

जिला अस्पताल के लिए मानक संचालन प्रक्रिया— उत्तर प्रदेश

एस.ओ.पी. गहन देखभाल इकाई



क्वालिटी अशोरेन्स डिवीजन

एस.पी.एम.यू. एन.एच.एम, उत्तर प्रदेश

इंटेंसिव केयर यूनिट के उद्देश्य

- 1— भर्ती रोगियों को कुशल, दक्ष स्टाफ द्वारा उचित देखभाल प्रदान करना और व्यक्तिगत ध्यान देना।
- 2— सभी डॉक्टरों, गहन चिकित्सकों और आईसीयू स्टाफ का प्रशिक्षण और डॉक्यूमेंटेशन।
- 3— सुरक्षित और प्रभावी विसंक्रमीकरण और फ्युमिगेशन प्रक्रिया।
- 4— डॉक्टरों नर्सों और आईसीयू स्टाफ के बीच समन्वय में सुधार।
- 5— आईसीयू में उपलब्ध स्टॉक पर नियंत्रण रखना, विभिन्न लोगों को काम सौंपकर, उन्हें नियमित अंतराल पर सत्यापित करना।
- 6— प्रोक्योरमेंट और बिलिंग से संबंधित विभिन्न प्रक्रियाओं में सुधार।
- 7—न्यूनतम संभव संक्रमण की दर को कम करने के लिए।
- 8— अस्पताल की एंटीबायोटिक नीति का पालन करके दवाओं के तर्कसंगत उपयोग को बढ़ावा देना।

इंटेंसिव केयर यूनिट

• उद्देश्य —

- 1—रोगी भर्ती के लिए एक पालिसी बनाना तथा उसको लागू करना।
- 2—जनरल नर्सिंग देखभाल के लिए दिशानिर्देश/निर्देश प्रदान करना जिससे मरीजों की जरूरतों और उम्मीदों को पूरा किया जा सके।
- 3—एक आईसीयू विकसित करने के लिए, जो एक मानकीकृत आईसीयू की सभी आवश्यकता को पूरा कर सकता है।
- 4—रोगी की संतुष्टि का स्तर लगातार बढ़ता रहे, साथ ही कर्मचारियों का व्यवहार सहानुभूतिपूर्ण और विनम्र होना चाहिए।

• क्षेत्र

इसमें अस्पताल में भर्ती और उपचार प्राप्त सभी गहन देखभाल रोगियों को शामिल किया गया है

• जिम्मेदारी :

- 1— आईसीयू इंचार्ज / डॉक्टर (फिजिशियन/एनेस्थेतिस्ट)।
- 2— मैट्रन / सिस्टर प्रभारी।
- 3— हाउसकीपिंग सुपरवाइजर।

• व्यवस्था—

- 1— यह अस्पताल अपने विभाग में उपलब्ध सेवाओं और अधिकारों को प्रदर्शित करता है।
- 2— एम्बुलेंस सहित ब्लड बैंक और रेफरल सेंटर के महत्वपूर्ण टेलीफोन नंबर को प्रदर्शित किया गया है
- 3— शुल्क प्रभावी रूप से रोगियों को प्रदर्शित और सूचित किए जाते हैं।
- 4— सूचना स्थानीय भाषा में उपलब्ध है जिसे समझना आसान है।
- 5— आईसीयू तक आसानी से पहुंचने के लिए व्हील चेयर या स्ट्रेचर की उपलब्धता है।
- 6— यहाँ प्रदान की जाने वाली सेवाएँ लिंग के प्रति संवेदनशील हैं।
- 7— इकाई पूरी तरह से वातानुकूलित है, परन्तु ,बिजली फेलियर के दौरान खिड़कियां खोली जा सकती हैं।
- 8— सुरक्षा विभाग भूकंपीय, अग्नि तथा विद्युत से अस्पताल की सुरक्षा सुनिश्चित करती है और बुनियादी ढांचे की भौतिक स्थिति मानक के अनुरूप है।
- 9— इस अस्पताल में पर्याप्त संख्या में प्रशिक्षित कर्मचारी, दवाइयां तथा अन्य उपभोग की वस्तुएं और उपकरण हैं।
- 10— यह अस्पताल कर्मचारियों, रोगियों को सुरक्षित और आरामदायक वातावरण प्रदान करती हो। सेवा और आगंतुकों को यह सुविधा दिन रात पानी और बिजली बैंक अप सुनिश्चित करती हैं।
- 11— रोगियों का आहार सेवाएं सेवा प्रावधान और पोषण संबंधी आवश्यकता के अनुसार उपलब्ध हैं ।
- 12— अस्पताल रोगियों को स्वच्छ लिनन सुनिश्चित करता है।

क.	प्रक्रिया	जिम्मेदारी	आवश्यक दस्तावेज
	प्रवेश के लिए रिकॉर्ड प्रक्रिया— मरीजों के प्रवेश के लिए स्थापित मानदंड हैं । ▪ इकाई प्राथमिकताकरण मॉडल • यह विभाग उन लोगों को प्राथमिकता देती है जो विभाग की सेवाओं से लाभान्वित होंगे । प्राथमिकता 1: • ये गंभीर रूप से बीमार अस्थिर रोगी हैं, गहन उपचार और निगरानी आईसीयू के बाहर प्रदान नहीं किया जा सकता है। आमतौर पर, इन उपचारों में वेंटिलेटर सपोर्ट, निरंतर वासोएक्टिव ड्रग इन्फ्यूजन आदि शामिल होते हैं । प्रायोरिटी 1 के मरीजों की आम तौर पर कोई सीमा नहीं होती है चिकित्सा प्राप्त करने की सीमा पर उन्हें रखा जाता है । • इन रोगियों के उदाहरणों में पोस्ट ऑपरेटिव /आघात या तीव्र श्वसन विफलताएं रोगियों को मैकेनिकल वेंटिलेटरी की आवश्यकता होती है और हेमोडायनामिक रूप से अस्थिर रोगी गहन निगरानी और वासोएक्टिव ड्रग्स प्राप्त करने वाले मरीज शामिल हो सकते हैं। प्राथमिकता 2 • इन रोगियों को गहन निगरानी की आवश्यकता होती है और संभावित रूप से तत्काल हस्तक्षेप की आवश्यकता हो सकती है। आम तौर पर कोई चिकित्सीय सीमा निर्धारित नहीं की जाती है। इसमें वो रोगी शामिल हैं जो तीव्र गंभीर चिकित्सा या सर्जिकल बीमारी से उभर रहे हो। प्राथमिकता 3 • ये अस्थिर रोगी गंभीर रूप से बीमार हैं लेकिन अंतर्निहित बीमारी या उनके तीव्र की प्रकृति बीमारी के कारण रिकवरी संभावना कम हो जाती है। प्राथमिकता 3 रोगियों को गहन चिकित्सीय प्रयास प्राप्त हो सकती है। जो तीव्र बीमारी से राहत पाने के लिए उपचार चाहे लेकिन चिकित्सीय प्रयासों की सीमा ऐसे निर्धारित किया जा सकता है जैसे कि इन्टुबेशन, या कार्डियोपल्मोनरी रेससिटेशन न दिया जा सके।	आईसीयू इंचार्ज, नर्स इंचार्ज	आईसीयू रजिस्टर / बी0एच0टी0

	• उदाहरण – कैंसर वाले गंभीर रोगी शामिल हैं संक्रमण, हृदय संबंधी विकृति, टैम्पोनड, या वायुमार्ग बाधा। प्राथमिकता 4 • ये वे मरीज हैं जो आमतौर पर आईसीयू प्रवेश के लिए उपयुक्त नहीं होते हैं। रोगियों का चयन व्यक्तिगत आधार पर होता है। असामान्य परिस्थितियों में यह आईसीयू निदेशक के विवेक पर होते हैं। ये मरीज निम्नलिखित श्रेणियों में रखे जा सकते हैं— • आईसीयू देखभाल से थोड़ा या कोई प्रत्याशित लाभ नहीं। (बहुत अच्छी तरह से आईसीयू के बाहर देखभाल से लाभ मिले।) उदाहरणों के तौर पर पेरिफेरल वेसकुलर सर्जरी, हेमोडायनामिक रूप से स्थिर मधुमेह केटोएसिडोसिस, हल्के कंजेस्टिव दिल विफलता सचेत ड्रग ओवरडोज रोगी शामिल हैं आदि। • आसन्न मृत्यु का सामना कर रहे टर्मिनल और अपरिवर्तनीय बीमारी वाले मरीज (आईसीयू देखभाल से लाभ के लिए बहुत बीमार या लाभ न मिले।) उदाहरण के लिए: गंभीर अपरिवर्तनीय मस्तिष्क क्षति, अपरिवर्तनीय बहु-अंग प्रणाली विफलता, मेटास्टैटिक कैंसर (जब तक कि मरीज विशिष्ट उपचार प्रोटोकॉल पर हैं), निर्णय लेने की क्षमता वाले रोगी जो गहन देखभाल और / या आक्रामक निगरानी में मना करते हैं और जो केवल आराम देखभाल प्राप्त करते हैं, मस्तिष्क मृत गैर-अंग दाताओं, रोगियों एक स्थिर अवस्था में, रोगी जो स्थायी रूप से बेहोश हैं, आदि। ■ डायग्नोस्टिक मॉडल • आईसीयू प्रवेश की उपयुक्तता का निर्धारण करने के लिए यह मॉडल विशिष्ट स्थितियों या रोगों का उपयोग करता है ए- पल्मोनरी सिस्टम 1- तीव्र श्वसन फेलियर में वेंटिलेशन की आवश्यकता होती है – इनवेसिव / गैर इनवेसिव। 2- हेमोडायनामिक के साथ पल्मोनरी एम्बोली अस्थिरता। 3-वार्ड में भर्ती मरीज जिसकी सांस कमजोर पड़ रही हो। 4-वार्ड में भर्ती मरीज जिसको बेहतर नर्सिंग केयर की आवश्यकता हो। 5-आसन्न इंटुबेशन के साथ श्वसन विफलता।		
--	---	--	--

ब- न्यूरोलॉजिकल विकार-

- 1-परिवर्तित मानसिक स्थिति के साथ तीव्र स्ट्रोक।
- 2-कोमा, चयापचय, विषाक्त, या एनोक्सिक।
- 3-इंट्राक्रानियल रक्तस्राव संभावित के साथ
हर्नियेशन एक्यूट सबराचोनोइड रक्तस्राव।
- 4-एक्यूट रक्तस्राव।
- 5-परिवर्तित मानसिक स्थिति के साथ
मेनिनजाइटिस या श्वसन समझौता।
- 6-केंद्रीय तंत्रिका तंत्र या न्यूरोमस्क्युलर बिगड़ते
तंत्रिका संबंधी विकार पलमोनरीय कार्य।
- 7-स्थिति एपिलेप्टिकस।
- 8-बैजोस्पाज्म
- 9-जीसीएस 12 से कम के साथ सिर की चोट के
मरीज।
- 10-गंभीर रूप से घायल मरीज।

सी- ड्रग अंतर्ग्रहण और ड्रग ओवरडोज-

- 1-हेमो-डायनेमिक रूप से अस्थिर दवा अंतर्ग्रहण।
- 2-मानसिक के साथ ड्रग अंतर्ग्रहण
अपर्याप्त वायुमार्ग संरक्षण के साथ स्थिति।
- 3-मांसपेशियों की कमजोरी के साथ
हाइपो-फास्फेटेमिया।

डी- गैस्ट्रो इंटेस्टिनल डिसऑर्डर

- गंभीर जानलेवा गैस्ट्रोइंटेस्टिनल
- रक्तस्राव जिसमें हाइपोटेंशन, एनजाइना,
- लगातार रक्तस्राव या को मॉर्बिड स्टेट शामिल है।
- आवर्तक / लगातार हाइपोग्लाइसीमिया।
- यकृत विफलता
- गंभीर अग्नाशयशोथ
- मीडियास्टिनिटिस के साथ या उसके बिना घुटकी
की छिद्र।

ई-एंडोक्राइन

	•दाएबेटिक स्टॉर्म, केटोएसिडोसिस हेमोडीनामिक अनियमिता के साथ, •परिवर्तित मानसिक स्थिति, श्वसन अपर्याप्तता या गंभीर एसिडोसिस •थायराइड, हेमोडायनामिक के साथ मायक्सोडेमा कोमा •कोमा के साथ हाइपर ऑस्मोलर अवस्था •मांसपेशियों की कमजोरी के साथ हाइपो फास्फेटिमिया •परिवर्तित मानसिक स्थिति के साथ गंभीर हाइपर कैल्मिया •हाइपोडायनामिक समझौता या डिस्ट्रीथिमिया के साथ हाइपो या हाइपर मैग्नीशियम •आवर्तक / लगातार हाइपोग्लाइसीमिया एफ – सर्जिकल 1—हेमोडायनामिक मॉनिटरिंग / वेंटिलेटरी सपोर्ट या व्यापक नर्सिंग देखभाल की आवश्यकता वाले पोस्ट ऑपरेटिव रोगी। जी – विविध 1—हेमोडायनामिक अस्थिरता के साथ सेप्टिक झटका। 2—किसी भी गंभीर रूप से बीमार हेमोडायनामिक निगरानी मरीज। 3—आईसीयू स्तर के नर्सिंग के लिए आवश्यक नैदानिक परिस्थितियां ध्यान 4—पर्यावरणीय चोटें, बिजली, डूबने के पास, हाइपो अतिताप 5—नए/ प्रायोगिक उपचार के लिए संभावित के साथ जटिलताओं (नैतिक समिति से अनुमोदन के बाद) ▪ ऑब्जेक्टिव पैरामीटर्स मॉडल— • सूचीबद्ध मानदंड, जबकि आम सहमति से पहुंचे, आवश्यकता के अनुसार है। उन्हें स्थानीय परिस्थितियों के आधार पर संशोधित किया जा सकता है। विशिष्ट मापदंड स्तरों का उपयोग करके बेहतर परिणाम प्रदर्शित करने वाले डेटा उपलब्ध नहीं हैं। •महत्वपूर्ण संकेत/वाइटल साइन		
--	--	--	--

