

한양대학교 구리병원 간호국

꼭집게 매뉴얼



한양대학교구리병원
HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL

목 차

I] 본원 현황

1. 층별 안내문	2
2. 층별 메인과	3
3. 검사실 운영시간 및 주의사항	4

II] 응급상황 시 대처법

1. CPR 상황 시 대처법	7
: 고위험 의료기기(Lucas, Defibrillator)	9
2. 화재 발생 시 대처법	13

III] Acting의 핵심

1. 5 rights 및 투약의 규칙	15
2. 듀티별 업무 내용	17
3. 활력징후 및 투약 시간	20
4. 많이 쓰는 원내 투약 용법 코드(경구약, 주사약)	21
5. 활력징후	24
6. I/O	26
7. 본원 검체용기	28
8. 피하주사 (SC)	32
9. 원내 skin test 약품 및 지침	36
10. 정맥주사 (IV)	39
: 중심정맥관, A-line	40
: Infusion pump 사용법	43
: IV set 종류	51
11. 단순도뇨, 유치도뇨 (Nelaton, Foley)	53
12. 흡인 (suction)	57
13. 산소 (O2)	58
14. 분무치료 (Nebulizer)	60
15. 관장 (Enema)	62
16. 수혈 (Transfusion)	64
: 혈액제제 폐기/반납/보관 요청 방법	70
17. 비위관 (L-tube)	73
18. 배액관 관리	75
19. 소독 (Dressing)	79

목 차

IV] EHR / 간호기록

1. 간호기록 작성법	
: Day(DAR), Eve, Night routine 간호기록	87
2. EHR 기본항목	92
: ▶투약◀ [주사약] acting 방법	95
: 항생제 AST 기록	96
: 주사리벨 (개별출력, 전체출력)	97
: 진단검사 및 병리검사용 바코드 출력, 발송	98
: 간호활동 추가하기	102
: 처치입력	103
: 처치재료 반납	104
: 식사발행 [특정끼니별 입력 / 추가식사 발행]	105
: ADR 보고서	109
: 감염정보 조회	111
3. 입원 (외래/응급실)	112
4. 퇴원	118
5. 퇴원 (사망)	121
6. 전과, 전동 (전입/전출)	126
7. 수술(OP)	132
8. 고위험 시술	138
9. 낙상, 욕창, 통증	
: 낙상	140
: 욕창	142
: 통증	154
9. CPR 기록지 작성	164
10. DNR 환자	169
11. EMR 서식기록 작성 및 동의서 확인	171
12. 항암화학요법 및 중재기록지 작성법	175
13. 환자안전사고 보고서 작성	179
14. CSR 청구	181

V] 약물관리

1. 고위험 의약품 주의사항	183
2. 약품 간호 반납	184
3. 원내 기초수액 리스트	185
4. 마약 및 항정신성의약품 관리	187
5. 약제팀 집계시간 및 불출시간	189

목 차

VI] 검사 및 시술

1. CT	191
2. MRI	193
3. 초음파실	195
4. 핵의학관	197
5. 혈관조영실	198
6. 소화기 내시경, 기관지 내시경, CAG	205

VII] 기타

1. 서울병원 RT 보내는 방법	207
2. 산정특례	209
3. 투석	210
4. 지참약 보관방법 (투약용, 보관용)	213
5. 치료 식이	215
6. 개인정보 보호	217

[I]

본원 현황





한양대학교구리병원 전관 위치 안내

홍수		분관		동관
12		대강당(사랑의실천홀) 중회의실 소회의실 원목실 기도실 수련교육팀 의학학술정보실		임상교수연구실 외국
11		병동 외국		외국 연구실
10		병동 외국		외국 연구실
9		병동 외국		기브스실 연구실
8		병동 외국		외국 연구실
7		병동 외국		외국 연구실
6	신관	병동 외국 수면다원검사실 소아노파검사실		외국 연구실
5		병동 외국		외국 연구실
4		병리과 인턴소소 PK소소 인턴후계실		연구실
3	연결통로	재활의학과 심장혈관센터 입센터 이식센터		인공신장실
2		소아청소년과 성형외과 피부과 정신건강의학과 당뇨클리닉 심리치료실 외래접수/수납		이비인후과
1	연결통로	건강증진센터(고물격충합검진)		안과 안과검사실 수술환자/중환자 보호자대기실
B1		신관로비 건강검진진료센터(국가검진, 특수검진) IR8창고 커피실 회의실		주치관리실 의무기록실 의공파트 철공실
B2		직원주차장 보험접수팀 노동조합 IR8문서보관실		
B3		직원주차장		
B4		직원주차장		
B5		직원주차장		

연결통로		내과 산부인과 비뇨의학과 외과 치과 흉부외과 만성통증센터 소화기내과 재활실 결핵진료소 심장기능검사실(심전도실) 폐기능검사실 주사실/냉병동 외래접수/수납	
연결통로		정형외과 신경외과 신경과 신경계검사실 응급의료센터 응급CT실 진료협력팀 전원상담 첫방문환자접수 검사예약센터 현금인출기(ATM) 원무팀 접수/수납 서류발급 입원/퇴원 입원생활 진단서발급 의무기록사본발급	
연결통로		은행 커피숍 푸드코트 편의점 영상의학과(MR CT X-ray) 핵의학과(PET-CT) 판독실 약제팀(원내약국) 영양팀 물류중앙창고 위생재료관리실 수액창고 세척실	
연결통로		M8주차장 (중2층주차장은 B2주차장 으로 가시면 연결계단이 있습니다) 지하주차장 셀프코인빨래방 사회복지팀 고객민원상담실 중앙공급실 백남회의실 임상연구간호사실 시설팀 기계실 전기실	
연결통로		지하주차장	

→ 병동1팀 (간호간병통합서비스병동)

부서	특성
71병동	입원외학과 / HO, NE, RM / OT
72병동	HO, NE, RM
81병동	GS, URO, RE
82병동	GS, URO, RE
91병동	OS, TS, PS, PC
101병동	GE, EM
중앙공급실, 세탁실	
환자 이송반	

→ 병동2팀 (일반병동)

부서		특성
51병동		NS, NR(SCU), OG, NP
52병동		NS, NR, OG, NP
61병동	교대제 참여 병동	PD, OL, OT, DM
62병동		CV(CCU), OL, OT, DM
92병동		OS, TS, PS, PC
102병동		입원외학과 / GE, EM
111병동	교대제 참여 병동	CM, ID
112병동		입원외학과 / CM, ID
병동사무		

→ 특수간호팀

부서	
3층(본관)	OR, PACU, MICU, SICU
4층(본관)	NICU/신생아실, 분만실, 고운맘병실(산모)
4층(동관)	투석실
1층(본관)	ER

검사실 운영시간 및 주의사항

		운영시간	주의사항
본관			
지하 1층	CT	7AM-5:30PM (이후 응급CT)	CT/MRI 검사실에서 스케줄 주고 병동으로 연락음 *검사항목에 따라 line필요 (어려울시 검사실 문의)/EHR checklist 확인
	MRI	24시간	
	x-ray	8:30AM - 9PM (외래5:30PM) (새벽촬영 5AM-7AM)	- 가급적 점심시간 피해서 (post x-ray 처방 시 확인 후 내리기) - Day time(8:30AM-5:30PM)에 처방난 portable X-ray 연락 - OPD f/u 시 x-ray 처방은 점심시간 상관없음
		입원 환자	① 입원환자의 영상 검사 가능 시간 (8:30A 처방 기준으로 1차/2차 진행) - 8:30A 이전에 추가 처방은 (1차 촬영 시간대인) 8:30A - 9:30A에 진행 - 8:30A 이후에 추가 처방은 (2차 촬영 시간대인) 3PM - 5PM에 시행 ② 응급이 아닌 입원환자의 simple X-ray는 상기 시간 외에는 시행하지 않고, 외래환자만 검사 시행. - 입원환자의 응급 simple X-ray는 언제나 가능. 단, 의사가 검사를 처방할 때, 응급으로 체크해야함. 의학적 응급 촬영일 경우 수시로 가능. ③ 전날 정규처방한 simple X-ray는 가능한 08:30A 이전에 촬영 ④ 5PM - 6PM 에는 주야간 근무교대 등으로 응급 simple X-ray만 시행. 6PM 이후에 다시 순차적으로 검사 시행.
		입원 신환	① (2차 촬영 시간대인) 3PM -5PM에 시행 ② 5PM - 6PM는 주야간 근무교대 등으로 응급 simple X-ray만 시행 ③ 6PM 이후에 다시 순차적으로 검사 시행
1층	응급 x-ray 실	응급실환자만 촬영가능함	- Day time 이후(5:30PM부터)처방난 portable X-ray 또는 9PM이후 처방난 X-ray 연락
	응급 CT실	24시간 운영	주간: ER + 외래 (5:30pm이후 병동 촬영)
	원무과	08:30AM - 5:30PM	- 입원환자 오후 5시 30분 이후 퇴원 시 가퇴원 (응급원무과에서 수납) - 추후 남은 금액 다시 내원하여 결제(가퇴원)
	응급원무과	24시간	- 오후 5시 이후 퇴원하는 입원환자일 경우 안내 - 병원 밖으로 나가서 응급실로 안내
2층	EKG 방	9AM - 4:50PM (입원환자)	routine 처방 오후에 촬영
	채혈실	평일: 7AM-5:30PM 토요일: 8:30AM-12:30PM	- OPD f/u 시 채혈검사 있을 경우 설명
	낮병동	08:30AM - 5:30PM	- 낮병동 예약 처방 시 전화해서 예약 - 예약 완료시 '외래예약'에 진료일자 및 시간 00:00으로 뜸 <div>식사 치료일정 협진 외래예약</div>
3층	중환자실	면회시간 : 11AM-11:30AM (오전1번)	
4층	진단검사	N때는 응급화학만 근무	

동관			
3층	인공신장실	6AM-6PM(월-토)	응급 → on call
신관			
3층	심혈관센터	24시간(응급→on call)	입원환자 (오전, 오후/교수님 스케줄따라)
4층	병리과	9AM - 5PM까지	병리과 검체접수 오후 4시 30분 전까지 <u>그 이후 검체 생성 시</u> <u>다음날 병리과로 보내기</u> (주말 검사 진행 안함 / 평일만 진행)

[II]

응급상황 시 대처법



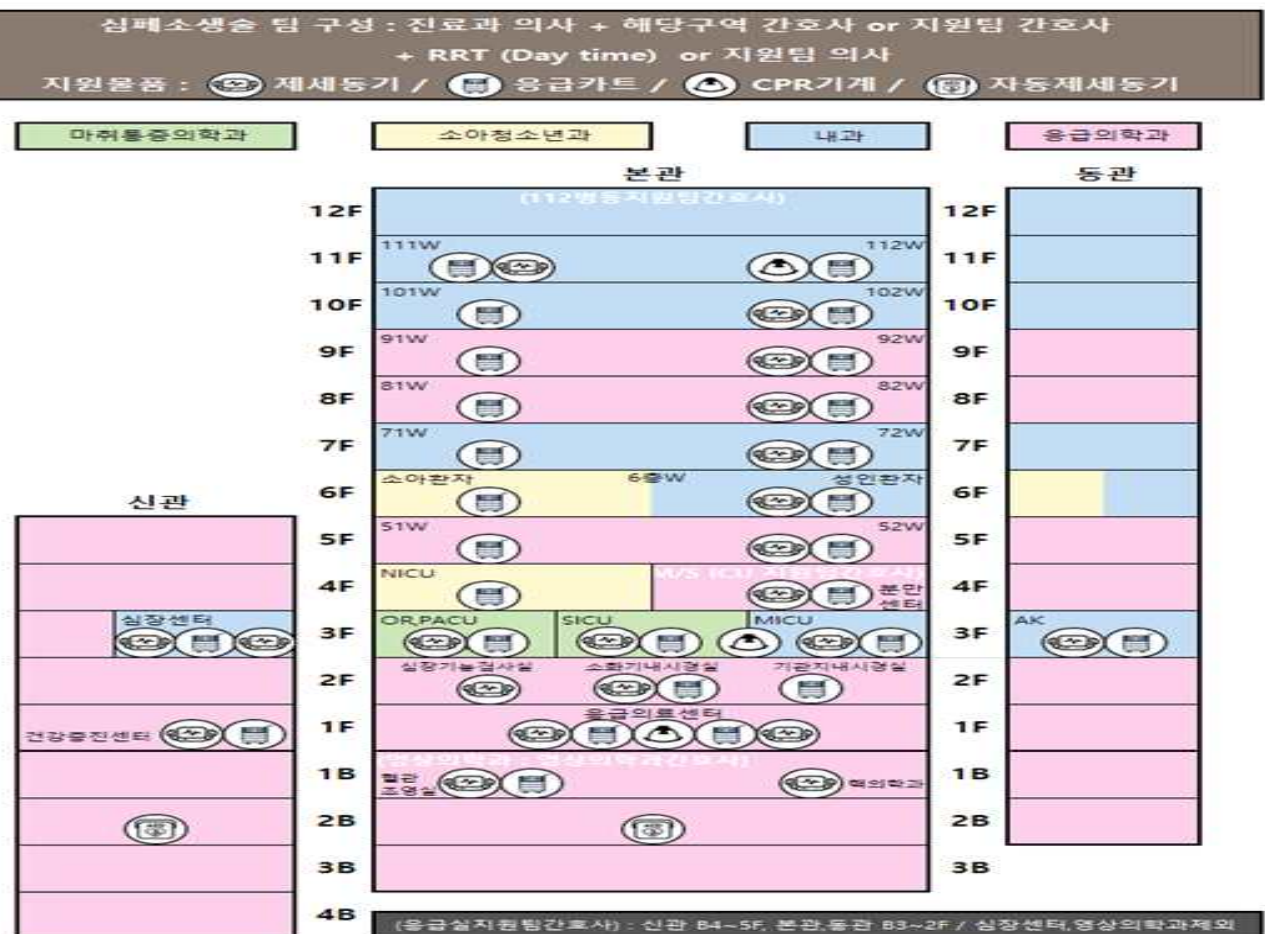
CPR

CPR 팀 활성화

①	<p>응급환자 발생 시 행동 지침</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 반응 확인 : 가슴이나 어깨를 가볍게 두드리며 “환자분 괜찮으세요? 눈 떠보세요” 2) DNR(do not resuscitate) 여부를 확인한다. : 환자 팔찌 DNR 스티커(EHR 연명의료 톨바) : DNR 확인을 위해 심폐소생술 및 활성화 절차가 지연되지 않도록 한다. : DNR(소생술포기) 환자의 경우 심폐소생술을 시행하지 않는다. 3) 소생팀 활성화(도움요청) : 환자의 곁에서 심장정지 방송과 제세동기 요청 4) 맥박과 호흡을 동시에 확인한다.(10초 이내) <ol style="list-style-type: none"> ① 성인 : 목동맥(넙다리동맥 동시 촉진) ② 소아(만 1세-만 8세 미만) : 목동맥 or 넙다리동맥 ③ 영아(만 1세 미만) : 위팔동맥 5) Cardiac massage를 즉시 시행한다. (심장정지를 발견한 자는 1분 이내에 가슴압박을 시작한다.) <ol style="list-style-type: none"> ① 압박 깊이 : 약 5cm ② 압박 속도 : 100~120회/분 ③ 다음 사람 교대 시 까지 cardiac massage를 멈추지 않는다.
②	<p>CPR팀 활성화 방법</p> <p>: 원내전화 77# → 차임벨이 울린 후 (해당과 / 1번 / 위치) 2회 반복 → # 누르고 끊기</p> <p>: ex) 77# → 혈액종양내과 1번 102병동 *2 → #</p> <p>※ 신장내과/심장내과 발음의 혼동이 있어 원내 응급상황 시 심장내과는 순환기내과로 통일한다. 방송 후에도 팀이 비활성화되는 경우, 응급의료센터(2059)로 직접 연락하여 활성화</p>
③	<p>업무 분담별 행동 지침</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 간호사 A (최초발견/반응확인 → 도움요청 → 가슴압박 → 이후 상황기록) <ol style="list-style-type: none"> ① 심정지 발견 (환자 팔찌에 연명의료중단 여부 스티커 확인) : 양쪽 어깨를 두드리며 환자의 반응을 확인한 후, 심정지 방송과 제세동기, 응급카트 요청한다. (4분 이내 이동) “환자분 눈 떠보세요.” “심장정지입니다! CPR 방송하고 제세동기 가져다주세요!” ② 목동맥, 넙다리동맥과 호흡을 동시에 5~10초 확인 후 즉시 가슴압박을 시행한다. : 흉골하부의 ½ 지점을 지체없이 분당 100~120회/분 속도로 5~6cm 깊이로 빠르고 강하게 압박한다. ③ CPR팀 도착하여 가슴압박 넘겨준 후 상황기록한다.

③

- 2) 간호사 B (제세동기 연결 → 리듬확인 → 백마스크 인공호흡, 전문기도기 삽입 준비)
- ① 제세동기를 부착하여 가슴압박을 10초 이내로 중단하고 초기 리듬을 확인한다.
"제세동기 연결했습니다. 초기 리듬 확인하겠습니다. 모두 물러나 주세요."
 - ② 초기리듬 확인 후 Shockable 리듬인지 Nonshockable리듬인지 확인한다.
"VF입니다.제세동 시행하겠습니다."(이때 제세동 준비 전까지 가슴압박은 지속한다.)
"VT입니다. 맥박 확인하겠습니다. 맥박 없습니다."
"pVT입니다. 제세동 시행하겠습니다."(이때 제세동 준비 전까지 가슴압박은 지속한다.)
"Asystole입니다. 가슴압박 유지해주세요."
"(PEA시) 맥박 확인하겠습니다. 맥박 없습니다. PEA입니다. 가슴압박 유지해주세요."
 - ③ 전문기도 확보 전까지 가슴압박과 인공호흡의 비율은 30:2로 시행한다.
 - ④ 심폐소생술 지원팀 도착 후 wall O2, suction, 전문기도기 삽입 준비한다.
- 3) 간호사 C (심정지방송 → 응급카트 준비 → IV route 확보 → 에피네프린 등 필요 약물 투여)
- ① 도움요청을 받은 후 EHR 상에서 연명의료중단 여부 확인, 이후 심정지 방송한다.
: 직접 전화방송 원내전화 77# ("정형외과 1번 82병동 X2" #)
→ 차임벨 올리면 "OO과 1번 OO병동" 2회 반복 → '#'누르고 끊음
 - ② 응급카트 준비 후 IV line을 확보한다.
(18G IV line(direct 3way *2) + 0.9% 생리식염수 1L사용)
" Lt arm 18G route 확보했습니다. Epinephrine 1mg 1ample IV 할까요?"
 - ③ Patient monitor(ROSC 시), O2, Suction을 준비한다.
 - ④ ROSC 시 활력징후를 측정한다.
 - ⑤ 순환하면서 필요한 물품을 공급한다.



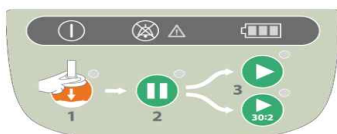
고위험 의료기기

Lucas(루카스) : ER, MICU, 112W

심정지 상태의 환자에게 자동 심폐소생술을 해주기 위한 기계.

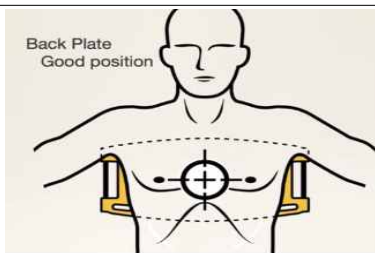


①



전원버튼을 누르면 self test 가 시작되고 전원이 켜진다.

②





lucas back plate(7) 를 환자 겨드랑이 사이 양쪽 nipple 중앙 부위로 조절한다.

③



본체를 plate 에 연결하기 전에 노란색 링을 당겨서 잠금을 해제해 주고, back plate에 연결하여 '찰칵' 소리가 들리는지 확인한다.

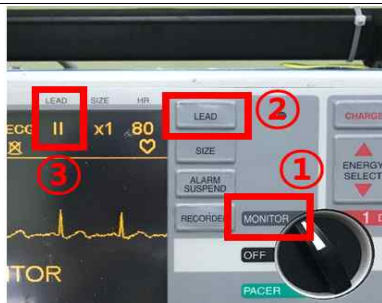
<p>④</p>		<p>흡착컵의 아래쪽 가장자리가 흉골 끝 바로 뒤에 올라오도록 놓고 두 손가락으로 흡착컵을 흉부에 닿게 아래로 누른다.</p> <p>일시정지 모양 버튼을 누르고 흡착컵 안쪽이 흉부와 맞닿아 단단하게 고정되도록 한다.</p>
<p>⑤</p>		<p>작동 또는 작동(30:2) 버튼을 눌러 흉부압박을 시작한다.</p>

Defibrillator

심실세동, 심방세동, 심방조동, 심실빈맥 등의 부정맥을 보이는 환자에게 심장에 고압전류를 극히 단시간에 통하게 함으로써 정상적인 맥박으로 회복시키는 기계

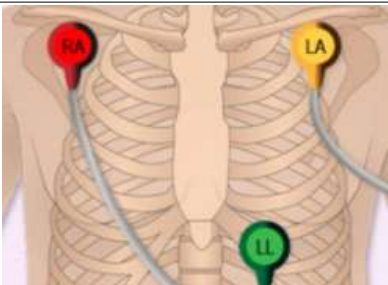


1



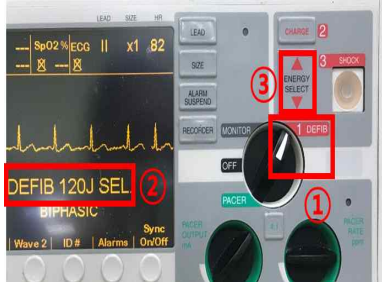
- 제세동기 켜기
- ①다이얼을 MONITOR 위치에 맞춘다
- ②LEAD 버튼을 눌러
- ③과 같이 LEAD II에 맞춘다

2



- 환자 몸에 EKG lead 부착하기
 - lead 부착을 완료하면 접촉하고 있던 의료진은 환자로부터 떨어진다
 - 5~10초 동안 심전도를 파악한다
 - 제세동 해야 하는 리듬일 경우 제세동을 준비한다

3

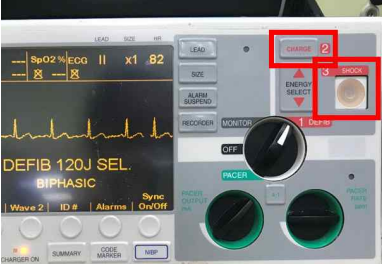



- 제세동 준비
 - ①다이얼을 DEFIB 위치로 돌린다
 - 화면에 ②와 같이 상태가 표시된다
 - 초기에너지 설정값은 120J
 - ③ENERGY SELECT 버튼을 눌러 원하는 에너지 값으로 조절가능


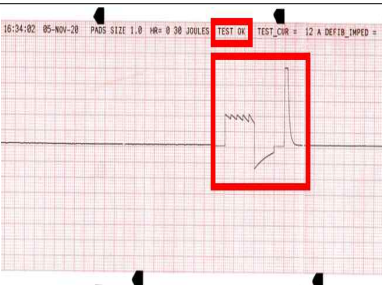
4



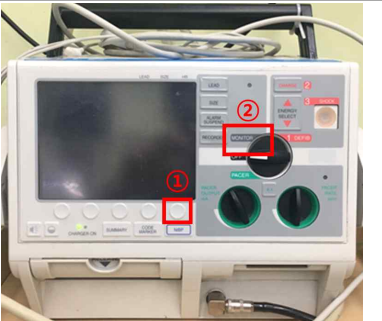

- 제세동기 양 측면의 release 버튼을 눌러 paddle을 장비에서 분리한다.
- 의료용 젤을 양쪽 paddle에 충분히 도포한다

<p>5</p>		<ul style="list-style-type: none"> • CHARGE 버튼을 눌러 충전 - 충전이 완료되면 paddle을 제 위치에 준비한다. (sternum paddle은 환자 우측 쇄골 정중양선 아래, apex paddle은 환자 좌측 유두 바깥의 액와전중양선 부위) - SHOCK 버튼을 눌러서 에너지전달
<p>6</p>		<ul style="list-style-type: none"> • paddle에 있는 버튼으로도 에너지값 조절 / 충전 / 에너지전달 수행 가능

Test Shock

<p>1</p>		<p>다이얼을 DEFIB 위치로 돌린다</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lead II 로 설정 - ENERGY SELECT 버튼을 눌러 30J로 에너지값 설정 - CHARGE - SHOCK
<p>2</p>		<ul style="list-style-type: none"> - 화면에 'Test OK'표시 및 record paper 내용 확인 - 확인 후 즉시 폐기

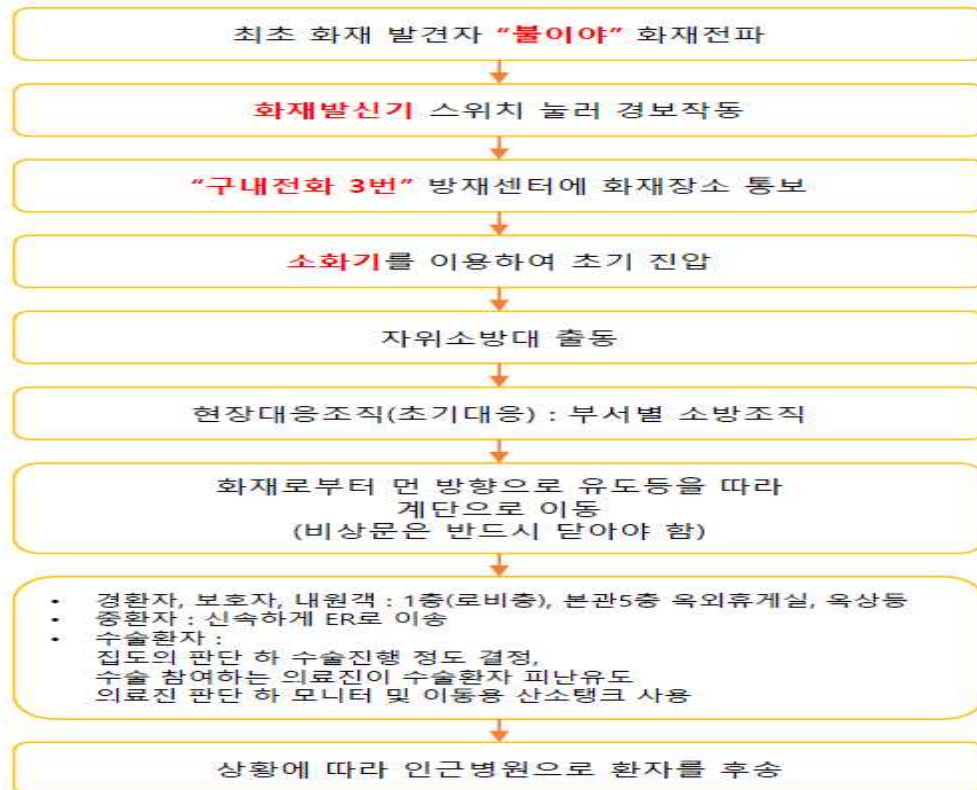
날짜 및 시간 변경

<p>1</p>		<p>①버튼을 10초정도 누르면서 다이얼을 ②의 monitor 위치로 돌린다</p>
<p>2</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Set Time 화면이 나온다 ② 버튼 : 올림 ③ 버튼 : 내림 ④ 버튼 : 다음 칸 이동 ⑤ 버튼 : 완료 - record paper 출력하여 setting 상태 확인

화재안전 관리활동

화재 발생 시 초기 행동요령

- : “**불이야**” 외치고 주위에 알림
- : **소화전 발신기** 버튼 누름
- : 구내전화 “**3번**” (방재센터)로 즉시 신고
- : 소화기로 초기 진압



화재 시 업무분담 (자위소방대 현장대응조직_초기대응)

- : 통보연락반 : 구내전파, 화재신고(방재센터 “3번”), 인원통제 임무, 발신기 누름 확인
- : 초기소화반 : 화재발신기 작동, 소화활동 (1차:소화기, 2차:소화전)
- : 피난유도반 : 환자 및 보호자 단계별 피난 유도, 응급조치 활동 임무

환자유형

- : A등급(중환자) : 보행이 불가능하거나 보행해서는 안 되는 환자
- : B등급(경환자) : 도움을 받아 보행이 가능한 환자
- : C등급(거동가능환자, 보호자 및 직원) : 보행이 가능한 환자, 보호자, 직원

[III]

Acting의 핵심



The

right 환자

The

right 약물

The

right 용량

The

right 경로

The

right 시간

투약의 규칙

1. 투약의 5 rights 반드시 준수
2. 간호사의 투약행위는 안전하고 완전해야 한다
3. 모든 투약은 의사의 처방에 따라 시행한다
4. 응급 상황일 경우 의사의 구두처방 > 반드시 24시간 이내 처방 완료
6. 준비한 간호사가 반드시 약물을 투약한다
7. 물약이나 침전 가능성이 있는 약은 반드시 흔들어서 투약한다
8. 투여가 안된 경우 간호기록지에 사유를 작성한다
9. PRN 약물 투여 후 간호기록지에 작성한다
10. 투약 준비 시 손위생을 실시하고, 약 봉투에 있는 내용을 약 카드와 대조한다
11. 항생제 주사 시작 전 처음 skin test를 반드시 시행한다
[단, vancomycin, aminoglycoside계 약물은 안해도 됨]
★ skin test 시 positive일 경우 주치의나 당직의에게 보고 및
간호기록에 기록한다 ★
12. 투약 시간 및 투약 간격을 준수한다
> 2가지 이상 항생제 투여 시 겹쳐서 들어가지 않아야 한다



DAY 듀티 기본 업무

	내용
1	카운트
2	수액 준비
3	인계 전 환자 파악 및 라운딩
4	인계
5	인계 후 라운딩
	IV, 수액속도, O2, 환자상태, foley, 배액관 등등 확인
6	8AM day 정규 간호기록
7	8AM day 정규 flowsheet
8	10AM inject 준비 및 투약
9	10AM 정규 V/S
10	10AM BST
11	덤웨어터 정규약 정리
12	오전 스케줄 시행
13	MD, 2PM inject 준비
14	MD inject
15	점심식전 인슐린 투여
16	점심 식사 간호기록
17	I/O
18	2PM inject
19	신환받기
20	dressing 준비
21	추가업무 시행
	(IV, sample, foley, nelaton, enema, L-tube 등)

Evening 듀티 기본 업무

	내용
1	카운트
2	인계 전 환자 파악 및 라운딩
3	인계
4	인계 후 라운딩 IV, 수액속도, O2, 환자상태, foley, 배액관 등등 확인
5	신환받기
6	3:30 - 4PM 정규 간호기록 3:30 - 4PM 정규 flowsheet
7	Evening 정규 V/S
8	덤웨어터 정규약 정리
9	오후 스케줄 시행
10	저녁식전 인슐린 투여
11	6PM inject 준비 및 투약
12	D/C 바구니 내리기 - 8PM 약국 마감
13	8PM inject 준비 및 투약
14	8PM BST
15	익일 수술, 검사 준비(pre)
16	I/O
17	10PM inject 준비 및 투약
18	추가업무 시행 (IV, sample, foley, nelaton, enema, L-tube 등)

Night 듀티 기본 업무

	내용
1	카운트
2	Dressing cart 정리 및 물품 채워두기
3	CSR 청구 (Medilox : 일요일, 화요일, 목요일 N때 신청)
4	인계 전 환자 파악 및 라운딩(대변 확인)
5	인계
6	인계 후 라운딩 recheck (IV, 수액속도, O2, 환자상태, foley, 배액관 등등 확인)
7	10:30PM - 11PM night 정규 간호기록 및 flowsheet [필수 기록 사항] 수면 전 배뇨상태 확인함, Both side rail keep하여 수면중임/bed rest 중임
8	MN inject 준비 및 투약
9	order 확인 및 다음 날 검사 정리
10	전일 처치재료 확인 및 당일 처치재료 입력
11	다음 날 투약라벨 및 오전 6AM 채혈검사 바코드 준비
12	환자 분류 확인
13	2AM 라운딩 : condition 안 좋은 환자들 잘 볼 것
14	2AM 정규 차팅
15	Night 기능원님 x-ray 출력 Day 기능원님 schedule 작성
16	Day 팀별 rounding note 출력(스케줄 적기)
17	투약계획지 출력
18	BST 기기 점검
19	다음 날 투약라벨 정리 및 PO, 주사약 확인
20	6AM inject 준비 및 투약
21	6AM sample
22	6AM 정규 V/S
23	I/O
24	6AM 정규 간호기록
25	아침 식사 전 인슐린 투여
26	추가업무 시행
27	(신환받기 등)

활력징후 및 투약 시간

① V/S 시간

Q12hr	6AM			6PM		
Q8hr	6AM		2PM		10PM	
Q6hr	6AM		MD	6PM		MN
Q4hr	6AM	10AM	2PM	6PM	10PM	2AM

② Injection 시간

	6AM	10AM	MD	2PM	6PM	8PM	10PM	MN
1회		○						
2회		○					○	
3회	○			○			○	
4회	○		○		○			○

③ PO 시간

	7AM	8AM	MD	1PM	6PM	9PM
AM	○					
M		○				
2P		○			○	
3P		○		○	○	
E					○	
HS						○

④ Insulin 투여시간

7AM	MD	5:30PM
-----	----	--------

경구약 용법 코드

용법코드	용법
2A	1일 2회 아침,저녁 식전 30분
2A1	1일 2회 아침,저녁 식전 1시간
2ADE	1일 2회 점심,저녁 식전 30분
2AMD	1일 2회 아침,점심 식전 30분
2B	1일 2회 아침, 저녁 식사직전
2C	1일 2회 아침,저녁 식사와 함께
2DHS	1일 2회 점심 식후 30분, 취침전
2FW	1주일에 2회 의사지시대로
2P	1일 2회 아침,저녁 식후 30분
2P1	1일 2회 아침,저녁 식후 1시간
2P2	1일 2회 아침,저녁 식후 2시간
2PDE	1일 2회 점심,저녁 식후 30분
2PDH	1일 2회 점심 식후 30분, 취침전
2PMD	1일 2회 아침,점심 식후 30분
2PRN	1일 2회 필요시
2TO9	1일 2회 오전,오후 9시 복용
2T10	1일 2회 오전,오후 10시 복용
2W	1일 2회 아침,저녁 식사직후
2WDE	1일 2회 점심,저녁 식사직후
2WMD	1일 2회 아침,점심 식사직후
3A	1일 3회 식전 30분
3A1	1일 3회 식전 1시간
3B	1일 3회 식사직전
3C	1일 3회 식사와 함께
3FW	1주일에 3회 의사지시대로
3MDH	1일 3회 아침,점심식후 30분, 취침전
3P	1일 3회 식후 30분
3P1	1일 3회 식후 1시간
3P2	1일 3회 식후 2시간
3PRN	1일 3회 필요시
3W	1일 3회 식사직후
4A	1일 4회 식전 30분
4A1	1일 4회 식전 1시간, 취침전
4P	1일 4회 식후 30분, 취침전
4P1	1일 4회 식후 1시간, 취침전
4P2	1일 4회 식후 2시간, 취침전
4PRN	1일 4회 필요시
5Q4	1일 5회 4시간마다
6Q4	1일 6회 4시간마다
AD	1일 1회 점심식전 30분
AD1	1일 1회 점심식전 1시간
ADHS	1일 2회 점심식전 30분, 취침전
AE	1일 1회 저녁식전 30분
AE1	1일 1회 저녁식전 1시간
AM	1일 1회 아침식전 30분
AM1	1일 1회 아침식전 1시간
AMHS	1일 2회 아침식전 30분, 취침전
AP1H	1일 7회 식전,후 1시간과 취침전
APH1	1일 7회 식전 30분, 식후 1시간과 취침전

용법코드	용법
APH2	1일 7회 식전 30분, 식후 2시간과 취침전
BD	1일 1회 점심식사직전
BE	1일 1회 저녁식사직전
BM	1일 1회 아침식사직전
CD	1일 1회 점심식사와 함께
CE	1일 1회 저녁식사와 함께
CH	씹어서 복용하세요
CM	1일 1회 아침식사와 함께
COI	검사전날 취침전에 모두
D	1일 1회 점심식후 30분
D1	1일 1회 점심식후 1시간
D2	1일 1회 점심식후 2시간
DUPN	Dulackhan syr 150ml 증류수 350ml 혼합하여
E	1일 1회 저녁식후 30분
E1	1일 1회 저녁식후 1시간
E2	1일 1회 저녁식후 2시간
EOD	격일로(2일에 1회)
EOD8	격일로(2일에 1회) 아침 8시에 복용
EODM	격일로(2일에 1회) 아침식후 30분
EOWM	격주로(2일에 1회) 아침식후 30분
ET	공복시 복용
FW	1주일에 1회 의사의 지시대로 복용
FW12	1주일에 1회 하루 2번 12시간마다
FW3P	1주일에 1회 하루 3번 식후 30분
FWAM	1주일에 1회 하루 하루 한번 아침식전 30분
FWHS	1주일에 1회 하루 1번 취침전
FWM	1주일에 1회 하루 1번 아침식후 30분
HRT1	1일째부터 13일째까지 1일 1회씩 취침전
HRT2	14일째부터 25일째까지 1일 1회씩 취침전
HRT3	1일째부터 12일째까지 1일 1회씩 취침전
HRT4	격월로 1일부터 14일까지 1일1회씩 취침전
HS	1일 1회 취침전
M	1일 1회 아침식후 30분
M1	1일 1회 아침식후 1시간
M2	1일 1회 아침식후 2시간
MFHS	월요일에서 금요일까지 1일 1회 취침전
MHS	1일 2회 아침식후 30분, 취침전
PHD	혈액투석 후 복용
PO	의사의 지시에 따라
Q12	1일 2회 12시간마다
Q36	36시간마다
Q4	1일 6회 4시간마다
Q5	1일 4회 5시간마다
Q6	1일 4회 6시간마다
Q8	1일 3회 8시간마다
SL	필요시(홍통시) 혀밑에 1정씩 넣으세요
WD	1일 1회 점심식사 직후
WE	1일 1회 저녁식사 직후
WM	1일 1회 아침식사 직후

주사약 용법 코드

용법코드	용법
CIV	지속적으로 정맥내 주사
IEN	의사지시대로 관장하세요
IIR	관주 (Irrigation)
IM	근육내 주사
INB	의사지시대로 혼증하세요(Nebulizer)
INF	정맥내 점적 주입
IV	정맥 내 주사
IVM	혼합 조제 후 정맥주사
IVS	정맥 주사 SIDE
IVST	매일 같은 시간에 정맥내 주사
IVT	Skin test 후 정맥 내 주사
SC	피하주사
SI	피하주사(인슐린)

활력징후

혈압 분류		수축기혈압(mmHg)		이완기혈압(mmHg)
저혈압		100 이하		60 이하
정상혈압		< 120	그리고	< 80
주의혈압		120 ~ 129	그리고	< 80
고혈압전단계		130 ~ 139	또는	80 ~ 89
고혈압	1기	140 ~ 159	또는	90 ~ 99
	2기	≥ 160	또는	≥ 100
수축기단독고혈압		≥ 140	그리고	< 90

맥박(회/1분)	호흡(회/1분)	체온(°C)
60 - 100회 (1분)	12 - 18회 (1분)	36.5°C - 37.3°C (평균 37.0°C)

저혈압 발생 시

- ① 환자 상태(의식사정) 먼저 확인 후 침상안정 약 30분 후 재측정
- ② 체위변경에 금기가 없다면 Shock position
- ③ 자동혈압계 측정 후 저혈압 측정 시 매뉴얼로 재측정 > arm save가 아니라면 양팔 모두 측정
- ④ 이상증상(현기증, 서맥 동반 등) 있을 경우 확인 후 의사 노티

고혈압 발생 시

- ① 환자 상태(의식사정) 먼저 확인 후 침상안정 약 30분 후 재측정
- ② 고혈압이 있을 경우 발생할 수 있는 임상증상(두통) 확인 후 의사 노티



주의!

활력징후 정상범위 이탈 시 즉시 환자 상태 확인 후 필요 시 의사 노티

측정한 활력징후 EHR 입력

Menu > 기록 > 신체계측 일괄입력(측정한 시간으로 기록할 것)
: Flowsheet - 임상관찰 탭에서 확인가능

V/S 연동방법 : 바코드로 환자 팔찌 스캔 후 V/S 측정 (RR 입력) SAVE

Menu > 기록 > Flowsheet > 임상관찰 - 시간 클릭 or 오른쪽 마우스 클릭 시간칼럼 추가
> I/F Reload조회(R) > 전,후 최대[99] 분 설정 가능 > 조회 > 노란색 V/S 클릭 > 저장

06시	08시	10시	23일 12:00	14시	16시	18시	20시	22시
164		170						
96		90						
65		73						
16		16						
36.3		36.4						
A (Alert)								

시간컬럼추가(Y)
 시간컬럼삭제(Z)
☒ I/F 일괄확정(F)
☒ I/F Reload 조회(R)
 일괄인증(본인기록, I/F)(I)

원본값 보기(장비 Interface)

적용시간 2024-01-23 14:00 ① 전, 후 99 분 ② [조회]

13:46	13:47	13:48	13:49	13:50	13:51	13:52	13:53	13:58	13:59	14:00
						122				
						77				
						76				
						16				
						36.7				
						96				

③

④ [저장] [종료]

키, 몸무게 측정

병동 내에 있는 신체계측계를 이용하여 키와 몸무게 측정.

⇒ Menu > 기록 > 신체계측 일괄입력(신장, 체중 칸에 기입) (측정한 시간으로 기록)

: Flowsheet - 신체계측탭에서 확인가능

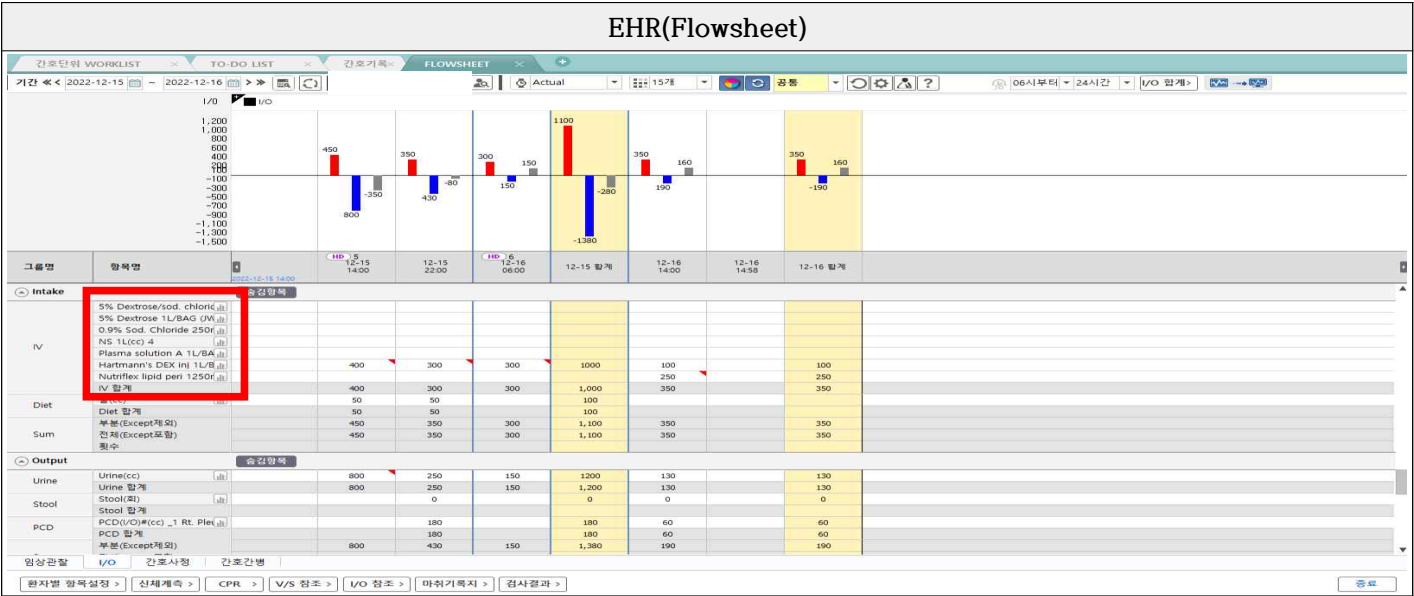
I/O

1 I/O 시간

Day	6AM - 2PM
Eve	2PM - 10PM
Night	10PM - 6AM

2 처방

처방		
Check I/O q [1] hrs	1시간 마다 측정	ICU
Check I/O q [8] hrs	8시간 마다 측정	듀티별로 측정
Check I/O q [24] hrs	24시간 마다 측정	듀티별로 측정 (Total I/O를 보겠다는 뜻)



수액 및 혈액 등 추가하기

IV 항목 추가 후 IV위에 커서 올리고 마우스 R 클릭 - '약/주사처방'클릭 - 약/주사 처방 등록 창 생성

약/주사 처방 등록

일자별 처방내역

처방일자: 2023-02-10 D/C 포함

처방구분	처방코드	처방내역	등록여부	항목명	적용항목명
수액	MD55B	5% Dextrose/sod.chloride 500ml/BAG(HK이노엔)		수액(처방연동)	5% Dextrose/sod.chloride 500ml/BAG(HK이노엔)
주사	MSM-P14	SMOF Kabiven per 1448ml/Bag (프레지니우스 카비엔)			
주사	MTHZ-I	Peridol inj 5mg/A (황인)			
주사	MTHZ-I	Peridol inj 5mg/A (황인)			
주액	MW1000	Water for injection 1L/B (JW중외)			

추가해야하는 수액 더블클릭 - 항목저장 클릭

③ EHR) Flowsheet I/O 항목



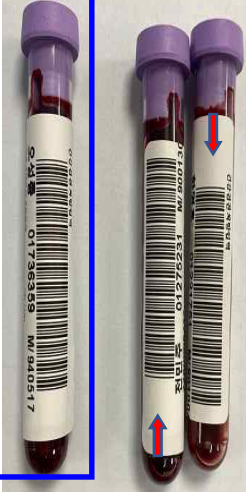


Flowsheet 항목
I/O
Intake
IV
Diet
혈액
기타
Except
Output
Urine
Stool
Bile Drainage
Pancreatic Drainage
Chest tube
Hemovac
JP
Ostomy
PCD
투석
혈액
기타
신경계측정관
Except
Green-vac
Barovac

Intake	Output
<ul style="list-style-type: none"> - IV : 수액(투여된 양) / 꼬마병 - Diet(경구로 섭취한 것 모두 다) <ul style="list-style-type: none"> • <u>죽 : 170g(cc)</u> • <u>밥 : 140g(cc)</u> • <u>미음 : 180g(cc)</u> • <u>국 : 140g(cc)</u> • <u>종이컵 1컵 : 150cc</u> • <u>음료수 등(용량 확인)</u> - 혈액 RBC, PLT 등 '수혈기록지의 실혈액량 기입 - 기타 irrigation(foley, pcd 등) 	<ul style="list-style-type: none"> - Urine <ul style="list-style-type: none"> • urine(cc), self voiding(cc) 소변기에 소변량 체크 <ul style="list-style-type: none"> • Foley(cc) : foley count • nelaton(cc) : CIC한 기록 • cystostomy • PCN • foley(irrigation-out) - Stool <ul style="list-style-type: none"> • stool(회) • stool(g):기저귀, 설사(무게측정) - Bile drainage : PTBD, ENBD, PTGBD - Chest tube - Hemovac(cc) - JP - Ostomy <ul style="list-style-type: none"> • colostomy • gastrostomy • ileostomy • jejunostomy - PCD - 투석 : TUF(투석 간호기록 확인) - Green-vac - Barovac - 기타 <ul style="list-style-type: none"> • vomiting(회)/cc • ascites(cc) • melena(g)/(회) • hematochezia(g)/(회) • hematemesis(g)/(회)

본원 검체용기 종류

검체명	검체용기		검체명	검체용기	
CBC(일반혈액)	EDTA 3mL tube		sputum/ Urine culture	sputum/ Urine culture	
Electrolyte (일반화학)	SST 5ml tube (tonghap bottle)		Occult blood	Stool box	
혈액응고 ex) PT & aPTT	Blood Sod. citrate		Bacterial culture PCR	Transfer media	
Blood Gas Profile Lactate	Heparine syringe		Blood culture	Blood culture bottle * 2쌍	
예) CSF Paracetesis→ 체액 (protein. glucose. albumin 등)	Plain bottle		Influenza Ag		
Procalcitonin	PST		호흡기 검사		
RUA (Routine Urinalysis)	urine cup (요경검)			EDTA tube (10cc)	

검체용기별 정확한 라벨링

				
<p>AFB 50cc Falcon tube</p>	<p>용기 자체의 바코드 가리지 않게 부착</p>	<p>[왼쪽 샘플이 정상 라벨링] 위/ 아래로 펼치지 않게 부착</p>	<p>알코올로 지워지지 않도록 주의</p>	<p>Stool 몸체에 바코드 부착</p>

권장 채취 순서

> 검체 tube 사용 순서 (CLSI 권장)

[Blood culture→Citrate(파)→ Plain(빨) →SST(노)→Heparin(초)→ PST(녹)→EDTA(보)]

[그림1]

채혈량 및 채혈 순서



권장 적정 채혈량
(빨간선까지 채우기)



3ml(50% 이상)



8.5mL(50% 이상)



2.7mL(100%:기준선까지!)



