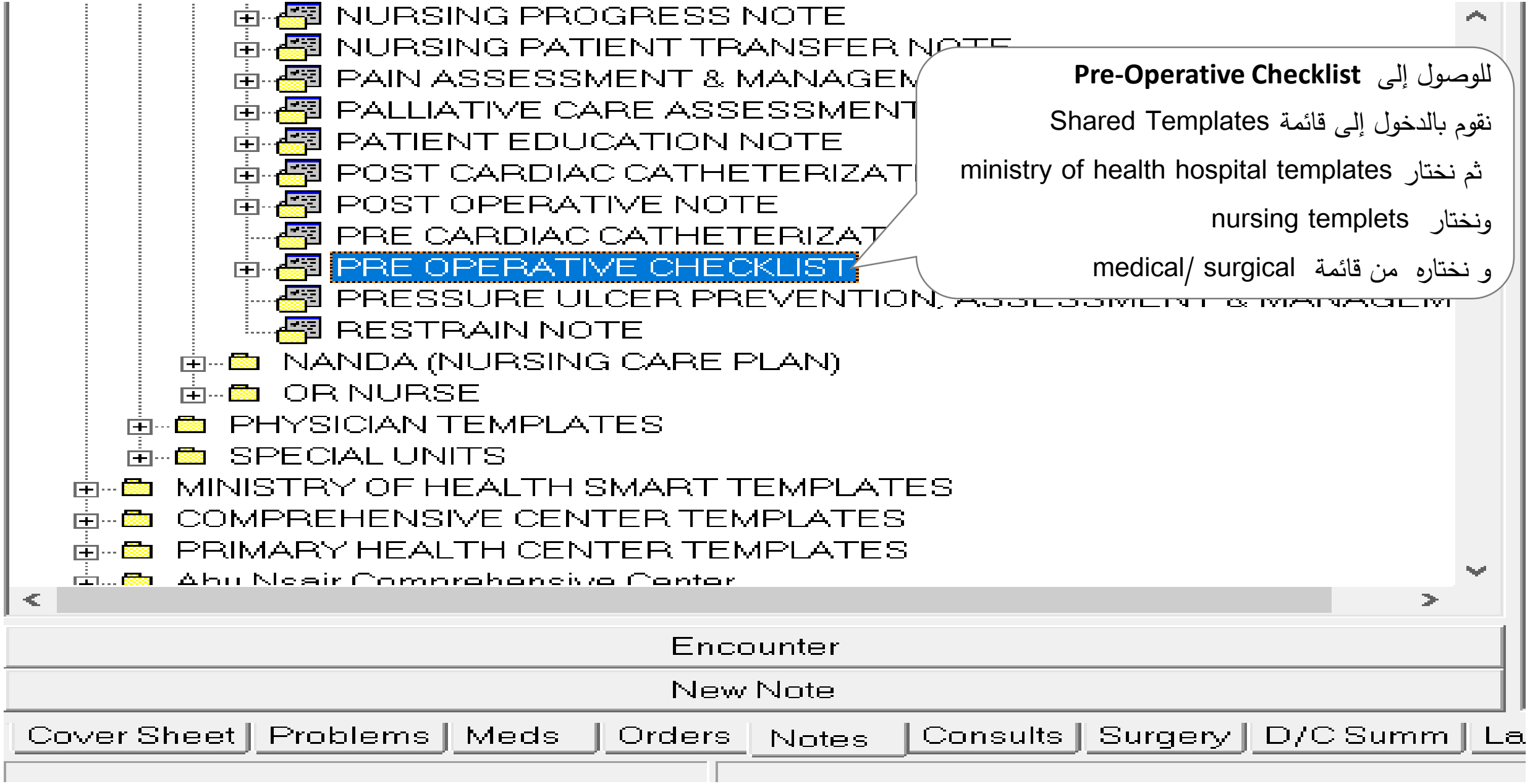
General, Local, Regional Block, Epidural, Spinal, Other.

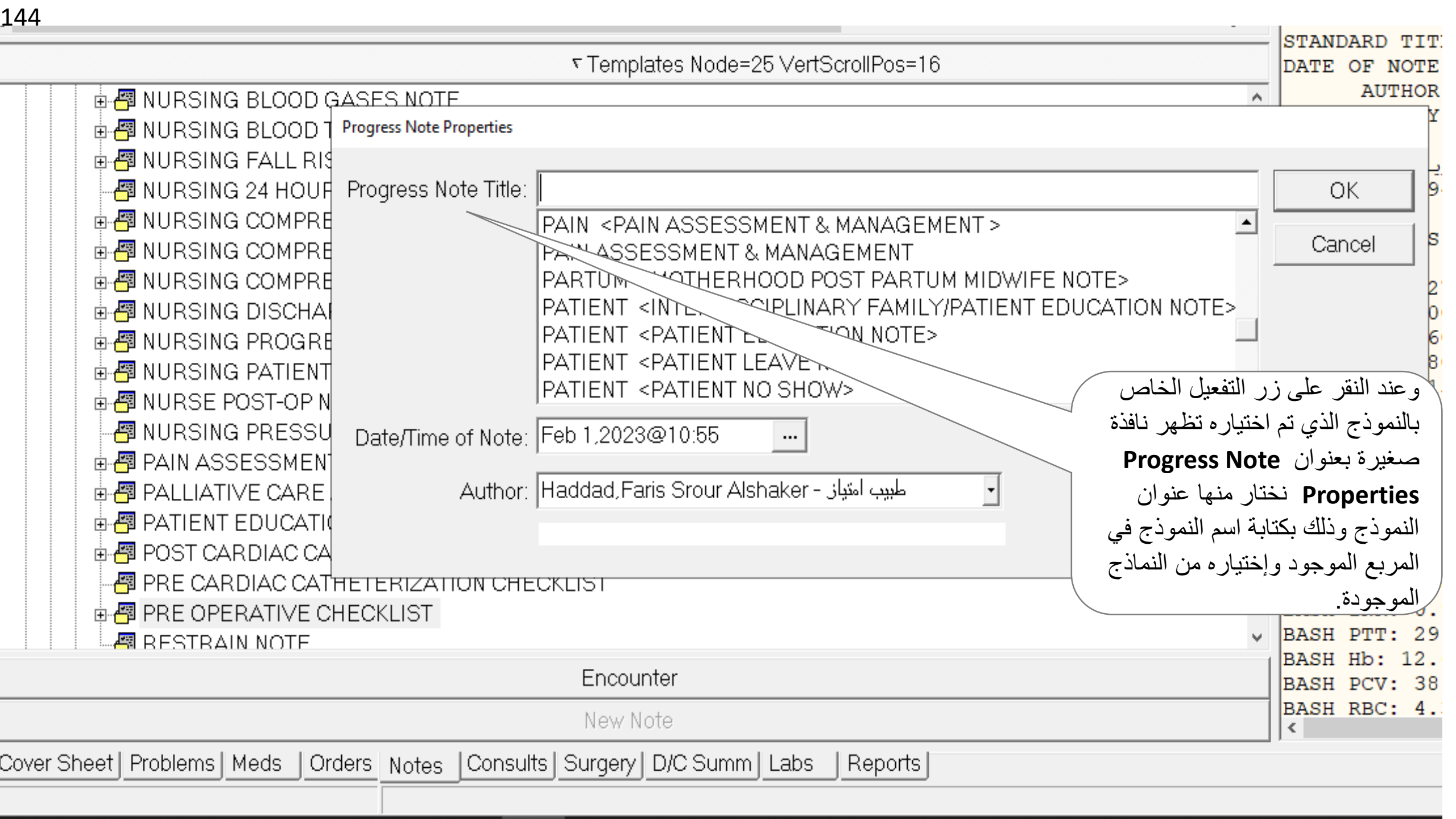
يقوم الطبيب بالنقر على زر التفعيل الخاص بالأسئلة الموجودة في نهاية النموذج.

# Pre-operative checklist




للدخول الى النموذج نقوم بالنقر على زر **Notes**.


NURSING PROGRESS NOTE
NURSING PATIENT TRANSFER NOTE
PAIN ASSESSMENT & MANAGEM
PALLIATIVE CARE ASSESSMENT
PATIENT EDUCATION NOTE
POST CARDIAC CATHETERIZAT
POST OPERATIVE NOTE
PRE CARDIAC CATHETERIZAT
PRE OPERATIVE CHECKLIST
PRESSURE ULCER PREVENTION
RESTRAIN NOTE
NANDA (NURSING CARE PLAN)
OR NURSE
PHYSICIAN TEMPLATES
SPECIAL UNITS
MINISTRY OF HEALTH SMART TEMPLATES
COMPREHENSIVE CENTER TEMPLATES
PRIMARY HEALTH CENTER TEMPLATES
للوصول إلى **Pre-Operative Checklist**
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
ونختار nursing templets
و نختاره من قائمة medical/ surgical
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ


Templates Node=25 VertScrollPos=16
NURSING BLOOD GASES NOTE
NURSING BLOOD T
NURSING FALL RIS
NURSING 24 HOUR
NURSING COMPRE
NURSING COMPRE
NURSING COMPRE
NURSING DISCHAI
NURSING PROGRE
NURSING PATIENT
NURSE POST-OP N
NURSING PRESSU
PAIN ASSESSMENT
PALLIATIVE CARE
PATIENT EDUCATI
POST CARDIAC CA
PRE CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST
PRE OPERATIVE CHECKLIST
RESTRAIN NOTE
Progress Note Properties
Progress Note Title:
PAIN <PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT >
ASSESSMENT & MANAGEMENT
PARTUM OTHERHOOD POST PARTUM MIDWIFE NOTE>
PATIENT <INTE CIPLINARY FAMILY/PATIENT EDUCATION NOTE>
PATIENT <PATIENT ION NOTE>
PATIENT <PATIENT LEAVE
PATIENT <PATIENT NO SHOW>
OK
Cancel
Date/Time of Note: Feb 1,2023@10:55
Author: Haddad,Faris Srour Alshaker - طبيب امتياز
وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان Progress Note Properties نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.
STANDARD TIT
DATE OF NOTE
AUTHOR
BASH PTT: 29
BASH Hb: 12.
BASH PCV: 38
BASH RBC: 4.
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports

Template: PRE OPERATIVE CHECKLIST

========== Ministry of Health ==========

Pre-Operative Checklist

==========

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :

==========

- Operation Name:

---

- Operation indication:

---

- Allergies:

---

No Allergy Assessment

- Medical & Surgical History:

---

- Medications History:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

تظهر مباشرة المعلومات المريض تكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة نموذج تفقد ما قبل العملية **Pre-Operative Checklist**

من خلال ادخال البيانات الخاصة بالمريض في المربع الخاص لكل منها والتي تبدأ بادخال :-

1- اسم العملية .

2- سبب اجرائها .

3- تقييم التحسس .

4- التاريخ المرضي والجراحي .

Template: PRE OPERATIVE CHECKLIST

No Allergy Assessment

- Medical & Surgical History:

- Medications History:

Active Inpatient Medications (

No Medications Found

- Vital Signs:

Height:Pass (01/20/2018 11:34)
Weight:Pass (01/20/2018 11:34)

| DATE/TIME | TEMP | PULSE | RESP | BP | PAIN | WT (LB) | P | OX |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2/1/23 @ 0926 | 98.1 | 96 | 18 | 105/64 | | | | |

☐ Pre - Operative Checklist:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

**تكملة ادخال المعلومات التالية:**

5- التاريخ الدوائي .

6- العلامات الحيوية .

Template: PRE OPERATIVE CHECKLIST

Pre - Operative Checklist:

Patient ID wrist band — Done / Not
Consent form signed — Not

Pre-OP ECG available — Done
Pre-OP Lab results available — Done / Not
Pre-OP Radiology results available — Done / Not
Physicians notified about abnormal results — Done / Not

Dentures/ bridge taken out of mouth — Done / Not
Jewelry & valuables removed — Done / Not
Nail polish removed — Done / Not
Contact lens, glasses, prosthetics removed — Done / Not-

NPO since? ...
Pre-OP medications given — Done / Not-Done / N/A
and given by:

Prophlactic Antibiotic given — Done / Not-Done / N/A

Patient voided — Done / Not-Done / N/A
Surgical site prepared — Done / Not-Done / N/A
Surgical site Marking — Done / Not-Done / N/A
Enema given — Done / Not-Done / N/A
Bathing done — Done / Not-Done / N/A
Gown and head cap applied — Done / Not-Done / N/A

Others:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

وعند النقر على زر قائمة الإجراءات ما قبل العملية **pre operation checklist**
يظهر عدد من الحقول المدرجة والتي يجب تعبئتها حسب فيما اذا تم تفقدها ام لا
واذا لم تكن مطبقة يوجد خيار N/A .

Template: PRE OPERATIVE CHECKLIST

NPO since? ...