	पल्स 40 से कम और 150 बीट्स / मिनट से ज्यादा हो मरीज के सिस्टोलिक आर्टेरियल प्रेशर 80 मम एचजी और 20 मम एचजी से कम प्रेशर हो. मीन आर्टेरियल प्रेशर 60 मम एचजी से कम हो डायस्टोलिक आर्टेरियल प्रेशर 120 मम एचजी से ज्यादा हो रेस्पिरेटरी रेट 35 बीट्स धमिनट से ज्यादा हो लेबोरेटरी वैल्यू सीरम सोडियम 120 एडक्यू /एल से कम या 160 एडक्यू /एल से ज्यादा हो. सीरम पोटैशियम 2 एडक्यू /एल से कम या 6 एडक्यू /एल से ज्यादा हो. पीएओ₂ 60 ममएचजी से कम हो पीएच 7.1 से कम या 7.7 से ज्यादा हो सीरम ग्लूकोस 800 मग/दीएल से ज्यादा सीरम कैल्शियम 15 मग/दीएल से ज्यादा हो। रेडियोग्राफ /अल्ट्रासोनोग्राफी / टोमोग्राफी सेरेब्रल वैस्कुलर हेमोरेज, कंटोल्यूशन या सबरैक्नॉइड हेमरेज विद अलाटेड मेंटल स्टेट या फोकल न्यूरोलॉजिकल साइन्स अस्थिरता के साथ टूटे हुए विसरा, हेमोडायनामिक , मूत्राशय, यकृत, अन्नप्रणाली संस्करण या गर्भाशय हेमोडायनामिक अस्थिरता, महाधमनी धमनीविस्फार विदारक। इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम •जटिल अतालता के साथ रोधगलन, हेमोडायनामिक अस्थिरता या दिल की विफलता निरंतर वेंट्रिकुलर टैचीकार्डिया या वेंट्रिकुलरफिब्रिलेशन। हेमोडायनामिक के साथ पूरा दिल ब्लॉक अस्थिरता। •शारीरिक खोज (तीव्र शुरुआत) •एक बेहोश रोगी बर्न्स में असमान पुतलियाँ कवर 10. /% बीएसए से ज्यादा हो। •अमूत्रता •वायुमार्ग में अवरोध •कोमा •कनटिनुवस दौरे । •नीलिमा •हृदय तीव्र सम्पीड़न		
--	---	--	--

आईसीयू में प्रवेश

- हाउसकीपिंग स्टाफ रोगी के प्रवेश के लिए बिस्तर की जगह को खाली करे ,
- मंजिल को पूरी तरह से साफ करते है।
- बिस्तर ऊपर से नीचे साफ कर देते है। और नम धूल 0.5 प्रति सत बेसिलौइड के साथ साफ कर देते है।

— रोगी के प्रवेश की पुष्टि पर नर्स आगे बढ़ती है।

- उपयुक्त मॉड्यूल के साथ सभी निगरानी उपकरणों की जांच और स्विच करें और निगरानी प्रणाली सुनिश्चित करने के लिए सहायक उपकरण अच्छी स्थिति में है और स्टैंडबाय मोड पर छोड़ दें।
- गैस, सक्शन आपूर्ति की जांच करें और उचित उपकरण संलग्न करें जैसे आउटलेट और गैस आउटलेट के लिए ओ 2 प्रवाह मीटर के लिए सक्शन लाइन।
- गद्दे के ऊपर एक लंबी सज्जित चादर के साथ प्ल बिस्तर बनाओ। एक कंबल है एक पैक में मुड़ा हुआ और बिस्तर के अंत में रखा गया। के लिए एक तकिया अंतिम सिरा।
- रोगी के नैदानिक फोल्डर, चार्ट और प्रवेश रिकॉर्ड बुक पर रखा गया नर्सों के स्टेशन की तालिका।
- किसी भी नए प्रवेश के लिए सभी खाली आईसीयू बेड तत्परता से हर समय स्थापित किए जाते हैं।
- एक वेंटिलेटर हमेशा स्टैंडबाय पर सेट किया जाता है (वेंटिलेटर सेट अप के अनुसार एनेस्थेसिस्ट का आदेश)।

—प्रवेश के रूट

- 1— ई आर।
- 2— ओपीडी
- 3— अंतर्विभागीय हस्तांतरण
- 4—अन्य अस्पताल

—प्रवेश पर :

- नर्स अपना परिचय मरीज को देती है और साथ ही मरीज को आश्वस्त करती है। और उन प्रक्रियाओं के बारे में बताते हैं जो पालन करते हैं।
- यदि रोगी अनुमति देता है तो उसे गाउन उतारने और गाउन पहनने के लिए सहायता की जाती है
- उपचार और प्रक्रियाओं से पहले सूचित सहमति

	लेने की स्थापित नीति है। • कर्मचारियों को रोगी के अधिकारों और जिम्मेदारियों के बारे में पता होना चाहिए। • उपचार के बारे में जानकारी रोगियों या परिचारकों के साथ नियमित रूप से साझा की जाती है। • फैसिलिटी ने शिकायत प्रणाली को फिर से परिभाषित और स्थापित किया है। नैदानिक मूल्यांकन और रोगी के पुनर्मूल्यांकन की प्रक्रिया • ड्यूटी पर चिकित्सक द्वारा रोगी का प्रारंभिक मूल्यांकन मानक प्रोटोकॉल के अनुसार किया जाता है। • रोगी का इतिहास लिया और दर्ज किया गया है। • शारीरिक परीक्षा होती है और दर्ज की जाती है। • अनंतिम निदान दर्ज किया गया है। • एसपीओ2 सेंसर, ईसीजी लीड्स और एनआईबीपी कफ संलग्न हैं। रोगी के आधारभूत महत्वपूर्ण संकेत और कार्डियक लय को रोगी के अवलोकन में दर्ज और प्रलेखित किया जाता है। • रोगी के आधारभूत महत्वपूर्ण संकेत और कार्डियक लय को रोगी के अवलोकन में दर्ज और प्रलेखित किया जाता है रोगी की सामान्य स्थिति का आकलन किया जाता है यानी यदि रोगी दर्द, पीला, पसीना होता है तो ऑक्सीजन को निर्देशानुसार दिया जाता है। • रोगी की चेतना के स्तर का आकलन किया जाता है। • डॉक्टर को मरीज के आने की सूचना दी जाती है और किसी भी असामान्यता की सूचना दी जाती है • अइबी कैन्युलेशन किया जाता है और उपचार को आदेश के अनुसार किया जाता है। • इंटुबेशन किया जाता है और रोगी को वेंटिलेटर पर रखा जाता है (रोगी को श्वसन सहायता की आवश्यकता होती है)। • अन्य विभागों को किसी भी सांख्यिकीय नैदानिक परीक्षणों के बारे में सूचित किया जाता है जिन्हें आदेश दिया गया है। उदा एक्स-रे, ईसीजी, रक्त परीक्षण और स्टेट दवा। • नैदानिक परीक्षणों के लिए आवश्यक मांग पर्ची भरी जाती है और नमूनों को संबंधित स्लिप के साथ भेजा जाता है। • रोगी को रेफरल स्लिप और सुरक्षित परिवहन के साथ संदर्भित किया जाता है • रोगी के रिश्तेदारों से कीमती सामान घर ले जाने का अनुरोध किया जाता है। • सभी रोगियों के लिए कीमती सामान पर सावधानीपूर्वक जाँच की जाती है।		
--	--	--	--

	•रोगी और परिवार दोनों को मिलने वाले विशेषाधिकारों के बारे में बताया गया है कि दिन में दो बार जाना सीमित है और रोगी के लिए केवल एक आगंतुक को अनुमति दी जाती है। • रोगी और रोगी के रिश्तेदार को यूनिट में उपलब्ध सुविधाओं, नियम पर समझाया जाता है, • अस्पताल परिसर के भीतर धूम्रपान अनुमति नहीं है, आईसीयू में रहने का शुल्क देना है। अगर है। • संदर्भित रोगियों के पालन की एक प्रणाली है • बीच में सौंपने के दौरान रोगी की स्थिति की समीक्षा की जाती है ड्यूटी डॉ से। •मरीज को सौंपने की एक प्रक्रिया है, जिसे आईसीयू से आईपीडी / ओटी / इमरजेंसी में स्थानांतरित किया गया है और इसके विपरीत। अस्पताल में भर्ती मरीजों को भर्ती सलाहकार की चिकित्सा देखभाल के तहत रहता है। •चिकित्सा अधिकारी द्वारा अस्पताल में भर्ती किए गए नए रोगियों को कॉल करने पर सलाहकार की चिकित्सा देखभाल के अधीन है। •प्राथमिक डॉ रोगी को सह-प्रबंधन करने के लिए किसी अन्य विशेषज्ञ सलाहकार को कॉल करने का निर्णय लेना है। •प्राथमिक सलाहकार रोगी को संबंधित बीएचटी/ रेफरल सलाहकार को संदर्भित करता है और कारण के बारे में देखे गए जिम्मेदार सलाहकार से बात करता है या ऐसा करने के लिए नर्स को अधिकृत करता है। •रेफरल का एक नोट प्राथमिक डॉ द्वारा जिम्मेदार ड्यूटी डॉ को लिखा जाता है। प्राथमिक सलाहकार रोगी के समग्र प्रबंधन के लिए जिम्मेदार है। •रोगी को रेफरल स्लिप और सुरक्षित परिवहन के साथ संदर्भित किया जाता है। फैसिलिटी ने नर्सिंग देखभाल के लिए प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है •महत्वपूर्ण देखभाल में सभी पंजीकृत नर्स यूनिट ओरिएंटेशन से गुजरती हैं और लिखित दिशानिर्देशों और प्रथाओं का स्टाफ नर्स जिम्मेदारियों के दायरे में पालन करती हैं, ड्यूटी रजिस्टर संदर्भित करती है। •महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों को सौंपी गई नर्स अतालता पहचानने में क्षमता दिखाती हैं। •महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों में नर्सों को अपने कार्य विवरण और प्रक्रिया मैनुअल में उल्लिखित उपचार और प्रक्रियाओं को करने के लिए योग्य है •शुरू की गई सभी प्रक्रियाओं का मूल्यांकन और मूल्यांकन		
--	---	--	--

	किया जाता है क्योंकि महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों के प्रभारी नर्स द्वारा सटीकता के साथ प्रदर्शन किया गया है। महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों में नर्स प्रदर्शन नहीं करती हैं, लेकिन केवल निम्नलिखित प्रक्रियाओं की सहायता करती हैं •इंटुबेशन •धमनी पंचर / लाइन प्लेसमेंट नर्स प्रदर्शन नहीं करेगी लेकिन निम्नलिखित प्रक्रियाओं के साथ डॉक्टर की सहायता करेगा •पेसमेकर सम्मिलन। •छाती की नलिका। •अस्थि मज्जा आकांक्षा। •पैरासेन्टेसिस। •थोरासेनसिस। •लीवर बायोप्सी। •योनि परीक्षा। •उपक्लावियन प्रविष्टि। •काम करना। •ट्रेकियोटॉमी या मिनी ट्रेकोस्टॉमी। •इंटुबेशन। •टांके / छाती की नालियों को हटाना •निम्नलिखित दवाओं को प्रशिक्षित नर्सों के महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों द्वारा प्रशासित नहीं किया जाएगा: •प्रायोगिक दवाएं •इंट्राकार्डिक दवाएं महत्वपूर्ण देखभाल क्षेत्रों में प्रशिक्षित नर्स निम्नलिखित प्रदर्शन कर सकती हैं। •धमनी लाइनों पर ट्यूबिंग और ड्रेसिंग बदलें, । •उपस्थित चिकित्सक द्वारा आदेश के अनुसार अंतःशिरा दवाओं का प्रशासन। •डॉक्टर के आदेश पर केंद्रीय शिरापरक लाइन पर संक्रमण को रोक सकता है लेकिन सीवीएल को नहीं हटाएगा •धमनी लाइन से लैब के नमूने खींचें। •चिकित्सक के आदेश के साथ उपक्लावियन कैथेटर से प्रयोगशाला नमूने लें। •जीवन के लिए खतरनाक स्थितियों के साथ रोगी को परिभाषित करें • खतरनाक स्थितियों में अंतःशिरा दवा की जीवन के लिए बचाव करने वाले दवा दे। उदाहरण एट्रोपीन, एड्रेनालाईन या जायलोकार्ड। नर्सिंग प्रलेखन चिकित्सा के साथ एकीकृत हैविशिष्ट		
--	---	--	--