4.5mL(50% 이상)


- 3 -

용기코드를 더블클릭하면
사진으로 검사용기 참조 가능

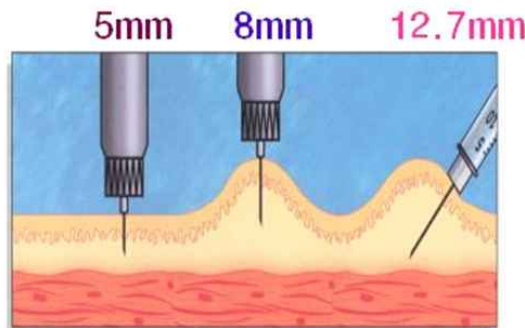
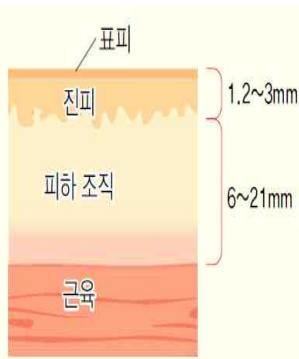
용기코드를 더블클릭하면
사진으로 검사용기 참조 가능

- 1) 채혈 후 무리하게 흔들어 혼합하는 경우
- 2) 소독 부위에 알코올 성분이 남아있는 상태에서 채혈할 경우
- 3) 23G 주사침 사용하는 경우와 주사기 피스톤을 너무너무 세게 당겨 채혈 할 때
- 4) 채혈된 혈액을 진공 시험관에 빠르게 옮기려고 피스톤을 강하게 밀 경우
- 5) 혈종이 생긴 정맥에서 무리하게 채혈할 때

한양대학교 구리병원 간호국

IGRA(Interferon-gamma releasing assay) 검사 채혈 안내	
❶	전용 용기(4개의 용기)에 환자바코드를 각각 부착한다
❷	채혈순서(반드시 지켜야 함!) <u>회색 > 녹색 > 노랑색 > 보라색</u>
❸	<div>※ 채혈순서 및 tube 안내</div> <div>1. 회색(Nil) 용기 : 음성 대조</div> <div>2. 녹색(TB1 antigen) 용기</div> <div>3. 노랑색(TB2 antigen) 용기</div> <div>4. 보라색(Mitogen) 용기 : 양성 대조</div> <div></div> <div>순서대로 1.0mL 씩 채혈(검은 선까지 채우면 됨)</div>
❹	전용 용기 변면의 내용물이 혈액과 잘 섞일 수 있도록 상하로 10회, 또는 5초 동안 반복 혼합
❺	<u>반드시 세워서 오후 1시 30분까지 진단검사의학과에 접수</u>
❻	검사 가능일 : 월 ~ 목요일(공휴일 전날 제외)
❼	위탁 검사(녹십자)로 채혈 당일 오후 1시 30분 전까지 검체 접수 되었을 경우 오후 3-4시 사이에 수거

피하주사



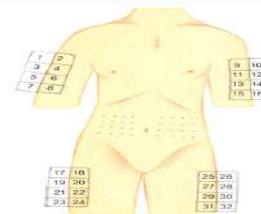
Correct pinch-up



Incorrect pinch-up

주사부위 선택

주사부위	<ul style="list-style-type: none"> 복부, 상완부, 대퇴부, 둔부 등 신경, 혈관, 근육 부위를 피하여 피하조직이 충분한 곳
주사간격	<ul style="list-style-type: none"> 주사간격은 약 2 cm 정도의 간격을 두고 이동함 주사부위에 따라 흡수율이 다르므로 같은 부위를 다 이용한 후 변경하는 것이 혈당 변화를 최소화 시킴
상완부 및 대퇴부를 사용하는 경우	<ul style="list-style-type: none"> 만삭인 임산부 간질환 등으로 복수가 찬 경우 복막 투석 복부 수술로 인한 상처



간이혈당 측정

준비과정



환자



사용하지 않은 새 인슐린은 2~8 °C 약품 냉장고에 보관
개봉한 인슐린은 상온보관(vial type 고위험약품!)

주사방법 : 펜형

- 1 펜형 인슐린 내부에 인슐린이 충분히 남아있는지 확인한다.
- 2 중간형 인슐린이나 혼합형 인슐린인 경우 최소한 20회 이상 부드럽게 흔들어 인슐린을 잘 혼합한다.
- 3 펜형 인슐린의 고무마개 부분을 알코올솜으로 소독한다.
- 4 펜니들의 종이 덮개를 떼어낸다.
- 5 고무마개 중앙에 펜니들을 똑바로 맞추어 돌려 끼운다.
- 6 먼저 2단위에 맞추어 뽑힌 후 바늘이 위를 향하도록 세우고 천천히 버튼을 누른다. 인슐린이 바늘 끝에 나타나는지 확인하고 그렇지 않을 경우 인슐린 방울이 보일 때까지 반복한다.
- 7 주사할 인슐린 용량만큼 다이얼을 돌려 맞춘다.
- 8 알코올솜으로 인슐린 주사 부위를 소독한 후 알코올이 마를 때까지 기다린다.
- 9 인슐린을 주사한 후 최소 10초 이상 주입 버튼을 누른 채 기다렸다가 바늘을 뺀다.
- 10 바늘을 빼고 알코올솜으로 주사부위를 5초 정도 문지르지 않고 눌러 준다.
- 11 주사가 끝난 후 즉시 펜니들을 제거한다.
- 12 사용한 펜니들과 알코올솜을 두정이 있는 일회용 폐기물통에 버린다.

피부 집어올리기와 주사 각도

- 4~6mm의 짧은 바늘을 사용할 경우 피부를 집어올리지 않고 90도로 주사한다.
- 8mm 이상의 바늘로 팔·다리나 마른사람의 복부에 주사할 때에는 피부를 집어올리고 45도로 주사해야 한다.

인슐린 보관

- 사용하지 않은 새 인슐린은 2~8°C의 냉장실에 얼지 않도록 보관한다. 사용 중인 펜형 인슐린은 다시 냉장고에 넣지 않고 실온(15~25°C)에 보관하여 사용한다.

나의 인슐린

_____은 실온에서	_____일 동안 보관하여 사용
_____은 실온에서	_____일 동안 보관하여 사용

주사방법 : Vial Type

한 가지 인슐린만 사용하는 경우

- 1 인슐린 병의 고무마개 부분을 알코올 솜으로 소독한다.
- 2 손바닥 사이에 병을 놓고 여러 차례 부드럽게 돌려 인슐린을 잘 혼합한다.
- 3 플런저를 덮고 있는 주사기 뒤쪽 뚜껑을 제거한 후, 알코올 바늘 뚜껑을 제거한다.
- 4 플런저를 위로 당겨 필요한 인슐린 양에 해당하는 만큼 공기량을 켜다.
- 5 병을 똑바로 세우고 바늘이 고무마개 중앙을 통과하도록 삽입한 후 병 안으로 공기를 주입한다.
- 6 병을 거꾸로 세운 후 주사할 인슐린 양보다 약간 더 많은 양이 될 때까지 플런저를 위로 당긴다.
- 7 공기방울이 있는 경우 손가락으로 주사기를 가볍게 치거나 두드려서 제거한다.
- 8 필요한 양 만큼의 인슐린을 쥔 후 병에서 바늘을 뺀다.
- 9 알코올솜으로 인슐린 주사 부위를 소독한 후 알코올이 마를 때까지 기다린다.
- 10 필요시 피부를 집어올린 후 주사한다.
- 11 인슐린을 주사한 후 바늘을 빼고 알코올솜으로 주사부위를 5초 정도 문지르지 않고 눌러 준다.
- 12 사용한 주사기와 알코올솜을 두정이 있는 일회용 폐기물통에 버린다.

피부 집어올리기와 주사 각도

- 미취학 아동이 충분한 경우 피부를 집어올리지 않고 90도로 주사할 수 있다.
- 팔·다리나 마른 사람의 복부에 주사할 때에는 피부를 집어올리고 45도로 주사해야 한다.

인슐린 보관

- 사용하지 않은 새 인슐린은 2~8°C의 냉장실에 얼지 않도록 보관한다.
- 사용중인 펜형 인슐린은 28일동안 사용할 수 있으며, 차광하여 냉장 혹은 실온(15~25°C) 모두에서 보관 가능하다.

저혈당의 정의

- 혈당이 급격히 떨어지는 경우
- 혈당이 70mg/dl 이하인 경우
- 저혈당증상 및 발현시기는 개인마다 다름

증상 : 식은땀, 두근거림, 체온변화, 사지저림, 시력약화, 어지러움, 의식변화, 실신 등

〈그림. 저혈당의 주요 증상〉



※ 인슐린 종류

인슐린종류	상품명	
초속효성 (식전 15분 이내에)	휴마로그 퀵펜	
	노보래피드 플렉스펜	
	애피드라 솔로스타	
	피아스프	
혼합형 인슐린 (초속효성 혼합) (식전 15분 이내에)	휴마로그 믹스 25 퀵펜	
	휴마로그 믹스 50 퀵펜	
	노보믹스 30 플렉스펜	
	리조텍 플렉스터치	
혼합형 인슐린 (식전 30분전에)	휴물린 70/30펜	
중간형 인슐린 (식사 30-45분 전에)	휴물린 엔 퀵펜	
장시간형 인슐린 (1일1회 동일한 시간대)	레버미어 플렉스펜	
	트레시바 플렉스터치	
	란투스 솔로스타	
	투제오 솔로스타	
	글라지아 프리필드	

원내 Skin test 대상의약품 (23.07.26)

계열	약품코드	약품명
Penicillin계 항생제	MBP-120	Benzetacil 120만IU/V(희귀의약품센터)
	M6PGK	(자가)Pfizerpen 500만단위/V(한국희귀의약품)
	MAMPI5	Penbrex 500mg/V (영진약품)
	MUBTM	Ubactam 750mg/V (한미약품)
	MBACT15	Bactacin 1.5g/V (신풍)
	MAMX-C6	Amocla inj 0.6g/V(건일)
	MAMX-C12	AMOCla INJ 1.2G/V(건일)
	MNAF	Nafcillin sodium 1g/V (보령)
	MTAZOC2	Tazocin 2.25g/V(제일)
	MTAZOC4	TAZOCIN 4.5G/V(제일)
	MTAZP2	Tazoperan 2.25g/V (종근당)
	MTAZP4	TAZOPERAN 4.5G/V (종근당)
Cephalosporin계 항생제	MCFZL1	Cefazoline 1g/V(유한)
	MCFZ	Cefazedone 1g/V (국제약품)
	MCEFZ1	Pazeron 1g/V (한림제약)
	MCETRA	CeTRAzole 2g/V (삼진제약)
	MCFBZ05	Zinperazone 500mg/V (국제)
	MCFBZ1	ZINPERAZONE 1G/V(국제)
	MCFT1	Cefotetan 1g/V (종근당)
	MCFXT	Jeitin inj 1g/V(삼진제약)
	MFONTI10	FONTIAM 1G/V (한미약품)
	MFMOX	Flumarin 500mg/V (일동제약)
	MCFTM	Cefotaxime sodium 1g/V (HK이노엔)
	MCFTM2	CEFOTAXIME SODIUM 2G/V(HK이노엔)
	MTRX05	Triaxone 500mg/V (한미약품)
	MCFTR-B2	Ceftriaxone 2g/V (보령제약)
	MCTXK2	Trisone kit 2g/kit(유케이케미팜)
	MTAZIM	Tazime 1g/V (한미약품)
	MCFTZM2	TAZIME 2G/V (한미약품)
	MEPO1	Epocelin 1g/V (동아에스티)
	MPERAT	Peratam 1g/V (국제약품)
	MMAXP	Maxipime 1g/V (보령제약)

원내 Skin test 지침 (23.07.26)

시험대상 : Penicillin, Cephalosporin계 항생제

(단, Cephalosporin은 Penicillin 또는 Cephalosporin 계에 과민반응 과거력 있는 경우 또는 처음 투여 받는 환자의 경우 시험 시행함.)

시험방법 : 1) 피내반응시험은 일반적으로 주사용 증류수 또는 N/S로 희석하여 천연 Penicillin은 10,000U/ml 의 농도, 나머지는 약 2mg/ml 농도로 만들어 그 중에서 0.02-0.05ml를 피내에 주사하고 15분 후 관찰함.

2) 1)을 시행하였을 때 반응검사 결과가 '의양성'인 경우 동일한 전박의 피내 반응시험부위로부터 3-4cm 부분 또는 반대쪽 대칭 부위에 대조액으로서 N/S 0.02ml를 피내주사하여 시험약 주사부위와 비교함.

판정방법 : 팽진 직경이 10mm 이상이면서 발적이 있는 경우는 대조액 주사부위의 팽진 직경과 비교하여 시험약 주사부위 팽진 직경이 3mm이상 일 때 양성 판정함.

항생제 과민반응 예방법

과민반응 과거력		Penicillin 투여 시	Cephalosporin 투여 시
없음		skin test 시행 결과 음성인 경우에만 투여	skin test 없이 투여 (단 처음 투여 받는 경우 skin test 시행 후 음성인 경우에만 투여)
있음	Penicillin 과거력	투여 안함	투여 안함 (꼭 필요한 경우 skin test 시행 결과 음성인 경우에만 감염내과 협진 후 투여)
	Cephalosporin 과거력	skin test 시행 결과 음성인 경우에만 투여	
확인 불가		skin test 시행 결과 음성인 경우에만 투여	
과거력 있으나 해당 약물을 모르는 경우		담당 주치의가 원인 약물 확인하고, 필요시 감염내과 협진 후 투여	
skin test 결과 양성인 경우		담당 주치의 판단에 따라 다른 계열의 항생제 사용	

약품명	농도				시간	희석방법
	농도	투여량	대조액	시간		
천연 Penicillins						
Penicillin G benzathine (Benzetacil)	1만 unit/ml	0.02 ~ 0.05ml	N/S 0.02 ~ 0.05ml	15분		① 120만 unit/V에 NS 3ml mix (40만 unit/ml) ② 0.1ml 취해 총량 1ml로 희석 (4만 unit/ml) ③ 0.25ml 취해 총량 1ml로 희석 (1만 unit/ml)
Penicillin G potassium (Pfizerpen 500만단위/V)						① 500만 unit/V에 NS 5ml mix (100만 unit/ml) ② 0.1ml 취해 총량 1ml로 희석 (10만 unit/ml) ③ 0.1ml 취해 총량 1ml로 희석 (1만 unit/ml)
합성 Penicillins						
amoxicillin/clavulanate (Amoda) ampicillin (Penbrex) ampicillin/sulbactam (Bactacin, Ubactam) piperacillin/tazobactam (Tazocin, Tazoperan) Nafcillin (Nafcillin)						
Cephalosporins						
cefazedone (Cefazedone, Pazeron, Zenocef) cefazolin (Cefazoline) cefodizime (Newdizime) cefotetan (Cefotetan) cefotiam (Fontiam) cefoxitin (Jeitin) flomoxef (Flumarin) cefoperazone/sulbactam (Peratam) cefotaxime (Cefotaxime) ceftazidime (Tazime) ceftizoxime (Epocelin) ceftriaxone (Ceftriaxone, Triaxone) cefepime (Maxipime) ceftolozane/tazobactam (Zerbaxa)	2mg/ml	0.02 ~ 0.05ml	N/S 0.02 ~ 0.05ml	15분		① 항생제 1g 당 NS 5ml mix (200mg/ml) ② 0.1ml 취해 총량 1ml로 희석 (20mg/ml) ③ 0.1ml 취해 총량 1ml로 희석 (2mg/ml)

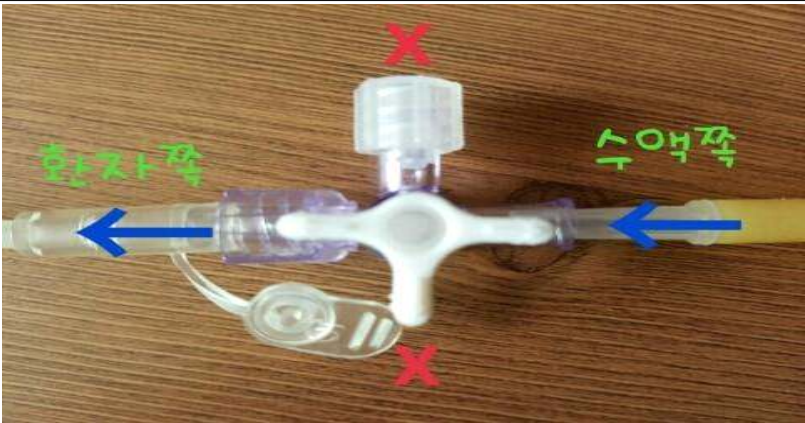
IV	
IV needle(jellco) 교환시기	96시간
IV set 교환시기	
영양 수액	24시간
일반 수액	96시간
IV 및 dressing 시행 후 작성 요령	



● 24시간 기준으로 작성 : ex) 2/2 22G 14:00

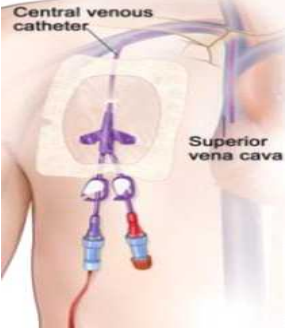
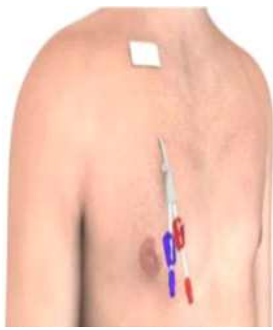
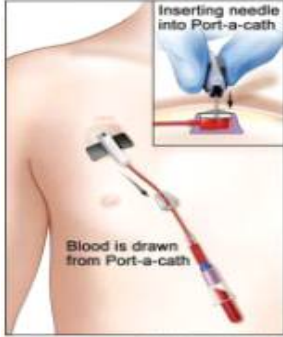
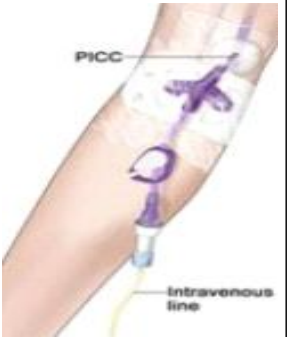
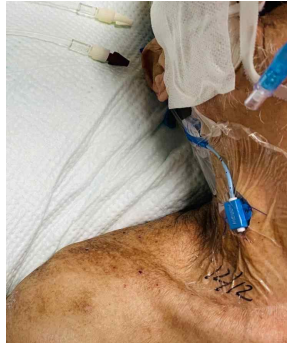
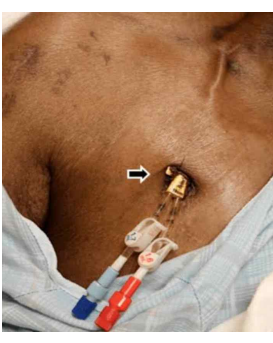
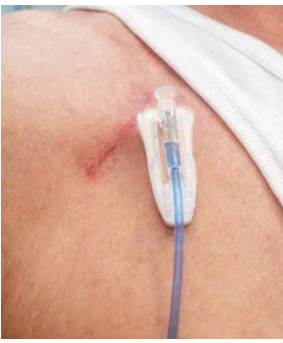

3-way 연결

올바른 예)




잘못된 예)



	C-line	Hickman & perm cath	chemoport	PICC
중심 정맥관				
				
사용 기간	단기 (수일~6주일)	장기 (1년이상)	장기 (1년이상)	중기 (수주~6개월)
드레싱 기간	거즈 드레싱은 2일마다, 필름 드레싱은 1주일마다 시행 후 날짜 기입 ※ chemoport dressing : 테가덤(필름), [듀오덤, 알레빈 (필름드레싱에 알려지가 있을 경우)]			
삽입 후 간호	<ul style="list-style-type: none"> - 흉부 X-ray촬영을 통해 카테터 tip 위치를 확인 - catheter tip은 상대정맥과 우심방의 접합부에 위치 			
장점	<ul style="list-style-type: none"> - 병동에서 삽입가능 - 경제적임 - 단기간 치료일때 	<ul style="list-style-type: none"> - 장기사용가능(2~3년) - 자가간호가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 감염위험이 적음 - 외관상 표시가 안남 - 목욕 등 일상생활가능 - 유지관리가 용이함 	<ul style="list-style-type: none"> - 시술이 간단 - 기흉, 혈흉의 합병증이 적음 - 제거가 쉬움
단점	<ul style="list-style-type: none"> - 유지가 짧다.(6주이내) - 정기적인 드레싱이 필요 - 신체상의 변화 	<ul style="list-style-type: none"> - 신체상의 변화 - 수영 등 운동이 제한 - 삽입과 제거 시 수술적 절차가 필요 	<ul style="list-style-type: none"> - 전용 needle 필요 - 비용이 비쌈 - 삽입과 제거 시 수술적 절차가 필요 	<ul style="list-style-type: none"> - 팔운동과 활동이 제한 - 신체상의 변화 - 자가 간호의 어려움
	정기적인 멸균 드레싱필요 감염, 공기색전, 막힘의 위험이 있음			

Chemoport / PICC heparin locking 시행법

①	<div>Heparin Sodium 25000IU/V (한림)1V25000I1회IV※ [고위험]</div> <div>Heparin 또는 Pine 처방(의사처방) / 고위험 약품이므로 주의할 것</div>																						
②	<div>[Heparin syringe 만들기]</div> <div>- 25000IU(heparin) : 10cc saline + 0.2cc heparin</div> <div>- 5000IU(pine주) : 10cc saline + 1cc</div> <div>▶ 1000IU로 만들</div> <div>▶ saline syringe로 개방성 확인</div> <div>▶ heparin syringe : 5-6cc정도 injection</div>																						
③	<div>준비물</div> <div>- Heparin syringe(heparin, pine 과 saline mix한 syringe)</div> <div>- Saline 10cc syringe</div> <div>- 중심정맥관 dressing 채기기</div> <div>- 장갑</div> <div>- Medix 1호</div>																						
④	<div>처방</div> <table><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>I</td><td></td><td>SX0014</td><td>Simple Dressing[1일당]</td><td>1</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>I</td><td></td><td>X17499</td><td>Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈</td><td>1</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>I</td><td></td><td>X13330</td><td>Medix Band / 6*8CM / N.S.PHARM(한국)</td><td>1</td></tr></table>					<input checked="" type="checkbox"/>	I		SX0014	Simple Dressing[1일당]	1	<input checked="" type="checkbox"/>	I		X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈	1	<input checked="" type="checkbox"/>	I		X13330	Medix Band / 6*8CM / N.S.PHARM(한국)	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I		SX0014	Simple Dressing[1일당]	1																		
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈	1																		
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X13330	Medix Band / 6*8CM / N.S.PHARM(한국)	1																		
⑤	<div>간호기록</div> <div>Chemoport/PICC heparin locking 시행함. by int.()</div> <div>needle removal site 소독 후 medix band 적용함.</div>																						

A-line insertion

1. Pressure bag 2. NS 500ml 3. Heparin sodium 25000u/vial <u>4. AMK150 SINGLE A-line kit</u> <u>5. IV catheter 22G</u> 7. 장갑 8. Disposable dressing kit (2% hexitanol ball)											
처치료											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">코드</th><th style="text-align: center;">처치/재료명</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">X06364</td><td>I.V Cath. / 22G / B.D</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">X16845</td><td>Auto Transducer Monitoring Set(AMK150) / SINGLE / 에이스메디칼</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">X15567</td><td>New Plus Roll (IV-143) / 7CM*10CM / 우창엠.피</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">X17499</td><td>Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈</td></tr> </tbody> </table>	코드	처치/재료명	X06364	I.V Cath. / 22G / B.D	X16845	Auto Transducer Monitoring Set(AMK150) / SINGLE / 에이스메디칼	X15567	New Plus Roll (IV-143) / 7CM*10CM / 우창엠.피	X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈	
코드	처치/재료명										
X06364	I.V Cath. / 22G / B.D										
X16845	Auto Transducer Monitoring Set(AMK150) / SINGLE / 에이스메디칼										
X15567	New Plus Roll (IV-143) / 7CM*10CM / 우창엠.피										
X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈										
간호기록											
A-line 삽입함. Dr.() 부위()											

C-line insertion

[MICU에서 초음파 기계 빌려야함]

목적	①	응급 정맥 주입로 확보
		쇼크나 대량 출혈 등 다량의 수액 공급이나 수혈이 필요한 경우 시행
	②	고농도 영양제/항암제 주사
		말초 정맥으로 주사할 경우 혈관 손상을 유발할 수 있는 고농도의 영양제나 일부 항암제를 투여하기 위해 시행
	③	장시간 약물치료
	④	중심정맥압 측정
		쇼크에 빠진 환자의 치료를 위해 중심정맥압을 측정하기 위해 시행
주의사항	①	시술 중
		국소마취를 시행함에도 불구하고 통증이나 불편감이 발생할 수 있어 안전한 시술을 위해 시술 중에는 몸을 움직이지 않고 의료진의 지시에 잘 따라주어야 함을 교육.
	②	시술 후
		시술 부위가 붉거나 검붉게 변할 경우, 시술 후 숨찬 증상이 있는 경우에는 출혈이나 기흉 등 합병증이 발생했을 가능성이 있으므로 주의깊게 관찰할 것
절차	①	중심정맥관 삽입 동의서
	②	주요 삽입 부위 : 경정맥, 쇄골하정맥, 대퇴정맥
	③	삽입 후 Chest AP 또는 Abdomen supine으로 위치 확인
	④	삽입 후 삽입부위의 출혈 확인



1. 중심정맥관 삽입 시술팩
2. Lidocaine
3. Arrow Gard blue catheter(triple) 7FR
4. Universal CVC securement(c-line 고정용)
5. 초음파 젤리, 커버
6. Tegaderm 3M 10cm*12cm
7. Mersilk 2/0 (W327H)
8. Cut down set(2% Hexitanol ball, Saline, Gauze, syringe 3개, 18G needle, 25G needle)
9. 마스크, 모자

처치료

HC16516	Placement CV Cath.- Non Tunnel Mathod - Others
X00455A	MERSILK 2/0 (K833H)
X03905	Tegadeam 3M / 10CMX12MM(1626W) / 3M
X12980	Arrow Gard Blue CVP Cath / TRIPLE / ARROW
X20961	중심정맥관 삽입 시술팩 / 중심정맥관 삽입 시술팩 / 도우메디칼
X19875	Universal CVC securement / 3601CVC / zefon

간호기록

중심정맥관 삽입함(일회용 시술팩 사용함). 중심정맥관 종류(central Venous Catheter)

중심정맥관 부위() by Dr.() 부위:좌/우()

Infusion pump 란?

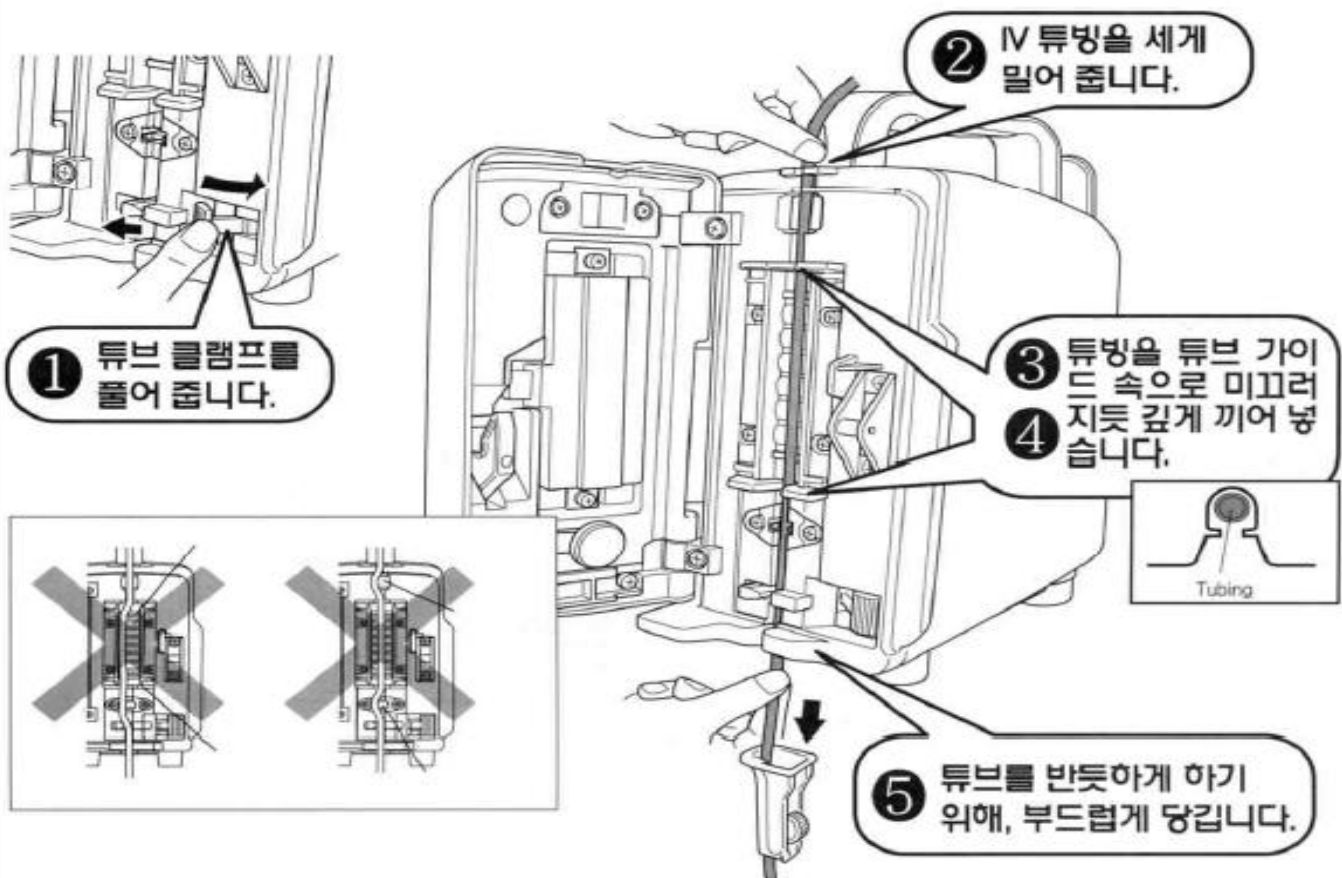
수액 또는 고위험 약물을 주입할 때 주입량을 주의깊게 조절하여 투약해야 하는 경우 사용하는 기계	
정맥주입 속도를 조절하는 장치로 튜브나 용액에 양압을 가해 용액이 일정한 속도로 정맥에 주입되도록 하는 장치	
적용사례	마약성 진통제, 승압제, 항암제 등에 사용

Infusion pump 알림	
Air	air in infusion line
Occulsion	라인 막힘
Flow error	수액 흐름 장애
Empty	드립 챔버 안에 수액이 떨어지지 않음
Door	문이 잠기지 않음
Completion	정해진 수액량이 다 들어감
Selecion	수액 주입속도, 주입량 설정
Charge	내장 배터리 충전 시 불 들어옴
Battery	배터리 부족

Infusion pump [TERUMO / TE-135NW3]

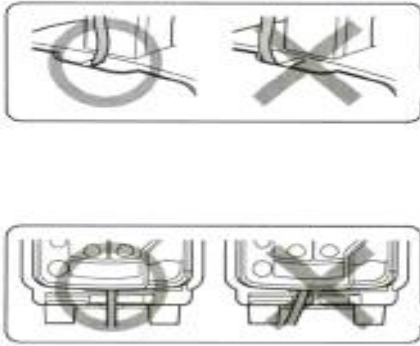


수액세트 펌프에 설치하기



- ✓ line 이 꼬이거나, 변형, 또는 느슨함 없이 곧게 뻗어 있는지
- ✓ line 이 핑거 섹션과 튜브 가이드에 걸쳐 곧게 뻗어 있는지

도어 닫기



도어 잠금 장치

(1) 도어 고정 레버로 도어를 안전하게 닫습니다.

체크사항

IV 튜빙이 레버로 인해 잘못 끼어있는지

주의사항

튜브가 바르게 부착되지 않으면, 도어는 AIS(Anti-Irregular Set) 구조 때문에 쉽게 닫히지 않습니다. 이러한 경우, 힘으로 도어를 닫지 말고, 튜브가 적절하게 부착되었는지를 확인 하십시오. 도어를 힘으로 닫으면 펌프와 튜브를 파손시킬 수 있으며, 약액의 누출을 야기시킬 수 있습니다.

주입 수치 설정

주입 속도 및 주입 제한량을 설정합니다. (이러한 값을 설정하는 것은, 도어가 열려 있을 때에는 가능 하지 않습니다. 또한, 숫자가 화면에 있을 때에도 역시 가능 하지 않습니다.) 디폴트 값은 제로 입니다.

설정의 조건

- 설정하는 동안 도어는 닫혀 있어야 합니다.
- 주입 속도, 한계 주입량이 입력 되었을 때 숫자 화면이 반짝입니다.

(1) 주입 모드

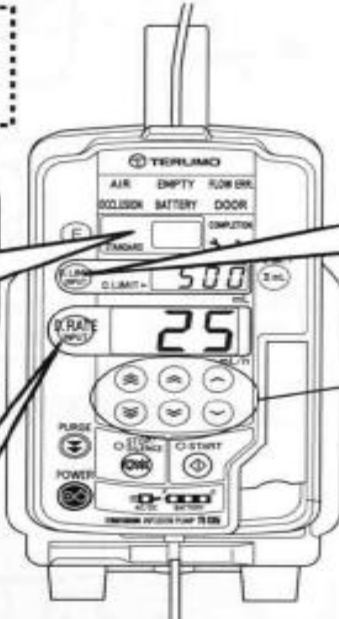
주입 수치를 설정 하기 전에 [MICRO/STANDARD] 표시등을 체크 하십시오. 주입모드는 펌프를 켜기 전에 뒤 쪽에 있는 [MICRO/STANDARD] 스위치를 변경 할 수 있습니다.

(2) 주입 속도

[D.RATE INPUT] 스위치를 누르세요. 숫자 화면이(오렌지색) 반짝일 때, 수치 선택 스위치를 사용하여 값을 지정합니다.

체크사항

- 값이 제대로 설정 되었는지



(3) 주입 제한량

[D.LIMIT INPUT] 스위치를 누르세요. 숫자 화면(녹색) 이 깜박이면, 수치 선택 스위치를 이용하여 수치를 설정합니다.

체크사항

- 값이 제대로 설정 되었는지

주의사항

- MICRO 모드가 선택 되었을 때, [D.RATE] 화면에 소수점이 나타나고, D.RATE의 범위가 한 자리 작게 됩니다. D.RATE의 정확한 값이 설정되었는지를 확인 하십시오.

	<p>주입 수치를 설정 하기 전에, [MICRO/STANDARD] 표시등을 확인 하십시오. 주입 모드를 변경하려면, 펌프를 끄고, 후면에 있는 [MICRO/STANDARD] 스위치로 모드를 변경 한 다음, 펌프를 켵니다.</p>
<p>• 화면이 반짝일 때, 설정이 가능합니다. • D.LIMIT INPUT 스위치가 눌러졌을 때, 화면은 반짝입니다.</p>	<p>주입 제한량은 1부터 9999mL까지 설정 되거나, "----" (주입량 제한 없음) 으로 설정 될 수 있습니다. 만약 주입 제한량이 "0"일때, 수치선택 스위치가 눌러지면, "----"(주입 제한 없음) 이 설정 될 수 있습니다.</p>
<p>• 화면이 반짝일 때, 설정이 가능합니다. • D.LIMIT INPUT 스위치가 눌러졌을 때, 화면은 반짝입니다.</p>	<p>주입속도는 다음과 같이 설정 될 수 있습니다. [STANDARD] 모드: 1 부터 999 mL(1 mL/h 씩) [MICRO] 모드 : 0.1 부터 99.9 mL/h (0.1 mL/h 씩)</p>

주입시작

시작

[START] 스위치를 누릅니다.

체크사항

- 버저가 울리고 [START] 표시등이 반짝이는지
- 작동 표시등이 녹색으로 깜박거리는지
- 드립이 드립 챔버로 떨어 지는지
- 드립센서(옵션)의 [DRIP DETECTION] 표시등이 반짝이는지

일시정지

[STOP/SILENCE] 스위치를 누릅니다.

체크사항

- [STOP] 표시등이 반짝이는지
- 작동 표시등이 깜박거리는지
- 주입이 멈추었는지

급속주입

[PURGE] 스위치를 누르고 있는 한, 급속 주입이 계속 됩니다.

체크사항

- 버저가 간헐적으로 울려는지
- 자동 표시등이 녹색으로 깜박거리는지

주입량 초기화

최소 2초동안 [Volume Delivered] 스위치를 누릅니다.

체크사항

- 버저 소리가 나고 수치가 "0"으로 초기화 되는지

이런 경우에는 시작 되지 않습니다.

- 주입 속도가 주입 제한량과 같거나 그 이상일 때 ("파...", 파..." 소리가 납니다.)
- 주입 속도 또는 제한 주입량이 아직 설정 되지 않았을 때. ("파...", 파..." 소리가 납니다.)
- 주입된 양이 주입 제한량에 도달 했을 때. ("필롤라...", 필롤라..." 소리가 납니다.)

D.Rate/D.Limit 비교 경고

주입 속도가 주입 제한량과 같거나 그 이상일 때 버저가 울립니다. 지정된 매개 변수가 올바르게 되면, 주입을 시작 하기 위해 적어도 일초 이상 [START] 스위치를 다시 누르세요.

시작알림 경고

펌프가 시작에 가능한 상태에서 적어도 2분 동안 작동하지 않을 때, 작동 표시등이 적색으로 깜박거리고, 버저가 울립니다.

Note

급속주입

- 급속주입 모드에서 주입 속도는 대략 500mL/h 입니다.
- 급속주입으로 주입된 양은 주입된 모든 양의 값에 포함 됩니다.
- 경고가 아직 제거 되지 않았거나, 주입된 양이 주입 제한량에 도달했을 때 급속주입 기능은 사용할 수 없습니다.

주입 완료

주입된 양이 주입 제한량에 도달하면 [Completion] 표시등이 깜박이고, 버저가 울리고, 펌프가 Keep Open Rate 기능의 주입 속도로 전환 합니다. (이 페이지의 아래를 보십시오). 이런 경우에, 주입을 즉시 마칩니다. ("Delivery Limit Free (무제한 주입)")로 주입 제한량이 설정되면 펌프는 결코 주입을 마치지 않습니다.)

(1) 주입이 완료 되었는지를 점검 합니다.

[Completion] 표시등에 불이 들어오고, 버저가 울립니다.

(2) 펌프를 멈춥니다.

- [STOP/SILENCE] 스위치를 눌러 버저를 멈춥니다.
- 다시 한번, [STOP/SILENCE]를 눌러 펌프를 멈춥니다.

체크사항

- 작동 표시등이 깜박거리는지
- [STOP] 표시등이 깜박이는지

(3) 수동 물러 클램프를 닫습니다.

주의사항

펌프로부터 수액세트를 분리 할 때 도어를 열고, 튜브 클램프를 풀기 전에 수동 물러 클램프가 닫혀 있는 지를 항상 확인 합니다.

(4) 도어를 닫습니다.

(5) 튜브 클램프를 풀어 줍니다.

(6) 수액세트를 펌프로부터 떼어 놓습니다.

(7) 펌프를 끕니다.

[POWER] 스위치를 적어도 2초 동안 누릅니다.

체크사항

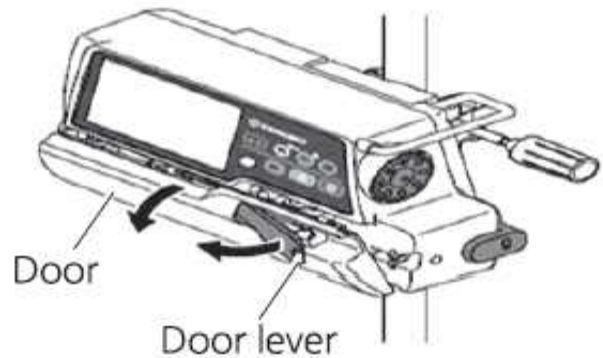
작동패널에 화면이 꺼집니다.

Infusion pump [TERUMO / TE-LM730]



1. Door 열기

Door 부분 오른쪽에 Door lever를
당겨 pump의 Door를 엽니다.

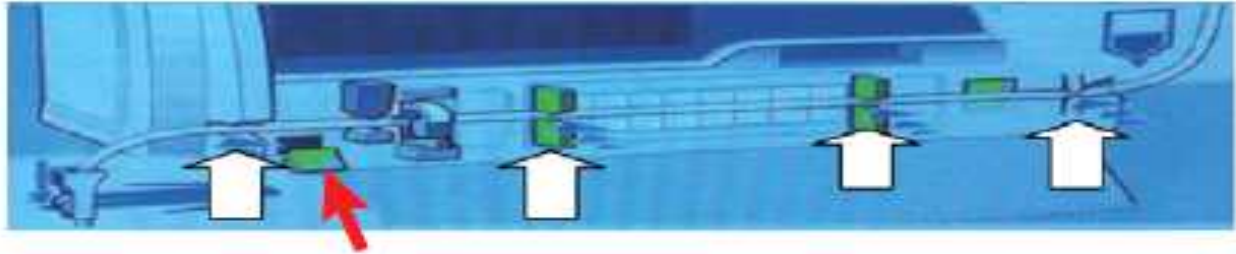


2. 전원 켜기 및 자가 진단 모드 확인

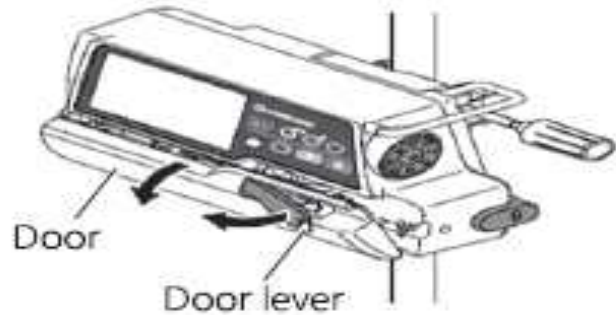
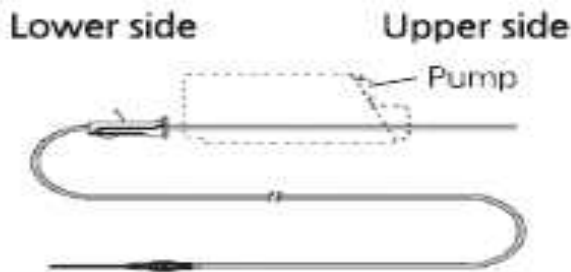



- (1) 전원 스위치를 2초 정도 눌러 TERUMO logo가 뜨는 것을
확인하고,
- (2) 전원 스위치 아래에 녹색/붉은 불이 깜빡인 후,
- (3) 부저가 울리면,
- (4) Door안쪽 Finger part가 움직이는 것을 확인합니다.

3. 수액 세트 거치





- (1) 붉은색 화살표 부분의 레버를 먼저 아래로 누른 후
 - (2) LCD에 뜨는 상기의 수액세트 거치 가이드를 따라 오른쪽에서 왼쪽 방향으로 수액 세트를 거치 합니다.
- 아래의 그림과 같이 펌프의 위치가 수액세트의 수동 클램프의 오른쪽에 오도록 합니다.




- (2) Door를 완전히 닫습니다.
- (3) 급속주입(purge)  스위치를 눌러서, 수액세트를 Priming 합니다.

4. 주입속도 및 총 주입량 설정



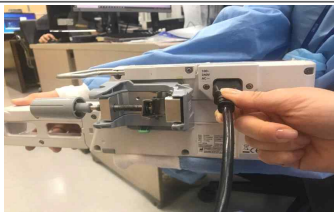




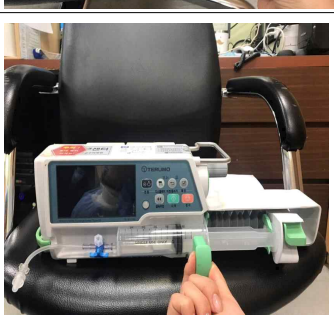
- (1) 펌프의 오른쪽에 있는 다이얼  을 이용해 주입속도 (ml/h) 설정
- (2) 디스플레이 버튼  을 눌러 (VTBI)로 이동하여, 총 주입량 설정
※세팅값을 설정 중인 화면은 파란색 바탕으로 표시됩니다.





