

أ . م . د . حمزة الأشقر

قسم الجراحة – كلية طب الأسنان – الجامعة السورية الخاصة

جراحة عامة وصغرى

المحضرة رقم ١٢

المدخل إلى السريريات الجراحية وفحص المريض الجراحي والقبول في المستشفى

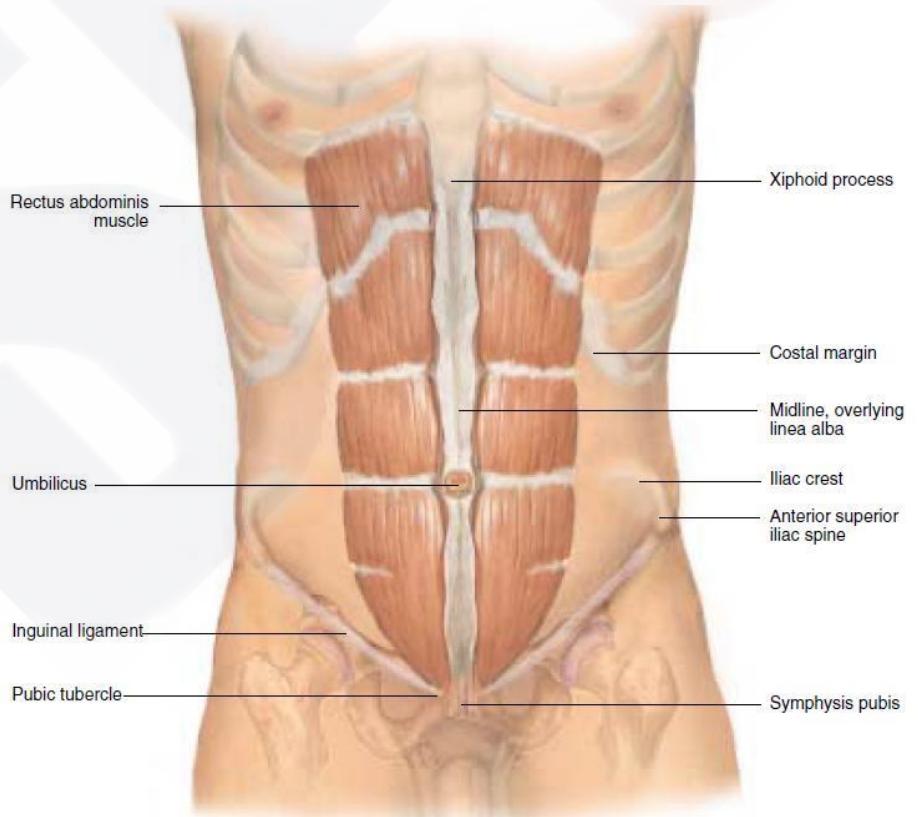
الأعراض : Symptoms

هي مجموعة الأشياء غير الطبيعية التي يشكو منها المريض في أحد أو بعض أجهزة جسمه . وتقسم إلى شخصية (subjective) يشكوها المريض لطبيبه ، وملحوظة (objective) وهي مجموعة التغيرات المرضية التي يحصل عليها الطبيب بعد فحصه للمريض ، وتسمى أيضاً بالعلامات .

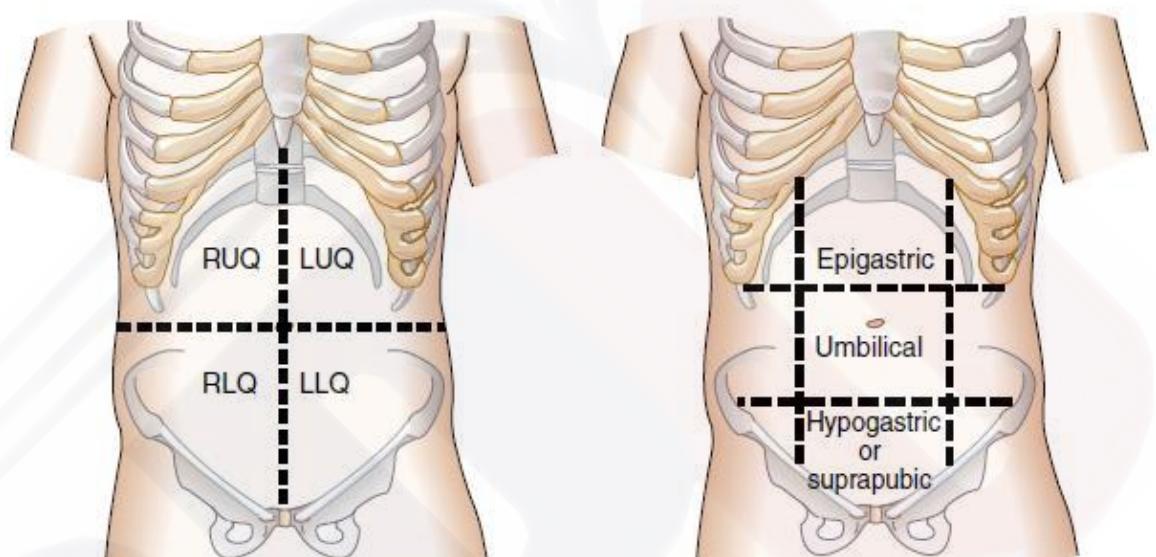
يقسم الجسم من الوجهة السريرية إلى ٩ نواح :