Pre-OP medications given ○ Done ○ Not-Done ○ N/A
and given by:

Prophlactic Antibiotic given ○ Done ○ Not-Done ○ N/A

Patient voided ○ Done ○ Not-Done ○ N/A
Surgical site prepared ○ Done ○ Not-Done ○ N/A
Surgical site Marking ○ Done ○ Not-Done ○ N/A
Enema given ○ Done ○ Not-Done ○ N/A
Bathing done ○ Done ○ Not-Done ○ N/A
Gown and head cap applied ○ Done ○ Not-Done ○

Others:

☑ Blood unit requested?
◉ Yes
☐ - Patient Blood Group:
☐ - Blood Consent form signed? ○ Done ○ Not Done

- Blood unit requested? ○ Done ○ Not Done

- Blood unit prepared? ○ Done ○ Not Done

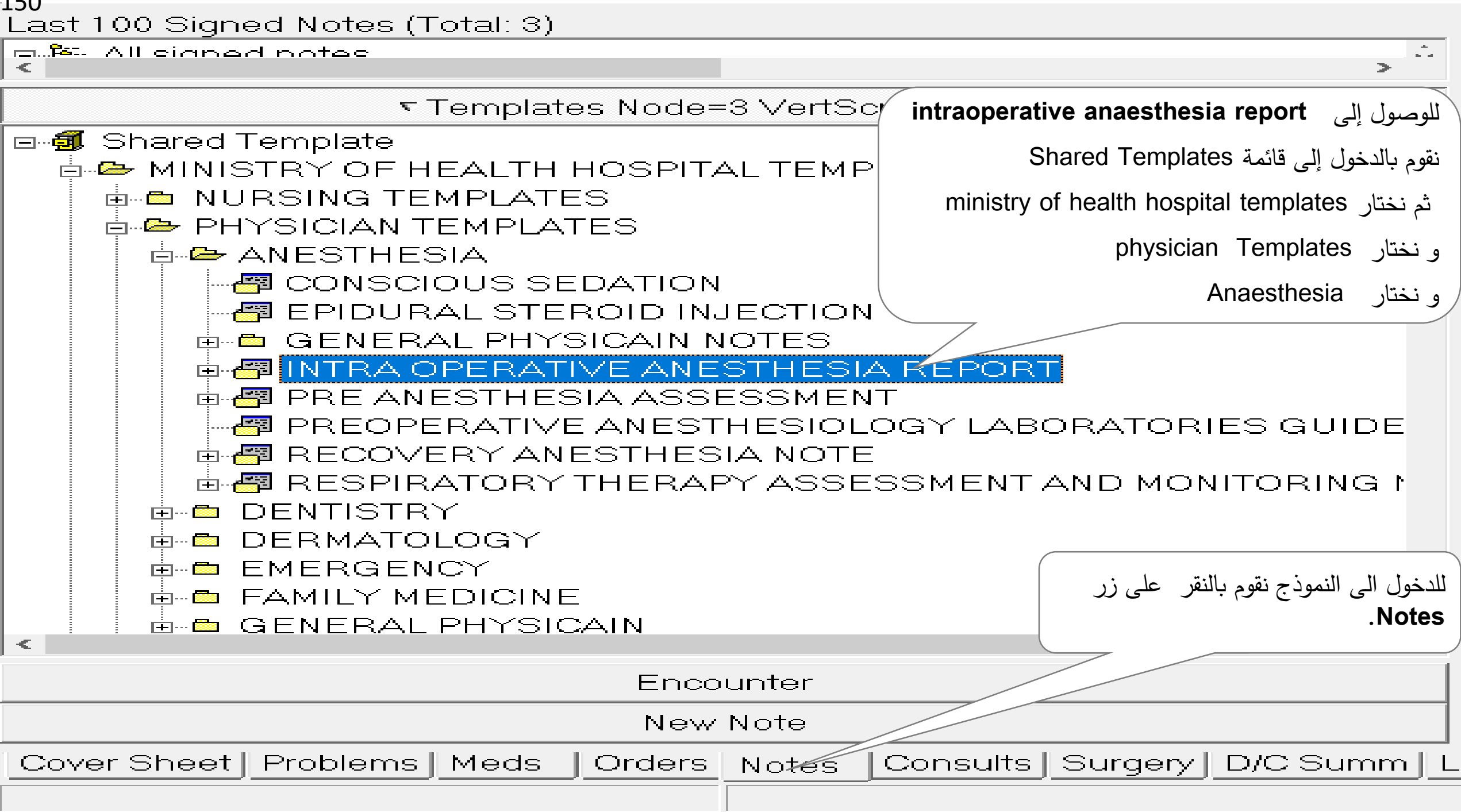
☐ Requested blood products & unit numbers?
○ No

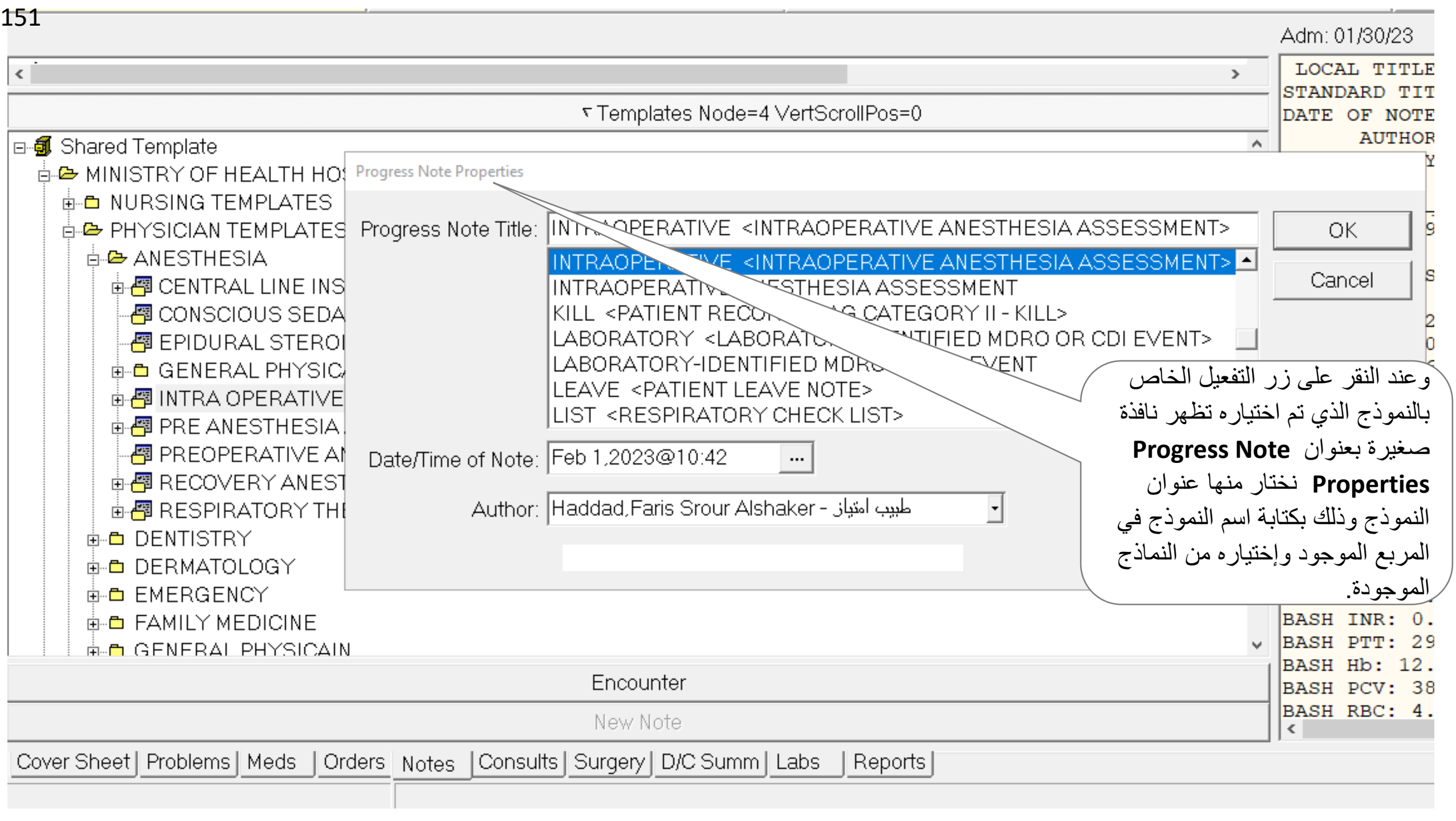
في حال طلب الدم للمريض نقوم بتفعيل زر طلب الدم للمريض **blood unit requested** ونقوم بتعبئة حقولها بالكامل .

All | None | *Indicates a Required Field | Preview | OK

# Intraoperative Anesthesia Report

150


Last 100 Signed Notes (Total: 3)
All signed notes
Templates Node=3 VertScr
Shared Template
MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMP
NURSING TEMPLATES
PHYSICIAN TEMPLATES
ANESTHESIA
CONSCIOUS SEDATION
EPIDURAL STEROID INJECTION
GENERAL PHYSICAIN NOTES
INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT
PRE ANESTHESIA ASSESSMENT
PREOPERATIVE ANESTHESIOLOGY LABORATORIES GUIDE
RECOVERY ANESTHESIA NOTE
RESPIRATORY THERAPY ASSESSMENT AND MONITORING
DENTISTRY
DERMATOLOGY
EMERGENCY
FAMILY MEDICINE
GENERAL PHYSICAIN
للوصول إلى intraoperative anaesthesia report
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار physician Templates
و نختار Anaesthesia
للدخول الى النموذج نقوم بالنقر على زر Notes.
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ


Adm: 01/30/23
LOCAL TITLE
STANDARD TIT
DATE OF NOTE
AUTHOR
Templates Node=4 VertScrollPos=0
Shared Template
MINISTRY OF HEALTH HO
NURSING TEMPLATES
PHYSICIAN TEMPLATES
ANESTHESIA
CENTRAL LINE INS
CONSCIOUS SEDA
EPIDURAL STERO
GENERAL PHYSIC
INTRA OPERATIVE
PRE ANESTHESIA
PREOPERATIVE A
RECOVERY ANEST
RESPIRATORY TH
DENTISTRY
DERMATOLOGY
EMERGENCY
FAMILY MEDICINE
GENERAL PHYSICAIN
Progress Note Properties
Progress Note Title:
INTRAOPERATIVE <INTRAOPERATIVE ANESTHESIA ASSESSMENT>
INTRAOPERATIVE <INTRAOPERATIVE ANESTHESIA ASSESSMENT>
INTRAOPERATIVE ESTHESIA ASSESSMENT
KILL <PATIENT RECO CATEGORY II - KILL>
LABORATORY <LABORAT NTIFIED MDRO OR CDI EVENT>
LABORATORY-IDENTIFIED MDR EVENT
LEAVE <PATIENT LEAVE NOTE>
LIST <RESPIRATORY CHECK LIST>
OK
Cancel
Date/Time of Note:
Feb 1,2023@10:42
Author:
Haddad,Faris Srour Alshaker - طبيب امتياز
وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان Progress Note نختار منها عنوان Properties النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.
BASH INR: 0.
BASH PTT: 29
BASH Hb: 12.
BASH PCV: 38
BASH RBC: 4.
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports

☐ ========== Ministry of Health ==========

Intraoperative Anesthesia Report

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :
Marital Status

☐ Pre Anesthesia Immediate Evaluation:

☐ Intraoperative Anesthesia Record:

تظهر مباشرة المعلومات عن المريض وتكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة نموذج تقرير التخدير
**intraoperative anesthesia report**
اثناء العملية والذي يحتوي على حقلين ماقبل واثناء التخدير.

All | None | * Indicates a Required Field

Template: INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

========== Ministry of Health ==========

Intraoperative Anesthesia Report

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID :
Marital Status

Pre Anesthesia Immediate Evaluation:

- Anesthetist's Name:
- Surgeon's Name:
- Patient Weight:
- Patient Height:
- Blood group: O+ O- A+ A-
- Surgical Procedure:

Anesthesia Technique:

General Anesthesia Regional Lo

Pre-Operation Check:

-ECG Chart Available : Yes No

All None * Indicates a Required Field

للدخول على تقييم ماقبل البدء بالتخدير نقوم بالنقر على زر التفعيل – **PRE anaesthesia Immediate Evaluation** لتظهر مجموعة من الخيارات يجب تعبئتها بشكل كامل ودقيق.

والتي تحتوي معلومات عن اسم الطبيب المخدر واسم الطبيب الجراح ونوع العملية ومعلومات المريض.

Template: INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

Anesthesia Technique:

☑ General Anesthesia ☐ Regional ☐ Local

Pre-Operation Check:

-ECG Chart Available : ○ Yes ○ No

-Machine Check: ○ Yes ○ No

-Disconnection Check: ○ Yes ○ No

-Alternative Oxygen Supply: ○ Yes ○ No

-Check Lab Investigation : ○ Yes ○ No

-Check Radiology Images: ○ Yes ○ No

-Check obtained Consult Forms: ○ Yes ○ No

-Check Blood Availability: ○ Yes ○ No

ونقوم بتحديد نوع التخدير المستخدم .