	अनुप्रयोग के साथ रिकॉर्ड और नैदानिक जानकारी रोगी की महत्वपूर्ण देखभाल प्रबंधन। निम्नलिखित प्रलेखन सर्वस्वीकृत एक अस्पताल सूचना प्रणाली को संबोधित करता है। •रोगी देखभाल प्रक्रिया, देखभाल की योजना, मूल्यांकन और परिणामों के सभी घटकों को मेडिकल रिकॉर्ड में दर्ज किया गया है। •एकीकृत नर्सिंग डी प्रारंभिक मूल्यांकन (एसआरएन द्वारा किया गया, और पुनर्मूल्यांकन किया गया है)। समस्या की पहचान •नर्सिंग हस्तक्षेप जो रोगी की समस्याओं से संबंधित हैं, की पहचान की गई। •रोगी को नर्सिंग देखभाल प्रदान की जाती है। •नर्सिंग हस्तक्षेप की प्रभावशीलता परिणाम। डिस्चार्ज ट्रांसफर प्लान। •प्रत्येक देखभालकर्ता के डेटा को उस व्यक्ति द्वारा दस्तावेजित किया जाता है। •सामान्य स्थिति में परिवर्तन, डॉक्टर की समीक्षा और रोगी के प्रबंधन में परिवर्तन, महत्वपूर्ण पैरामीटर और अंतर्ग्रहण उत्पादन सहित आईसीयू दस्तावेज रोगी की जानकारी में है। •आईसीयू बीएचटी पर दस्तावेजीकरण तब तक जारी रखा जाता है जब तक रोगी को आईवी ड्रिप / इन्फ्यूजन प्राप्त नहीं होता है। जो महत्वपूर्ण पैरामीटर के अनुसार शीर्षक दिया जा रहा है। •आईसीयू फ्लो शीट प्रलेखन को वर्तमान डेटा के साथ किसी अन्य रोगी देखभाल इकाई में मरीज के स्थानांतरण से पहले अपडेट किया जाता है। •किसी भी नैदानिक प्रक्रिया उपचार चार्ट को बनाए रखने से पहले ड्यूटी पर कर्मचारी मरीजों की पहचान सुनिश्चित करता है। •रोगी विटाल की निगरानी और समय-समय पर रिकॉर्ड की जाती है •गंभीर रोगियों की लगातार निगरानी की जाती है। •उच्च जोखिम वाले रोगियों की पहचान की जाती है और प्राथमिकता पर उपचार दिया जाता है। प्रमुख नैदानिक प्रोटोकॉल के लिए प्रक्रिया 1अंतः स्थलीय परिचय के लिए संकेत चेतना का अवसादग्रस्त स्तर – जीसीएस 8 से कम, सिर की चोट के कारण कोमा में जाने वाली किसी भी स्थिति, जीए में रोगी। 2हाइपोक्सिमिया – कारणों में सर्वाइकल स्पाइन की चोट, मल्टीपल फ्रैक्चर, सीवर न्यूमोनिया सीओपीडी का एक्ज्यूट एक्ससेर्बेशन शामिल हैं। 3वायुमार्ग की बाधा –विदेशी शरीर, सूजन के साथ चेहरे /		
--	---	--	--

	गर्दन पर चोट /मर्मज्ञ चोट, धुआं साँस लेना चोट, जलता है, घुटा हुआ वायुमार्ग, सुस्ता 4सीपीआर के हिस्से के रूप में 5श्वास – के प्रयोगशाला पैटर्न के साथ थकावट। 6ब्रांकाई ईत्यादि के स्टेंटिंग जैसे कुछ कार्यों में वायुमार्ग का हेरफेर। अचैतन्य रोगी की देखभाल– •एबीसी का स्थिरीकरण – वायु मार्ग, श्वास, परिसंचरण रवाना और पिलाना – क्या मात्रा आवृत्ति, आर /टी या खूँटी ट्यूब पोषण संबंधी पूरक। •अनलेजिआ •बेहोश करने की क्रिया। •थ्रोम्बोप्रोफिलैक्सिस डीवीटी पंप, एलएमवीएच, लिम्ब फिजियोथेरेपी। •रोकथाम और बेड सोर नियंत्रण, एच बी 8 ०/ ०रखें। •प्रोटीन को इष्टतम स्तर पर रखा जाता है। •गंभीर रोगियों की स्थिति बेड पर हर 2 घंटे में बदलें। •ऑनसाइट ड्रेसिंग दबाव वाले प्रवण क्षेत्रों पर की जाती है। दबाव बिंदुओं की देखभाल और नियंत्रण की जाती है। •वायु बेड का उपयोग किया जाता है। •ग्लाइसेमिक नियंत्रण – ब्लड शुगर ≤ 160 एमजी ०/०। रखा गया है। •रक्त शर्करा परीक्षण दिन में कम से कम दो बार किया जाता है •हेड एंड को 30° तक ऊंचा रखा जाता है •तनाव अल्सर की रोकथाम/इंज. रांटे/ पैंटोप्राजोल, सिरप सुक्रालफेट, सिरप दाइजीन •श्वसन चिकित्सा – छाती फिजियोथेरेपी •ईटीटी सक्शन (प्रत्येक शिफ्ट में एक बार)। •रोगी को अनपेक्षित गिरावट और आघात की रोकथाम (साइड रेल ऊपर और पर्याप्त और उचित संयम का उपयोग किया जाता है) •सभी संक्रमण नियंत्रण प्रोटोकॉल का पालन किया जाता है। •बालों की देखभाल–तेल लगाना, शैम्पू करना। एंटी जूँ उपचार के साथ सफाई। बाल काटना और कंघी करना। •नाखूनों की देखभाल– नाखूनों को नियमित रूप से काटा जाता है और साफ रखा जाता है। •विभिन्न मांसपेशी समूहों के व्यायाम द्वारा संकुचन की रोकथाम। •आंत्र की देखभाल – रेचक उपचार में जोड़ा गया। •एनीमा एस–ओ–एस		
--	---	--	--

	•पुतली के आकार की निगरानी •आँखों की देखभाल – गीले गोज से आँखों की नियमित सफाई। •एक्वा आँखों की बूँदें। •जब जब जरूरत हो, एंटीबायोटिक आई ड्रॉप। •मुंह की देखभाल – दांतों की नियमित ब्रशिंग। •लिस्ट्रीन से मुंह धोना •आइ वी प्रवेशनी की देखभाल – उपयोग की जाने वाली पारदर्शी ड्रेसिंग, लालिमा •सेंट्रल लाइन की देखभाल –संक्रमण नियंत्रण प्रोटोकॉल के अनुसार सेंट्रल लाइन को बदलना संक्रमण के जांच के लिए पारदर्शी ड्रेसिंग का उपयोग करना, सभी पोर्ट को हेपरिनाइज्ड सलाइन के साथ फ्लशिंग करके पेटेंट रखना •एंजोट्रैचियल ट्यूब की देखभाल – पायलट बैलून की जांच की जाती है, हॉट पर ईटीटी का निशान देखा जाता है, ईटी ड्रेसिंग के वेंटिलेटर स्क्रीन में बदलाव की निगरानी रोज की जाती है, अगर ईटीटी 7 दिन से ज्यादा रहता है तो ट्रेकियोस्टोमी की जाती है। •ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब की देखभाल – टीटी के ड्रेसिंग को बदल दिया जाता है। •दैनिक, टीटी कफ लगभग 10 मिनट के लिए डीफ्लेट करते हैं हर 2 घंटों में। प्रत्येक शिफ्ट में एक बार टीटी सक्शन किया जाता है। फोली के कैथ की देखभाल रोगी का बिस्तर क्षेत्र साफ रखा जाता है। •फोली कैथ की देखभाल •रोगी का बिस्तर क्षेत्र साफ रखा जाता है •कान की देखभाल – दैनिक सफाई। •नाक म्यूकोसा की सफाई – पानी में भिगोए गए गोज द्वारा। व्यक्तिगत स्वच्छता (निजी भागों की सफाई)। जलयोजन बनाए रखा जाता है। सीओपीडी की परीक्षा,प्रबंधन, देखभाल— 1 नैदानिक मूल्यांकन – एबीजी चेस्ट – एक्स-रे – थूक का परीक्षण –पल्मोनरी फंक्शन टेस्ट। 2 ब्रोंको डाइलेरेटर दिया गया 3 स्टेरॉयड 10–14 दिनों के लिए मौखिक आई-वी- (रक्त शर्करा की निगरानी की जाती है) 4 एंटीबायोटिक्स 5 ऑक्सीजन थेरेपी – एसपीओ 2 को 90 +– 2% रखने के लिए नाक प्रवेशनी द्वारा कम प्रवाह ऑक्सीजन दी जाती है। ऑक्सीजन हाइपरकेनिया की उपस्थिति में आयोजित		
--	---	--	--

	नहीं होता है। 6 स्राव निकासी तकनीक छाती की फिजियोथेरेपी म्यूकोलाइटिक्स नेबुलाइजेशन सक्शनिंग ब्रोकोस्कोपी। 7 अन्य –मूत्रवर्धक, डिगॉक्सिन (दिल की विफलता में पल्मोनरी वाहिकाविस्फारक, डीवीटी प्रोफिलैक्सिस, इलेक्ट्रोलाइट असंतुलन में सुधार कम कार्बोहाइड्रेट एंटरनल फीड श्वसन विफलता के लिए गैर इनवेसिव वेंटिलेशन, यदि आवश्यक हो तो आक्रामक वेंटिलेशन। स्ट्रोक रोगी के उपचार के लिए गाइडलाइन– 1 रोगी का इलाज स्ट्रोक यूनिट में किया जाता है। 2 न्यूरोलॉजिकल स्थिति और महत्वपूर्ण कार्यों की नियमित रूप से निगरानी की जाती है। 3 वायुमार्ग सुरक्षित है और पर्याप्त ऑक्सीजन प्रदान की जाती है। 4 ग्लूकोज और शरीर के तापमान की निगरानी और सुधार किया जाता है 5 लिम्ब फिजियोथेरेपी किया जाता है। बेड राइडेड मरीज की देखभाल। 6 बिस्तर पर पड़े हुए मरीज की देखभाल करें। बेड सोर की देखभाल– • मरीज की स्थिति हर 2 घंटे में बदल दी जाती है। •त्वचा की देखभाल – त्वचा को हल्के साबुन से, गर्म पानी से साफ किया जाता है। •त्वचा को हल्के से सुखाया जाता है। •शरीर का नियमित निरीक्षण किया जाता है। •मरीज की त्वचा में तनाव को रोकने के लिए 30° ऊपर किया जाता है। •कुशन मरीजों के घुटनों, पैरों और एड़ी के बीच में लगाए जाते हैं। तथा मरीज को थोड़ा तिरछा होकर लेटने के लिये कहा जाता है। •स्किन प्रोटेक्शन – अगर नम हो तो पाउडर का इस्तेमाल किया जाता है •यदि ड्राई हो तो लोशन का उपयोग किया जाता है •मूत्र/मल का नियंत्रण न होने पर डायपर/फोलीज कैथेटर बदलकर, सफाई कर और आस-पास की जगह को सूखा रखा जाता है। •अच्छा आहार – पर्याप्त प्रोटीन, कैलोरी, विटामिन, खनिज के साथ दिया जाता है। •पर्याप्त जलयोजन दिया जाता है।		
--	---	--	--

•फिजियोथेरेपी

डायबिटिक केटोएसिडोसिस (डीकेए)

डीकेए रोगी के प्रबंधन के बारे में चार महत्वपूर्ण बिंदु
 1 आइ0 वी0 तरल पदार्थों द्वारा द्रव की कमी का सुधार।
 2 इंसुलिन के साथ हाइपरग्लाइसेमिया का सुधार।
 3 पोटेशियम के नुकसान का सुधार।
 4 संक्रमण का उपचार, यदि कोई हो।
 5 एसिड बेस बैलेंस का सुधार
 –रोगी हाइपरक्लेमिया के साथ उपस्थित हो सकता है, लेकिन इंसुलिन के साथ, पोटेशियम की कमी और हाइपोकैलिमिया के उपचार की आवश्यकता होती है।
 –इंसुलिन आइ0 वी0 इन्फ्यूजन द्वारा दिया जाता है और यदि ब्लड शुगर 250 एम जी से कम में, 10% डेक्सट्रोज शुरु किया जाता है यदि मरीज एनपीओ है।

एड्रोड्रैकियल एक्सट्यूबेशन— वयस्क देखभाल और प्रबंधन

- मरीज के भवसन का मूल्यांकन किया जाता है।
- मरीज के हृदय गति, रक्तदाब, त्वचा की चमक व चेतना का आंकलन किया जाता है
- एबीजी परिणाम के रुझान विशेष रूप से कार्बन डाइऑक्साइड के मानसिक दबाव जो कि वेंटीलेशन को दर्शाता है को नोट किया जाता है।
- प्रक्रिया के बारे में मरीज को समझाया गया है कि नहीं जिससे कि चिकित्सक के बताये हुये बातों को और अधिक मजबूत बनाया जा सके।
- मरीज को अर्ध फोवर्लर्स व उच्च फोवर्लर्स की अवस्था में रखा जाता है। अगर मरीज को कोई खाना दिया गया है तो एक्सट्यूबेशन से 6–8 घंटे पहले रोक दिया जाता है। यदि रायल्स ट्यूब पहले से ही लगी हुई है तो आर टी सक्शन किया जाता है।
- एक्सट्यूबेशन से ठीक पहले ईटीटी व मुख का सक्शन किया जाता है।
- चेहरे पर ट्यूब को अपनी जगह पर सुरक्षित रखने के लिये उपयोग की गई ट्यूब को ढीला किया जाता है। सलाह के अनुसार मरीज को अधिक या सामान्य आक्सीजन दी जाती है।
- चिकित्सक के सलाह के अनुरूप कल्ट इन्फ्लेशन वाल्व से लगी हुई सीरीज को और हवा को पूरी तरह से निकाला जाता है।
- मरीज को सांस अन्दर लेकर खासने के लिये कहा जाता है, जैसे ही मरीज खांसता है चिकित्सक उसकी ईटीटी को तुरंत निकाल देता है।
- आद्रता युक्त आक्सीजन मरीज को फेस मास्क द्वारा दिया