- ١- الرأس والرقبة Head and Neck
- ٢- جدار الصدر والرئتين Chest and Lungs
- ٣- الثديين Breasts
- ٤- جدار البطن الأمامي Anterior Abdominal Wall
- ٥- الحوض Pelvis
- ٦- العجان Perineum
- ٧- الناحية القطنية Vertebral Column والعمود الفقري Lumbar Region
- ٨- الأطراف العلوية والسفلية Upper and Lower Extremities
- ٩- المجموعات العقدية البلغمية Lymph Node Groups في : الرقبة ، النقرة ، فوق وتحت الترقوة ، الإبطين ، خلف المرفقين ، المغبنين ، المئذنين .

يشاهد على الوجه الأمامي للبطن في الأعلى على الخط المتوسط زاوية الذيل الخنجرى المكونة من الذيل الخنجرى للقص ومن الحافتين الغضروفيتين الصلعياتين الأماميتين للفص الصدرى . أما في الأسفل فيشاهد على الجانبين الشوكين الحرقفيين الأماميين العلويين ويشعر على الخط المتوسط بارتفاع العانة .



- يقسم جدار البطن الأمامي بخطوط لتحديد النواحي المختلفة لهذا الجدار وهذه الخطوط هي :
- خط مالغان Malgain : يصل بين الشوك الحرقفي الأمامي العلوي وشوك العانة ويناسب هذا الخط القوس الفخذية ، وهو يفصل بين الناحية المغبنة والناحية الفخذية .
 - خطان عموديان يمران من منتصف القوسين الفخذيين ويقطعان حافة الفقص الصدرى في القسم الأمامي للورب الثامن في الجهاتين .
 - خط أفقى يمر من النهاية الأمامية للضلع العاشر .
 - خط أفقى يصل بين الشوكتين الحرقفيين الأماميين العلوبيين .



تحدد هذه الخطوط فيما بينها النواحي التالية :

- في الثلث العلوي للبطن :**
- ناحية المراق الأيمن Right Hypochondrium ويشغلها الكبد .
 - ناحية المراق الأيسر Left Hypochondrium ويشغلها احناء المعدة الكبير والطحال إذا كان متضخماً .
 - ناحية الشرسوف Epigastrium الكائنة على الخط المتوسط وتشغلها المعدة والفص الأيسر للכבד .

- في الثلث المتوسط للبطن :**
- الخاصرة اليمنى واليسرى Right and Left flanks تتناسب الخاصرة اليمنى الكلية اليمنى والزاوية الكولونية الكبدية وقسماً من الكولون الصاعد بينما تتناسب الخاصرة اليسرى الكلية اليسرى والزاوية الكولونية الطحالية وقسماً من الكولون النازل .

- الناحية السرية Umbilical region وتقع في القسم المتوسط من الثلث المتوسط للبطن وتشمل السرة وما يحيط بها وتناسب العري الدقيقة .

في الثلث السفلي للبطن :

- الحفرة الحرقافية اليمنى Right Iliac Fossa وتناسب الأعور والوصل الدقافي الأعوري والزادية

domeyia .

- الحفرة الحرقافية اليسرى Left Iliac Fossa وتناسب السين الحرقفي .

- الناحية الخثلية Hypogastric Region وتقع على الخط المتوسط أعلى وصل العانة وتناسب العري المعاوية الدقيقة ، المثانة الممتلئة ، الرحم المتضخمة عند النساء .