ومن ثم تعبئة قائمة التحقق ما قبل العملية Pre operation check.

Template: INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

Patient Pre-Operation Readings:

-L.O.C:
-R.R:
-H.R:
-B.P:
-Temp.:
-O2 Sat:
-N.P.O:
-Rhythem:

Pre Operation Time Out Item:

-Correct Patient: Yes No
-Correct Procedure: Yes No
-Correct Site: Yes No
-Correct Position: Yes No
-Operation Include Implantation: Yes No

Anesthesia Type: *

History Of Anesthesia: * Yes No

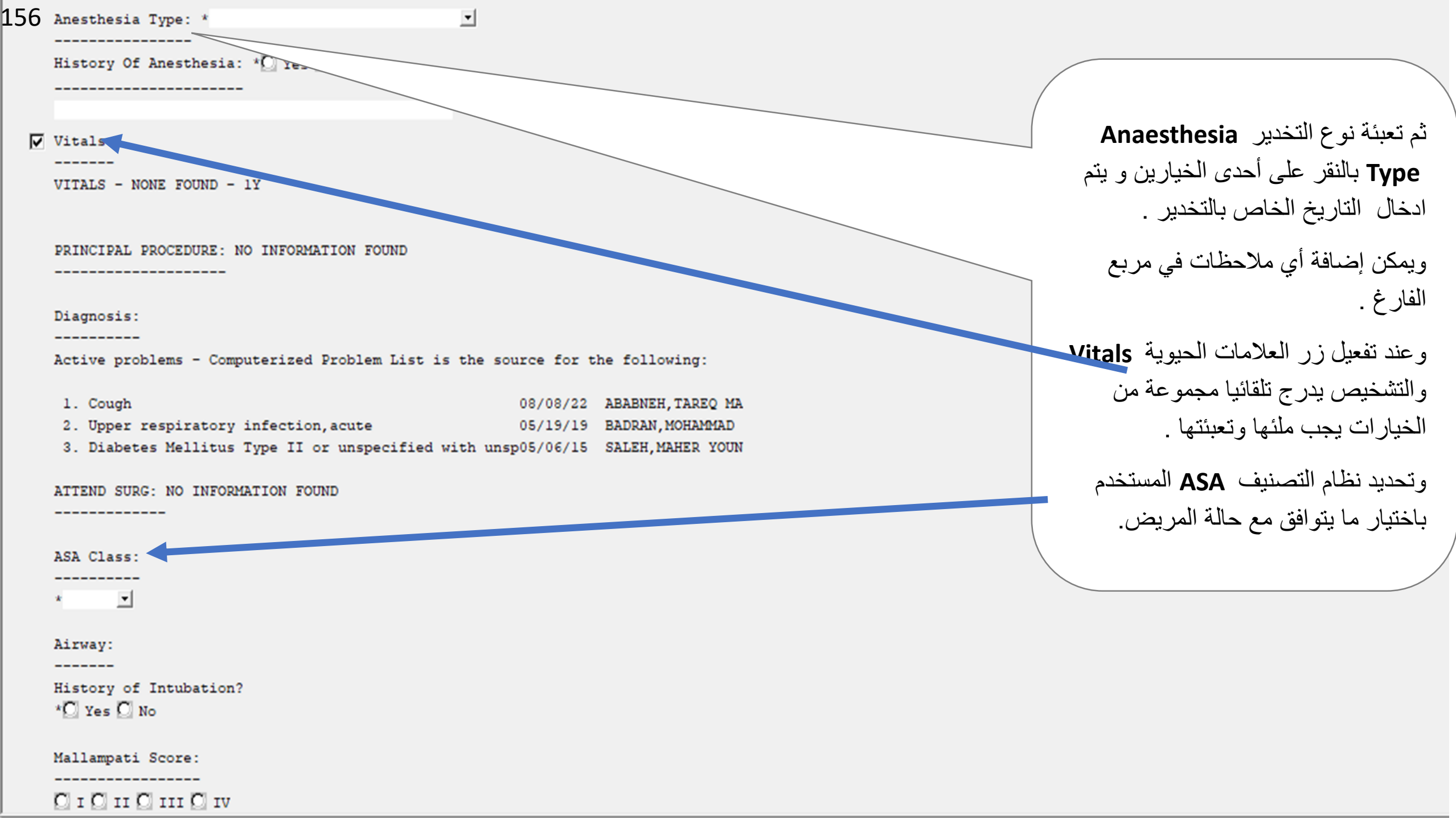
Vitals:

VITALS - NONE FOUND - 1Y

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

نقوم تعبئة وإدخال القراءات ما قبل العملية .

وبعدها ننتقل الى تعبئة الوقت المستقطع وتكون الإجابة بنعم او لا .




ثم تعبئة نوع التخدير **Anaesthesia** بالنقر على أحدى الخيارين و يتم **Type** ادخال التاريخ الخاص بالتخدير .

ويمكن إضافة أي ملاحظات في مربع الفارغ .

وعند تفعيل زر العلامات الحيوية **Vitals** والتشخيص يدرج تلقائيا مجموعة من الخيارات يجب ملئها وتعبئتها .

وتحديد نظام التصنيف **ASA** المستخدم باختيار ما يتوافق مع حالة المريض.

Template: INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

Airway:
---
History of Intubation?
*○ Yes ○ No

Mallampati Score:
---
○ I ○ II ○ III ○ IV

☑ Review Of Systems:
---
Cardiovascular: Normal

Respiratory: Positive for

☑ Gastrointestinal: Normal

☑ Genitourinary: Normal

☐ Musculoskeletal: Normal

☐ Neurological: Normal

☐ Endocrine: Normal

☐ Hematologic/Lymphatic: Normal

☐ History Of PONV:
---

ولادخال تقييم اجهزة الجسم **Review the system**
نقوم بالنقر على زر التفعيل لتعبئة جميع الحقول بما بتناسب مع فحص المريض ووضعه الصحي.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK

Template: INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

History Of PONV:
---
Yes NO

allergy:* Yes No
---
No Allergy Assessment

Medication:
---
Active and Recently Expired Outpa
Supplies):

No Medications Found

Pertinent Laboratory Results:
---
INVALID LRDFN - CANNOT ACCESS LAB DATA

Risks/Plan/Alternatives discussed.Question answered. Patient
/Guardian to
planned.

Plan / Comment:
---

All | None | * Indicates a Required Field | Pr

نقوم بتعبئة التاريخ المرضي الخاص بالغثيان والاستفراغ ما بعد العملية **History of PONV**

ومن ثم تعبئة الحقل الخاص ب حدوث التحسس.

ويتم تعبئة خانة الادوية **Medication**

اذا كان المريض على علاج معبئ قديم او جديد يدرج تلقائيا.

وبعدها ننتقل الى خانة الفحوصات المخبرية.

وبعد ذلك يتم ادخال الخطة ، المخاطر، والبدائل المستخدمة مع المريض وتعبئ بالنقر على كل خانة منها.

ولاضافة اي خطط او ملاحظات يتم من خلال النقر على زر التفعيل الخاص بها.

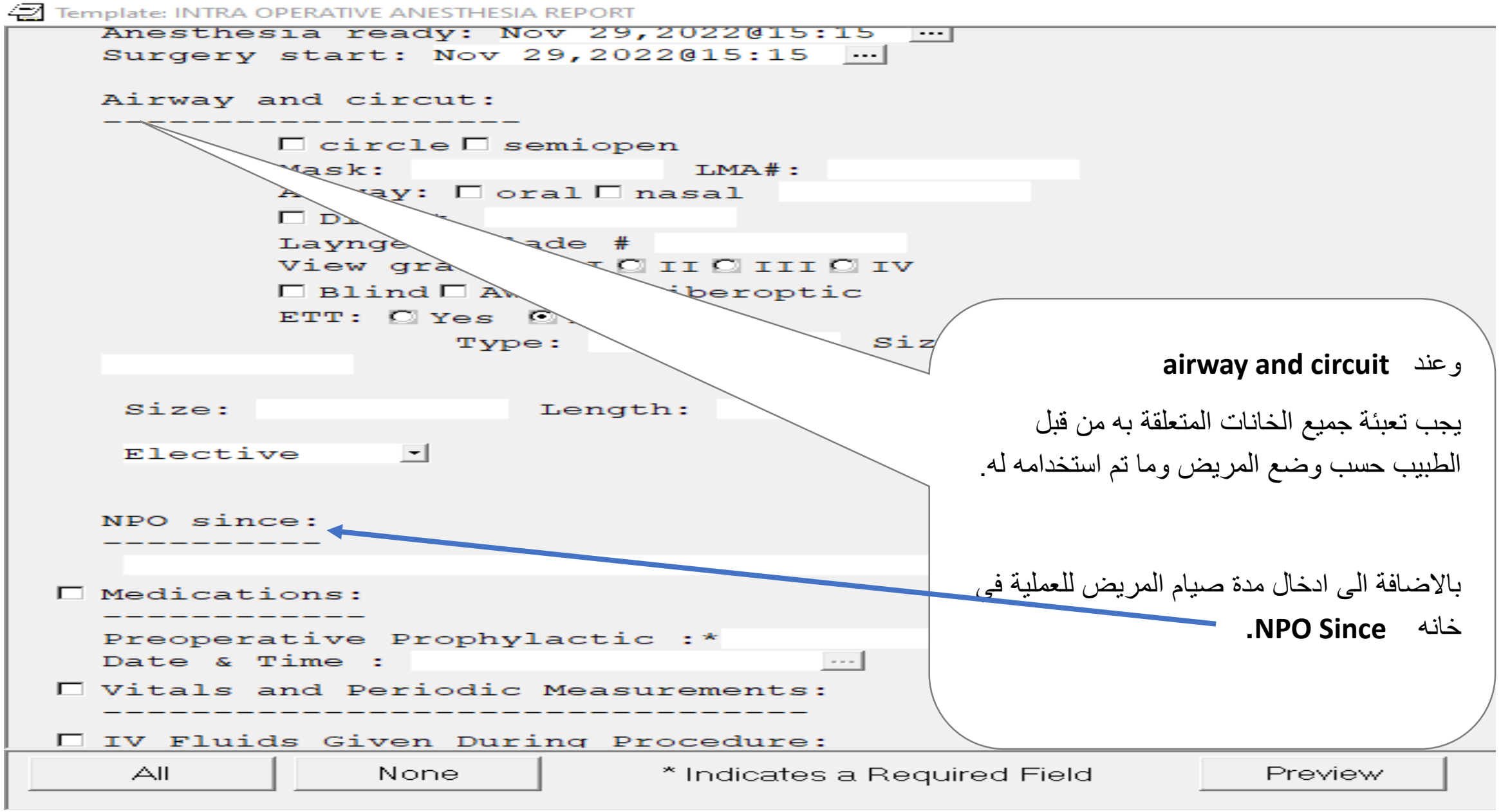
لتعبئة اجراءات التخدير خلال العملية

**Intra Operative Anesthesia Record**

نبدأ بادخال:

- اسم الاخصائي.
- ومقيم التخدير.
- واسم الاجراء (العملية).

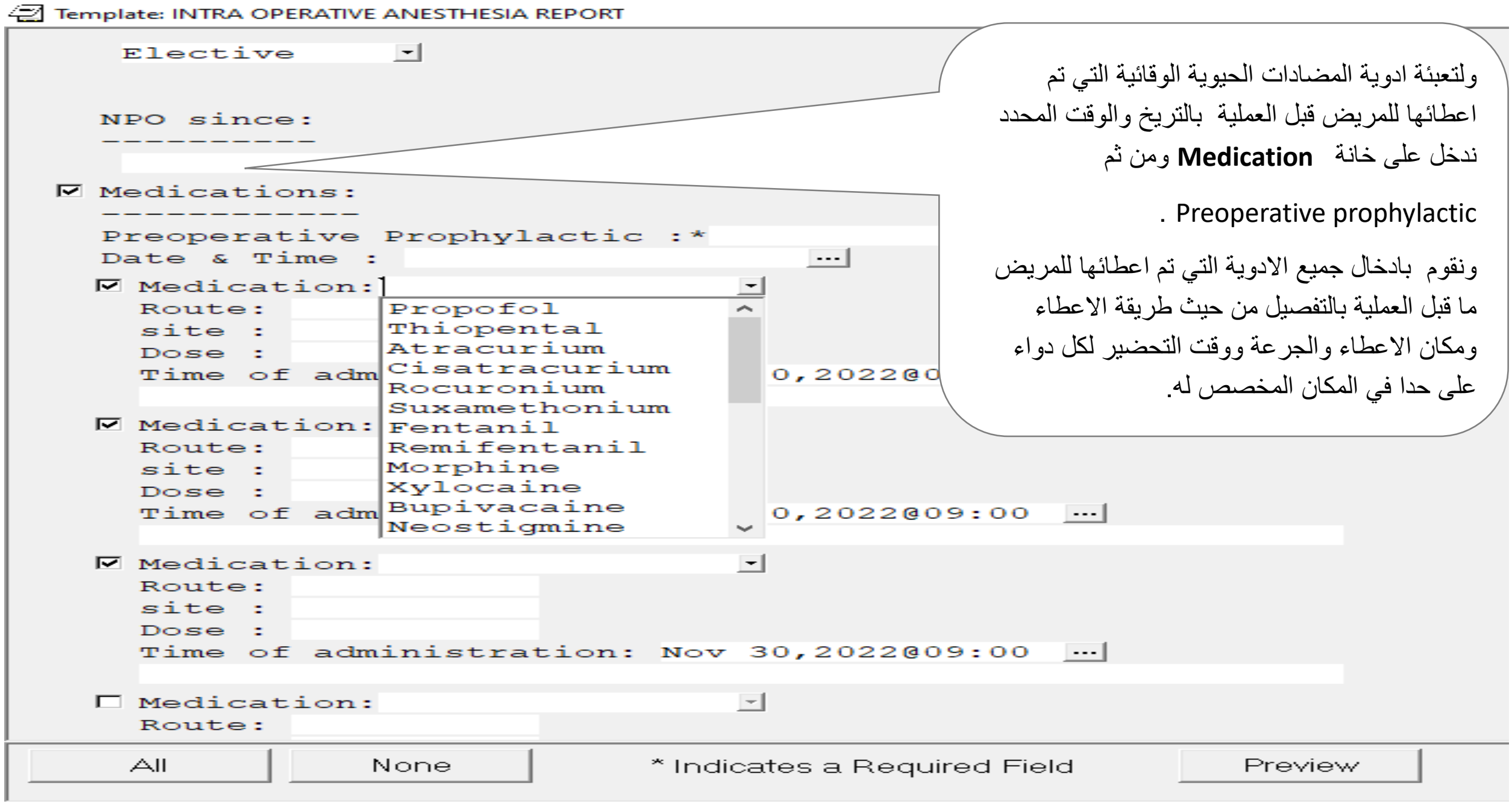
وتعبئة جميع الخانات المدرجة في هذا الحقل.




