

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 thaer AL-AWNEH](#)
- ☐ Mar 07,22 ABC ANTENATAL,OB GYN H & P NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaer AL-AWNEH
- ☐ Mar 07,22 PHYSICIAN GENERAL SURGERY NOTE,SURGERY NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaer AL-AWNEH

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

/ Templates

Encou

New Note

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

- Mar 19,22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE;PHYSICIAN NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaheer AL-AWNEH
- Mar 07,22 ABC ANTENATAL;OB GYN H & P NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaheer AL-AWNEH
- Mar 07,22 PHYSICIAN GENERAL SURGERY NOTE;SURGERY NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaheer AL-AWNEH

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
 - NURSING BLOOD GAS NOTE
 - 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

Nursing Comprehensive للوصول إلى
assessment

Shared Templates نقوم بالدخول إلى قائمة
ministry of health hospital templates ثم نختار
nursing Templates ونختار
Medical/Surgical ونختار

Encounter

New Note

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

Progress Note Properties

Progress Note Title:

ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - CHEMICALS ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - DRUG ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MACHINE ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MEDICINE ABUSE>
 ADDICTION <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - DRUG ADDICTI
 ADHERENCE CENTRAL LINE INSERTION PRACTICES ADHERENCE
 ADIR <ADVANCED PRACTICE>

OK

Cancel

Date/Time of Note: Jan 9, 2023@14:36

Author: Haddad, Faris Srou Alshaker - طبيب امتياز

The following consults are currently awaiting resolution:

Consult Request Date	Service	Procedure	
Nov 21, 22 10:07	JTH GENERAL SURGERY		PENDING 0

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

=====

Patient Name :////////,//////// //

National ID :44

Date of Birth:MA

Patient Age :34

Patient Sex :FE

=====

وستظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

☐ 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:

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

=====

Patient Name :////////.//////// //

National ID :4

Date of Birth:M

Patient Age :3

Patient Sex :F

=====

☒ 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:

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 التفاعل الخاص بالحساسية **Allergies** فتدرج بشكل تلقائي اذا تم توثيقها مع التأكد من المريض.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ 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 action is needed
- ☐ Bed mobility ☐ Walking ☐ Transfers ☐ Dressing ☐ Eating
 - ☐ Washing/ bathing ☐ Toileting ☐ Transfers ☐ Swallowing ☐ Speech
 - ☐ Language ☐ No action is needed

☐ Social Screening:

وبالنقر على زر التفعيل الخاص بالامراض المعدية **Communicable disease** تظهر مجموعة من الخيارات 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.
إذا لم يكن هناك حاجة نضع **No action is needed**.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ 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

- ☐ 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):

Social Screening

ونقوم بتفعيل المسح الاجتماعي 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.

وإذا كان هناك ملاحظات غير موجودة نوثقها في الفراغ الخاص .other

Nutritional Screening

ننتقل الى مسح الحالة التغذوية 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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ Physical Examination:

☒ Findings:

General:

Skin:

Head & Neck:

Eyes:

Ears:

Nose:

Mouth:

Throat:

Heart:

Chest:

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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.

Mouth:

Throat:

Heart:

Chest:

Abdomen:

Genitalia:

Extremities:

Neurological:

Musculoskeletal:

☐ Comments:

يوجد خانة Comments لوضع اي تعليق أو شرح.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Chest:

Abdomen:

Genitalia:

Extremities:

Neurological:

Musculoskeletal:

☐ Comments:

☐ Pressure Ulcer Assessment:

☐ Fall Risk Assessment (Morse Fall Scale):

☐ Pain Assessment:

☐ Patient Education Note:

يتم توثيق الحقول التالية حيث يوجد نماذج خاصة لكل من :

Pressure ulcer assessment

Fall risk assessment (morse fall scale)

Pain assessment

Patient education note

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Pain Assessment and Management Template

Active Problems	Allergies / Adverse Reactions	Recent Immunizations
No Problems Found.	No Allergy Assessment	No Immunizations Found.

Active Medications	Clinical Reminders	Due Date
No Active Medications Found	No reminders due	

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

Recent Lab Results	Vitals	Appointments/Visits/Admissions
No Orders Found.	No data found	No data found

Primary Care Team Unassigned

Attending: Abdelqader, Majed Mohammad Abdel Qad

Fla

Adm: 01/30/23

LOCAL TITLE
STANDARD TITLE
DATE OF NOTE
AUTHOR

Templates Node=20 VertScrollPos=11

FOLEY'S CATHETER DOCUMENTATION-NURSE

GLASGOW COMA S

GLASGOW COMA S

HUMPTY DUMPTY

HANDOVER NOTE-

NURSING BLOOD C

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 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 <MONITORHOOD POST PARTUM MIDWIFE NOTE>
PATIENT <INTERDISCIPLINARY FAMILY/PATIENT EDUCATION NOTE>
PATIENT <PATIENT EDUCATION NOTE>
PATIENT <PATIENT LEAVE>
PATIENT <PATIENT NO SHOW>

OK

Cancel

Date/Time of Note: Feb 1, 2023@10:33

Author:

وعند النقر على زر التفعيل الخاص
بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة
Progress Note صغيرة بعنوان
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 =====

Pain Assessment & Management

=====

Patient Name: _____

Patient Age : _____

Patient Sex : _____

National ID : _____

=====

☐ Pain History: _____

☐ Pain Assessment: _____

☐ Pain Reassessment: _____

وستظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائياً.

و نبدأ بتعبئة حقول نموذج تقييم إدارة الألم
Pain Assessment and management
الذي يحتوي على ثلاث حقول رئيسية.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☐ ===== 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

وعند 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

☐ - Diagnosis:
Problem List - Active - NONE FOUND

☒ Pain Assessment:

☒ - Pain Rating Scales:

☒ Numerical Rating Scale (NRS):

☒ Pain Score:

----- Instructions -----

- Adults & children (>9 years old) in all patient care who are able to use numbers to rate the intensity of pain.

- Instruct patient to choose a number from 0 to 10 that best describes his or her current pain. 0 would mean "No Pain" and 10 would mean "worst possible pain."

☐ FLACC Pain Rating Scale:

☐ Neonatal Infant Pain Scale (NIPS):

☐ Wong-Baker FACES Pain Rating Scale:

☐ - Pain Score:

☐ - 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:

وبعد الانتهاء من تعبئة تاريخ الألم نقوم بالنقر على
Pain Assessment الحقل الثاني وهو تقييم الألم
يوجد مجموعة من الخيارات حيث يوجد أربعة
مقاييس لقياس الألم **Pain rating** .
ويتم اختيار المقياس حسب عمر وحالة المريض
الصحية.

وعند النقر على مقياس الألم المقياس الأول
Numeric Rating Scale هو
يستخدم هذا المقياس للمرضى أكبر من 9
سنوات في جميع أماكن تقديم الخدمة
وقادرين على تحديد الألم رقمياً من 0-10
حيث 0 لا يوجد ألم و 10 يكون ألم شديد
جداً.

يوجد خانة لتوثيق علامة الألم .
يتم وضع العلامة حسب حسب شدة الألم
عند المريض.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

☐ Numerical Rating Scale (NRS).

☒ FLACC Pain Rating Scale:

☐ Face:

- ☐ 0 (No Particular Expression or Smiles)
- ☐ 1 (Occasional Grimace or Frown, with occasional squint)
- ☐ 2 (frequent to constant frown, clenched

☐ 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 talk
- ☐ 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

FLACC Pain هو المقياس الثاني Scale

يستخدم لمن هم غير قادرين على تحديد الألم بأنفسهم وهم (بعمر اكبر من شهرين و اقل 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 صفر الى 2.

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

☐ Numerical Rating Scale (NRS):

☐ FLACC Pain Rating Scale:

☒ Neonatal Infant Pain Scale (NIPS):

☒ Facial Expression:

☐ 0 Relaxed

☐ 1 Grimace

☒ 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

☒ 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.

المقياس الثالث (NIPS) Neonatal Infant Scale

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

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

وبعد التقييم بشكل كامل يتم جمع العلامات وإذا كانت العلامات أكبر من 3 تشير إلى وجود ألم عند المريض.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ 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 graduated facial expressions of pain will

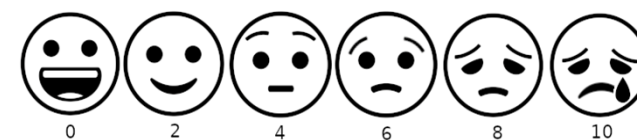
Be used for patients of 3 years old & older.

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

أما المقياس الأخير هو Wong-Baker Face Pain

يستخدم للمرضى أكبر من ثلاثة سنوات

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



No Hurt Hurts Little Bit Hurts Little More Hurts Even More Hurts Whole Lot Hurts Worst

ويحتوي على 6 حقول يجب تعبئتها بالأرقام التي تبدأ من

0 - 10 زوجياً

حيث 0 لا يوجد ألم و 10 ألم شديد .

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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 الألم **Pain Score** بناءً على
وضعية المريض في الراحة أو الحركة ويتم ادخال
تاريخ ووقت التقييم.

وبعدها يحدد أسباب الألم ونمطه

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

0

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

☐ Buttocks:

☐ Hip:

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

☐ left
☐ right

☐ Lower extremities:
☐ Generalized Pain
☐ General Joint Pain
☐ Generalized Muscle Pain
☐ Other Pain

☒ - Radiating Pain:

☒ - Description of Pain:

☐ - Associated Symptoms:

☐ Nausea _Vomiting
☐ Sleep Disorder
☐ Loss of Appetite
☐ Decrease Activity
☐ Nil
☐ Others:

☐ - Alleviating Factors:

☐ - Aggravating factors:

☐ - Effects of pain(for Chronic Pain):

☐ - Intervention:

☐ Pain Reassessment:

- Burning
- Stinging
- Tingling
- Crawling
- Gnawing
- Aching
- Sedation
- Sharp
- Heaviness
- Crushing
- Satbbing
- Shooting

وبعدها نقوم بإدخال Radiating pain في المربع الخاص.

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☐ - Description of Pain:

☒ - Associated Symptoms:

☐ Nausea _Vomiting

☐ Sleep Disorder

☐ Loss of Appetite

☐ Decrease Activity

☐ Nil

☐ Others:

☐ - Alleviating Factors:

☐ - Aggravating factors:

☐ - Effects of pain(for Chronic Pain):

☐ - Intervention:

Pain Reassessment:

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.

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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 بالألام المزمنة حيث تدرج مجموعة من الخيارات يجب تعبئتها حسب حالة المريض .

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

- ☐ 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
- ☐ - Distraction or divisional tactics
- ☐ - Swaddling, facilitated tucking
- ☐ - Non nutritive suckling
- ☐ - Sweet solutions: sucralose, Glucose
- ☒ - Breastfeeding analgesia
- ☐ - Breast milk
- ☐ - Music

☐ Pain Reassessment:

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) .

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Template: PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

☒ Pain Reassessment:

☒ - Date & Time of Re-assessment:

☒ - 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

old & older.

Select Date/Time

November 22, 2022						
Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
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 17

00 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Now Midnight

OK Cancel

وعند النقر على الحقل الثالث والأخير وهو
Pain Re-assessment إعادة تقييم الألم
 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 الألم .