	जाता है। आक्सीजन की मात्रा और बहाव चिकित्सक की सलाह के अनुसार नियंत्रित किया जाता है। ● मरीज के निगलने, बोलने व खासने की क्षमता का आंकलन किया जाता है। नली के निकालने के 5 मिनट बाद तक मरीज की बारीकी से निगरानी की जाती है, व अगले 8 घंटे तक उसको देख रेख में रखा जाता है, साथ ही चिकित्सक की सलाह पर एबीजी की निगरानी की जाती है। अगर मरीज को सांस लेने में किसी तरह की परे गानी महसूस होती है या फिर आवाज आती है तो उसका दस्तावेज में उल्लेख किया जाता है। ● चिकित्सक की सलाह के अनुसार छाती की फिजियोथेरेपी की जाती है जिससे कि फिर से सांस नली न लगानी पड़े। ● मरीज को खासने व गहरी सांस लेने की विधि के बारे में बताया जाता है, व मरीज को हर घंटे ऐसा करने के लिये कहा जाता है। ● स्त्राव को निकालने के लिये मरीज को आद्र आक्सीजन लगातार दी जाती है। ● मरीज का नैदानिक रिकार्ड्स बीएचटी, दिन, समय व किसने देखभाल किया को अपडेट किया जाता है। मरीज का परीक्षण सांस नली लगाने से पहले व बाद में करना , आक्सीजन की मात्रा व बहाव दर, गहरी सांस लेने का अभ्यास व खासने के अभ्यास की प्रभाव गीलता, स्त्राव के लक्षण अगर है तो छाती की फिजियोथेरेपी की प्रभाव गीलता व अवस्था का रिकार्ड बनाया जाता है।		
	उदरभेदन/पेट से पानी का निकालना ● चिकित्सक हथेली को साफ करके दस्ताने व मास्क पहनता है। ● पोवीडीन आयोडीन से त्वचा को साफ किया जाता है व उसको ढक कर रखा जाता है। ● लोकल निस्चेतक को लगाया जाता है। ● स्कलपेल की मदद से एक छोटा सा चीरा देकर उसमें प्लूराफिक्स या जरूरत के हिसाब से बड़ा कैनुला का उपयोग किया जाता है जब पेट से पानी निकाल रहे होते हैं तो उसको एक संग्राहक में एकत्रित करने के लिये संग्राहक को बिस्तर के पास ही रखा जाता है। ● माइक्रोपोर की सहायता से कैनुला के चारों ओर ड्रेसिंग मैटेरियल से ढककर फिक्स कर दिया जाता है। ● तरल पदार्थ को संग्राहक में निकलने देते हैं व समय समय पर उसको एक थैली में एकत्रित करते रहते हैं। ● चिकित्सक के सलाह के अनुसार बहाव की दर को क्लैम्प की सहायता से नियंत्रित करते हैं। ● निकाले गये कुल द्रव की मात्रा का आंकलन करते हैं, ड्रैप को हटा दिया जाता है और सूखे ड्रेसिंग सामग्री को दबाव के साथ फिर से लगाया जाता है।		

	मरीज का देखभाल • मरीज को आरामदायक अवस्था में रखा जाता है। • आसपास की जगह को साफ सुथरा रखा जाता है • निकाले गये तरल पदार्थ की मात्रा का मूल्यांकन व उसके लक्षणों का परीक्षण किया जाता है, एवं रिकार्ड किया जाता है। महत्वपूर्ण लक्षणों एवं संकेतों का अनुश्रवण किया जाता है। • जब कैनुला को निकाला जाता है तब दबाव युक्त ड्रेसिंग सामग्री को लगाया जाता है। मरीज की स्थिति की लगातार निगरानी की जाती है		
	अस्थी मज्जा (बोन मेरो)का निकालना/बायोप्सी प्रक्रिया:- • चिकित्सक हथेली को साफ करके दस्ताने व मास्क को पहनता है। • एन्टीसेप्टिक से त्वचा को साफ किया जाता है व उसको ढक कर रखा जाता है। • लोकल निस्चेतक या संज्ञाहरण को लगाया जाता है, व बोन मेरा को निकालने वाली सुई को हड्डी में धीरे धीरे सावधानी पूर्वक डालते हैं, और सूई की सहायता से 2 से 3 मिली बोन मेरो को निकालते हैं। • बोन मेरो के कुछ हिस्से को निकालकर प्रयोग गाला तकनीक द्वारा उसकी पतली फिल्म व स्लाइड बनाई जाती है। • सूई को हड्डी से निकाल दिया जाता है। • एक कोलोडियन और सूखे ड्रेसिंग सामग्री से ड्रेसिंग की जाती है। मरीज की देखभाल • मरीज को आरामदायक अवस्था में रखा जाता है। • आस पास की जगह को साफ सुथरा रखा जाता है। • मज्जा के नमूने को प्रयोग गाला में जांच के लिये भेज दिया जाता है। • मरीज के रक्त स्राव की भातत निगरानी की जाती है और चिकित्सक के सलाह के अनुसार महत्वपूर्ण लक्षणों एवं संकेतों का अनुश्रवण किया जाता है। • ड्रेसिंग को कम से कम एक दिन के लिये सूखा रखा जाता है।		
	फेफड़े से द्रव का निकालना प्रक्रिया:- • चिकित्सक सर्जिकल स्कब के बाद दस्ताने, पर्सनल प्रोटेक्टिव इक्विपमेंट धारण करते हैं। • एन्टीसेप्टिक से मरीज की त्वचा को साफ किया जाता है तथा ड्रेप करते हैं।		

	• लोकल निश्चेतक को लगाया जाता है। • मरीज को सलाह दी जाती है कि प्रक्रिया के दौरान न तो खासे न हिलेडुले। • जिस सूई से द्रव को निकाला जाना है उसको प्लूरा में डाला जाता है। • द्रव के गाढ़ा होने की स्थिति में ट्रोकर और कैनुला का उपयोग किया जाता है। • तरल पदार्थ को एक जगह में एकत्रित कर लिया जाता है जब सूई से तरल पदार्थ का निकलना बन्द हो जाये या और अधिक मात्रा में न निकाला जा सके तब सूई को निकाल लिया जाता है। • सूई से छिद्र की गई जगह को कोलोडियन ड्रेसिंग की सहायता से बन्द कर दिया जाता है। • इलास्टोप्लास्ट का उपयोग ड्रेसिंग पर किया जाता है जिससे कि वो अपनी जगह पर यथावत बना रहे। • न्यूमोथोरेक्स को पता करने के लिये सीने का एक्सरे किया जाता है।		
	मरीज का देखभाल • मरीज को आरामदायक अवस्था में रखा जाता है। • आस पास की जगह को साफ सुथरा रखा जाता है। • मरीज को अर्धसुप्ता अवस्था में आरामपूर्वक रखा जाता है। • निकाले गये तरल पदार्थ की मात्रा का मूल्यांकन व उसके लक्षणों का परीक्षण किया जाता है एवं रिकार्ड किया जाता है। महत्वपूर्ण लक्षणों एवं संकेतों का अनुश्रवण किया जाता है। • विशेष संकेतको विशेष रूप से भवसन गति, व रंग का लगातार अनुश्रवण किया जाता है।		
	लम्बर छेदन (Lumber Puncture) प्रक्रिया: • चिकित्सक सर्जिकल स्क्रब के बाद दस्ताने, पर्सनल प्रोटेक्टिव इक्विपमेंट धारण करते हैं। • एन्टीसेप्टिक से मरीज की त्वचा को साफ किया जाता है तथा ड्रेप करते हैं। • लेकल निश्चेतक लगाया जाता है। • इसके बाद लंबर पंचर सुई को तीसरे 3/4 या 4/5 लम्बर स्पेस में डाली जाती है। • जब सुई को कौशुक में डाली जाती है, उस समय मरीज की सहायता के लिये और अचानक होने वाली किसी भी हरकत को रोकने के लिये परिचारिका जोर से पकड़ कर रखती है। • एक भी गी या बोतल को पहले से ही प्रिजर्वेटिव द्रव को लेने के लिये तैयार रखा जाता है, और उसमें एकत्रित		

	किया जाता है। • द्रव नमूने को जितनी जल्दी हो सकता है उसका प्रयोग गैला जॉच के लिये भेज दिया जाता है। • लंबर पंचर सुई को निकाल लिया जाता है, एवं उस जगह को सूखे ड्रेसिंग से बन्द कर दिया जाता है। मरीज का देखभाल • मरीज को सीधे बिना तकिये के 4-6 घंटे तक आराम अवस्था में रहने का निर्देश दिया जाता है। • पंचर वाली जगह से कोई स्त्राव तो नहीं हो रहा इसकी सतत निगरानी करते रहते हैं। • मरीज के रक्तचाप, हृदयगति, नाडी और सिरदर्द की किसी भी रिक्कायत की 6 घंटे तक निगरानी की जाती है। • द्रव के परीक्षणोपरान्त उसको दर्ज कर लिया जाता है।		
	अतिजघन मूत्राणाय छिद्रिकरण प्रक्रिया: • ड्रेसिंग ट्रॉली की नियमित सफाई की जाती है। • सायटोफिक्स सेट को खोला जाता है। • स्टेराइल दस्ताने उपयोग किये जाते हैं। • ब्लेड और एथलान को सिर्फ चिकित्सक के निर्देश पर ही खोला जाता है। • चिकित्सक पोवीडीन आयोडीन से पेट को साफ करते हैं। • 10 मीमी की सुई को ट्राली पर ही खोला जाता है। हरी सुई चिकित्सक को दिया जाता है या फिर खोल कर ट्राली में रखा जाता है। • लिग्नोकेन बोतल के ऊपरी हिस्से को स्पिरिट से पोछा जाता है और बॉटल को रुबर बंक के साथ जिसका मुँह डॉक्टर की तरफ हो जिससे की स्थानीय निचेतना को दिया जा सके। • इसके बाद नीली सुई को ट्राली में खोला जाता है। • सिसटोफिक्स सेट को चिकित्सक की ओर खोला जाता है जो सिर्फ चिकित्सक की सलाह पर ही किया जाता है। • एक बार जब सिसटोफिक्स को लगा दिया जाता है तब यूरिन की थैली को उससे जोड़ दिया जाता है। • ड्रेसिंग को अच्छे से स्ट्रेप किया गया है और यह सुनिश्चित किया गया है कि सिसटोफिक्स सही से लगा हुआ है, यह सुनिश्चित किया जाता है कि नली में कहीं भी किसी भी सामी कोई ऐठन नहीं हों। ऐठन हमें गैला सिसटोफिक्स ट्यूब और कनेक्टर के बीच में होता है, इस भाग को हमें गैला कसकर बांधा जाता है। • मुख्य योजना में किये गये समस्त कार्यवाही और बदलाव को रिकॉर्ड किया जाता है, यदि कोई आसमान्यता मिलती है तो चिकित्सक को तुरन्त सूचित किया जाता है।		

	ट्रेकियोस्टोमी व इसकी देखभाल प्रक्रिया: • सबसे पहले हाथ को धोया जाता है। • मरीज को प्रक्रिया के बारे में बता दिया जाता है और समझाया जाता है कि इस प्रक्रिया के दौरान खोंसी बढ़ सकती है व थोड़ी सी घुटन महसूस हो सकती है। • मरीज को भवासन मुद्रा में रखा जाता है और सिर की तरफ हल्का सा ऊँचा रखा जाता है, जिससे की ट्रेकियोस्टोमी तक पहुँचा जा सके एवं देखा जा सके। • मरीज को पहले से ही ऑक्सीजन देना शुरू कर देते हैं और वायुनली का सक्शन किया जाता है। • नॉन स्टेराइल, दस्ताने को पहन कर स्टोमा से ड्रेसिंग को अलग कर दिया जाता है। ड्रेसिंग को एक हाथ से पकड़ते हुये दस्ताने को ड्रेसिंग दस्ताने के अन्दर छक जाये और अन्तर संक्रमण की घटना को रोका जा सके। • जो मरीज बिना किसी तकनीकी सहायता के पूरक ऑक्सीजन ले रहा है के लिये निम्न चरणों का पालन किया जाता है। 1. ऑक्सीजन आपूर्ति को बन्द कर दिया जाता है। 2. आन्तरिक कैनुला को निकाल दिया जाता है और हाइड्रोजन पर ऑक्साइड से भरे एक कन्टेनर में रख दिया जाता है। 3. कैनुला को हाइड्रोजन पर ऑक्साइड का उपयोग करते हुये क्लेन की सहायता से साफ किया जाता है। 4. कैनुला को नॉर्मल सलाइन से धोया जाता है, ज्यादा धोल की मात्रा को कैनुला से निकाल दिया जाता है। 5. आन्तरिक कैनुला को फिर से ट्रेकियोस्टोमी में डाल दिया जाता है एवं उसको उसी जगह पर फिक्स कर दिया जाता है। ऑक्सीजन आपूर्ति को फिर से शुरू कर दिया जाता है। • जो मरीज तकनीकी सहायता के पूरक ऑक्सीजन ले रहा है, के लिये निम्न चरणों का पालन किया जाता है। 1. यांत्रिक वेंटीलेटर को हटा दिया जाता है। 2. आन्तरिक कैनुला को निकाल कर अतिरिक्त आन्तरिक कैनुला में बदल दिया जाता है। 3. इसके बाद मैकेनिकल वेबिलेटर को फिर से जोड़ दिया जाता है। 4. आन्तरिक कैनुला को हाइड्रोजन पर ऑक्साइड का उपयोग करते हुये ब्रॉश व पाइप क्लीनर की सहायता से साफ किया जाता है। 5. कैनुला को नॉर्मल सलाइन से धोया जाता है। 6. आन्तरिक कैनुला को एक स्टेराइल कंटेनर में रख दिया जाता है जिससे की इसका सही समय पर उपयोग किया जा सके।		

	• यदि आंतरिक कैनुला का प्रतिस्थापन उपलब्ध नहीं है उस स्थिति में वायुनली का पर्याप्त अद्रिकरण और सक्शन किया जाता है, जिससे कि वायुमार्ग में निकले स्त्राव की पपड़ी या गाढ़ापन न जमे। • स्टोमा को साफ करने के लिये 4x4 का गाज स्पांज व कॉटन टिप्ड अप्लीकेटर का उपयोग किया जाता है। यह प्रक्रिया स्टोमा के एक किनारे से भुरु करके धीरे से अलग कर लिया जाता है। • एक स्टेराइल पहले से कटी हुई पट्टी के टुकड़े को प्लेविन का उपयोग करते हुये ट्यूब को प्लेज के नीचे रखा जाता है। अगर प्लेज को सिला गया है तक पट्टी के टुकड़े को जबर्दस्ती त्वचा और प्लेज के बीच में नहीं लगते हैं। • स्टोमल जगह के संक्रमण, घाव या त्वचा के छरण की सतत् निगरानी की जाता है। • ट्रेकियोस्टोमी टेप अगर संक्रमित हो गयी है तो इसको बदल देते हैं। गन्दे टेप को हटाने से पहले ट्यूब को नये टेप से सुरक्षित किया जाता है। टेप को एक चौकोर गॉठ के सहारे बाँधा जाता है, जिसको इतना ढीला रखा जाता है कि उसमें दो उगलियों गॉठ और त्वचा के बीच आ सकें। • अगर जरूरत हुई तो वायुनली का फिर से सक्शन किया जाता है। • ऑक्सीजन स्रोत या मैकेनिकल वेंटिलेटर का निरीक्षण, सेटिंग और सुधार कार्य के लिये हर 2-4 घंटे में किया जाता है। • ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब के भीतर स्त्राव को सुखाने से रोकने के लिये आद्र हवा की उपस्थिती को अवत किया जाता है। • आवयक होने पर ट्रेकियोस्टोमी की देखभाल की जाती है, स्टोमा में सूजन, और लाल होने की स्थिति में या स्त्राव से प्रचुर मात्रा में दुर्गंधयुक्त या पीले रंग या हरे रंग का दिखाई दे तो यह देखभाल और अधिक बार और जल्दी-जल्दी किया जाता है। • जब भी ट्रेकियोस्टोमी ड्रेसिंग सामग्री गंदी हो जाती हाइटों उसको तुरंत बदल दिया जाता है। • प्रत्येक 8 घंटे के अन्तराल पर मुख का देखभाल किया जाता है। • एक ओब्ज्युरेटर और एक अतिरिक्त ट्रेकियोस्टोमी ट्यूब एक ही आकार के बिस्तर के पास ही रखे जाते हैं। • चिकित्सक के निर्देशों के अनुसार 5 एम0एल नार्मल सलाइन वायुनाली में डाल कर सक्शन किया जाता है। ट्यूब में बाधा डालने वाला बलगम हो सकता है। • सभी प्रक्रियाओं और कार्यवाही को प्रलेखित किया जाता है। • ट्रेकियोस्टोमी के दौरान उसके पहले और बाद में मरीज का		
--	--	--	--