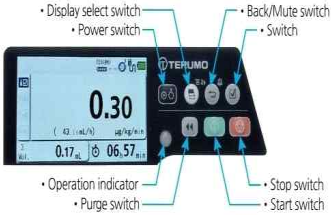


5. 약액 주입 시작

시작(start)  버튼을 눌러 약액 주입을 시작합니다

Syringe pump

준비물			
	syringe pump		3-way extension line
순서	사진	설명	
1		<ul style="list-style-type: none"> • pump 에 전원라인을 연결한다. 	
2		<ul style="list-style-type: none"> • 전원버튼을 2초정도 눌러 전원을 켜다. 	
3		<ul style="list-style-type: none"> • syringe에 약물을 채워 extension tube 와 syringe를 연결한다. 	
4		<ul style="list-style-type: none"> • clamp를 왼쪽으로 돌려 syringe를 정확히 slit 와 hook에 장치하여 고정시킨다. 	
5		<ul style="list-style-type: none"> • syringe flange를 틈에 잘 맞추어 끼워 넣고, 주사기 손잡이를 slider cover 쪽함에 밀착시킨다. 	
6		<ul style="list-style-type: none"> • clamp를 오른쪽으로 돌려 주사기를 고정시킨다. 	

<p>7</p>	<div><div><p>• 자동으로 사이징 인식</p></div><div><p>• 시린지 보편도 선택</p></div><div><p>• 다이얼을 돌려 유량 설정</p></div><div><p>• Purge 버튼을 눌러 충분히 프레이밍 시킨 후 스타트 버튼을 눌러 장비 작동</p></div></div>	<ul style="list-style-type: none">환자에게 주입할 양을 설정한 후 우측에 위치한 원형 바퀴를 시계방향으로 돌려 주입할 양을 설정하고, start 버튼을 눌러 시작한다.
	<div></div>	<ul style="list-style-type: none">기기 작동의 끝난 경우 전원버튼을 눌러 종료시킨다.

IV set



- 기본 수액세트
(I형 / Y형)
- I형은 heparin connector가 없음
 - 일반적으로 꼬마병 연결 시 사용



- Infusion pump line
- Infusion pump를 통해 수액을
점적해야할 경우 line 변경하여
주입할 것



- Innofuser(control line)
- 초록색 라인을 따라 맞추기
 - 500cc 이상의 수액 연결 시 사용

처방

X19583	Innofuser (Non-DEHP/DOP)
--------	--------------------------

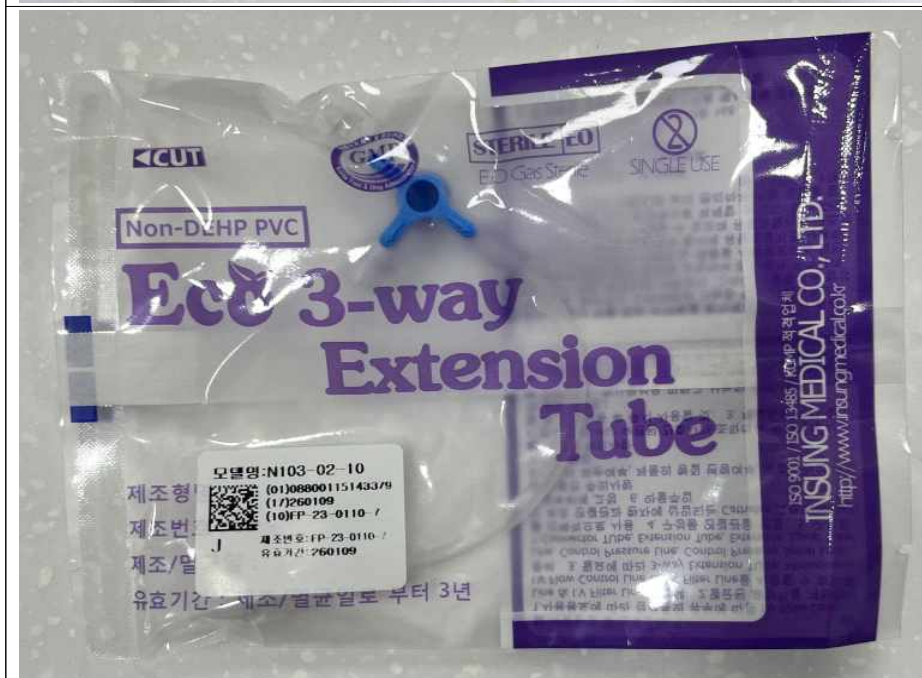


- 차광 수액세트
- 차광 약물들을 주입할 때 사용
 - ex) 항암제, egladin

처방	
X20170	NON PVC 차광 수액세트 / 1-RYL



수술 시 사용하는 set



3-way extension tube
(중심정맥관 연결 시
수액세트와 연결하여 사용)

처방	
X16545	3 Way Extension Tube 10cm / 전규격10cm / 인성메디칼

Nelaton / Foley

특성	정상	비정상	관련사항
소변량	1200 ~ 1500mL/일	1200mL이하/일	수분섭취 감소, 신부전
색깔	짙색이나 호박색이며 투명	진한 호박색 혼탁 진한 오렌지 적색 또는 흑갈색	수분섭취 부족으로 인한 농축 감염 pyridium과 같은 약물 소변에 출혈
양상	투명한 액체	점액, 끈끈함, 진함	요로감염
냄새	약한 향기	악취	요로감염
멸균	미생물 없음	미생물 있음	요로감염
포도당	없음	있음	당뇨병, 뇌손상, 심근경색
케톤체	없음	있음	당뇨혼수, 기아, 장기간의 구토
혈액	없음	잠혈 적색	신장질환 출혈

⊕ Nelaton [여자: 간호사 / 남자: 인턴]

준비물		
<div>- Disposable D-set [betadine ball, saline ball 각5개이상]</div> <div>- 14-16Fr nelaton catheter</div> <div>- jelly</div> <div>- 장갑</div>		
처방		
	HG5	Nelaton Catheterization[1회당]
	X00068	Nelaton Catheter Sterile / 14FR / 세운(중)
	X00069	Nelaton Catheter Sterile / 16FR / 세운(중)
	X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈
간호기록		
Nelaton catheterization 시행함(ooFr). [By int. / 간호사가 시행했다면 안써도 됨] (for. urine culture / urine sample) ➤ 특별한 이유가 있을 경우 작성 color : yellowish, turbid, bloody / 냄새심함 / 분비물 나옴 주치의/당직의 ooo에게 알림. ➤ 특이사항이 있을 경우 작성		

Foley [여자: 간호사 / 남자: 인턴]

준비물	
- Foley set(CSR) [betadine ball, saline ball 각 5개이상, 멸균증류수, 10cc syringe] - foley catheter 16Fr 2-way / 18Fr 3-way(irrigation 용) - urine bag / urine meter bag - jelly - 소변백 스티커 - foley statlock - 장갑	
처방	
SX0031	Foley Catheterization
X00440	Urine Bag / U-2000-3 / 협성메디칼
X21172	Urine Meter U-1700N (Hourly bag) / U-1700N / 협성메디칼
X13834	Statlock Foley / VFDS / VENETEC
X13425	Single Silicone Foley Catheter 5ml / 14FR(2Way) / 유신
X13426	Single Silicone Foley Catheter 5ml / 16FR(2WAY)1002UB-16-1 / 유신
X13427	Single Silicone Foley Catheter 5ml / 18FR(2WAY) / 유신
X14504	Silicone Foley Catheters 3Way 5ml / 18FR / YU-SHIN
간호기록	
Foley catheterization 시행함. [By int. / 간호사가 시행했다면 안써도 됨] (for. baldder irrigation) ▶ 특이사항 있을 경우 작성 ooFr - (2way/3way) urine bag/panda bag 연결함. color : yellowish, turbid, bloody / 냄새심함 / 분비물 나옴 주치의/당직의 ooo에게 알림. ▶ 특이사항이 있을 경우 작성	

도뇨관 삽입 후 유지	
①	수분섭취와 배설량을 기록하고 비교한다.
②	매 2-3시간마다 혹은 지시된 대로 소변배액 상태를 관찰하여 색깔, 냄새, 비정상적 소견을 기록한다. 만약 혈액응고물이 나타나면 더 자주 관찰하여 도뇨관이 막히지 않았는지 관찰한다. 소변량이 시간 당 30mL이하 또는 500mL이상인 경우 의사에게 알린다.
③	혼탁한 소변, 강한 냄새, 열이나 오한 등의 오료감염 증상이 있는지 사정한다.
④	※ <u>소변 흐름을 살펴 폐쇄 여부를 확인한다.</u> - 소변배액체계의 폐쇄 여부를 확인한다. 연결관이 꼬이거나 연결관이 환자가 누워있는 아래에 있는지, 연결관이 점액이나 혈액 등으로 막힐 가능성이 있는지를 자주 관찰한다. - 도뇨관이 대퇴 안쪽에 잘 고정 되었는지를 살펴 도뇨관의 위치로 인해 요도에 긴장이 가지 않도록 한다. - 폐쇄배액체계가 잘 유지되는지 살핀다. 연결관 부위가 새는지 확인한다. 새는 부위가 있을 시 소변이 새는 경우는 도뇨관과 소변백 전체를 멸균 물품을 이용하여 무균적으로 교체한다. - 중력배액이 잘 이루어지는지를 살핀다. 연결관이 꼬여 있는지, 또는 소변수집주머니가 방광보다 높이 있는지를 살핀다.
⑤	소변백은 3/4 이상 채우지 않는다. 소변백의 소변은 정기적으로 깨끗한 수집용기에 비우고, 수집용기는 환자마다 교체하여 사용한다. 소변을 비울 때는 소변이 튀지 않도록 하고, 소변백의 소변출구 꼭지가 수집용기에 닿지 않도록 주의한다.



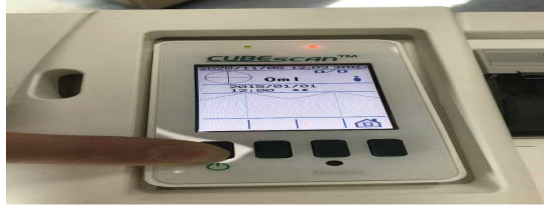



유치도뇨관을 이용한 소변검체 수집방법	
①	소변 주머니의 배뇨관과 연결된 도뇨관(카테터) 부위 바로 위에(83% Alcohol ball,분홍색)으로 소독 후, 바늘을 삽입한다. - 카테터에 검체 수집 포트가 있다면, 수집 포트로 바늘이 주입될 곳은(83% Alcohol ball,분홍색)으로 덮는다.
②	일반 소변검사 및 소변 배양(urine culture)검사는 모두 10mL이상 수집한다.
③	바늘이 용기 외부에 닿지 않도록 주의하면서 소변을 검체 용기에 담는다.

Foley training [간호기록 하기]	
①	소변줄을 clamp하고 요의감이 있을 경우 알리도록 교육
②	요의감 있을 경우 소변줄 open하고 소변량 체크 (요의감 유/무, 소변량, 시간)
③	밤에 수면중에는 시행하지 않기(10PM 종료)
간호기록	
Foley training 위해 foley clamp함. 요의감 있을 시 알리도록 교육함.	

Foley remove [간호기록 하기]	
준비물	10cc syringe, 장갑
①	장갑을 끼고 ballooning 한 멸균증류수를 syringe로 뺀다
②	4-6시간 이내 self voiding 할 수 있도록 교육
③	소변기에 양 측정하여 알려달라고 하기
④	4-6 시간 이내 self voiding 없을 경우 bladder scan 기계 빌려서 residual urine check 후 noti
간호기록	
Foley catheter remove 함. self voiding 시 소변량 측정하여 알리도록 교육함. 4-6시간 이내 self voiding 못할 경우 알리도록 교육함. urine bag에 있던 urine ----cc count 후 버림.	

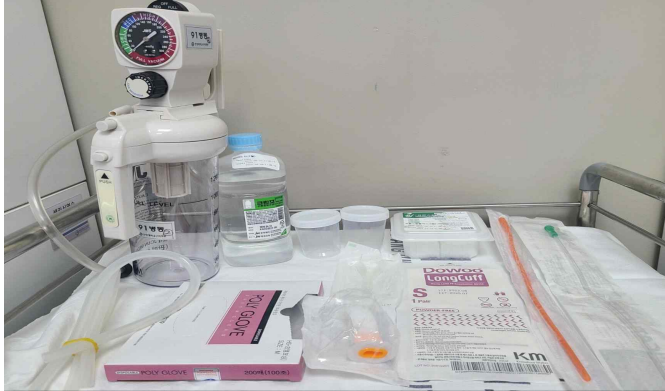
Foley Bladder irrigation			
Manual irrigation(인턴)		Continuos irrigation	
준비물	크린조, 50cc 관장용 주사기, bowl, 빈 크린조 통	준비물	- 3-way foley catheter - 0.9% normal. saline 1L 또는 3L - 면플라스타(일반수액라인과 구별) - 방광세척용 스티커 - 수액세트
처방			
	HU34900	Urethral or Bladder Irrigation[1일당]	
간호기록		foley catheter insertion 간호기록 참조.	
Manual irrigation 시행함. by int.() NS ()cc 넣고 ()cc 나옴.			
* I/O에 포함할 것. (out put)			

Bladder scan 사용법

준비물	<p>Bladder Scan 기계, 초음파젤리, 장갑(poly glove)</p> 
1	 <ul style="list-style-type: none"> ·손 위생을 시행한다. ·준비 물품을 침상가로 가지고 가서 환자에게 목적과 절차를 설명하고 커튼을 친다.
2	 <ul style="list-style-type: none"> ·장갑을 끼고 전원을 켜다.
3	 <ul style="list-style-type: none"> ·성별을 세팅한다.
4	 <ul style="list-style-type: none"> ·초음파젤리를 치골상부에 바른다.
5.	 <ul style="list-style-type: none"> ·치골상부를 눌러서 잔뇨량을 측정한다. 최대 잔뇨량 부위에서 3번이상 재측정하여 최대량을 환자의 잔뇨량으로 정한다. (정상 잔뇨량:0-100CC)

Suction

준비물



- 흡인기(wall suction)
- 흡인 카테터(성인 12-16Fr)
- (일회용) 멸균장갑
- wall suction
- 생리식염수(크린조)
- 멸균통 1개
- 손소독제
- air way
- Y-connector
- 알코올 솜

처방

<input type="checkbox"/> 선택	상태	처치/불출장소	코드	처치/재료명	실시횟수
<input checked="" type="checkbox"/>	I		HG2-1E	Suction Drainage, Tracheostomy Suction[1일당]	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X00068	Nelaton Catheter Sterile / 14FR / 세운(중)	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X00069	Nelaton Catheter Sterile / 16FR / 세운(중)	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X00070	Nelaton Catheter Sterile / 18FR / 세운(중)	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X18936	Suction Catheter / 14FR / 인성메디칼	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X18937	Suction Catheter / 16FR / 인성메디칼	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X02377	CONNECTOR Y TUBE PLASTIC / 5*30MM / 세운	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I		X01791	CONNECTOR Y TUBE PLASTIC / 7*35MM / 세운	1
<input checked="" type="checkbox"/>	I	검체용기	X08616	Specimen Trap / HC-SP-50 / 협성메디칼	1

간호기록

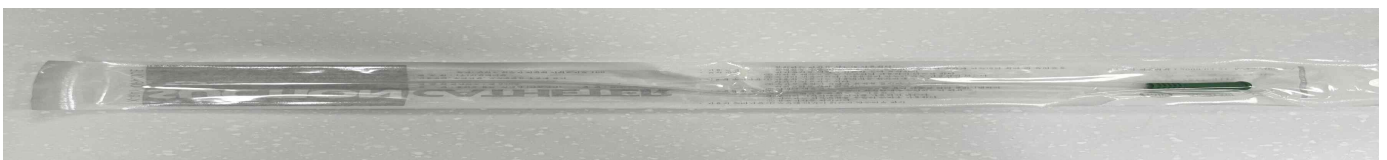
(oral/tracheostomy) suction 시행함. (for. sputum sample)
color: (yellowish/bloody/green) amount: (다량/소량)

주의


- 1회 흡인시간은 삽입부터 제거까지 10~15초를 초과하지 않는다.
(※ 산소를 적용중인 환자의 경우 SPO2 수치를 확인하며 수행)
- 흡인압을 점검한다 (성인 120-150mmHg, REG mode)
- 흡인 시 의식 있는 대상자의 경우 반좌위, 무의식 대상자는 측위에서 간호사와 얼굴을 마주보도록 체위를 취한다.

※주의!!

Intubation 시에는 반드시 suction catheter를 사용한다







산소요법

종류	특징	처방		
Nasal prong/cannula 비강 캐놀라	-최대 6L/min까지 가능 -비강건조 위험(4L-) -먹고 말하기 가능	X20538	Nasal Oxygen Cannular / 1161 / Chang zhou medical	
		SX0174	Oxygen Inhalation (1일 : 1L/min)(Group)	
		SX0070	Oxygen Inhalation (1일 : 2L/min)(Group)	
		SX0062	Oxygen Inhalation (1일 : 3L/min)(Group)	
		SX0182	Oxygen Inhalation (1일 : 4L/min)(Group)	
		SX0190	Oxygen Inhalation (1일 : 5L/min)(Group)	
		SX0198	Oxygen Inhalation (1일 : 6L/min)(Group)	
Ventury mask	-색상별로 O2, FiO2가 다름. -처방에 따라 색상 잘 맞춰서 연결해줄 것. -사용안하는 ventury valve는 투명 비닐백에 보관!(용량변경 시 사용)	X17626	Ventury Mask / 성인 / GALEMED	
		SX0182	Oxygen Inhalation (1일 : 4L/min)(Group)	
		SX0198	Oxygen Inhalation (1일 : 6L/min)(Group)	
		SX0214	Oxygen Inhalation (1일 : 8L/min)(Group)	
		SX0246	Oxygen Inhalation (1일 : 12L/min)(Group)	
		파랑색	24%	분당 4L
		노랑색	28%	분당 4L
		흰색	31%	분당 4L
		초록색	35%	분당 6L
		빨간색	40%	분당 8L
	주황색	50%	분당 12L	
Reservoir bag	O2 full(15L/min) 저장백 부풀었는지 확인	X20536	O2 Mask W/Bag(reservior bag) / 성인(36052) / 창조메디칼	
준비				
wall O2 Flowmeter 기기 + Aqua pack(최대 6L/min까지) / 습윤병(7L/min 이후부터)				
portable O2 tank				
목적: 치료나 검사 위해 이동시에 지속적인 산소공급 위해				
사용/ambu-bagging 시 사용/ High flow 적용 시 등				
사용법: ① 산소탱크의 조절기를 열어 남은 산소용량 확인				
② 처방된 용량으로 유입속도 조절 후 산소 나오는지 확인				
③ 습윤병에 O2 line 연결 후 환자에게 적용				
주의: 산소는 가연성이 높으므로 근처에 화기엄금, 유류금지, 충격주의 지정된 장소에 보관, 산소잔량이 5MPa 이하 시 충전 후 사용				
간호기록				
O2 nasal prong ()L/min 적용함.				
O2 Ventury mask ()% ()L/min 적용함.				
O2 reservoir bag 15L/min 적용함.				

종류	특징	처방																		
<div>HFNC (High Flow Nasal Cannula) / airvo2 [circuit 1주일에 한번씩 교체]</div> <div>[소아용: 61병동/ 성인용:62,101,102,111,112병동]</div>	<div>FiO2 범위 : 21~100%</div> <div>유량 범위 : Adult : 10~60LPM Junior : 2~25LPM</div>	<table><tr><td>SX0029</td><td>Heated Humidified High Flow Nasal Cannula Therapy</td></tr><tr><td>X20098</td><td>Fisher & Paykel Airvo Breathing Circuit / 900PT561,OPT944 / Fisher & Payk..</td></tr><tr><td>X18554</td><td>O2 30L/min</td></tr><tr><td>X18555</td><td>O2 35L/min</td></tr><tr><td>X18556</td><td>O2 40L/min</td></tr><tr><td>X18557</td><td>O2 45L/min</td></tr><tr><td>X18558</td><td>O2 50L/min</td></tr><tr><td>X18559</td><td>O2 55L/min</td></tr><tr><td>X18560</td><td>O2 60L/min</td></tr></table> <div>처방낼 때 분 단위로 계산해서 입력해야 함. (시간) * 60분 예) 24시간 주입일 경우: 24(시간)*60 = 1440 12시간 주입일 경우: 12(시간)*60 = 720</div>	SX0029	Heated Humidified High Flow Nasal Cannula Therapy	X20098	Fisher & Paykel Airvo Breathing Circuit / 900PT561,OPT944 / Fisher & Payk..	X18554	O2 30L/min	X18555	O2 35L/min	X18556	O2 40L/min	X18557	O2 45L/min	X18558	O2 50L/min	X18559	O2 55L/min	X18560	O2 60L/min
SX0029	Heated Humidified High Flow Nasal Cannula Therapy																			
X20098	Fisher & Paykel Airvo Breathing Circuit / 900PT561,OPT944 / Fisher & Payk..																			
X18554	O2 30L/min																			
X18555	O2 35L/min																			
X18556	O2 40L/min																			
X18557	O2 45L/min																			
X18558	O2 50L/min																			
X18559	O2 55L/min																			
X18560	O2 60L/min																			
부속품																				
<div><div>AIRVO 2 및 부속품</div><div><div><div>오디오 발생장치</div><div>케기/끄기(대기)</div><div>위로</div><div>아래로</div><div>모드</div></div><div><div>별첨 스탠드</div><div>저지대 장착 드래이</div></div><div><div>전원 코드 및 커넥터</div><div>직렬 포트</div><div>필터 커버</div><div>공기 필터</div></div></div><div><div>가온 호흡 튜브</div><div>환자 인터페이스</div><div>가온 호흡 튜브연결 포트</div><div>표시된 이송량 콘도의 측정 포인트</div><div>물통 포트</div><div>AIRVO 2 PT101xx</div><div>하터 플레이트</div><div>손가락 보호대</div><div>자동 보충 물통 (MR290) (어댑터 장착)</div><div>물통</div><div>산소 흡입 포트</div></div></div>																				
<div><div><div>water for injection 사용 의사 처방</div></div><div><div></div><div><div>HFNC 설치 방법</div><div>간호기록</div><div>HFNC ()% () L/min 적용함.</div></div></div></div>																				

Nebulizer

Nebulizer 약제			
약명	성분 및 함량	효능 · 효과	주의사항
 PULMICAN SUSP FOR NEBULIZER 500mcg/2ml	budesonide(micronized) 500 μ g/2ml (스테로이드 제제-항염증제)	-기관지 천식 (특히 스테로이드 요법의 타 치료가 불충분하거나 적절치 않은 경우), -유·소아의 급성 후두 기관지염(크룹) 치료.	-현탄액이기때문에 사용 전 충분히 흔들어야 한다. -입안 물로 헹구기: 잔여물이 남게 되면 구내염을 유발할 수 있다. -호흡기 치료하는 동안은 눈을 가려 주시고 혹시나 눈에 들어가면 결막염이 생길 수 있다.
 VENTOLIN NEBUL 2.5mg	salbutamol sulfate 3mg/2.5ml (기관지확장제)	short acting β 2-agonist(SABA) -교감신경자극제, 기관지 확장제 -호흡곤란 증상 완화. -모세기관지염, 폐렴, 천식 -4회/1일. 4시간 간격 투여	-과량 흡입시에는 손떨림, 구강 건조 등의 부작용이 나타날 수 있다. -부작용:기관지 경련 (짧은 간격의 반복 투여시) -수면 1~2시간전사용 (교감신경자극제로 수면 방해)
 MUCOMYST SOLN 10%	acetylcysteine 20g/100ml (진해거담제)	-만성기관지염, 기관지천식, 인·후두염, 폐렴 등에 의한 가래 배출 곤란 증상을 완화 -기관지 검사/수술 전·후 처치용으로도 사용	-보존제미함유로 개봉 즉시 사용이 권장됨 -개봉 후 냉장보관시 96시간이내 사용
 ATROVENT UDV SOLN 500mcg/2ml	ipratropium bromide hydrate 26.09mg/100ml (진해거담제)	-부교감신경억제제. -acetylcholine의 분비 억제 함으로써 기관지 확장 효과	-분무입자가 눈에 들어가지 않도록 주의함 (안구합병증:동공확대, 안압증가, 폐쇄각녹내장, 안구통증을 유발할 수 있음)

처방

코드	처치/재료명	실시횟수
HG4-1	Nebulizer Treatment	1
X22047	Atomizer Kit / AT-01(P.P) / 쥬메가메디칼	1
X22048	Nebulizer Mask(성인)/DNM-MASK-ICU L	1
X22049	Nebulizer Mask(소아) / DM / 쥬메가메디칼	1

주의

- 기기 본체 및 Nebulizer kit 청결, 건조상태를 확인한다.
- 처방받은약물이 정확한지 확인한다.
- 기기 본체를 테이블같은 평평한 곳에 놓는다.(침대, 쇼파 같은곳에 올려두지 않는다)
- 사용자가 흡입하기 편한 자세로 앉는다.(앉은자세에서 폐 용적이 늘어나므로!)
- 치료 전, 후 심호흡하며 기침을 하도록 격려한다.(기도 내로 약물이 잘 투여되도록 하기 위함)
- 의식이 있는 대상자의 경우 입을 행구어 내도록 교육한다.
- 키트는 눕히면 액상 약물이 기체 입자로 변하지 않아 세워서 사용한다.
- 키트의 필터를 잃어버리지 않게 주의한다.(필터는 약물이 미세입자로 변하게 함)

일회용 네블라이저(Nebulizer) Kit 관리

Nebulizer 및 Nebulizer kit 사용 관리 지침

Nebulizer	Nebulizer kit
	
<div>1. 환자마다 사용 후 환경소독제로 표면을 소독합니다.</div> <div>2. 사용이 종료되면 환경소독제로 표면을 소독한 후 보관합니다.</div>	<div>1. 치료가 끝날 때마다 약물 용기에 남아 있는 약물을 버립니다.</div> <div>2. 멸균 증류수를 이용하여 행군 뒤 건조하여 지퍼백에 넣어 보관합니다.</div> <div>3. 장비연결튜브는 건조가 어려움으로 멸균 증류수로 행구지 않습니다.</div>

 사랑 주는 병원, 사랑 받는 병원 **한양대학교구리병원 | 감염관리실**

Version 2 2019.09.16.

호흡기 치료기구 세척 방법

1. 치료가 끝날 때마다 약물 용기에 남아있는 약물을 **버립니다**

2. **멸균 증류수**를 이용하여 행군 뒤 **건조하여 지퍼백**에 넣어 보관합니다 (장비 연결튜브 제외)

※ 개봉한 멸균증류수는 24시간 사용 후 폐기




Enema


❖ 좌약(둘코락스)

준비물	
글러브, 솔리딘젤리, 좌약(처방난 개수 확인하여 준비)	
의사 처방 (지시 오더)	
[처음] Dulcolax supp 10mg (오펠라) 2EA 20mg 1회 DIR1	
	
간호기록	
Dulcolax 2pill per rectal로 시행함. by Dr. 000(간호사가 시행했다면 생략) 대변 () 분. (다량, 소량 등 대변양 기록)	

❖ Glycerin enema(G-enema)(글리세린 관장)

준비물	
글러브, 솔리딘젤리, 휴지, 관장약	
	
처방	
① 오더 확인 (To-do list / 처치입력 > / 구두 지시)	Message ※glycerin enema 해주세요.
② 처치입력 > 화면에서 처치로 확인 후 처방 ※ 의사 처방과 중복 주의!	HG7A Glycerin Enema
간호기록	
Glycerin enema 시행함. by Dr. 000(간호사가 시행했다면 생략)(for. OP)(특이 사항 있을 경우 작성) 대변 () 분. (다량, 소량 등 대변양 기록)	

❖ Leclean 관장

준비물		
글러브, 솔리딘젤리, 휴지, 레크린 액		
의사 처방 (지시 오더)		
[처음] Leclean soln 133ml/B(디아이드바이 1BTL 1BTL 1회 오)		
※ 관장약 꼭 의사 처방 필요 (약국에서 집계되어 약물 올라와야 수행 가능)		
처방		
HG7B	S.S. Enema, 온수 Enema, High Retention Enema	
간호기록		
Leclean enema 시행함. by. Dr.000(간호사가 시행했다면 생략) <u>for.sigmoidscopy / OP(특이 사항 있을 경우 작성)</u> 대변 () 볼. (다량, 소량 등 대변양 기록)		




❖ Dulackan enema(듀라칸 관장) : int시행

준비물	
- rectal tube catheter 26Fr/28Fr	- 솔리딘젤리
- enema can	- 글러브
- dulackan syr(의사가 처방냄) : 약국에서 올라옴	- 휴지
- kelly	- tray
- drain tube(Uro tube)	- I-connector
처방	
X02370	RECTAL TUBE STERILE / 24FR / 세운
X02371	Rectal Tube Sterile / 26FR / 세운
HG7D	Drug Retention Enema
간호기록	
dulackan enema 시행함. by Dr. 000 대변 () 볼. (다량, 소량 등 대변양 기록)	

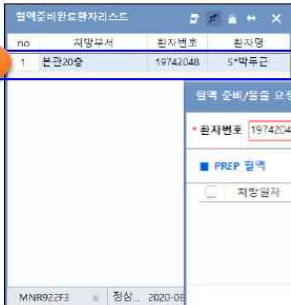
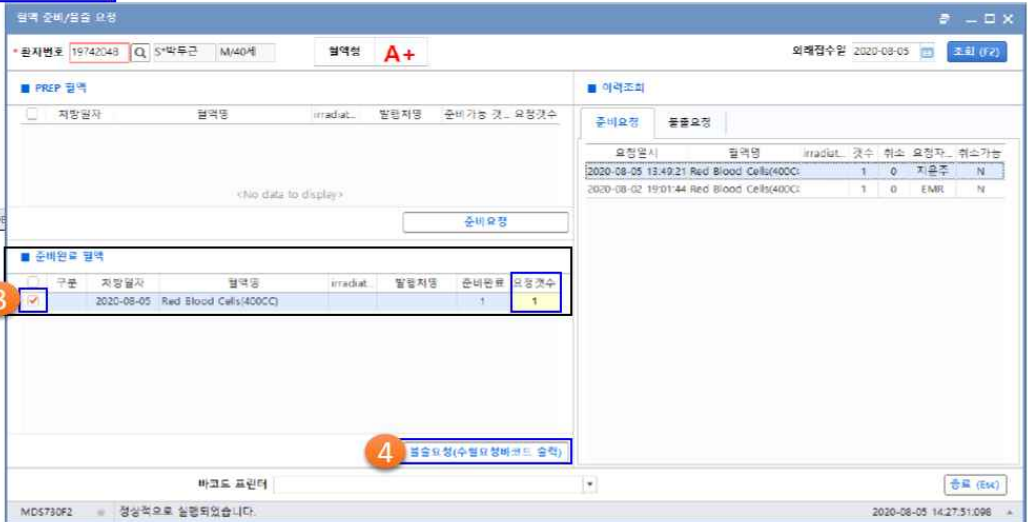

❖ Kalimate enema(칼리메이트 관장) : int 시행

준비물	
- rectal tube catheter 26Fr/28Fr	- 솔리딘젤리
- 관장기 2개	- 글러브
- Kalimate 6포(의사가 처방냄) + 멸균 증류수 20cc mix	- 휴지
- bowl	- tray
처방	
X02370	RECTAL TUBE STERILE / 24FR / 세운
X02371	Rectal Tube Sterile / 26FR / 세운
HG7D	Drug Retention Enema
간호기록	
Kalimate enema 시행함. by Dr. 000 대변 () 볼. (다량, 소량 등 대변양 기록)	

수혈

수혈동의서 작성 (입원환자는 매 입원 시 처음 1회만 받음)		
①	● 첫 수혈 하기 전 (동의서 작성)	
	● 사전에 받은 동의서 설명 내용에 포함되지 않은 혈액제제 수혈 전(동의서 작성)	
	● 수술 전 수혈이 필요하다고 생각되는 경우(동의서 작성)	
	● 마취통증의학과에서 처방한 경우(동의서 작성)	
	● 외래에서 수혈하고 당일 입원하여 수혈 처방이 날 경우 (동의서 작성)	
	● 응급실에서 수혈 후 입원하여 수혈 처방이 날 경우 (응급실 기록에서 수혈동의서 확인)	
②	채혈검사 시행 (채혈 바코드 + 수혈의학용 스티커)	
	Type&Screening(T&S) test ABO & Rho(혈액형검사)	1) Type&Screening : 입원 시 처음 1회 채혈 2) ABO&Rho : 채혈기준 2일에 한번씩 (ex 2/3 채혈 > 2/5 재검)
⊕ 채혈 시 주의사항 ⊕		
처음 수혈 시		첫 수혈 후 재수혈
Type&Screening (1번)	ABO&Rho (2번)	ABO&Rho (2일에 한번씩)
EDTA(3cc)	EDTA(3cc)	EDTA (3cc)
		

1번 채혈 검사결과 확인 후 2번 채혈

③	<div> <div>1</div> <div>(EHR 상단 툴바에 혈액준비완료 시 옆에와 같은 알림 표시 생성) - 더블클릭</div> </div>	
	<div> <div>2</div> <div>  </div> </div> <div> <div>3</div> <div>  </div> </div> <div> <div>4</div> <div>  </div> </div>	
- '혈액준비완료리스트'에서 환자 더블클릭하여 '혈액 준비/불출 요청'창 열기 - 준비완료 혈액에서 불출하고싶은 혈액 체크하여 '불출요청' 클릭		

다음과 같은 바코드 출력됨

추가

③

To-do list 창에서 '수혈 처방'의 혈액에 커서 올리고 마우스R(혈액 준비/불출 요청) 클릭 시 요청가능

혈액 출고/인수



혈액 출고 바코드



혈액 수송 통

- 기능원님, 서무원님 수송 요청

혈액 도착

To-do list에서 '수혈 처방'의 혈액 더블클릭 - '수혈기록지' 생성

⑤

★ 주의 ★

반드시 의료인 2인(간호사 2명)이 확인
혈액백과 전산수혈기록(수혈기록지)의 환자이름, 등록번호, 혈액형, 혈액제제, 혈액번호

⑥

★ PDA 사용(환자확인/간호사 2인 혈액확인) ★

V/S 측정 및 부작용 설명

⑦

★ Tip

- 혈액 출고 전 환자의 V/S(특히 BT)를 측정 후 수혈을 할 수 있는 상태인지 확인한다.
- 만약, BT가 37.5 이상 측정된다면 담당 의사에게 확인 후 수혈을 진행하도록 한다.

수혈기록지 작성

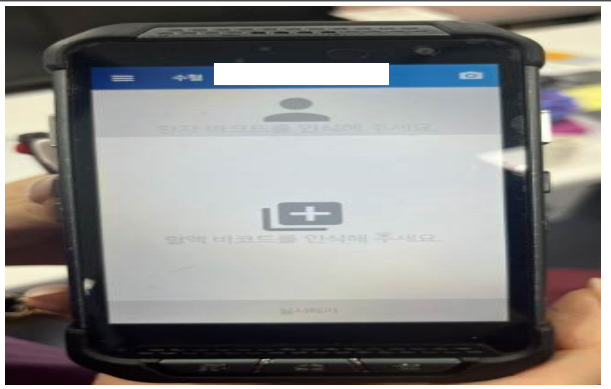
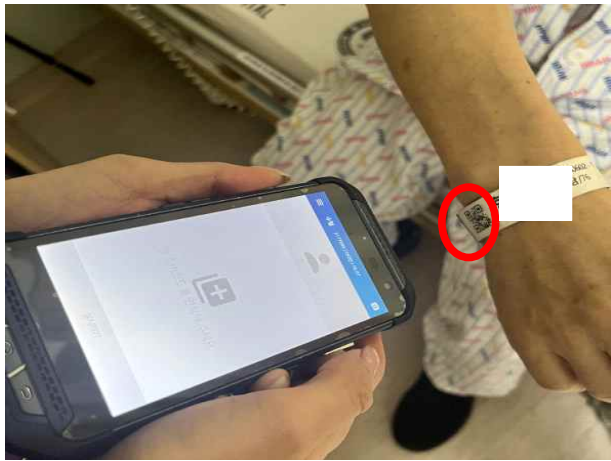
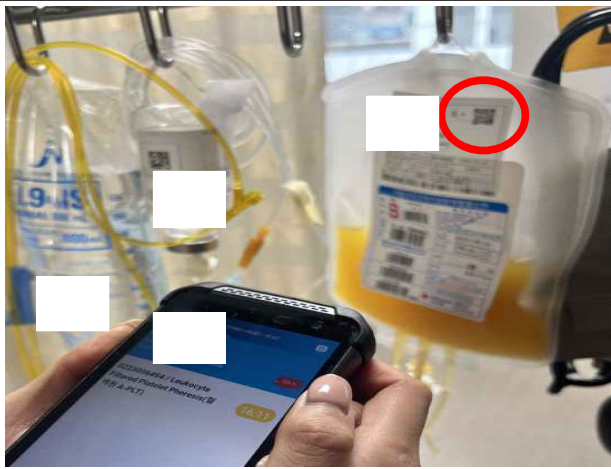
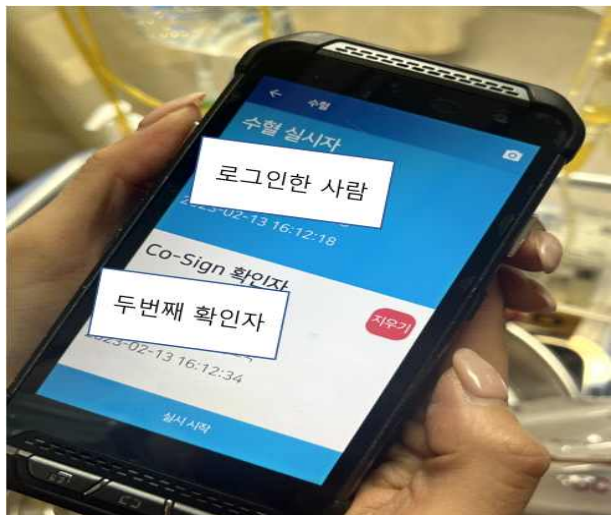
[준서]
 ▶ TO-DO List 혈액 명 더블클릭 또는 [메뉴]-[기록]-[수혈기록]
 ① 불출혈액 중 해당혈액 선택
 ② 혈액확인 : 수혈 전 혈액제제 확인
 ③ 시작 입력-(서명) (* 불출 30분이 초과하면 안내 팝업이 뜨고, 지연사유를 필수 입력 해야함)
 ④ 수혈 중 15분 내용 입력-서명-
 ⑤ 종료 입력-서명
 ⑥ 종료 재확인 - 서명 → 기록 보내기

⑧

[illegible]

수혈 알레르기/부작용 관리68

✧ PDA 사용방법 ✧

<p>①</p>		<ul style="list-style-type: none"> - 로그인 - PDA 메뉴 설정에서 수혈 선택
<p>②</p>		<ul style="list-style-type: none"> - 환자 바코드 인식 - 개방형질문으로 환자확인 필수
<p>③</p>		<ul style="list-style-type: none"> - 환자 바코드 인식 후 - <u>개방형 질문으로 [이름, 생년월일, 혈액형] 확인</u> - 혈액백과 맞는지 확인 후 - PDA를 통해 혈액백에 있는 QR 코드 인식 - 해당 혈액명 인식됨 - Acting
<p>④</p>		<ul style="list-style-type: none"> - 수혈 실시자 : 로그인한 사람 이름 뜸 - Co-Sign 확인자 : 사번입력 또는 바코드 인식 (의료인 2인이 확인하게 하기 위함) - 실시 시작 > 수혈기록지에 시작 시간 입력됨

보관

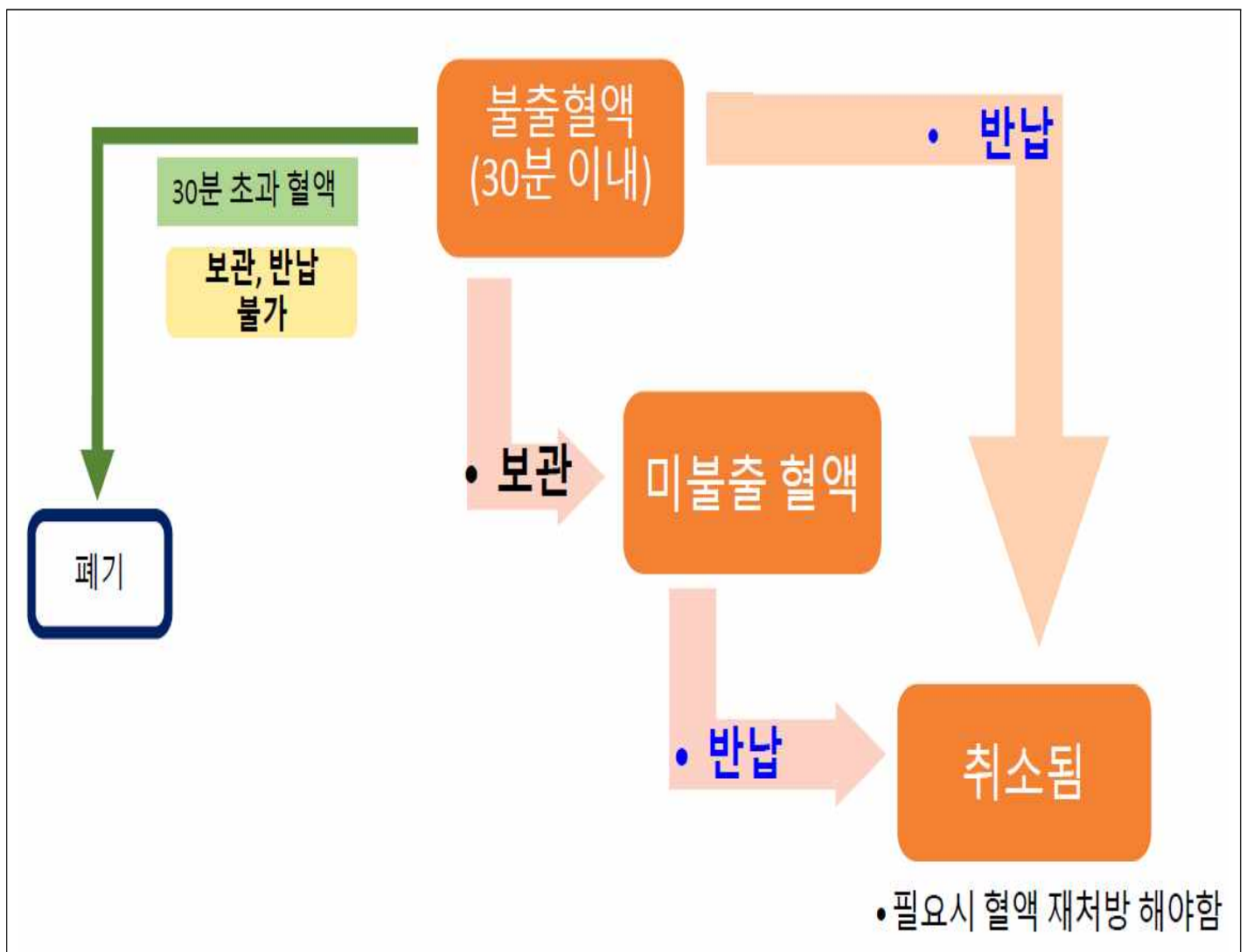
- 불출한 혈액을 다시 사용해야 할 경우 보관으로 진행
- 보관으로 요청하여 혈액은행으로 보낸 혈액은 미불출혈액으로 변경됨
- 다시 사용할 경우 불출요청을 시행해야 함

반납

- 불출한 혈액을 다시 사용하지 않을 경우 반납으로 진행
- 환자는 혈액에 대한 돈을 지불하지 않음
- 불출 후 30분이 지나지 않은 혈액은 반납/보관 모두 가능함
> 다시 사용할 계획이면 보관으로, 취소의 의미이면 반납으로 진행
- 불출 후 30분이 초과한 혈액은 반납/보관 모두 불가함

폐기 (의사가 진행)

- 환자가 혈액을 다 맞지 못하고, 혈액에 대한 돈은 지불하고 혈액은행이 폐기해주는 것
- 불출된 혈액에 대해 폐기 과정으로 진행



1) 혈액제제 폐기/반납/보관 요청 방법

수혈기록																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> * 환자정보 * 조화기간 <input checked="" type="radio"/> 처방일 <input type="radio"/> 실시간 <input type="radio"/> 2023-11-09 ~ 2023-11-09 </div> <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: red; margin-top: -10px;">A +</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> * 처방장소 <input checked="" type="radio"/> 전제 <input type="radio"/> 병동 <input type="radio"/> 응급 <input type="radio"/> 외래 <input type="radio"/> 투석실 조화 </div>																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 불출혈액 (0개 선택) 미출혈액 [Red: 폐기일시입박] </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>선택</th> <th>혈액구분</th> <th>혈액번호</th> <th>혈액명</th> <th>혈액량</th> <th>실시</th> <th>취소</th> <th>반납</th> <th>폐기</th> <th>불출일시</th> <th>진행</th> <th>선택</th> <th>진행상태</th> <th>혈액번호</th> <th>혈액구분</th> <th>PREP</th> <th>혈액명</th> <th>취소</th> <th>처방일</th> <th>준비요령일</th> <th>취소일시</th> <th>준비(불출) 요청/취소</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>적혈구</td> <td>0323173215</td> <td>Red Blood Cells(400CC)</td> <td>181</td> <td>Y</td> <td></td> <td></td> <td>2023-11-09 12:34</td> <td>2023-11-24 13:22</td> <td>수령</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;"><No data to display></p>										선택	혈액구분	혈액번호	혈액명	혈액량	실시	취소	반납	폐기	불출일시	진행	선택	진행상태	혈액번호	혈액구분	PREP	혈액명	취소	처방일	준비요령일	취소일시	준비(불출) 요청/취소		적혈구	0323173215	Red Blood Cells(400CC)	181	Y			2023-11-09 12:34	2023-11-24 13:22	수령											
선택	혈액구분	혈액번호	혈액명	혈액량	실시	취소	반납	폐기	불출일시	진행	선택	진행상태	혈액번호	혈액구분	PREP	혈액명	취소	처방일	준비요령일	취소일시	준비(불출) 요청/취소																																
	적혈구	0323173215	Red Blood Cells(400CC)	181	Y			2023-11-09 12:34	2023-11-24 13:22	수령																																											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 혈액확인 C <input checked="" type="checkbox"/> 확인자 <input checked="" type="checkbox"/> * 확인자 <input checked="" type="checkbox"/> </div>																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 시작 C <input checked="" type="checkbox"/> 실시자 <input checked="" type="checkbox"/> * 실시자 <input checked="" type="checkbox"/> </div>																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 수혈증 BP / PR HR 회 RR 회 BT °C </div> <p>수혈목적 및 부작용 설명 <input checked="" type="radio"/> 심시 <input type="radio"/> 미실시 수혈동의서 <input type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 무 혈액형 확인 <input checked="" type="radio"/> 심시 <input type="radio"/> 미실시 환자정보 확인 <input checked="" type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니오</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> 호혈관련 이상반응 <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 혈압변화 <input type="checkbox"/> 오심 </div> <div> <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 두드러기 <input type="checkbox"/> 소양감 <input type="checkbox"/> 피부발적 <input type="checkbox"/> 통증(V부위 포함) <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 구토 </div> <div> <input type="checkbox"/> 미기록사유 </div> </div>																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 종료 BP / PR HR 회 RR 회 BT °C </div> <p>수혈관련 이상반응 <input type="checkbox"/> 심저항진 <input type="checkbox"/> 소양감 <input type="checkbox"/> 두드러기 <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 흉통(V부위 포함) <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 혈압변화 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 피부발적 <input type="checkbox"/> 통증(V부위 포함) <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 구토</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 호혈관련 이상반응 <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 혈압변화 <input type="checkbox"/> 오심 </div> <div> <input type="checkbox"/> 호흡곤란 <input type="checkbox"/> 두드러기 <input type="checkbox"/> 소양감 <input type="checkbox"/> 피부발적 <input type="checkbox"/> 통증(V부위 포함) <input type="checkbox"/> 흉통 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 구토 </div> <div> <input type="checkbox"/> 미기록사유 </div> </div>																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 특이사항 중도차단 <input type="checkbox"/> 종료자 <input type="checkbox"/> </div> <p><input type="checkbox"/> 중도 재확인 (환자이를 / 혈액명 / 혈액번호)</p>																																																					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 반납 > 폐기 > 보관 > 적정후초회 > 기록지점 > 인증이력 > 승인 </div>																																																					

2) 혈액제제 폐기/반납/보관 요청 방법

① 처방일자, 구분, 요청사유 등 필수값 입력

② 혈액 선택

③ 요청등록

④ 해당 혈액에 대한 바코드가 출력됨

⑤ 바코드와 혈액을 가지고

혈액은행으로 감

혈액 폐기는 수납과 관련되므로
의사가 시행함.