يتم ادخال اي اعراض جانبية تحدث
 للمريض و الاجراءات المتخذة لإيقافها

ويتم إعادة تقييم الألم حسب حالة المريض.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Pressure Ulcer Assessment, Prevention, and Management

##### (OUTPATIENT) 44-45-28429 May 08,1988 (34yr)	Visit Not Selected Provider: HADDAD,FARIS SROUR ALSHAK	Primary Care Team Unassigned	Flag	VistaWeb Remote Data	No Postings
---	---	------------------------------	------	-------------------------	-------------

Active Problems No Active Problems Found	Allergies No Allergies Found	Immunizations No Immunizations Found
---	---------------------------------	---

Active Medications	Clinical Reminders	Due Date
No Active Medications Found	No reminders due	

Recent Lab Results	Vitals
No Orders Found.	No data found

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

- ☐ All signed notes
- ☐ Jan 12,23 MEDICAL-PROCEDURE ECHOCARDIOGRAM;PHYSICIAN PROGRESS NOTE, BAIM ECHO 02, FAKHRI MOH
 - ☐ Jan 12,23 NURSING GLUCOSE CHECK NOTE;RN INPATIENT NOTE, BAIM 1ST M A INTERNAL MEDICINE, SHAREF RA
 - ☐ Jan 11,23 NURSING CARE PLAN;PRIMARY CARE NURSE PRACTITIONER NOTE, BAIM 1ST M A INTERNAL MEDICINE
 - ☐ Jan 11,23 NURSING GLUCOSE CHECK NOTE;RN INPATIENT NOTE, BAIM 1ST M A INTERNAL MEDICINE, SHAREF RA

- ☐ Shared Template
- ☐ MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES
 - ☐ NURSING TEMPLATES
 - ☐ CRITICAL CARE UNIT NICU
 - ☐ CRITICAL CARE UNIT ICU/ CCU
 - ☐ ER NURSE
 - ☐ GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
 - ☐ MEDICAL / SURGICAL
 - ☐ CHANGING POSITION
 - ☐ CONSCIOUS SEDATION
 - ☐ CPR NOTE-NURSE
 - ☐ FOLEY'S CATHETER DOCUMENT
 - ☐ GLASGOW COMA SCALE-
 - ☐ GLASGOW COMA SCALE- PEDIATRIC
 - ☐ NURSING DISCHARGE NOTE
 - ☐ NURSING PROGRESS NOTES
 - ☐ NURSING PATIENT TRANSFER NOTE
 - ☐ NURSE POST-OP NOTE
 - ☐ **NURSING PRESSURE ULCER -BRADEN SCALE**
 - ☐ PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
 - ☐ PALLIATIVE CARE ASSESSMENT FORM
 - ☐ PATIENT EDUCATION NOTE
 - ☐ POST CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST
 - ☐ PRE CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST
 - ☐ PRE OPERATIVE CHECKLIST
 - ☐ RESTRAIN NOTE
 - ☐ NANDA (NURSING CARE PLAN)
 - ☐ OR NURSE

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

نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates

ثم نختار ministry of health hospital templates

و نختارها من قائمة medical/ surgical

Encounter

New Note

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

Primary Care Team Unassigned

ROUR ALSHAK Attending: Abdelqader,Majed Mohammad Abdel Qad

Adm: 01/30/23

Templates Node=19 VertScrollPos=24

LOCAL TITLE
STANDARD TIT
DATE OF NOTE
AUTHOR

- NURSING PROGRESS NOTES
- NURSING PATIENT
- NURSE POST-OP N
- NURSING PRESSU
- PAIN ASSESSMENT
- PALLIATIVE CARE
- PATIENT EDUCATIO
- 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: NURSING <NURSING CARE PLAN>

OK

DEATH <PATIENT RECORD FLAG CATEGOR
DEATH NOTE
DENTAL <DENTAL PEDODONTIC
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
عنوان النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في
المربع الموجود واختياره من النماذج الموجودة.

Encounter

New Note

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

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

☒ ===== Ministry of Health =====

Nursing Pressure Ulcer -Braden Scale
Assessment, Prevention & Management

=====
Patient :
Patient :
Patient :
National ID : 001 10 0101
=====

☐ Assessment \ Reassessment

☐ Prevention Skin Bundle Care Plan

☐ Pressure Ulcer Prevention Bundle

تظهر مباشرة المعلومات المريض تكون مدرجة تلقائياً.

ثم نبدأ بتعبئة نموذج التفرحات السريرية الناتجة عن الضغط
Pressure ulcer prevention , And Assessment,
management
وعند تفعيل النموذج يظهر ثلاثة حقول رئيسية

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

☐ ===== Ministry of Health =====

Nursing Pressure Ulcer -Braden Scale
Assessment, Prevention & Management

=====
Patient
Patient
Patient
Nationa
=====

☒ Assessment \ Reassessment

☒ Assessment:

☒ - Sensory Perception:

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

o which is

- 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).

ونبدأ 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

☒ 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.

☒ **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

and control body pos

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

- Nutrition (Usual food intake pattern):

- Friction & Shear:

- Score :

☐ Prevention Skin Bundle Care Plan

☐ Pressure Ulcer Prevention Bundle

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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 الى الحركة بشكل كامل.

 Template: PRESSURE ULCER PREVENTION, ASSESSMENT & MANAGEMENT

National ID : 444-45-28429

☒ Assessment

☒ - Sensory Perception:

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

الفرع الخامس هو Nutrition وهنا نقيم وضع المريض التغذوي.

- Activity (Degree of physical activity)

- Mobility (Ability to change and control body 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

Template: PRESSURE ULCER PREVENTION, ASSESSMENT & MANAGEMENT

☒ Assessment

☒ - Sensory Perception:

- Moisture Degree (Degree to which moisture):

- Activity (Degree of physical activity):

- 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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

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.

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 control position)

- Nutrition (Usual food intake pattern)

- Friction & Shear:

- Score :

☐ Reassessment:

☐ Prevention Skin Bundle Care

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

بعد إجراء 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

☒ Prevention Skin Bundle Care Plan

☒ - Surface

- ☐ Select correct mattress 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, ensure 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

☒ Pressure Ulcer Prevention Bundle

Skin Assessment Tool

- ☐ Occiput:
- ☐ Ears:
- ☐ Scapula:
- ☐ Spinous Process:
- ☐ Shoulder:
- ☐ Elbow:
- ☐ Iliac Crest:
- ☐ Sacrum/Coccyx:
- ☐ Ischial Tuberosity:
- ☐ Trochanter:
- ☐ Knee:
- ☐ Malleolus:
- ☐ Heels:

Note:

-If Pressure Damage is Present on Admission or Occurs During Admission, Complete Adverse Incidence Report. Implement Pressure Ulcer Management and Prevention Strategy i.e. Ongoing Assessment, Repositioning, Care Plan and Equipment.

الحقل الثالث والأخير وهو حزمة الإجراءات المتبعة لمنع حدوث التقرحات السريرية
Pressure ulcer prevention bundle

يتم في هذا الحقل تقييم الجلد Skin Assessment Tool التي تدرج منها مجموعة من الخيارات لمناطق الجسم الأكثر عرضة للتقرحات السريرية. وعند النقر على أي منها تظهر مجموعة من الخيارات لنقوم بتعبئتها.

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Nursing Fall Risk -Morse Scale

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

Active Problems No Problems Found.	Allergies / Adverse Reactions No Allergy Assessment	Recent Immunizations No Immunizations Found.
--	---	--

Active Medications No Active Medications Found	Clinical Reminders No reminders due	Due Date
--	---	-----------------

Recent Lab Results No Orders Found.	Vitals No data found	Appointments/Visits/Admissions No data found
---	--------------------------------	--

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

{OUTPATIENT}

May 08, 1988 (34yr)

Visit Not Selected

Provider: HADDAD,FARIS SROUR ALSHAK

Primary Care T

100 Signed Notes (Total: 2)

Visit:

Mar 07,22 ABC ANTENATAL;OB GYN H & P NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad

Mar 07 22 PHYSICIAN GENERAL SURGERY NOTE: SURGERY NOTE PHH FMFRG

▽ 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

Encounter

New Note

[Cover Sheet](#) | [Problems](#) | [Meds](#) | [Orders](#) | [Notes](#) | [Consults](#) | [Surgery](#) | [D/C Summ](#) | [Labs](#) | [Reports](#)

Assessment and Pain Management إلى الوصول

نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
ثم نختار ministry of health hospital templates
ونختار Medical/Surgical

Primary Care Team Unassigned

Attending: Abdelqader, Majed Mohammad Abdel Qad

Adm: 01/30/23

LOCAL TITLE
STANDARD TIT
DATE OF NOT
AUTHOR

Templates Node=19 VertScrollPos=19

- NURSING 24 HOURS URINE COLLECTION NOTE
- NURSING COMPRE
- NURSING COMPRE
- NURSING COMPRE
- NURSING DISCHA
- NURSING PROGRE
- NURSING PATIENT
- NURSE POST-OP N
- NURSING PRESSU
- PAIN ASSESSMENT
- PALLIATIVE CARE
- PATIENT EDUCATIO
- 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: NURSII

NURSING <NURSING CARE PLAN>
NURSING CARE PLAN
NUTRITION <NUTRITION ASSESSMENT>
NUTRITION ASSESSMENT
OCCUPATIONAL <OCCUPATIONAL-THERAPY NOTE>
OCCUPATIONAL-THERAPY
OCCUPATIONAL-THERAPY NOTE

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

Author:

OK

Cancel

وعند النقر على زر التنفيع الخاص
بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة
Progress Note صغيرة بعنوان
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

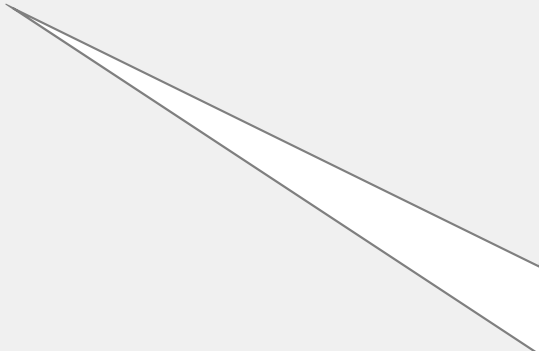
=====

Patient Name: //////////////,//////////////// //////////////
Patient Age : 34yr
Patient Sex : F
National ID : 4

☐ Initial Assessment ☐ Reassessment

☐ Morse Fall Scale:

وستظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائياً.

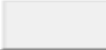


و نبدأ بتعبئة نموذج مقياس morse الخاص بمخاطر السقوط المرضى الذي يحتوي على التقييم الأولي وإعادة التقييم .

All

None

* Indicates a Required Field



☒ Morse Fall Scale:

☒ Assessment:

☐ - Risk Factors

1-History of falling (during hospital admission):

2-Secondary diagnosis (more than one medical diagnosis 1 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:

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☐ 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 وإذا اجبنا لا تكون القيمة 0.

أما عامل الخطر الثاني فهو **Secondary Diagnosis** ويتم تعبئته بنفس الطريقة السابقة حيث يوجد خيارين نعم أو لا حسب وحالة المريض حيث لكل اجابة قيمة فمثلا اذا كان ملف المريض فيه أكثر من تشخيص تكون الإجابة نعم وتكون القيمة 15 وإذا 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 present hospital admission):

2-Secondary diagnosis (more than one medical diagnosis listed on 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 فيحتوي على

ثلاثة خيارات المدرجة.

ونذهب الى عامل الخطر التالي

Intravenous therapy فبعد النقر

على السهم الصغير تظهر لنا خيارين

نعم أو لا حسب وحالة المريض حيث

لكل اجابة قيمة فمثلا اذا اجبنا نعم

تكون القيمة 20 واذا اجبنا لا تكون

القيمة صفر.

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

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

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

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

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

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

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:

☒ - Total Score :
 - Level of Risk:

- ☐ In
- ☐ 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

C

6-Patient's mental Status:

☒ - Total Score :
☐ - Level of Risk:

☒ Intervention According to Fall Assessment

- ☒ 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:

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 .
 وإذا تبين أن المريض من خلال التقييم معرض لخطر السقوط بعد تقديم الإجراءات له يتم إعادة التقييم للمريض حسب حالته الصحية.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ 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 unnecessary items
- ☐ Encourage patient to wear their glasses and/or hearing aids
- ☐ Place falls identifier color coded arm band
- ☐ Keep patient accompanied
- ☐ Room close to nurse station
- ☐ Work with physical therapist to address gait changes, postural instability

☒ Fall Accident:

☒ Accident Description:

☒ Interventions:

أما الحقل الأخير يتعلق ان كان هناك
حادث سقوط **Fall Accident** ونقوم
بتعبئة الخيارين:

Accident Description الأول

وصف الحادث وعند النقر عليه يظهر
مربع للتوثيق فيه.