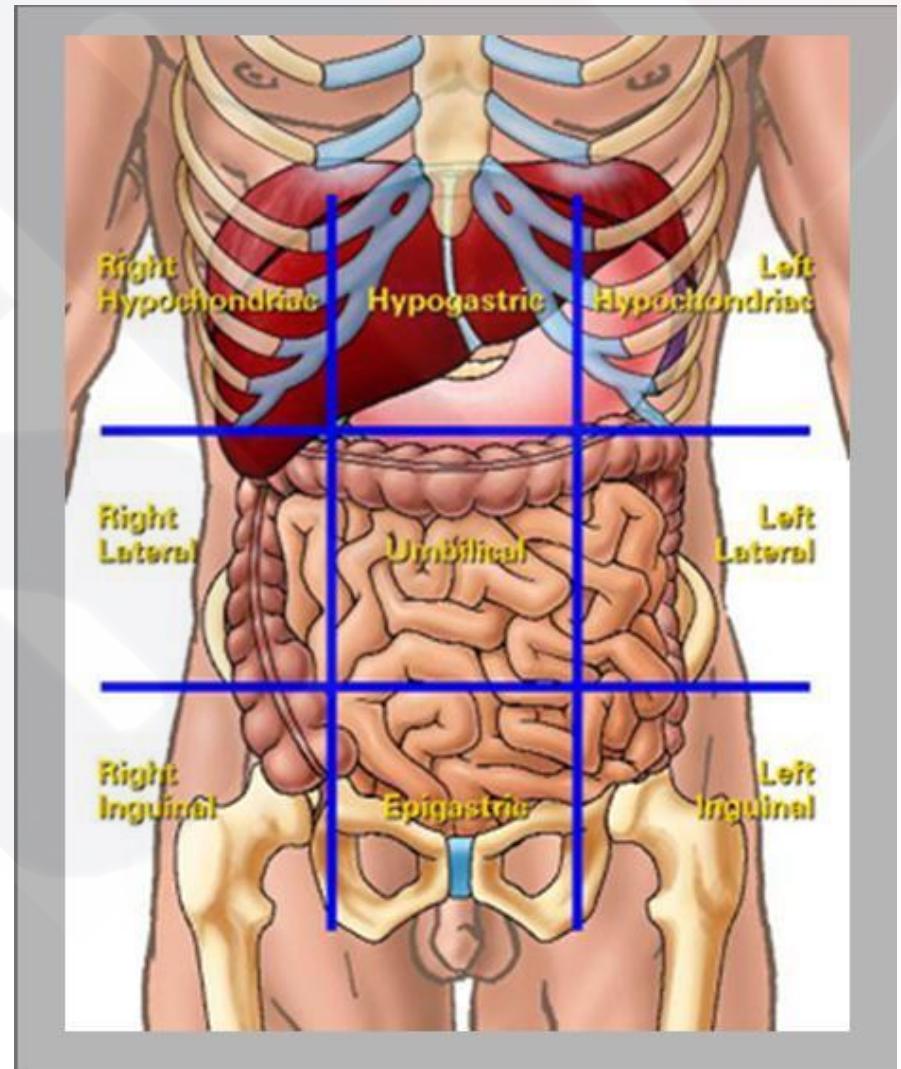
هناك تقسيم آخر للبطن يقسمه بخطين متosalبين يمران من السرة إلى أربعة أرباع :

١- ربع علوي أيمن Right Upper Quadrant

٢- ربع علوي أيسر Left Upper Quadrant

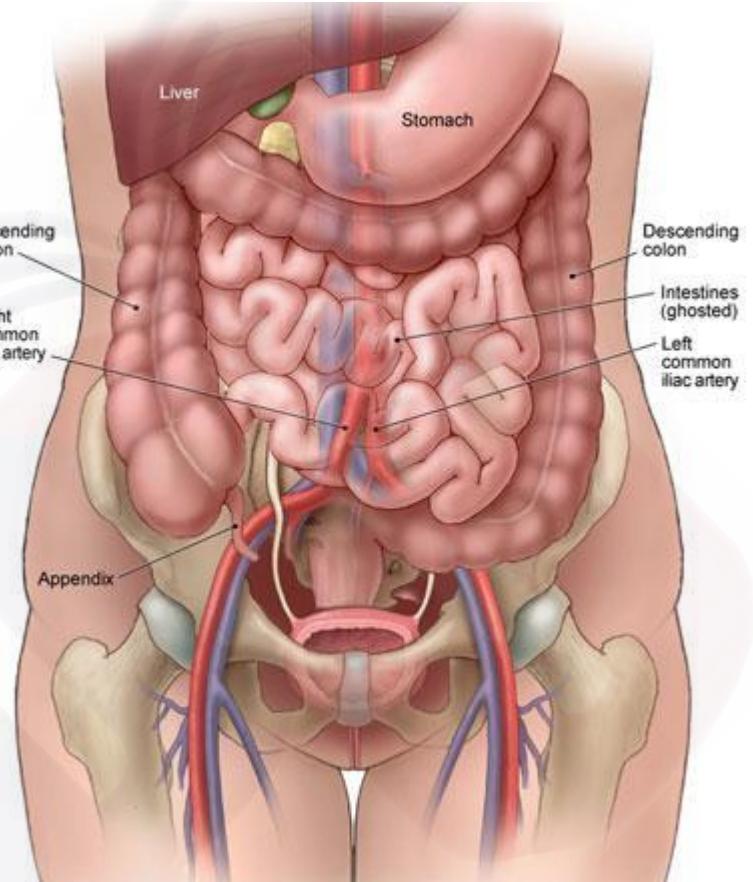
٣- ربع سفلي أيمن Right Lower Quadrant

٤- ربع سفلي أيسر Left Lower Quadrant



الحوض :

هو القسم السفلي من جوف البطن تحيط به عظام الحوض ويحوي المثانة والإحليل والمستقيم كما يحوي الرحم والملحقات عند النساء .



تسقسي محتويات الحوض سريرياً بإجراء المس الشرجي عند الذكور وكل من المس الشرجي والمهبلي عند النساء .