반납/보관은 간호에서 시행함.

혈액제제 폐기/반납/보관 요청

환자번호/명 20798161 * 처방일자 2020-07-02 ~ 2020-07-02

요청이력

요청일자 2020-07-01 ~ 2020-07-02

처리상... 요청일시 요청구분명 반납대...

완료 2020-07-02 18:27:27 J 반납요청 883041

미완료 2020-07-02 18:34:51 J 폐기요청 883041

미완료 2020-07-02 19:22:08 J 반납요청 883008

1 * 구분 ☐ 폐기 ☒ 반납 ☐ 보관

* 요청사유

* 요청등록자 901209

* 요청의사

2 미분류 혈액제제 = 불출 요청 이전의 '준비완료' 상태

3 요청등록

바코드 출력

정상작업으로 실행되었습니다.

선택...	혈액번호	혈액코드	혈액명	진...	유형일자	준비일자	처방일자	처방...	처방코드
<input checked="" type="checkbox"/>	7021040633	B010003	RBC	J	2022-06-22 17	2020-07-02 17:2	2020-07-02	2020-07-02	B010004

반납으로 진행 (=취소개념)

- 폐기 : 불출 혈액을 폐기 (불출 후 30분 경과한 혈액 또는 수혈 중 혈액의 폐기) → 의사시행
- 반납 : 미불출·불출 혈액을 반납 (다른 환자에게 사용하도록 혈액을 반납함. 혈액 취소의 개념.)
단, 불출 30분 초과 시 반납 불가
- 보관 : 불출 혈액을 보관. 혈액 진행상태를 변경함. "불출→미불출(준비 완료)"
단, 불출 30분 초과 시 보관 불가

L-tube

- 2주마다 교체
- 내과/외과 : int

준비물

- Levin tube 18Fr or 16Fr
- Fixband U
- 관장용 주사기
- 청진기
- 솔리딘젤리
- 장갑
- 옷핀, 면플라스타

추가!

- insert 끝나면 옷핀과 면플라스타로 고정
- insert 후 토하면 notify하고 다시 삽입
- x-ray 촬영 후 확인 후 사용 가능

feeding용 처방

HD26210	L-tube insertion
HD26600	Enteric Feeding-Nasogastric[1일당]
X24083	Stomach(Gastric) Tube/18fr
X22883	Fixband U

간호기록

L-tube 18Fr insert 시행함. by int 000

x-ray 촬영함. Dr000에게 알림.

Drain용 처방

X21261	K-Vac / EA / (주)건바이오
HD26210	L-tube insertion
X24083	Stomach(Gastric) Tube/18fr
X22883	Fixband U
HG2-1D	Natural Drainage & Care after Operation[1일당] (익일부터 처방)

간호기록






Drain 위해 L-tube 18Fr insert 시행함. by int 000

K-vac 적용하였으며 (색상) 하게 배액중임.

추가!

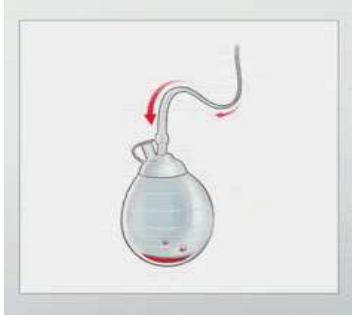
- 당일에 insert하고 drain 하더라도 Fee 문제로 (insert / drain) 동시 처방 안됨.
- 익일부터 natural drainage fee 처방해야함.

배액관 관리 (ENBD, PCD, PCN, PTBD, ascitis) - bile bag

1		<ul style="list-style-type: none"> • 손위생을 시행한 후 장갑을 착용한다.(poly glove)
2		<ul style="list-style-type: none"> • bile bag의 3-way를 clamp한다.
3		<ul style="list-style-type: none"> • 오염되지 않도록 주의하며 뚜껑을 열어 컵에 붓는다.
4		<ul style="list-style-type: none"> • 알코올 솜으로 마개와 열린 부분을 닦고 입구를 닫는다.
5		<ul style="list-style-type: none"> • bile bag의 3-way를 declamp한다.

배액관 관리 - JP drain(Baro vac), Hemovac

배액양상 확인



- 배액이 잘 되고 있는지, 배액관이 꼬이거나 막히지 않았는지 확인
- 배액관 삽입부위 dressing 상태(부종, 발적, 삼출물, 출혈 등) 확인



- 배액관이 당겨지거나 빠지지 않도록 주의
- 배액 색깔(양상)의 갑작스러운 변화(혈액성, 장액성, 우윳빛 등) 확인

JP drain(Baro vac) 비우기
(NS는 알아서 비움/OS, GS, PS는 병동 간호사)



- 배액량이 많아 주머니가 볼록해진 경우 비움
- order에 맞춰서 비우기



- 비닐장갑을 착용하고 눈금이 있는 컵에 부어 양 측정



- 알코올 솜으로 입구와 뚜껑을 닦아줌
- 주머니를 꼭 눌러
납작하게 만든 후
뚜껑을 닫음

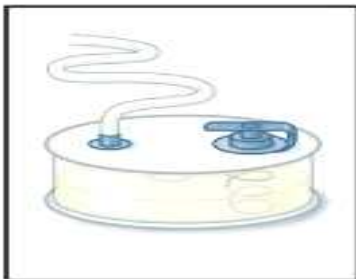


- 배액된 양을 flowsheet에 기록할 것
- 비운 시간에 간호기록

간호기록
[직접입력]

JP drain(Baro vac) 비움. (양: cc)
color :


Hemovac



배액양상 확인 (색상)

BACKGROUND

- * TYPE of EXUDATE SECRETED by an OPEN WOUND in RESPONSE to TISSUE DAMAGE
- ~ MOST COMMON EXUDATE
- * USUALLY INDICATIVE of DAMAGE to CAPILLARIES
- ~ CAN BECOME DAMAGED DURING WOUND CARE



OSMOSIS.org

TYPES of EXUDATE

- SEROUS**
CLEAR, THIN, & WATERY FLUID
- SEROSANGUINEOUS**
THIN & WATERY with LIGHT RED or PINK HUE
- SANGUINEOUS**
BRIGHT RED, FRESH BLOOD (may be HEMORRHAGIC)
- PURULENT**
THICK, OPAQUE, & ODOROUS BUILD-UP from INFECTION

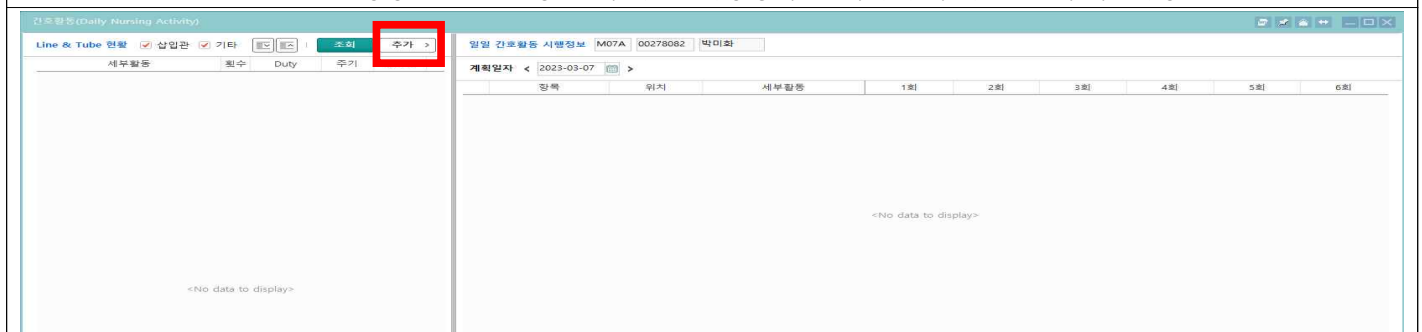
Serous	Serosanguineous	Sanguineous	Purulent
<ul style="list-style-type: none"> - serum 성분 - watery fluid 	<ul style="list-style-type: none"> - 혈액과 장액이 섞여있음 - 연분홍색 	<ul style="list-style-type: none"> - 혈액성 배액 - 출혈양상 	<ul style="list-style-type: none"> - abscess에서 나오는 것 - thick pus 함유 - 화농성 배액

★ 혈액성(빨간색)에서 장액성으로 색이 변하는 것은 출혈양상이 줄어들고 있다는 것 ★

EHR) 간호활동 및 flowsheet 입력

★ 배액관 삽입 시 간호활동 및 flowsheet에 입력할 것! ★

menu - 병동 - 간호활동 - 추가 - 해당항목 선택하여 추가 - 입력 후 저장



[OPTION] 항목 : Hemovac



옵션	값
삽입위치	<input type="radio"/> Rt. <input type="radio"/> Lt. <input type="radio"/> Central
삽입위치(상세)	<input type="radio"/> Arm <input type="radio"/> Leg <input type="radio"/> Upper Abdomen <input type="radio"/> Lower Abdomen <input type="radio"/> Flank <input type="radio"/> Head <input type="radio"/> Neck <input type="radio"/> Other <input type="radio"/> Breast <input type="radio"/> Axillary <input type="radio"/> Back
입실시 보유상태	<input type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 무
삽입일시	2023-03-07 09:52
기타사항	


흉관배액

Pre

①	혈관조영실에서 시행 : RD 협진 (예시)					
	<div><div>[결과내역]</div><div>회신일자2023-01-18회신과/의사RD김응태</div><div><div>■ 진단명</div><div>의뢰주셔서 감사합니다. 혈관조영실에서 진행하겠습니다. Coag WNL 1. 시술부위확인 및 동의서 행거주시고 헛갈리는 부분이 있으면 혈관조영실 (2433) 에 문의하 여주시면 감사하겠습니다. 2. 환자에 적절한 pain control 연결한뒤 clamp 해서 내려오도록 해주세요. 3. 시술에 대한 처방은 받지 말고 혈관조영실에서 처방하도록 하겠습니다. 4. 시술에 필요한 Normal saline 은 처방하지 않으셔도 됩니다. (Pain control 이나 환자 iv 에 연결하는 수액이 아니라 시술에 필요한 수액입니다)</div></div></div>					
②	시술 하는 날 기본 처방 (main fluid: NS 500 / pain control)					
	<div><div>[◆3] [처음] Tra 50mg/1ml/A(하나)</div><div>1A50mg1회 IVpcd</div><div>[◆3] 0.9% Sod. Chloride 50ml/B(대한약품)</div><div>1BTL50ml1회 IV※ pcd</div><div>[취소]0.9% Sod. Chloride 500ml/BAG (HK 이노엔)</div><div>1BAG500ml1회 IV※ pcd</div></div>					
③	혈관 조영실에서 내리라고 연락오면 Tra clamp해서 달기 / main fluid NS로 교체					
④	NPO 필요없음 / stretcher cart타고 내려감					

Post

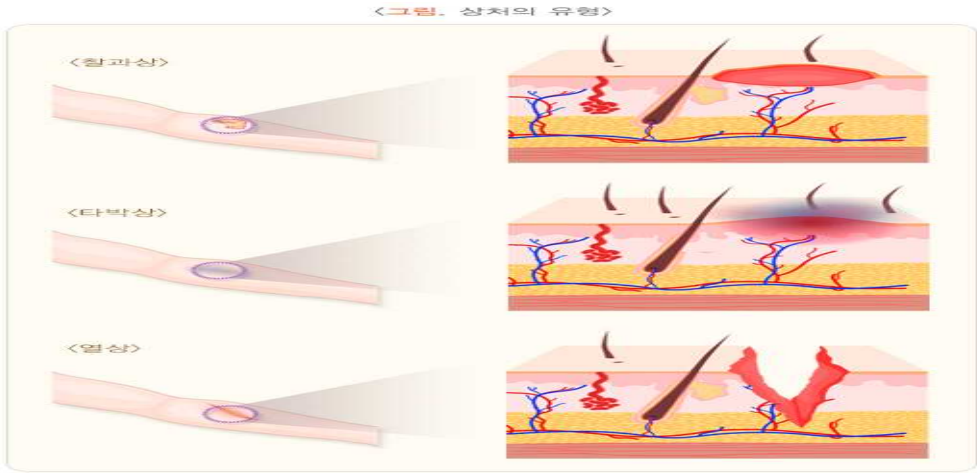
①	협진의뢰지에 적혀있는 위치에 맞게 삽입되어 왔는지 확인 (예시)
	Alcoholic hepatitis on alcoholic LC로 입원중인 환자로 right pleural effusion 증가하며 lung PCD 의뢰드립니다. 감사합니다.
②	배액 용도에 따라 Bottle type 결정(order)
	★ 배액용 : A-type 사용
	<div><div></div><div>A-type (water level 아래쪽)</div></div> <div><div></div><div>C-type (칸 나누어진 옆쪽 water level)</div></div>

③	Bottle 연결 [내과 : PA / 외과 : int]	
	준비물	
	- 장갑 - Chest bottle (type 확인) - chest bottle plate - 크린조 - chest tube 연결 line	
	처방	
	X21719	Medi-Protect fixingroll+Connectiong Tube
	X00123	Chest Bottle / (A-TYPE)HS-CB-100 / 협성메디칼
	간호기록	
	시술 후 병동도착 (예시)	Rt. chest PCD catheter insertion 하고 올라옴. dressing clean하게 유지중임. V/S () Dr OOO에게 알림. ()L 배액하자고 함.
	Bottle 연결	Rt.chest PCD catheter에 chest bottle 연결함. by PA.OOO(day time 이후 int) bloody하게 drain 됨.
④	I/O count	
		<u>water level 외부터 count</u>
	A-type	

Chest bottle change 시 (하루 배액량이 더 남았을 경우)		
처방	X00123	Chest Bottle / (A-TYPE)HS-CB-100 / 협성메디칼
간호기록 (예시)	Chest bottle change 함. by PA.OOO (day time 이후 int)	
배액 끝났을 경우		
간호기록 (예시)	PCD 배액 ()L 완료되어 clamp함. (bottle 제거함)	

Dressing

상처의 유형



Dressing 종류

건조 드레싱	단순 보호재
습윤 드레싱	치유에 효율적

Mepilex	Mepilex Border Flex		Mepilex lite	
				
Mepilex (10*10cm)	X16182	Mepilex / 10*10CM / MOLNLYCKE(스웨덴)	흡수성 폼 드레싱 - 광범위한 만성 및 급성 상처 치료 시 사용 - 상처 삼출물을 효과적으로 관리 가능	
Mepilex (10*20cm)	X16183	Mepilex / 10*20CM / MOLNLYCKE(스웨덴)		
MEPILEX (15*15cm)	X16184	MEPILEX / 15*15CM / MOLNLYCKE(스웨덴)		
Mepilex Border Flex (10*10cm)	X23008	Mepilex Border Flex(10X 10cm)	흡수성 폼 드레싱 - 광범위한 만성 및 급성 상처 치료 시 사용 (5겹으로 이루어짐) - 상처 삼출물 효과적으로 관리 가능 - 욕창, 외상성 상처 등에 사용	
Mepilex Border Flex (15*15cm)	X23009	Mepilex Border Flex(15X 15cm)		
Mepilex Border Flex (7.5*7.5cm)	X23007	Mepilex Border Flex(7.5X 7.5cm)		
Mepilex Lite (6*8.5cm)	X16186	Mepilex Lite / 6*8.5CM / MOLNLYCKE(스웨덴)	흡수성 폼 드레싱 - 삼출물이 적은 급성 및 만성 상처 치료에 사용	
Mepilex Lite (15*15cm)	X16188	Mepilex Lite / 15*15CM / MOLNLYCKE(스웨덴)		

Allevyn			
		<p>Smart triple-layer construction</p>  <p>Soft[®] hydrocellular ALLEVYN foam layer</p> <ul style="list-style-type: none">• Highly absorbent[®] <p>Breathable top film[®]</p> <ul style="list-style-type: none">• Waterproof[®]• Becomes more permeable in the presence of fluid[®] <p>Gentle silicone adhesive[®]</p> <ul style="list-style-type: none">• For use on fragile skin[®]• Secures dressing for secondary retention[®]• Lift and reposition without losing adherence[®]• Helps minimise wound trauma and patient pain during dressing changes[®]	
Allevyn Gentle Border (7.5*7.5cm)	X20053	Allevyn Gentle Border / 7.5*7.5 / 스미스앤드네퓨	<p>흡수성 폼 드레싱(방수)</p> <ul style="list-style-type: none">- 저알러지 접착제로 피부자극 저하 (tegaderm 알려지있는 환자의 경우 chemoport dressing으로 사용)- 상처표면에 습윤환경 조성, 유지- 완충효과- 삼출물이 있는 상처, 욕창
Allevyn Gentle Border (12.5*12.5cm)	X20054	Allevyn Gentle Border / 12.5*12.5 / 스미스앤드네퓨	
메디터치 (하이드로 콜로이드)			
		<p>최적의 습윤환경 드레싱</p> <p>메디터치는 물과 세균은 차단하고 공기는 통과시키며 삼출물을 흡수하고 적절한 습도를 유지하여 상처의 딱지 생성을 막아주고 상처는 보호해 주는 최적의 습윤환경드레싱입니다.</p>  <p>보호층</p> <p>흡수층</p> <p>상처면접촉층</p>	
메디터치5 (10*10)	X19471	메디터치5 / 10x10 / 원바이오젠	<p>흡수성 폼 드레싱</p> <ul style="list-style-type: none">- 찰과상, 화상, 욕창 등에 사용- 삼출물이 발생하는 창상에 적용하여 오염방지 및 보호, 2차 치유 목적
메디터치5 (10*20)	X19472	메디터치5 / 10x20 / 원바이오젠	
메디터치5 (35*50)	X19474	메디터치5 / 35x50 / 원바이오젠	

Tegaderm



Tegaderm (6*7cm)

X03904

Tegaderm 3M / 6CM*7CM / 3M

Tegaderm (10*12cm)

X03905

Tegaderm 3M / 10CMX12MM(1626W) / 3M

투명 필름 드레싱(방수)

- 봉대, 거즈, 카테터 등 고정용도
- 중심정맥관 고정용으로 사용

Duoderm Extrathin (하이드로 콜로이드)

Duoderm C.G.F (하이드로 콜로이드)



DuoDERM
Extra Thin

얇고 유연한 다목적 드레싱



듀오덤® 씨지에프™ 드레싱은 상처 삼출물을 관리하는 접착식 드레싱입니다.

Duoderm Extrathin
(5*10cm)

X14009

Duoderm Extrathin / 5*10CM / CONVATEC

Duoderm Extrathin
(10*10cm)

X14011

Duoderm Extrathin / 10*10CM / CONVATEC

Duoderm Extrathin
(15*15cm)

X14012

Duoderm Extrathin / 15*15CM / CONVATEC

마른 상처 또는 소량의 삼출물이
있는 상처에 대해
1차 드레싱으로 사용

- 얇음
- 욕창 1단계와 2단계에서 사용가능
- 피부 열상, 진물이 나지 않거나 가벼운 상처 등에 사용
- tegaderm 알러지가 있을 경우 chemoport dressing으로 사용

Duoderm C.G.F (10*10cm)

X14013

Duoderm C.G.F / 10*10CM(187660) / CONVATEC

Duoderm C.G.F (15*15cm)

X14014

Duoderm C.G.F / 15*15CM(187661) / CONVATEC


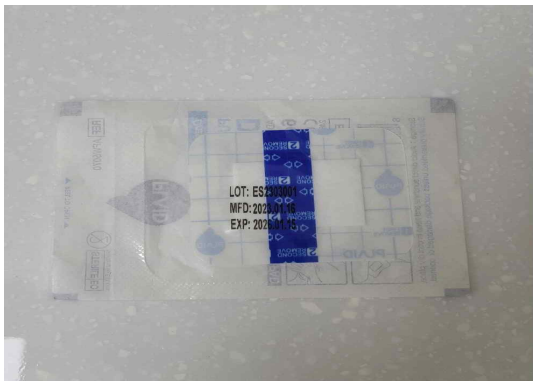
하이드로콜로이드
수분 함유 드레싱

- 두꺼움
- 삼출물이 분비되는 부분창 및 전창 상처, 욕창(2-4단계), 부분창 화상 등 에 사용



Sorbact gel	Bactigra
	

Sorbact gel (7.5*7.5)	X19106 Scrbact Gel Dressing/7.5*7.5	소수성물질 DACC 코팅된 하이드로겔 도포 드레싱 - 당뇨발, 욕창, 화상 등의 드레싱에 사용
Bactigra	[처음] Bactigras 10*10cm/sht(5mg) (스미스 1EA 앤드네류) (의사처방 필요)	클로르헥시딘아세트산염 연고도포 드레싱 - 당뇨발, 욕창, 화상 등의 드레싱에 사용


		
Elastic banbage 3 (7.5cm*215cm)	X02015 Elastic Bandage 3 / 7.5CM*215CM / 성십자	붕대 (3,4,6인치)
Elastic banbage 4 (10cm*215cm)	X02016 Elastic Bandage 4 / 10CM*215CM / 성십자	
Elastic banbage 6 (15cm*215cm)	X02017 Elastic Bandage 6 / 15CM*215CM / 성십자	


Medix band	adflex
	

제품명	처방		설명
medix band 1호 (6*8)	X13330	Medix Band / 6*8CM / N.S.PHARM(한국)	일회용 상처보호 밴드
medix band 2호 (7*10)	X13331	Medix Band / 7*10CM / N.S.PHARM(한국)	
medix band 3호 (10*10)	X13332	Medix Band / 10*10CM / N.S.PHARM(한국)	
medix band 4호 (10*15)	X13333	Medix Band / 10*15CM / N.S.PHARM(한국)	
medix band 5호 (10*20)	X13334	Medix Band / 10*20CM / N.S.PHARM(한국)	
medix band 6호 (10*25)	X13335	Medix Band / 10*25CM / N.S.PHARM(한국)	
medix band 7호 (10*30)	X13336	MEDIX BAND / 10*30CM / N.S.PHARM(한국)	
medix band 8호 (10*35)	X13337	Medix Band / 10*35CM / N.S.PHARM(한국)	
adflex 1호 (6*7)	X23014	Adflex -Thin Wound Dressing,6*7cm	일회용 상처보호 밴드(방수)
adflex 2호 (9*10)	X23016	Adflex -Thin Wound Dressing,9*10cm	
adflex 3호 (9*15)	X23017	Adflex -Thin Wound Dressing,9*15cm	

Steri strip (6*38mm)	Steri strip (12*100mm)
	

Steri strip (6*38mm)	X01431	Steri strip 6'S '3M' / 6MMX38MM / 3M	봉합 유지 드레싱 -열상이나 수술 절개부위의 피부 봉합 유지
Steri strip (12*100mm)	X01432	Steri strip 6'S '3M' / 12MMX100MM / 3M	

이름		처방				
<p>[Simple dressing]</p> <ul style="list-style-type: none">- 장갑- betadine ball- saline ball- gauze		<table><tr><td>SX0014</td><td>Simple Dressing(1일당)</td></tr><tr><td>X17499</td><td>Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈</td></tr></table> <p>+ 사용한 재료 추가 처방</p>	SX0014	Simple Dressing(1일당)	X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈
SX0014	Simple Dressing(1일당)					
X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈					
간호기록						
<p>() site drssing 시행함. by int/PA ()</p> <p>() op site dreessing 시행함 by. Dr/Prof/PA()</p>						

<div>[Chemoport needle insert]</div> <div><div>- 장갑</div><div>- saline ball</div><div>- hexitanol ball</div><div>- gauze</div><div>- tegaderm/duoderm/allevyn</div><div>- 10cc saline syringe</div><div>- chemoport needle</div></div>	<div></div>	<table><tr><td>SX0014</td><td>Simple Dressing[1일당]</td></tr><tr><td>X17499</td><td>Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈</td></tr><tr><td>X03905</td><td>Tegadeam 3M / 10CMX12MM(1626W) / 3M</td></tr><tr><td>X14011</td><td>Duoderm Extrathin / 10*10CM / CONVATEC</td></tr><tr><td>X20053</td><td>Allevyn Gentle Border / 7.5*7.5 / 스미스앤드네퓨</td></tr><tr><td>X22552</td><td>Port Access Infusion Set(Chemo-needle) 19G 1 (25mm)</td></tr><tr><td>X22553</td><td>Port Access Infusion Set(Chemo-needle) 20G 1/2 (38mm)</td></tr></table>	SX0014	Simple Dressing[1일당]	X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈	X03905	Tegadeam 3M / 10CMX12MM(1626W) / 3M	X14011	Duoderm Extrathin / 10*10CM / CONVATEC	X20053	Allevyn Gentle Border / 7.5*7.5 / 스미스앤드네퓨	X22552	Port Access Infusion Set(Chemo-needle) 19G 1 (25mm)	X22553	Port Access Infusion Set(Chemo-needle) 20G 1/2 (38mm)
SX0014	Simple Dressing[1일당]															
X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈															
X03905	Tegadeam 3M / 10CMX12MM(1626W) / 3M															
X14011	Duoderm Extrathin / 10*10CM / CONVATEC															
X20053	Allevyn Gentle Border / 7.5*7.5 / 스미스앤드네퓨															
X22552	Port Access Infusion Set(Chemo-needle) 19G 1 (25mm)															
X22553	Port Access Infusion Set(Chemo-needle) 20G 1/2 (38mm)															
<div>간호기록</div>																
<div>Chemoport needle insertion 함. by int.ooo</div> <div>needle insert 후 tegaderm/duoderm/allevyn 적용함.</div> <div>function 확인 후 수액 연결함.</div>																

이름		처방		
<p>[Blood culture]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 장갑 - hexitanol ball - saline ball - 10cc syringe *2 이상 - 토니켓 - (필요시) scalp needle - <i>blood culture bottle</i> <p>(배양병 2쌍: 혐기균, 호기균)</p>		<table border="1"> <tr> <td>X17499</td> <td>Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈</td> </tr> </table>	X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈
X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈			

이름		처방								
<p>[T-tube dressing]</p> <ul style="list-style-type: none">- 장갑- hexitanol ball or betadine ball- Y-gauze- best way foam		<table><tr><td>X21185</td><td>Bestway FoamGuard 5*5/5mm / 5*5*5 / (주)에버레이드</td></tr><tr><td>X21186</td><td>Bestway FoamGuard 8.6*6.7/5mm / 8.6*6.7/5mm / (주)에버레이드</td></tr><tr><td>SX0014</td><td>Simple Dressing[1일당]</td></tr><tr><td>X17499</td><td>Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈</td></tr></table>	X21185	Bestway FoamGuard 5*5/5mm / 5*5*5 / (주)에버레이드	X21186	Bestway FoamGuard 8.6*6.7/5mm / 8.6*6.7/5mm / (주)에버레이드	SX0014	Simple Dressing[1일당]	X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈
X21185	Bestway FoamGuard 5*5/5mm / 5*5*5 / (주)에버레이드									
X21186	Bestway FoamGuard 8.6*6.7/5mm / 8.6*6.7/5mm / (주)에버레이드									
SX0014	Simple Dressing[1일당]									
X17499	Disposable Dressing Kit / 1-FREE / 일명엔터프라이즈									

[Ⅳ]

EHR / 간호기록



EHR 간호기록 작성법

작성지침	
❶	<u>존칭, 존대어 사용하지 않는다</u>
❷	기록은 질병상태, 간호나 처치에 대한 내용을 기록한다
	(1) 행동의 변화
	(2) 신체기능의 변화
	(3) 증상 및 징후
	(4) 제공된 간호 및 처치
	(5) 교수님 회진 / 주치의 환자 문진
	(6) 환자이동시 (ex: 검사, 수술 등)
	(7) notify한 경우 (유선, 진료메모, SMS, notification 등)
	(8) 동의서 작성한 경우
	(9) 전과, 전실 한 경우 (ex: CM prof.000에서 GS prof.△△△로 전과되어 환자에게 설명함)
❸	기록은 신속하게 하며 과거와 현재시제만 사용하며 미래시제는 사용하지 않는다
	<u>업무로 인해 기록을 해당 시간에 작성하지 못할 경우 수기로 작성해 놓았다가 행위가 이루어졌던 시간으로 헤딩하여 기록할 수 있도록 한다.</u>
❹	기록은 간결하고 정확하게 하며 환자에 대한 기록이므로 <u>'환자'라는 단어는 작성하지 않는다</u>
❺	기록에는 <u>공식적인 의학용어를 제외하고는 작성하지 않는다 (약어 안됨)</u>
❻	기록에는 <u>화살표(→, ←) 등 문자를 사용하지 않으며</u> 가능한 한 한글로 작성하고 필요 시 영어를 함께 사용한다.
➤	<u>의료분쟁 시 간호기록에 작성되지 않은 내용은 행위를 하지 않았다고 판단하기 때문에 명확하게 작성</u>
➤	<u>EHR은 작성 입력 시간을 모두 기억하기 때문에 과거에 했던 것을 삭제하거나 한 것처럼 추가할 경우 모두 자료가 남기 때문에 그 날 한 행위는 모두 내 듀티 때 기록하도록 한다.</u>

간호기록 시간		
Day	정규기록/아침식사	DA(7:30-8A) / R(DA 기록한 시간으로부터 1-2시간 사이)
	점심식사	12:30PM - 2PM
Eve	정규기록	3PM - 4PM
	저녁식사	6PM - 7PM
Night	정규기록	10:30PM - 11PM
	중간기록	2AM / 3AM
	취침확인	5:30AM / 6AM

DAR			
(1) 입원 시	(2) Day 정규차팅	(3) 수술/고위험 시술 후	(4) 전입 시
D (객관적 자료)	객관적 정보(mental, O2, IV, 배액관, 상주인...) 환자의 현 상태에 대해 작성		
A (간호중재)	2개 이상 입력		
R (간호 평가)	간호평가		

Day 루틴 기본 모형

08:00	SR	(식사)
	간호진단	D
		A
09:00	간호진단	R
13:00	SR	(식사)

예시

08:00	SR	연하보조 4단계 죽 다 먹음
	고체온	D. Mental: alert, BT: 37.2℃ O2 2L/min(by.nasal prong) inhalation 중임. Foley catheter 16Fr 유지중임. 배액관 꼬이거나 꺾이지 않게 고정중임. 5DS 1L 40cc/hr IV 주입중임. 말초정맥관 삽입부위 부종, 발적 없음. Rt.Chest PCD drainage 유지중이며 dressing oozing, bleeding 없음. 보호자(딸) 상주중임. both side rail kept.
		A. 체온과 발열증상 관찰함. (발열 증상:무)
		A. 열감 증가 시 알리도록 함.
09:00	고체온	R. 발열, 열감 등 증상없이 침상 안정중임.
13:00	SR	연하보조 4단계 죽 3수저 먹음. 식사 격려함.

주의 사항

❶	DA 기록 시간 : 07:30 - 08:00 사이 작성 D : 객관적 정보(mental, O2, IV, 배액관, 상주인..) / 환자의 현 상태에 대해 작성 A : 2개 이상 입력할 것
❷	R 기록 시간 : D 기록시간으로부터 1 - 2 시간 뒤 , 단 간호진단 [통증] 시 2 시간 뒤 ex) DA : 8AM 작성 시 R : 9AM / 10AM 작성
❸	아침 식사 기록 : DA와 같은 시간
❹	점심 식사 기록 : 12:00 - 14:00 사이 작성
➤	식사 기록 시 지급된 식사명 및 섭취량 명확히 작성 ex) 고열량 고단백 죽 1/2 먹음, 저잔사식 밥 1/3 먹음, 일반 미음 다먹음, 당뇨밥 1800Kcal 2/3 그릇 먹음 등

Evening 루틴 기본 모형

15:30	간호진단	
18:00	SR	(식사)

예시

16:00	가스교환 장애	Mental: alert O2 50%12L/min(by.venturi mask) inhalation 중임. NS 250ml 10cc/hr IV 주입중임. 말초정맥관 삽입 부위 부종, 발적 없음. L-tube 18Fr 60cm 고정 유지중임. Rt. arm abrasion dressing 유지중이며 site clear. 간병인 상주중임. both side rail kept.
		호흡곤란 증상 관찰함. 호흡곤란(무)
		SpO2 모니터링 함. SpO2:97%
18:00	SR	메디푸드LD 캔 300ml L-tube feeding 함. aspiration 없음.

주의 사항

❶	정규 기록 시간 : 15:00 - 16:00 사이 작성
❷	환자의 현 상태 기록(mental, O2, IV, 배액관, 상주인...)
❸	간호계획과 관련된 활동 2가지 이상 입력
❹	저녁식사 기록 : 18:00 - 19:00 사이 작성
➤	환자의 현상태 기록, 간호활동 2가지 이상 : 모두 간호계획 내용에 포함
➤	식사 기록 시 지급된 식사명 및 섭취량 명확히 작성 ex) 고열량 고단백 죽 1/2 먹음, 저잔사식 밥 1/3 먹음, 일반 미음 다먹음, 당뇨밥 1800Kcal 2/3 그릇 먹음 등

Night 루틴 기본 모형

23:00	간호진단	
02:00	SR	(수면기록)
06:00	SR	(수면기록)

예시

23:00	약물요법: 항암화학요법	수면중임. Rt.subclavian chemoport 통해 NS 1L IV 주입중임. Chemoport site 부종, 발적없이 테가덤 dressing 유지중임. 수면 전 배노상태 확인함. both side rail kept
		오심, 구토 증상 모니터링함. (오심:없었음, 구토:없었음)
		항암화학요법 일정 및 준비과정에 대해 설명함.
02:00	SR	수면중임
	SR	낙상 예방 간호(보호자 상주 확인, 침상 난간 올림 확인, 배노 라운딩 시행)시행함.
06:00	SR	숙면함.

23:00	체액 불균형 위험: 체액 과다	mental: alert, 수면 권유함. 복부 팽만 관찰되며 호흡곤란 호소 없음. Rt.arm PICC 통해 HD 1L + Hepa-Merz 2A mixed 30cc/hr IV 주입중임. site oozing, bleeding 없음.
		섭취 배설량 모니터링함.
		부종 관찰함.
	SR	Side rail 올리고 낙상 예방 교육함.
02:00	SR	수면중임. 호흡양상 양호함. Both side rail kept
06:00	SR	숙면함.

주의 사항

❶	정규 기록 시간 : 22:30 - 23:00 사이 작성 환자의 현 상태 기록(mental, O2, IV, 배액관, 상주인...) 간호계획과 관련된 활동 2가지 이상 입력
❷	중간 기록 : 02:00 - 03:00 사이 작성
❸	취침 확인 기록 : 05:30 - 06:00 사이 작성
➤	환자의 현상태 기록, 간호활동 2가지 이상 : 모두 간호계획 내용에 포함
➤	정규 기록, 중간 기록 시 낙상예방중재 시행한 내용을 SR 또는 간호계획에 필수 작성 (ex: both side rail kept, 낙상 예방을 위해 양쪽 침상난간 올리고 고정상태 확인함 .. 등)

간호기록 잘못된 예								
①	<div><div>SR</div><div>BT(°C) : 36.3 자다깨다하며 잘 못주무심. 설사2회소량하였다고함. 진료메모통해 알림.</div></div>	- 진료메모통해 알림						
	내과에서 진료메모를 통해 소통하고 있으나 기록상으로는 보면 주체가 없어보입니다. 문제의 소지가 있으므로 <u>Dr.ooo에게 진료메모 통해 알림.</u> 으로 주체를 명확하게 해야합니다.							
②	<table><tr><td rowspan="2">SR</td><td>일반식 밥 1/2 드심</td></tr><tr><td>IV 유지중이며 site 부종, 발적 없음 O2 5L/min(by.nasal cannula) 적응중이며 SpO2 99% Checked. 보호자(처) 상주중이며 both side rail kept</td></tr><tr><td rowspan="2">비효과적 호흡 망상</td><td>D 호흡곤란 증상 및 징후 관찰되지 않음</td></tr><tr><td>A 환기를 증진시킬 수 있도록 호흡이 용이한 자세 유지함. 심호흡 방법을 교육하고 시행하도록 함.</td></tr></table>	SR	일반식 밥 1/2 드심	IV 유지중이며 site 부종, 발적 없음 O2 5L/min(by.nasal cannula) 적응중이며 SpO2 99% Checked. 보호자(처) 상주중이며 both side rail kept	비효과적 호흡 망상	D 호흡곤란 증상 및 징후 관찰되지 않음	A 환기를 증진시킬 수 있도록 호흡이 용이한 자세 유지함. 심호흡 방법을 교육하고 시행하도록 함.	- 일반식 밥 1/2 드심 - SR 로 환자의 상태 기록
	SR		일반식 밥 1/2 드심					
IV 유지중이며 site 부종, 발적 없음 O2 5L/min(by.nasal cannula) 적응중이며 SpO2 99% Checked. 보호자(처) 상주중이며 both side rail kept								
비효과적 호흡 망상	D 호흡곤란 증상 및 징후 관찰되지 않음							
	A 환기를 증진시킬 수 있도록 호흡이 용이한 자세 유지함. 심호흡 방법을 교육하고 시행하도록 함.							
간호기록에는 존칭, 존대어를 사용하지 않습니다. Day 루틴 간호기록 시, 환자의 현 상태는 [간호진단-DAR 중 'D'] 칸에 입력하도록 합니다.								
③	<table><tr><td>SR</td><td>병동에 chest tube catheter 12Fr 없어 흉부외과 외래에 연락함. 외래에 물 건 없고 PA 선생님이 가지고 있다고 하며 쓸 물건이 없으면 내일 PA 선생님 이 가지고 병동에 갈꺼라고 함.</td></tr></table>	SR	병동에 chest tube catheter 12Fr 없어 흉부외과 외래에 연락함. 외래에 물 건 없고 PA 선생님이 가지고 있다고 하며 쓸 물건이 없으면 내일 PA 선생님 이 가지고 병동에 갈꺼라고 함.					
	SR	병동에 chest tube catheter 12Fr 없어 흉부외과 외래에 연락함. 외래에 물 건 없고 PA 선생님이 가지고 있다고 하며 쓸 물건이 없으면 내일 PA 선생님 이 가지고 병동에 갈꺼라고 함.						
<table><tr><td>SR</td><td>핵의학실에서 연락음. 금일 SPECT 검사 가능하다고 하며 한 컷에 다 안나오 기 때문에 제일 아픈 부위를 알아야 한다고 함. 환자에게 물어보자 오른쪽 손 가락 마디가 가장 아프다고 하여 핵의학실에 알림.</td></tr></table>	SR	핵의학실에서 연락음. 금일 SPECT 검사 가능하다고 하며 한 컷에 다 안나오 기 때문에 제일 아픈 부위를 알아야 한다고 함. 환자에게 물어보자 오른쪽 손 가락 마디가 가장 아프다고 하여 핵의학실에 알림.						
SR	핵의학실에서 연락음. 금일 SPECT 검사 가능하다고 하며 한 컷에 다 안나오 기 때문에 제일 아픈 부위를 알아야 한다고 함. 환자에게 물어보자 오른쪽 손 가락 마디가 가장 아프다고 하여 핵의학실에 알림.							
인계를 해야하는 내용이지 기록을 할 내용이 아닙니다. 간호 행위나 처치의 내용이 아니기 때문에 잘못된 기록입니다.								
④	<table><tr><td rowspan="2">심박출량 감소 위험</td><td>D mental: alert HF 입원 5일째. 호흡곤란 및 흉통 호소 없음. 간병인 상주중이며 both side rail kept</td></tr></table>	심박출량 감소 위험	D mental: alert HF 입원 5일째. 호흡곤란 및 흉통 호소 없음. 간병인 상주중이며 both side rail kept	-HF 입원 5일째				
	심박출량 감소 위험		D mental: alert HF 입원 5일째. 호흡곤란 및 흉통 호소 없음. 간병인 상주중이며 both side rail kept					
HD(Hospital day) 기록은 간호기록에 적지 않습니다.								

92

TO-DO LIST

처방일자

2020-08-05

처방내역

기본처방

기초처방

타부서

Acting

확장

보존된 검사

처방내역정보

영문검색정보

전영

이치연(20773161) 처방내역

No

구분

진행상태

1회

2회

3회

4회

인체

미확인 추가처방이 있습니다.

확인

해당환자 미확인 처방이 있는 경우 TO-DO LIST 화면 클릭시 미확인 추가처방 팝업이 나타남

추가처방이 발생한 환자별 생성

금일 신규처방 및 변경

과거처방에 대한 변경

익일 처방에 대한 변경

처방내역

3연내 미실시 검사

검사명

처방일

예약일시

복부 CT(+조영제)

2020-08-05

2020-08-05

심전도기록및분석

2020-08-05

2020-08-05

Abdomen Supine

2020-08-05

2020-08-05

Chest AP

2020-08-05

2020-08-05

1181 장+변 T02662466

119 미속 01

009 이치연 20773161

ver.23.10

한양대학교 구리병원 간호국

93

[illegible]

응급을 경유하여 입원한 환자의 경우 TO-DO LIST 에서 **응급실 처방보기** 나타남. 클릭시 응급실 TO-DO list 화면이 보임
병동간호사가 필요시 응급실 처방에 대해 응급실 TO-DO LIST에서 애틀링가능함

1회차: 시작시간 , 2회차: 마감시간

HARTMAN S DEX SOLN 1L/B (중외)	1	BAG	1회	IV	※ 80cc/hr	조제전	08:00/
5% DEXTROSE _SOD. CHLORIDE 1L/B (중외)	1	BAG	1회	IV		조제전	시작 finish
5% DEXTROSE _SOD. CHLORIDE 1L/B (중외)	1	BAG	1회	IV		조제전	시작 finish
N/S 1L/BAG (중외)	1	BAG	3회	IV		조제전	1번 수액 시작 시간 2번 수액 마감 시간 3번 수액 시작 시간 3번 수액 마감 시간

▶ 투약 <[주사약] acting 방법

20	[◆7] N/S 100ml/B (중외)	1	BTL	1회	CIV	출고	22:00/김	00:03/Fin	1 ACTING
	[◆7] ULTIAN 5mg/V(한림)	1	V	1회	CIV	수령	22:00/김	00:03/Fin	인중/출력 이력조회(Z)
							00:03 김선희	N/A 00:03/Finish	00:03

<생성배경>

- 마약대상과 관련하여 투약으로 2회차 기록이 들어가면서 중복으로 마약대장에 기록될
- 모든 수액마감 액팅에 사용권장
- 마약은 반드시 사용

<사용법>

- 해당 약 2회차 마우스 R Acting 버튼 클릭
- Finish 버튼 클릭
- 자동으로 N/A 코드 선택되며 클릭한 순간 Comment 칸에 현재시간과 finish 글자가 들어옴
- Comment 칸에서 시간 수정가능
- 서명

투약서명

투약서명

일시 2020-09-28 > 23 : 43 PLAN

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
00 10 20 30 40 50

투약 거절 급식 용량변경 수술전항생제
D/C PREP HOLD Not Applicable 의사에 의한 수행
Skin (+) Skin (-) No IV Route 퇴원 약없음
☐ 선택 약품만 적용

Comment 23:43/Finish
V/O 응급/무균술 by Dr. Finish 서명 종료

항생제 skin test 기록

*AST용 항생제와 수술방에서 사용할 항생제가 각각 처방된 경우

[항생제] [처음] YAMATETAN 1g/V (제일)	1	g	1회 IV	※ [자광]	추가	조제중	skin-/김
[항생제] [처음] YAMATETAN 1g/V (제일)	1	g	1회 IV	※ [자광]수술의예방적항 생제 OR에서 시행.	추가	조제중	OR sign PREP /김

*AST 기록과 항생제 prep 서명을 함께 남기는 경우

[항생제] [처음] YAMATETAN 1g/V (제일)	1	g	1회 IV	※ [자광]수술의예방적항 생제 OR에서 시행.	추가	조제중	OR sign PREP /김 Skin-/김
--------------------------------	---	---	-------	------------------------------	----	-----	----------------------------------

1회차에만 정상 액팅이 가능하므로
수술방에서 1회차에 기록을 남기도록 병동에서 반드시 1회차는 비워두어야 함

트랙서명
투약서명

투약서명

일시 2020-09-23 > 21 : 00

PLAN

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

00 10 20 30 40 50

투약 투약 거절 PREP HOLD Not Applicable 수술전항생제
D/C PREP PREP No IV Route 의사에 의한 수행
Skin (+) Skin (-) 약복용

Comment
V/O 응급/무균술 부적합 by Dr. Q
서명 종료

진단 검사 바코드 출력

A + ☆ 19742048 >
S*바두근 GS / 본원
M / 40세 1개월 주익사 /
외래 방문 응급
심전도 흉부 X선
심초음파

아름답게
정말 아름답게

바코드출력(재하)

1 실시예정일자 2020-08-04 ▶ 19742048 Q S*박두근 M 1980-06-21 처방구분 ☒ 전체 ☐ 응급 ☐ 정규 조회

바코드출력 및 취소

처방일자	처방코드	처방명	수납	진행	회당일시	처방일련번호	검사처방특이내용	응급
2020-08-04	L3501	Routine Urinalysis(10종+Micro)	N	A	2020-08-04 16:00:00	523009		

2

환자별 COMMENT (검사처방 특이사항 내용)

3 바코드출력 ☐ Local ☐ 바코드프린터

종료(ESC)

SFA014F1 정상적으로 실행되었습니다. 2020-08-04 14:32:46.905

※ 응급실 미실시 진단검사 처방의 경우 병통일시 조화되지 않으며 따라서 출혈도 되지 않음!