Interventions الثاني

أما الخيار الثاني
وهي الإجراءات الوقائية التي تم
اتخاذها ونقوم بتعبئتها في المربع.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Patient Education Note

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

Active Problems	Allergies / Adverse Reactions	Recent Immunizations
Cough # Upper Respiratory Infection,Acute # Diabetes Mellitus Type II Or Unspecified With Unspecified Complications	No Known Allergies	No Immunizations Found.

Active Medications	Clinical Reminders	Due Date
No Active Medications Found	Foot Exam For DM Retinal Exam For DM Colorectal Cancer Screening Influenza Vaccine	DUE NOW DUE NOW DUE NOW DUE NOW

Recent Lab Results	Vitals	Appointments/Visits/Admissions
No Orders Found.	No data found	No data found

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

Last 100 Signed Notes (Total: 1)

All signed notes

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 NO
- + NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-AD
- + NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-GER
- + NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-P
- + NURSING DISCHARGE NOTE
- + NURSING PROGRESS NOTES
- + NURSING PATIENT TRANSFER NOTE
- + NURSE POST-OP NOTE
- + NURSING PRESSURE ULCER -BRADEN SCALE
- + PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
- + PALLIATIVE CARE ASSESSMENT FORM
- + **PATIENT EDUCATION NOTE**
- + POST CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST

Patient Education Notes للوصول إلى

Shared Templates نقوم بالدخول إلى قائمة

ministry of health hospital templates ثم نختار

nursing Templates ونختار

Medical/Surgical ونختار

Encounter

New Note

Cover Sheet

Problems

Meds

Orders

Notes

Consults

Surgery

D/C Summ

Labs

Report

Primary Care Team Unassigned
Attending: Swaidan,Rana Fuad Saad

Flag VistaWeb Remote Data Postings
D

Adm: 01/31/23 NURSING PROGRESS NOTES;RN NOTE, BAOT 1ST F MAXILLOFACIAL, ISL

LOCAL TITLE: NURSING PROGRESS NOTES
STANDARD TITLE: RN NOTE
DATE OF NOTE: JAN 31, 2023@09:40 ENTRY DATE: JAN 31, 2023@09:40

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 DISCHA
- NURSING PROGRE
- NURSING PATIENT
- NURSE POST-OP N
- NURSING PRESSU
- PAIN ASSESSMENT
- PALLIATIVE CARE
- PATIENT EDUCATION
- POST CARDIAC CA
- PRE CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST
- PRE OPERATIVE CHECKLIST
- RESTRAIN NOTE

Progress Note Properties

Progress Note Title: PATIENT EDUCATION NOTE

- PATIENT EDUCATION NOTE
- PATIENT LEAVE NOTE
- PATIENT NO SHOW
- PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - BURN
- PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - CHEMICALS ABUSE
- PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - CHEMICALS POISONING
- PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - CUT WOUND

OK
Cancel

Date/Time of Note: Jan 31,2023@13:50

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.

-Pt condition: Conscious, Oriented*3,
-Patient with :
-Breathing via: Room air

Encounter

New Note

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

13 new notifications

☒ ===== Ministry of Health =====

Patient Education Note

Patient Name: المهر، هبة علي مطيع

Patient Age : 43yr

Patient Sex : FEMALE

National ID : 9792021128

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

وستظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون
مدرجة تلقائياً.

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

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

ثم نقوم بالنقر على زر التفعيل بإدخال
الطريقة المناسبة للمريض **Learning**
. **References**

☒ 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:

تتدرج تلقائيا أية معوقات خاصة في المريض
ان وجد .

☐ Teaching Content:

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

وعند النقر على حقل محتويات التدريس
Teaching Content لتحديد محتويات
التعليم الخاص بالمريض ونختار حسب ما
يناسب متلقي التعليم.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

☒ 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

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☐ 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 demo
- ☐ 3.Re-attempt teaching
- ☐ 4.Refferal
- ☐ 5.Teaching completed

☒ Note

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

نذهب الى استجابة التعليم وذلك بالنقر على زر التفعيل الخاص **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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

Nursing Care Plan Template

Active Problems	Allergies / Adverse Reactions	Recent Immunizations
No Problems Found.	No Allergy Assessment	No Immunizations Found.

Active Medications	Clinical Reminders	Due Date
No Active Medications Found	No reminders due	

Recent Lab Results	Vitals	Appointments/Visits/Admissions
No Orders Found.	No data found	No data found

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

Visit Not Selected

Primary Care Team Unassigned

Flag

VistaWeb

Remote Data

No Postings

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

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 PLANS)
 - Activity Intolerance
 - Acute/chronic, Urinary Retention
 - Alteration in Health Maintenance
 - Alteration in Sensory Perceptual
 - Altered urinary elimination
 - Anticipatory Grieving

Encounter

New Note

Visit: 03/19/22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE;PHYSICIAN NOTE

LOCAL TITLE: PHH PHYSICIAN
STANDARD TITLE: PHYSICIAN
DATE OF NOTE: MAR 19, 2022
AUTHOR: AL-AWNE
URGENCY:

A 70 YEAR-OLD MALE PT
ADMITTED TO THE SURGI
PARA-UMBILICAL HERNIA

THE CON
IN THE WH

REDUCE IT MANUALLY, THIS CONDITION HAPPENED AFTER HAVING CONSTIPATION
THE PAIN IS MILD, LOCALIZED TO THE UMBILICAL AREA, STABING IN NATURE,
RELATED TO POSTURE, THE PT HAS A HX OF HEARTBURN AND FREQUENT VOMITIN
YEARS ESPECIALLY AFTER MEALS.
TODAY THE PT DOESN'T HAVE CONSTIPATION OR VOMITING.

- HX. OF CHRONIC COUGH
- HX. OF CONSTIPATION OCCASIONALLY
- HX. OF HEARTBURN AND FREQUENT VOMITING
- HX. OF FEVER NOT DOCUMENTED

- NO HX. OF CHILLS OR RIGORS
- NO HX. OF LOSS OF WEIGHT
- NO HX. OF FRESH BLOOD PER RECTUM, NO HX. OF MELENA.
- NO HX. OF TRAUMA

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

Primary Care Team Unassigned

Attending: Abdelqader,Majed Mohammad Abdel Qad

Flag

VistaWeb

Remote Data

No Postings

Adm: 01/30/23 NURSING PROGRESS NOTES;R

Templates Node=8 VertScrollPos=9

LOCAL TITLE: NURSING PROGRESS NOTES
STANDARD TITLE: RN NOTE
DATE OF NOTE: FEB 01, 2023@08:01
AUTHOR: AL-KURDI,ANAS MALEK

GENERAL PHYSICIAN

ADMISSION NOTE

CONSENT FOR SURGERY

CONSULTANT SPECIALIST

CPR NOTE-PHYSICIAN

DEATH NOTE

DNR NOTE

GLASGOW COMA SCALE

ICU ADMISSION REVIEW

INITIAL ASSESSMENT

MEDICATIONS REVIEW

NEONATAL DEATH

PATIENT EDUCATION

PHYSICIAN DISCHARGE

PHYSICIAN HANDOFF

PHYSICIAN INPATIENT

PHYSICIAN PATIENT TRANSFER OUT NOTE

RESTRAIN NOTE

SOAP-GENERAL NOTE

Progress Note Properties

Progress Note Title:

ICU <ICU CPAP & MV MONITORING & WEANING>

ICU CPAP & MV MONITORING & WEANING

IDENTIFICATION <INTERDISCIPLINARY CPAP IDENTIFICATION>

IDENTIFIED <LABORATORY-IDENTIFIED MDRO OR CDI EVENT>

INFECTION <NOSOCOMIAL INFECTION SURVEILLANCE FORM>

INFECTION <PRIMARY BLOODSTREAM INFECTION>

INFECTION <URINARY TRACT INFECTION (UTI)>

Date/Time of Note: Feb 1,2023@10:12

Author: Majed Mohammad Abdel Qader

OK

ابو-يحيى, زكريا
941034461

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.

Feb 1, 2023
TUM: 5.12
: 142
E: 3.0 L

BASH PT: 12.6
BASH INR: 0.97
BASH PTT: 29.9
BASH Hb: 12.6 L
BASH PCV: 38.8 L
BASH RBC: 4.34

Encounter

New Note

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

Activity Intolerance

☒ Nursing diagnosis:

☒ Activity Intolerance Related To

- ☐ Alterations in O2 transport.
- ☐ Chronic disease.
- ☐ Depression.
- ☐ Diabetes Mellitus.
- ☐ Fatigue.
- ☐ Lack of motivation.
- ☐ Malnourishment.
- ☐ Pain.
- ☐ prolonged immobility.
- ☐ Stressors.
- ☐ Other:

☐ As manifested by:

☐ GoalGoal and Outcome:
Patient will:

☐ Nursing Interventions:

☐ Evaluation:

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

و عند النقر 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 .

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Activity Intolerance

☐ Nursing diagnosis:

☒ As manifested by:

- ☐ Report of fatigue or weakness
- ☐ Abnormal heart rate or blood pressure
- ☐ Other:

☐ Goal and Outcome:
Patient will:

☐ Nursing Interventions:

☐ Evaluation:

ثم نذهب إلى زر التفعيل **As manifested by** حيث تظهر لنا مجموعة من الخيارات نختار منها ما يتناسب مع التشخيص 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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Template: Activity Intolerance

Activity Intolerance

☐ Nursing diagnosis:

☐ As manifested by:

☒ GoalGoal and Outcome:

Patient will:

☐ Identify factors that reduce activity tolerance.

☐ 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

Activity Intolerance

☐ Nursing diagnosis:

☐ As manifested by:

☐ Goal and Outcome:

Patient will:

☒ Nursing Interventions:

- ☐ Assess patient's schedule. Allow rest periods between all activities.
- ☐ Encourage person to note daily progress.
- ☐ Evaluate patient's pain and the present treatment regimen.
- ☐ Check pulse rates resting and after activity to avoid danger of too great an increase.
- ☐ Assess skin color (hands, nails, circ. lar) before and after activity.
- ☐ Relaxation training (work with pulmonary).
- ☐ Cough/deep breathe.
- ☐ Encourage fluid intake, roughage.
- ☐ Teach inhaler use.
- ☐ Sit when conversing with patient.
- ☐ Progress the activity gradually.
- ☐ Other:

☐ Evaluation:

ثم نقوم 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 .

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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.