	देखभाल किया जाता है।		
	सीने में ट्यूब का डालना प्रक्रिया: • स्थानीय नि चेतन देकर चेस्ट ट्यूब को डाला जाता है। • अन्तः िरा मेंी गया है उसको स्थापित किया जाता है। • मरीज के भवासनली और भवसन की स्थिति का लगातार आंकलन किया जाता है। • मरीज के दोनो हाथों को कार्डियक टेबल पर रखते हुये एसको फोवलेर्स अवस्था मे रखा जाता है। • ट्रेकियोस्टोमी सेट को खोल कर स्टेराइल ग्लोव्स और मास्क के सेट के साथ रख दिया जाता है। • जहाँ पर ट्यूब को डालना है उस जगह की त्वचा को एण्टी सेप्टिक जैसे कि पोवीडीन, आयोडीन से त्वचा को साफ किया जाता है व उसको ढक कर रखा जाता है। • स्टेराइल तौलिये को खोला जाता है। • लिग्नोकेन 1 प्रति ात की बोतल के ऊपरी हिस्से की स्पिरिट से पोछा जाता है जिससे कि उसको 10 सीसी सिरिन्ज में उसको निकाल सके। • 11 नंबर की ब्लेड को खोला जाता है। • 3.0 सिल्क सूचर को कटिंग सुई, गाज व काटन के साथ रखा जाता है। 8 इंच लंबी स्ट्रिप्स, 3इंच की एलस्टोप्लास्ट, को तैयार रखा जाता है। • स्टेराइल पानी सही मात्रा तक बोतल में सावधानीपूर्वक भरा जाता है पानी की मात्रा को चिन्हांकित कर दिया जाता है और ट्यूब को पानी के अंदर होना सुनिश्चित किया जाता है, (स्टेरिलिटी को हर समय सुनिश्चित किया जाता है) चेस्ट ट्यूब को ट्रेकर जो कि एक धातु से बना नुकीली पट्टी होती है का उपयोग करके डाला जा सकता है, परन्तु इससे घाव होने की संभावना बनी रहती है। • जब तक पूरी तरह से तैयारी न हो जाये चेस्ट ट्यूब ट्रॉकर और कैनुला को नहीं खोला जाता है। • इनका प्लेसमेंट सेल्डिगर तकनीकी से किया जाता है जिसमें की एक बिना धारदार गाइड वायर को सुई से पास किया जाता है (जिसके द्वारा चेस्ट ट्यूब को डाला जाता है) की सिफारिश की जाती है। • अगर निकाले गये नमूने की जरूरत हो तो जैसे ही ट्यूब को उसकी जगह पर डाला जाता है, स्पेसिमेन बोतल को उसको एकत्रित करने के लिये तैयार रखा जाता है। • कैलिस क्लम्प से चेस्ट ट्यूब को बन्द या क्लेड कर दिया जाता है। • चेस्ट ट्यूब जो कि एक अंडर सील्ड बोतल से जुड़ा है को यह सुनिश्चित किया जाता है कि वो सुरक्षित हो।		

	• केलिस ट्यूब क्लेम्प को ढीला कर दिया जाता है। • संग्रह कक्ष में निकले हुये पदार्थ का प्रकार व मात्रा का परीक्षण किया जाता है। • अगर किसी प्रकार की वायु लिकेज ट्यूब या फिर से पानी के चेम्बर में है तो उसको चेक किया जाता है। • एक बार जब यह सुनिश्चित हो जाये कि ट्यूब अपनी सही जगह पर है तो उसको उसकी जगह पर फिक्स करने के लिये 3.0 प्रकार के धागे से सिल दिया जाता है। • चेस्ट से पदार्थ निकासी सिस्टम को सक्शन से जोड़ दिया जाता है। (आदेशानुसार) • ट्यूब वाली जगह को गाज और इलस्टोप्लास की सहायता से जोर से दबाया जाता है, और यह सुनिश्चित हो की सभी कनेक्शन टेप किये हुये है। • एक बार जब निकासी नली को सीने में उसकी जगह पर लगा दिया गया हो तो उसको यह सुनिश्चित करने के लिये की वो अपनी जगह पर है, एक एक्स रे किया जाता है। • छाती का एक्स रे ट्यूब की स्थिति और प्रक्रिया की प्रभावशीलता जानने के लिये किया जाता है। • जब तक वायु या फिर तरल पदार्थ निकाल रहा हो तब तक ट्यूब को अंदर ही रखा जाता है नही तो वायु एकत्रित होने की संभावना रहती है। • यह सुनिश्चित किया जाता है कि मरीज जाने के पहले आराम में हो। • मरीज के भवसन, रंग और किसी प्रकार की जटिलताओं की निगरानी सतत की जाती है।		
	लो सक्शन पम्प की तैयारी: • सबसे पहले यह सुनिश्चित किया जाता है कि कॉच चेम्बर में मेटल रोड मार्कर चेम्बर की निचली सतह पर हो। • ग्लास चेम्बर को मेटल रोड मार्कर के 30 प्वाइंट तक पानी भरते है। • मेटल रोड मार्कर को पानी में 15 प्वाइंट तक ऊपर खींचा जाता है। • Y कनेक्टर दो निकास नाली के लिये किया जाता है, और कनेक्टर को सिंगल ड्रेन के समय कनेक्टर को सीधा रखा जाता है। • कनेक्टिंग ट्यूब का एक सिरा कनेक्टर से जोड़ा जाता है जबकि दूसरा सिरा लो सक्शन पम्प से जोड़ा जाता है। • कनेक्टर को ड्रेन ट्यूब से जोड़ दिया जाता है। • मुख्य स्विच को प्लग में लगाकर चालू कर दिया जाता है।		
	टॉके/क्लिप का निकालना प्रक्रिया: • सबसे पहले हैंड स्कूम किया जाता है।		

	• ट्रॉली को साफ किया जाता है। • डिस्पोजेबल दस्ताने को ट्रॉली से जोड़ दिया जाता है। • उपकरण को ट्रॉली के निचले तल पर रख दिया जाता है। • इसके बाद ट्रॉली को बिस्तर की ओर लाया जाता है। • स्क्रीन का उपयोग मरीज के गोपनीयता के लिये किया जाता है, व मरीज को प्रक्रिया के बारे में बता दिया जाता है। • हॉथ को धोया जाता है। • स्टेराइल क्षेत्र का निर्माण किया जाता है टॉके के सेट या क्लिप रिमूबर को ट्रॉली के भीर्श तल पर खोल कर। • गल्लीपोट में पोवीडीन आयोडीन को डाला जाता है। • हॉथ को धोया जाता है। • स्टेराइल फोरसेप्स के द्वारा ड्रेसिंग सामग्री को निकाल कर क्लिनिकल बैग में डाल दिया जाता है, फोरसेप्स को सी0एस0एस0डी0 बैग में डाला जाता है। • सूचर लाने को साफ किया जाता है। • बेडसाइड सूचर लाइन पर स्टेराइल गाज को रखा जाता है। • फोरसेप्स और टॉका निकालने वाली कैची का उपयोग करते हुये सुचर और क्लिप्स को निकाल दिया जाता है। • त्वचा को जितना करीब से हो सके टॉके को काटा जाता है और घाव से चांच लिया जाता है। • क्लिप्स को बीच से दबा दिया जाता है व जिससे वह खुल जाती है, इसके बाद घाव के दोनो तरफ से निकाल दिया जाता है। • निकले हुये टॉके और क्लिप्स को स्टेराइल गाज के ऊपर रखा जाता है। • चिकित्सक की सलाह पर सूचर लाइन को पोवीडीन आयोडीन से साफ करके उसकी ड्रेसिंग कर दी जाती है। • मरीज को आराम से रहने की सलाह देकर पर्दे को हटा दिया जाता है। • ट्रॉली को यूटिलिटी रूम में ले जाया जाता है, क्लिनिकल कचरे को व्यवस्थापित किया जाता है व सी0एस0एस0डी0 बैग को उचित कंटेनर में रख दिया जाता है। • ट्रॉली को धोया जाता है। • हॉथ की सफाई की जाती है।		
	सब क्लेवियन वेन में कैनुला का लगाना प्रक्रिया: • अन्तः िरा घोल और ट्युबिंग को तैयार किया जाता है, व विलयन बैग में तारीख, समय, विलयन और योजक के साथ लेबल किया जाता है, प्रक्रिया को समझाते हुये मरीज को आ वस्त किया जाता है।		

	• दोनों बाजुओ के बीच में मरीज के नी भीट को बिछाया जाता है। • मरीज का सिर इनसरटेड साइट से दूर रखा जाता है। • जितने भी कर्मी या कर्मचारी इस प्रक्रिया में भागिल है, सभी को दस्ताना और मास्क पहनना अनिवार्य है। • चिकित्सक नियत जगह को पोवीडीन आयोडीन से साफ करता है। • वायु के आवे । को रोकने मे सहायता के लिये मरीज को सुपाइन और ट्रेडलबर्ग अवस्था में रखा जाता है। • कैथेटर को चिकित्सक द्वारा डाला जाता है। • एक स्टेराइल ओक्लूसिव ड्रेसिंग को सिल्वर इंप्रेग्नेटेड ग्राफल्लोय के साथ नियत जगह पर लगाया जाता है। • तारीख, समय, जगह और कैथेटर किसने लगाया का विवरण दर्ज कर लिया जाता है। • सांस की आवाज को सुना जाता है जिससे ये पता चल सके कि मरीज के फेफड़े में पर्याप्त एयर एंट्री हो रही है। • चिकित्सक की सलाह के अनुसार मरीज के कैथेटर की स्थिति का पता लगाने के लिये रेडियोग्राफी की जाती है।		
	एक से ज्यादा ल्यूमेन के उपयोग के लिये दिाा-निर्देाा • सभी ल्यूमेन का उपयोग आई.वी फ्लूइड को लगाने के किया जाता है। • केन्द्रीय िारापरक दबाव दूरस्थ ल्यूमेन के माध्यम से की जाती है। • रक्त उत्पादों का दूरस्थ या निकटस्थ ल्यूमेन के माध्यम से दिया जाता है। • परेंटेरल पोशन किसी भी ल्यूमेन से दिया जा सकता है परन्तु अधिमानतः मध्य या दूरस्थ ल्यूमेन से ही दिया जाता है। • रक्त का नमूना निकटस्थ ल्यूमेन से लिया जाता है। • कैथेटर की पेटेंसी और रक्त की उपस्थिति प्रत्येक पारी मे आव यक रुप से देखी जाती है। • हर 24 घंटे में या जब जरूरी हो तब साइट ड्रेसिंग बदल दी जाती है, सूजन डिस्चार्ज, एडिमा और हेमेटोमा के लिये साइट का निरीक्षण किया जाता है और उसको दर्ज करते है। • कैथेटर का निरीक्षण एंठन या ढीले टॉके के लिये होता है। • केन्द्रीय िारापरक दबाव की रीडिंग संकेत के रुप में प्राप्त की जाती है। जब तक रक्त संदूशन के अन्य सभी तरीके समाप्त नहीं हो जाते तब तक संदूशन के जोखिमों के कारण सेन्ट्रल लाइन का प्रयोग रक्त के नमूने लेने के लिये नहीं किया जाता है।		

	सब्लेवियन कैथेटर को निकालना • ड्रेसिंग को निकाल दिया जाता है। • सूचर रेमूवल सेट से टॉके को निकाल दिया जाता है। • एक 4x4 साइज का गाज स्पोंज सम्मिलन साइट पर लगाया जाता है। • सम्मिलन साइट से धीरे-धीरे कैथेटर को बाहर निकाल लिया जाता है। • तुरन्त बाद उस जगह पर गाज स्पोंज की सहायता से दबाकर रखा जाता है और 3 से 5 मिनट तक दबा के रखा जाता है। • पोवीडीन आयोडीन घोल को साइट पर लगाया जाता है, और जीवाणु रहित ड्रेसिंग को लगाया जाता है। • साइट के सूजन डिस्चार्ज, एडिमा और हेमेटोमा के लिये साइट का निरीक्षण किया जाता है और उसको दर्ज करते हैं। • तारीख, समय, जगह और कैथेटर किसने निकाला का विवरण दर्ज कर लिया जाता है।		
	धमनी लाइन सम्मिलन प्रक्रिया • सबसे पहले प्रेसर ट्रॉसड्यूसर प्रणाली को तैयार और केलिब्रेटेड किया जाता है। • प्रक्रिया को समझाते हुये मरीज को आ वस्त किया जाता है। • एलन परीक्षण रेडियल धमनी साइट पर किया जाता है। • हाथ को सपोर्ट दिया जाता है व कलाई Dorsiflexed है। गाज या तौलिया का एक रोल अधिकतम डॉर्सीपलेक्सन के लिये कलाई के पीछे रखा जाता है। • साइट को पोविडीन-आयोडीन विलयन से 03 मिनट में तैयार किया जाता है व सूखने दिया जाता है प्रक्रिया करने वाला व्यक्ति एक सर्जिकल मास्क और स्टेराइल दस्ताने पहनता है। • डॉक्टर धमनी को तला ाने के बाद कैथेटर को 45 डिग्री के कोण पर धमनी में डालता है। • धमनी के बैकफलों को जैसे ही देखा जाता है कैथेटर के सुई को धागे से बंध कर सुई को बाहर निकाल दिया जाता है। अत्यधिक बैकफलों को एक उँगलियों से कैथेटर को दबा कर रोका जाता है। • दबाव ट्यूबिंग कैथेटर से जुड़ा हुआ होता है। सिस्टम में हवा के प्रवेश को रोकने के लिये कनेक्ट करते समय बैकफलों की अनुमति दी जाती है और दबाव ट्यूबिंग को प्रवाहित किया जाता है। • मॉनिटर पर एक क्रिस्प धमनी ट्रेसिंग का निरीक्षण किया जाता है जो कि सटीक प्लेसमेंट को इंगित करता है।		