병리검사용 바코드 출력, 발송 (1)

[illegible]

- ① 조희구분에서 '**등록**' 클릭 : 의사가 검체등록 한 검체가 리스트됨(처방 난 상태만으로는 리스트 조회되지 않음)
- ② 선택 체크
- ③ 바코드출력 클릭

※ '조희구분': 전체'에서는 바코드 출력 못함

⑤ 바코드를 출력한 검체 는 조회구분:발송에서 조회 및 바코드 재출력 가능

[illegible]

■ 병리검체 바코드 출력하면
검체발송이 자동 진행됨

$$\frac{\sqrt{10}}{10} \leq \frac{1}{\sqrt{10}} \leq \frac{\sqrt{10}}{10}$$

바코드 출력한 시간

■ 병리검체 바코드 출력하면
검체발송이 자동 진행됨

- 수행해야 할 간호활동 등 목록
 - ① [추가] 클리닉
 - ② 그룹-항목-세부활동 순서로 선택 후
[>] 클리닉
 - ③ OPTION 항목 입력
(※~~바~~간새 바스는 필수입력 항목)
 - ④ 저장
 - ⑤ TO-DO LIST에서도 확인가능

처치/재료 입력(처방내림)

처치/재료입력

환자명 02770778 | 변*은_T | 입원일자 20200607 | *처방일 2020-08-02 | *예정일 2020-08-02 | *타부서조회 2020-08-02 | *처치처방이 없습니다.

진처방 M07 | 행위/상활분 M07 | 행위분 M07 | 상활분 M07 | 무산정 M07

SET : 신환

처방코드	진처방명	처치/재료명	실시횟수	보형	D/C	수납	처방
X22321	진자제온계	진자제온계	1				EMR
X02078	DISPOSABLE PLASTIC 3-WAY	DISPOSABLE PLASTIC 3-WAY	1				EMR
X17922	INFU-PRO(FLOW) REGULATOR 3-WAY	INFU-PRO(FLOW) REGULATOR 3-WAY	1				EMR
X00204	DISPOSABLE EKG PAD	DISPOSABLE EKG PAD	1				EMR
X22169	INVOS CEREBRAL OXIMETER SENSOR	INVOS CEREBRAL OXIMETER SENSOR	1				EMR

병동 SET을 사용하여
전체복사,
가능함

검색을 통해 처방가능

처치/재료입력

행위/상활 > | 처치재료반납 >

처치/재료입력

환자명 00071988 | 변*은_T | 입원일자 20200930 | *처방일 2020-09-24 | *예정일 2020-09-24 | *타부서조회 2020-09-24 | *처치처방이 없습니다.

진처방 M08 | 행위/상활분 M08 | 행위분 M08 | 상활분 M08 | 무산정 M08

SET : 신환

처방코드	진처방명	처치/재료명	실시횟수	보형	D/C	수납	처방
X00316	MERSILK 4/0 (13'S/FA) / W211 / J&J	MERSILK 4/0 (13'S/FA) / W211 / J&J	1				EMR
X00322	MERSILK 4/0 4'S / W606 / J&J	MERSILK 4/0 4'S / W606 / J&J	1				EMR
X00324	MERSILK 4/0 / W501 / J&J	MERSILK 4/0 / W501 / J&J	1				EMR

더블클릭

처치/재료 세부사항

회수 2 | 예정일 2020-09-24 07:19

특기사항

실시일시 2020-09-24 07:19

완료

※ 마우스로 드래그 시 정렬 움직일 수 있습니다.

같은 재료를 추가할 경우/ 보험유형을 변경하는 경우
실시횟수를 더블클릭하여 수정 후 처방내림 클릭

처치/재료입력

행위/상활 > | 처치재료반납 >

jellco는 1개씩 처방내림 해야함

처치/재료 반납

처치/재료반납

* 처방일자 2020-08-26 ~ 2020-08-28 * 환자 20817154 * 진료과 눈보라 * 응급실 조회 (F2)

처방장소 전체 병동 외래 응급실

선택	처방장소	처방일자	코드	처치/재료명	시간	횟수	보험	반납(환수)	반납(환수)	반납일시	특이사항
<input checked="" type="checkbox"/>	ERI	2020-08-26 X21070	IV. CATHETER		0	1		반납(환수)	반납(환수)		
<input type="checkbox"/>	ERI	2020-08-26 X23979	ADVAZORB SUEX LITE		0	1					

1

반납

환인

반납 하시겠습니까?

예

아니오

4

2

반납 상세내역(IV. CATHETER)

회수 1

확인 취소

사용 본인취소

반납일자 2020-08-28

반납일시 2020-08-28

S/R

* 다음으로 드래그 시 정렬을 움직일 수 있습니다.

3

환인

처치/재료 반납되었습니다.

확인

처리/재료반납

* 처방일자 2020-08-26 ~ 2020-08-28 * 환자 20817154 * 진료과 눈보라 * 응급실 조회 (F2)

처방장소 전체 병동 외래 응급실

선택	처방장소	처방일자	코드	처치/재료명	시간	횟수	보험	반납(환수)	반납(환수)	반납일시	특이사항
<input checked="" type="checkbox"/>	ERI	2020-08-26 X21070	IV. CATHETER		0	1		1	2020-08-28 10:00	본인취소	
<input type="checkbox"/>	ERI	2020-08-26 X23979	ADVAZORB SUEX LITE		0	1					

환인

엑셀

종료

반납

전일 처치/재료인 경우 (응급실제외)

① 반납대상 클릭

② 반납횟수 클릭 후 상세내역 입력 (회수, 사유, 반납자 입력)

③ 화면 하단 반납클릭

④ 완료화면 확인

⑤ 필요시 엑셀로 다운 받아 업무적으로 사용가능

- 11 -

[illegible]

[illegible]

추가식사 발행

[영양팀 연락 후 진행 / 입력시간 정해져있으니 확인할 것]

화면에서 식이 추가 전 확인해야 할 사항!
여사님께 여유상이 있는지 확인 후
간호화면 '식사발행'에서 추가식 입력

환자번호 19742048 S*박두근 2020-07-30

환자식 추가

환자식

보통식

영양팀확인여부

추가식시명

선택

구분

식사명

예비상(수)

끼니

환자식

일반식

발

20

조식

환자식

일반식

죽

20

조식

저장 후 예비상(수)가 19로 감소함

특식종류

☒ N

☐ 특식

☒ 식기소독

☐ 일회용식기

*기본사용

특이사항

조유식 세부사항

1일요구량/끼니별

오전

오후

1회용량(cc)

끓수

농도(%)

공병

조유수(cc)

Kcal

Vol

조식

중식

석식

ml

ml

ml

ml

g/끼

유유특지

3 저장

종료

MNW030F2

정상적으로 실행되었습니다.

2020-07-30 09:00:21:280

외국인 식사신청안내

외국인 식사신청 관련 안내문구가 들어갈 자리입니다.

조식

반영

중식

반영

석식

반영

사종료

식사종료해제

환자번호

Kcal

Vol

사유(추가식사)

영양팀최종확인

0

0

Y

0

0

0

0

보통조식의 특식여부는 영양팀확인 이후 환자식 특식

식사명

사유(추가식사)

영양

<No data to display>

접수시작

일반식(마감시간)

추가식(신청)

당일 07:30

당일 06:20

당일 13:00

당일 10:00

당일 17:30

당일 17:00

1 추가식사 >

EHR화면 Caution!!

ADR 보고서 위치

1) THER화면 왼쪽 환경정보바
-알레르기 버튼

2) 원내공통-환자
-[약물이상반응 보고서-ADR]

원내공동 프로젝트 관리(개발팀) 시스템 관리(개발팀)	
환자	약물이상반응 보고서 - ADR
진료	약물이상반응 징후조회
응급	이중버퍼합병이력조회
인사	환자합부임징조회

Caution 관리					
환자 정보	성명	Q 환자명			
	진료과		약물 이상 반응 / 열대르기 / 주의 사항		
	약물 이상 반응	영역			
구분	예시		확인 필요		

1) 환자번호 및 의심약물 입력

[의심약을 입력 시]
조염제 검사이력조회 > : 원내 조염제 투여 후 이상반응 발생 시
투여된 조염제 확인하여 선택 시 자동 기입

원내/외 처방 내역 확인하여 선택 시
자동 기입

추가 : 본원 처방이력 없거나 약품 검색하여 추가 가능
수정 : 입력된 약품의 수정 및 삭제 가능

2) 이상반응 정보 입력

[입력 Click시]

계열별 증상발현정도(중증/중등중/경증) 입력 후
해당 사항에 체크 및 기타 입력

- [illegible]

입원

EHR) 입원예정환자 확인

- ★ WORKLIST - Menu - 병동 - 간호단위 WORKLST - 입/퇴원, 전입/전출 - 입원/전입/전실 예정 클릭
- ★ 병동 - 입원예정환자 조회 클릭

환자 도착->To-do list

- ① - 환자 목록 보이기 후 신환(노랑색) 더블클릭 후 마우스 R - 주치의 병상변경 - 주치의 이름 입력
 - 주치의 입력 후 To-do list 우측 하단 '침상카드' 출력

주치의 노티

- ② - EHR) Menu - 환자선택 - 병동환자선택 - 해당환자 '입실' 칸에서 마우스R - 입실(Y)
 - 당직시간 신환이나 응급실 신환은 해당 안됨!(유선으로 알림)

신체계측 (V/S, 키/몸무게)

- ③ EHR) Menu - 기록 - 신체계측(일괄입력) : 시간설정 '간호초기평가'입원 일시와 동일하게 할 것!

Flowsheet

- EHR) Menu - 기록 - flowsheet - '환자별 항목설정' 클릭

- ④ - 임상관찰 : 의식사정(4단계) 추가
 - 간호사정 : 낙상, 욕창, 통증 중지사유 추가
 - 필요시 간호간병 추가

간호초기평가

- EHR) Menu - 기록 - 간호초기평가(성인)
 ⑤ - 낙상, 욕창, 통증 필수입력(저장 후에는 가급적 수정 금지)
 - 현병력, 과거력 필수 확인
 - 타병원약제 복용중이라면 간호초기평가 내의 '약물식별의뢰/취소' 클릭하여 약국에 식별 의뢰 (복용중인 약제들 용법 작성하여 약국에 내려야 합니다)

- ⑥ 주소 및 연락처 입력(EHR 좌측 톨바 / 간호초기평가 상단)
 핸드폰 번호 꼭 확인하세요!! 보호자 번호도 추가로 기재할 것.

간호계획 잡고 그 이후 간호기록하기

- EHR) Menu - 기록 - 간호계획 - '입원' 계획 먼저 잡고 시작 - [필수] 모두 클릭 - 계획저장
 - 환자에게 필요한 간호계획 추가('R' 반드시 클릭) - 계획저장
 - 저장 완료 후 '간호기록' 클릭
 - 간호기록 시 빨간 박스는 모두 필수입력 // ①'입원' 작성 후 설정한 ②'간호계획' 작성
 - '입원' 간호기록시간 = 입실시간 = 간호초기평가 입력시간 모두 동일한 시간으로 작성

DAR 기록 예시

- ⑦
- | | |
|------|--|
| 간호계획 | D:
IMP:
mental:
VS: , Spo2:
현병력: (환자가 입원하게 된 이유에 대해 작성/간호초기평가의 현병력)
A : (2가지 이상 적기) |
| 간호계획 | R : DA 작성 후 1시간 뒤 작성(통증은 2시간 뒤) |

식사발행

- ⑧ EHR) To-do list 우측 식사탭 더블클릭 - 의사처방이 있다면 '처방연결' 클릭하여 식이입력 가능
 - 처방이 '밥'일 경우 환자가 '죽'을 원한다면 입력 가능
 - 처방이 '죽'일 경우 환자가 '밥'을 원한다면 의사 확인 후 입력

환자 분류 시행

- ⑨ - Menu - 병동 - 환자분류 - 환자분류조회

입원예정환자조회 화면 : 입원,전동,전실,전과 내역

입원예정일자조회

입원예정일

2024-01-22

진료과

병

☒ 입원 ☒ 전입 ☒ 전실
 Total : 4명

구분	환자명	S/A	입원...	입원경로	입원예...	입원...	병동병실	진료과	상병명	ER입장...	CP...	입실가...	코멘트	입원전...	최초입원...
입원	2450이	M / 81	전	응급실(응급)	2024-01-2	M10 - 19	GE	Gastrointestinal haemc					보조자 keep		
입원예정	2954이	F / 49	구	외래	2023-12-2	M10 - 23	RM	Persons encountering			00:00				
입원예정	1155이	M / 71	하	외래	2024-01-1	M10 - 21	HO	Idiopathic thrombocty			00:00		보조자 keep 부득:		
입원예정	2757이	F / 81	하	외래	2024-01-1	M10 - 30	HO	Malignant neoplasm o			00:00				

환자번호란에 적갈 표시되면 Caution이 있는 환자입니다. 더블클릭하면 상세내용 볼 수 있습니다.

입원예정 환자는 침상카드가 출력되지 않습니다.

동양약

출력

침상카드

종료

MINZ260F1

정상적으로 실행되었습니다.

2024-01-22 09:27:04.079

To-do list 화면 : 환자이름 ‘노란색’으로 품

병실	환자번호	환자명	지정	주치	과	S
05-01	01	조	김	김	PD	F
05-04	01	신	김	김	PD	M
06-01	00	손	김	김	HO	M
10-01	01	김	최	최	CV	F
10-02	00	정	임	임	NE	F
10-03	01	유	정	정	OL	F
10-04	01	이	홍	홍	OT	F
10-05	01	김	손	손	NE	F

(참고) 주치의 / 병상변경 시 침상번호

오른쪽 침상부터 1번



외래 환자 입원 간호기록 작성법

DAR 사용		
D (객관적 자료)	객관적 정보(mental, O2, IV, 배액관, 상주인...) 환자의 현 상태에 대해 작성	
A (간호중재)	2개 이상 입력	
R (간호 평가)	간호평가	
예시		
14:30	SR	입원함.
	입원	환자 요구에 근거한 간호계획을 수립하고 설명함.
		담당 간호사를 소개하고 병실 안내함.
		환자와 보호자에게 입원생활 안내문 제공하고, 입원생활(병실구조 및 편의시설, 환자 권리와 의무, 면회시간, 식사시간, 응급시 호출방법, 주치의 회진시간, 불편신고체계, 편의시설, 전화사용, 소지품 관리, 서류신청, 진료비 문의, 주차비, 치료식 안내, 퇴원 등), 간호사 호출기와 침상난간 사용법, 낙상주의, 도난사고 예방, 화재 시 대비 방법에 대해 교육함. 안전사고 예방 교육함. 대상자(환자와 보호자) 교육평가(말하고 시행할 수 있음)
14:31	영양부족	D. IMP: ESRD Mental: alert(지남력:사람+, 장소+, 시간+) V/S 154/93-105-22-37.0, SPO2: 97% Checked. 월수금 투석하는 환자로 3일 전부터 nausea 심해 식사 못하여 support care위해 외래통해 입원함. 현재 오심, 구토 없음. Lt.arm AVF 유지중이며 Thrill 양호함. 전신 피부상태 확인함. 피부 발적, 손상없이 양호함. 보호자(남편) 함께 올라옴. both side rail kept
		A: 오심, 구토 증상 모니터링함.
		A: 식사시 주위 환경을 깨끗하고 안정되게 유지함.
15:31	영양부족	R. 오심, 구토 증상 없이 침상 안정중임.
주의 사항		
❶	간호초기평가 입력 완료하여 저장 시 → ‘입원함’ 간호기록 필수로 입력됨	
❷	D 기록 필수입력 : IMP, 현병력((외래) 통해 (걸어서,휠체어,스트레처카)타고 ~위해 ~로 입원함.) mental, V/S 내용을 필수로 입력 (Flowsheet 다건 보내기 (SR) 가능)	
❸	A 간호계획과 관련된 활동 2가지 이상 입력	
➤	간호계획평가 rating, Flowsheet의 mental 입력	

응급실 환자 입원 시 간호기록 작성법

응급실 환자 입원 시 확인해야할 내용		
①	EHR) 응급부 - 응급실 기록 및 응급실 간호기록	
	- V/S 확인	
②	EHR) 응급부 - 간호기록 - 전동기록	
	1) fluid 종류 및 속도	
	2) drain 여부 및 foley	
	3) 산소 농도	
③	환자 입원 시	
	- V/S, mental 확인	
	- fluid 확인 및 IV site 확인	IV, foley, drain, L-tube 등
	- foley / drain / L-tube 등	1) EHR) 메뉴 - 병동 - 간호활동(Daily Nursing Activity) 2) EHR) 메뉴 - 기록 - fLOWSHEET - 간호사정 - 항목들 클릭
	- EHR) To-do list 우측 상단 : 응급실처방보기	
	1) 투여된 항생제 시간 : - 하루 1회 투여되는 항생제의 경우 당일 병동 처방 없어야 됨. 다음 날짜에 있는지 확인. - 병동 처방 2, 3, 4회인 경우 응급실에서 투여된 시간 확인하여 병동에서 투여할 시간 지정.	
	2) 시행한 검사 및 결과 확인	

DAR 사용	
D (객관적 자료)	객관적 정보(mental, O2, IV, 배액관, 상주인...) 환자의 현 상태에 대해 작성
A (간호중재)	A 2개 이상 입력
R (간호 평가)	간호평가

주의 사항	
①	간호초기평가 입력 완료하여 저장 시 → ‘입원함’ 간호기록 필수로 입력됨
②	D 기록 필수입력 : IMP, 현병력((응급실) 통해 (걸어서, 휠체어, 스트레처가) 타고 ~위해 ~로 입원함.) mental, V/S 내용을 필수로 입력 (Flowsheet 다건 보내기 (SR) 가능)
③	A 간호계획과 관련된 활동 2가지 이상 입력
➤	간호계획평가 rating, Flowsheet의 mental 입력


예시

	14:30	SR	입원함.
		입원	환자 요구에 근거한 간호계획을 수립하고 설명함.
			담당 간호사를 소개하고 병실 안내함.
			환자와 보호자에게 입원생활 안내문 제공하고, 입원생활(병실구조 및 편의시설, 환자 권리와 의무, 면회시간, 식사시간, 응급시 호출방법, 주치의 회진시간, 불편 신고체계, 편의시설, 전화사용, 소지품 관리, 서류신청, 진료비 문의, 주차비, 치료식 안내, 퇴원 등), 간호사 호출기와 침상난간 사용법, 낙상주의, 도난사고 예방, 화재 시 대비 방법에 대해 교육함. 안전사고 예방 교육함. 대상자(환자와 보호자) 교육평가(말하고 시행할 수 있음)
			감염병 예방을 위하여 면회 및 외출 제한을 설명함.
			안전사고 예방 교육 내용에 대해 이해함.
			의사에게 입원사실 알림. ()
	14:31	심박출량 감소	D. 4/17 오전 8시 경 거동 잘 못하고 변 지린 증상 확인되며 mental 처지는 모습 보여 검사 위해 응급실 통해 입원함. IMP: acute pulmonary edema Mental: alert(지남력:사람+, 장소-, 시간+) 현재 있는 장소에 대한 질문에 “몰라..” 라고 대답함 V/S 150/90-86-22-37.3, SPO2: 97% Checked. NS 1L 20cc/hr, NTG mixed fluid 10cc/hr로 IV 유지중이며 IV site 부종, 발적 관찰되지 않음. O2 3L/min via nasal prong 유지중임. foley 16Fr, panda bag 유지중임. 배액관 꼬이거나 꺾이지 않게 고정중임. 전신 피부상태 확인함. 욕창 및 상처 관찰되지 않음. 보호자(남편) 함께 올라옴. both side rail kept
			A: chest discomfort 여부 모니터링함.
			A: ECG 모니터링함.
			A: 호흡상태 관찰함.
	15:31	심박출량 감소	R. chest discomfort 증상 없이 침상 안정중임.

예시

04-16 15:16	SR	입원함.
	입원	담당 간호사를 소개하고 병실 안내함.
		환자 요구에 근거한 간호계획을 수립하고 설명함.
		환자와 보호자에게 입원생활 안내문 제공하고, 입원생활(병실구조 및 편의시설, 환자권리와 의무, 면회시간, 식사시간, 응급시 호출방법, 주치의 회진시간, 불편신고체계, 편의시설, 전화사용, 소지품 관리, 서류 신청, 진료비 문의, 주차비, 치료식 안내, 퇴원 등), 간호사 호출기와 침상 난간 사용법, 낙상주의, 도난사고 예방, 화재 시 대피방법에 대해 교육함. 안전사고 예방 교육함.
		감염병 예방을 위하여 면회 및 외출 제한을 설명함
		안전사고 예방 교육 내용에 대해 이해함.
		의사에게 입원사실 알림. ()
04-17 15:17	통증	D. 통증 평가 사유 : 초기평가:입원 통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 5 통증위치 : abdomen:whole abdomen 통증양상 : 욱신거림 통증빈도 : 지속적 통증기간 : 급성 3/11 abdomen pain 있어 local 진료 후 큰병원 권유받아 수술위해 응급실 통해 입원함. IMP: acute appendicitis mental: alert V/S 100/60-78-20-36.7 SPO2:97% 응급실에서 15:00 NS 50+tra 1A VF하고 온 상태임. 통증 경감중이라고 함. NS 1L 40cc/hr로 IV 주입중이며 부종, 발적 관찰되지 않음. 전신 피부상태 확인함. 욕창 및 상처 관찰되지 않음.
		A : 통증을 표현하도록 격려함.
		A : 비언어적 통증 표현 관찰함.
04-17 17:17	통증	R. 통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 3 통증위치 : abdomen:whole abdomen 통증양상 : 욱신거림 통증빈도 : 지속적 통증기간 : 급성

퇴원

①	간호계획 '퇴원' 잡기
	EHR) Menu - 기록 - 간호계획 - '퇴원'계획 먼저 잡고 시작 - [필수] 모두 클릭 - 계획저장
②	간호진단 rating 하기
	EHR) 간호기록창 - 간호계획이력 - 간호진단 선택 - 평가1 더블클릭(rating 가능한 진단만 시행) - 종료일자 작성 - 종료버튼 클릭
③	식사종료
	To-do list 우측 식사 더블클릭 - 식사발행 좌측 하단 '종료일자' 조식/중식/석식 선택(~까지라는 의미) - '식사종료' 클릭
④	외래예약
	Menu - 예약 - 외래예약/조회 [외래 f/u 날짜, 교수님 오전/오후 진료 확인 후 환자와 상의하여 예약 잡기]
⑤	퇴원약 확인
	퇴원일 To-do list에서 외래 f/u 날짜에 맞게 처방이 났는지 확인
⑥	지참약 확인
	퇴원 후 지참약 투여 유지 여부 확인
⑦	퇴원 후 건강계획 작성
	To-do list 하단 '퇴원계획' - '퇴원날짜' 확인 - 퇴원 환자 더블클릭 - 빨간 네모칸 모두 채우기 - '퇴원간호계획 : set 적용' 클릭하여 환자에게 필요한 것 선택 - 외래 예약 또는 재입원 확인
⑧	외래 채혈검사 날짜 확인
	퇴원일 To-do list에서 채혈검사 날짜 확인 [날짜가 틀리다면 '퇴원계획' - '퇴원검사' 탭에서 '희망검사일자' 변경]
⑨	심사요청
	Menu - 병동 - 심사요청 - 환자 선택 후 빠른 심사요청 클릭 - 심사 완료되면 상단 이미지에  빨간 숫자 뜸 - 더블클릭하여 내 환자가 심사 완료되었는지 확인

필요한 서류 확인 후 안내할 것 / 퇴원 당일에는 추가 서류 신청과 발급 불가능	
입퇴원확인서	본관 1층 제증명발급기 ● 병명과 진단코드 없음. 기재 필요시 진단서 신청
진단서, 의사소견서	의사 작성(간호사실 신청) > 퇴원 시 원무팀 퇴원창구에서 수령 ● EHR) Menu - 정보조회 - 제증명서 작성/조회
진료비 세부내역서	본관 1층 제증명발급기
영상기록 CD 복사	본관 1층 서류발급창구
의무기록사본	본관 1층 서류발급창구
환자 본인이 서류 발급 시 신분증 지참 설명	
환자 본인이 아닐 경우 법적 관계에 따라 가족관계증명서 지참 및 신분증 지참	
● 소아 : 보호자 신분증 + 가족관계증명서 지참(등본 발급 : 본관 1층 민원발급기 8AM - 10PM)	

가퇴원	
①	평일 5:30PM 이후 퇴원 시
②	토요일 12:30PM 이후 퇴원 시
③	공휴일 퇴원 시
④	수술 후 조직검사 결과 미확정 시

퇴원 간호기록 작성법


‘퇴원’ 간호계획 간호중재	
- 퇴원 후 갈 곳 확인함.	
- 퇴원 후 관리와 퇴원 후 문의를 필요한 사항 및 연락처에 대해 설명함.	
- 퇴원 간호계획을 제공하고, 퇴원 후 치료식, 활동범위, 생활 중 주의사항, 약 복용법과 주의사항, 외래검사, 외래방문, 문의할 사항과 연락처에 대해 설명함.	
- 삽입관 관리에 대해 교육함.	
- 퇴원 시 환자상태 확인함.	
- 퇴원 전 절개 부위 상태 확인함.	
- Stitch out 일정에 대해 설명함.	
- 상처 부위에 농과 같은 분비물이나 심한 통증 나타나면 문의하도록 교육함.	
- 상처 관리 교육함.	
- [필수] 퇴원함.	
참고	
①	‘[필수] 퇴원함’ 퇴원 수납 확인 후 퇴실 시 입력 : 가장 마지막 줄에 넣을 것
②	‘퇴원’ 간호중재 중 필요한 항목을 선택하여 입력
③	퇴원 간호중재에 대한 내용은 상황기록(SR) 으로 기록

퇴원 상황기록 입력 내용(SR)
- 환자에게 설명한 내용
- 외래 예약 날짜 및 채혈 검사 / 예약 검사
- 퇴원약 설명
- 코로나 검사
- 재입원
- 낮병동 / 주사실 내원일 및 방법
- 환자가 특수하게 꼭 지켜야 하는 내용(dressing, 빼고 먹어야하는 약 등)

예시

시간	SR	5/2 GE OPD f/u 시 외래 예약 2시간 전에 내원하여 2층 채혈실에서 검사 후 진료보실 것 설명함. 퇴원약 설명 후 드림.
	퇴원	퇴원 후 관리와 퇴원 후 문의가 필요한 사항 및 연락처에 대해 설명함.
		퇴원 시 환자상태 확인함.
		퇴원함.
시간	SR	양쪽 팔, 다리 상처 소독은 일주일에 한번 local에서 소독 받도록 설명함. 원래 복용중이던 약은 stop하도록 설명하였으며 본원 약으로 복용하도록 설명함. 설명 후 local 약 환자 확인하에 폐기함. 퇴원약 설명 후 드림.
	퇴원	퇴원 후 관리와 퇴원 후 문의가 필요한 사항 및 연락처에 대해 설명함.
		퇴원 시 환자상태 확인함.
		퇴원함.
시간	SR	4/24 재입원 예정임을 설명함. local에서 코로나 검사 예정으로 4/22에 하기로 함. 음성확인 후 재입원 하도록 설명함. 퇴원약 설명 후 드림.
	퇴원	퇴원 후 관리와 퇴원 후 문의가 필요한 사항 및 연락처에 대해 설명함.
		퇴원 시 환자상태 확인함.
		퇴원함.

퇴원(사망)

①	EKG flat > 사망선언
②	일반퇴원 환자와 동일하게 사망시에도 퇴원처방이 있어야 함
③	식사종료 To-do list 우측 식사 더블클릭 - 식사발행 좌측 하단 '종료일자' 조식/중식/석식 선택(~까지라는 의미) - '식사종료' 클릭
④	To-do list에서 사망한 날 처방에 사용하지 않은 약 및 미 실시 검사 D/C 확인 '사망한 날' 다음 날 처방있으면 D/C 받아야 함 (의사 D/C 먼저하고 간호반납 시행)
⑤	Flowsheet에서 간호사정 항목들 '사망' 체크
⑥	퇴원 후 건강계획 To-do list 하단 '퇴원계획' - 퇴원정보 '사망환자' 체크 후 저장(출력할 필요 없음)
⑦	간호기록 간호계획 - '사망'으로 계획 잡고 기록 및 기존 간호진단 종료
⑧	필요서류 사망진단서: 보호자에게 도로명 주소 확인할 것
⑨	임종 후 신체 삽입된 기구 및 장치 제거 / 처치료 입력 Int, PA통해 dressing 시행 및 장치 제거 / 처치료 : 사체시트
⑩	심사요청 Menu - 병동 - 심사요청 - 환자 선택 후 빠른 심사요청 클릭 - 심사 완료되면 상단 이미지에  빨간 숫자 뜸 - 더블클릭하여 내 환자가 심사 완료되었는지 확인

- 5 -

- 6 -

한양대학교 구리병원 간호국

낙상/ 욕창/ 통증
→ “사망” 으로 체크

한양대학교 구리병원 간호국

- 8 -

전과

Menu - 병동 - 간호단위 WORKLIST - 우측 '전과/전동' 클릭 - '신청' 클릭

전과 : (Transfer in order/out order가 나면) 진료과 변경 / 교수님 변경 / 주치의 변경

TO-DO LIST

처방일자 < 2024-01-15 >

☐ 코드보기
 ☒ 기본처방
 ☐ 타부서
 ☐ Acting 확장
 ☒ 실시된 검사
 ☐ 처방발행정보

오버뷰

All

앞

뒤

전종원(01112466) 처방 내역

No	처방명	구분
▶ 기본처방 ◀		
1	Check V/S q [8] hrs	
2	Check I/O q [8] hrs	
3	[Leg] elevation ※수술 부위	
4	Apply Ice bag [Leg] ※수술 부위	
5	Apply DVT prophylaxis	
6	EDBC (Encourage Deep Breathing and Cough)	
7	Message ※IV anti유지	
8	Ambulation [Wheel chair]	
9	Notify [oozing] ※OP site oozing	
10	일반식 받	
11	Transfer Out : 진료과 지정의	
12	Transfer In : 진료과 지정의	

남상

목상

통증

소방B

간호진단/문제

통증

환자번호 02142372 Q 김*주.T

호미(F2)

진과관실이력

적용기간	병실	격리병실	입원료예외사유	수정자	등급	등급명	구분	구분명	진료과	진료과명	지정의	주치의
2020-08-03 ~ 2020-12-31	M07-18-			EMR	61	6인실	01	일반병실	PD	소아청소년과	김용주	김용주
2020-06-24 ~ 2020-08-02	M07-18-			EMR	61	6인실	01	일반병실	PD	소아청소년과	김용주	김용주

현재입원정보

성별 F 나이 14

주민번호 060624-4000000

입원일시 2020-06-24 00:00

병동명실명상 M07 18 Q U

격리사유

입원료예외

병실등급 61 6인실

병실구분 01 일반병실

진료과 PD 소아청소년과

지정역사 1943643 Q 김용주

전과전신 처리

간호명동명실명상 M07 18

초기파 (F5) 종료 (Esc)

코드리스트

상세코드목록

진료과 이력

진료과

진료과명

ER

응급의학과

FM

가정의학과

GF

소화기내과

GS

외과

HO

혈액종양내과

HP

종합검진센터

ID

감염내과

NE

신장내과

NP

정신건강의학과

NR

신경과

NS

신경외과

OC

맞춤형비만치료센터

OG

산부인과

OL

이비인후과

선택

종료 (Esc)

in order : 전입과/지정의(담당 교수)
out order : 전출과/지정의(담당 교수)

④진료과 변경 : 직접 입력(예:GS) 후 엔터 → 진료과 GS Q 외과
지정역사 Q

또는 돋보기 버튼 클릭하여 코드리스트에서 선택

환자번호

02142872

김*주_T

조회(F2)

진료과/의사 조회

진료센터

GS

외과

기준

의사명(%)

의사ID(%)

성별

진재

진료 N 포함

일정

진재

조회(F2)

진료과 / 의사 조회

진료과	진료과명	의사ID	의사명	성별	진료센터명	진료분야	진료여부	일정여부
GS	외과	0000065	DR. GS	M	본원		Y	Y
GS	외과	1882447	권성준	M	본원		Y	Y
GS	외과	1943602	윤복영	M	본원		Y	Y
GS	외과	2000111	이강근	M	본원		Y	Y
GS	외과	2041651	이강홍	M	본원		Y	Y
GS	외과	2071323	정민성	M	본원		Y	Y
GS	외과	2081608	하태경	M	본원		Y	Y
GS	외과	2090173	안병규	M	본원		Y	Y
GS	외과	2101206	최승조	M	본원		Y	N
GS	외과	2131815	최동호	M	본원		Y	Y
GS	외과	2137010	김한준	M	본원		Y	N
GS	외과	2180739	박준영	M	본원		Y	N
GS	외과	2200064	이주희	F	본원		Y	Y
GS	외과	2200079	차지환	M	본원		Y	Y
GS	외과	2200083	손준혁	M	본원		Y	Y
GS	외과	2200141	최지윤	F	본원		Y	Y
GS	외과	8888016	주외사	M	본원		Y	Y

선택

종료(F3)

현재입원정보

성별

F

나이

14

주민번호

060624-4000000

입원일시

2020-06-24 00:00

병동명실명상

M07

18

Q

U

격리사유

입원료예의

병선등급

61

6인실

병실구분

01

일반병실

진료과

GS

Q

외과

지정 의사

Q

진과진실 처리

간호병동명실명상

M07

18

조기화(F5)

종료(Exc)

소급작동 (^G) >

정상작으로 실행

진료과/의사 조회

진료센터

GS

외과

기준

의사명(%)

의사ID(%)

성별

진재

진료 N 포함

일정

진재

조회(F2)

진료과 / 의사 조회

진료과	진료과명	의사ID	의사명	성별	진료센터명	진료분야	진료여부	일정여부
GS	외과	0000065	DR. GS	M	본원		Y	Y
GS	외과	1882447	권성준	M	본원		Y	Y
GS	외과	1943602	윤복영	M	본원		Y	Y
GS	외과	2000111	이강근	M	본원		Y	Y
GS	외과	2041651	이강홍	M	본원		Y	Y
GS	외과	2071323	정민성	M	본원		Y	Y
GS	외과	2081608	하태경	M	본원		Y	Y
GS	외과	2090173	안병규	M	본원		Y	Y
GS	외과	2101206	최승조	M	본원		Y	N
GS	외과	2131815	최동호	M	본원		Y	Y
GS	외과	2137010	김한준	M	본원		Y	N
GS	외과	2180739	박준영	M	본원		Y	N
GS	외과	2200064	이주희	F	본원		Y	Y
GS	외과	2200079	차지환	M	본원		Y	Y
GS	외과	2200083	손준혁	M	본원		Y	Y
GS	외과	2200141	최지윤	F	본원		Y	Y
GS	외과	8888016	주외사	M	본원		Y	Y

선택

종료(F3)

현재입원정보

성별

F

나이

14

주민번호

060624-4000000

입원일시

2020-06-24 00:00

병동명실명상

M07

18

Q

U

격리사유

입원료예의

병선등급

61

6인실

병실구분

01

일반병실

진료과

GS

Q

외과

지정 의사

Q

진과진실 처리

간호병동명실명상

M07

18

조기화(F5)

종료(Exc)

환자번호

02142872

김*주_T

조회(F2)

진료과/의사 조회

진료센터

GS</

⑤지정의(담당 교수) 변경 : 지정의 이름 또는 사원번호 직접 입력 후 엔터 →

진료과 GS Q⁺ 외과
지정 의사 권성준 Q⁺

또는 돋보기 버튼 클릭하여 **진료과/의사 조회**에서 선택

전과전실

* 환자번호 Q 검색

전과전실이력

등록기간	병실	격리명칭	입원료예외사유	수정자	종급	종급명	구분	구분명	진료과	진료과명	지정의	주치의
2020-08-03 ~ 2999-12-31	M07-18-			EMR	61	6인실	01	일반병실	G5	외과	권영준	김용주
2020-06-24 ~ 2020-08-02	M07-18-			EMR	61	6인실	01	일반병실	PJ	소아청소년과	김용주	김용주

현재입원정보

성별 나이
 주민번호
 입원일시
 병동병실명칭 Q U
 격리사유
 입원료예외
 병실등급 6인실
 병실구분 일반병실
 진료과 Q 외과
 지정의사 Q 권영준

6 전과전실 처리

간호병동명칭명칭

APC612F1 * 경상적으로 실행되었습니다.

2020-08-03 20:20:02.990

⑥ '전과전실 처리' 클릭

⑦ 전과전실이력 변경 내용 확인

⑧ 간호단위 WORKLIST에 전과 내역이 표기됨

환자번호	환자명	상태	전과/전입	전과/전입	전과/전입	전과/전입	전과/전입	전과/전입	전과/전입
02142672	김*주_T	원료	18	PD	김용주	GS	관상준	M07-18	09-03

Caution 관리

- 주치의병상변경
- SMS 보내기
- WOCN 의뢰
- Notification
- 담당간호사 변경
- 비의학적 특이사항
- 환자팔찌출력
- 재원심사자 조회
- 뇌사추정자 통보
- MRI 안전 체크리스트
- 처치실입실
- 처치실퇴실

주치의/병상 변경 (환자:김경태-01832442)

병상 변경 ☒ 적용

주치의 변경 ☒ 적용

개별 ☒ 일괄변경 ☐ 병동 선택

주치의: 2230951 이지혁

지정의: 2187183 이준호

주치의/병상이동

- ⑨ 툴바와 동일 환자 위에서 마우스 R-주치의 병상변경
- ⑩ 주치의 변경 : 주치의 이름 또는 사원번호 직접 입력 후 엔터
- ⑪ 주치의/병상이동 클릭

전과 간호기록 작성법

①	전과의 목적, 지정의(담당 교수님) 작성	
전과 예시		
17:00	SR	CAG 위해 OS prof 박기철에서 CV prof 김병식으로 전과됨.

전실 / 전동

전과전실

환자번호

02142872

Q

입"주" I

환자정보

환자명

이"주" I

전과전실아래

적용기간	병실	관리병실	입원료예외사유	수입장	종금	종금일	구분	구분명	진료과	진료과명	사정과	주치의
2020-08-03 ~ 2099-12-31	M07-18-			EMR	61	6입실	01	일반병실	GS	외과	공영준	최지윤
2020-08-24 ~ 2020-08-02	M07-18-			EMR	61	6입실	01	일반병실	PD	소아청소년과	김승주	김승주

현재입원정보

성별

F

나이

14

주민번호

000624-4000000

입원일시

2020-08-24 00:00

병동방식방상

M07

18

01

4

관리사유

입원료예외

병실종금

61

6입실

방상구분

01

일반병실

진료과

GS

외과

지정 의사

1882647

권영준

전과전실 처리

종금적용 (Y/N)

종금적용 (Y/N)

종금적용 (Y/N)

④ 병동병실병상의 돋보기 클릭 [illegible]

⑤ 병동 선택
⑥ 성별 선택
⑦ '조회' 클릭

⑨'선택' 클릭

진료진실

환자번호 02142872 Q*김*주_T 조회(F5)

진료진실이력

13

적용기간	병실	거리병실	입원료예외사유	수정자	등급	등급명	구분	구분명	진료과	진료과명	지정외	주치의
2020-08-03 ~ 2999-12-31	M11-39-01			EMR	41	4인실	01	일반병실	GS	외과	권성준	최지윤
2020-06-24 ~ 2020-08-02	M07-18-			EMR	61	6인실	01	일반병실	PD	소아청소년과	김동주	김동주

현재입원정보

성별 F 나이 14

주민번호 060624-40000000

입원일시 2020-06-10

병동병실병상 M11 39 01 Q* F

거리사유

입원료예외

병실등급 41 4인실

병실구분 01 일반병실

진료과 GS Q* 외과

지정외사 1882447 Q* 권성준

11 전과전실 처리

간호병동병실병상 M07 18 01

추가적용 (^G) >

조기화 (F5) 승화 (Esc)

안내

정보

정상 저장되었습니다.

12 확인

APC612F1

정상적으로 실행되었습니다.

2020-08-03 22:07:45:348

⑩ 병상 필수 지정: 병상 지정이 되어있지 않으면 병실현황에서 빈자리로 보임
⑪ '전과전실 처리' 클릭
⑫ 저장 팝업 확인
⑬ 전과전실 이력 확인

전동 갈 병동에 인계가 끝나고 To-do list에서 환자 이름 빼기

환자목록 보이기

환자번호 02142872 조회

환자정보

02142872 GS / 김*주_T

F / 14세1개월 권성준 / 최지윤

M07-18-01

입원일자 | 2020-08-24 HD | 41

수술일자 | PCO |

영성전단 Acute gastroenteritis

수술명

102870 - 본관7층

병동 M07

환자명

지정

주치

과

성별

나이

15-02	17105310	S*오원...	DR_H	HO	M	59세3개월
15-03	99011700	S*박진...	DR_H	HO	M	86세8개월
15-04	17048300	S*한...	DR_H	HO	M	26세8개월
15-05	14704500	S*과재...	DR_H	HO	M	28세7개월
16-01	18195440	S*이재...	DR_H	HO	F	70세11개월
16-02	13047220	S*김대...	DR_H	HO	F	62세
16-03	99319420	S*김준...	DR_H	HO	F	71세
16-05	09052930	S*이영...	DR_H	HO	F	44세6개월
17-01	11077700	S*이동...	DR_H	HO	M	73세
17-02	89184120	S*구동...	DR_H	HO	M	53세4개월
17-03	18187080	S*이영...	DR_H	HO	M	17세2개월
17-04	18167100	S*이동...	DR_H	HO	M	23세4개월
18-02	92126340	S*정순...	DR_H	HO	F	22세5개월
18-03	18170100	S*관경...	DR_H	HO	F	34세3개월
18-04	03835910	S*정수...	DR_H	HO	F	53세7개월
18-06	07651350	S*이영...	DR_H	HO	F	28세7개월
18-07	02140872	김*주_T 권성준	GS	F	14세1개월	

14 툴바와 동일 환자 위에서 마우스R-주치의병상변경

Caution 관리

14 주치의병상변경

SMS 보내기

WOCN 의뢰

Notification

담당간호사 변경

비의학적 특이사항

환자팔찌출력

15 '전동' 클릭

주치의/병상 변경 (환자:김*주_T-02142872)

병상 변경

병동-병상-병상 M07 - 38

주치의 변경

지정

주치의 2200141 최지윤

지정 1882447 권성준

※비고 : '전과전실 처리' 이전에는 전동 버튼이 없음

주치의/병상 변경 (환자:김*주_T-02142872)

병상 변경

병동-병상-병상 M07 - 38

주치의 변경

지정

주치의 2200141 최지윤

지정 1882447 권성준

전동	
전동기록지 작성	
①	Menu - 기록 - 전동기록지
간호계획 종료(모든 간호계획 종료해야 전동가능)	
②	Menu - 기록 - 간호기록 - '간호계획 이력' 클릭 - 평가를 해야하는 항목이면 평가 후 '종료'

전동 간호기록 작성법

주의 사항		
❶	전입/전출 간호계획 설정하여 기록 후 종료	
❷	전출 의 목적을 필수로 작성 ex) 내과적 치료, ventilator care, 간호간병 서비스 이용, 보호자 상주	
❸	전입 시 환자의 주호소에 해당하는 간호계획 설정하여 DAR 기록 작성	
➤	전입 DAR 기록이 정규간호기록 시간과 중복 될 시 , 정규기록 생략 가능 ex) 전입 시간: 14:30 → R 기록시간이 Eve 정규간호기록 시간(15:00~16:00) 과 중복되어 Eve 정규간호기록 생략 후 R 기록	
전출 예시		
전출	전신 피부상태 이상없음	
	전출 시 환자의 배액관 상태를 사정함.	
	환자와 보호자가 전동의 목적과 전동 병실에 대해 이해함.	
	환자의 전출 목적을 확인함 (간호간병통합 서비스 이용)	
	환자상태에 대해 전입 병동에 인계 후 전출함. 전입병동(72) 이동수단(침대채) 동반 인(무)	
전입 예시		
13:59	전입	전입 경로 및 목적 파악함. 이동수단(휠체어) 목적:전입(전과) 전출병동(82)
		환자상태에 대해 인계받음. 전동에 대해 의사에게 알림. Dr.(○○○)
		입실함. 병실 안내(간호사 호출기, 침상난간 사용법, 화장실, 도난주의, 낙상교육 등) 함.
14:00	SR	NIBP_수축기(mmHg) : 140 NIBP_이완기(mmHg) : 100 PR(회) : 76 RR(회) : 16 BT(℃) : 36.6 SpO2 (%) : 94 의식수준(4단계) : A (Alert)
		D: NS 1L 40cc/hr IV 주입중임. 말초정맥관 삽입부위 부종, 발적 없음. NTG 5T bed side prep중임.
	심박출량 감소	전신 피부상태 확인함. 피부 발적, 상처 등 관찰되지 않음. 간병인 상주중임. both side rail kept
		A: Chest discomfort 있을 시 즉시 알리는 것이 중요함을 교육함.
		A: Chest discomfort 여부 모니터링함.
15:00	심박출량 감소	R. Chest discomfort, dyspnea 없이 침상 안정중임.

수술(OP)

PRE OP(예시)							
PRE OP							
▶ 기본처방 ◀							
Get permission for [op]							
Skin prep							
※whole Abdomen, suprapubic							
1							
●Premedication Order							추가
※마취동의서 수혈동의서EKG/CXR리딩ABGAGE op risk 5am CBC/PT/aPTT/AST/ALT							
●Get special op permission							추가
※bleeding tendency							
1) 동의서 확인 [환자 본인이 서명]							
[* 보호자가 서명했을 경우 : 직계 가족 서명 / 필요서류 : 가족관계 증명서, 주민등록증(환자본인, 서명한 보호자)							
① 수술확인서, 부위확인서, 마취동의서, 치아 손상 가능성에 대한 설명 동의서(치아동의서), PCA동의서							
▶ 마취동의서 안에 치아동의서, PCA동의서 포함							
② (필요시) 수혈동의서							
2) 식이 확인							
서류 확인 후 간호기록에 남길 것!(퇴원 전 까지 꼭 확인해야 합니다)							
간호기록 : 보호자() 주민등록증, 가족관계증명서 확인함.							
3) skin prep : 제모							
[수술부위에 맞게 제모하기 / 남자 : 기능원님 여자 : 간호사]							
4) Enema							
[처방에 따라 수술전날 8PM, 10PM 또는 수술당일 6AM에 하는 경우도 있음 / 남자 : 인턴 여자 : 간호사]							
5) prep 물품 확인							
6) 마취과 처방							
● premedication order(수술 전 확인해야할 내용들)							
- EKG 리딩 : EKG 찍은 것 있다면 알아서 리딩 시행 / portable로 찍은 것이라면 int에게 말하기							
- CXR 리딩 : 찍은 기록 있으면 알아서 리딩							
- 이외의 lab : 마취과 처방에 따라 수술 전날 또는 수술당일 5AM에 나가기 / 주치의가 처방 하는지 반드시 확인							
● Get special op permission							
- 수술 동의서에 추가로 작성하는 경우 있음							
수술 당일 마취과에서 내는 처방 (마취과 처방이 안나면 수술을 못합니다)							
[●Premedication Order] 가 꼭 수술 내리기 전에 나아함.							
●Premedication Order							추가
※수술방 내리기 직전에 헥사메딘 가글 시켜주세요.							
[처음] Hexamedin 0.12% soln 100ml/B(부광)	1BTL	100ml	1회	GAR	※ OR 내리기 직전에 가글시켜 주세요.		추E
[처음] Tabinul 0.2mg/A(하나)	1A	0.2mg	1회	IM	※ 30min PTO		추E
Midazolam inj 5mg/5ml/A㉔ (부광)	0.3A	1.5mg	1회	IM	※ 30min PTO [용량다양] [낙상주의]		추E

8AM 첫 수술은 무조건 7:30AM 출발/그 이후 수술은 수술실에서 연락 오면 출발

수술 전 간호기록

full voiding 함.(foley 있는 경우 : 소변백 비움.)