ثم 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

Primary Care Team Unassigned

Flag

VistaWeb

Remote Data

No Postings

Last 100 Signed Notes (Total: 3)

Visit: 03/19/22 PHH

All signed notes

- Mar 19,22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE;PHYSICIAN NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaer AL-AWNEH
- Mar 07,22 ABC ANTENATAL:OB GYN H & P NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaer AL-AWNEH
- Mar 07,22 PHYSICIAN GENERAL SURGERY NOTE;SURGERY NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad thaer AL-AWNEH

LOCAL TITLE: PH
STANDARD TITLE:
DATE OF NOTE: MA
AUTHOR: AI
URGENCY:

AR-OLD MA
O TO THE
BILIAL HE

DITION ST
AL SWELLI
GIVE TILL
T MANUAL

IS MILL
TO POSTU

ESPECIALLY
TODAY THE PT DOE

- HX. OF CHRONIC
- HX. OF CONSTIP
- HX. OF HEARTBU
- HX. OF FEVER N

- NO HX. OF CHIL
OF LOSS
OF FRES
OF TRAU

DICAL HX

HTN
CATH 1 YR AGO WI

Templates Node=1 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
 - GLASGOW COMA SCALE- ADULT
 - GLASGOW COMA SCALE- PEDIATRIC
 - HANDOVER NOTE- SBAR
 - NURSING 24 HOURS URINE COLLECTION
 - NURSING COMPREHENSIVE ASSESSMENT-ADULT

لوصول 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**

New Note

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

Primary Care Team Unassigned

ROUR ALSHAK Attending: Abdelqader,Majed Mohammad Abdel Qad

Fla

Adm: 01/30/23

LOCAL TITLE:
STANDARD TITL
DATE OF NOTE:
AUTHOR:

Templates Node=9 VertScrollPos=10

- CPR NOTE-NURSE
- FOLEY'S CATHETE
- GLASGOW COMA S
- GLASGOW COMA S
- HUMPTY DUMPTY
- HANDOVER NOTE-
- NURSING BLOOD C
- NURSING BLOOD T
- NURSING FALL RIS
- NURSING 24 HOUR
- NURSING COMPRE
- NURSING COMPRE
- NURSING COMPRE
- NURSING DISCHA
- NURSING PROGRE
- NURSING PATIENT
- NURSE POST-OP NOTE
- NURSING PRESSURE ULCER -BRADEN SCALE
- PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT

Progress Note Properties

Progress Note Title: BLOODSTREAM <PRIMARY BLOODSTREAM INFECTION >
BLOODSTREAM <PRIMARY BLOODSTREAM INFECTION >

OK

Date/Time of Note: Feb 1,2023@10:22

طبيب امتياز -

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

Encounter

New Note

BASH PT: 12.6
BASH INR: 0.9
BASH PTT: 29.1
BASH Hb: 12.6
BASH PCV: 38.1
BASH RBC: 4.3

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

===== 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:

وستظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائيا.

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

 Template: NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE

☐ ===== Ministry of Health =====

Nursing Blood Products Transfusion Note

=====

Patient Name
National ID
Date of Birth
Patient Age
Patient Sex

=====

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

☒ Pre-Transfusion Vitals And Notes:

Safety Measure:

وعند النقر على زر التفقد الأمر
الطبي الخاص بنقل الدم

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

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

- ☒ - 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

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

- Ensure Initial Vital Signs Are Within Normal Limits & Do Not
Transfusion (Unless In Emergency Situations):

☐ Yes ☐ No

- 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:

...

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

☐ Blood And Blood Product Details:

☐ Intra-Transfusion Vitals and Notes:

Template: NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE

Heart Rate:

Temperature:

Blood Pressure:

Respiratory Rate:

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

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

ومن ثم يتم تحديد كمية الدم **Amount**.

☒ 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

- Amount: ml

- Order By:

-Cross Matching:

☐ Done

☐ Not Done

- 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:

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

- 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:

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

ثم نوثق اسم الطبيب الذي
تابع عملية نقل الدم.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ Intra-Transfusion Vitals and Notes:

☒ - 1st Hour:

☒ 1. ...

Heart Rate:
Temperature:
Blood Pressure:
Respiratory Rate:

☐ 2. ...

Heart Rate:
Temperature:
Blood Pressure:
Respiratory Rate:

☐ 3. ...

Heart Rate:
Temperature:
Blood Pressure:
Respiratory Rate:

☐ 4. ...

Heart Rate:
Temperature:
Blood Pressure:
Respiratory Rate:

☐ - 2nd Hour:

☐ - 3rd Hour:

☐ - 4th Hour:

Intra-transfusion vitals and notes

الحقل الثالث هو التوثيق خلال عملية نقل الدم ويتم فيها التوثيق العلامات الحيوية والملاحظات حسب السياسة المعتمدة في المستشفى وهنا تظهر لنا العلامات الحيوية يجب توثيقها حسب الاوقات المطلوبة .

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 :00
7 :05
8 :10
9 :15
10 :20
11 :25
12 :30
13 :35
14 :40
15 :45
16 :50
17 :55

Now Midnight

OK

Cancel

Template: NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE

☐ Intra-Transfusion Vitals and Notes:

☒ Adverse Reaction:

☒ 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.

Select Date/Time

September 28, 2022						
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	:00
7	:05
8	:10
9	:15
10	:20
11	:25
12	:30
13	:35
14	:40
15	:45
16	:50
17	:55

Now Midnight

OK

Cancel

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

labor comprehensive Note

No Problems Found.

No Allergy Assessment

No Immunizations Found.

No Active Medications Found

No reminders due

Due Date

No Orders Found.

No data found

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

Last 100 Signed Notes (Total: 3)

Visit: 03/19/22

Templates Node=8 VertScro

- 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 BREAST FEEDING
 - LABOR INITIAL ASSESSMENT (ADMISSION NOTE)
 - LABOR COMPREHENSIVE NOTE
 - LABOR PAIN ASSESSMENT NOTE
 - MIDWIFE POST DELIVERY NOTE (MATERNAL, NEONATE)

Labor Comprehensive Note للوصول إلى

Shared Templates نقوم بالدخول إلى قائمة

ministry of health hospital templates ثم نختار

Nursing Templates ونختار

Gynecology and Obstetrics ونختار

Encounter

New Note

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

LOCAL TITLE: TITLE: 1 R: 2 C: 3 LD 1 TH AL ON WEL PROGRESSIVE TI REDUCE IT MANU THE PAIN IS MI RELATED TO POS YEARS ESPECIAL TODAY THE PT D - HX. OF CHRON - HX. OF CONST - HX. OF HEART - HX. OF FEVER - NO HX. OF CH - NO HX. OF LO - NO HX. OF FR - NO HX. OF TR

Progress Note Properties

Progress Note Title:

ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - CHEMICALS ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - DRUG ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MACHINE ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MEDICINE ABUSE>
 ADDICTION <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - DRUG ADDICTI
 ADHERENCE <CENTRAL LINE INSERTION PRACTICES ADHERENCE
 ADIR <ADVANCE DIRECTIVE>

OK

Cancel

Date/Time of Note: Jan 9,2023@14:27

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.

The following consults are currently awaiting resolution:

Consult Request Date	Service	Procedure	
Nov 21,22 10:07	JTH GENERAL SURGERY	PENDING	0

All signed notes

- Nov 23,22 NURSING PRO
- Nov 23,22 CPR NOTE;GE
- Nov 22,22 NURSING INIT

- GYNECOLOGY AND C
- BABY DAILY ASSE
- CHANGING POSITI
- CONSCIOUS SEDA
- COUNSELING
- FOLEY'S CATHETE
- GYN NANDA
- HANDOVER NOTE
- HEALTH EDUCATIO
- LABOR INITIAL ASS
- LABOR COMPREHE
- LABOR PAIN ASSE
- MIDWIFE POST DE
- NURSERY NOTE
- NURSING BLOOD C

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

===== 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 تلقائياً.

ثم 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

C

Template: LABOR COMPREHENSIVE NOTE

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

☒ First stage:

☒ Time of labor room arrival : Jan 12, 2023

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

نذهب الى الحقول التي تتعلق بمراحل الولادة
الأربعة ونبدأ 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 والمراقبة
وفحص نبض الجنين والفحص الداخلي
والتقلصات

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

☐ Medication:

☒ I.V Fluid:

☒

☒ Nursing Care:

☒

☐ 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

☒ Complication first stage :

☐ Tachycardia

☐ Bradycardia

☐ Cord prolapsed

☐ Bleeding

☐ Other

☐ Second Stage:

☐ Third Stage:

☐ Fourth Stage:

بالإضافة الى الخانات الاخرى
التالية من المرحلة الأولى
: stage
الإجراءات والرعاية التمريضية
ومضاعفات المرحلة الأولى

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

☒ **Second Stage:**

☒ **Time :** Jan 12, 2023@11:09 ...
Type of delivery

☒ Normal vaginal
☒ Vacuum delivery
☒ Forceps delivery

☒ **Labor Out Come :**

☒ **One baby**

☐ Male ☐ Dead ☐ Alive
Weight: K g

☐ Female ☐ Dead ☐ Alive
Weight: K g

☒ **Twins**

☒ **First baby**

☐ Male ☐ Dead ☐ Alive
Weight: K g

☐ Female ☐ Dead ☐ Alive
Weight: K g

☒ **Second baby**

☐ Male ☐ Dead ☐ Alive
Weight: K g

☐ Female ☐ Dead ☐ Alive
Weight: K g

☒ **Triplets**

☒ **First baby**

☐ Male ☐ Dead ☐ Alive
Weight: K g

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

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

☐ Labor Out Come :

☒ Immediate Drying for Baby:

☐ Yes

☐ No

☒ APGAR Score:

☒ 1 Minute:

☒ color:

☐ Blue or palecolor =0

☐ Acrocyanosis =1

☐ completely =2

☒ Heart rate:

☐ Absent =0

☐ <100 minute =1

☐ >100 minute =2

☒ Reflex irritability:

☐ No response =0

☐ Grimace =1

☐ Cry or active withdrawal =2

☒ Muscle tone:

☐ Limp =0

☐ Some flexion =1

☐ Active motion =2

☒ respiration:

☐ Absent =0

☐ Weak cry hypoventilation =1

☐ Good crying =2

☒ 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 delivered

☒ 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 :

المرحلة الثالثة Third Stage بهذا الحقل تظهر لنا
مجموعة من الخيارات يتم توثيقها .

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

0

☐ 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)
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:

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

☒ Fourth Stage:

☒ Vital Signs

VITALS - NONE FOUND - 1Y

Uterus contracted: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

Are breastfeeding effective : ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

Did the patient urinated : ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

☒ Pt transfer to ward at : Jan 12,2023@11:36 ...

☒ Vaginal Bleeding:

☒ Yes

☒ Date and Time: ...

Consciousness: ...

Manifestations: ...

Severity: ☐ mild ☐ moderate ☐ severe

Estimated amount: 0 ... CC

Physician Informed: ...

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Ca

☒ Pt transfer to ward at : Jan 12, 2023@11:36 ...

☒ Vaginal Bleeding:

☒ Yes

☒ Date and Time: ...

Consciousness: ...

Manifestations: ...

Severity: ☐ mild ☐ moderate ☐ severe

Estimated amount: 0 ... CC

Physician Informed: ...

Other: ...

☒ NO

☒ Their is lab tests Result (HB,BG,RH) :

HB : ...

BG/RH factor : ...

☒ Episiotomy Assessment :

☒ Monitor The Place of Cesarean Section

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Labor Initial Assessment

(OUTPATIENT) Visit Not Selected

Primary Care Team Unassigned

VistaWeb

No Postings

444-45-

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

Appointments/Visits/Admissions

No data found

File Edit View Action Options Tools Help

1 Visit M
2 Provid

Last 100 Signed Notes (Total: 3)

< All signed notes

Templates Node=10 Vert

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
 - NURSING BLOOD GAS ANALYSIS
 - NURSING BLOOD TRANSFUSION NOTE
 - CHANGING POSITION SHEET
 - CONSCIOUS SEDATION - NURSE
 - COUNSELING
 - NURSING FALL RISK - MORSE SCALE
 - GYN NANDA
 - HANDOVER NOTE (POST DELIVERY)
 - HEALTH EDUCATION FOR BREAST FEEDING
 - LABOR INITIAL ASSESSMENT (ADMISSION NOTE)**

Encounter

New Note

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

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

All signed notes

Nov 23,22 NURSING PRO

Nov 23,22 CPR NOTE;GE

Nov 22,22 NURSING INIT

GYNECOLOGY AND C

BABY DAILY ASSE

CHANGING POSITI

CONSCIOUS SEDA

COUNSELING

FOLEY'S CATHETE

GYN NANDA

HANDOVER NOTE

HEALTH EDUCATIO

LABOR INITIAL ASS

LABOR COMPREHE

LABOR PAIN ASSE

MIDWIFE POST DE

NURSERY NOTE

NURSING BLOOD C

Progress Note Properties

Progress Note Title:

ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - CHEMICALS ABUSE>

ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - DRUG ABUSE>

ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MACHINE ABUSE>

ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MACHINE ABUSE>

ADDICTION <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MACHINE ABUSE>

ADHERENCE <CENTRAL LINE INSE

ADIR <ADVANCE DIRECTIVE>

Date/Time of Note:

Jan 9,2023@14:30

...