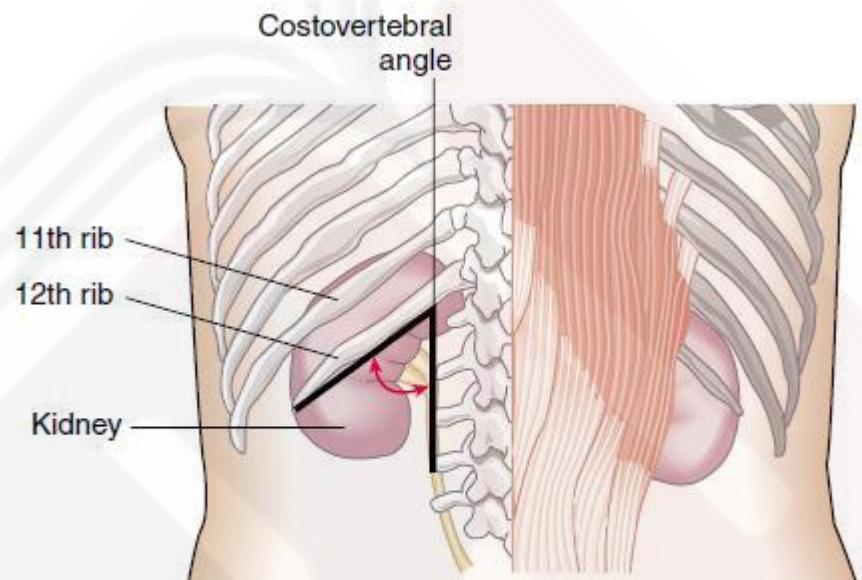
العجان :

هو القسم الظاهر من قعر الحوض ، شكله معيني ، يقسم إلى مثلثين بواسطة خط يصل بين الحدبتين الوركيتين :

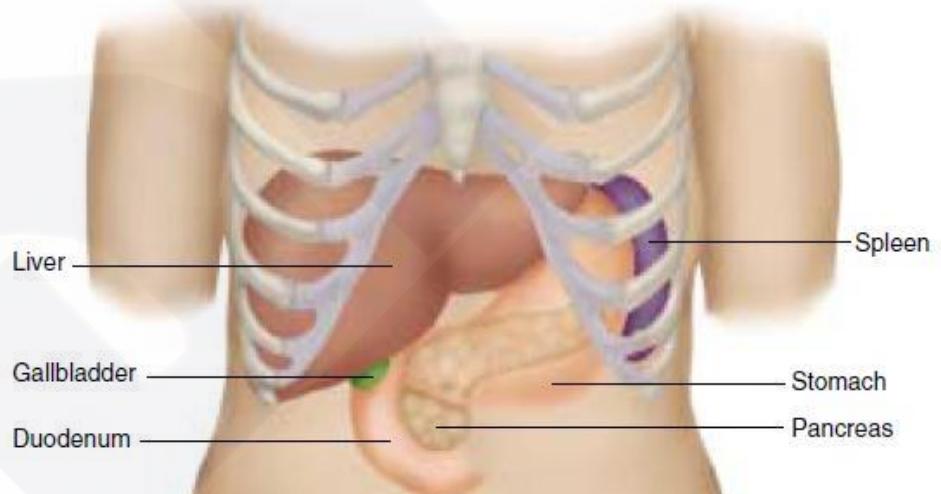
- ١- المثلث الأمامي ويسمى بالعجان الأمامي (البولي التناسلي) ويشمل الأعضاء التناسلية الظاهرة .
- ٢- المثلث الخلفي ويسمى بالعجان الخلفي (الشرجي) .

النهاية القطنية والعمود الفقري :

- توجد ناحيتان قطنيتان على جنبي العمود الفقري ، يحد كل منهما
- في الأعلى : الحافة السفلية للضلع الأخيرة .
 - في الأسفل : القزعة الهرقفيّة .
 - في الأنسى : الحافة الوحشية لكتلة العجزية القطنية .
 - في الوحشي : الخط الإبطي الخلفي .



POSTERIOR VIEW



ANTERIOR VIEW

فحص المريض الجراحي والقبول في المستشفى

يلخص فحص المريض المصاب بأفة جراحية بالخطوات التالية :

- ١- الاستجواب .
- ٢- الفحص السريري بدءاً من المنطقة المصابة إلى فحص كل الأجهزة
- ٣- وضع تشخيص بدئي أو عدة تشخيص للحالة استناداً إلى معطيات الاستجواب والفحص .
- ٤- إجراء الفحوص المساعدة ، من مخبرية وشعاعية وفحوص خاصة ، للوصول إلى التشخيص الصحيح .
- ٥- وضع التشخيص النهائي .
- ٦- المعالجة ، ويجب أن تجرى دوماً بعد وضع تشخيص أكيد للحالة .

الاستجواب : يشمل استجواب المريض الفقرات التالية :

أ- هوية المريض :

اسمه ، عمره ، عرقه ، جنسه ، حالته العائلية .

ب- الشكوى الأساسية : Chief Complaint :

وهي رد المريض المباشر والمختصر على ما يشكو منه بعد توجيه سؤال : ماذا تشكوك ؟ فيجيب مثلاً : ألم في الخاصرة اليمنى أو صعوبة في التبول أو ألم في القدم بمعنى أن الشكوى الأساسية هي الشكوى التي تزعج المريض بالدرجة الأولى ، وهي بمثابة عنوان البحث أو عنوان الحالة التي أمام الطبيب ، وبمجرد سماعه لهذا العنوان فإن انتباذه وذكريه تتوجه بصورة رئيسية نحو الناحية التي يشكو منها المريض .