	• अगर डॉक्टर द्वारा धमनी दबाव की निगरीनी की आव यकता नहीं है, तो कैथेटर को पूर्व-हेपरिनिज्ड 3 वे टेप के साथ जोड़ा जाता है। धमनी लाइन की रुकावट को रोकने के लिये हेपरिनिज्ड सेलाइन के साथ हर 06 घंटे में 3 तरफा टेप को फ्ल 1 किया जाता है। • सम्मिलन स्थल को पोविडीन-आयोडीन और पारद ग्री ओक्क्लुसिव ड्रेसिंग के साथ तैयार किया गया है। • ट्रॉसड्यूसर को सटीकता सुनिश्चित करने और एक दबाव वाले हेपरिन फ्ल 1 सिस्टम को बनाये रखने के लिये कैलिब्रेट किया जाता है। तिथि, समय, कैथेटर के आकार, स्थान और जिसके द्वारा कैथेटर डाला गया था, को दर्ज किया जाता है। • धमनी तरंग और रक्त वापसी की उपस्थिति का आकलन हर 2 और 4 घंटे के लिये किया जाता है। • धमनी रेखा और कफ दबाव के बीच सहसम्बन्ध अकसी जॉच और प्रलेखित होता है। • प्रत्येक 24 घंटे में आव यक होने पर ड्रेसिंग को बदल दिया जाता है। प्रभावित एक्स्ट्रेमिटी की रूप रंग या उपस्थिति, साइट और परफ्यूजन का दस्तावेजीकरण किया जाता है। • संक्रमण के लक्षण देखे जाते हैं। • कैथेटर को हटाने का आदेश 1 डॉक्टर द्वारा किया जाता है। • ड्रेसिंग हटा दिया जाता है। • स्टॉपकॉक साइट के सबसे नजदीक बंद किया जाता है। • कैथेटर को धीरे से हटा दिया जाता है और 5 मिनट के लिये साइट पर फर्म दबाव डाला जाता है। • दबाव ड्रेसिंग लागू किया जाता है। • प्रभावित एक्स्ट्रीमिटीज के परिसंचरण का मूल्यांकन किया जाता है। • कैथेटर के नवीनीकरण, साइट के वर्णन के साथ और चूने के दबाव, लंबाई के साथ लागू किया जाता है।		
	आई0सी0यू0 में सिडेसन • आई0सी0यू0 में भर्ती सभी रोगियों को इस तरह से बहकाया जाता है कि: 1. एन्डोत्रेकियल इंटुबैलेयन की सहिष्णुता को सह सके, 2. मिकेनिकल वेंटिले इन की सहन शीलता को सक्षम करता है। 3. दर्द निवारक आव यकतानुसार दिया जाता है। 4. यह सुनिश्चित करता है कि रोगी किसी भी प्रक्रिया से अवगत नहीं है। • एण्डोत्रेकियल इंटुबै इन और मैकेनिकल वेंटिले इन पर सभी रोगी को नीचे दिये गये रूप में प्रबन्धित किया जाता है:	चिकित्सक / स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर / बी0एच0टी0

	1. इ Metajolam 2mg धीमी प्रारंभिक बोलस के रूप में व इसके बाद 1mg IV हर घंटे दिया जाता है, समय के साथ खुराक कम हो जाती है। प्रक्रियाओं के दौरान 2एम0जी0 का एक बोलस दिया जाता है। 2. इंच मॉर्फिन 4mg IV हर घंटे दिया जाता है, जिसके बाद धीरे-धीरे लगातार 1.2mg दिया जाता है, यदि रोगी बेचैन है, वेंटिलेटर से जुड़ा रहा है या चिन्तित है। 3. प्रतिदिन न्यूरोलॉजिकल मूल्यांकन के लिये मॉर्फिनेक आसव को प्रतिदिन 06 से 09 बजे के बीच रोका जाता है। 4. यदि रोगी वेंटिलेटर का विरोध करना जारी रखता है तो प्रोपॉयल 1 प्रति 10 जलसेक दिया जाता है।		
	सुविधा दवाओं और दवाओं के प्रशासन के लिये मानक उपचार दिशा-निर्देशों का पालन करती है। • ड्यूटी पर मौजूद डॉक्टर को यह सुनिश्चित करना चाहिये कि दवाये जेनेरिक नाम से लिखा गया हों। • ड्यूटी पर मौजूद स्टाफ नर्स को यह सुनिश्चित करना चाहिये कि हाई अलर्ट दवाओं की सही खुराक दी जाये। • एक्सपायरी डेट के लिये ड्रग्स की जाँच की जाती है। • एकल खुराक की भी गी का उपयोग एक से अधिक खुराक के लिये नहीं किया जाता है। • हर बार अलग जीवाणुरहित सुई का उपयोग किया जाता है। • यदि एक नमूना (रक्त वमूत्र/मुँह की सूजन आदि) एकत्र किया जाता है, तो कंटेनर को ड्यूटी पर कर्मचारियों द्वारा ठीक से लेबल किया जाता है। आई0ई0सी0 में विभिन्न लैब परीक्षणों के महत्वपूर्ण मूल्य है।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर/बी0एच0टी0
	रोगी रिकार्ड रखरखाव • परिभाषित प्रगति उपचार योजना के अनुसार रोगी की प्रगति दर्ज की जाती है। • आदेश बी0एच0टी0 पर लिखे जाते हैं। • उपचार का रखरखाव बी0एच0टी0 पर दर्ज किया जाता है। • दिशा-निर्देशों के अनुसार रिकॉर्ड बनाकर रखा जाता है। सभी रजिस्टर/रिकॉर्ड की पहचान की जाती है और उन्हें सुरक्षित रखने के लिये गिना जाता है। • सुविधा ने रोगी के निर्वहन के लिये प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर/बी0एच0टी0
	रोगी के अस्पताल से डिस्चार्ज के लिये प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है। • रोगी को छुट्टी देने से पहले मूल्यांकन किया जाता है। डिस्चार्ज एक अधिकृत डॉक्टर द्वारा किया जाता है। • रोगी/परिचारको को छुट्टी से पहले परामर्श दिया जाता है। • डिस्चार्ज सारांश को रोगी की नैदानिक स्थिति, दिये गये	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आई0सी0यू0 रजिस्टर/बी0एच0टी0

	उपचार और अनुवर्ती कार्यवाही का पर्याप्त रूप से उल्लेख करना चाहिये। - रोगी व परिचारक को डिस्चार्ज सारांश दिया जाता है। - लामा/रेफर्ड रोगी को छुट्टी देने से पहले परामर्श दिया जाता है और परिणाम स्पष्ट दिये जाते हैं।		
	संस्था ने गहन देखभाल के लिये प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है। - आईसीयू में स्टेप डाउन/दर्द प्रबन्धन/बेहोश करने की क्रिया/सेन्ट्रल लाइन्स/पैरेन्ट्रल न्यूट्रिशन/अचेतन पैरापेलिक रोगियों की देखभाल/एनाफिलेक्टिक भाँक/नॉन इनवेसिव वेंटिलेशन आदि के लिये प्रोटोकॉल बनाया गया है। - भवसन विफलता के मामले में, आईसीयू में वेटिलेटर पर रोगी की देखभाल और निगरानी के लिये प्रोटोकॉल बनाया जाता है।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	आईसीयू रजिस्टर/बीएचटी
	संस्था ने ब्लड बैंक/भंडारण प्रबन्धन और भंडारण प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है। - रक्त ट्रान्सफ्यूजन से पहले सहमति ली जाती है। - रक्त ट्रान्सफ्यूजन से पहले रोगी की पहचान सत्यापित की जाती है। - रक्त ट्रान्सफ्यूजन से पहले जरूरी तापमान पर रखा जाता है। - रक्त ट्रान्सफ्यूजन की निगरानी और नियंत्रण डॉक्टर स्टाफ नर्स द्वारा किया जाता है। - ब्लड ट्रान्सफ्यूजन नोट मरीज के रिकॉर्ड में दर्ज किया जाता है। - किसी भी बड़ा या छोटा ट्रान्सफ्यूजन प्रतिक्रिया को प्रबन्धित, रिकॉर्ड और एसआईसी/सीएमएस और ब्लड बैंक प्रभारी को रिपोर्ट किया जाता है।	नर्स ऑन ड्यूटी/ब्लड बैंक अधिकारी	
	संस्था ने संज्ञाहरण सेवाओं के लिये प्रक्रियाएँ स्थापित की हैं: प्री एनेस्थीसिया, चेकअप ऐच्छिक/नियोजित सर्जरी के लिये, आयोजित किया जाता है।	निचे चेतक	
	संस्था ने जीवन देखभाल और मृत्यु के अंतिम प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है। - आईसीयू में रोग की बिगड़ती स्थिति के बारे में रोगी के रिश्तेदारों को बताने की प्रक्रिया है। - आईसीयू में संलिप्तता के मामले में रोगी के रिश्तेदारों की निष्कायित परामर्श आयोजित करने के लिये है। - मरीज के बीएचटी पर डेथ नोट लिखा जाता है, जिसमें उसको बचाने के लिये किये गये प्रयास को शामिल किया गया है। - रोगी को अटेंडेंट और अंतर्निहित कारण का हवाला देते हुये मौत के कारण का ब्यौरा दिया जाता है।	चिकित्सक/स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	

	कानून के अनुसार जीवन निर्वाह संधि के नवीकरण की एक मानक प्रक्रिया है। • ड्यूटी पर मौजूद डॉक्टर स्टाफ नर्स को मरीज के रि तेदार परिजनों को अन्तिम क्षणों में मरीज को देखने की अनुमति देनी चाहियें।	चिकित्सक / स्टाफ नर्स ऑन ड्यूटी	
	हाथ की स्वच्छता और व्यक्तिगत सुरक्षात्मक संतुलन के उपयोग सहित संक्रमण नियंत्रण प्रबन्धन: • स्टाफ के आवधिक समय-समय पर चिकित्सकीय जाँचों के टीकाकरण की प्रक्रिया है। • सूक्ष्मजीवविज्ञानी निगरानी के लिये सतही और चारों ओर का नमूना या सैंपल लिया जाता है। • अस्पताल से मिले संक्रमण के मामले की रिपोर्ट करने की प्रक्रिया है। • स्टाफ नर्स के द्वारा संक्रमण नियंत्रण प्रथाओं की नियमित निगरानी द्वारा की जाती है। • डॉक्टर व स्टाफ को रोगी की प्रत्येक प्रक्रिया या देखभाल के बाद हाथ धोना चाहियें। • साफ पानी और साबुन की उपलब्धता स्टाफ नर्स द्वारा सुनिश्चित की जाती है। • एंटीसेप्टिक विलयन से प्रक्रिया स्थल की उचित सफाई नियमित रूप से की जाती है। • स्वच्छ दस्ताने, मास्क, जूता कवर, कैप्स, व्यक्तिगत सुरक्षा किट, एप्रन आदि की उपलब्धता सुनिश्चित की जाती है।		
	उपकरण इनवेंटरिंग: • एक बार उपकरण की आपूर्ति होने के बाद यह किसी भी नुकसान, टूटने और पूर्णता के लिये निरीक्षण के लिये अनपेक्षित किया जाता है। सभी सामान, सॉफ्टवेयर सीडी, डीवीडी, उपयोगकर्ता पुस्तिका, निर्देश पत्रक, पुर्जों आदि की भी जाँच की जाती है। निर्माता कारखाने परीक्षण प्रमाण पत्र के साथ प्रासंगिक गुणवत्ता अनुरूपता प्रमाण पत्र अंक सभी उपकरणों के लिये प्रलेखन के भाग के रूप में बनाये रखा जाता है। फिर उपकरण को कामकाज और संचालन के लिये जाँचा जाता है। • उपरोक्त मुद्दों पर संतुष्ट होने के बाद उपकरण को स्टॉक बुक में लिया जाता है और इसकी इन्वेंट्री संख्या जारी की जाती है। उपकरण और इन्वेंट्री के सभी विवरणों के साथ एक इन्वेंट्री स्टिकर को उपकरण पर रखा गया है। साथ ही इसकी हिस्ट्री शीट और लॉगबुक भुरु की गई है, इन्हें औपचारिक रूप से उपकरण जारी करने के बाद उपयोगकर्ता विभाग को सौंप दिया जाता है।		
	प्रोसीजर फॉर प्रेवेंटिव एण्ड ब्रेक डाउन मेंटीनेन्स एण्ड कैलिब्रेशन ऑफ़ एक्युप्मेन्ट: • प्रत्येक उपकरण के लिये एक प्रलेखित परिचालन और रखरखाव योजना है जो उपकरणों के इतिहास पत्रक का एक हिस्सा है। निर्माता का निर्देश मैन्युअल जिसमें योजना		