Author:

Haddad,Faris Srour Alshaker - طبيب امتياز

OK

Cancel

Progress Note Properties

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

The following consults are currently awaiting resolution:

Show All

Show Details

Consult Request Date	Service	Procedure	Status	# Notes
Nov 21,22 10:07	JTH GENERAL SURGERY		PENDING	0

Cover Sheet

Problems

Meds

Orders

Notes

Consults

Surgery

D/C Summ

Labs

Reports

☐ ===== 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+ ☐ 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.
وفي البداية نقوم بتعبئة اسم الزوج والعنوان
وفصيلة الدم

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

☐ ===== 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+ ☐ 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

نقوم بالنقر على زر التنفيع الخاص
patient arrival details
لإدخال البيانات الخاصة بآلية
وصول المريضة وتحتوي على مجموعة من الخيارات
المدرجة بهذا الخصوص.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

Template: LABOR INITIAL ASSESSMENT NOTE

From:

☐ Emergency department ☐ Wards ☐ Outpatient clinic ☐ Other

Triage Acuity:

Occupation:

Others:

☒ Chief Complaint

☒ Watery vaginal discharge , Time

☐ Labor pain , Time

Pain Scale :

☐ Reduce fetal movement , Time

☐ Epigastric pain , Time

☐ Blurred vision , Time

☐ Vaginal bleeding , Time

☐ Lower abdominal pain , Time

☐ 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

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

كما يوجد مربع لإضافة أية ملاحظات
 أخرى .

11 :25
 12 - :30
 13 :35
 14 :40
 15 :45
 16 :50
 17 :55

Now Midnight

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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

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

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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

 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 النقر على 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

	Visit Not Selected	Primary Care Team Unassigned	Flag	VistaWeb	No Posting
	Provider: K			Remote Data	

Active Problems	Allergies / Adverse Reactions	Recent Immunizations
Cough # Upper Respiratory Infection,Acute # Diabetes Mellitus Type II Or Unspecified With Unspecified Complications	No Known Allergies	No Immunizations Found.

Active Medications	Clinical Reminders	Due Date
Azithromycin 500mg Tab,Oral Pending Lansoprazole 30mg Cap,Oral,Ec Pending	Foot Exam For DM Retinal Exam For DM Colorectal Cancer Screening Influenza Vaccine	DUE NOW DUE NOW DUE NOW DUE NOW

للدخول إلى النموذج نقوم
بالنقر على زر **notes**
الموجود في أسفل الشاشة.

Recent Lab Results	Vitals	Appointments/Visits/Admissions
No Orders Found.	No data found	No data found

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

Visit Not Selected

Provider: HADDAD,FARIS SROUR ALSHAK

Primary Care Team Unassigned

Flag

VistaWeb

Remote Data

Last 100 Signed Notes (Total: 1)

All signed notes

Templates Node=5 VertScrollPos=0

Shared Template

MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES

NURSING TEMPLATES

PHYSICIAN TEMPLATES

ANESTHESIA

DENTISTRY

DERMATOLOGY

EMERGENCY

FAMILY MEDICINE

GENERAL PHYSICIAN

ADMISSION NOTE - ADULT

CONSENT FOR SURGERY

CONSULTANT SPECIALIST CONCLUSION AND DISCHARGE PLAN

CPR NOTE

DEATH NOTE

Encounter

New Note

Visit: 05/06/15

PHYSICIAN FOLLOW UP NOTE;PHYSICIAN OUTPATIENT NOTE;

Date	Title	Author	Location
May 0...	PHYSICIAN FOLLOW UP NOTE;PH...	Saleh,Maher You...	ZNH-INT

general physician template للوصول إلى

Shared Templates نقوم بالدخول إلى قائمة

ministry of health hospital templates ثم نختار

general physician ونختار

STANDARD TITLE: PHYSICIAN OUTPATIENT NOTE
DATE OF NOTE: MAY 06, 2015@09:06 ENTRY DATE: MAY 06, 2015
AUTHOR: SALEH,MAHER YOUNES EXP COSIGNER:
URGENCY: STATUS: COMPLETED

===== Zarga New Hospital =====
Outpatient Physician Follow Up Note

Name : حداد,فارس سرور الشاكر Age : 51
DoB : MAR 19,1964 ID : 9641014619
Sex : MALE

Allergies:
Patient has answered NKA

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

Last 100 Signed Notes (Total: 1)

[-] All signed notes

[-] May 06,15 PHYSICIAN FOLLOW UP NOTE;PHYSICIAN OUTPATIENT NOTE, 2

Templates Node=11 VertScrollPos=7

- [+] EMERGENCY
- [+] FAMILY MEDICINE
- [-] GENERAL PHYSICAIN
 - [+] ADMISSION NOTE - ADULT
 - [-] CONSENT FOR SURGERY
 - [+] CONSULTANT SPECIALIST CONCLUSION AND 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

Primary Care Team Unassigned

Attending: Abdelqader,Majed Mohammad Abdel Qad

Flag

VistaWeb

Remote Data

No Postings

Adm: 01/30/23 NURSING PROGRESS NOTES;R

LOCAL TITLE: NURSING PROGRESS NOTES

STANDARD TITLE: RN NOTE

DATE OF NOTE: FEB 01, 2023@08:01

Templates Node=8 VertScrollPos=9

GENERAL PHYSICIAN

ADMISSION NOTE

Progress Note Properties

CONSENT FOR SURGERY

CONSULTANT SPECIALIST

CPR NOTE-PHYSICIAN

DEATH NOTE

DNR NOTE

GLASGOW COMA SCALE

ICU ADMISSION REVIEW

INITIAL ASSESSMENT

MEDICATIONS REVIEW

NEONATAL DEATH REVIEW

PATIENT EDUCATION

PHYSICIAN DISCHARGE

PHYSICIAN HANDOFF

PHYSICIAN INPATIENT

PHYSICIAN PATIENT TRANSFER OUT NOTE

RESTRAIN NOTE

SOAP-GENERAL NOTE

Progress Note Title:

ICU <ICU CPAP & MV MONITORING & WEANING>
ICU CPAP & MV MONITORING & WEANING
IDENTIFICATION <INTERDISCIPLINARY CPG IDENTIFICATION AND FOLLOW-UP>
IDENTIFIED <LABORATORY-IDENTIFIED MDRO OR CDI EVENT>
INFECTION <NOSOCOMIAL INFECTION SURVEILLANCE FORM >
INFECTION <PRIMARY BLOODSTREAM INFECTION >
INFECTION <URINARY TRACT INFECTION (UTI) >

Date/Time of Note: Feb 1,2023@10:12

Author:

وعند النقر على زر التنفيع الخاص
بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة
Progress Note بعنوان
Properties
النموذج وذلك بكتابة اسم النموذج في
المربع الموجود وإختياره من النماذج
الموجودة.

808 97.9 96
153 98.4 116

BASH CREATININE: 52.9 L
3.8
M: 2.16
IUM: 5.12
: 142
E: 3.0 L

BASH PT: 12.6
BASH INR: 0.97
BASH PTT: 29.9
BASH Hb: 12.6 L
BASH PCV: 38.8 L
BASH RBC: 4.34

Encounter

New Note

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

Initial Assessment (H&P) Adults

Patient Name:
Patient Age :
Patient Sex :
National ID : 9641014619

☒ 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:

وستظهر مباشرة المعلومات عن المريض تكون مدرجة تلقائياً.

ثم نبدأ بتعبئة حقول نموذج التقييم الأولي.

وسنبدأ بتعبئة بالشكوى الرئيسية Chief Complain التي حضر من أجلها المريض الى المستشفى.

و نضغط على History of presenting illness لتعبئة تاريخ المرض الحالي.

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ History (alternate version):

☐ HEENT symptoms:

☒ General/ Neurological symptoms:

☒ ☐ No

☒ HEADACHE

☒ 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 cheekbones 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

☒ 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

☒ 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 تلقائياً الأمراض السابقة بناءً على ما تم توثيقه من قبل على برنامج حكيم في مستشفيات وزارة الصحة.

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

عند النقر على زر **surgical history** يظهر حقل فارغ لإدخال التاريخ الجراحي أو أي إجراء تداخلي سابق.

عند النقر على زر **allergies** تظهر الأدوية التي يتحسس منها المريض ومسجلة على النظام سابقاً

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 Reconciliation:

11/24/2
***** CONFIDENTIAL Medication Reconciliation SUMMARY pg. 1 **

----- 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 meds
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: 8/1/2021)
TAKE ONE CAPSULE BY MOUTH EVERY DAY

☐ Home Medications:

NON-VA MEDS - NONE FOUND

بعد الانتهاء من إدخال الحساسية
نذهب إلى حقل **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 إدراجها
بحسب ما يقوم المريض بتروييدها.

☒ 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:

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ 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 Examination:

☐ Psychosocial Assessment:

☐ Nutritional Assessment:

☐ Functional Assessment:

☐ Venous Thromboembolism Risk Factor Assessment:

☐ Initial Physician Impression:

☒ Final Diagnosis:

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 ألم و 10 ألم شديد جدا.
نقوم بتوثيق مستوى الألم للمريض بعد سؤاله.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ 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

☐ 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.

☒ Functional Assessment:

☒ Assessment:

Confined to bed: ☐ Yes ☐ No

Assistance Required: |

Feeding: ☒ Yes ☐ No

Dressing/Grooming: ☐ Yes ☐ No

Toilet/Bathing: ☐ Yes ☐ No

Ambulation: ☐ Yes ☐ No

Turning in bed: ☐ Yes ☐ No

☐ Venous Thromboembolism Risk Factor Assessment:

☐ Initial Physician Impression:

☐ Final Diagnosis:

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel



VTE Risk and Suggested Prophylaxis

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

LEGEND

ES-Elastic Stockings

IPC-Intermittent Pneumatic Compression

UFH-Unfractionated Heparin

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Days

☒ Initial Physician Impression:

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

☒ Final Diagnosis:

ثم نقوم النقر على زر **Final diagnosis** أو التشخيص النهائي للمريض حيث يظهر لنا حقل فارغ لتعبئته.

☒ Suspected abuse/neglect:

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

☒ Treatment Plan:

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

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

☐ Discharge Plan:

☐ Follow up Appointment:

☐ Education:

☐ Additional Notes:

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ 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:

ثم نقوم بالنقر على زر **Discharge Plan**
حيث تظهر قائمة بالتفاصيل المتعلقة بخطة
خروج المريض من المستشفى والتي تتكون من
سنة حقول الزامية يجب تعبئتها.