예)

- 2) 수술 당일

- ① 기존 간호진단 “통증” 종료 후 간호진단 “[수술 : 일반]”으로 변경 → “수술 후 간호”증제
(간호진단 [수술:일반] 외 수술 종류에 따라 간호진단 선택 가능)

간호진단/문제	<input type="radio"/> 전체	<input checked="" type="radio"/> 병동	초기화	검색		간호중재	계획서작성
간호진단/문제			개시일	수정		간호중재	
수술: 일반			2023-03-09			RESPONSE 수술 전 간호 수술 후 간호 [환자]수술 후 병동으로 입실할 환자 의식 상태 및 수술 부위 사정함. 처방에 따라 진통제 투약함. 배액양상 모니터링함. 통증 지속 시 추가적 진통제 투여 할 수 있음을 교육함. 진통제 부작용 발생 시 간호사에게 알리도록 교육함. 진통제 부작용(호흡억제, 오심, 구토, 구갈, 변비, 가려움증, 발진, 졸음, 어지럼증)에 대해 설명함. PCA 사용방법에 대해 설명함. PCA 통한 진통제 투여법임.	
가소요관 상태							
검사/수술: 일반							
고체온							
방사선 치료							
불안							
비교과적 혈당조절							
비교과적 호흡 양상							
사망							
실사							
간호진단/문제	<input checked="" type="radio"/> 전체	<input type="radio"/> 병동	초기화	검색		간호중재	계획서작성
간호진단/문제			개시일	수정		간호중재	
수술: 눈			2024-01-26			RESPONSE 안과 수술 전 교육 각막이식 수술 후 간호 망막 수술 후 간호 맥내장/복내장 수술 후 간호 [환자]수술 후 병동으로 입실할 환자 의식 상태 및 수술 부위 사정함. 수술 후 주의사항(수술한 눈의 외상 주의, 물이 들어가지 않도록 하기, 안압상승 가능 활동 피하기, 안약점안은 의사 확인 후 시행, 수술 부위 보호장치 유지, 식이 시작시간)에 대해 교육함. 안압상승의 증상 및 징후 관찰함. 수술 후 환자상태 및 수술 부위 확인함. 수술 후 주의사항(급식, 심호흡, 감염예방 등)에 대해 교육함. 사시 수술 후 간호 안성형 수술 후 간호	
수술: 일반							
수술: 코							
수술: 편도							
수유 시 저산소증 관리							
시각장애							
신생아 고빌리루빈혈증							
신체 기능성 장애							
신체상 혼란							
신체손상위험성							
심박출량 감소							
심박출량 감소 위험							
심장 조직관류 감소 위험							
언면 마비(위험)							
알레르기 반응 위험							
약물요법: Immunoglobulin							
약물요법: 항암화학요법							
약물요법: 항정신성(Antipsychotics)							
연하장애							
영양부족							
간호진단/문제	<input checked="" type="radio"/> 전체	<input type="radio"/> 병동	초기화	검색		간호중재	계획서작성
간호진단/문제			개시일	수정		간호중재	
수술: 편도			2024-01-26			RESPONSE 수술 전 간호 편도 수술 후 간호 [환자]수술 후 병동으로 입실할 환자 의식 상태 및 수술 부위 사정함. () 하려다 넘어지면, 바닥에 (왼쪽/오른쪽) (엉덩이/팔/다리) 누웠었다함. 환자 침대로 옮긴 후, 전신 신체사정 및 V/S check함. (V/S:) Bladder scanning 시행함. 수술 후 호흡기 합병증 예방을 위해 기침, 심호흡, 급연, incentive spirometer 자주 하도록 격려했음. 냉요법 적용함. 의사에게 보고함. 냉요법 적용방법 교육함. 처방에 따른 가글 시행 격려했음. 수술 부위 출혈 및 swelling 모니터 시행함. 냉요법 적용 부위의 피부상태 모니터함. 수술 부위의 출혈을 유발할 수 있는 행동(빨대사용, 깊숙한 짓씹질 등) 하지 않음. 수술 후 호흡근력 대비하여 음극 세트 준비함. 수술 부위의 통증을 유발하는 탄산음료 등의 섭취 피하도록 하고 대신 찬 우유나 아이스크림 먹도록 교육함.	

수술 후 간호기록

② [필수] 수술 후 병동으로 입실함. 환자 의식 상태 및 수술 부위 사정함. (간호기록 맨 위로 오도록) + 간호중재 선택

수술: 일반

2024-01-26 16:36

수술 후 병동으로 입실함. 환자 의식 상태 및 수술 부위 사정함.

수술/시술/검사

마취종류

의식수준(5단계)

Dressing

출혈여부

★ 빈칸 채우기★

① 수술명[필수] ② 마취종류[필수] ③ 의식수준[필수] ④ Dressing ⑤ 출혈여부

③ post op DAR 간호기록 작성

08:00	수술: 일반	<div>수술 후 병동으로 입실함. 환자 의식 상태 및 수술부위 사정함. 수술/시술/검사(ORIF)마취종류(G/A)의식수준(5단계)(명료(Alert))Dressing(Dressing intact)출혈여부(무) D: 통증 평가 사유 : 비정기적 재평가: 수술/고위험시술 후/PCA 통증유무 : 유, 통증척도 : NRS, 통증강도 : 5 , 통증위치 : 수술부위(Lt arm) 통증양상 : 쑤심 , 통증빈도 : 간헐적, 통증기간 : 급성 Lt long arm splint 유지중이며 Lt finger motor, sensory, circulation 양호함. op site dressing clean하게 유지중임. Plasma 1L+Acupan 3A+Centosin 1A mix된 fluid 작용, 부작용, 목적 설명 후 주입 시작함. IV site 부종, 발적 관찰되지 않음. 보호자(아내) 상주중임. both side rail kept A: 통증을 표현하도록 격려함. A: 통증 증가 시 간호사에게 알리도록 설명함. A: PCA 통한 진통제 주입중임. 부작용(Nausea, Dizziness) 발생 시 알리도록 함. A: 금식 유지하도록 설명함. A: 냉요법 적용 목적, 적용시간(20~30분) 및 주의사항에 대해 설명하고 냉요법 20~30분 동안 적용 후 1시간 정도의 회복시간을 갖도록 함. A: 수술 후 호흡기 합병증 예방을 위해 기침, 심호흡, 금연, incentive spirometer 자주 하도록 격려함. A: self voiding 격려함.</div>
10:00	수술: 일반	<div>R: 통증유무 : 유, 통증척도 : NRS , 통증강도 : 3 통증위치 : 수술부위(Lt arm) , 통증양상 : 쑤심 , 통증빈도 : 간헐적 , 통증기간 : 급성, 통증중재 후 효과 평가 : 해당</div>

3) POD #1 → '수술 후 간호' 간호진단 종료 후
→ 기존 간호진단 재시작 or 새로운 간호진단으로 시작 '통증'

기록 작성/수정

간호계획이력

병동	기간	3M	6M	6M<	종료	재시작	간호결과	간호중재	시작일	종료일
M03	통증						통증정도	RESPONSE	2024-01-12	2024-01-13
M03	통증						통증정도	통증 간호	2024-01-12	2024-01-13
M03	수술: 일반							RESPONSE	2024-01-11	2024-01-12
M03	수술: 일반							수술 후 간호	2024-01-11	2024-01-12
M03	통증						통증정도	RESPONSE	2024-01-11	2024-01-11
M03	통증						통증정도	통증 간호	2024-01-10	2024-01-11

ver.23.02

- 3 -

한양대학교 구리병원 간호국

134

수술 전 점검표

수술 전 처치 및 간호상태 확인표

환자구분

환자이름

수술이력

수술장소

수술일자

마취종류

진단명

Acute tubulo-interstitial ne...

조회 (F2)

진료과

주치의

지정의

수술과1

집도의1

예정수술명1

연락처1

연락처2

수술과2

집도의2

예정수술명2

주사금지부위

수술과3

집도의3

예정수술명3

혈액형

X-Matching

antibody screen

수혈동의서

수술전 검사

☒ 혈액검사

☐ 심전도

☒ 영상검사

혈액처방

감염정보

ADR

알려지

삽입관

인공삽입물

낙상고위험군

욕창고위험군

항목

간호단위(병동/응급/외래/DCC)

부서 출발

수술실 대기실 도착

* 환자 확인 을 시행하였는가?(ID band)

☐ 예

☐ 예

☐ 예

임플란트(무)

* 수술 동의서 가 있는가? 동의서

☐ 예 ☐ 아니오

☐ 예

* PCA동의서 가 있는가?

☐ 예 ☐ 해당없음

☐ 예

* 수술 관련 기록,영상,검사자료 가 해당 환자의 것인가?

☐ 예

☐ 예

* 금식 을 하였는가?

☒ 예 (시작일자 2024-01-22 00:00) ☐ 아니오

☐ 예 ☐ 아니오

* 수술부위 피부 준비 가 되었는가?

☐ 예 (☐ Clipper ☐ 제모제 ☐ 면도 ☐ 자가 ☐ 기타)

☐ 아니오 ☐ 해당없음

* 수술 부위가 정확히 표시 되었는가?

☒ 예

☐ 아니오

☐ 제외대상

* 보조기를 제거하였는가?(의자,안경,콘택트렌즈,보청기..)

☐ 예 ☐ 아니오

☐ 도착시점 ☐ 정확한 수술부위 표시

* 장신구를 제거하였는가?(반, 반지, 시계, 목걸이, 귀걸이..)

☐ 예 ☐ 아니오

☐ 예

* 화장을 제거하였는가?(입술, 손톱/발톱 절 매니큐어 등)

☐ 예 ☐ 아니오

☐ 예

* 치아 상태

☐ 정상 ☐ 흔들리는 치아 ☐ 틀니(의치)제거 ☐ 영구틀니 ☐ 고정치아(임플란트)

☐ 예

* 낙상 고위험 예방장치를 하였는가?

☐ Stretcher의 side rail과 바퀴 등 고정 장치 확인

☐ 이송 시 직원에게 낙상에 대한 주의사항 설명

* 피부손상 위험요인이 있는가?

☐ 예 ☐ 아니오

☐ 예

* 피부상태 에 문제가 있는가?(욕창 등)

☒ 예 ☐ 아니오 기타

부위1

부위2

부위3

부위4

부위5

부위6

* 수술 전 투약을 시행하였는가?(수술직전 on call)

☐ 예 ☐ 해당없음

☐ 예

* 수술예방적 항생제 가 준비되었는가?

☐ 예 ☐ 아니오 (정규항생제투약 기타)

☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 투약중임

* 보내는 물품 및 약품 이 준비되었는가?

☐ 예 ☐ 해당없음

물품

약품

☐ 예 ☐ 해당없음

간호사 서명

임시저장

서명

임시저장

서명

인증이력 조회 >

※ 확정이후 미인증 상태인 경우, 확정 라벨이 붙게 잠박입니다.

※※ 서명 전 연락처1 저장 여부 확인하세요 !!!!

출력

종료 (Esc)

1) SMS 전송 연락처 확인
->연락처1 본인, 연락처2 보호자
2) 부서 출발시간
예) 수술 2/1일 경우 >
2월 1일 00:00 입력
3) 각 해당 항목에 맞게 체크
4) 수술 전 투약 작성
5) 예방적 항생제 확인
6) Prep 물품 / 약품 적기

● 임시저장
● 수술 당일 보내는 사람이
출발시간 수정하고 서명 누르기

POST OP(예시)

POST OP

▶ 기본처방 ◀

Check V/S	
※q3hrs	
Check BP q [3] hrs	
NPO [약포함]	
Check I/O q [8] hrs	
Check hourly urine - If U/O < [1/2 * Bwt] cc/hr, notify	
※q3hr	
Check for Drainage amount & color [HV]	
[Semifowler's] position	
EDBC (Encourage Deep Breathing and Cough)	
BR	
Monitor CVP	
※I/O 보면서 필요시 측정하겠습니다.	
Apply [복대]	
※EZ rap 복대 적용해 주세요.	
Apply O2 with [Nasal prong(cannula)], [3]L/min	추가
Monitor EKG	추가
Monitor SpO2	추가

▶ 투약 ◀

[주사약]

[◆1] 10% Dextrose _Na, K 1 1L/Bag (JW 중외)	1BAG	1L	1회	CIV	
[◆1] Laennec 2ml/A (녹십자)	1A	2ml	1회	CIV	[자광]
[◆1] [처음] Marobiven-A inj 2.2ml/A (삼진)	1A	2.2ml	1회	CIV	※ [자광]
↳ [속도]: 80 cc/hr					용량변경
[◆2] 0.9% Sod. Chloride 50ml/B(대한약품)	1BTL	50ml	1회	IVM	
[◆2] Pantoloc 40mg/V (다케다)	1V	40mg	1회	IVM	※ [자광]
[항생제] Epocelin 1g/V (동아ST)	1V	1g	1회	IV	※ Q12hr
0.9% Sod. Chloride 1L/Bag(JW중외)	1BAG	1L	1회	CIV	※ lab 또는 I/O 보면서 gtt 결정.
↳ [속도]: 60 cc/hr					용량변경

[기 타]

[처음] Atrovent UDV 500mcg 2ml/A (베링거)	1EA	500mcg	4회	NB	
[처음] Mucomyst soln 800mg/A (보령)	1EA	800mg	4회	NB	

▶ 검사 ◀

Chest AP (Portable)	※ c/u	
Thrombin time	[001-Blood] ※ post	
CBC with Diff	[001-Blood] ※ post	응급
CRP(C-reactive protein)	[001-Blood] ※ post	응급
Na(Sodium)	[001-Blood] ※ post	응급
K(Potassium)	[001-Blood] ※ post	응급
Cl(Chloride)	[001-Blood] ※ post	응급
Protein, total	[001-Blood] ※ post	응급
Albumin	[001-Blood] ※ post	응급
Calcium	[001-Blood] ※ post	응급
Phosphorus	[001-Blood] ※ post	응급
Glucose	[001-Blood] ※ post	응급
Creatinine	[001-Blood] ※ post	응급
BUN(Urea nitrogen)	[001-Blood] ※ post	응급
Bilirubin, total	[001-Blood] ※ post	응급
Bilirubin, direct	[001-Blood] ※ post	응급
ALP(Alkaline phosphatase)	[001-Blood] ※ post	응급
AST(Aspartate aminotransferase)	[001-Blood] ※ post	응급
ALT(Alanine aminotransferase)	[001-Blood] ※ post	응급
GGT(Gamma-glutamyl transpeptidase)	[001-Blood] ※ post	응급
LDH(Lactate dehydrogenase)	[001-Blood] ※ post	응급
CK(Creatine kinase)	[001-Blood] ※ post	응급
Osmolality	[001-Blood] ※ post	응급
Amylase	[001-Blood] ※ post	응급
Lipase	[001-Blood] ※ post	응급
PT(Prothrombin time)	[001-Blood] ※ post	응급
aPTT(Activated PTT)	[001-Blood] ※ post	응급

<p>☼ 환자 병실 도착 전 POST OP 처방 먼저 확인 ☼</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 식이(금식 해제 시간 확인. 식사 처방 입력시간 확인) - O₂ 유·무 확인하기 (회복실에서 전화로 인계오거나 회복실 간호기록지 참고하기) - 마취방법 확인(spinal anesthesia →head down position!! BPB/ Local anesthesia 에 따라 금식해제 확인) - 예방적 항생제 prep 으로 내린 경우 ; 예방적 항생제 Sign 시간 확인하여 post op anti 투여 - 회복실 퇴실시간에 맞추어 간호기록 작성
<p>공통 확인 사항</p> <p>☼ 환자 병실 도착 후 확인 ☼</p>
<ul style="list-style-type: none"> - 병실 도착하면 V/S 측정 후 post op Fluid 교체 (special V/S 확인) - 수술 후 올라온 환자 환의 갈아 입혀주기 - position 확인 / 수술 부위에 따른 elevation 여부 확인 - 수술 후 수술 부위에 따른 motor, sensory, circulation 확인 - PCA / IV site 확인 (PCA open 잘 되어있는지 PCA 부작용 있는지 확인) - drain & dressing 확인 - post op sample 나가기 - post x-ray 찍기(portable로 찍는 경우도 있으니 코멘트 확인 잘 할 것) - EDBC 격려/ inspirometer / 수술 종류에 따라 다름(기침 금지, 코풀기 금지인 경우도 있음) → nebulizer 하는 경우도 있음 - I/O - self voiding 확인(foley 없는 경우) - 낙상/욕창/통증 재사정(flowsheet) - prep 물품 사용하지 않고 올라온 경우 D/C 해주기
<ul style="list-style-type: none"> - gas passing 여부 확인(해당과 마다 다름) - 보조기구 확인 - vaccum 기계 가져오면 압력, 기능 유·무 확인하기 - ice bag(EZ-RAP) / DVT / Anti-embolism stocking / 복대 / chest bottle / gomco suction

고위험 수술

고위험 수술 리스트	
➤	To do list 우측 - <input checked="" type="checkbox"/> CheckList - <input type="button" value="추가"/> 에서 확인 가능
❶	해당하는 수술 선택 <input checked="" type="checkbox"/> - 저장 후 CheckList 내용 참고하여 수술 준비
장소 ▼	체크리스트명
혈관촬영실	*고위험 수술* TIPS(간내 혈관 우회술)
혈관촬영실	*고위험 수술* Carotid stent
혈관촬영실	*고위험 수술* Airway intervention
혈관촬영실	*고위험 수술* EVAR
혈관촬영실	*고위험 수술* UK thrombolysis
심혈관촬영실	*고위험 수술* CRT-D
심혈관촬영실	*고위험 수술* PCI of Chronic Total Occlusion(2stage)
소화기내시경센터	*고위험 수술* Gastric-ESD(상부위장관 점막하절제술)
소화기내시경센터	*고위험 수술* C-ESD(하부 점막하 절제술)

고위험 수술 후 EHR	
❶	간호계획 새로 수립 : 검사/수술:고위험
❷	'검사/수술:고위험' 으로 DAR 간호기록 작성
❸	Flowsheet - 간호사정 - 낙상, 욕창, 통증 재평가 (사유: 수술/고위험 수술 후)
➤	간호사정 - 낙상 평가 사유: '수술/고위험 수술 후' 와 '진정 마취 하 검사 시행 후' 모두 해당 시에는 '수술/고위험 수술 후'로 표기 (예: ESD 검사)
➤	간호사정 - 통증 재평가 후 통증 평가 중지 시 사유 : 비정기적 재평가 점수 NRS/FPRS 4점 미만, FLACC/CPOT 3점 미만
➤	수술 다음 날은 검사/수술:고위험 간호계획 종료 후 새로운 간호계획으로 간호기록

고위험 시술 후 간호기록 예시

간호기록 예시 시술명: UK Thrombolysis

일시	간호진단/문제	간호기록
4/23 14:50	검사/시술:고 위험	검사/시술 후 병실로 돌아옴.
		검사/시술 후 환자 상태 확인함
		D: Rt.femoral 통해 thrombectomy_thrombolysis 시행 후 병실 올라옴. Mental: alert V/S: 150/80-80-20-37.1, SpO2: 95% Checked. Rt.femoral sheath 유지중이며, site 거즈 dressing oozing, bleeding 없이 유지중 임. Dr.김닥터에게 유선상으로 알림 NS 1L IV 유지중이며 말초정맥관 삽입부위 부종, 발적 없음. Foley catheter 16Fr 유지중이며 배액관 꼬이거나 꺾이지 않게 고정함. 보호자(아들) 상주중임. both side rail kept
		A: 통증을 표현하도록 격려함.
		A: 시술 부위 상태를 확인함.
		A: Rt.leg 구부리지 않도록 설명함. ABR 설명함. 출혈 위험성 설명 후 어지러움 및 두통 있을 시 알리도록 함.
4/23 15:50	검사/시술: 고위험	R: 통증 증가 소견 없으며 시술 부위 oozing, bleeding 없이 양호함.

간호기록 예시 시술명: C-ESD

일시	간호진단/문제	간호기록
4/23 16:30	검사/시술:고 위험	검사/시술 후 병실로 돌아옴.(C-ESD)
		검사/시술 후 환자 상태 확인함
		D. Colon ESD 후 병실 올라옴 mental: alert (지남력:+,장소+시간+) V/S: 137/90-80-18-36.4, SpO2: 96% 측정됨. 말초정맥관 삽입 부위 부종과 발적 없이 유지중임. both side rail kept.
		A. 금식 유지하도록 설명함.
		A. 시술로 인한 출혈 여부를 확인하기 위해 대변의 색, 양상의 지속적인 관찰이 필요함을 설명함.
4/23 17:30	검사/시술: 고위험	R. 출혈 증상 및 통증 호소 없이 안정중임.

낙상평가

평가시기	
초기평가	입원 시, 24시간 이내
정기적 재평가	고위험군 환자, 1일 1회(Day time)
	① (성인: 만 14세 이상) Morse Fall Scale 51점 이상
	② (소아: 만 14세 미만) Humpty Dumpty Fall Scale 12점 이상
	③ 만 3세 미만 (낙상 위험평가를 하지 않고 고위험으로 분류)
비정기적 재평가 (환자 상태 변화 시)	① 낙상 발생 후
	② 수술 후
	③ 전동 후
	④ 진정 마취 하 검사 시행 후 ex) 진정동의서 받는 검사 : 내시경, MRI(포크랄, 미다졸람 등 사용)
	⑤ 원내 의약품 목록 중 낙상주의 약품 처음 투여 후 (항우울제, 항불안제, 항정신치료제, 최면진정제, 이뇨제, 마약성진통제 등)

낙상 고위험군(High risk) : Flowsheet 작성법						
그룹명	항목명	HD 106 08시 2024-04-23 08:00	16시	22:30	Duty	사정 항목
㉠ 낙상예방 및 관리			숨김항목		Day	1일 1회 정기적 재평가 낙상예방 고위험 간호중재
낙상평가사유		정기적 재평가:낙상 고...			Evening	낙상예방 고위험 간호중재
낙상 위험...	낙상 위험도 평가도구(성?)	60				
낙상예방 고위험 간호중재(성인)	환자, 보호자에게 낙상 예...	낙상예방 교육(강화 ... 낙상예방 교육(강화 ... 낙상예방 교육(강화 ...			Night	낙상예방 고위험 간호중재 취침 전 배뇨 확인
	낙상 고위험환자 정보공유	침상에 낙상주의 표시판... 침상에 낙상주의 표시판... 침상에 낙상주의 표시판...				
	환경 및 시설관리	침상 및 주변 정리정돈/... 침상 및 주변 정리정돈/... 침상 및 주변 정리정돈/...				
	취침 전 배뇨 확인					
낙상평가 중지사유						

✔ 주의	취침 전 배뇨 확인	<input type="checkbox"/>	시행
		<input checked="" type="checkbox"/>	미시행(부동, 절대안정, 유치도뇨삽입, 기저귀착용)
Night 취침 전 배뇨 확인 시 부동, 절대안정, 유치도뇨삽입, 기저귀착용 환자의 경우 미시행			

낙상 고위험 환자 정보공유

EHR 환자 톨바 : 낙상 고위험 팝업													
입원환자 팔찌 : “낙상고위험” 팔찌 착용													
환자침상 : 낙상주의표지 부착													
환자이송 주의사항 : “낙상고위험” 표시	<div><div>환자이송 주의사항</div><div><div>검 사 명</div><div>검사실 위치</div><div>전 동</div><div>수 술</div></div><div><div>CT실 (지하, 1층) □ MRI실 (1번, 2번)</div><div>영상의학과 () □ 내시경실 □ PFT</div><div>심전도 □ 기타 ()</div></div><table><thead><tr><th>항목</th><th>내용</th></tr></thead><tbody><tr><td>이동수단</td><td><input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 침대 <input type="checkbox"/> 휠체어</td></tr><tr><td>안전관련</td><td><input type="checkbox"/> 낙상고위험 <input type="checkbox"/> Side rail 유지 <input type="checkbox"/> 감열주의</td></tr><tr><td>치료관련</td><td><input type="checkbox"/> Infusion Pump [주입속도: cc/hr]</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 산소 [] l/min 유지 <input type="checkbox"/> 배액관 관리</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 자세 변경 제한 []</td></tr></tbody></table><div><div>※ 이 용지는 환자의 안전을 위한 환자인수인계용입니다. (용지전달 : 이송팀 → 검사실 → 이송팀)</div><div>※ 검사가 끝난 후에는 개인정보보호를 위하여 담당간호사에게 전달해주세요.</div></div><div><div>한양대학교 구리병원</div><div>HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL</div></div></div>	항목	내용	이동수단	<input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 침대 <input type="checkbox"/> 휠체어	안전관련	<input type="checkbox"/> 낙상고위험 <input type="checkbox"/> Side rail 유지 <input type="checkbox"/> 감열주의	치료관련	<input type="checkbox"/> Infusion Pump [주입속도: cc/hr]		<input type="checkbox"/> 산소 [] l/min 유지 <input type="checkbox"/> 배액관 관리		<input type="checkbox"/> 자세 변경 제한 []
항목	내용												
이동수단	<input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 침대 <input type="checkbox"/> 휠체어												
안전관련	<input type="checkbox"/> 낙상고위험 <input type="checkbox"/> Side rail 유지 <input type="checkbox"/> 감열주의												
치료관련	<input type="checkbox"/> Infusion Pump [주입속도: cc/hr]												
	<input type="checkbox"/> 산소 [] l/min 유지 <input type="checkbox"/> 배액관 관리												
	<input type="checkbox"/> 자세 변경 제한 []												

욕창

욕창 위험 평가도구	
신생아 및 신생아 중환자실	Neonatal/Infant Braden Q Scale
그 외 입원환자(성인, 소아)	Braden Scale

욕창 평가주기											
①	[초기평가] 입원 시 모든 환자를 욕창 위험 평가도구를 이용하여 욕창 위험 평가를 수행										
②	[재평가] <table> <tr> <td rowspan="4">정기적 재평가</td><td>1) Braden scale 18점 이하인 경우 1일 1회 재평가</td></tr> <tr> <td>2) Neonatal/Infant Braden Q Scale 20점 이하는 1일 1회 재평가</td></tr> <tr> <td>3) 인공호흡기 적용 환자, 심폐소생술 적용 후, 혼수상태 환자, 신체보호대 적용 환자인 경우 1일 1회 재평가</td></tr> <tr> <td>4) Braden scale 19점 이상인 경우 입원일 기준 30일마다 재평가 (신생아인 경우 Neonatal/Infant Braden Q Scale 21점 이상)</td></tr> <tr> <td rowspan="4">비정기적 재평가</td><td>1) 전동 시</td></tr> <tr> <td>2) 수술/고위험 시술 후</td></tr> <tr> <td>3) 의식저하 시</td></tr> <tr> <td>4) 마비 시</td></tr> </table>	정기적 재평가	1) Braden scale 18점 이하인 경우 1일 1회 재평가	2) Neonatal/Infant Braden Q Scale 20점 이하는 1일 1회 재평가	3) 인공호흡기 적용 환자, 심폐소생술 적용 후, 혼수상태 환자, 신체보호대 적용 환자인 경우 1일 1회 재평가	4) Braden scale 19점 이상인 경우 입원일 기준 30일마다 재평가 (신생아인 경우 Neonatal/Infant Braden Q Scale 21점 이상)	비정기적 재평가	1) 전동 시	2) 수술/고위험 시술 후	3) 의식저하 시	4) 마비 시
정기적 재평가	1) Braden scale 18점 이하인 경우 1일 1회 재평가										
	2) Neonatal/Infant Braden Q Scale 20점 이하는 1일 1회 재평가										
	3) 인공호흡기 적용 환자, 심폐소생술 적용 후, 혼수상태 환자, 신체보호대 적용 환자인 경우 1일 1회 재평가										
	4) Braden scale 19점 이상인 경우 입원일 기준 30일마다 재평가 (신생아인 경우 Neonatal/Infant Braden Q Scale 21점 이상)										
비정기적 재평가	1) 전동 시										
	2) 수술/고위험 시술 후										
	3) 의식저하 시										
	4) 마비 시										

욕창 위험도 평가결과에 따른 욕창 예방활동	
➤	[욕창 고위험군 환자는 하루 1회 이상 예방활동 수행] <ol style="list-style-type: none"> 1) 피부상태 관찰 2) 환자와 보호자에게 욕창 예방교육 시행 3) 자세변경 시행 4) 보조기구 적용(베개, 공기침대, 라텍스 등) 5) 피부간호(크림, barrier, fecal management system, anal plug, 피부전용 세척제 및 습기차단제등)를 시행 6) 영양간호를 제공 7) 피부상태 재사정
➤	[욕창 발생 시 욕창 관리활동] <ol style="list-style-type: none"> 1) 욕창 부위 및 부위별 욕창단계 등을 확인하여 EHR에 욕창평가 시행 2) 욕창 부위는 드레싱 하여 청결 유지 3) 피부 압박 최소화 4) 험진 의뢰가 필요할 경우 전문가에게 의뢰 5) 욕창 예방활동 수행 6) 수술 시 피부압박으로 인해 생긴 욕창도 관리

간호초기평가

간호초기평가의 욕창 사정 시행 후 서명 클릭 시 flowsheet의 간호사정으로 자동 연동

간호초기평가(성인)

간호초기평가(1)

간호초기평가(2)

간호초기평가(3)

환자정보

기본정보

원무수속일시

2024-01-29 13:20

필수항목 제외

무

유

[사유]

병동입원일시

2024-01-29 14:30

입원경로

외래

입원방법

도보

직업

회사원

비고

경제적 지원 여부

불필요

필요

증고

무고

결혼

기혼

언어1

한국어

2

주소

오른쪽얼굴, 오른쪽팔 수술하러왔어요

주소 발생일

1/20

입원목적

수술

입원목적2

정보제공자

환자

보호자

현병력

병력(Insight)

유

무

과거병력

무

고혈압

당뇨

결핵

간염

기타

1/20 내리막길 가다가 넘어진 후 Rt.zygoma, Rt foot 골절있어 ER경유 후 외과통제 PS-OS co-op위탁입원함.

흔들리는 자야, 입말린트, 틀니(-)

자궁내막증(23'OG정안석)

Rt foot Fx(24'OS이영석)

Ulcerative pancolitis(23'GE한동수)

알레르기

무

유

입력/조회

사회/문화/종교적 특수성

무

돼지고기 금기

소고기 금기

채식주의자

수혈 거부

기타

음주력

무

음주(중)

금주(중류)

병/회

회/월

[기간]

년

[금주시기]

흡연력

무

흡연(중)

금연

[양]

갑/일

[기간]

년

[기타]

[금연시기]

가계도

부

모

배우자

아들

딸

2

명

가족력

무

유

암 가족력

무

유

통증

통증 >

해외여행력(최근 4주 이내)

무

유

[여행국가]

[기간]

[경유병원]

무

유

[병원명]

(통증여부) 유

(점수) *NRS - 4점

(부위) *기타 Rt zygoma, Rt foot

(양상) *췌심

(빈도) *간헐적

(기간(시작시점) *급성

욕창

>

22

낙상

>

40

2023-04-05

현재기록으로 복사

단순참조 >

심장혈관 상세정보

신경계 상세정보

정신건강의학과 상세정보

소아청소년 상세정보

산모관련정보

처치재료 >

임상

서명

이력

종료

필수 신체계측 일괄입력 (혈력징후, 키, 몸무게)

입력자

본원 입원 및 수술이력

수술

입원

입원일자

진료과

지정의

주상병명

2023-04-05

OG

정안석

Noninflammatory disorder of

타병원 입원 및 수술이력

무

유

원내약 복용

약품명	량	회	진여	처방일	진료과	처방의
Mezavant XL EC tab 1200m	4T	1	98	2024-01-08	GE	한동수
Mesexin 500mg cap (한림)	1C	3	2	2024-01-25	PS	안중권
Pelubi 30mg tab (대원)	1T	3	2	2024-01-25	PS	안중권
Tropherin eye drop 0.8ml/1EA	1EA	1	0	2024-01-29	OT	신용운

타병원약 복용

무

유

약품식별의뢰/취소 >

퇴원계획

(퇴원방법)

도보

(퇴원 후 거주장소 확인)

자택

(교육대상)

환자

(퇴원 후 주 보호자)

자녀

욕창 재평가 (정기적 재평가)

[1일 1회 Day duty 평가]
욕창평가 후 욕창(예방)활동 함께 시행

TO-DO LIST ×

FLWSHEET ×

간호초기평가(성인) +

기간 << 2024-01-26 ~ 2024-01-30 >> [calendar icon] [refresh icon] [filter icon]

기록

그룹명	항목명	2024-01-26 00:00	HD 3 26일 00시	08시
▲ 낙상예방 및 관리 숨김항목 기록지침				
낙상평가사유				
낙상 위험도 평가	낙상 위험도 평가도구(성 ?) 제외대상			
낙상평가 중지사유				
▲ 욕창예방 및 관리 숨김항목 기록지침 자세변경 보고체기				
욕창평가...	욕창 평가 사유 ?			정기적 재평가:Braden...
욕창위험...	욕창위험도 평가도구(Bra ?)			18
욕창(예방) 활동	욕창호발부위 피부상태 ? 욕창(예방)중재 ?			Blanching Erythema Y
욕창평가 중지사유				

2

[그룹기록] 욕창(예방)활동 at 2024-01-26 10:00

항목	선택	상세항목	기록 내용	기타
욕창호발부위 피부상태 관찰	<input type="checkbox"/>	Intact		
	<input type="checkbox"/>	Blanching Erythema		
	<input type="checkbox"/>	Sore	<input type="radio"/> (추가) 발생 <input type="radio"/> 지속	
욕창(예방)중재	<input type="checkbox"/>	환자 및 보호자 교육	<input type="radio"/> 환자 <input type="radio"/> 보호자 <input type="radio"/> 환자와 보호자 <input type="radio"/> 기타	
	<input type="checkbox"/>	자세변경(2시간 마다)		
	<input type="checkbox"/>	보조기구 적용 (베개, 공기침대, 라텍스 침대 등)		
	<input type="checkbox"/>	피부간호 (크림, barrier, fecal management system, anal plug, 피부전용 세척제 및 습기차단제 등)		
	<input type="checkbox"/>	영양간호		
	<input type="checkbox"/>	피부상태 재사정		
	<input type="checkbox"/>	교육평가	<input type="radio"/> 이해함 <input type="radio"/> 말하고 시행할 수 있음 <input type="radio"/> 교육이 추가로 필요함 <input type="radio"/> 교육이 불가능한 상황 (환자의 거부 등) <input type="radio"/> 기타	

초기화

삭제

저장

종료

욕창 발생 시	
❶	욕창 부위, 단계 확인 및 사이즈 확인 (가로*세로*깊이)
❷	<div>욕창 사진 찍은 후 EHR 이미지 등록 (EHR 메뉴 -> 의사소통 -> 이미지 등록 및 조회)</div> <div></div>

②

그룹명	항목명	IcuD 12 HD 12 ③: 2 09시 14시 2024-01-29 08:55
낙상예방 고위험 간호중재(성인)	취침 전 배뇨 확인	
	낙상 고위험환자 정보공유	1관...
	환경 및 시설관리	5/...
낙상평가 중지사유		

⬆ 욕창예방 및 관리

숨김항목 기록지침 자세변경

욕창평가...	욕창 평가 사유	?	항상적 재평가:Braden...
욕창위험...	욕창위험도 평가도구(Bra	?	12
욕창 평가 #_1 coccyx	욕창 부위 및 발생구분		욕창부위:Coccyx/항...
	욕창단계		2단계
	욕창크기(최대길이)(cm)		10
	욕창크기(최대폭)(cm)		8
	욕창크기(최대깊이)(cm)		0.1
	삼출물		적음
	조직유형		진피(분홍)
	Dressing		Dressing intact
	보고		의사에게 보고
	종료		
욕창(예방) 활동	욕창호발부위 피부상태	?	Blanching Erythema
	욕창(예방)중재	?	Y
욕창평가 중지사유			
욕창 평가#	사진		

사진 등록시 flowsheet에 자동으로 항목 생성

EHR 메뉴 -> 병동 -> 간호활동 -> wound dressing -> sore 추가하기

간호활동 신규/추가 등록

병동
M11 112병동
Set명

조회

[선택]

그룹	항목	선택	세부활동
말초정맥관	OP site	<input checked="" type="checkbox"/>	상처부위관찰 ③
중심정맥관 ②	Sore	<input checked="" type="checkbox"/>	Sore dressing ③
동맥관	Other	<input type="checkbox"/>	Vacuum dressing
배뇨관			
흡부삽입관			
기타삽입관			
위장관삽입관			
장루			
심장보조장치			
인공기도관			
신경계삽입관			
복막루석관			
통증관리관			
순환기계삽입관			
Wound Dressing ①			
배뇨/배설간호			
안전간호			
영양간호			
위생간호			
호흡간호			
치료 및 수술			
측정관찰			
교육			
신생아			
임상결지표			
정신과			
외출/외박			
환의회학요법 관리			
소아과			

[View]

선택	그룹	항목	세부활동	시행횟수	DUTY	주기	시작일
<input type="checkbox"/>	Wound Dressing	Sore	상처부위관찰	3	Every Duty	1	20240130
<input type="checkbox"/>			Sore dressing	1		0	20240130

③

④

⑤

⑥

[OPTION] 항목 : Sore ⑤

옵션	가
Sore발생위치(상세)	<div> <input type="radio"/> sacrum <input type="radio"/> trochanter(Rt) <input type="radio"/> trochanter(Lt) <input type="radio"/> malleous(Rt) <input type="radio"/> malleous(Lt) <input type="radio"/> heel(Rt) </div> <div> <input checked="" type="radio"/> coccyx <input type="radio"/> perianus <input type="radio"/> occipital <input type="radio"/> ear(Rt) </div> <div> <input type="radio"/> ear(Lt) <input type="radio"/> Other <input type="radio"/> buttock(Rt) <input type="radio"/> buttock(Lt) <input type="radio"/> back </div>
삼출액	
입원시 보유상태	<input checked="" type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 무
사이즈(가로)(Cm)	1.0
사이즈(깊이)(Cm)	1.0
사이즈(깊이)(Cm)	0.5
발생일시	2024-01-30 15:31
발생위치(기타)	
단계	<input type="radio"/> 1단계 <input checked="" type="radio"/> 2단계 <input type="radio"/> 3단계 <input type="radio"/> 4단계 <input type="radio"/> 미분류 <input type="radio"/> 심부조직손상 의심
Dressing 종류	foam

⑥ 저장

종료

ver.24.04

- 9 -

한양대학교 구리병원 간호국

150

flowsheet 욕창 사정하기 (EHR메뉴 -> flowsheet -> 간호사정)

[그룹기록] 욕창 평가#_1 coccyx at 2024-01-30 11:00(욕창부위:Coccyx/발생구분:입원 전)

항목	선택	상세항목	기록 내용	기타
욕창부위: Coccyx/발생 구분:입원 전	<input checked="" type="checkbox"/>	욕창부위	<div><div><div><div><input type="radio"/> Sacrum</div><div><input type="radio"/> Perianus</div><div><input checked="" type="radio"/> Coccyx</div><div><input type="radio"/> Rt. buttock</div><div><input type="radio"/> Lt. buttock</div><div><input type="radio"/> Rt. Trochanter</div><div><input type="radio"/> Lt. Trochanter</div><div><input type="radio"/> Rt. Thigh</div><div><input type="radio"/> Lt. Thigh</div><div><input type="radio"/> Rt. Knee</div><div><input type="radio"/> Lt. Knee</div><div><input type="radio"/> Rt. Malleolus</div><div><input type="radio"/> Lt. Malleolus</div><div><input type="radio"/> Rt. Heel</div><div><input type="radio"/> Lt. Heel</div><div><input type="radio"/> Occipital</div><div><input type="radio"/> Rt. Ear</div><div><input type="radio"/> Lt. Ear</div><div><input type="radio"/> Rt. Shoulder</div><div><input type="radio"/> Lt. Shoulder</div><div><input type="radio"/> Rt. Elbow</div><div><input type="radio"/> Lt. Elbow</div><div><input type="radio"/> Back</div><div><input type="radio"/> 기타</div></div></div></div>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	발생구분	<div><div><div><div><input checked="" type="radio"/> 입원 전</div><div><input type="radio"/> 입원 후</div></div></div></div>	
욕창단계	<input checked="" type="checkbox"/>	욕창단계	<div><div><div><div><input type="radio"/> 1단계</div><div><input checked="" type="radio"/> 2단계</div><div><input type="radio"/> 3단계</div><div><input type="radio"/> 4단계</div><div><input type="radio"/> 미분류(SDTI)</div><div><input type="radio"/> 심부조직손상의심</div></div></div></div>	
욕창크기(최대 길이)(cm)	<input checked="" type="checkbox"/>	욕창크기(최대길이)	5.00	
욕창크기(최대 폭)(cm)	<input checked="" type="checkbox"/>	욕창크기(최대폭)	5.00	
욕창크기(최대 깊이)(cm)	<input checked="" type="checkbox"/>	욕창크기(최대깊이)	0.10	
삼출물	<input checked="" type="checkbox"/>	삼출물	<div><div><div><div><input checked="" type="radio"/> 없음</div><div><input type="radio"/> 적음</div><div><input type="radio"/> 중간</div><div><input type="radio"/> 많음</div></div></div></div>	
조직유형	<input checked="" type="checkbox"/>	조직유형	<div><div><div><div><input type="radio"/> 폐쇄</div><div><input type="radio"/> 진피(분홍)</div><div><input checked="" type="radio"/> 육아(선홍)</div><div><input type="radio"/> 부육(노랑)</div><div><input type="radio"/> 검은괴사조직(Eschar)</div></div></div></div>	
Dressing	<input type="checkbox"/>	Dressing intact		
	<input type="checkbox"/>	Gauze		
	<input type="checkbox"/>	film		
	<input checked="" type="checkbox"/>	Foam		
	<input type="checkbox"/>	Comfeel		
	<input type="checkbox"/>	NPWT(Negative Pressure Wound Therapy)		
	<input type="checkbox"/>	Pouching		
	<input type="checkbox"/>	기타		
보고	<input type="checkbox"/>	해당없음		
	<input checked="" type="checkbox"/>	의사에게 보고		
종료	<input type="checkbox"/>	협진 의뢰		
	<input type="checkbox"/>	종료	<div><div><div><div><input type="radio"/> 치유</div><div><input type="radio"/> 수술</div></div></div></div>	

초기화

삭제

저장

종료

MEI710F1 ★ 정상적으로 실행되었습니다. 2024-01-30 16:05:30:448 ▲

그룹명	항목명		18일 00시	08시	16시	23시	19일 00시	08시	16시
		2024-01-18 00:00							
낙상평가 중지사유									
<div> ▶ 욕창예방 및 관리 숨김항목 기록지침 자세변경 보고체계 사정방법 욕창관리 상지부위관찰 </div>									
욕창평가...	욕창 평가 사유	?		행기척 재평...				행기척 재평...	
욕창위험...	욕창위험도 평가도구(Bra)	?		11				12	

③ 해당 내용 체크 후 '작성' 클릭

⑥	dressing 시행 후 주치의에게 notify 하여 간호기록 작성하기		
	01-30 17:00	SR	coccyx sore(5*3*1) 관찰됨. coccyx sore dressing 시행함. by int 000 EHR에 사진 등록 후 Dr 000 에게 유선상 알림.