وعند **airway and circuit**

يجب تعبئة جميع الخانات المتعلقة به من قبل الطبيب حسب وضع المريض وما تم استخدامه له.

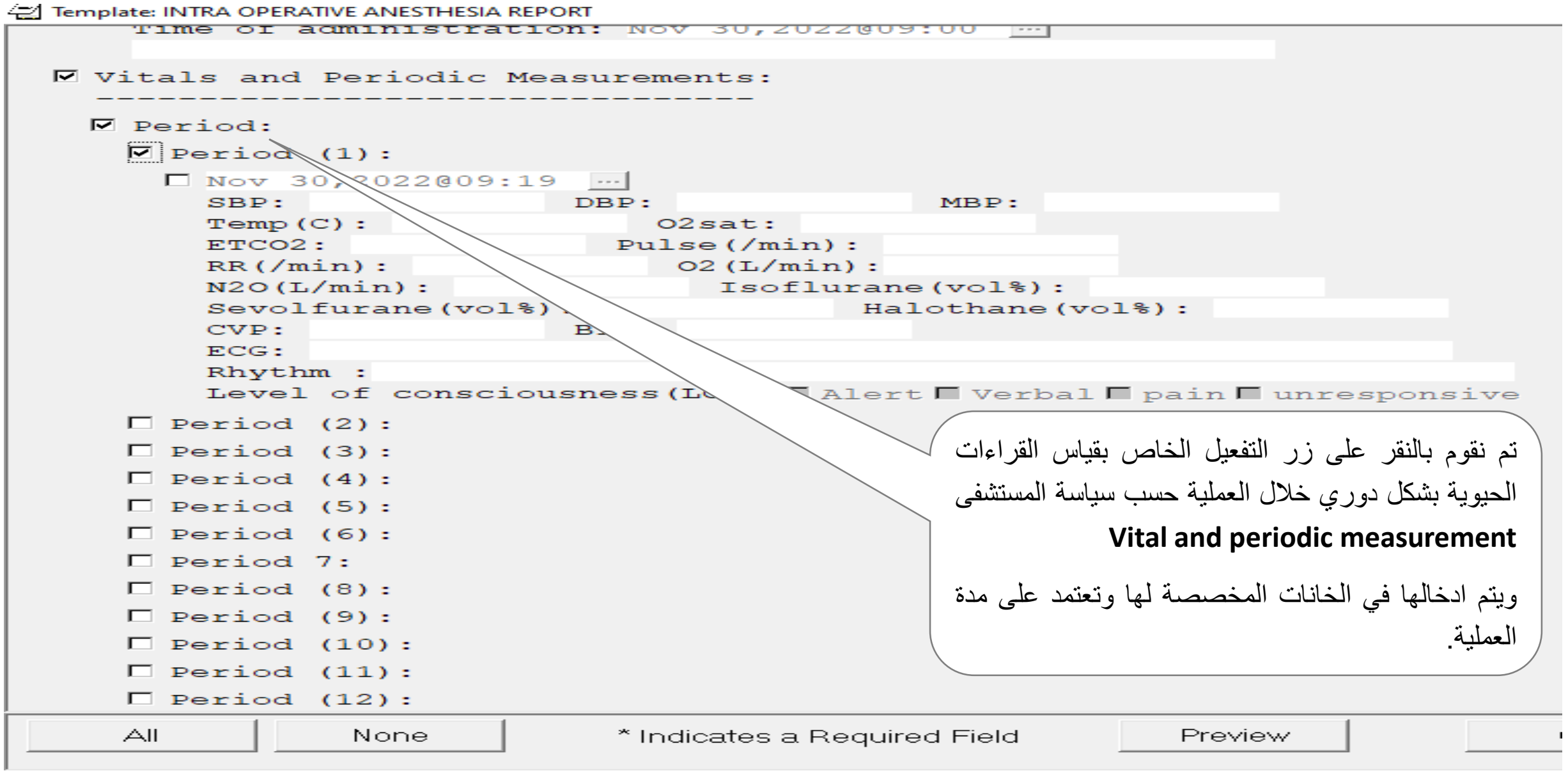
بالاضافة الى ادخال مدة صيام المريض للعملية في خانه **NPO Since.**




ولتعبئة ادوية المضادات الحيوية الوقائية التي تم اعطائها للمريض قبل العملية بالتريخ والوقت المحدد ندخل على خانة **Medication** ومن ثم

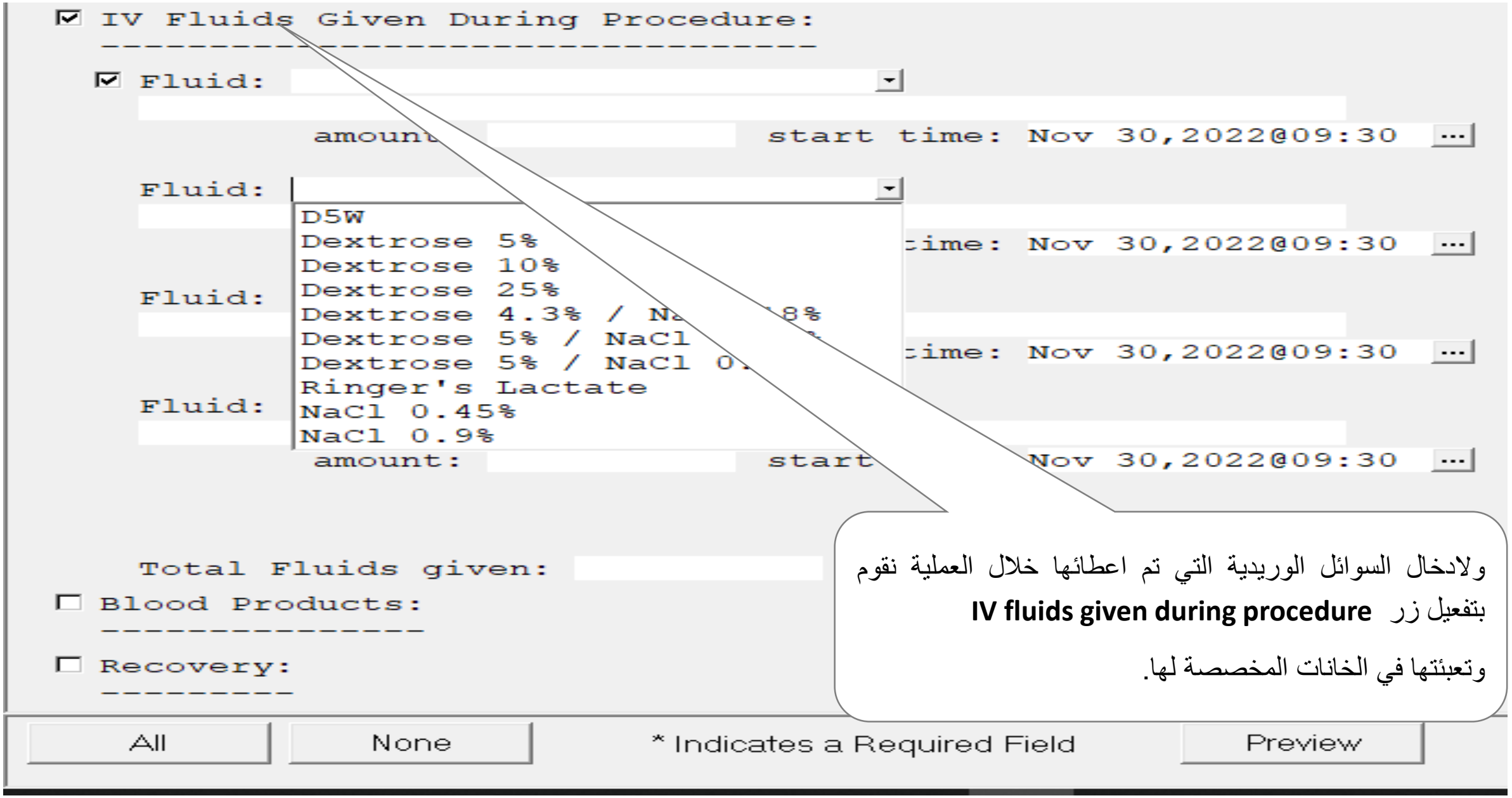
. Preoperative prophylactic

ونقوم بادخال جميع الادوية التي تم اعطائها للمريض ما قبل العملية بالتفصيل من حيث طريقة الاعطاء ومكان الاعطاء والجرعة ووقت التحضير لكل دواء على حدا في المكان المخصص له.



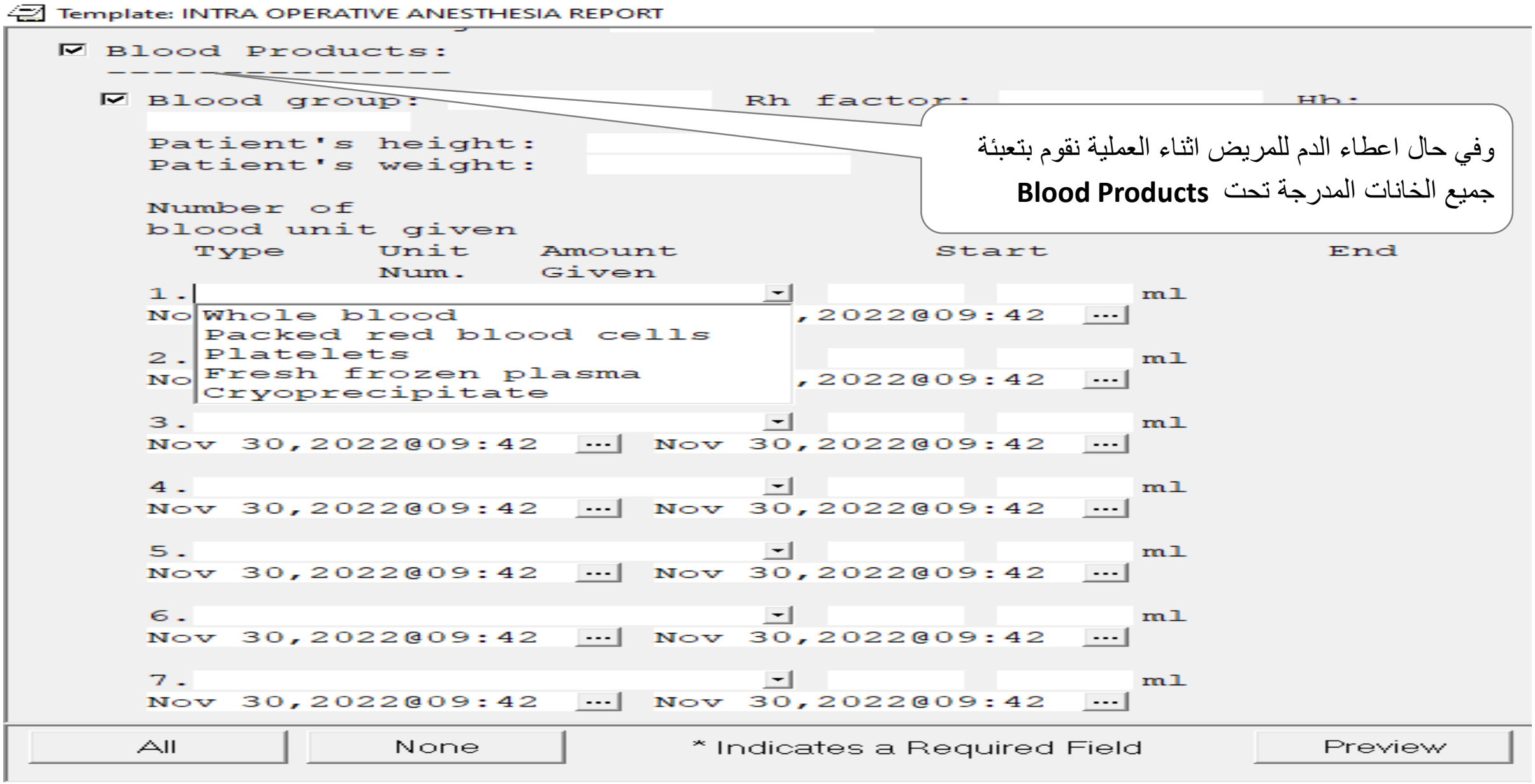

تم نقوم بالنقر على زر التفعيل الخاص بقياس القراءات الحيوية بشكل دوري خلال العملية حسب سياسة المستشفى **Vital and periodic measurement**

ويتم ادخالها في الخانات المخصصة لها وتعتمد على مدة العملية.