	भाषित है। ऑपरेटर को उपकरणों को संभालने में प्रशिक्षित किया जाता है हर उपकरण के लिये एक निवारक रखरखाव ट्रेकर है। उपकरण हिस्ट्री भीट्स और लॉग बुक बनाये रखना: - यह उपयोग कर्ता विभाग का कर्तव्य है कि वह अपने द्वारा जारी किये गये उपकरणों की हिस्ट्री शीट और लॉगबुक को बनाये रखे जो उनको इकट्ठा किया हो या उनके डिपार्टमेंट में उपयोग किया जा रहा हो। - विभागीय प्रमुख विभाग में एक फोल्डर रखता है जिसमें सभी उपकरणों के लिये फाइल होती है जिसमें उनकी हिस्ट्री भीट्स और लॉगबुक्स होती है। जिससे प्रदर्शन को ट्रैक करना और हमें कार्य करने, रिकार्ड रखने में आसानी हो। यह समय समय पर निवारक रखरखाव और अपनी आवश्यकताओं के अनुसार सी0एम0सी0/ए0एम0सी0 के नवीकरण और नवीनीकरण से पहले समाप्त होने में मदद करता है।		
	उपकरण निरीक्षण और अंशिकन। - सभी उपकरणों का समय समय पर अस्पताल के इन्जीनियरिंग निरीक्षण किया जाता है, और जहाँ नैदानिक उपकरणों के मामले में बायोमेडिकल इन्जीनियरिंग कर्मियों द्वारा आवश्यकता होती है। जैव चिकित्सा उपकरण भी समय समय पर उपकरणों की आवश्यकताओं और संचालन की नाजुकता के अनुसार कैलीब्रेट किये जाते हैं। संगठन समतुल्य के निरीक्षण एवं अंशिकन के साप्ताहिक मासिक वार्षिक कार्यक्रम उचित तरीके से इन उपकरणों का निरीक्षण माप और रखरखाव सुनिश्चित किया जाता है। ऐसे सभी निरीक्षणों सुधारात्मक और निवारक उपायों का रिकार्ड रखा जाता है। राज्य स्तर से बायोमेडिकल उपकरणों के रख-रखाव, मरम्मत तथा कैलिब्रेशन हेतु सेवा प्रदाता एजेंसी 'सॉयरिक्स' नामित है। इसके राज्य एवं जनपद स्तरीय अधिकारियों का सम्पर्क नम्बर सभी मुख्य चिकित्सा अधीक्षक/चिकित्सा अधीक्षक एवं प्रभारी चिकित्सा अधिकारी को मिशन निदेशक के पत्र संख्या-..... प्रेषित किया जा चुका है। - बायोमेडिकल उपकरण और क्रिटिकल उपकरण का कैलिब्रेशन निश्चित समय अन्तराल पर या आवश्यकता होने पर किया जाता है। सी0एम0सी0/ए0एम0सी0 के अर्न्तगत उपकरणों का प्रिवेन्टिव मेन्टीनेन्स विभाग द्वारा सही किया जाता है। इसको यूजर विभाग और जैव चिकित्सा विभाग ही सही करता है और इसका रिकार्ड भी भविष्य में इस्तेमाल या देखने के लिये रखता है। - सी0एम0सी0/ए0एम0सी0 के तहत उपकरण नही होने के कारण अस्पताल को सामान्य विक्रेताओं एवं एजेंसीओं द्वारा किया जाता है। जो क्षेत्र में निष्काशित होते हैं। इस तरह के कैलिब्रेशन की आवश्यकता निर्माता विनिर्देशों के अनुसार प्रत्येक उपकरण से पहले बनाकर रखा जाता है।		

	- इसके अतिरिक्त कुछ उपकरण जैसे कि मेडिकल प्रयोग गाला आदि में उपयोग किये जाने वाले उपकरणों का कैलिब्रेटन विभाग में उपस्थित/कार्यरत टैक्नीशियनों द्वारा उनकी क्षमता एवं योग्यता के अनुसार कर लिया जाता है। - कैलिब्रेटन और इन्सपेक्शन के सभी रिकार्ड उपयोगकर्ता विभाग के साथ साथ प्रशासनिक/आस्पताल इंजीनियरिंग विभाग द्वारा मैनटेन करके रखा जाता है।		
	रखरखाव के लिए इनपुट – संस्थाओं में उपलब्ध उपकरणों (यूनिटवार) की एक विस्तृत सूची जिसमें विभिन्न प्रकार के उपकरणों का उपयोग किया जाता है, का विवरण जैसे कि उसकी पहचान जगह ऑपरेटन की सीमा रखरखाव एवं कैलिब्रेटन की आवश्यकता	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	रखरखाव और ऑपरेशन की आवश्यकताओं को आम तौर पर परिचालन और रखरखाव मैनुअल का उपयोग करके पहचाना जाता है। जहाँ रखरखाव नियमावली उपलब्ध नहीं है, यह ज्ञान और अनुभव पर आधारित होता है। सभी नये खरीदे गये उपकरणों/डिवाइस के लिये यह सुनिश्चित किया जाता है, कि यह मैनुअल मूल दस्तावेजों के माध्यम से नियंत्रित किये जाते हैं।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	जब कोई उपकरण डिवाइस टूट जाता है, तो इंजीनियरिंग सेवा विभाग को सूचित किया जाता है। इंजीनियरिंग रखरखाव विभाग आवश्यकताओं को रिकार्ड करते हैं।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	रखरखाव की प्रक्रिया – - निवारक रखरखाव (वर्क प्लानों के लिए संलग्नक 05 देखें) - निवारक रखरखाव कार्यक्रम निर्माताओं की सिफारिशों का उपयोग निवारण रखरखाव समीक्षा के आधार पर तैयार किये जाते हैं। उपकरण के उपयोग के लिए विभिन्न विभागों को अग्रिम में निवारक रखरखाव की सूचना दी जाती है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	प्रारूप का उपयोग करके रखरखाव अनुसूची और रिकार्ड के अनुसार निवारक रखरखाव किया जाता है, सम्बन्धित इंजीनियर रखरखाव गतिविधियों को नियमित रूप से देखता है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	किये गये सभी निवारक रखरखाव कार्य प्रारूप का उपयोग करके प्रत्येक उपकरण उपयोग डिवाइस (यूनिटवाइज के लिए, बनाए गये) इतिहास कार्ड में दर्ज किये जाते हैं।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	ब्रेकडाउन रखरखाव – वर्क प्लानों के लिए संलग्नक 04 देखें :- उपकरण/डिवाइस का टूटना इंजीनियरिंग सेवा विभाग को सूचित किया जाता है। इस तरह की मरम्मत की माँग के लिए, ब्रेकडाउन मरम्मत फार्म संदर्भ अनुलग्नक 01 पर भेजा जाता है। सम्बन्धित अभियन्ता ब्रेकडाउन के भविष्य में	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	

	रखरखाव व मरम्मत की आवश्यकता को पूरा करता है।		
	किये गये सभी प्रिवेन्टिव मेटेनेन्स कार्य हिस्ट्री शीट में दर्ज किये जाते हैं, जो प्रारूप का उपयोग करते हुए प्रत्येक उपकरण या डिवाइस के लिए बना है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	एओएमसीओ पर दिये गये उपकरण डिवाइस वार्षिक रखरखाव अनुबन्ध रखरखाव के लिए एओएमसीओ कम्पनी को दिये जाते हैं। विफलता एवं ब्रेकडाउन की एक रिपोर्ट निगरानी के उद्देश्य से कम्पनी से ली जाती है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	डिवाइस एवं उपकरण का अंशिक - अंशिक की आवश्यकता वाले सभी उपकरणों डिवाइस की एक सूची तैयार और उसको मैनटेन किया जाता है, सूची नाम, प्रकार, क्रम सं. स्थान दोबारा जाँच, दोबारा अंशिक, की तारीख, औसत दर्जे के उपकरण पहचान करती है। अंशिक स्थिति लगातार अपडेट की जाती है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	सूची यह भी इंगित करती है, कि क्या अंशिक घर में या बाहरी स्ट्रोंटों के माध्यम से किया गया है, यदि एक बाहरी एजेन्सी की आवश्यकता होती है, तब एक अनुबन्ध या खरीद आदेश जारी किया जाता है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	जहाँ आवश्यक कैलिब्रेशन एजेन्सी को अस्पताल में ही अंशिक करने के लिए आवश्यक एजेन्सी या फ़ैसिलिटी सहायता प्रदान की जाती है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	ऐसे उपकरण जिन्हें बाहरी स्थान पर कैलिब्रेट किया जाना है। उन्हें एकत्र किया जाता है और उन्हें पहचान की गयी अंशिक एजेन्सी को भेजा जाता है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	जब कैलिब्रेशन किया जाता है, तो निम्नलिखित की जाँच की जाती है। - फिजिकल परीक्षण उपकरण की भौतिक स्थिति - अंशिक रिपोर्ट सत्यापन - अंशिक प्रमाण पत्र अंशिक एजेन्सी से प्राप्त किया जाना है और सत्यापन के बाद ओके या ठीक नहीं है का स्टीकर चस्पा करना है। - अंशिक स्टीकर का चिपकना।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	अंशिक इतिहास एफ 03/बीओएमडीओ (एचओसीओ) और दर्ज किये गये अंशिक प्रमाण पत्र का उपयोग बनाये रखा जाता है	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	रखरखाव मशीन की सटीकता और उपयोग के लिए फिटनेस को संरक्षित करता है। यदि उपकरण अंशिक से बाहर है या अन्यथा उपयोग के लिए उपयुक्त नहीं है, तो इसे उपयोग से हटा दिया जाना चाहिये।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	टेस्ट इंस्ट्रूमेंट से जुड़े सामान की पहचान की जाती है और टेस्ट इंस्ट्रूमेंट के साथ कैलिब्रेट किया जाता है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	
	यदि किसी उपकरण में त्रुटि हो इस उपकरण द्वारा पहले से जाँच की गयी सामग्री को संगरोधित किया जाता है।	सम्बन्धित इजीनियर/टैक्नीशियन	

	इस लॉट को अन्य उपकरणों के साथ फिर से जाँचा जाता है, जो इसके पुनः अंशों के बाद के क्रम में है।	टैक्नीशियन	
	उपकरणों का उपयोग करने वाले व्यक्तियों को करो और न करो हैंडलिंग भण्डारण, सुरक्षा, निवारक रखरखाव जैसे पहलुओं पर प्रशिक्षित किया जाता है।	सम्बन्धित इंजीनियर/टैक्नीशियन	
	संक्रमण की रोकथाम सुनिश्चित करने के लिए रोगी देखभाल क्षेत्रों के भौतिक लेआउट और पर्यावरण नियंत्रण – - आईसोरीयूम के फर्श एवं दीवार की सतह अनिवार्य रूप से साफ करने योग्य हो एवं की जाये। - कीटाणुनाशक सफाई सामग्री की उपलब्धता सुनिश्चित हों। - स्टॉफ को स्पिल प्रबन्धन (रक्त व पारा) आदि के लिए प्रशिक्षित किया जाना चाहिए। - स्टॉफ को मानक प्रक्रिया के अनुसार सफाई विलयन तैयार करने के लिए प्रशिक्षित किया जाना चाहिए। डिटर्जेंट सलूशन के साथ रोगी देखभाल क्षेत्र की सफाई की जानी चाहिए। - मोपिंग एवं स्क्रबिंग के मानक अभ्यास का पालन किया जाये। रोगी देखभाल क्षेत्रों में झाड़ू जैसे सफाई उपकरणों का उपयोग नहीं किया जाना चाहिए। - भोड्यूल के अनुसार सफाई, फ्यूमिगेशन, कार्बोलाइजेशन के लिए तीन बाल्टी प्रणाली का उपयोग करना चाहिए। - व्यक्तिगत जूला पहनने के लिए प्रतिबन्धित किया जाये। रबर चप्पल की पर्याप्त संख्या में उपलब्धता सुनिश्चित की जाये।	आईसोरीयूम स्टाफ नर्स	
	संस्था ने जैव चिकित्सा और खतरनाक अपशिष्ट के अलगाव संग्रहण उपचार और निपटान के लिए प्रक्रियाओं को परिभाषित और स्थापित किया है – - कलर कोडेड डिब्बे और कलर कोडेड प्लास्टिक बैग की उपलब्धता व उपयोग सुनिश्चित की जाये। - कचरे की विभिन्न श्रेणियों अलगाव, संग्रहण, उपचार और निपटान की प्रक्रियादि निर्देशों के अनुसार सुनिश्चित की जाये। - बायोमेडिकल कचरे के अलगाव और हैंडलिंग के लिए कार्य निर्देशों का प्रदर्शन किया जाना चाहिए। - संक्रामक एवं सामान्य कचरे को अलग किया जाना चाहिए। - कार्यात्मक सुई कटर और पंचर प्रूफ बॉक्स की उपलब्धता सुनिश्चित किया जाना चाहिए। - निपटान से पहले भार्स/संक्रमित सुई की चोट के मामले में कर्मचारियों के लिए पोस्ट एक्सपोजर प्रोफिलैक्सिस की उपलब्धता सुनिश्चित हो। - जाँचों के डिब्बे जरूरत से ज्यादा भरे न हो। - निपटान से पहले तरल अपशिष्ट को डिसइन्फेक्ट किया गया हो		