통증사정

통증사정 하는 경우(Flowsheet)		1) 입원 시 (초기사정)
		2) 진통제를 투여하고 있을 경우 (정기적)
		3) 돌발통 / 새로운 진통제 투여시 (비정기적)
초기평가 / 재평가 / 돌발통 / 중지		
①	[초기평가] - <u>의사소통 가능 환자 : NRS</u> - 의사소통 불가능한 환자 1) 3세 이상 : FPRS(환자가 얼굴표정 선택 가능), FLACC(의사소통 불가능) 2) 3세 미만 : FLACC 3) 중환자실 : CPOT	
②	[통증 재평가] - <u>초기평가 시 NRS 4점 이상이었던 환자</u> - <u>지속적인 약물중재(진통제)를 시행하고 있는 경우(NRS가 4점 미만이어도 시행) > 2시간 뒤 재평가</u> - <u>1일 1회 day duty 때 시행</u>	
③	[돌발통] - <u>NRS 4점 이상일 경우 중재 가능</u> - <u>통증 중재 후 2시간 뒤 효과 평가</u>	
통증 사정 중지하는 방법(Flowsheet)		
사유	중지 사유	내용
정기적 재평가 : 초기통증평가 점수 NRS/FPRS 4점이상, FLACC/CPOT 3점 이상	초기통증평가 점수 NRS/FPRS 4점미만, FLACC/CPOT 3점미만	정기적 통증 재평가 점수가 2점 이하로 2회 측정 시 통증사정 중지 -효과평가 측정 점수는 횡수에서 제외
정기적 재평가: 지속적인 통증 약물 중재	지속적인 통증 약물 중재 중지	지속적인 통증 약물 중재 중지 시 바로 중지
비정기적 재평가: 전동시, 수술/고위험 시술 후, 통증 호소	비정기적 재평가 점수 NRS/FPRS 4점미만, FLACC/CPOT 3점미만	
사망시	사망	
퇴원시	퇴원	
추가		
①	‘초기통증평가 점수 4점 이상’, ‘지속적인 통증 약물 중재’ 2가지 모두 해당 될 때 - 사유: 정기적 재평가: 지속적인 통증약물 중재	
②	2시간 뒤 효과 평가 시 환자 부재인 경우(ex: 투석, RT, 수술, 시간이 걸리는 검사 등) - 통증중재 후 효과평가 : 미해당 선택 오른쪽 버튼 > 메모 > 부재 사유 적기	

초기평가

간호초기평가(성인)

간호초기평가(1) 간호초기평가(2) 간호초기평가(3)

* 환자정보 011 * 기본정보 * 원무수속일시 2024-01-22 11:06 * 필수항목 제외 ☒ 무 ☐ 유 * [사유]

* 병동입원일시 2024-01-22 11:50 * 입원경로 외래 * 입원방법 도보 * 입력자

■ 직업 무 ■ 비고 ■ 경제적 지원 여부 ☒ 불필요 ☐ 필요

■ 종교 불교 ■ 결혼 사별 ■ 언어1 한국어 2

■ 주소지 치료받으러 왔어요 ■ 주소지 발생일 2019

* 입원목적 수술 ■ 입원목적2 * 정보제공자 ☒ 환자 ☐ 보호자

■ 원병력 ☒ ☒ 병력(insight) ☒ 유 ☐ 무 * 과거병력 ☐ 무 ☒ 고혈압 ☐ 당뇨 ☐ 골관절염 ☐ 간염 ☐ 기타

* 알레르기 ☐ 무 ☒ 유 ☒ 임박/주의

■ 사회/문화/종교적 특수성 ☒ 무 ☐ 외국인/국기 ☐ 소고기 금기 ☐ 채식주의자 ☐ 수혈 거부 ☐ 기타

■ 음주력 ☒ 무 ☐ 유(주) ☐ 금주 (종류) 병/회 회/월 [기간] 년 [금주시기]

■ 흡연력 ☒ 무 ☐ 유(종) ☐ 금연 (양) 갑/월 [기간] 년 [기타] [금연시기]

■ 가계도 ☒ 부 ☐ 모 ☒ 배우자 ☒ 아들 1 명 ☒ 딸 1 명

■ 가족력 ☒ 무 ☐ 유 ■ 암 가족력 ☒ 무 ☐ 유

■ 통증 ☒ 통증 > ■ 해외여행력(최근 4주 이내) ☒ 무 ☐ 유 [여행국가] [기간]

* [통증여부] * 무 [경유병원] ☐ 무 ☐ 유 [병원명]

* [음수] * NRS - 0점

■ 욕창 > 23 * 낙상 > 15

2022-11-15 * 현재기록으로 복사 * 단순참조 > * 심장질환 상세정보 * 신장계 상세정보 * 정신건강의학과 상세정보 * 소아청소년 상세정보 * 산모관리정보

MNR211F1 * 정상적으로 실행되었습니다. 2024-01-22 12:12:29.711

처치재료 > 임시지정 서명 이력 종료

입원 시) 간호초기평가의 통증 사정 시행 - 서명 클릭 시 flowsheet 간호사정으로 자동 연동

1

그룹명	항목명	E 01-22 06:00 2024-01-22 06:00	E 01-22 10:34	W 01-22 11:23
낙상예방 및 관리		숨김항목	기록지침	
낙상평가사유				초기평가:입원
낙상 위험...	낙상 위험도 평가도구(성?)			15
낙상평가 중지사유				낙상평가 점수 50점 미만...
욕창예방 및 관리		숨김항목	기록지침	자세변경 보고서
욕창평가...		욕창 평가 사유 (?)		초기평가:입원
욕창위험...	욕창위험도 평가도구(Bra?)			23
욕창평가 중지사유				Braden scale 19점 미만...
통증관리		숨김항목	기록지침	
통증평가...		통증 평가 사유		초기평가:입원
통증평가	통증유무	무	무	무
	통증척도 (?)	NRS	NRS	NRS
	통증강도	0	0	0
통증평가 중지사유				초기통증평가 점수 NR...
Line&Tube 관련 사정		숨김항목	말초정맥관기록지침	상처부위관리
말초정맥관 _1 Lt. Arm 01-22 06:...	말초정맥관구분 # (?)			삽입 부위 관찰
	말초정맥관사정 # (?)			문제없음
	말초정맥관증제 # (?)			

통증 재평가 (정기적인 평가)			
[1일 1회 Day duty 평가(8AM) 후 2시간 뒤 재평가(10AM)]			
(1)	-지속적인 약물 중재중이라면 초기평가 NRS 4점을 넘지 않아도 지속적으로 평가 시행 -간호진단이 '통증' 아니어도 평가 시행		
(2)	지속적인 약물중재 시 ① 외래 약제 중 진통제를 지속적으로 복용중이던 환자로 입원해서도 약제 처방이 있는 환자 ② 부착용 진통제를 붙이고 있는 환자 ③ 수술 후 PCA 또는 PCEA 주입으로 지속적으로 진통제를 맞는 환자 ④ 주사 또는 경구약이 정기적으로 투여되는 환자		

그룹명	항목명	08시	10시
2024-01-19 00:00			
<div> <div>목창예방 및 관리</div> <div> <div>숨김항목</div> <div>기록지침</div> <div>자세</div> </div> </div>			
자세변경			
목창평가...	목창 평가 사유	?	
목창위험...	목창위험도 평가도구(Bra	?	
목창평가 중지사유			
<div> <div>통증관리</div> <div> <div>숨김항목</div> <div>기록지침</div> </div> </div>			
통증평가...	통증 평가 사유	정기적 재평가:지속적인...	
통증평가	통증유무	유	유
	통증척도	?	NRS
	통증강도	5	3
	통증위치	Hip:Rt./수술부위	Hip:Rt./수술부위
	통증양상	쑤심	쑤심
	통증빈도	간헐적	간헐적
	통증기간	급성	급성
	통증중재 후 효과 평가		해당
통증 완화 중재	약물요법	Y	
	비약물요법	Y	
	교육	Y	
통증평가 중지사유			

통증 평가 사유 at 2022-08-25 08:00

항목	선택	상세항목	기록 내용
초기평가	<input type="checkbox"/>		입원
정기적 재평가	<input checked="" type="checkbox"/>		초기통증평가 점수 NRS/FPRS 4점 이상, FLACC/CPOT 3점 이상
비정기적 재평가	<input type="checkbox"/>		지속적인 통증 약물 중재
			중환자
			전동 시
			수술/고위험 수술 후
			통증 호소

초기화 삭제 저장 종료

메모

Targin 5/2.5mg, 10/5mg

통증평가... 통증 평가 사유 정기적 재평가:지속적인...

마우스 R 클릭 '메모'

- 현재 투여중인 약물명 작성

간호기록

- 1) 간호진단이 [통증], [수술] 인 경우 DAR 기록 시
flowsheet 통증평가 + 완화중재 & 간호기록으로[다건]보내기- [그룹 모음]으로 보내기(완화 중재 내용은 제외) → DAR에 사정한 내용 입력
- 2) 간호진단이 '통증'이 아닌 경우
정기적 재평가 Flowsheet 통증평가 + 완화중재 + 2시간 뒤 효과평가 시행 단, 간호기록으로 보내지 않음
- 3) 통증 효과평가 시행 시 필수로 간호기록으로 보내기
- 4) 통증 비정기적 재평가
Flowsheet 통증평가 4점 이상 시에만 SR 간호기록 보내기
(단, 전동 시 간호진단이 [통증] 인 경우 SR이 아닌 DAR에 사정한 내용 입력)

간호기록 예시

08:00	SR	치료상 금식 유지중임
	통증	D: 통증 평가 사유 : 정기적 재평가: 지속적인 통증 약물 중재 통증유무 : 유, 통증척도 : NRS, 통증강도 : 4 , 통증위치 : 수술부위(Abdomen) 통증양상 : 쑤심 , 통증빈도 : 간헐적, 통증기간 : 급성 Mental: alert HS 1L 80cc/hr , PCA IV주입중임. 말초정맥관 삽입부위 부종, 발적 없음. abdomen op site 4군데 medix dressing oozing, bleeding 없이 유지중임. 간병인 상주중임. both side rail kept
		A: 통증을 표현하도록 격려함.
		A: 통증 증가 시 간호사에게 알리도록 설명함.
10:00	통증	R: 통증유무 : 유, 통증척도 : NRS , 통증강도 : 3 통증위치 : 수술부위(Abdomen) , 통증양상 : 쑤심 , 통증빈도 : 간헐적 , 통증기간 : 급성, 통증중재 후 효과 평가 : 해당 통증 경감됨. 추가 진통제 요구 없음.

05:50	SR	통증 평가 사유 : 비정기적 재평가: 통증 호소 통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 6 통증위치 : arm:Lt/수술부위 통증양상 : 쑤심 통증빈도 : 간헐적 통증기간 : 급성 약물요법 : Y 비약물요법 : Y 교육 : Y PRN NS 50ml+Tra 1A IV 투여 작용, 부작용 설명 후 투약 시행함.
07:50	SR	통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 3 통증위치 : arm:Lt/수술부위 통증양상 : 쑤심 통증빈도 : 간헐적 통증기간 : 급성 통증 중재 후 효과평가 : 해당

2) flowseet 통증 사정 후 'SR(간호기록)보내기[다건](R)' 하여 간호기록 하기

그룹명	항목명	04시	06시	08시	15:59	16시
육창(예방)...	육창(예방)중재			Y		
자세변경						
육창평가 중지사유						
통증관리						
통증평가...	통증 평가 사유					
통증중재 후 효과 평가						
통증평가	통증유무	유				
	통증강도	4				
	통증척도	NRS				
	통증위치	기타:원...				
	통증양상	췌심				
	통증빈도	지속적				
통증 완화 중재	비약물요법					
	약물요법	Y				
통증평가 중지사유						
낙상예방 및 관리						
낙상평가사유						
낙상 위험도 평가	낙상 위험도 평가도구(성?)					
평가	제외대상					
낙상평가 중지사유						
환자, 보호자에게 낙상 예...						

1) 통증평가 사유에 오른쪽 마우스 클릭 하기

2) 클릭

SR(간호기록)보내기[다건](R)

간호SR보내기팝업

전체모음 보내기

통증 평가 사유 : 비정기적 재평가:통증 호소 Tra
통증유무 : 유
통증강도 : 4

타이틀모음 3)'보내기' 클릭 보내기

통증 평가 사유 : 비정기적 재평가:통증 호소 Tra
통증유무 : 유

그룹모음 보내기

통증 평가 사유 : 비정기적 재평가:통증 호소 Tra

MEI700FE

확인

? 간호기록으로 전송 되었습니다.
간호기록 화면에서 확인하시겠습니까?

예 아니요

4) '예'클릭하기

클릭하면 자동으로 간호기록화면으로 넘어감

[illegible]

***돌발통으로 간호 중재 (진통제 투여) 후 반드시 2시간 뒤 ‘통증중재 후 효과 평가’ 하기**

3) EHR 메뉴 -> flowsheet -> 간호사정 -> 진통제 투여 후 2시간 뒤 통증 사정->통증 중재 후 효과 평가에 '해당' 입력 -> 간호기록 보내기

통증 중재한 시간으로부터 2시간 뒤로 사정

그룹명	항목명	5월 00시	05:46	07:30	08시	09:30	16시
낙상평가 중지사유							
① 욕창예방 및 관리		<div>숨김항목</div> <div>기록지침</div> <div>자세변경</div> <div>보고체계</div> <div>사정</div>					
욕창평가...	욕창 평가 사유						
욕창위험...	욕창위험도 평가도구(Bra)						
욕창평가 중지사유							
② 통증관리		<div>숨김항목</div> <div>기록지침</div>					
통증평가...	통증 평가 사유						
통증평가	통증유무			유	유		
	통증척도			NRS	NRS		
	통증강도			4	3		
	통증위치			Abdomen...	Abdomen...		
	통증양상			부심	부심		
	통증빈도			간헐적	간헐적		
	통증기간			급성	급성		
통증중재 후 효과 평가				해당			
통증 완화 중재	약물요법						
	비약물요법			Y			
	교육			Y			
통증평가 중지사유							

*간호기록 예시

일시	간호 진단/문제	간호기록
01-26 14:00	SR	<p>통증 평가 사유 : 비정기적 재평가: 통증 호소 통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 6 통증위치 : Abdomen : whole abdomen 통증양상 : 쑤심 통증빈도 : 간헐적 통증기간 : 급성 약물요법 : Y 비약물요법 : Y 교육 : Y</p> <p>PRN NS 50ml +Tra 1A IV 함. 처음 투여되는 약물로 작용, 부작용, 목적 설명함.</p>
01-26 16:00	SR	<p>통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 3 통증위치 : Abdomen : whole abdomen 통증양상 : 쑤심 통증빈도 : 간헐적 통증기간 : 급성 통증 중재 후 효과평가 : 해당</p>

- 1) 통증 호소 시 주치의에게 notify 후 통증 사정 후 간호기록 보내기
(이때, 약물요법은 하지 않았기 때문에 비약물요법과 교육만 체크 해주세요!)
- 2) 주치의가 진통제 처방 후 투여한 시간으로 다시 통증 사정 후 간호기록 보내기
- 3) 진통제 투여하여 통증 사정한 시간 기준으로 2시간 뒤 통증 사정->통증 중재 후 효과 평가에 '해당' 입력 -> 간호기록 보내기

통증을 처음 호소한 시간

주치의 진통제 처방 후 투여한 시간

Notify 시

그룹명	항목명	03:40	03:50	05:50
육창평가...	육창 평가 사유			
육창위험...	육창위험도 평가도구(Bra...			
육창평가 중지사유				
통증관리		<div> <div>숨김항목</div> <div>기록지침</div> </div>		
통증평가...	통증 평가 사유	비평가적 채...	비평가적 채...	
통증평가	통증유무	유	유	유
	통증척도	NRS	NRS	NRS
	통증강도	5	5	3
	통증위치	Abdomen...	Abdomen...	Abdomen...
	통증양상	부심	부심	부심
	통증빈도	간헐적	간헐적	간헐적
통증기간	급성	급성	급성	
통증중재 후 효과 평가				해당
통증 완화 중재	약물요법		Y	
	비약물요법	Y	Y	
	교육	Y	Y	
	통증완화중재의사소통			
통증평가 중지사유				

*간호기록 예시

일시	간호 진단/문제	간호기록
01-26 03:40	SR	<p>통증 평가 사유 : 비정기적 재평가: 통증 호소 통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 5 통증위치 : Abdomen : whole abdomen 통증양상 : 췌심 통증빈도 : 간헐적 통증기간 : 급성</p> <p>Dr. OOO에게 유선상 알림.</p>
01-26 03:50	SR	<p>통증 평가 사유 : 비정기적 재평가: 통증 호소 통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 5 통증위치 : Abdomen : whole abdomen 통증양상 : 췌심 통증빈도 : 간헐적 통증기간 : 급성 약물요법 : Y 비약물요법 : Y 교육 : Y</p> <p>NS 50ml + Keromin 1A IV 함. 처음 투여되는 약물로 작용, 부작용, 목적 설명함.</p>
1-26 05:50	SR	<p>통증유무 : 유 통증척도 : NRS 통증강도 : 3 통증위치 : Abdomen : whole abdomen 통증양상 : 췌심 통증빈도 : 간헐적 통증기간 : 급성 통증 중재 후 효과평가 : 해당</p>

CPR 기록 방법

① 메뉴->기록->CPR 기록 클릭

The screenshot shows the HISYS EHR interface. The top navigation bar includes 'Home', 'Menu', '최근사용', '환자선택', '정보조회', '의사소통', '기록' (highlighted), '처방', '예약', '병등', and '협진'. A yellow box highlights a warning: 'CPR환자로 선택이 되어져 있는지 반드시 확인 후 기록할 것!!' (Check if selected as a CPR patient before recording!!). Below this, a patient selection area shows 'OS /본원' and '박기철 /신야곰'. The sidebar on the right lists various record types, with 'CPR 기록' highlighted at the bottom. The main area shows a 'TO-DO LIST' and a patient body diagram.

② CPR 기록 팝업창이 열리면 신규기록 확인 -> [기록지 작성 지침] 참고

③ [CPR 팀장] 심폐소생술에 참여한 주 진료과 의사 중 상급자를 기재

④ 작성 완료 후 서명 저장 - 서명 시 팀장에게 Notification 전송됨(서명 횟수만큼 전송)

⑤ 임시저장이 가능하며 CPR 내역조회로 이어서 쓰기 가능

The screenshot shows the 'CPR 기록' (CPR Record) form. It includes fields for '환자번호' (Patient Number), '이름' (Name), '발생장소' (Occurrence Location), '발생부서' (Occurrence Department), '기록일자' (Record Date), and '발생일시' (Occurrence Time). A list of checkboxes for '발생 당시 상황' (Situation at the time of occurrence) includes '의식변화(Altered mentality)', '무호흡 또는 비정상적 호흡', '무박동(No pulse)', '서맥(Bradycardia)', '실신(Syncope)', '발작(Seizure)', '질식(Asphyxia)', '청색증(Cyanosis)', '산소포화도 저하(Desaturation)', '인공기도 관련 장애', '출혈(Bleeding)', and '기타'. The form also has sections for '첫 발견자' (First Discoverer), '발송시간, BLS시작' (Transmission Time, BLS Start), 'CPR 팀 도착' (CPR Team Arrival), and '시행일자' (Implementation Date). The bottom of the form has buttons for '기록지 작성 지침' (Record Sheet Writing Guide), 'CPR내역조회' (CPR History Search), 'CPR이력조회' (CPR Record Search), 'CPR상황중' (CPR Situation), '임시저장' (Temporary Save), and '서명' (Signature).

CPR 기록지 작성

① 발생 당시 상황	CPR 발생시점의 상황을 시각과 함께 기록(중복 선택 가능)
② 첫 발견자	중복 선택 가능
③ 방송시간	방송 시 '유' -> 77#으로 직접 전화 방송을 통해 원내 방송한 시각
④ BLS 시작 일시	가슴압박 시작 일시
⑤ CPR팀 도착	심폐소생술 팀 중 최초 의사가 도착한 시각

CPR 기록

신규기록

기본정보

기록지 작성 지침

환자번호

이름

발생장소

간호국

발생부서

기록자

CPR 팀장

기록일자

2024-01-23

발생 당시 상황

발생일시

☐ * 의식변화(Altered mentality)

☐ * 무호흡 또는 비정상적 호흡
(No breathing or abnormal breathing)

☐ * 무박동(No pulse)

☐ 서맥(Bradycardia)

☐ 실신(Syncope)

☐ 발작(Seizure)

☐ 질식(Asphyxia)

☐ 청색증(Cyanosis)

☐ 산소포화도 저하(Desaturation)

☐ 인공기도 관련 장애

☐ 출혈(Bleeding)

☐ 기타

첫 발견자

☐ 의사

☐ 간호사

☐ 보호자

☐ 보조원

☐ 타환자

☐ 기타

기타

방송시간, BLS시작

☐ 방송 유

☒ 방송 무

77# 신고일시

BLS 시작일시

CPR 팀 도착

도착일시

CPR팀장

CPR 팀장



⑥ 가슴압박	1) 가슴압박의 시작시각과 종료시각을 기록 2) 최종 종료 시각은 심폐소생술 팀리더와 확인 3) 가슴압박의 시작 : 심정지가 의심되는 경우 목격자의 판단에 의해 가슴압박이 시작된 시각 4) 가슴압박의 종료 : ROSC 또는 사망 선언을 위해 멈추는 시각(맥박 확인 또는 lucas 적용이나 술기자 교체 등을 위한 일시적 중단의 의미가 아님) 5) ROSC 후 15분 이내에 다시 심정지가 발생한 경우에 행을 추가하여 분리 기록(16분부터는 새로운 CPR 기록지 생성)
⑦ 가슴압박 종료사유	1) DNR : 연명의료중단 상태를 심정지 발생 이후 확인하여 종료한 경우 2) 사망 : 계속되는 CPR에도 ROSC 의 징후가 보이지 않아 담당의사가 소생가능성이 없다고 판단하여 종료한 경우 3) PCPS : VA ECMO 삽입하여 bypass를 시작한 경우

<p>⑧ 기도 유지</p>	<p>1) 산소연결: 중복선택 가능 2) CPR 상황 중 기관 내 삽관시행 시 시술자 및 시각 등을 입력 3) 재삽관 등의 기록은 [추가기록] 활용</p>																	
<p>가슴압박</p>	<div> <input checked="" type="radio"/> 가슴압박(Manual chest compression) <input type="radio"/> 자동 가슴압박기계(Mechanical chest compression) <input type="radio"/> 개흉식 심장마사지(Open cardiac massage) </div> <div> 시행일자 <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> 총소요시간 <input type="text"/> </div> <div> <input type="button" value="행 추가"/> <input type="button" value="행 삭제"/> </div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th colspan="2">시작</th> <th colspan="2">종료</th> <th rowspan="2">소요시간</th> </tr> <tr> <th></th> <th>구분</th> <th>시간</th> <th>구분</th> <th>시간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;"><No data to display></td> </tr> </tbody> </table>	No.	시작		종료		소요시간		구분	시간	구분	시간	<No data to display>					
No.	시작		종료		소요시간													
	구분	시간	구분	시간														
<No data to display>																		
<p>가슴압박 종료 사유</p>	<div> <input type="checkbox"/> 자발순환회복(ROSC) <input type="checkbox"/> 가족요청 <input type="checkbox"/> DNR <input type="checkbox"/> 체외순환보조장치(PCPS) <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="text"/> </div>																	
<p>기도유지</p>	<div> 확보일자 <input type="text"/> <input type="button" value="📅"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> 해당없음 </div> <div> <p>산소연결</p> <input type="checkbox"/> 머리젓히기-턱들기(Head tilt-Chin lift) <input type="checkbox"/> 턱들기(Jaw thrust) <input type="checkbox"/> 입-인후-기도유지기(OPA) <input type="checkbox"/> Bag Valve Mask with O₂ <input type="text"/> L/m </div> <div> <p>인공기도확보</p> <input type="checkbox"/> CPR 전 기관내삽관(Intubation) 되어있음 <input type="checkbox"/> CPR 발생시 기관내삽관(Intubation) 시행 <input type="checkbox"/> CPR 전 기관절개술(Tracheostomy) 되어있음 <input type="checkbox"/> CPR 발생시 기관절개술(Tracheostomy) 시행 <input type="checkbox"/> 윤상갑상연골 절개술(Cricothyroidotomy) <input type="checkbox"/> 성문외기도기 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="text"/> </div>																	

⑨ 초기 심전도 리듬	1) 판단할 수 없을 때는 심폐소생술 팀리더와 상의하여 기록 2) 초기 리듬이 Shockable rhythm 인 경우 EKG strip을 스캔 또는 촬영하여 이미지 파일(확장자JPEG)로 제세동시행의 [심전도이미지>]를 통해 업로드
⑩ 제세동 시행	1) CPR 도중 한번이라도 제세동을 제공하였을 경우 '유' 2) 최초 제세동 시각 / 에너지량 정보만 입력 3) 추가적인 제세동 관련 기록은 [추가기록]에 기록 4) 제세동 시행 후 제세동기에서 자동 출력된 EKG strip을 스캔 또는 촬영하여 이미지 파일(확장자JPEG)로 [심전도이미지>]를 통해 업로드
⑪ 첫 번째 자발순환회복	1) ROSC의 경우 '유' 2) 첫번째 ROSC의 시각 및 활력징후를 기록

● 심정지후 이송	1) 가슴압박 종료사유가 '사망'일 경우 불활성화 2) 가슴압박 종료시각으로부터 15분 경과 시점의 환자 거취상태를 체크						
● 추가기록	1) CPR 상황 중 발생하는 사건, 심전도 리듬변화, 제세동, 사용한 약제, 주요시술, 보호자 설명 등 기술이 필요한 경우 사용 2) 분단위로 [행추가]를 눌러 작성 3) 같은시간에 여러 행 추가하지 않도록 주의						
초기 심전도 리듬	<div>초기 심전도 리듬</div> <div> <input type="checkbox"/> 심실세동(VF) <input type="checkbox"/> 무수축(Asystole) <input type="checkbox"/> 무맥성 심실빈맥(Pulseless VT) <input type="checkbox"/> 무맥성 전기활동(PEA) </div> <div> <input type="checkbox"/> 기타 <input type="text" value="기타"/> </div> <div> 확인일시 <input type="text"/> </div>						
제세동 시행	<div> <input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무 </div> <div> 시행일시 <input type="text"/> </div> <div> <div>행 추가</div> <div>행 삭제</div> </div> <div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th><th>에너지(J)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><No data to display></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div> 심전도 리듬 출력 및 부착 유무 : <input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무 <div>심전도이미지 ></div> </div>	No.	에너지(J)	<No data to display>			
No.	에너지(J)						
<No data to display>							
첫번째 자발순환회복	<div> <input type="radio"/> 유 <input checked="" type="radio"/> 무 </div> <div> 일시 <input type="text"/> </div> <div> V / S : <input type="text"/> </div>						
심정지 후 이송	<div> <input type="checkbox"/> 단위 내 관찰 </div> <div> <input type="checkbox"/> 원내이송 <input type="text" value="원내이송"/> <input type="button" value="Q+"/> </div> <div> <input type="checkbox"/> 원외이송 <input type="text" value="원외이송"/> </div>						
추가기록	<div> <div>행 추가</div> <div>행 삭제</div> </div> <div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th><th>기록일시</th><th>기록내용</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><No data to display></td> </tr> </tbody> </table> </div>	No.	기록일시	기록내용	<No data to display>		
No.	기록일시	기록내용					
<No data to display>							
CPR 기록지 작성 시 주의할 점							
➤	시간 정보를 파악하여 사실만을 기록할 것						
➤	간호기록과 분리할 것(Pulse 소실 시점부터 Pulse 측지 시점까지)						

간호기록 예시		CPR 기록 예시	
08:40	환자 이상하다며 간병인 간호사실로 뛰어나옴. 환자에게 가보니 전신 cyanosis 관찰되며 pulse 촉지 안됨. CPR 기록지로 옮김.	08:40	흉부압박 시행함. CPR 발생 상황 알림.
		08:41	77# 심정지 방송함.
		08:43	제세동기 연결함. 리듬 Asystole 임. Dr ooo 환자 상태 확인함.
		08:45	EKG 리듬 PEA임. IV route 확보중임.
		08:46	IV route 확보하여 Epinephrine 1mg 1A IV 투여 함.
		08:47	Endotracheal intubation 시행함. by Dr ooo (7.0mm, 23cm 고정, 8cc ballooning) EKG 리듬 PEA임.
08:49	ROSC됨. mental : () VS () SPO2 () 측정됨.	08:49	ROSC됨. 간호기록지로 옮김.
08:50	Dr ooo ICU 가자함. 보호자에게 상황 설명 후 중환자실 입실동의서 받 음. by Dr ooo		
➤	제세동기 연결 기록->초기 리듬 확인		
➤	EKG 리듬->2분마다 기록(HR, BP 측정 X , pulse check)		
➤	약물투여->3~5분 마다 epinephrine 1mg 1A IV 투여		
➤	기도유지 및 인공호흡 관련 기록->Intubation 시행한 내용		
➤	보호자에게 상황 및 CPR 계획 설명->환자 상태 설명(자발순환회복 가능성)		
➤	간호기록과의 연결->ex)간호기록상 'pulse 촉지 안됨 CPR 기록지로 옮김.' CPR 기록지상 'ROSC됨. 간호기록지 로 옮김		

연명의료결정제도(DNR)				
[국립연명의료관리기관 홈페이지]				
사전연명의료의향서	임종과정에 있는 환자가 되었을 때를 대비하여 의향을 문서로 작성			
연명의료중단(DNR)		연명의료계획서 작성환자의 경우 EHR에 등록하여 공유 타병원에서 받았어도 주황색으로 뜸 (입원환자의 경우 확인할 것) 재원관리계(연명):2963		
[연명의료결정 상황 및 조건] [연명의료결정법 해당 서식] [처방 코드]				
1. 임종과정 환자판단		[9호] 임종과정에 있는 환자 판단서 (담당의사 및 해당 분야 전문의 작성)	A18901	
2. 환자 의향 확인 (4가지 중 1개 서식 작성)	사전의향서 작성 안함	환자 의사능력 있음	[1호] 연명의료계획서 (담당의사 및 해당 분야 전문의 작성)	A18600
		환자 의사능력 없음	[11호] 연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서(환자가족진술) (환자가족 2인 이상, 담당의사 및 해당 분야 전문의 작성)	A18700
	사전의향서 작성함	환자 의사능력 있음	[12호] 연명의료중단등결정에 대한 친권자 및 환자가족 의사 확인서 (환자가족 전원 합의, 담당의사 및 해당 분야 전문의 작성)	A18700
		환자 의사능력 없음	[10호] 연명의료중단등결정에 대한 환자의사 확인서 (사전연명의료의향서) (의사능력 있음 : 담당의사 1인 작성) (의사능력 없음 : 담당의사 및 해당 분야 전문의 작성)	A18500
3. 연명의료 결정이행		[13호] 연명의료중단등결정 이행서 (담당의사 작성)	A18800	

사전연명의료의향서	환자 의사 결정	작성 필요 서류	
사전의향서 작성함	가능	판단서[9호], 이행서[13호], 확인서[10호]	
	불가능	판단서[9호], 이행서[13호], 확인서[10호]	
사전의향서 작성 안함	가능	판단서[9호], 이행서[13호], 계획서[1호]	
	불가능	이전에 환자 본인이 연명의료중단에 대한 의향이 있었음	판단서[9호], 이행서[13호], 가족진술 2인[11호]
		환자 본인의 연명의료중단에 대한 의향 유무 확인 어려움	판단서[9호], 이행서[13호] 가족 전원 및 의사 확인서[12호]

가족이 서명한 경우: 제출 필요 서류
-가족관계증명서: 환자 기준으로 배우자, 직계비속 직계존속이 모두 나와야 함
-신분증 : 서류에 서명한 가족 모두의 신분증 필요

간호기록	
DNR 작성함(oo 항목 제외) by.Dr.ooo	
가족관계증명서, 신분증 사본 2인(첫째 아들, 둘째 아들) 서류 확인함.	
추가	
▶	작성 필요 서류 모두가 서명완료 되어야 연명의료중단(DNR) 내용이 유효함.
▶	가족관계증명서, 신분증 사본 : 서류 확인 후 환자 퇴원날까지 간호사실에 보관
▶	환자 입원 팔찌 , 침상 앞 이름표에 ‘DNR 스티커’ 부착 하여 직원간 내용 공유

(☐ 위 ☐ 대장) 해당검사에 클릭하여 작성

■내시경 검사 전 간호평가지 → 간호사 작성

혈관촬영실 시술 전/내시경 시술 전 - 시술 환자 점검표 및 낙상에방 간호중재

등록번호 성명 생년월일	<h2 style="text-align: center; margin: 0;">시술 환자 점검표 및 낙상예방 간호중재</h2> <p style="margin: 0;">진료일 : 2023.02.15 직경의(담당의사) : _____</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">나 이 : 78세</p>			
■ 검사일: _____				
단계	확인내용	확인자	서명	미해당
병동/외래 시술실 이동 전	1. 환자확인 : 차트, 개방할 질문 (아름, 등록번호, 또는 주민등록번호 알자리)	병동 / 외래 간호사	(서명)	<input type="checkbox"/>
	2. 동의서, 시술명 의사처방 확인			<input type="checkbox"/>
	3. 시술 부위확인서 및 표시 확인			<input type="checkbox"/>
시술실	1. 환자확인 : 차트, 개방할 질문 (아름, 등록번호, 또는 주민등록번호 알자리)	시술실 간호사	(서명)	<input type="checkbox"/>
	2. 동의서, 시술명 의사처방 확인			<input type="checkbox"/>
	3. 시술 부위확인서 및 표시 확인			<input type="checkbox"/>
	4. 피부상태 확인			
시술 전 피부상태 이상 <input type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 유 (출혈, 멍, 발적, 벗겨짐, 수포이상, 기타: _____)				
시술 후 피부상태 이상 <input type="radio"/> 유 <input type="radio"/> 유 (출혈, 멍, 발적, 벗겨짐, 수포이상, 기타: _____)				
시술직전 Time-out	1. 환자확인 : 차트, 개방할 질문 (아름, 등록번호, 또는 주민등록번호 알자리)	담당교수(주공의)	(서명)	<input type="checkbox"/>
	2. 동의서, 시술명 의사처방 확인	마취통증의	(서명)	<input type="checkbox"/>
	3. 시술 부위확인서 및 표시 확인	시술실간호사	(서명)	<input type="checkbox"/>
	4. 수술장비 확인	방사선사	(서명)	<input type="checkbox"/>
낙상예방 간호중재				
<input type="checkbox"/> 환자: 보호자 낙상 예방 교육 <input type="checkbox"/> 침대 유지 걸림 (siderail 클러킹 / 높이 낮추기 / 바퀴고정) <input type="checkbox"/> 침상 및 주변 정리 정돈 <input type="checkbox"/> 회식 시 보행 보조 및 안내				
시술실 간호사 확인			(서명)	

MRI 검사 전(조영제X) - 자기공명영상(MRI) 안전 체크리스트

[메뉴 - 기록 - EMR서식기록 작성 - 동의서 발행현황 - 동의서 검색 - 자기공명영상(MRI) 안전 체크리스트 - "병동/외래등" 부분 + 서명 작성 후 임시저장!]

환자등록번호/이름

GE

입원일

2023-02-15

병동

M10A

생년월일

주치의

진단명

담관염

저방일

2023-02-23

검색

저방 동의서명

동의서 열기

조회기간

2023-02-15

2023-02-23

임시저장

삭제

목록

검색

동의서명

작성자

상태

저장시간

(기타)수술상지 절단부 및 석상제형 간호증

임시

2023-02-20 08:45:04

수술/수술 부위 확인서

임시

2023-02-16 09:24:26

간호/간호동행서비스 병동 입원 동의서

완료

2023-02-20 08:58:12

신체보호대 착용 동의서

완료

2023-02-20

수술(수술, 검사, 치료) 동의서

완료

2023-02-15 16:40:57

중상정맥관 사용 동의서

완료

2023-02-15 16:39:39

수혈동의서

완료

2023-02-15 16:38:57

중환자실 입실 동의서

완료

2023-02-15 16:38:57

동의서 열기

동의서 검색

선택 동의서

출력하기

삭제

환가제도

동의서명

자주 쓰는 동의서 출력하기 등록

관련 문의

마취동의서

성인진정치료 동의서

(GS) PICC사용 동의서

(GS) 하지정맥류 수술, 시술 동의서

(HO) 말초심혈관 중상정맥관 시술동의서

(기타) Post Coronary ANGIO, CATH. Order(CAS)

(기타) Pre Coronary Angio, CATH. Order(CAS)

(기타) 시술환자 절단부 및 석상제형 간호증

(인쇄) 수술(수술, 검사, 치료) 동의서 첨부서류

코로나19(COVID-19) 검사결과 문자전송 위한 개인정보 및 활동동의서

수술(수술, 검사, 치료) 동의서

수술/수술 부위 확인서

수혈동의서

의사의 권고에 반하는 자발적 퇴원서(자의퇴원서)

(인명) 연명의료결정서(1호)

(인명) 연명의료중단결정 이행서(13호)

(인명) 연명의료중단결정에 대한 진전자 및 환자 가족 의사 확인서(12호)

(인명) 연명의료중단결정에 대한 환자 의사 확인서(사전 연명의료의향서)(10호)

(인명) 연명의료중단결정에 대한 환자 의사 확인서(환자가족 진술)(11호)

등록번호

성명

생년월일

자기공명영상(MRI) 안전 체크리스트

진료일 : 2023.02.21

지정환(담당의사) :

나이 : 19세

이래 항목에 해당되는 경우에 '예' 표시


번호	확인사항	병동/외래 등		점검사항	MRI실 최종확인
		YES	NO		
1	고정물 금속물품 : 치아교정기, 틀니 등 (Tooth Brace, Denture)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	제거함	<input type="checkbox"/>
2	금속물 자성물품 : 머리핀, 앞치마, 신용카드, 통장, 브칭기, 동전, 금속성 파치 등 (Hair Pins, Credit Cards, Coin, etc)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	제거함	<input type="checkbox"/>
3	심장수술 과거력 (Heart Surgery)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
4	심장박동기 (Pacemaker) 삽입형 제세동기 (ICD) 심장 재동기화 치료기 (CRT) 심장도나트 (ICM, ILR)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	가능조건 협제동의	<input type="checkbox"/>
5	뇌수술 과거력 (Brain Surgery)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
6	뇌실-복강간 단락을 (V-P Shunt)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	신경외과 협제	<input type="checkbox"/>
7	신경 자극기 (뇌실부, 척수신경, 말초신경) (Clips for Cerebral Artery)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	가능조건 협제동의	<input type="checkbox"/>
8	인공와우 (Hearing Aid)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	가능조건 협제동의	<input type="checkbox"/>
9	인슐린 펌프 (Insulin pump)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	주사침 제거	<input type="checkbox"/>
10	임신상태 (Pregnancy)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="checkbox"/>
11	Infusion pump 사용	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Dosirflow 교체 또는 수입물단	<input type="checkbox"/>
12	기타 삽입형 인공장치	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	MRI실 문의	<input type="checkbox"/>


확인자

병동/외래 등 : (이름)

MRI 실 : (이름)

1 / 1





동의서 작성 여부 확인

[메뉴 - 기록 - EMR서식기록 작성 - 동의서 발행현황] - 동의서 임시/완료 저장상태 확인

환자등록번호/이름 | GE

입원일 | 2023-02-15 | 병동 | M10A

생년월일 | | 주치의 |

진단명 | 담관염

저방일 | 2023-02-23 | 검색

저방 동의서명

동의서 열기

조회기간 | 2023-02-15 | 2023-02-23 |

임시저장 삭제는 마우스 오른쪽 클릭.

검색

동의서명	작성자	상태	저장시간
(기타)시술환자 정검표 및 낙상예방 간호중재		임시	2023-02-20 08:45:04
수술/시술 부위 확인서		임시	2023-02-16 09:24:26
간호,간병통합서비스 병동 입원 동의서		완료	2023-02-20 08:58:12
신체보호대 적용 동의서		완료	2023-02-20 2023-02-20
수술(시술, 검사, 치료) 동의서		완료	2023-02-15 16:40:57
중심정맥관 시술 동의서		완료	2023-02-15 16:39:39
수혈동의서		완료	2023-02-15 16:38:57
중환자실 입실 동의서		완료	2023-02-15 16:38:57

동의서 열기

동의서 검색 | 세트 동의서 | 즐겨찾기 | 설문지 | 평가척도

검색어를 입력해주세요

동의서명

해당 동의서 검색! 자주 쓰는 동의서 즐겨찾기 등록하면 편해요!

- 마취동의서
- 성인전정치료 동의서
- (GS) PICC시술 동의서
- (GS)하지정맥류 수술_시술 동의서
- (HO)말초삽입형 중심정맥관 시술동의서
- (기타)Post Coronary ANGIO./CATH. Order(CAG)
- (기타)Pre Coronary Angio./CATH. Order(CAG)
- (기타)시술환자 정검표 및 낙상예방 간호중재
- (연핵종)수술(시술,검사)마취 동의서, 침부서류
- 코로나19(COVID-19)검사결과 문자전송 위한 개인정보 및 활용동의서
- 수술(시술, 검사, 치료) 동의서
- 수술/시술 부위 확인서
- 수혈동의서
- 의사의 권고에 반하는 자발적 퇴원서(자의퇴원서)
- (연명)연명의료계획서(1호)
- (연명)연명의료중단결정 이행서(13호)
- (연명)연명의료중단결정에 대한 찬권자 및 환자가족 의사 확인서(12호)
- (연명)연명의료중단결정에 대한 환자 의사 확인서(사전연명의료의향서)(10호)
- (연명)연명의료중단결정에 대한 환자 의사 확인서(환자가족 진술)(11호)

동의서 열기

[메뉴 - 기록 - EMR서식기록 작성 - 병동기록작성 - 치료/검사] 내시경 진정 전 평가지 작성 여부 확인

≡ (10) 경과전체 | 의사처방 | 입원기록 | 임상관찰 | 치료/검사 | 영양기록 | 퇴원

1 / 1 | PREVIOUS | NEXT | 서식 | 예문 | 검색

2023. 02. 20

내시경 진정 전 평가지

■ 과거력

진정/마취경험 예

현재투약상태 있음

알러지 없음

음주 아니요

흡연 아니요

금식 예

■ 개통문진

심혈관계 없음

호흡기계 없음

신경/정신계 없음

내분비계 당뇨

신장계 없음

소화기계 기타 CBDstone, cholangitis

비뇨기계 없음 기타 과민성방광

기타질환 aparoscopic cholecystectomy(23.2.2)

■ ASA Class

경한 전신질환이 있는 환자

■ 진정계획

진정계획 중등진정

진정투약계획 Propofol

Pethidine

■ 신체검진

의식상태 명료

신체검진 없음

보호자 상주 확인서

[메뉴 - 기록 - EMR서식기록 작성 - 동의서 발행현황 - 동의서 검색 - (기타)보호자 상주 확인서]
상주현황 - 해당항목 체크 - 임시저장(태블릿 pc로 서명받기) -퇴원시 상주시간 계산하여 최종 저장(완료)

등록번호
성명
생년월일

보호자 상주 확인서
진료일 : 2023.02.20
지정의(담당의사) :
나 이 : 66세

환자	병동		병실	
	이름		입원 기간	
상주 보호자	이름		환자와의 관계	
	연락처			
상주 현황	구분	<input type="checkbox"/> 의료진 판단 후 지시(보호자 요청 없는 경우) <input type="checkbox"/> 보호자 요청 후 의료진 판단		
	상주 기간	2023년 02월 23일 목요일 (10:00) ~ 2023년 02월 24일 금요일 (16:00) (30시간)		
	① 사유	장서격 지치		
	② 기타			
간호-간병통합서비스 병동 에서 위와 같은 사유로 보호자 상주를 확인합니다. 사적 고용 간병인은 상주할 수 없음 2023년 02월 24일 금요일 상주 보호자 김00 (서명 또는 날인) 확인자 직위 성명 (서명 또는 날인)				

한 양 대 학 교 구 리 병 원
1 / 1
한양대학교구리병원
HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL
전자서명법에 따른 전자서명이 기재된 문서입니다.

등록번호
성명
생년월일

보호자 상주 확인서
진료일 : 2023.02.07
지정의(담당의사) :
나 이 : 75세

환자	병동	91병동	병실	905호
	이름	김00	입원 기간	2023.02.24~
상주 보호자	이름	김00	환자와의 관계	모
	연락처	010-1234-5678		
상주 현황	구분	<input type="checkbox"/> 의료진 판단 후 지시(보호자 요청 없는 경우) <input checked="" type="checkbox"/> 보호자 요청 후 의료진 판단		
	상주 기간	2023년 02월 23일 목요일 (10:00) ~ 2023년 02월 24일 금요일 (16:00) (30시간)		
	① 사유	장서격 지치		
	② 기타			
간호-간병통합서비스 병동 에서 위와 같은 사유로 보호자 상주를 확인합니다. 사적 고용 간병인은 상주할 수 없음 2023년 02월 24일 금요일 상주 보호자 김00 (서명 또는 날인) 확인자 직위 간호사 성명 이00 (서명 또는 날인)				

한 양 대 학 교 구 리 병 원
1 / 1
한양대학교구리병원
HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL
전자서명법에 따른 전자서명이 기재된 문서입니다.

예시

본인전액 부담 동의서

[메뉴 - 기록 - EMR서식기록 작성 - 동의서 발행현황 - 동의서 검색 - 본인전액 부담 동의서- 태블릿pc로 서명]
예) 보호자 상주하여 보호자식 요구할 경우, 다인실에서 1인실(상급병실) 전실할 경우 작성

등록번호
성명
생년월일

본인 전액 부담 동의서
진료일 : 2023.02.20
지정의 :
나 이 : 66세

사유 : 본인은 최선의 치료를 받기 위하여 아래의 내용에 해당하는 부분에 대해서는 본인이 전액 부담 할 것을 동의합니다.

☐ 약재부분 : _____
☐ 치료재료부분 : _____
☐ 행위료부분(검사포함) : _____
☐ 법정정비급여(100/100) : _____
☐ 식대(비급여, V.A.T별도) : □고급식 □보호자식 □기타 ()
☐ 상급병실 이용료 (1인용): - 1인실A : 300,000, 1인실5 : 350,000원
- 간호-간병병동 : 350,000원 (병실료 + 간호간병료 포함)

환자 성명 (서명)
보호자 또는 법정대리인(환자와의 관계) 성명 (서명)

한 양 대 학 교 구 리 병 원
한양대학교구리병원
HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL

ver.24.01

- 4 -

한양대학교 구리병원 간호국

174

항암 화학 요법 (Chemotherapy)

항암 동의서 작성

1. 항암 화학 요법 처음 시작 시

2. 항암제 약물(Regimen) 변경 시

종양경과요약 (혈종경과) 확인

- 환자선택-병동부-**혈종경과**-경과요약, Regimen, Schedule 내용 확인

병동부

환자번호 0

AB+ 00 손

암만료일 2027-08-24

HD 16 POD 지정의 주치의

재원기간 2024.01.04~

2024 01-04 입원 HO

2024 01-04 응급 (~ 2024-01-04) ER

2024 외래 재진

외래

병동

응급

통합

다학제

14

OCS

환자정보

검사결과

PACS

CIS

상병이력

수술이력

방종이력

타병원(외부)

혈종경과

통합치료계획

혈액경과요약

병동

2024 01.04 HO/HO

2023 12.11 HO/HO

2022 08.17 HO/HO

Regimen

Ma...	No	Regimen 명
<input checked="" type="checkbox"/>	1	Pemetrexed Cisplatin Pembrolizumab

Regimen(Dose & Schedule)

Pemetrexed Cisplatin Pembrolizumab

D1	Pemetrexed	500	mg/m2	NS 100ml MIV over 10 mins
D1	Cisplatin	60	mg/m2	NS 150ml MIV over 60 mins
D1	Pembrolizumab	200	mg	NS 100ml MIV over 30 mins

Every 3 w, Total 4 cycle
=> 이후는 5차부터는 Pem/Pem만 시행

주의 !