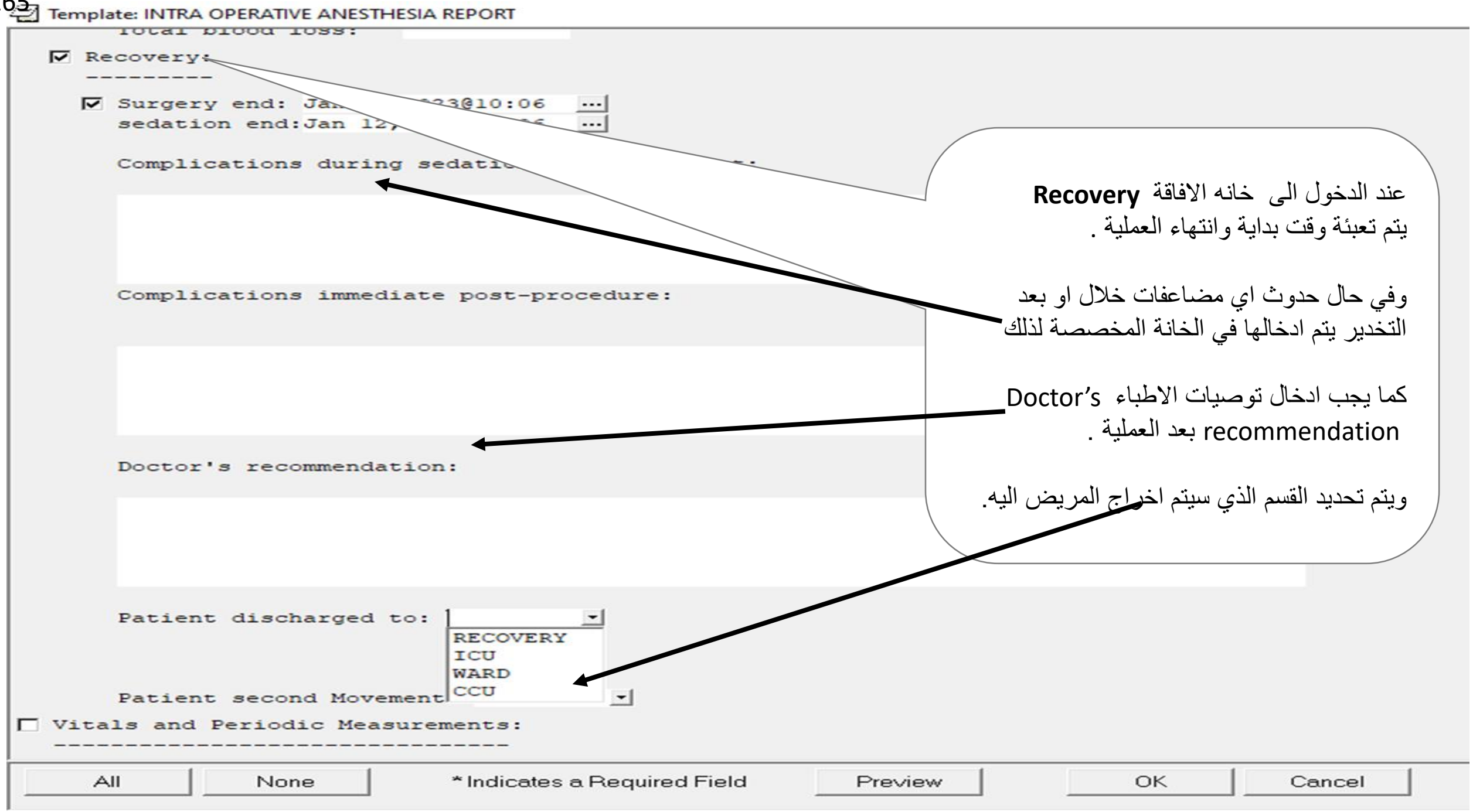



ولادخال السوائل الوريدية التي تم اعطائها خلال العملية نقوم بتفعيل زر **IV fluids given during procedure**

وتعبئتها في الخانات المخصصة لها.




وفي حال اعطاء الدم للمريض اثناء العملية نقوم بتعبئة جميع الخانات المدرجة تحت **Blood Products**



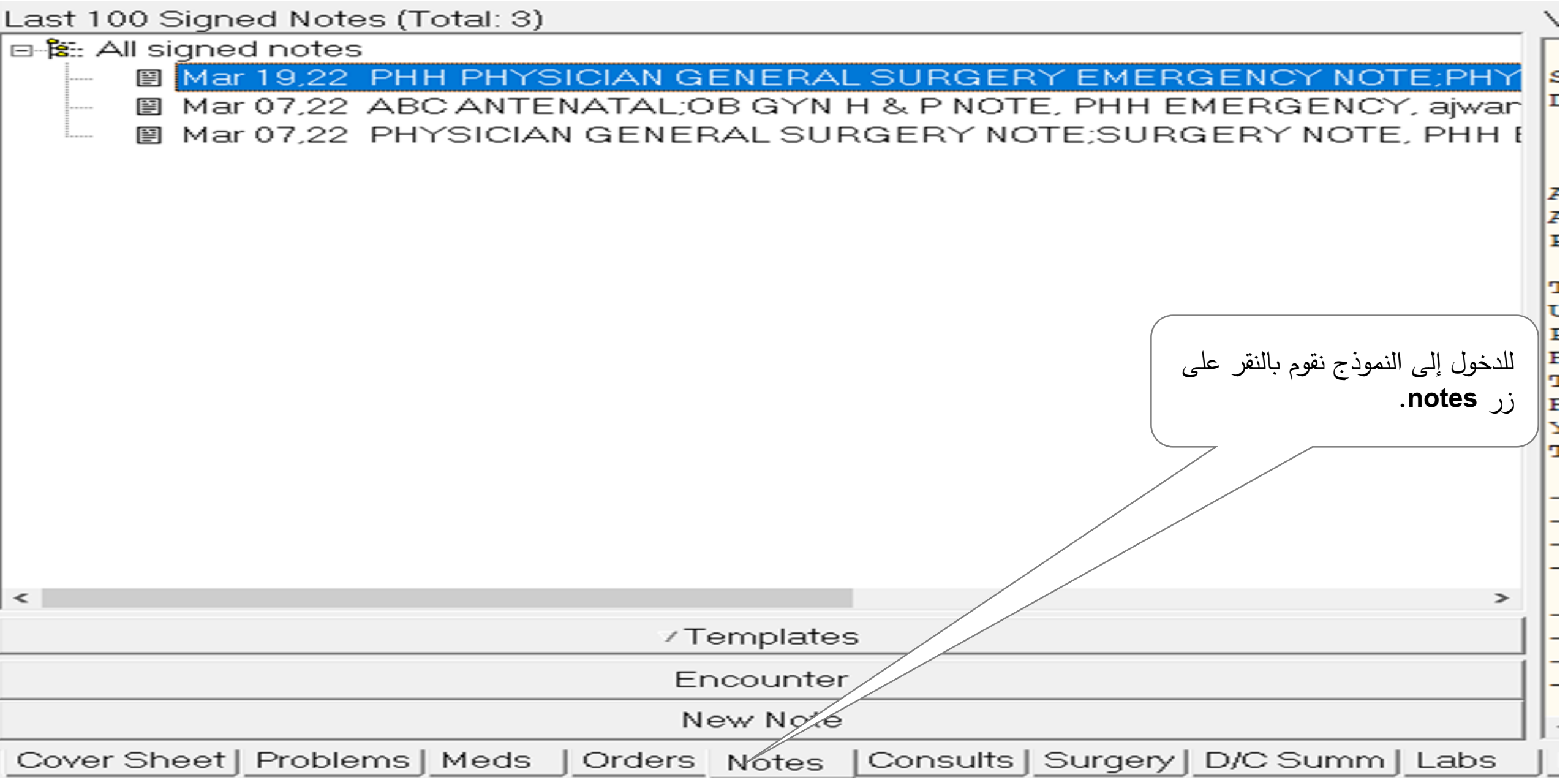

عند الدخول الى خانه الافاقة **Recovery**
يتم تعبئة وقت بداية وانتهاء العملية .

وفي حال حدوث اي مضاعفات خلال او بعد التخدير يتم ادخالها في الخانة المخصصة لذلك

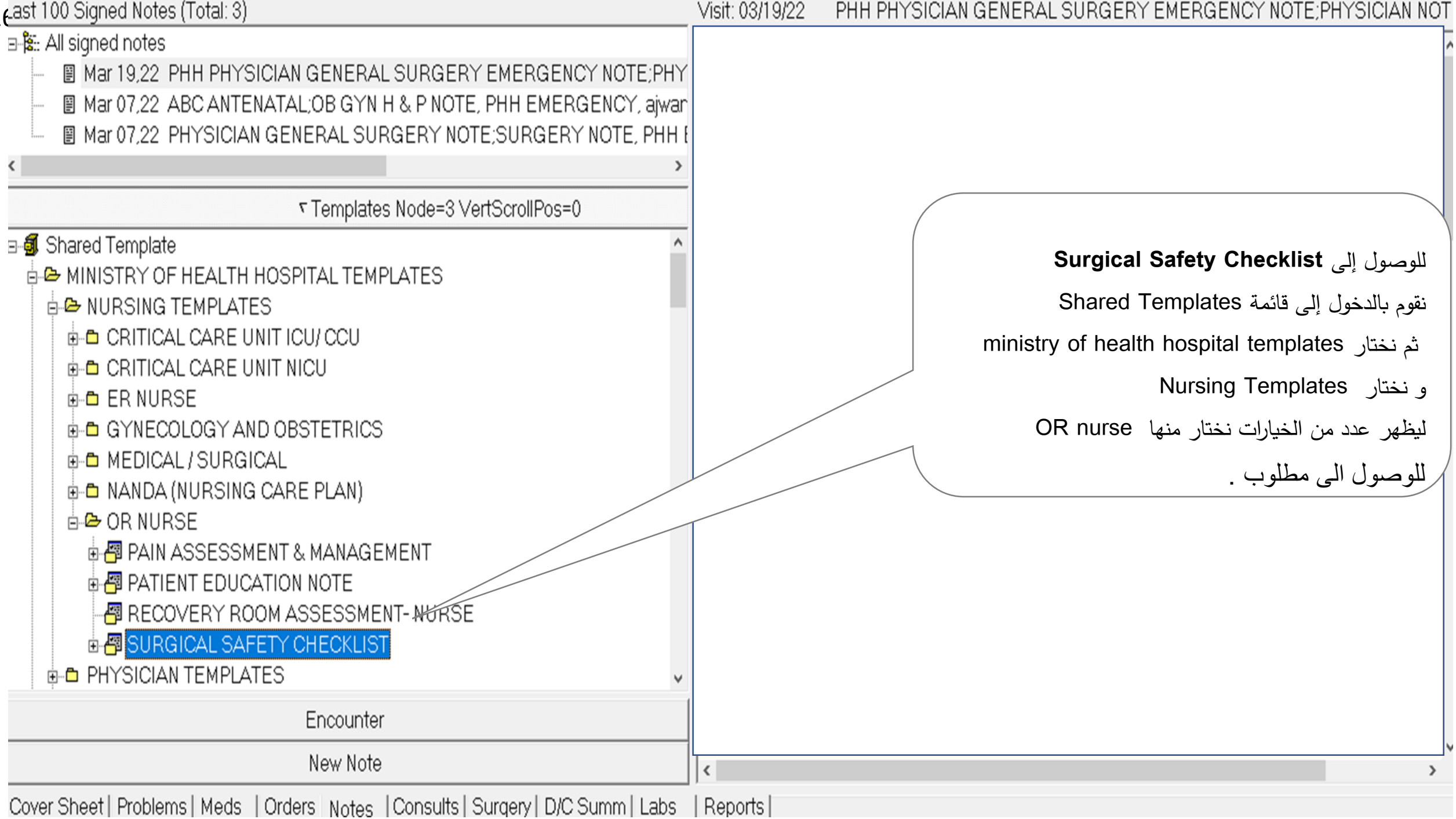
كما يجب ادخال توصيات الاطباء Doctor's recommendation بعد العملية .