	• बायोमेडिकल कचरे का परिवहन बन्द ढक्कनदार डिब्बे/कन्टेनर या ट्रॉली में होना चाहिए। • हॉस्पिटल में गुणवत्ता सुधार के लिए संगठनात्मक ढाँचे की स्थापना किया है। • गुणवत्ता आ वासन गतिविधियों के समन्वय के लिए एक विभागीय व्यक्ति नामित किया गया हो। • सेवाओं की निगरानी के लिए अस्पताल अधीक्षक/अस्पताल प्रबन्धक, मैट्रॉन प्रभारी द्वारा दैनिक भ्रमण का एक सिस्टम हो। • हॉस्पिटल ने आवधिक समीक्षा, चिकित्सा, मृत्यु और पर्चे की लेखा परिक्षण की प्रणाली स्थापित किया हो। • मेडिकल ऑडिट, प्रिस्क्रिप्शन ऑडिट और डेथ ऑडिट को आयोजित करने की एक प्रक्रिया स्थापित की गयी हो। • नॉन कम्पलाइन्सेस की गणना के लिए एक व्यवस्था प्रक्रिया निर्धारित किया गया हो।		
	हॉस्पिटल में गुणवत्ता के उद्देश्य, नीति को परिभाषित और स्थापित किया हो – • आईसीयू के गुणवत्ता के उद्देश्य को परिभाषित किया गया हो। • कर्मचारियों को गुणवत्ता नीति और उद्देश्य के बारे में पता होना चाहिए। • गुणवत्ता के उद्देश्यों की समय समय पर निगरानी और समीक्षा की जानी चाहिए।	आईसीयू प्रभारी	
	संस्था क्लिनिकल केयर और सुरक्षा संकेतकों को मापती है और मरीज के औसत रुकने का समय को राज्य/राष्ट्रीय स्तर के ब्रेच मार्क तक पहुँचाने का प्रयास करती है – • औसत रुकने का समय समायोजित मृत्यु दर/स्टैण्डर्ड मृत्यु दर प्रति हजार मामलों में प्रेडिक्टेड अल्सर की संख्या। • प्रति हजार रोगियों में प्रतिकूल घटनाओं की संख्या। • यूटीआई दर • रिइन्ट्यूबेशन रेट • क्लचर सर्विलान्स स्टैलिटी रेट • बीपीएल रोगियों के बेड ऑक्यूपेन्सी रेट • लामा दर व रोगी सन्तुष्टि स्कोर		
	संक्रमण नियंत्रण – • परामर्शदाता माइक्रो बायोलॉजिस्ट और संक्रमण नियंत्रण टीम की सहमति से संक्रमण नियंत्रण प्रक्रियाओं पर सहमति और लागू होती है। • एन्टीबैटिक पॉलिसी • कर्मचारियों और आगंतुकों की ड्रेसकोड नीति • हाथ धोने का सही तरीका • विसंक्रमण		

	• इनवेसिव प्रक्रियाओं के लिए सडन रोकने वाली सावधानियाँ • डिस्पोजल का उपयोग • मरीज को साफ हवा प्रदान करना • कैथेटर, ह्यूमिडी फायर वेन्टीलेटर ट्यूबिंग और अन्य उपकरणों को बदलना • जोखिम या संक्रमित रोगियों का अलगाव • यूनिट की सफाई		
	• जहाँ मुमकिन हो वहाँ हॉस्पिटल की अपनी पॉलिसी भी स्वीकृत की जाये जैसे – लम्बर, पंचर, ड्रेसिंग ऑफ वुंडस, इन्ट्रावेनस कैनुलर साइट्स • कुल और हॉस्पिटल के लोकल किये गये सही तरीको को भी सहमति दी जाये और लिखित रूप से रखा जाये।		
	• संक्रमण के नियंत्रण मे अनु ासन और व्यवहार डिजाइन की तुलना मे ज्यादा महत्वपूर्ण है। डिजाइन अनु ासन और सही व्यवहार को प्रोत्साहित करें। जैसे कि सिंक की कमी होने पर हाथ सही से धुला नही जा सकता, लेकिन इस वजह से बहुतायत सिंक लगवा दिये जायें, यह व्यवहार सही नही है।		

ANNEXURE- (अनुबंध)

<u>ANNEXURE-1 (अनुबंध -1)</u>		
Equipment Breakdown Repair Requisition Form (उपकरण ब्रेकडाउन मरम्मत आवश्यकता फॉर्म)		
Breakdown Slip No.(ब्रेकडाउनस्लिप नं)	Department:(विभाग:)	Date:(दिनांक) Time:(समय)
Equipment/ Instrument Name(उपकरण / (साधन का नाम		
Equipment/ Instrument Code No.(उपकरण साधन कोड सं /)		
Equipment/ Instrument Location(उपकरण / (साधन स्थान		
Nature of Breakdown(टूटने की प्रकृति)		
Time Required / Due Date(समय की आवश्यकता (नियत तिथि /		

Annual Time Consumed (वार्षिक समय का उपभोग किया)	
Signature of concerned Head(संबंधित प्रमुख का हस्ताक्षर)	Received Signature of Maintenance concerned Section Head(रखरखाव से संबंधित हस्ताक्षर प्राप्त अनुभाग प्रमुख)
Date : (दिनांक)	
Remarks: (टिप्पणियाँ)	

Time:(समय)	Signature of concerned Section Head /In-charge (संबंधित अनुभागप्रमुख / (प्रभारी का हस्ताक्षर-एलएन
------------	--

ANNEXURE-2 (अनुबंध -2)						
HISTORY SHEET OF EQUIPMENT(उपकरणों का इतिहास)						
Location where installed:(वह स्थान जहाँ स्थापित किया गया हो)						
Unit Name:(इकाई का नाम)		Make:(बनाना)		Model:(आदर्श)	Equipment Code:(उपकरण कोड):	
Supplier:(प्रदायक)		Service ProviderName, Address & Phone No (सेवा प्रदाता नाम, पता और फोन नं)		AMC()		AMC Valid up to:(AMC मान्य):
				Yes()	No()	
Date()	Operator's Name (ऑपरेटर का नाम)	Maintenance / Breakdown Details (रखरखाव / ब्रेकडाउन (विवरण	Maintenance Done (रखरखाव किया)	Spares Changes(परिवर्तन करता है)	Next Due date for Service (सेवा के लिए अगली नियततारीख)	Remarks &Sig. of I /C(रिमाक्स और सिग। I / C)

ANNEXURE-3 (अनुबंध -3)						
Departmental/ Unit Equipment Inventory(विभागीय (यूनिट उपकरण सूची/						
Department:(विभाग(:					Month/ Year:(महीना(:	
S.N.(क.सं.)	Equipment Name (उपकरण नाम(	Make(बनाना (	Date of Purchase(खरीदने की तारीख(	Date of Calibration (अंशांकन की तारीख(	Due date of next Calibration (अगले अंशांकन की नियत तिथि(	Equipment No.(उपकरण नं(

ANNEXURE-3 (अनुबंध -3)						
Departmental/ Unit Equipment Inventory(विभागीय (यूनिट उपकरण सूची/						
Department:(विभाग(:					Month/ Year:(महीना(:	
S.N. (क.सं.)	Equipment Name (उपकरण नाम(	Make(बनाना (	Date of Purchase(खरीदने की तारीख(	Date of Calibration (अंशांकन की तारीख(	Due date of next Calibration (अगले अंशांकन की नियत तिथि(	Equipment No.(उपकरण नं(

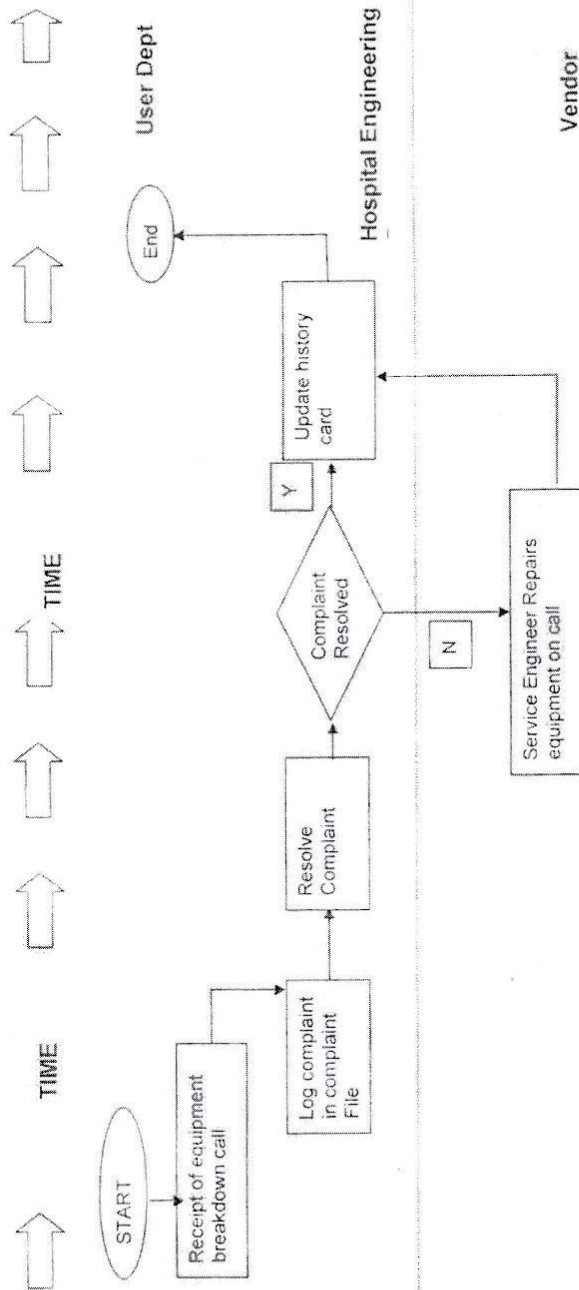
ANNEXURE-3 (अनुबंध -3)		
Departmental/ Unit Equipment Inventory(विभागीय (यूनिट उपकरण सूची/		
Department:(विभाग(:		Month/ Year:(महीना(:

S.N (क्र. सं.)	Equipment Name (उपकरण नाम)	Make(बना ना)	Date of Purchase(खरीद ने की तारीख)	Date of Calibration (अंशांकन की तारीख)	Due date of next Calibration (अगले अंशांकन की नियत तिथि)	Equipment No.(उपकरण नं)

ANNEXURE-4 (अनुबंध -4)									
Calibration Report of Equipments (उपकरणों की अंशांकन रिपोर्ट)									
S.N(क्र. सं.)	Location/ Department (स्थान / विभाग)	Instrument (साधन)	Make / Identification (बनाओ / (पहचान करो)	Range or G/L (रेंज या जी / (एल	Control No. (नियंत्रण नं)	Date of cal.(cal की तारीख (	Due Date of Cal.(Cal की नियत तिथि)	Frequenc y of cal.(Cal की आवृत्ति (	Remark & Status. (History)(टिप्पणी और स्थिति। (इतिहास)

ANNEXURE-5

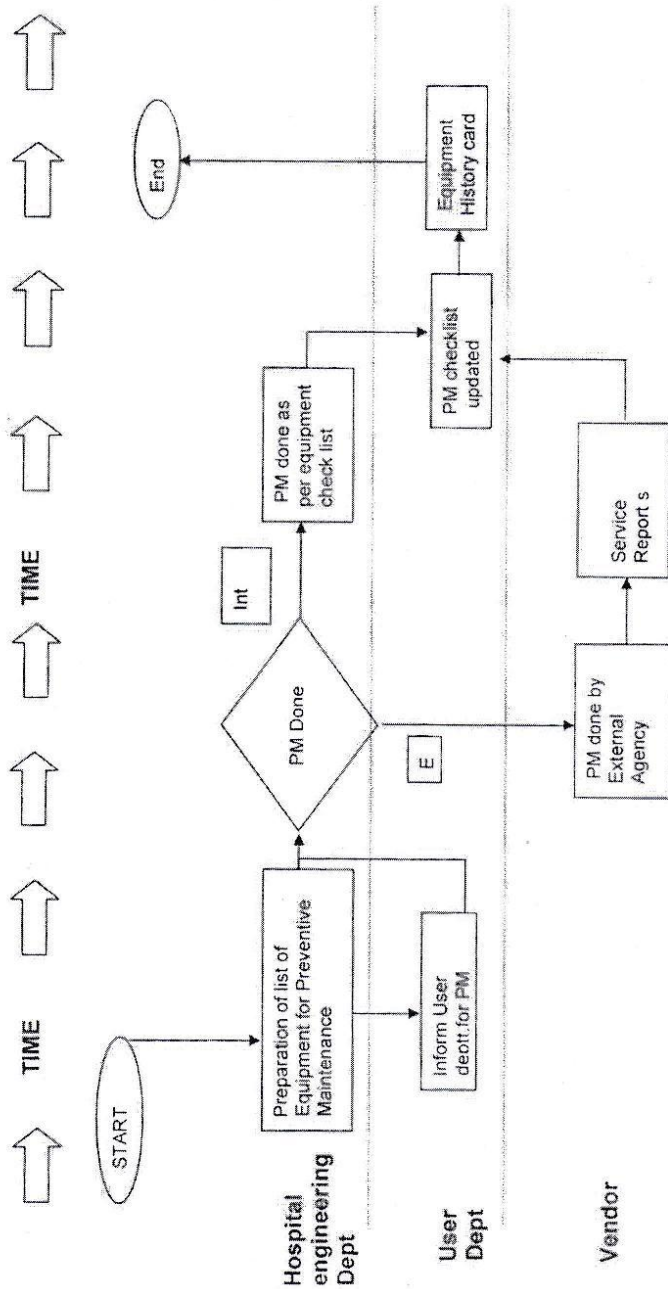
BREAKDOWN MAINTENANCE WORKFLOW



ANNEXURE-4 (अनुबंध -6)

District Hospital Intensive Care Unit	Standard Operating Procedure SOP/NQAS/DH/ICU - 1.0
--	---

ANNEXURE-6 PREVENTIVE MAINTENANCE WORKFLOW



Prepared by : Department In-charge	Approved by : Name :	Issue Date	Version No. : 1.0
------------------------------------	-------------------------	------------	-------------------

This Document is Confidential & do not disclosed outside the Hospital without permission of CMS/SIC

Page 50 of 51

जिला अस्पताल	मानक संचालन प्रक्रिया
Intensive care unit गहन ईकाई कक्ष	SOP/NQAS/DH/ICU-1.0

prepared by – Department In charge द्वारा तैयार प्रभारी - विभाग	Approved by Name- नाम से स्वीकृत-	Issue Date जारी करने की तिथि	Version No. संस्करण संख्या
--	--------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

This document is confidential & do not disclosed outside the Hospital without permission of CMS/SIC

यह दस्तावेज गोपनीय और सीएमएस एसआ /ईसी की अनुमति के बिना अस्पताल के बाहर प्रकट नहीं होता है