ج- القصة المرضية الحاضرة : Present History

والحصول عليها يتم بمرحلتين :

- الأولى : بأن ترك المريض يذكر ما يشاء عن قصته المرضية الحالية بدون أن نوجهه ، ونصغي إليه منتبهين للأعراض التي يذكرها على أن لا ندعه بسط في سرد القصة المرضية ويدخل ضمنها مواضع ليس لها علاقة بهذه القصة .

- الثانية : يقوم الطبيب خلالها بطرح الأسئلة على المريض لتوضيح ما ذكره من أعراض وشكواوى وتحديد علاقة هذه الأعراض ببعضها وبديها وتطورها وهل كانت تخضع للمعالجة أم كانت معندة عليها . والمهم في كلتا الحالتين السابقتين أن يحدد المريض بمساعدة الطبيب : تاريخ بدء المرض الحالي (النقطة الفاصلة بين الصحة التامة وبدء المرض) وتطور هذا المرض وأعراضه منذ نقطة بدئه وحتى الوقت الحاضر .

ينصب الاستجواب عادة على الناحية التي يشكو المريض منها ، فعلى سبيل المثال إذا اشتكي مريض من ألم في الناحية القطنية اليمنى فإن أسئلة الطبيب تكون موجهة نحو بيان علاقة هذا الألم بالكلية فيسأل المريض عن صفات الألم وانتشاراته ومثيراته وفيما إذا كان يتراافق بتغير في لون البول أو بأعراض أخرى .

وبعد أن يتم الاستجواب بالنسبة للناحية والجهاز الذي يظن مسؤولاً عن شكوى المريض لا بد من استجواب المريض بالنسبة لبقية الأجهزة وتسمى هذه المرحلة باستعراض بقية الأجهزة .

د- استعراض بقية الأجهزة : Systemic Review

وهو استجواب قصير غایته التعرف على وجود خلل في بقية الأجهزة التي لا يشكو منها المريض لأن أجهزة الجسم كلها وحدة متكاملة غالباً ما يؤثر اختلال أو مرض أحدها على بعضها أو كلها بحسب القيمة الوظيفية للجهاز المصايب ودرجة إصابته .

يسأل المريض في استعراض الأسئلة سؤال أو سؤالان عن كل جهاز ، وعلى سبيل المثال نذكر :

- **بالنسبة للقلب والدواران :** هل لدى المريض زلة جهدية أو اضطجاعية أو وذمات ، وهل لديه ألم في الطرفين السفليين يجبه على الراحة بعد مشي لمسافة قصيرة (عرج متقطع) .

- **بالنسبة لجهاز التنفس :** هل لدى المريض سعال أو صعوبة في التنفس .

- **بالنسبة لجهاز الهضم :** يسأل المريض عن شهيته للطعام وهل لديه آلاماً بطنية أو اضطراباً في التغوط .

- **بالنسبة لجهاز العصبي :** هل لدى المريض اضطرابات في المشية أو اضطرابات حسية .

- **بالنسبة لجهاز الحركي :** هل لدى المريض عجز وظيفي محدود أو عام .

- **بالنسبة لجهاز البولي :** هل لدى المريض آلاماً في الناحية الكلوية أو اضطراباً في التبول أو تغيراً في لون البول .

- **بالنسبة للحواس :** يسأل المريض عن نقص في وظيفة مختلف الحواس .

وإذا وجد الطبيب في استجوابه هذا أعراضاً إيجابية يشكو منها المريض في أحد أجهزته فإن عليه أن يتسع في الاستجواب بالنسبة لهذا الجهاز .

هاء- السوابق الشخصية : Past History

معرفتها قد تكون غاية في الأهمية وتساعد على تشخيص الحالة الحاضرة ، وعلى سبيل المثال إذا راجع طفل ببيلة دموية شاملة غير مترافقه بألم وتبيّن من سوابقه الشخصية إصابته بنوبة أو نوب من التهاب البلعوم بالعقديات تتبين العلاقة بين التهاب البلعوم بالعقديات وحالته الحاضرة الناتجة عن التهاب الكبب والكلية الحاد ووضع تشخيص الحاله .

يجب أن تتناول الأسئلة عن السوابق :

- الأمراض الهامة التي أصابت المريض ونذكر منها : السل ، السكري ، فرط نشاط الدرق ، الحميات الطويلة الأمد ، الأمراض المزمنة والمعاودة .

- الأعمال التي مارسها المريض .

- الرضوض والكسور السابقة .

- العمليات الجراحية السابقة ونوعها .

- الأليرجيا الغذائية والدوائية ، الأدوية التي يتناولها المريض بانتظام ، العادات الغذائية ، العادات الخاصة (التدخين ، تناول المشروبات الكحولية ، تناول المخدرات) .

و- السوابق الإرثية أو العائلية : Family History

إن كثيراً من الأمراض تورث أو على الأقل يورث الاستعداد للإصابة بها فمثلاً أمراض القلب وأمراض الكلية والتشوهات الولادية وغيرها هي حالات عائلية ، أي تشاهد متواترة في أفراد مختلفة من نفس العائلة ، خصوصاً إذا كان هناك تزاوجاً بين أفراد العائلة الواحدة .