ويتم تحديد القسم الذي سيتم اخراج المريض اليه.

# Nursing Surgical Safety Checklist




للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر **notes**.




للوصول إلى **Surgical Safety Checklist**

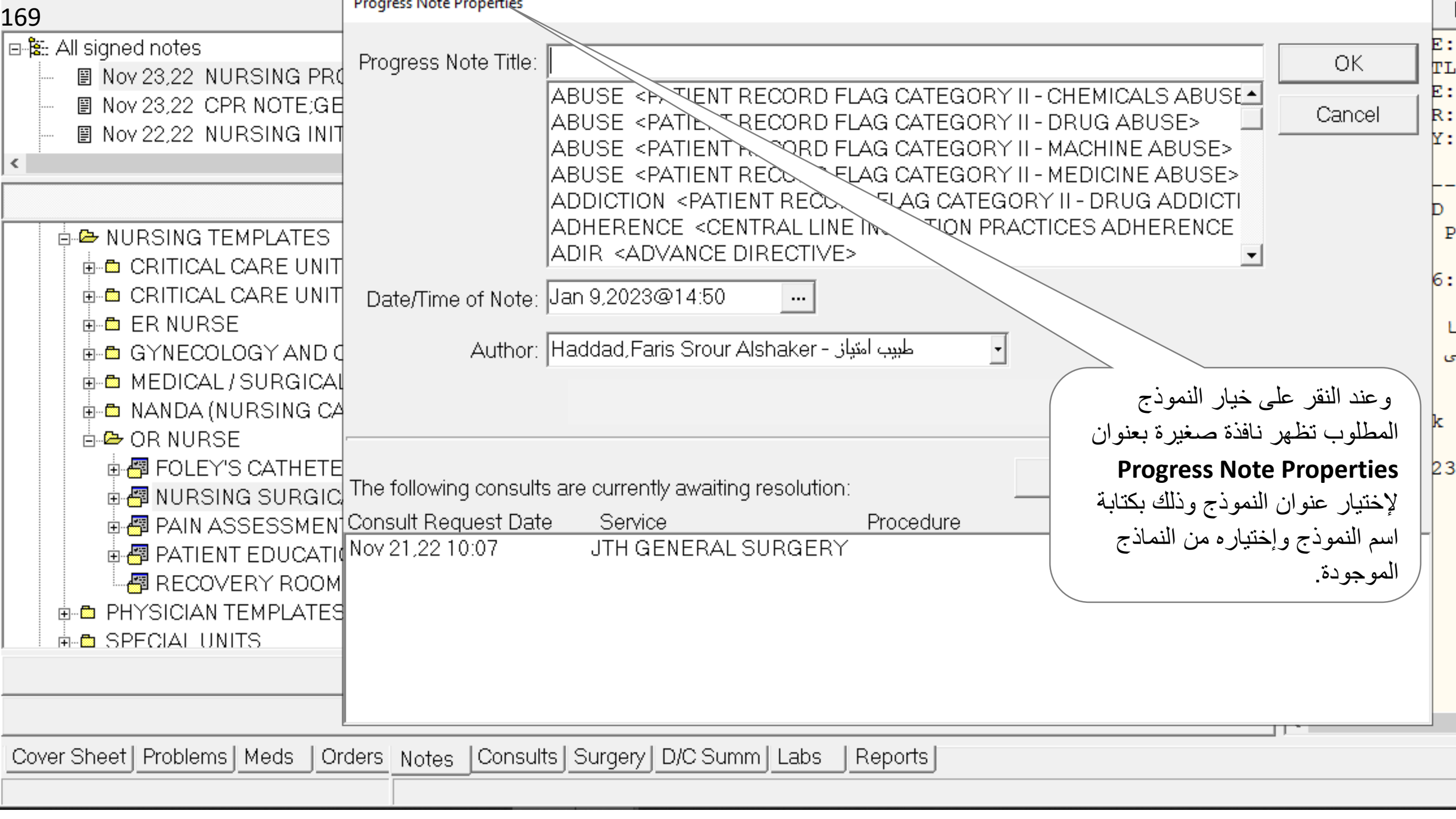
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates

ثم نختار ministry of health hospital templates

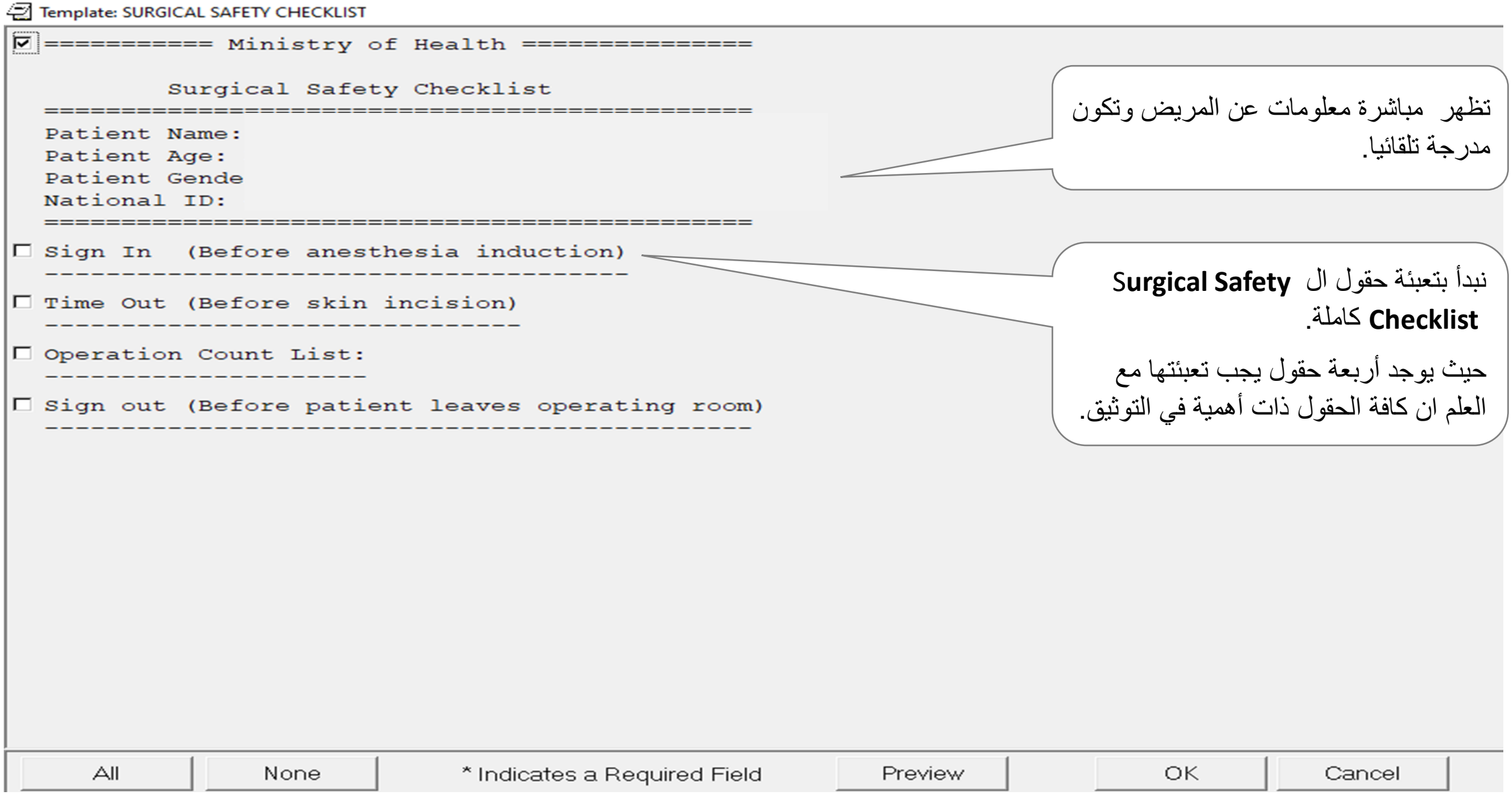
و نختار Nursing Templates

ليظهر عدد من الخيارات نختار منها OR nurse

للوصول الى مطلوب .



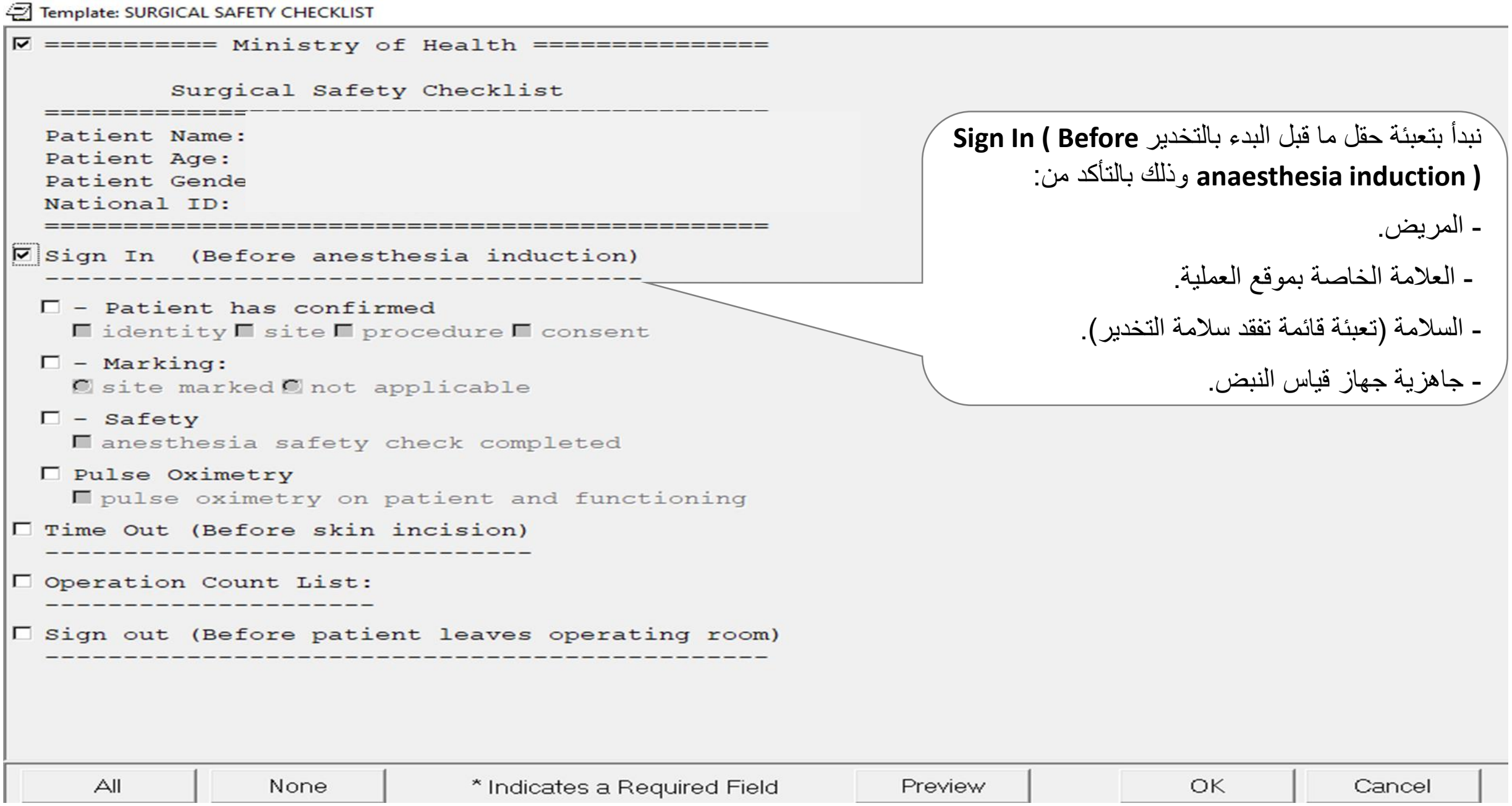

وعند النقر على خيار النموذج المطلوب تظهر نافذة صغيرة بعنوان **Progress Note Properties** لإختيار عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج وإختياره من النماذج الموجودة.




تظهر مباشرة معلومات عن المريض وتكون مدرجة تلقائيا.

نبدأ بتعبئة حقول ال **Surgical Safety Checklist** كاملة.

حيث يوجد أربعة حقول يجب تعبئتها مع العلم ان كافة الحقول ذات أهمية في التوثيق.