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ 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:

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

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

☒ Additional Notes:

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 No reminders due	
Recent Lab Results No Orders Found.		Vitals No data found	Appointments/Visits/Admissions No data found

للدخول إلى النموذج نقوم بالنقر
Notes على زر

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

Last 100 Signed Notes (Total: 3)

All signed notes

Shared Template

MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES

NURSING TEMPLATES

PHYSICIAN TEMPLATES

ANESTHESIA

CONSCIOUS SEDATION

EPIDURAL STEROID INJECTION

GENERAL PHYSICIAN NOTE

INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

PRE ANESTHESIA ASSESSMENT

PREOPERATIVE ANESTHESIOLOGY LABORATORIES GUIDELINES

RECOVERY ANESTHESIA NOTE

RESPIRATORY THERAPY ASSESSMENT AND MONITORING NOTE

DENTISTRY

DERMATOLOGY

EMERGENCY

FAMILY MEDICINE

GENERAL PHYSICIAN

1. للوصول إلى **Pre-anaesthesia assessment**

نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates

ثم نختار ministry of health hospital templates

ونختار physician templates

ونختار anaesthesia

Encounter

New Note

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

Primary Care Team Unassigned

< Attending: Abdelqader,Majed Mohammad Abdel Qad

Flag

VistaWeb

Remote Data



No Pos

Templates Node=5 VertScrollPos=0

Shared Template

MINISTRY OF HEALTH HO

NURSING TEMPLATES

PHYSICIAN TEMPLATES

ANESTHESIA

CENTRAL LINE INS

CONSCIOUS SEDA

EPIDURAL STEROI

GENERAL PHYSIC

INTRA OPERATIVE

PRE ANESTHESIA

PREOPERATIVE AN

RECOVERY ANEST

RESPIRATORY THI

DENTISTRY

DERMATOLOGY

EMERGENCY

FAMILY MEDICINE

GENERAL PHYSICIAN

Progress Note Properties

Progress Note Title: PRE <PRE-ANESTHESIA ASSESSME

PRE <PRE-ANESTHESIA ASSESSMENT SHEET>

PRE-ANESTHESIA ASSESSMENT SHEET

PRIMARY <PRIMARY BLOODSTREAM INFECTION >

PRIMARY BLOODSTREAM INFECTION

PROCEDURE <AUDIOMETRY PROCEDURE NOTE>

PROCEDURE <BIOMETRY PROCEDURE NOTE>

PROCEDURE <EEG TECHNICIAN PROCEDURE NOTE >

Date/Time of Note: Feb 1,2023@08:24

Author:

وعند النقر على زر التنفيع 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.

Encounter

New Note

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

☒ ===== 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 التنفيل الخاص **Pre Aesthesia Assessment** فتظهر الحقول الرئيسية.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ ===== 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.

☒ **History of Present Illness:**

☐ **Neurologic :**

☐ Negative ☐ Seizures ☐ Elevated ICP ☐ Allergic
☐ Altered MS GCS ☐ Chronic Pain ☐ History of
☐ 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 بفحصها.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ Surgical History:

☒ History of (Post-Operative Nausea & Vomiting):

☒

☐ Yes

☐ No

☒ Family History:

☒ IS thier a family history of problem with anesthesia ? * ☐ Yes ☐ No

☒ Social Habits:

☒ ☐ Negative ☐ ETOH ☐ Herbals ☐ Drugs ☐ Tobacco

☒ Medications:

☒

Active Outpatient Medications (including Supplies):

No Medications Found

☐ Allergy:

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**

وعند النقر على زر التفعيل الخاص في الأدوية **Medication** تظهر تلقائيا.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ Allergy:

ALLERGIES/ADVERSE REACTIONS: NONE FOUND

☒ Physical Assessment:

☒ Cardiac:

☒ Pulmonary:

☒ Neuro:

☒ Regional Site:

☒ Other:

☒ Blood Availability:

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

نغسل زر الحساسية بالنقر عليه **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 بتقييمها.

☒ Blood Availability:

☐ T&S SENT

☐ Yes

☐ No

Autog:

Units

☒ Airway:

☐ History of Intubation?

☐ Yes

☐ No

ASA Class: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

☐ HMD:

cm

neck ROM:

Dentition/Prognath:

/

☒ Mallampati score: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

☐ Other:

☒ Laboratory Results:

☒ LAB RESULTS LAST 48 HRS - NONE FOUND

☐ Other Assessment:

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 ROM . 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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

☒ **Labratory Results:**

☒ **LAB RESULTS LAST 48 HRS - NONE FOUND**

☒ **Other Assessment:**

☐ **LINES**

☐ **CXR:**

☐ **EKG:**

☒ **Other Studies and Findings:**

☒ **Anesthesia Plan:**

☒ **ASA Class: ***

Type Of Anesthesia:

PLAN:

☒ **I have discussed the anesthetic plan with DR:**

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

وعند النقر على 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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Car

Pre-operative checklist

##### (OUTPATIENT) 444-45-28429 May 08 1988 (34yr)	Visit Not Selected Provider: HADDAD.FARIS SROUR ALSHAKER	Primary Care Team Unassigned	Flag	VistaWeb Remote Data		No Postings
--	--	------------------------------	------	-------------------------	--	-------------

Allergies No Allergies Found.	Reactions No Allergy Assessment	Recent Immunizations No Immunizations Found.
----------------------------------	------------------------------------	---

Active Medications No Active Medications Found	Clinical Reminders No reminders due	Due Date
---	--	----------

Recent Lab Results No Orders Found.	Vitals No data found
--	-------------------------

للدخول الى النموذج نقوم بالضغط على زر **Notes** الموجود في أسفل الشاشة.

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

444
 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE:PHYSICIAN NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad th
 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE
 : PHYSICIAN NOTE
 MAR 19, 2022@15:56 ENTRY DATE: MAR 19, 2022@15:56:51
 AL-AWNEH,AJWAN AHMA EXP COSIGNER:
 STATUS: COMPLETED

Primary Care Team Unassigned

Flag

VistaWeb
 Remote Data

No Postings

PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE:PHYSICIAN NOTE, PHH EMERGENCY, ajwan ahmad th
 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE
 : PHYSICIAN NOTE
 MAR 19, 2022@15:56 ENTRY DATE: MAR 19, 2022@15:56:51
 AL-AWNEH,AJWAN AHMA EXP COSIGNER:
 STATUS: COMPLETED

URGENCY:

STATUS: COMPLETED

A 70 YEAR-OLD MALE PT, HEAVY SMOKER, KNOWN CASE OF HTN AND DM
 ADMITTED TO THE SURGICAL FLOOR VIA ER AS A CASE OF IRREDUCIBLE
 PARA-UMBILICAL HERNIA.

THE CONDITION STARTED 1 YEAR AGO WHEN PT STARTED TO COMPLAIN OF SMALL PARA-
 UMBILICAL SWELLING WHICH STARTED SUDDENLY AND BECAME MORE
 PROGRESSIVE TILL 2 DAYS AGO WHEN IT
 REDUCE IT MANUALLY, THIS CONDITION
 THE PAIN IS MILD, LOCALIZED TO THE
 RELATED TO POSTURE, THE PT HAS A
 YEARS ESPECIALLY AFTER MEALS.
 TODAY THE PT DOESN'T HAVE CONSTI

- HX. OF CHRONIC COUGH
 - HX. OF CONSTIPATION OCCASIONAL
 - HX. OF HEARTBURN AND FREQUENT
 - HX. OF FEVER NOT DOCUMENTED
 - NO HX. OF CHILLS OR RIGORS
 - NO HX. OF LOSS OF WEIGHT
 - NO HX. OF FRESH BLOOD PER RECTUM
 - NO HX. OF TRAUMA

PAST MEDICAL HX :

THE CONDITION STARTED 1 YEAR AGO
 UMBILICAL SWELLING WHICH
 PROGRESSIVE TILL 2
 REDUCE IT MANUALLY
 THE

- HX. OF CHRONIC COUGH
 - HX. OF CONSTIPATION OCCASIONAL
 - HX. OF HEARTBURN AND FREQUENT VO
 - HX. OF FEVER NOT DOCUMENTED
 - NO HX. OF CHILLS OR RIGORS
 - NO HX. OF LOSS OF WEIGHT
 - NO HX. OF FRESH BLOOD PER RECTUM, NO HX. OF MELENA.
 - NO HX. OF TRAUMA

PAST MEDICAL HX :

HTN
 CATH 1 YR AGO WITH NORMAL RESULTS

PAST SURGICAL HX :

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
 - 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
 - GLASGOW COMA SCALE- ADULT
 - GLASGOW COMA SCALE- PEDIATRIC
 - HANDOVER NOTE- SBAR
 - NURSING 24 HOUR URINE COLLECTION
 - NURSING PROGRESS NOTE
 - NURSING PATIENT TRANSFER NOTE
 - PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
 - PALLIATIVE CARE ASSESSMENT FORM
 - PATIENT EDUCATION NOTE
 - POST CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST
 - POST OPERATIVE NOTE
 - PRE CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST
 - PRE OPERATIVE CHECKLIST
 - PRESSURE ULCER PREVENTION, ASSESSMENT & MANAGEM
 - RESTRAIN NOTE
 - NANDA (NURSING CARE PLAN)
 - OR NURSE
 - PHYSICIAN TEMPLATES
 - SPECIAL UNITS
 - MINISTRY OF HEALTH SMART TEMPLATES
 - COMPREHENSIVE CENTER TEMPLATES
 - PRIMARY HEALTH CENTER TEMPLATES
 - Ahu Nasir Comprehensive Center

Encounter

New Note

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

للوصول إلى **Pre-Operative Checklist**
 نقوم بالدخول إلى قائمة Shared Templates
 ثم نختار ministry of health hospital templates
 ونختار nursing templates
 ونختاره من قائمة medical/ surgical

Primary Care Team Unassigned

Attending: Abdelqader, Majed Mohammad Abdel Qad

Flag

Adm: 01/30/23

Templates Node=25 VertScrollPos=16

LOCAL TITLE
STANDARD TITLE
DATE OF NOTE
AUTHOR

NURSING BLOOD GASES NOTE

NURSING BLOOD T

NURSING FALL RIS

NURSING 24 HOUR

NURSING COMPRE

NURSING COMPRE

NURSING COMPRE

NURSING DISCHARGE

NURSING PROGRE

NURSING PATIENT

NURSE POST-OP N

NURSING PRESSU

PAIN ASSESSMENT

PALLIATIVE CARE

PATIENT EDUCATION

POST CARDIAC CA

PRE CARDIAC CATHETERIZATION CHECKLIST

PRE OPERATIVE CHECKLIST

RESTRAIN NOTE

Progress Note Properties

Progress Note Title:

PAIN <PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT >
PAIN ASSESSMENT & MANAGEMENT
PARTUM <MOTHERHOOD POST PARTUM MIDWIFE NOTE>
PATIENT <INTERDISCIPLINARY FAMILY/PATIENT EDUCATION NOTE>
PATIENT <PATIENT EDUCATION NOTE>
PATIENT <PATIENT LEAVE NOTE>
PATIENT <PATIENT NO SHOW>

OK

Cancel

Date/Time of Note: Feb 1, 2023@10:55

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

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

Ministry of Health

Pre-Operative Checklist

Patient Name: ابو-يحيى, زكريا محمد احمد

Patient Age : 28

Patient Sex : MALE

National ID : 994-10-34461

- Operation Name:

- Operation indication:

- Allergies:

No Allergy Assessment

- Medical & Surgical History:

- Medications History:

تظهر مباشرة المعلومات المريض تكون مدرجة تلقائيا.

Pre-Operative Checklist

من خلال ادخال البيانات الخاصة بالمريض في المربع الخاص لكل منها والتي تبدأ بادخال اسم العملية

وسبب اجرائها

وتقييم التحسس

التاريخ المرضي والجراحي

وتنتهي بادخال العلامات الحيوية

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

No Allergy Assessment

- Medical & Surgical History:

- Medications History:

Active Inpatient Medications (Prescribed by Hospital or Outside Supplier)

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:

تكملة ادخال المعلومات التالية:
التاريخ الطبي والجراحي
وتنتهي بادخال العلامات الحيوية

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

Template: PRE OPERATIVE CHECKLIST

☒ Pre - Operative Checklist:

☐ Patient ID wrist band
Consent form signed

☐ Done ☐ Not-Done

Pre-OP ECG available

☐ Done ☐ Not-Done

Pre-OP Lab results available

☐ Done ☐ Not-Done

Pre-OP Radiology results available

☐ Done ☐ Not-Done

Physicians notified about abnormal results

☐ Done ☐ Not-Done

Dentures/ bridge taken out of mouth

☐ Done ☐ Not-Done

Jewelry & valuables removed

☐ Done ☐ Not-Done

Nail polish removed

☐ Done ☐ Not-Done

Contact lens, glasses, prosthetics removed

☐ Done ☐ Not-Done

NPO since?