لذا يسأل المريض بصورة خاصة عما إذا كان والده أو أحد أفراد أسرته قد أصيب بنفس المرض الذي يشكوه ، كما يسأل عن سبب وفاة والديه إذا كانوا متوفيين ، وينتبه بشكل خاص للسؤال عن وجود وفيات في عمر مبكر في أسرة المريض غير معللة السبب .

بعد الانتهاء من الاستجواب في مراحله السابقة يكون الطبيب فكرة جيدة عما يشكو منه المريض ويصل تقريراً لوضع عدة احتمالات تشخيصية في ذهنه ليناقشها مستعيناً بما يحصل عليه من فحص المريض من علامات سريرية تؤكد أو ترجح تشخيص ضد تشخيص آخر ، وللحصول على هذه العلامات يجري الطبيب الفحص السريري .

الصعوبات التي تواجه الطبيب أثناء الاستجواب :

- آ- الاستجواب غير ممكن عند الأطفال والرضع ، لذا تؤخذ القصة المرضية كاملة من الوالدة أو من يرافق الطفل في حياته في حال عدم وجود والدته .
- ب- الاستجواب غير ممكن عند المرضى المصابين بفقد الوعي والجرحى المصدومين والجرحى المصابين بفقد الذاكرة ويؤخذ الاستجواب منمن كان يرافق المريض قبل إصابته المرضية .
الاستجواب في الحالتين السابقتين هو استجواب غير مباشر قد لا يعطينا المعلومات الصحيحة تماماً لذا يجب على الطبيب أن يعتمد على الوساطة الثانية ، وهي الفحص السريري ، بالدرجة الأولى للوصول للتشخيص .
- ج- هناك صعوبة في الاستجواب تنشأ عن المريض غير المتعاون أو المتمارض أو المصاب ببدء الخرف . وعلى الطبيب المستجوب ألا يسمح للمريض بالإسهاب في قصص لا علاقة لها بالمرض ولا يقبل بالتفسيرات غير المنطقية للأعراض التي يشكو منها المريض إذ أن كل مريض يسعى بإسلوبه ومنطقه الخاص أن يفسر ما يشكوه من أعراض ، ويجب الجذر من الأخذ بتفسيرات المريض هذه في بعض الأحوال .

الفحص السريري : Clinical Examination

يبداً بأخذ حرارة المريض وزنه وطوله وضغطه ، ثم تفحص الناحية التي يشكو منها المريض أولاً ثم تفحص بقية الأجهزة . أما مراحل الفحص فتشمل :

١- التأمل : Inspection

- وفيه يقوم الطبيب بعد تعرية المريض من ملابسه بتأمل :
- الحالة العامة للمريض ، وهل يبدو بصحة ظاهرة جيدة أم تبدو عليه آثار المرض المزمن أو الصدمة أو التألم ، ومن المهم ملاحظة وضعية المريض ولون جلد واغشيه المخاطية (التفتيش عن : البرقان ، الإزرقاق ، الشحوب) .
 - تأمل مكان الشكوى أو الألم بعد أن يشير إليه المريض بنفسه .
 - تأمل النواحي الخاصة التي يشكو منها المريض ووصف التبدلات الملاحظة في هذه النواحي بدءاً من حالة الجلد والنسيج في تلك الناحية إلى تبدل شكل الناحية أو ظهور ظاهرة غير طبيعية فيها (تورم ، توذم ، احمرار ، توسيع الأوعية السطحية أو غؤورها ، تشوه في شكل الناحية ، تحدد الحركات الفيزيولوجية في الأطراف) .
 - تأمل مفرزات المريض الطبيعية والمرضية في حال وجودها (بول ، براز أو قشع) ووصف تغيراتها المرضية .

يمكن عند بعض المرضى الخجولين تعریتهم من ملابسهم بصورة تدريجية (ناحية فناحية) .

٢- الجس : Palpation

يجرى بالوجه الراحي لأصابع الطبيب وراحة يده ، ويجب أن تظل ساعد اليد الجاسة في مستوى العضو المحسوس .

والجس إما سطحي : إذا قصد منه جس الطبقة الظاهرة للجسم أو الآفات السطحية فيه

أو عميق : تقوم خلاله اليد الجاسة بالتعرف على صفات الأعضاء العميقة الباطنة سواء منها الأحشاء المختلفة أو الكتل المرضية الناشئة منها .

يكشف بالجس أشياء كثيرة نذكر منها بعض الأمثلة التالية :

- ارتفاع الحرارة الموضع للناحية المحسوسة (في الحالات الالتهابية)

- حالة الجلد سماكته ، ارتضاحه ، توذمه ومرونته والتصاقه على العمق ، ويضاف للجس في هذه الحالة قرص الجلد للاستدلال على الصفات الآنفة الذكر .

- الفرقعة الغازية تحت الجلد ، وتلاحظ في بعض حالات الموات الغازي ، كما تلاحظ في الانصباب الغازي تحت جلد الصدر إثر رضوضه وجروحه النافذة .

- الضخامة العقدية في النواحي المختلفة (الرقبية ، فوق الترقوة ، الإبطية ، المغببية ، المئبضية) .

- لتحرى نبضان الشرايين المحبطية وصفات هذا النبضان للاستدلال على درجة إصابتها بالأفات الوعائية السادة .