نبدأ بتعبئة حقل ما قبل البدء بالتخدير **Sign In ( Before anaesthesia induction )** وذلك بالتأكد من:

- المريض.
- العلامة الخاصة بموقع العملية.
- السلامة (تعبئة قائمة تفقد سلامة التخدير).
- جاهزية جهاز قياس النبض.

Template: SURGICAL SAFETY CHECKLIST

☑ ========== Ministry of Health ==========

Surgical Safety Checklist

==========

Patient Name /

Patient Age:

Patient Gend

National ID:

==========

☐ Sign In (Before anesthesia induction)

---

☑ Time Out (Before skin incision)

---

☑ Final Check Prior to the Admission to the OR:

- Is staff for final check ready in the operating room?

○ Yes ◉ NO Who:

- Have identity details been checked?

○ Yes ◉ NO

- Is he/she the right patient?

○ Yes ◉ NO

- Is it a side surgery?

○ Yes ◉ NO

- Is the right side marked?

○ Yes ◉ NO

- Staff Confirming the Side?

○ Yes ◉ NO

☐ Operation Count List:

---

☐ Sign out (Before patient leaves operating room)

والآن نذهب الى حقل الوقت المستقطع **Time out** ما قبل العملية وذلك بالنقر على زر التفعيل الخاص بالتفقد النهائي قبل البدء بالعملية القطع الجراحي (Before Skin Incision).
ويوجد مجموعة من الأسئلة يتم الإجابة عليها بنعم أو لا.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

Template: SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Patient Name
Patient Age:
Patient Gend
National ID:

☐ Sign In (Before anesthesia induction)

☐ Time Out (Before skin incision)

☑ Operation Count List:

☑ Preoperative Count:

Pad count:

Sponge Gause Count:

Needles count:

Surgical Plades Count:

Instrument:

☐ Postoperative Count:

That instrument, sponge and needle counts are correct:

Yes

والان نبدأ بحصر اعداد الأدوات والمستلزمات الموجودة قبل البدء بالعملية.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

---

☑ Postoperative Count:

---

That instrument, sponge and needle counts are correct:

○ Yes
○ Not applicable

Pad count :

Sponge Gause Count :

Needles coun :

Surgical Plades Count:

Instrument:

☐ Sign out (Before patient leaves operating room)

---

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

العدد ما بعد العملية **postoperative count** يحتوي على مجموعة من الخانات التي يجب تعبئتها بأعداد الأدوات والمستلزمات المستخدمة في العملية لحصرها والتأكد من تطابقها .

Template: SURGICAL SAFETY CHECKLIST

========== Ministry of Health ==========

Surgical Safety Checklist

==========

Patient Name:
Patient Age:
Patient Gende
National ID:

==========

☐ Sign In (Before anesthesia induction)

---

☐ Time Out (Before skin incision)

---

☐ Operation Count List:

---

☑ Sign out (Before patient leaves operating room)

---

☑ Nurse verbally confirms with the team:

- ☐ The name of the procedure recorded
- ☐ whether there are any equipment problems to be addressed
- ☐ Is the specimen labeled (including patient name)
- ☐ Surgeon,, anesthesia professional and nurse reviewed the key concerns for recovery and management of this patient

الجزء الرابع والاخير هو تعبئة حقل ما قبل مغادرة المريض غرفة العمليات **Sign out .**
وهنا يتم ادخال ما تم التأكيد عليه مع الفريق شفويا بالنقاط المدرجة في النموذج.

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

# Recovery Room Assessment-Nurse

Active Problems

No Problems Found.

Allergies / Adverse Reactions

No Allergy Assessment

Recent Immunizations

No Immunizations Found.

Active Medications

No Active Medications Found

Clinical Reminders Due Date

No reminders due

Recent Lab Results

No Orders Found.

Vitals

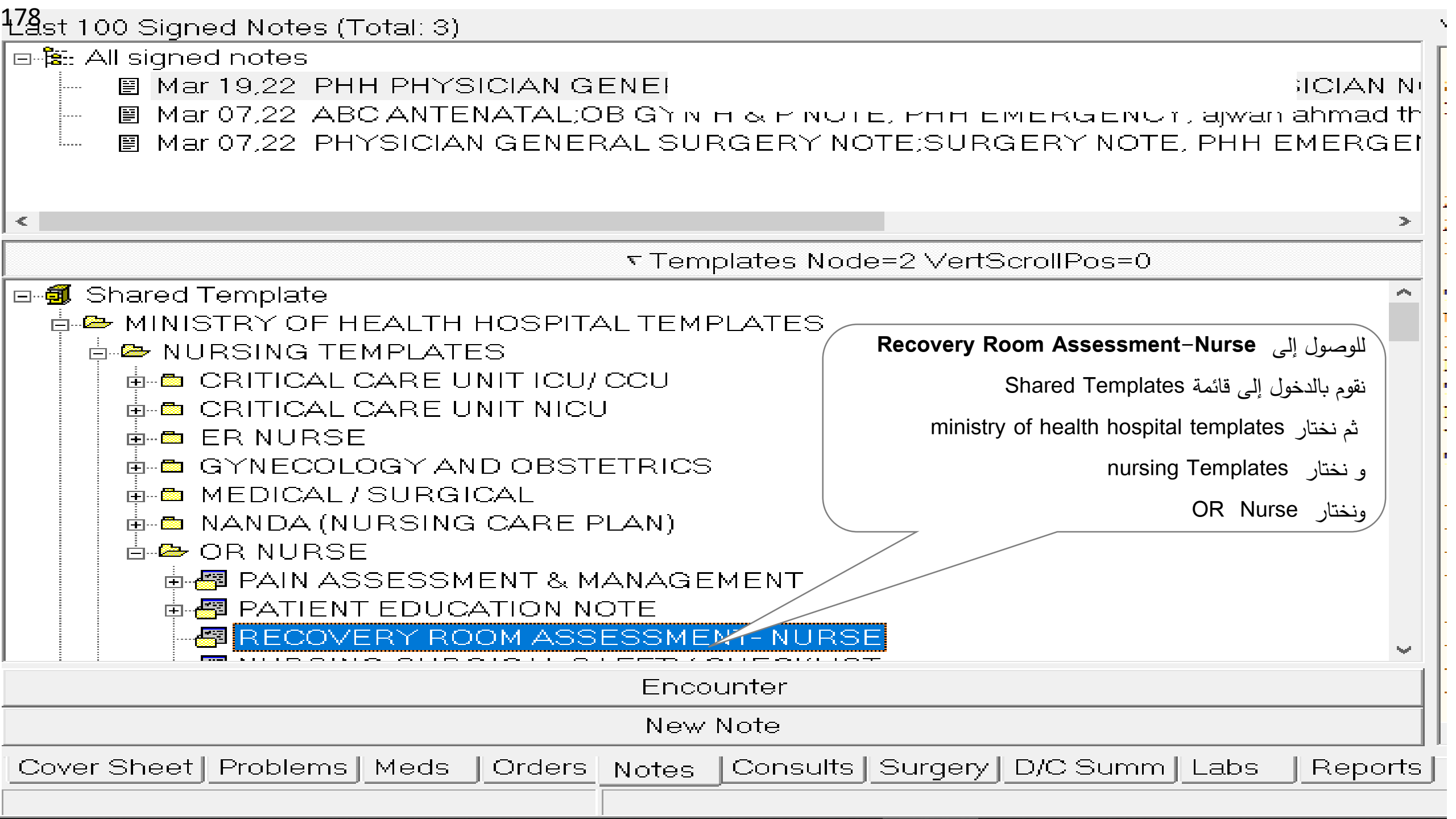
No data found

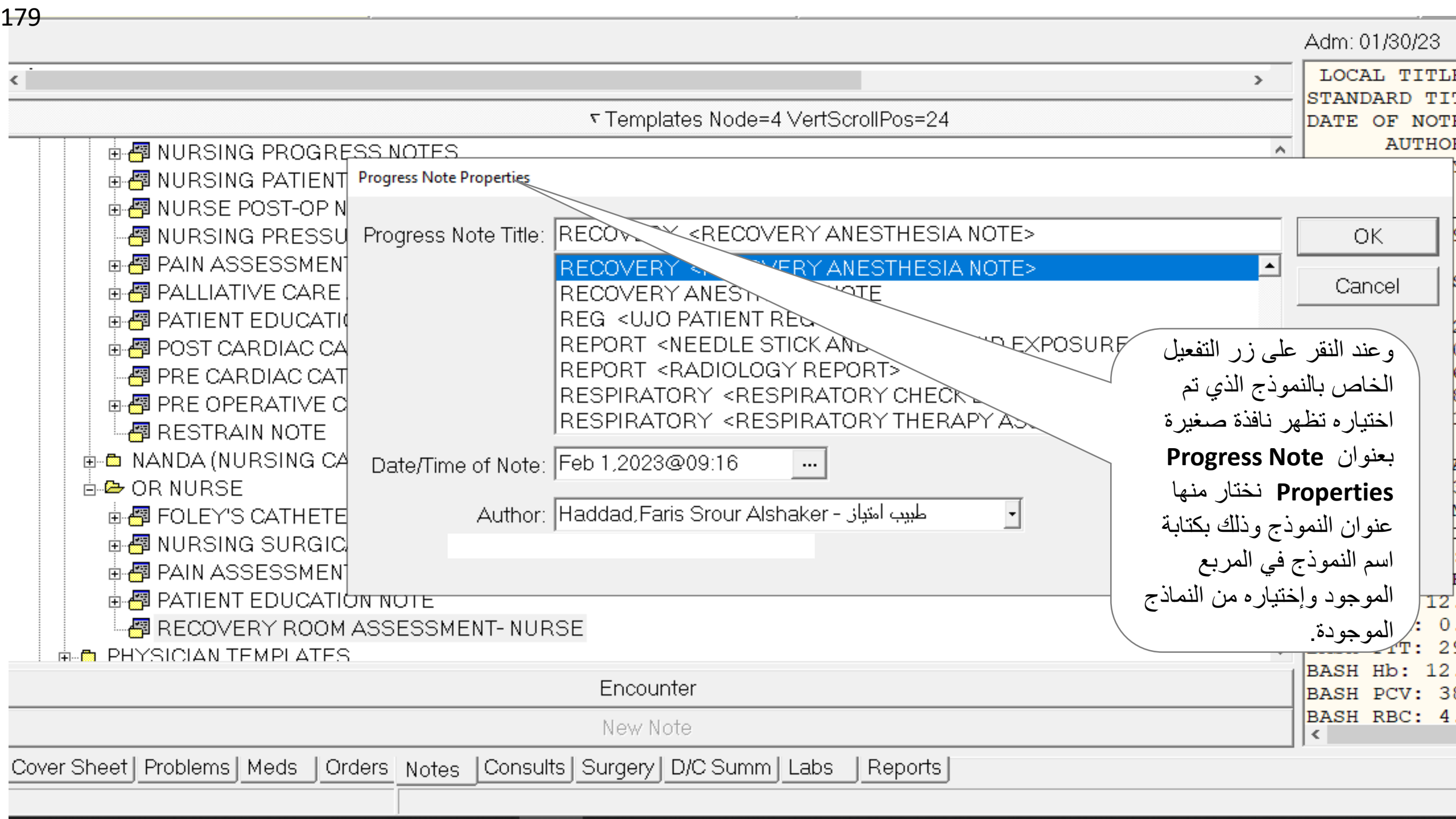
ns/Visits/Admissions

No data found

Cover Sheet | Problems | Meds | Orders | Notes | Consults | Surgery | D/C Summ | Labs | Reports

للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر على زر **Notes** .