...

Pre-OP medications given
and given by:

☐ Done ☐ Not-Done ☐ N/A

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:

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 مطابقة يوجد خيار N/A .

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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
Surgical site prepared	☐ Done	☐ Not-Done
Surgical site Marking	☐ Done	☐ Not-Done
Enema given	☐ Done	☐ Not-Done
Bathing done	☐ Done	☐ Not-Done
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 بتنفيذ
زر طلب الدم للمريض **blood unit requested**
ونقوم بتعبئة حقولها
بالكامل

Intraoperative Anesthesia Report

Last 100 Signed Notes (Total: 3)

All signed notes

Templates Node=3 VertScrollPos=0

- Shared Template
 - MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL TEMPLATES
 - NURSING TEMPLATES
 - PHYSICIAN TEMPLATES
 - ANESTHESIA
 - CONSCIOUS SEDATION
 - EPIDURAL STEROID INJECTION
 - GENERAL PHYSICAIN NOTES
 - INTRA OPERATIVE ANESTHESIA**
 - PRE ANESTHESIA ASSESS
 - PREOPERATIVE ANESTHESIA
 - RECOVERY ANESTHESIA NOTE
 - RESPIRATORY THERAPY ASSES
 - DENTISTRY
 - DERMATOLOGY
 - EMERGENCY
 - FAMILY MEDICINE
 - GENERAL PHYSICAIN

لوصول 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 بالضغط على زر
.Notes

Encounter

New Note

Cover Sheet

Problems

Meds

Orders

Notes

Consults

Surgery

D/C Summ

La

Shared Template

MINISTRY OF HEALTH HOS

 NURSING TEMPLATES

- PHYSICIAN TEMPLATES

ANESTHESIA

CENTRAL LINE INS

CONSCIOUS SEDATION

☒ EPIDURAL STEROID

GENERAL PHYSIO

GENERAL PHYSICS

INTRA OPERATIVE

  PRE ANESTHESIA

PREOPERATIVE AN

  RECOVERY ANEST

 RESPIRATORY TH

 DENTISTRY

  DERMATOLOGY

 EMERGENCY

EMERGENCY
FAMILY MEDICINE

 FAMILY MEDICINE
 GENERAL PHYSICS

4. **GENERAL INFORMATION**

Progress Note Properties

Progress Note Title: INTRAOPERATIVE <INTRAOPERATIVE ANESTHESIA ASSESSMENT>

PERIOPERATIVE <INTRAOPERATIVE ANESTHESIA ASSESSMENT>

INTRAOPERATIVE ANESTHESIA ASSESSMENT

KILL ≤ PAIN RECORD FLAG CATEGORY II - KILL ≥

LABORATORY-IDENTIFIED MDRB OR CDLE EVENT>

LABORATORY IDENTIFIED MDRB OR CDE EVENT

LEAVE <PATIENT LEAVE

LIST <RESPIRATORY CHECK

Date/Time of Note: Feb 1, 2023@10:42

[illegible]

OK

Cancel

وعند النقر على زر التفعيل الخاص بالنموذج الذي تم اختياره تظهر نافذة

Progress Note صغيرة بعنوان

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 =====

Intraoperative Anesthesia Report

=====

Patient Name:

Patient Age :

Patient Sex :

National ID :

Marital Status:

=====

☐ Pre Anesthesia Immediate Evaluation

=====

☐ Intraoperative Anesthesia Record:

=====

تظهر مباشرة المعلومات المتعلقة المريض وتكون مدرجة تلقائياً.

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

All

None

* Indicates a Required Field

☐ ===== 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 ☐ Local

Pre-Operation Check:

-ECG Chart Available : ☐ Yes ☐ No

All

None

* Indicates a Required Field

للدخول على تقييم ما قبل البدء بالتخدير
نقوم بالنقر على زر التفعيل 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

ونقوم بتحديد نوع التخدير المستخدم

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

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:
-Rhythm:

نقوم تعبئة وإدخال القراءات ما قبل العملية.

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

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

Anesthesia Type: *

History Of Anesthesia: * ☐ Yes ☐ No

☒ Vitals:

VITALS - NONE FOUND - 1Y

PRINCIPAL PROCEDURE: NO INFORMATION FOUND

Diagnosis:

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

- | | | |
|---|----------|-------------------|
| 1. Cough | 08/08/22 | ABABNEH, TAREQ MA |
| 2. Upper respiratory infection, acute | 05/19/19 | BADRAN, MOHAMMAD |
| 3. Diabetes Mellitus Type II or unspecified with unsp | 05/06/15 | SALEH, MAHER YOUN |

ATTEND SURG: NO INFORMATION FOUND

ASA Class:

*

Airway:

History of Intubation?

* ☐ Yes ☐ No

Mallampati Score:

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

ثم تعبئة نوع التخدير بالنقر على إحدى الخيارات و يتم ادخال التاريخ الخاص بالتخدير .

ويمكن إضافة أي ملاحظات في مربع الفارغ .

وعند تفعيل زر العلامات الحيوية والتشخيص يدرج تلقائيا مجموعة من الخيارات يجب ملؤها وتعبئتها .

وتحديد نظام التصنيف المستخدم باختيار ما يتوافق مع حالة المريض.

Anesthesia Type: *

 History Of Anesthesia

 General Anesthesia
 Regional Block Anesthesia

☒ Vitals:

 VITALS - NONE FOUND

PRINCIPAL PROCEDURE: NO INFORMATION FOUND

Diagnosis:

Problem List - Active - NONE FOUND

ATTEND SURG: NO INFORMATION FOUND

ASA Class:

*

Airway:

History of Intubation?

*☐ Yes ☐ No

Mallampati Score:

All

None

* Indicates a Required Field

ثم تعبئة نوع التخدير بالنقر على إحدى الخيارات و يتم ادخال التاريخ الخاص بالتخدير .

ويمكن إضافة أي ملاحظات في مربع الفارغ.

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

وتحديد نظام التصنيف المستخدم باختيار ما يتوافق مع حالة المريض.

Airway:

History of Intubation?

*☐ Yes ☐ No

Mallampati Score:

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

☒ Review Of Systems:

Cardiovascular:

Respiratory:

☒ Gastrointestinal:

☒ Genitourinary:

☐ Musculoskeletal:

☐ Neurological:

☐ Endocrine:

☐ Hematologic/Lymphatic:

☐ History Of PONV:

Review the system ولادخال تقييم اجهزة الجسم
نقوم بالنقر على زر التفعيل لتعبئة جميع الحقول بما
يتناسب مع فحص المريض ووضعها 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 Outpatient Medications (including Supplies):

No Medications Found

☒ Pertinent Laboratory Results:

INVALID LRDFN - CANNOT ACCESS LAB DATA

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

☒ Plan / Comment:

نقوم بتعبئة التاريخ المرضي الخاص بالغثيان والاستفراغ ما بعد العملية
ومن ثم تعبئة الحقل الخاص ب حدوث التحسس.

ويتم تعبئة خانة الادوية.
اذا كان المريض على علاج معبئ قديم او جديد
يدرج تلقائيا.
وبعدها ننقل 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.

All

None

* Indicates a Required Field

Pre

☒ Intraoperative Anesthesia Record:

☒ Anesthesiology Specimen

Anesthesiology Resident: _____

Procedure Name: _____

Machine checkout: YES

Anesthesia start: Nov 29, 2022@15:15

Anesthesia ready: Nov 29, 2022@15:15

Surgery start: Nov 29, 2022@15:15 ...

Airway and circuit:

☐ circle ☐ semiopen

Mask: _____ LMA#: _____

Airway: ☐ oral ☐ nasal

☐ Direct

Laryngeal blade # _____

View grade: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

☐ Blind ☐ Awake ☐ Fiberoptic

ETT: ☐ Yes ☒ NO

Type: _____

Size: _____

Length: _____

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

لتعبئة اجراءات التخدير خلال العملية

Intra Operative Anesthesia Record

نبدأ بادخال:

- اسم الاختصاصي.
- ومقيم التخدير.
- واسم الاجراء (العملية).
- وتعبئة جميع الخانات المدرجة في هذا الحقل.

Anesthesia ready: Nov 29, 2022@15:15 ...

Surgery start: Nov 29, 2022@15:15 ...

Airway and circuit:

☐ circle ☐ semiopen

Mask: LMA#:

Way: ☐ oral ☐ nasal

☐ D

Laynge #

View gra ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

☐ Blind ☐ A ☐ fiberoptic

ETT: ☐ Yes ☒ No

Type: Size:

Size: Length:

Elective

NPO since:

☐ Medications:

Preoperative Prophylactic :*

Date & Time :

☐ Vitals and Periodic Measurements:

☐ IV Fluids Given During Procedure:

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

airway and circuit وعند

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

بالإضافة الى ادخال مدة صيام المريض للعملية في خانة NPO Since.

Elective ☐

NPO since:

☒ Medications:

Preoperative Prophylactic :*

Date & Time :

...

☒ Medication:

Route: Propofol
 site : Thiopental
 Dose : Atracurium
 Time of adm Cisatracurium

0, 2022@0

☒ Medication:

Route: Fentanyl
 site : Remifentanyl
 Dose : Morphine
 Time of adm Xylocaine
 Bupivacaine
 Neostigmine

0, 2022@09:00

...

☒ Medication:

Route:
 site :
 Dose :

Time of administration: Nov 30, 2022@09:00

...

☐ Medication:

Route:

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

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

. Preoperative prophylactic

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

Template: INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

Time of administration: NOV 30, 2022@09:00

☒ Vitals and Periodic Measurements:

☒ Period:

☒ Period (1):

☐ Nov 30, 2022@09:19

SBP:

DBP:

MBP:

Temp (C):

O2sat:

ETCO2:

Pulse (/min):

RR (/min):

O2 (L/min):

N2O (L/min):

Isoflurane (vol%):

Sevoflurane (vol%):

Halothane (vol%):

CVP:

B:

ECG:

Rhythm:

Level of consciousness (L)

☐ Alert

☐ Verbal

☐ pain

☐ unresponsive

☐ Period (2):

☐ Period (3):

☐ Period (4):

☐ Period (5):

☐ Period (6):

☐ Period 7:

☐ Period (8):

☐ Period (9):

☐ Period (10):

☐ Period (11):

☐ Period (12):

تم نقوم بالنقر على زر التنفيل 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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

☒ IV Fluids Given During Procedure:

☒ Fluid:
 amount: start time: Nov 30,2022@09:30 ...

Fluid:
 D5W
 Dextrose 5%
 Dextrose 10%
 Dextrose 25%
 Dextrose 4.3% / NaCl 0.8%
 Dextrose 5% / NaCl 0.45%
 Dextrose 5% / NaCl 0.9%
 Ringer's Lactate
 NaCl 0.45%
 NaCl 0.9%

Fluid: time: Nov 30,2022@09:30 ...

Fluid: time: Nov 30,2022@09:30 ...

Fluid: amount: start time: Nov 30,2022@09:30 ...

Total Fluids given:

☐ Blood Products:

☐ Recovery:

All None * Indicates a Required Field Preview

ولادخال السوائل الوريدية التي تم اعطائها خلال العملية نقوم
 بتفعيل زر IV fluids given during procedure
 وتعبئتها في الخانات المخصصة لها.

Template: INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

☒ Blood Products:

☒ Blood group:

Rh factor:

Hb:

Patient's height:

Patient's weight:

Number of
blood unit given

Type	Unit Num.	Amount Given	Start	End
1.				
No Whole blood			, 2022@09:42	ml
2.				
No Packed red blood cells			, 2022@09:42	ml
3.				
No Platelets			, 2022@09:42	ml
4.				
No Fresh frozen plasma			, 2022@09:42	ml
5.				
No Cryoprecipitate			, 2022@09:42	ml
6.				
No			, 2022@09:42	ml
7.				
No			, 2022@09:42	ml

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

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

Template: INTRA OPERATIVE ANESTHESIA REPORT

Total blood loss:

☒ Recovery:

☒ Surgery end: Jan 12, 2023@10:06 ...

sedation end: Jan 12, 2023@10:06 ...