- لتحرى آفات الثديين خاصة عند الإناث .

- جس البطن : وتحري بواسطته حالة الجدار البطني وضخامة الأعضاء البطنية ووجود كتل مرضية في البطن .

- تحري النقاط الألمانية : وهو إجراء الجس الإصبعي في نقاط محدودة وسؤال المريض عن حصول الألم أثناء هذا الجس . ويمكن أن يتحرى الألم بالجس براحة اليد إذا كان الألم معيناً (تحري المضض) .

- جس محتويات الصفن والقضيب والقناة الإربية .

- المس الشرجي عند الذكور والمس الشرجي والمهبلبي عند الإناث .

٣- القرع : Percussion

يستعمل القرع في السريريات الجراحية للاستدلال على الانصبابات السائلة أو امتلاء الجوف بالسائل ، كقرع الصدر الذي يعطي أصمية Dullness في حال وجود ذات الجانب وكقرع البطن لتشخيص الحبن وقرع المثانة لتحرى امتلاؤها ، كما يفيد القرع في تحري ضخامت الكبد والطحال وفي تحري حدود الكتل الصلبة غير المحسوسة بوضوح إذ أن هذه الكتل تعطي أصمية بالقرع .

٤- الإصغاء : Auscultation

يتم بواسطة المسمع الطبي Stethoscope ويستعمل في السريريات الجراحية لسماع النفخات فوق مسیر الشرايين الأساسية (ويدل ذلك على تضيق فيها) ، أو فوق الكتل النامية على مسیر هذه الشرايين (أمهات الدم) ، كما يستعمل الإصغاء لمعرفة وجود الحركات الحوية البطنية وشدة ولحنها .

بعد استعمال الوسائل السريرية السالفة الذكر في فحص مختلف أجزاء الجسم يتوصل الطبيب إلى معرفة العلامات السريرية غير الطبيعية ويدرك هذه العلامات على مشاهدة المريض .

وبعد الإنتهاء من الفحص السريري يمكن للطبيب في أغلب الحالات وضع تشخيص للحالة أو تشاخيص عدة أو يستطيع على الأقل حصر الحالة ضمن متلازمة سريرية Syndrome ، وهكذا يمكن تشبيه وضع تشخيص الحالة المرضية بحل مسألة رياضية فيها المعطيات المعلومة وفيها المطلوب ، فالمعطيات هنا هي الأعراض الشخصية التي يذكرها المريض أثناء الاستجواب والأعراض الملحوظة أو العلامات التي يحصل عليها الطبيب أثناء الفحص السريري ، وبمقارنته بهذه المعلومات مع ما يعرفه الطبيب من معلومات يمكن الوصول إلى التشخيص السريري Clinical Diagnosis .

بعد هذه المرحلة يجري الطبيب الفحوص المخبرية والشعاعية للتوصيل إلى تشخيص أكيد إذا لم يكن ذلك ممكناً بالوسائل السريرية فقط ويجب أن تشرح وتوضح للمريض كل الإجراءات التشخيصية بعناية وتنضم المخاطر الكامنة، ثم يضع الطبيب خطة المعالجة Treatment للحالة بشكل مفصل بنفسه أو بالتعاون مع الطبيب الإختصاصي في الحالات التي تتطلب ذلك ، ويجب أيضاً شرح وتوضيح الخطة العلاجية للمريض بعناية مع تضمين المخاطر الكامنة .

الصعوبات التي تواجه الطبيب أثناء الفحص السريري :
قد يكون الفحص السريري صعباً عند الأطفال خاصة ، لذا كان لابد من كسب ثقة الطفل ومداعبته إن كانت حالته تسمح بذلك قبل فحصه .
ذلك هناك بعض الأشخاص من الكهول الذين يرفضون إجراء الفحص السريري لكافة أقسام الجسم خاصة إجراء المس الشرجي أو المهبل ، ومن المفيد في الحالات الضرورية إقناعهم بقبول ذلك وبيان الفوائد التي يجنونها من جراء إتمام فحصهم ووضع تشخيص صحيح لحالتهم .
أما عند المرضى المسبوتين أو المصابين بفقد الوعي فلا بد من مساعد الطبيب أثناء الفحص كي يساعد في تغيير وضعية المريض .

أخيراً لا بد أن يكون الفحص السريري للمريض شاملًا وتمامًا لكل الأجهزة ومرتبًا بحيث يتسلسل كما يلي :

- ١- التأمل العام .
- ٢- العلامات الحيوية .
- ٣- فحص الرأس والعنق .
- ٤- فحص العقد البلعومية في النواحي المختلفة وتحديد صفاتها من حيث الضخامة ، والحركة والالتصاق بالجلد أو العمق .
- ٥- فحص الثديين بالتأمل والجس .
- ٦- فحص الصدر (تأمل ، جس ، قرع ، إصغاء) .
- ٧- فحص القلب والدوران (جس ، قرع ، اصغاء القلب) ، جس الشرايين واصغاؤها على مسیرها .
- ٨- فحص القطن :

- تحري النقاط الكلوية الخلفية :

- آ- النقطة الضلعية الفقرية (حذاء تلاقي الصلع الأخير مع العمود الفقري) .
- ب- النقطة الضلعية العضلية (حذاء تلاقي الصلع الأخير مع الحافة الوحشية للكتلة العجزية القطنية) .
- الرج القطني :

يرج القطن وحشى الكتلة العجزية القطنية بالطرفين رجاً خفيماً .