Last 100 Signed Notes (Total: 3)
All signed notes
Mar 19,22 PHH PHYSICIAN GENEI
Mar 07,22 ABC ANTENATAL;OB GYN H & P NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad th
Mar 07,22 PHYSICIAN GENERAL SURGERY NOTE;SURGERY NOTE, PHH EMERGEI
Templates Node=2 VertScrollPos=0
Shared Template
MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES
NURSING TEMPLATES
CRITICAL CARE UNIT ICU/ CCU
CRITICAL CARE UNIT NICU
ER NURSE
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
MEDICAL / SURGICAL
NANDA (NURSING CARE PLAN)
OR NURSE
PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
PATIENT EDUCATION NOTE
RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE
للوصول إلى Recovery Room Assessment-Nurse
نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
و نختار nursing Templates
ونختار OR Nurse
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports


Adm: 01/30/23
Templates Node=4 VertScrollPos=24
NURSING PROGRESS NOTES
NURSING PATIENT
NURSE POST-OP N
NURSING PRESSU
PAIN ASSESSMENT
PALLIATIVE CARE
PATIENT EDUCATI
POST CARDIAC CA
PRE CARDIAC CAT
PRE OPERATIVE C
RESTRAIN NOTE
NANDA (NURSING CA
OR NURSE
FOLEY'S CATHETE
NURSING SURGIC
PAIN ASSESSMENT
PATIENT EDUCATION NOTE
RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE
PHYSICIAN TEMPLATES
Progress Note Properties
Progress Note Title:
<RECOVERY ANESTHESIA NOTE>
RECOVERY ANESTHESIA NOTE>
RECOVERY ANEST
REG <UJO PATIENT REG
REPORT <NEEDLE STICK AN
EXPOSURE
REPORT <RADIOLOGY REPORT>
RESPIRATORY <RESPIRATORY CHECK
RESPIRATORY <RESPIRATORY THERAPY A
Date/Time of Note:
Feb 1,2023@09:16
Author:
Haddad,Faris Srour Alshaker - طبيب امتياز
OK
Cancel
وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة صغيرة بعنوان Progress Note Properties نختار منها عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في المربع الموجود وإختياره من النماذج الموجودة.
LOCAL TITLE
STANDARD TIT
DATE OF NOTE
AUTHOR
BASH Hb: 12
BASH PCV: 3
BASH RBC: 4
Encounter
New Note
Cover Sheet
Problems
Meds
Orders
Notes
Consults
Surgery
D/C Summ
Labs
Reports

emplate: RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE

========== Ministry of Health ==========

Recovery Room Assessment- Nurse

==========

Patient Name:
Patient Age:
Patient Gende
National ID:

==========

Recovery Room Assessment:

---

☑ Patient arrivaed to recovery room at

Patient discharged from recovery room at

Anesthesia Technique:

Comments:

General
Local
Regional Block
Epidural
Spinal
Other

vital sign:

---

IV Replacement:

---

Post Anesthesia Recovery Score (Alderte Score):

---

Dressing:

---

Drains:

---

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

نبدأ بتعبئة نموذج التقييم غرفة الافاقة وهو **Recovery room assessment** و نقوم بالنقر عليها فتظهر عدة حقول:

في الحقل الأول نوثيق متى وصل المريض الى غرفة الإنعاش، ومتى خرج المريض من غرفة الإنعاش

يوجد خانة خاصة بإدخال الوقت والتاريخ.

وعند النقر على نوع التخدير تظهر انواع التخدير المختلفة.

كما يوجد خانة لإضافة اية ملاحظات .

Template: RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE

vital sign:

Date & Time: ...

- O2 Sat:
- B/P:
- P:
- R&R:
- Tem:
- LOC : Alert Verbal pain

Date & Time: ...

- O2 Sat:
- B/P:
- P: , Rhyth
- R&R:
- Tem:
- LOC : Alert Verbal pain unresponsive

Date & Time: ...

- O2 Sat:
- B/P:
- P: , Rhythm
- R&R:
- Tem:
- LOC : Alert Verbal pain unresponsive

Date & Time: ...

- O2 Sat:
- B/P:

وعند النقر على خانة العلامات الحيوية **vital signs** التي يتم قياسها بشكل دوري خلال فترة وجود المريض في الانعاش حيث يكتب اولا التاريخ والوقت في الحقل الخاص بذلك وبعدها يتم توثيق العلامات الحيوية.

وعند تقييم LOC يتم توثيق مستوى وعي المريض حسب حالة المريض.

All None * Indicates a Required Field Previev

AnyDesk

- B/P:
- P: , Rhythm
- R&R:
- Tem:
- LOC : Alert Verbal pain unresponsive

☑ IV Replacement:

---

☑ Normal Saline 0.9:

☑ Amount:

Time Administered:

☑ Dextrose 5%:

☐ Amount:

Time Administered:

☐ Lactate Ringers:

☐ Packed RBC:

☐ Heas 6%:

☐ Dextrose Saline 0.9%:

☐ Dextrose Saline 0.45%:

☐ Dextrose Saline 0.18%:

☐ Post Anesthesia Recovery Score (Alde

---

☐ Dressing:

---

☐ Drains:

---

☐ Tubes:

---

☐ Lines:

وعند النقر على زر **IV replacement** نوثق السؤائل والكمية التي تم اعطاءها للمريض عن طريق الوريد. مع توثيق التاريخ.

Select Date/Time

◄ November 28, 2022 ►

| Sun | Mon | Tue | Wed | Thu | Fri | Sat |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | [28] | 29 | 30 | | | |

Today

6 7 8 9 10 11 12 — 13 14 15 16

:00 :05 :10 :15 :20 :25 :30 :35 :40 :45 :50

Now Midnight

OK

Cancel

All None * Indicates a Required Field Preview OK Cancel

Template: RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE

Post Anesthesia Recovery Score (Alderte Score):

- Activity:
  - Able to move 4 extremities = 2
    - Score In:
      Score Out:
  - Able to move 2 extremities = 1
  - Moving 0 extremities = 0
- Respiration:
  - Takes deep breath & cough freely = 2
  - Dyspnea or limited breathing = 1
  - Apneic = 0
- Circulation:
  - BP +/- 20 preanesthetic level = 2
  - BP +/- (20-50) preanesthetic level = 1
  - BP +/- 50 preanesthetic level = 0
- Consciousness:
  - Fully awake = 2
  - Arousable on calling = 1
  - Not responding = 0
- Color:
  - Pink = 2
  - Pale,dusky,blutchy,jaundicesed
  - cyanotic = 0
- Total Score:

****A minimum total score of 8 is required to discharge, exception to this are to be explained in the space below by the discharging anesthetist***

Discharge Comments:

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | C

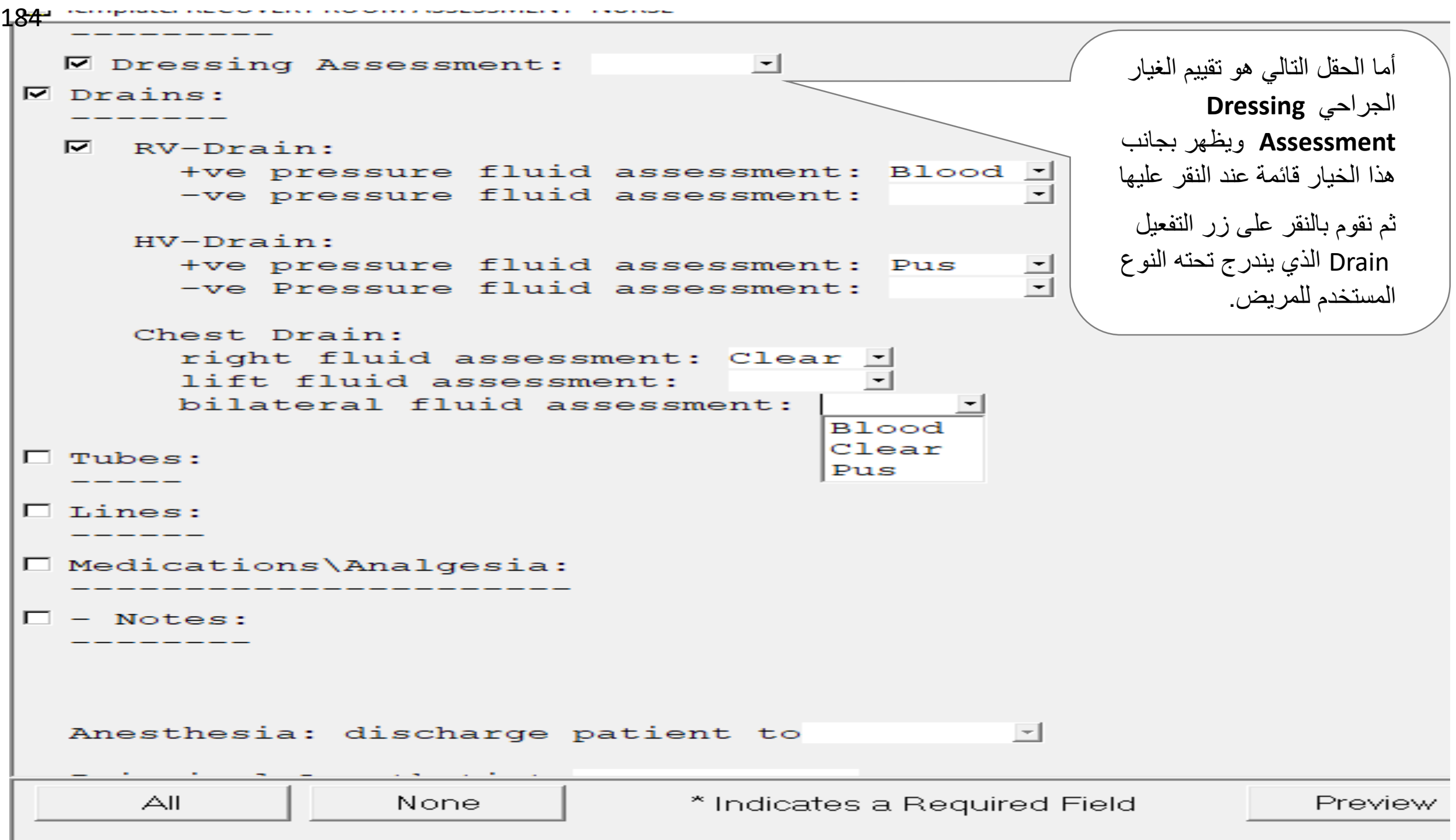
ومن ثم نذهب الى خانة تقييم درجة افاقة المريض من التخدير **(post anesthesia recovery – Aldrete Score** الذي يتم تقيمه عند الدخول Score in وقبل الخروج Score out ويحتوي على خمسة حقول.

ويندرج تحت كل حقل مجموعة من ثلاثة خيارات تتدرج من صفر الى اثنان.

***اذا كانت حساب مجموع الحقول ( Score out ) 8 علامات يكون خروج المريض من غرفة الافاقة متاح وآمن.

أما اذا كان هناك أية استثناءات يتم توضيح ذلك من قبل الطبيب الذي اخرج المريض.

يوجد مربع فارغ Discharge Summary.




أما الحقل التالي هو تقييم الغيار الجراحي **Dressing Assessment** ويظهر بجانب هذا الخيار قائمة عند النقر عليها

ثم نقوم بالنقر على زر التفعيل Drain الذي يندرج تحته النوع المستخدم للمريض.

Template: RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE

Tubes:

Foley's Catheter: 2 way Intact Loose Output, Clear

NGT: Yes NO

GT-Tube: Yes NO

Lines:

Arterial Line:

Site: Right

Ulnar

Radial

Brachial

CVP: left

Femoral

Jugular

Peripheral:

Medications\Analgesia:

Notes:

ثم نقوم بالنقر على زر التفعيل **Tube** حيث يظهر ثلاثة خيارات نقوم بالضغط على ما يتناسب مع حالة المريض منها.

عند النقر على خيارات **Lines** حيث يظهر عدة خيارات نقوم بتعبئة ما يتناسب مع حالة المريض من حيث نوع Line ومكان وجوده.

All None * Indicates a Required Field Preview

Template: RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE

Medications\Analgesia:

Fentanyl injection:
- Time:
- Route: IM
- Dose:
- Given by:

Morphine injection:

Pethedine injection:

Diclofenac:
- Time:
- Route:
- Dose:
- Given by:

Paracetamol:
- Time:
- Route:
- Dose:
- Given by:

Others:

Notes:

Anesthesia: discharge patient to

Principal Anesthetist:

Select Date/Time

November 28, 2022

| Sun | Mon | Tue | Wed | Thu | Fr | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | [28] | 29 | 30 | | | |

Today

11 12 13 14 :25 :30 :35 :40

All | None | * Indicates a Required Field | Preview | OK | Cancel

الخيار التالي هو **Medication / analgesia** عند النقر على هذا الخيار يظهر لنا مجموعة من الأدوية.

عند النقر على أي دواء تم اختياره تظهر لنا الخانات التالية Time, Route, Dose, Given by التي يجب توقيفها.

يوجد خانة Other لتوثيق إعطاء أية علاجات غير موجودة في خيارات الأدوية السابقة.

ثم الحقل Notes الذي يوجد فيه مربع لإضافة اية ملاحظات.

Template: RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE

Given by:

☐ Morphine injection:

☐ Pethedine injection:

☑ Diclofenac:

☑ Time: ...

Route:

Dose:

Given by:

☑ Paracetamol:

☑ Time: ...

Route:

Dose:

Given by:

☐ Others:

☑ – Notes:

---

Anesthesia: discharge patient to

Principal Anesthetist:

Ward
ICU
PICU

Comments:

---

All | None | * Indicates a Required Field | Preview

ثم يتم تحديد خروج المريض من غرفة الانعاش

**Anesthesia: Discharge patient to**

من قبل طبيب التخدير حيث يوجد ثلاثة خيارات هي الخروج الى Ward, ICU, PICU وبعد ذلك حقل Principal Anesthetic يتم توثيقه من خلال وجود مربع.

واخيرا يوجد خانة Comments لإضافة اي شرح أو تعقيب.

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

وزارة الصحة

تم اصدار هذا الكتيب ضمن تحضير مستشفيات البشير للاعتماد
الممول من قبل الوكالة الامريكية للتنمية الدولية

والمنفذ من قبل مجلس اعتماد المؤسسات الصحية

شباط 2023

# مشروع تحضير مستشفيات البشير للاعتماد

## حملة التوثيق في السجل الطبي

HCAC
مجلس إعتماد المؤسسات الصحية
HEALTH CARE ACCREDITATION COUNCIL