Complications during management:

Complications immediate post-procedure:

Doctor's recommendation:

Patient discharged to:

RECOVERY
ICU
WARD
CCU

Patient second Movement

☐ Vitals and Periodic Measurements:

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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 بعد العملية
ويتم تحديد القسم الذي سيتم اخراج المريض اليه.

Nursing Surgical Safety Checklist

Primary Care Team Unassigned

Flag

VistaWeb

Remote Data



No Postings

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

Visit: 03/19/22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE:PHYSICIAN NOTE

A 70 YEAR-OLD MALE PT, HEAVY SMOKER, KNOWN CASE OF HTN AND DM
ADMITTED TO THE SURGICAL FLOOR VIA ER AS A CASE OF IRREDUCIBLE
PARA-UMBILICAL HERNIA.

THE CONDITION STARTED 1 YEAR AGO WHEN PT STARTED TO COMPLAIN OF SMALL
UMBILICAL SWELLING WHICH STARTED SUDDENLY WHILE COUGHING, REDUCIBLE,
PROGRESSIVE TILL 2 DAYS AGO WHEN IT BECAME LARGER AND PAINFUL WITH DI
REDUCE IT MANUALLY, THIS CONDITION HAPPENED AFTER HAVING CONSTIPATION
THE PAIN IS MILD, LOCALIZED TO THE UMBILICAL AREA, STABING IN NATURE,
RELATED TO POSTURE, THE PT HAS A HX OF HEARTBURN AND FREQUENT VOMITIN
YEARS ESPECIALLY AFTER MEALS.

TODAY THE PT DOESN'T HAVE CONSTIPATION OR VOMITING.

- HX. OF CHRONIC COUGH
- HX. OF CONSTIPATION OCCASIONALLY
- HX. OF HEARTBURN AND FREQUENT VOMI
- HX. OF FEVER NOT DOCUMENTED

- NO HX. OF CHILLS OR RIGORS
- NO HX. OF LOSS OF WEIG
- NO HX. OF BLOOD PER RECTUM, NO HX. OF MELENA.
- NO HX. OF TRAUMA

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

/Templates

Encounter

New Note

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

Primary Care Team Unassigned

Flag

VistaWeb

Remote Data

No Postings

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

Visit: 03/19/22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE;PHYSICIAN NOT

LOCAL TITLE: PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY EMERGENCY NOTE

STANDARD TITLE: PHYSICIAN NOTE

DATE OF NOTE: MAR 19, 2022@15:56

ENTRY DATE: MAR 19, 2022@15:56:5

AUTHOR: AL-AWNE

URGENCY:

A 70 YEAR-OLD MALE
ADMITTED TO THE SU
PARA-UMBILICAL HERN

THE CONDITION STAR
UMBILICAL SWELLING
PROGRESSIVE TILL
REDUCE IT M
THE PAIN
REL

ALLY AB
THE PT DOESN'T

- HX. OF CHRONIC COUGH
- HX. OF CONSTIPATION OCCASIONALLY
- HX. OF HEARTBURN AND FREQUENT VOMITING
- HX. OF FEVER NOT DOCUMENTED

- NO HX. OF CHILLS OR RIGORS
- NO HX. OF LOSS OF WEIGHT
- NO HX. OF FRESH BLOOD PER RECTUM, NO HX. OF MELENA.
- NO HX. OF TRAUMA

Templates Node=3 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
 - SURGICAL SAFETY CHECKLIST**
 - PHYSICIAN TEMPLATES

Encounter

New Note

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

ل 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

ل للوصول الى المطلوب .

☐ 📁 All signed notes

- ☐ Nov 23,22 NURSING PRO
- ☐ Nov 23,22 CPR NOTE:GE
- ☐ Nov 22,22 NURSING INIT

☐ 📁 NURSING TEMPLATES

- ☐ 📁 CRITICAL CARE UNIT
- ☐ 📁 CRITICAL CARE UNIT
- ☐ 📁 ER NURSE
- ☐ 📁 GYNECOLOGY AND C
- ☐ 📁 MEDICAL / SURGICAL
- ☐ 📁 NANDA (NURSING CA
- ☐ 📁 OR NURSE
- ☐ 📁 FOLEY'S CATHETE
- ☐ 📁 NURSING SURGIC
- ☐ 📁 PAIN ASSESSMEN
- ☐ 📁 PATIENT EDUCATIO
- ☐ 📁 RECOVERY ROOM
- ☐ 📁 PHYSICIAN TEMPLATES
- ☐ 📁 SPECIAL UNITS

Progress Note Properties

Progress Note Title:

ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - CHEMICALS ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - DRUG ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MACHINE ABUSE>
 ABUSE <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - MEDICINE ABUSE>
 ADDICTION <PATIENT RECORD FLAG CATEGORY II - DRUG ADDICTI
 ADHERENCE <CENTRAL LINE INJECTION PRACTICES ADHERENCE
 ADIR <ADVANCE DIRECTIVE>

OK

Cancel

Date/Time of Note: Jan 9,2023@14:50 ...

Author: Haddad,Faris Srou Alshaker - طبيب امتياز

The following consults are currently awaiting resolution:

Consult Request Date	Service	Procedure
Nov 21,22 10:07	JTH GENERAL SURGERY	

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

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

☒ ===== Ministry of Health =====

Surgical Safety Checklist

=====

Patient Name: _____

Patient Age: _____

Patient Gender: _____

National ID: _____

=====

☐ Sign In (Before anesthesia induction)

☐ Time Out (Before skin incision)

☐ Operation Count List:

☐ Sign out (Before patient leaves operating room)

تظهر مباشرة معلومات المريض وتكون مدرجة تلقائياً.

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

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Template: SURGICAL SAFETY CHECKLIST

☒ ===== Ministry of Health =====

Surgical Safety Checklist

=====

Patient Name

Patient Age:

Patient Gender:

National ID:

=====

☒ Sign In (Before anesthesia induction)

☐ - Patient has confirmed
☐ identity ☐ site ☐ procedure ☐ consent

☐ - Marking:
☒ site marked ☒ not applicable

☐ - Safety
☐ anesthesia safety check completed

☐ Pulse Oximetry
☐ pulse oximetry on patient and functioning

☐ Time Out (Before skin incision)

☐ Operation Count List:

☐ Sign out (Before patient leaves operating room)

نبدأ بتعبئة حقل ما قبل البدء بالتخدير وذلك بالتأكد من:
- المريض.

- العلامة الخاصة بموقع العملية.

- السلامة (تعبئة قائمة تفقد سلامة التخدير).

- جاهزية جهاز قياس النبض.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

☒ ===== Ministry of Health =====

Surgical Safety Checklist

Patient Name: /,
Patient Age: 34,
Patient Gender:
National ID: 44% % % % %
=====

☐ 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 Gende
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)

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

Template: SURGICAL SAFETY CHECKLIST

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

Surgical Safety Checklist

Patient Name:

Patient Age: 3

Patient Gender

National ID: 4

☐ 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 والآخر هو تعبئة حقل ما قبل مغادرة المريض غرفة العمليات.

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

##### (OUTPATIENT)	Visit Not Selected	Primary Care Team Unassigned	Flag	VistaWeb	No Postings
444-45-28429	May 08, 1988 (34yr)	Provider: HADDAD, FARIS SROUR ALSHAK	Remote Data		

Active Problems	Allergies / Adverse Reactions	Recent Immunizations
No Problems Found.	No Allergy Assessment	No Immunizations Found.

Active Medications	Clinical Reminders	Due Date
No Active Medications Found	No reminders due	

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

Recent Lab Results	Vitals	Appointments/Visits/Admissions
No Orders Found.	No data found	No data found

Last 100 Signed Notes (Total: 3)

[-] All signed notes

- [-] Mar 19,22 PHH PHYSICIAN GENERAL SURGERY NOTE;SURGERY NOTE, PHH EMERGENCY
- [-] 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 EMERGENCY

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**

Recovery Room Assessment-Nurse للوصول إلى

Shared Templates نقوم بالدخول إلى قائمة

ministry of health hospital templates ثم نختار

nursing Templates ونختار

OR Nurse ونختار

Encounter

New Note

Cover 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 NOT
AUTHOR

Templates Node=4 VertScrollPos=24

- NURSING PROGRESS NOTES
- NURSING PATIENT
- NURSE POST-OP N
- NURSING PRESSU
- PAIN ASSESSMENT
- PALLIATIVE CARE
- PATIENT EDUCATIO
- 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 <RECOVERY ANESTHESIA NOTE>

RECOVERY <RECOVERY ANESTHESIA NOTE>

RECOVERY ANE

REG <UJO PATIENT RE

REPORT <NEEDLE STICK AND

REPORT <RADIOLOGY REPORT>

RESPIRATORY <RESPIRATORY CHECK LIST>

RESPIRATORY <RESPIRATORY THERAPY ASSESSMENT>

Date/Time of Note: Feb 1, 2023@09:16

طبيب امتياز - ٣

OK

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 PTT: 29
BASH Hb: 12
BASH PCV: 38
BASH RBC: 4

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

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

Recovery Room Assessment- Nurse

Patient Name: /
 Patient Age: 34
 Patient Gender:
 National ID: 44

Recovery Room Assessment:

☒ Patient arrivaed to recovery room at

Patient discharged from recovery room at

Anesthesia Techniaa:

Comments:

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

☒ vital sign:

☒ Date & Time:

- O2 Sat:

 - B/P:

 - P:

 - R&R:

 - Tem:

 - LOC : ☐ Alert ☐ Verbal ☐ pain ☐

☐ Date & Time:

- O2 Sat:

 - B/P:

 - P:

 - R&R:

 - Tem:

 - LOC : ☐ Alert ☐ Verbal ☐ pain ☐ unresponsive

☐ Date & Time:

- O2 Sat:

 - B/P:

 - P:

 - R&R:

 - Tem:

 - LOC : ☐ Alert ☐ Verbal ☐ pain ☐ unresponsive

☐ Date & Time:

- O2 Sat:

 - B/P:

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

- 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:

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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

Select Date

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	↑	:00	↑
7		:05	
8		:10	
9		:15	
10		:20	
11		:25	
12	—	:30	
13		:35	
14		:40	
15		:45	
16		:50	
17	↓	:55	↓

Now

Midnight

OK

Cancel

Template: RECOVERY ROOM ASSESSMENT- NURSE

☒ Post Anesthesia Recovery Score (Aldrete 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, other

☐ cyanotic = 0

☐ Total Score: _____

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

Discharge Comments: _____

ومن ثم نذهب الى خانة تقييم درجة افاقة المريض من التخدير (post anesthesia recovery – Aldrete Score) الذي يتم تقييمه 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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

C

Template: Recent Room Assessment: None

☒ Dressing Assessment:

☒ Drains:

☒ RV-Drain:

+ve pressure fluid assessment: Blood

-ve pressure fluid assessment:

HV-Drain:

+ve pressure fluid assessment: Pus

-ve Pressure fluid assessment:

Chest Drain:

right fluid assessment: Clear

lift fluid assessment:

bilateral fluid assessment:

Blood
Clear
Pus

☐ Tubes:

☐ Lines:

☐ Medications\Analgesia:

☐ - Notes:

Anesthesia: discharge patient to

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

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

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

☒ 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 التنفيل **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

☒ 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	Sa
		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

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 توقيتها.

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

ثم الحقل Notes الذي يوجد فيه مربع لإضافة اية ملاحظات.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview

OK

Cancel

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:

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.

All

None

* Indicates a Required Field

Preview