تكون النقاط الكلوية والرج القطني ايجابية إذا تألم المريض أثناء تحريها ، وتدل هذه الإيجابية على آفة كلوية .

- جس الكلىتين : وسيأتي لاحقاً .

٩- فحص البطن :

- التأمل .

- الجس السطحي .

- **الجس العميق** : تحري ضخامة الأحشاء .
- **تحري الكتل المرضية** .
- **تحري النقاط المؤلمة** .
- **القرع** : لتحري الانصبابات البطنية ، ضخامة الأحشاء وخاصة المثانة الممتلئة .
- **الإصغاء** : تحري وجود وشدة الحركات الحوية ، سماع النفخات على مسير الأبهر .
- ١٠- **فحص الأعضاء التناسلية الظاهرة** .
- ١١- **المس الشرجي والمس المهبل** .
- ١٢- **فحص الأطراف** .

سجلات القبول

يجب أن تكتب سجلات القبول بشكل كامل بعد تقييم المريض ويجب أن تحتوي هذه السجلات على التاريخ والوقت الذي كتب فيه وتوقيع الطبيب ، وينبغي أن تكون واضحة ومنتظمة ودقيقة . وللتتأكد من عدم نسيان أي تدابير علاجية مهمة فإن محتوى وتنظيم سجل القبول يجب أن يتبع الخطوط التالية :

- ١- **تشخيص القبول ، الشعبة ، الطبيب المسؤول عن المريض** .
- ٢- **التخليص الموافق للعناية التمريضية** .
- ٣- **حالة المريض** .
- ٤- **العلامات الحيوية ، نموذج (الحرارة ، النبض ، سرعة التنفس ، الضغط الشرياني) ، عدد مرات القياس ، ملاحظات الطبيب** .
- ٥- **تحديد الفعالية (النشاط)** .
- ٦- **الأليل جيا ، التحسس ، الارتكاسات الدوائية السابقة** .
- ٧- **تعليمات المريض** .
- ٨- **الحمية** .
- ٩- **السوائل الوريدية وتتضمن التركيب والمعدل (السرعة)** .
- ١٠- **المهدئات ، المسكنات ، والأدوية المستعملة** .
- ١١- **الأدوية وتتضمن الجرعة ، التواتر ، وطريقة الإعطاء** .
- ١٢- **الفحوص المخبرية والدراسات الشعاعية** .

يجب إعادة تقييم السجلات بشكل متكرر وتبدلها حسب ما تميله حالة المريض ، وعند تغيير السجل يجب عدم تنسيق السجل القديم قبل كتابة السجل الجديد .

المعالجة الوقائية للإنصمام الخثري الوريدي (VTE) يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند كل مرضى المستشفى ، وتتضمن عوامل الخطورة لل VTE :

العمر المتقدم ، سوابق VTE ، الرضن ، الحالات المترافقية بفترة طويلة من عدم القدرة على الحركة (جراحة كبرى ، سكتة ، شلل) ، البدانة ، قصور القلب ، الخباته ، الحمل ، عوز عامل خثاري .

الطرائق الوقائية الشائعة تتضمن :

مستحضرات الهيبارين (الهيبارين غير المجزأ والهيبارين منخفض الوزن الجزيئي بجرعة منخفضة) ، مضادات التخثر الفموية ، والضغط الهوائي المتقطع .

- السجلات لوصفات الأدوية التي تؤخذ عند الضرورة تتطلب عناية من أجل تجنب التداخلات الدوائية ، ويجب أن تذكر الفترة بالجرعات الأصغرية بوضوح (مثال : كل ٤ ساعات) .
- تحذيرات خاصة بسقوط المرضى يجب أن تكتب خاصة للمرضى الذين لديهم قصة سقوط أو الذين هم على درجة عالية من الخطورة (مرضى العته ، الغشي ، هبوط التوتر الانصابي) .
- تحذيرات خاصة بالمرضى الذين لديهم قصة اختلالات أو الذين لديهم خطورة عالية لها ، وتنتمي التحذيرات : استعمال الأسرة ذات سكة ، والانتباه للطرق التنفسية الفموية .
- يجب أن توضع ملاحظات رادعة ومحذرة حول المرضى الذين هم على درجة عالية من الخطورة لأنفسهم أو تدخلهم على طريق المعالجة نتيجة لسلوك عدواني تجاه الذات ويجب أن ترافق وتراجع هذه التعليمات والملاحظات كل ٢٤ ساعة .
- خطة التخريج : وتببدأ من لحظة القبول في المستشفى ويتم تقييم حالة المريض الاجتماعية ومتطلباته للتخرج مع تنسيق باكر مع عناصر التمريض ، العناية الاجتماعية ومدبرة المنزل لوضع تقييم وتصريح سديد بإمكانية تخرج المريض ووضع الخطة الكاملة لما بعد التخريج .