- 항암 전 신기능(eGFR) 낮은 경우 필요시 Overnight hydration 할 수 있어 abnormal 시 Dr. notify 필요

- 해당 항암제가 필터(Filter) 사용 필요한지 미리 확인 후 prep
(정보조회-의약품집-부록-[항암제 정맥투여 시 필터사용관련 약품목록 알림] 참조)

- 필터 사용 시 위재 처방(X05088:필터만 있는 제품 / X21221:수액라인+조절기+필터)

- 혈종경과 Schedule 과 투약처방의 ※코멘트 모두 비교 확인하여 항암 진행 투약순서 확인

ver.24.01

- 1 -

한양대학교 구리병원 간호국

175

항암 확정 표기

[오전 확정: 9AM 전까지 / 오후 확정: 3PM 전까지]

- 의사 확정 후 약국-항암조제실에서 조제되어 덤웨이터 통해 항암제 전용밀폐용기에 담아서 올람

- 항암제는 TO-DO List 약품명이 빨간색으로 표기됨
- 미확정 항암은 표기안됨
- 확정된 항암은 구분컬럼의 가장 마지막에 [확정(의사-오전)] [확정(의사-오후)]로 표기됨

▶ 투약 ◀

[먹는약]

Akynzeo cap 300/0.5mg(HK이노엔) 1C 1C 1회 M ※ D1

[주사약]

[◆1] 0.9% Sod. Chloride 100ml/BAG(JW중 외) 1BAG 100ml 1회 IVM [확정(의사-오전)]

[◆1] [항암제] Keytruda 100mg/4ml/V(MSD) 2V 200mg 1회 IVM ※ over 0.5hr,[고위험][냉장] [확정(의사-오전)] [Mix]

[◆2] 0.9% Sod. Chloride 100ml/BAG(JW중 외) 1BAG 100ml 1회 IVM [차광] during 10min [확정(의사-오전)]

[◆2] [항암제] Alimta 500mg/V (보령) 1.5V 750mg 1회 IVM [급여]※ [고위험][차광] during 10min [확정(의사-오전)] [Mix]

[◆3] Dexamethasone disodium 5mg/A(유한) 2A 10mg 1회 INF dexamethasone 10 mg + 5% dextrose 50 mL, MIV ; chemotherapy 60 분전[차광]

[◆3] 5% Dextrose 50ml/Bag (대한약품) 1BAG 50ml 1회 INF ※ over 0.5hr

0.9% Sod. Chloride 100ml/B (대한약품) 1BTL 100ml 2회 INF ※ pre/post hydration

항암화학요법 시행 시 주의사항																	
▶	항암제 투여 직전 5 Rights(환자명, 의약품명, 투여경로, 용량, 투여시간) 및 의약품 상태 확인																
▶	항암화학약품의 안전한 투여를 위하여 보호구(마스크, 장갑) 착용																
▶	<ul style="list-style-type: none"> - 항암제 투여 전 정맥 내 유지침을 삽입하고 생리식염수를 통과시켜 개방 여부를 확인한 후, 일혈 및 주사부위에 이상증상이 있는지 확인 - 주입이 유지되는 동안 수액 세트가 분리되지 않도록 주의 - 신체 일부가 항암제에 직접 접촉된 경우 즉시 물과 비누로 씻고, 눈에 튀었을 경우 생리식염수로 세척 																
▶	<ul style="list-style-type: none"> - 항암제 투여 시 약물 과민반응 및 부작용에 대해 환자 & 보호자에게 설명 후 주의 깊은 관찰 필요! - 정맥 내 유지침 관련 부작용(일혈), 위장관계 이상반응(구토, 구내염, 변비, 설사 등) - 부작용 발생 시 즉시 항암제 투여 중단 <ol style="list-style-type: none"> 1) 약물 부작용 발생 시 대처방안 : 즉시 활력징후 측정 후 의사에게 notify 후 필요 시 의사의 처방에 따라 약물적 중재 시행->증상이 모두 소실된 후 주치의 확인하여 재투여 결정 2) 일혈 : 약제에 따라 해독제 또는 냉·온요법 적용 필요시 주사기로 남아있는 항암제와 혈액을 최대한 흡인 후 멸균 드레싱 시행->의사에게 보고 후 부종/발적 등 관찰 및 필요시 추후 처치계획 세우기 - 부작용 발생 상황은 [EHR 간호기록] 및 [항암화학요법 중재기록지]에 기록 																
▶	<ul style="list-style-type: none"> - 항암제 투여 종료 시 용기와 수액세트 분리하지 않고 [항암제 의료폐기물 전용용기] 에 폐기 																
▶	<ul style="list-style-type: none"> - 항암제가 혼합된 상태에서 치료계획이 취소되거나 중단된 경우 [항암제 혼합 폐기 사유서]와 함께 혼합액을 전용밀폐용기에 담아 약제팀 항암조제실로 보내기 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">항암제 혼합 폐기 사유서</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">환자명 :</td> <td style="width: 50%;">성별/연령 :</td> </tr> <tr> <td>등록번호 :</td> <td>병동 :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">진단명 :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">약품명 및 용량 :</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 150px; vertical-align: top;">폐기사유 :</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> 항암제 혼합 폐기 신청일시 : 20 년 월 일 시 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;"> 담당주치의 : (인) 담당 교수 : (인) </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <small>※항암제를 폐기 시에 그 취급자를 위하여 해당 용기(Bottle, Bag)에 항암제 폐기물이라고 기입해 주시고, 차광 봉투로 밀봉하시고 거기에도 항암제 폐기라고 기입해 주세요.</small> </td> </tr> </table> </div>	환자명 :	성별/연령 :	등록번호 :	병동 :	진단명 :		약품명 및 용량 :		폐기사유 :		항암제 혼합 폐기 신청일시 : 20 년 월 일 시		담당주치의 : (인) 담당 교수 : (인)		<small>※항암제를 폐기 시에 그 취급자를 위하여 해당 용기(Bottle, Bag)에 항암제 폐기물이라고 기입해 주시고, 차광 봉투로 밀봉하시고 거기에도 항암제 폐기라고 기입해 주세요.</small>	
환자명 :	성별/연령 :																
등록번호 :	병동 :																
진단명 :																	
약품명 및 용량 :																	
폐기사유 :																	
항암제 혼합 폐기 신청일시 : 20 년 월 일 시																	
담당주치의 : (인) 담당 교수 : (인)																	
<small>※항암제를 폐기 시에 그 취급자를 위하여 해당 용기(Bottle, Bag)에 항암제 폐기물이라고 기입해 주시고, 차광 봉투로 밀봉하시고 거기에도 항암제 폐기라고 기입해 주세요.</small>																	

항암화학요법 중재기록지

▶ 항암약물명 마다 작성

▶ 작성:

[메뉴 - 기록 - EMR서식기록 작성 - 병동기록작성 - 서식 - 간호기록 - [항암화학요법 중재기록지]-서식불러오기]

▶ 작성된 중재기록지 확인: [병동부-전문간호]

* 항암중재 기록지는 시작 간호사와 종료간호사가 다르다면 각각 서명 해야함.

항암시작 간호사: 저장→서명

1

2022. 08. 16		항암화학요법 중재기록지	
전담명	Persons encountering health services for attention to other artificial openings of digestive tract.		
주호소	오심/구토		
투여경로	정맥		
담당의사	의사 : (최정혜/최지혜)		
항암약품명	5-FU 250mg/5mL/V (IV중외) 100 mg 5-FU 1G/20mL/V (IV중외) 1000 mg 5% Dextrose 1L/BAG (IV중외) 1 L		
투여일시 및 서명	시작일시/서명 : 2022-08-16 13:42 시작 간호사 종료일시/서명 : 2022-08-19		
내용	간호중재		
환자확인	<input type="checkbox"/> 이름 <input type="checkbox"/> 생년월일 <input type="checkbox"/> 등록번호		
항암제 확인	<input type="checkbox"/> 약명 <input type="checkbox"/> 용량 <input type="checkbox"/> 투여경로		
보호구 착용	<input type="checkbox"/> 장갑 <input type="checkbox"/> 마스크		
대장자 교육	<input type="checkbox"/> 정맥내 유지침 관련 부작용 교육 <input type="checkbox"/> 약물의 부작용 교육 <input type="checkbox"/> 식이		
정맥 내 유지침 관리	중심정맥 - 종류: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Port (삽입일자 : 2022-08-17) <input type="checkbox"/> 마해당		
부작용 관찰	정맥 내 유지침 관련 <input type="checkbox"/> 없음 약물 부작용 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 식욕부진 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 감각장애 <input type="checkbox"/> 강기능장애 <input type="checkbox"/> 골수기능장애 <input type="checkbox"/> 신기능장애 <input type="checkbox"/> 기타		

항암종료 간호사: 저장→서명

2

2022. 08. 16		항암화학요법 중재기록지	
전담명	Persons encountering health services for attention to other artificial openings of digestive tract.		
주호소	오심/구토		
투여경로	정맥		
담당의사	의사 : (최정혜/최지혜)		
항암약품명	5-FU 250mg/5mL/V (IV중외) 100 mg 5-FU 1G/20mL/V (IV중외) 1000 mg 5% Dextrose 1L/BAG (IV중외) 1 L		
투여일시 및 서명	시작일시/서명 : 2022-08-16 13:42 시작 간호사 종료일시/서명 : 2022-08-19 종료 간호사		
내용	간호중재		
환자확인	<input type="checkbox"/> 이름 <input type="checkbox"/> 생년월일 <input type="checkbox"/> 등록번호		
항암제 확인	<input type="checkbox"/> 약명 <input type="checkbox"/> 용량 <input type="checkbox"/> 투여경로		
보호구 착용	<input type="checkbox"/> 장갑 <input type="checkbox"/> 마스크		
대장자 교육	<input type="checkbox"/> 정맥내 유지침 관련 부작용 교육 <input type="checkbox"/> 약물의 부작용 교육 <input type="checkbox"/> 식이		
정맥 내 유지침 관리	중심정맥 - 종류: <input type="checkbox"/> Port (삽입일자 : 2022-08-17) <input type="checkbox"/> 마해당		
부작용 관찰	정맥 내 유지침 관련 <input type="checkbox"/> 없음 약물 부작용 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 오심 <input type="checkbox"/> 구토 <input type="checkbox"/> 식욕부진 <input type="checkbox"/> 설사 <input type="checkbox"/> 변비 <input type="checkbox"/> 발열 <input type="checkbox"/> 감각장애 <input type="checkbox"/> 강기능장애 <input type="checkbox"/> 골수기능장애 <input type="checkbox"/> 신기능장애 <input type="checkbox"/> 기타		

*시작과 종료 간호사가 다른 경우 항암기록지는 최종 두개가 됩니다.

환자안전사건의 보고절차 [EHR]

1	종류	투약, 낙상, 수술, 분만, 처치/시술, 마취/진정, 검사, 수혈, 감염, 전산장애, 의료장비/기구, 식사, 진료재료, <u>환자의자살/자해</u>, 기타																																																																																																																																																																									
★ 환자안전분류 기준 ★																																																																																																																																																																											
1	근접오류	<ul style="list-style-type: none"> - 발생위험 : 오류가 발생할 위험이 있는 상황 - 도달안함 : 오류가 발생되었으나, 환자에게 도달하지 않음 																																																																																																																																																																									
2	위해사건	<ul style="list-style-type: none"> - 관찰필요없음 : 환자에게 투여/적용되었으나 추가적인 관찰이 필요 없음(ex. 낙상 후 no injury, 통증) - 경과관찰 : 환자에게 투여/적용되었으며 추가적인 관찰 필요함 - 일시적 손상 : 일시적 손상으로 적극적인 중재가 필요함 - 입원기간 연장 : 일시적인 손상으로 입원기간 연장 																																																																																																																																																																									
3	적신호사건	<ul style="list-style-type: none"> - 생명위험 : 생명의 위험, 집중적인 의학적 치료 필요함 - 장애 : 영구적 손상 - 사망 																																																																																																																																																																									
2	보고시기	<p>환자안전사건의 발생을 인지 혹은 목격한 직원은 즉각적인 조치 이후 가능한 빨리 보고할 수 있도록 함.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">적신호 사건</td> <td style="width: 50%;">24시간 이내 QI실 보고</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">위해사건</td> <td>3일 이내 QI실로 보고</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">근접오류</td> <td>자발적 보고</td> </tr> </table>										적신호 사건	24시간 이내 QI실 보고	위해사건	3일 이내 QI실로 보고	근접오류	자발적 보고																																																																																																																																																										
적신호 사건	24시간 이내 QI실 보고																																																																																																																																																																										
위해사건	3일 이내 QI실로 보고																																																																																																																																																																										
근접오류	자발적 보고																																																																																																																																																																										
menu - QPI(공통) - 환자안전보고서 등록																																																																																																																																																																											
3		<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 환자안전보고서 등록 < + 공지사항 새로고침 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">분류 / 환자손상정도</th> <th style="width: 5%;">사망</th> <th style="width: 5%;">장애</th> <th style="width: 5%;">생명 위험</th> <th style="width: 5%;">입원기간 연장</th> <th style="width: 5%;">일시적 손상</th> <th style="width: 5%;">경과 관찰</th> <th style="width: 5%;">관찰 필요없음</th> <th style="width: 5%;">도달 안함</th> <th style="width: 5%;">발생 위험</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>투약</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>낙상</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>수술</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>분만</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>처치/시술</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>마취/진정</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>검사</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>수혈</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>감염</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>전산장애</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>의료장비/기구</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>식사</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>진료재료</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>환자의자살/자해</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> <tr><td>기타</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr> </tbody> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>[환자안전분류 기준]</p> <p>1. 근접오류</p> <ul style="list-style-type: none"> - 발생위험 : 오류가 발생할 위험이 있는 상황 - 도달안함 : 오류가 발생되었으나, 환자에게 도달하지 않음 </div> <div> <p>2. 위해사건</p> <ul style="list-style-type: none"> - 관찰필요없음 : 환자에게 투여/적용되었으나 추가적인 관찰이 필요 없음 (ex. 낙상 후 no injury, 통증) - 경과관찰 : 환자에게 투여/적용되었으며 추가적인 관찰 필요함 (ex. hematoma, contusion(멍) 등) - 일시적 손상 : 일시적 손상으로 적극적인 중재가 필요함 (ex. , Abrasion, Laceration, Fx 등) - 입원기간 연장 : 일시적인 손상으로 입원기간 연장 (ex. Fx로 OP, Hemorrhage 등) </div> <div> <p>3. 적신호사건</p> <ul style="list-style-type: none"> - 생명위험 : 생명의 위험, 집중적인 의학적 치료 필요함 - 장애 : 영구적 손상 - 사망 </div> </div> <p>[환자안전사건]</p> <p>질병이나 치료결과와 무관하게 업무절차 수행과정의 실수나 문제로 인해 환자에게 위해가 발생했거나, 위해가 발생될 뻔한 사건을 의미함.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <p>일련번호: 1</p> <p>(환자안전분류 기준)</p> </div> <div> <p>공지사항</p> </div> </div> </div> </div>										분류 / 환자손상정도	사망	장애	생명 위험	입원기간 연장	일시적 손상	경과 관찰	관찰 필요없음	도달 안함	발생 위험	투약	●	●	●	●	●	○	○	○	○	낙상	●	●	●	●	●	○	○	○	○	수술	●	●	●	●	●	○	○	○	○	분만	●	●	●	●	●	○	○	○	○	처치/시술	●	●	●	●	●	○	○	○	○	마취/진정	●	●	●	●	●	○	○	○	○	검사	●	●	●	●	●	○	○	○	○	수혈	●	●	●	●	●	○	○	○	○	감염	●	●	●	●	●	○	○	○	○	전산장애	●	●	●	●	●	○	○	○	○	의료장비/기구	●	●	●	●	●	○	○	○	○	식사	●	●	●	●	●	○	○	○	○	진료재료	●	●	●	●	●	○	○	○	○	환자의자살/자해	●	●	●	●	●	○	○	○	○	기타	●	●	●	●	●	○	○	○	○
분류 / 환자손상정도	사망	장애	생명 위험	입원기간 연장	일시적 손상	경과 관찰	관찰 필요없음	도달 안함	발생 위험																																																																																																																																																																		
투약	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
낙상	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
수술	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
분만	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
처치/시술	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
마취/진정	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
검사	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
수혈	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
감염	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
전산장애	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
의료장비/기구	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
식사	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
진료재료	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
환자의자살/자해	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		
기타	●	●	●	●	●	○	○	○	○																																																																																																																																																																		

환자안전보고서 등록

환자안전사고보고서

+

일반사항

* 보고서번호

* 부서

투약

* 보고부서

Z23 Q' 구리병원

* 보고유형

001 - 자발보고

* 환자번호

Q'

* 성별

* 진료과

Q'

입원병동

Q'

관련과/부서1

Q'

관련과/부서2

Q'

발생일시

* 발생장소

발생부서

Q'

발생장소기타

* 사고경위 및 중재 (600원칙)

* 사례연지일

2023-03-07 10:34

제출일시

설명여부

Y

원인 및 개선방안

첨부파일1

추가

삭제

PC로 저장

첨부파일2

추가

삭제

PC로 저장

상세 보고 사항

약작용구분

* 약물코드

Q'

* 투여경로

QPS약곡분

투여 일회량

0

제형일차

재고장소

투여 횟수

0

* 발생단계

투약번호

* 투여 횟수

0

* 투여 일수

0

* 사고종류(다중선택)

☐ 다른환자

☐ 다른환상

☐ 다른용법

☐ 다른제형

☐ 처방누락/중복

☐ DC/반납처방

☐ 알약지킴

☐ 보관방법

☐ 약물정보

☐ 장비관련

☐ caution

☐ 기타

☐ 다른의약품

☐ 다른시간

☐ 다른타별

☐ 다른장소

☐ 금기(임부금기 등)

☐ 미용인약

☐ 정제법

☐ 유통기한

☐ 투약중복/누락

☐ 알람

☐ 다른경로

사고종류_기타

* 위험요인(다중선택)

☐ 비슷한 약 근접배치

☐ 유사코드

☐ 유사모양

☐ 약 재사용

☐ 실수/직각

☐ 진피망

☐ 복합한 Line

☐ 고농도 약물

☐ 약 상태 확인 안함

☐ 의사소통

☐ 다양한 장비

☐ cosign 절차 미준수

☐ 복약 불이행

☐ 표준절차 없음

☐ 기타

☐ 잘못된 계산

☐ 유사발음

☐ 기기 고장

☐ 검사 미준수

☐ 혼돈시킨 처방

☐ 세로처방

☐ PDA처방

☐ 열간상태

☐ 지식/경험부족

☐ 구두/전화처방

☐ 타인이 준비/투약

☐ 부정확한 약물정보

☐ 기기세팅/조작

☐ 환자정보확인안함

위험요인_기타

의사소통from

의사소통to

등록

임시저장

제출

삭제

종료

- 빨간 박스 모두 채우기
- 상세 보고 사항의 박스들은 모두 채울 것

여시

사고경위 및 중재

1. 육하원칙으로 작성
 - : 2021년 7월 14일 3:30am, 보호자 상주중인 환자로 보호자 수면중이었고 보호자 도움없이 화장실 가려 침대에서 내려오다 오른쪽 다리 힘 풀려 엉덩방아 찢음.
 - 통증 호소하며 오른쪽 엉덩이에 1*1cm contusion 관찰됨.
2. 발생시점
 - : V/S 36.5-80-20 BP 120/80mmHg
3. 주치의 보고 상황
 - : Dr.ooo 에게 notify함. Dr.ooo 환자 상태 직접봄. Tridol 1A 주고 Pelvis Series 촬영하자함.
4. 검사 및 결과
 - : Pelvis Series 촬영 결과 fracture 소견 없음.

원인 및 개선방안

- [원인] : 새벽에 보호자 도움없이 혼자 화장실을 가려고 함.
- [개선방안]
1. 수면 전 배뇨를 할 수 있도록 배뇨 rounding을 시행
 2. 보호자 수면 중에도 이동 시 보호자 도움을 받도록 교육
 3. 보호자의 도움을 받을 수 없을 경우 call bell을 꼭 사용하도록 교육

CSR 청구

①Menu - 원내공통 - 중앙공급 - 멸균품 청구

CSR 물품들은 병동별로 보유량이 각각 다르게 됨

멸균품 청구

구분기구/세트차용멸균의뢰소모품/린넨외래-2

~01:00pm

청구일자2023-02-10

부서

이미지 조회

조회(F2)

선택	물품코드	물품명	보유량	교환/청구량	공급량	특이사항	청구일시	청구자명
<input type="checkbox"/>	S101003	Bone marrow set	1					
<input type="checkbox"/>	S101007	Dressing set	15					
<input type="checkbox"/>	S101008	Foley set	2					
<input type="checkbox"/>	S101009	Incision set	1					
<input type="checkbox"/>	S101012	Spinal set	2					
<input type="checkbox"/>	S101014	(뿔뿔) Cut down set	1					
<input type="checkbox"/>	S101015	Suture set	2					
<input type="checkbox"/>	S301003	Can(s)-9.5cm	4					
<input type="checkbox"/>	S301005	Can(M)-12cm	4					
<input type="checkbox"/>	S301007	can(L)-16cm	5					
<input type="checkbox"/>	S401001	Kelly	3					
<input type="checkbox"/>	S401012	Long kelly	1					
<input type="checkbox"/>	S401019	Bowl(M)-16cm	3					
<input type="checkbox"/>	S401023	대야	2					
<input type="checkbox"/>	S401027	Hemostat st.	1					
<input type="checkbox"/>	S401032	Scissor st.	5					
<input type="checkbox"/>	S401052	JAR (Small)	1					
<input type="checkbox"/>	S401053	Forcep jar	9					
<input type="checkbox"/>	S401055	Tray W/C 13x23	2					

차용미반납내역

청구일자2023-01-09 ~ 2023-02-10

전체내역

청구일자	물품코드	물품명	청구량	공급량	현반납량	잔량	반납일	순번	반납일	물품코드	CSR물품명	반납량	확인여부	확인자
<No data to display>														

저장

이력삭제

부서별 멸균의뢰 Set >

청구구독자

입력

삭제

저장

출력

일괄출력

종료

구성품

코드	물품명	수량
<No data to display>		

②'교환/청구량'칸에 항목별로 CSR에 내려야되는 개수들 입력

③입력 완료 후 우측 하단 '저장'버튼 클릭 후 출력해서 병동 파일에 꽂아두기

차용 (~1PM까지 신청가능)

①좌측 상단 '차용' 클릭

②하단 '입력' 클릭 후 '차용'해야하는 항목 검색하여 선택

③청구량 입력 후 '저장'클릭

☆차용물건 반납은 멸균의뢰 입력 시 청구란에 차용한 물건을 합산하여 기록

멸균의뢰 (~7AM까지 신청가능)

①좌측 상단 '멸균의뢰' 클릭

②하단 '입력' 클릭 후 '멸균의뢰' 해야하는 항목 검색하여 선택

③청구량 입력 후 '저장' 클릭

소모품/린넨 (~7AM까지 신청가능)

①좌측 상단 '소모품/린넨' 클릭

②하단 '입력' 클릭 후 '소모품/린넨' 청구 해야하는 항목 검색하여 선택

③청구량 입력 후 '저장' 클릭

ver.23.02

한양대학교 구리병원 간호국

181

[V]

약품관리



고위험 의약품 주의사항

[고위험 의약품 투여 시 주의사항 및 부작용 발생 시 대처방안]

약품	투여 시 주의사항	부작용 발생시 대처방안
Ketamine	<ul style="list-style-type: none"> 실제 사용량과 규격의 차이가 커서 오류의 가능성이 높으므로 함량과 규격 단위에 주의하여 처방 및 투여함 (1Vial = 500mg/10ml/Vial) 마취 기술에 숙련된 의사에 의해 투여. 환자가 완전히 각성이 될 때까지 환자의 상태를 관찰함. 	<ul style="list-style-type: none"> 부작용 : 서맥, 호흡억제 대처방안 : 즉시 투여를 중지하고 주치의에게 보고하며, 모니터링하며 처방에 따름.
KCl 40mEq/20ml	<ul style="list-style-type: none"> 반드시 희석하여 투여. 말초정맥 최고농도 : 80mEq/L 중심정맥 최고농도 : 200mEq/L 투여속도 : 최대 20mEq/hr 혈관의 개존성을 확인한 다음 희석된 전해질을 연결하고 수시로 혈액 역류를 확인함. 	<ul style="list-style-type: none"> 부작용 : 고칼륨혈증 (혈청칼륨농도 상승, 근육마비, 심전도 변화 등) 대처방안 : 즉시 투여 중지하고 주치의에게 보고하며, 모니터링하며 처방에 따름
NaCl 40mEq/20ml	<ul style="list-style-type: none"> 반드시 희석하여 투여. 혈관의 개존성을 확인한 다음 희석된 전해질을 연결하고 수시로 혈액 역류를 확인함. 	<ul style="list-style-type: none"> 부작용 : 울혈성심부전, 부종, 산증, 혈청전해질이상 대처방안 : 즉시 투여 중지하고 주치의에게 보고하며, 모니터링하며 처방에 따름
Heparin	<ul style="list-style-type: none"> 혈소판, aPTT 모니터링 응고시간이 치료범위 이상 길어지거나 출혈이 있으면 처방에 따라 투여를 중단함. 	<ul style="list-style-type: none"> 이상 출혈 발생 시 즉시 투여를 중지하고 주치의에게 보고하며, 처방에 따라 해독제를 투여함 해독제 : protamine sulfate를 헤파린 1000 IU 당 1~1.5ml (10~15mg)을 투여함.
Rocuronium	<ul style="list-style-type: none"> 산소공급, 환자감시장치 필요 신경근차단제의 작용과 사용에 숙련된 임상 의사의 감독하에 투여 	<ul style="list-style-type: none"> 부작용 : 주사부위 통증/반응, 활력 징후의 변화 및 신경근 차단 효과의 연장(호흡근란 또는 무호흡 유발) 등 대처방안 : 지연형 호흡억제가 나타날 경우 자발적 호흡이 회복될 때까지 호흡관리를 하고, 자발적 호흡이 회복되기 전에는 호흡기적 보조가 필요하므로 주의깊게 모니터링 해야함. 신경근차단 역전제 : 슈가마덱스^[1], 아세틸콜린에스테라제 억제제^[2]
Succicholine	<ul style="list-style-type: none"> 산소공급, 환자감시장치 필요 인공호흡 및 삽관에 숙련된 의사에 의해서만 사용 	<ul style="list-style-type: none"> 부작용 : 속, 악성고열, 기관지경련, 지연성 무호흡증 등 대처방안 : 이상증상이 나타나는 경우 즉시 투여를 중지하고 적절한 처치를 함.
Insulin (vial)	<ul style="list-style-type: none"> 함량과 규격 단위에 주의 주사부위가 반복되지 않도록 주의. 	<ul style="list-style-type: none"> 부작용 : 저혈당, 당뇨병성 케톤산증, 당뇨병성 망막증 등. 저혈당 대처방안 : 당질섭취.

[1] 슈가마덱스 : Brethon 200mg/2ml/V(sugamadex)

[2] 아세틸콜린에스테라제 억제제(Acetylcholinesterase inhibitor, AChEI)

: 1)Neostigmine methylsulfate 0.5mg/A(neostigmine), 2)Pigmin 5mg/A(Pyridostigmine)

1회 추가 투약담당(계산)
약품반납
구두처방입력(약)
단독포장
수가조회
투약일수조회
약품출발조회
처방법도입력 (약/주사/겔사)
투약약품출력 (회수별)
투약량별 출력
투약일별서서 (KIMS)
약품이상반복보고
약품파손발생보고
약품수발생보고조회
약품다수형보고
약품다수형보고조회
투약이력조회
최저한정사고보고 등록

- 수령반납 : 약국에서 출고된 약품을 반납.
필요시 횡수 수정하여 실물약품&반납리스트와 함께 약국으로 보냄

약반납


 회수 수정 가능
 경구약 기본값: 회수 기입되어 있음
 주사약 기본값: 회수칸 비어있음

미수령 반납 조회(출력 안됨), 수령 반납, 마약/향정 잔량리스트 출력 화면

약 선택이 안되면 체크 풀어보기

부서	수납	처방명	출판일시	출판자	약국명	약국별입원일시
		102480	2020-08-12 16:01	EMR		
		102480	2020-08-12 16:01	EMR		
		102480	2020-08-12 16:01	EMR		

입원리스트등록

반납리스트 출력,
 마약/향정 주사제 잔량리스트 출력
 (전체를 선택하더라도 미수령 반납은 출력 안됨
 약국반납확인한 약품-회색배경색-출력 안됨)

	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	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

기초수액 리스트

약품코드	약품명
MNS-45	0.45% Sod. Chloride 1L/Bag (JW중외)
MPN-S	0.9% Sod. Chloride 100ml/B (대한약품)
MPN-SC	0.9% Sod. Chloride 100ml/BAG(JW중외)
MN-SBA	0.9% Sod. Chloride 1L/Bag 방광세척용(JW중외)
MNS	0.9% Sod. Chloride 1L/Bag(JW중외)
MNS25	0.9% Sod. Chloride 250ml/bag (대한약품)
MNS5CJ	0.9% Sod. Chloride 500ml/BAG (HK이노엔)
MPN-S5	0.9% Sod. Chloride 50ml/B(대한약품)
M10DWNAK-1	10% Dextrose & Na, K 1 1L/Bag (JW중외)
M10DWNAK-2	10% Dextrose & Na, K 2 1L/Bag (JW중외)
M10DWB	10% Dextrose 1L/BAG (JW중외)
M10DW5	10% Dextrose 500ml/BAG (JW중외)
MP20DW	20% Dextrose 600ml/BAG (JW중외)
MMANI10	20% D-mannitol 100ml/Bag(대한약품)
MNS3	3% Sodium Chloride 500ml/B(대한약품)
M5DWNAK2-5	5% Dextrose & K/Na 2 500ml/Bag(대한약품)
M5DWNAK-2	5% Dextrose & Na, K 2 1L/Bag (JW중외)
MP5DW	5% Dextrose 100ml/B (JW중외)
M5DWB	5% Dextrose 1L/BAG (JW중외)
M5DW2	5% Dextrose 200ml/B(JW중외)
M5DW5JW	5% Dextrose 500ml/BAG (JW중외)
MP5DW5	5% Dextrose 50ml/Bag(JW중외)
M5DNAK1	5% Dextrose Na K 1 1L/Bag(HK이노엔)
MDSB	5% Dextrose/sod. chloride 1L/BAG(HK이노엔)
MDS5B	5% Dextrose/sod.chloride 500ml/BAG(HK이노엔)
M50DW5	50% Dextrose 100ml/B (JW중외)
MHD1000	Hartmann's DEX inj 1L/Bag(대한약품)
MHD5	Hartmann's Dex soln 500ml/Bag (JW중외)
MHS	Hartmann's soln 1L/BAG (HK이노엔)
MH-S5B	Hartmann's soln 500ml/BAG(HK이노엔)
MHMS-Z	Hemosol B-Zero 5L/Bag (박스터)
MSALN3	N/S 0.9% 3L/Bag(HK이노엔)
MPXL-P5	Phoxilium phosphate sol. 5L/Bag(박스터)
MSD1-4	SD 1:4 500ml/B (JW중외)
MW1000	Water for injection 1L/B (JW중외)

미수령 반납

조제전 반납

GASMOTIN TAB 5mg (대중) (일수: 1일분)

반납 **조제전 반납** 3 회

간호요청/임상시험 약제는 총량반납만 가능
▶ 반납은 1회량 * 횟수 입니다.

확인 닫기

MNW010FB ★ 정.2020-08-11 23:05:12:702

약반납

WINUF PERI 1085ml/BAG (중외) (일수: 1일분)

반납 1회량: 1BAG 1 회

반납형태 **5 - 미수령반납**

▶ 반납은 1회량 * 횟수 입니다.

확인 닫기

MNW010FB ★

조제전, 조제중 약품은 미수령 반납함.

실물약품을 받지 않은 상태이므로 약품이 출고되지 않도록 약품반납 처리함.

조제중반납은 약품반납관리 화면에 리스트되어 '미수령반납'으로 조회는 가능하나 반납리스트 출력이 안되며, 약국으로 내릴 필요도 없음.

조제전반납은 약품반납관리 화면에 나오지 않음

마약/향정약품 반납 리스트 출력

약품반납관리

* 조회일자: 2020-08-13 00 ~ 23 환자정보 환자번호 Q 환자명 약구분 일반 마약/향정 잔량/폐기(마약/향정) 조회 (F2)

* 처방장소: 병동 M20 팀 응급 외래 마약/향정 종류 출력옵션 미리보기 출력자료 제외

* 수술/회복 기타 투석실 마약/향정 경우 ☒ 포함 **경구 포함해야 리스트에 나옴** 상세 >

반납일시	처방일	병실	환자번호	환자명	약품코드	약품명	처방횟수	1회량	반납횟수	반납량	총반납량	반납사유	입고수량	반납자	처방부서	수납	처방문
2020-08-13 21:58	2020-08-13	33-01	S*박	MPETH2	PETHIDINE HCL 25mg/A (제	1	0.5A	1	25mg	25mg	수령반납		EMR	M20		102480	
2020-08-13 21:59	2020-08-13	33-01	S*박	MMDZ5	MIDAZOLAM 5mg/A (부광)	2	1A	1	5mg	5mg	수령반납		EMR	M20		102480	
2020-08-13 21:57	2020-08-13	33-01	S*박	DHAT	ATIVAN TAB 1mg (일동)	1	1T	1	1mg	1mg	수령반납		EMR	M20		102480	

※ 약반납 횟수수정은 수납 R일 경우 불가능

MNZ900F1 ※ 정상적으로 실행되었습니다. 2020-08-13 22:10:14:548

■ **마약/향정약품 수령반납 :**

①[메뉴]-[병동]-[TO-DO List]에서 마약/향정 **약품반납**

②[메뉴]-[처방]-[약품반납관리]-약구분「마약/향정」에서 **마약류 주사제 반납리스트** 출력 (2장 출력됨 : 약제부, 사용부서용)

③향정
향정 약품 & 마약류 주사제 반납리스트(2장)를 **6PM 이후** 약국으로 내림

④마약
마약 & 마약류 주사제 반납리스트(2장)를 **수시로** 약국으로 내림

※ 반납완료 후 마약류 주사제 반납리스트(사용부서용)이 올라옴.

약품반납 수정/취소

① 반납한 약품(파란색글씨) 마우스 우클릭-[약품반납 수정/취소] 클릭

▶ 투약 ◀

순서	전일 처방	약품명	처방량	반납량	반납사유	반납자	수정가능
8	N/S 1L/BAG (중외)	1	BAG	1회 IV	추가		출고
9	URSA TAB 200mg (대중)	1	T	3회 3P			출고
10	FOICHOL TAB 200mg (팜비오)	1	T	3회 3P	※ [유사발음]		출고
11	TRIDOL CAP 50mg (유한)	1	C	3회 3P	※ [유사발음][자광]		출고
12	D/C/NORZYME CAP 457.7mg (팜비오)	1	C	3회 3W	※ [자광]	D/C	출고
13	D/C/RABEKHAN TAB 20mg (중외)	1	T	1회 WM	D/C		출고

1회추가
투약용량(계산)

약품반납
약품반납 수정/취소

② 반납삭제 또는 반납량 수정/취소 (단, 수정가능 Y일 때)
미수령반납은 반납량 수정 안됨

약품반납 수정/취소

환자번호 0261 이기철 조회

반납일시 2020-10-06 21:30 반납량 3 회 반납사유 수령반납 반납자 수정가능 Y

반납횟수 수정

반납삭제 확인(수정) 종료

MNZ500F3 ★ 정상적으로 실행되었습니다. 2020-10-07 09:07:04:314

확인

00071988 환자의 2020-10-07 08:55 일자 반납정보를 삭제하시겠습니까?

예 아니요

마약/향정

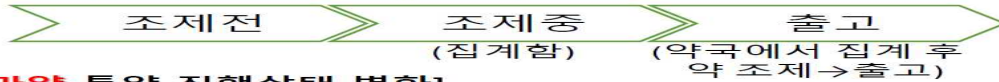
마약/향정 투약 진행과정

To-do list 마약 처방 확인 → 조제중 → 출고 → 약국에서 직접 수령(기능원, 서무원)

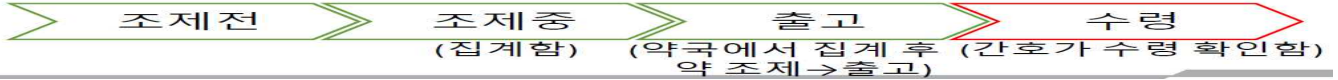
[마약 : 처방 '보라색']

투약				진행상태			
14	GASOLIN TAB 5mg (대중)	1	T	5회 3A	조제중	30.00/	12.00/ 17.00/
15	(※1) N/S 50ml/B (중외)	1	BT	2회 IMX	조제중		
16	(※1) TRIDOL 50mg/A (유한)	1	A	2회 IMX	조제중	30.00/	
17	WINUP PER 100Sml/BAG (중외)	1	BAG	1회 IV	조제중	30.00/	
18	N/S 1L/BAG (중외)	1	BAG	1회 IV	조제중	30.00/	
19	MIDAZOLAM 5mg/A (부광)	0.5	A	1회 IV	출고	30.00/	
20	PETHIDINE HCL 25mg/A (제일제약)	0.5	A	1회 IV	출고	30.00/	
21	FENTANYL CITRATE 0.1mg/A (하나)	1	A	1회 IV	출고	30.00/	

[일반약품 투약 진행상태 변화]



[마약 투약 진행상태 변화]



①처방확인 후 TO-DO List에 마약이 리스트됨

- **금일** 처방 마약은 의사가 '응급'으로 지정하지 않아도 처방시 자동으로 응급약으로 내려지며, 추가응급으로 5초마다 집계되므로 조제전→조제중으로 5초만에 진행상태 바뀜)
- **익일** 처방 마약은 약제팀에서 정규 수동 집계함

15	PETHIDINE HCL 25mg/A (제일제약)	0.5	A	1회 IV	※ [자광]	추E	조제중
----	-----------------------------	-----	---	-------	--------	----	-----

약국에서 마약을 받아오면 수령 확인을 해야함. (주사만 해당)

마약/향정 수령 처리

※ 모든 주사 마약/향정은 수령 처리 해야함
(경구, 외용약은 수령 대상아님)

▪ 마약과 향정 주사약은 수령 처리 이후에 **Acting** 가능함!
(비치 약품은 차감되어 사용가능)

안내

[마약/향정대상] 비치 관리 되지 않는 약품의 경우 수령이후 Acting 가능합니다.

확인

Menu	처방	예약	병동	ICU	응급	외래	협진	회송
	저지/재도입력	비						
	저지/재도입납	비						
	저지재도 발행 현황	비						
	약품한납관리	비						
	약품식별 오류/조회	비						
	투약이력조회	비						
	마약관리							마약수령확인
	혈액관리							마약저항조회/출력(개별)
	영양관리(TPN)							마약저항조회/출력(일괄)
	저방조회	비						마약/향정대상
	병리검사용 바코드 출력	비						마약보유현황
	수술마취 약품한납관리	비						

▪ 출고되지 않은 마약/향정 주사약은 수령 대상이 아님
(선택 체크 안됨)

마약수령확인									
부서	M20	처방일자	2020-08-17						
선택	환자명	환자번호	처방번호	약품명	마약수량	단위	상태	수령일시	수령자
<input checked="" type="checkbox"/>	S*박두근	19742048	372861	PETHIDINE HCL 25mg/A (제일제약)	12.5 mg	1회 IV	출고		
<input checked="" type="checkbox"/>	S*박두근	19742048	372864	2% FRESOFOL MCT 1g/V (프레지니우스...)	1 g	2회 IV	출고		
<input checked="" type="checkbox"/>	S*박두근	19742048	372873	MIDAZOLAM 5mg/A (부광)	2 mg	1회 IV	출고		
<input type="checkbox"/>	S*박두근	19742048	372875	FENTANYL CITRATE 0.1mg/A (하나)	0.1 mg	1회 IV	미출력		



마약/향정 수령확인 후 회색 배경색으로 변함.
상태가 불출→수령으로 바뀌며, 선택 체크가 안됨

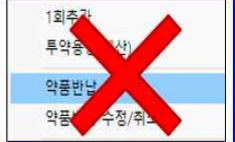
마약수령확인									
부서	M20	처방일자	2020-08-17						
선택	환자명	환자번호	처방번호	약품명	마약수량	단위	상태	수령일시	수령자
<input type="checkbox"/>	S*박두근	19742048	372861	PETHIDINE HCL 25mg/A (제일제약)	12.5 mg	1회 IV	수령	2020-08-17 15:18	EMR
<input type="checkbox"/>	S*박두근	19742048	372864	2% FRESOFOL MCT 1g/V (프레지니우스...)	1 g	2회 IV	수령	2020-08-17 15:18	EMR
<input type="checkbox"/>	S*박두근	19742048	372873	MIDAZOLAM 5mg/A (부광)	2 mg	1회 IV	수령	2020-08-17 15:18	EMR
<input type="checkbox"/>	S*박두근	19742048	372875	FENTANYL CITRATE 0.1mg/A (하나)	0.1 mg	1회 IV	미출력		

마약/향정 acting 후 잔량반납

· 마약/향정약품 잔량반납 :

①[메뉴]-[병동]-[TO-DO List]에서 마약/향정 Acting
※Acting을 해야 반납할 수 있는 잔량이 생성됨

※잔량반납은
TO-DO List에서
약품반납 클릭
하지 않음



②[메뉴]-[처방]-[약품반납관리]-약구분「잔량/폐기(마약/향정)」에서 마약/향정 주사제 잔량리스트 출력
(2장 출력됨 : 약제부, 사용부서용)

③실물 잔량 & 마약/향정 주사제 잔량리스트 2장(약제부, 사용부서용)에 간호사 서명하여 약제팀으로 내림

④마약/향정 주사제 잔량리스트(사용부서용)에 약국 서명하여 올려주면 부서에서 보관

간호사 서명 필수
(병동명X)

· 잔량 반납



잔량용기를 밀봉하여
환자명, 마약명, 마약 잔량 기입

잔량반납일자 : 2020-10-26		마약/향정 주사제 잔량리스트 (사용부서용)		약국 서명받아 부서보관		사용부서		약제부				
No	처방일	병실	환자번호	환자명	약품코드	약품명	투약번호	처방번호	회차	1회량	잔량	폐기량
2020-10-26	31-			MMDZ5	MIDAZOLAM 5mg/A (부광)	364	138470	1	2.5mg	2.5mg		

잔량반납일자 : 2020-10-26		마약/향정 주사제 잔량리스트 (약제부)		약국에서 보관		사용부서		약제부				
No	처방일	병실	환자번호	환자명	약품코드	약품명	투약번호	처방번호	회차	1회량	잔량	폐기량
2020-10-26	31-			MMDZ5	MIDAZOLAM 5mg/A (부광)	364	138470	1	2.5mg	2.5mg		

마약/향정 sign

20	[7] N/S 100ml/B (중외)	1	BTL	1회 CIV	추가	출고	22:00/김	00:03/Fin	1	ACTING
	[7] ULTIAN 5mg/V(한림)	1	V	1회 CIV	추가	수령	22:00/김	00:03/Fin		인중/출력 이력조회(Z)

<생성배경>

마약대장과 관련하여 투약으로 2회차 기록이 들어가면서

중복으로 마약대장에 기록됨

모든 수액마감 액팅에 사용권장

마약은 반드시 사용

<사용법>

1. 해당 약 2회차 마우스 R Acting 버튼 클릭

2. Finish 버튼 클릭

3. 자동으로 N/A 코드 선택되며 클릭한 순간

Comment 칸에 현재시간과 finish 글자가 들어옴

4. Comment 칸에서 시간 수정가능

5. 서명

마감서명에 '투약'으로 서명하면 마약/향정대장에서 2개 사용한 것으로 관리됨
시작서명에는 '투약' 마감서명에는 'Finish' 사용

처방횟수를 오버하여 액팅하는 경우에는 PLAN으로 해두고 더블클릭하여 서명해도 N/A로 투약됨

약제팀 집계시간 및 불출시간

1. 마약류 의약품 수령 및 반납 방법

		집계 및 수령	잔량반납	D/C 반납	파손	개봉후 투약 취소
마약 (propofol포함)	시간	수시	6PM 이후	수시	수시	수시
	배송	직원				
항정	시간	약제팀 집계시간	6PM 이후	6PM 이후	수시	수시
	배송	덤웨이터	덤웨이터	덤웨이터	직원	직원

*파손,개봉 후 투약취소: 협조전 필요

2. 약제팀 약품 집계시간 (공휴일 및 주말의 경우 당직 운영체제로 불출시간이 다소 상이할수 있음)

집계시간 [출고시간]	구분				불출시간	
	퇴원	응급	추가	기타	PO	주사
00:00		●		MICU, SICU 만	00:30	
	●				09:30 - 10:30	
02:30		●	●	영양수액(1차)	03:30	
04:00				정규	11:00	10:30
05:30		●	●		06:30	
08:00	●			영양수액(2차)	10:30	
08:30		●	●			
10:00	●	●	●		11:00	
11:00	●	●	●		12:00	
12:00	●	●			13:00	
13:00	●	●	●		14:00	
14:00	●	●			14:30	
15:00	●	●	●		16:00	
16:30	●	●	●	PM 퇴원 영양수액(3차)	17:30	
19:00		●	●		20:00	
21:00		●	●		22:00	
23:00		●	●		23:30	

* 주사 PM(익일 정규) : 2PM(집계) / 3PM(불출)
퇴원 PM(익일 퇴원) : 2:30PM(집계) / 4:30PM(불출)
영양수액(2차) : 8AM(집계) / 11AM(수액창고 배송 : 일반수액 포함)

[V]

검사 및 시술



CT

CT 기본 확인사항

①	(조영제 검사일 경우) CT 동의서 (eGFR 60이하 : 신장기능저하자 동의서로 작성) > <u>촬영여부 주치의 확인</u>
②	(조영제 검사일 경우) 18G IV route + direct 3-way 내려가기 전 반드시 IV function 확인!
③	eGFR 정상유무 확인
④	금속물질 제거

검사명	소요시간	특이사항
Chest /c CE CT	10분	2시간 NPO
Abdomen /c CE CT	10 - 15분	1. 6시간 NPO 2. 당일 위내시경, 대장내시경 CT 검사와 함께 있을 시 CT 먼저 시행 - 대장내시경 있는 경우 ① 병실에서 Coolprep 2병 복용 ② Coolprep 2병 CT실로 가져와서 복용
C/T/L-spine /c CE CT	10분	2시간 NPO
Brain /c CE CT	10분	1. 2시간 NPO 2. 귀걸이, 보청기 제거
Musculo-skeletal(Lower Extremity) /c CE CT	10분	2시간 NPO
Musculo-skeletal(Upper Extremity) /c CE CT	10분	1. 2시간 NPO 2. 검사부위 반대쪽 팔에 IV 잡기
Pelvic Bone /c CE CT	10분	2시간 NPO
Sellar /c CE CT	10분	1. 2시간 NPO 2. 귀걸이, 보청기 제거
Sacrum /c CE CT	10분	2시간 NPO
Facial /c CE CT	15분	1. 2시간 NPO 2. 틀니, 보청기 제거
PNS /c CE CT	10분	1. 2시간 NPO 2. 보청기 제거
Neck /c CE CT	10분	1. 2시간 NPO 2. 틀니, 보청기 제거

검사명	소요시간	특이사항
3-D CT(cardiac) /c CE CT	10 - 15분	1. 6시간 NPO 2. 환자 Heart rate 60 이하로 낮추기 3. 검사불가 - Arrhythmia - Holter's monitoring 중 - 환자호흡 협조 안될 경우
Abdomen enterography 3-D /c CE CT	물약복용 후 검사로 인해 1시간 이상 소요	1. 6시간 NPO 2. 당일 위내시경, 대장내시경 CT 검사와 함께 있을 시 CT 먼저 시행 - 대장내시경 있는 경우 ① 병실에서 Coolprep 2병 복용 ② Coolprep 2병 CT실로 가져와서 복용
Aortic dissecion /c CE CT	10분	2시간 NPO
Brain perfusion /c CE CT	15분	1. 2시간 NPO 2. 귀걸이, 보청기 제거
Oribit /c CE CT	10분	1. 2시간 NPO 2. 보청기 제거
Temporal bone /c CE CT	10분	1. 2시간 NPO 2. 틀니, 보청기 제거
CT angiography /c CE (chest)	10분	2시간 NPO
CT angiography /c CE (abdomen)	10분	2시간 NPO
CT angiography /c CE (Upper extremity)	10분	1. 2시간 NPO 2. 다리에 IV 잡기
CT angiography /c CE (Lower extremity)	10분	1. 2시간 NPO 2. 팔에 IV 잡기
CT angiography /c CE (Temporal bone)	10분	1. 2시간 NPO 2. 틀니, 보청기 제거
CT angiography /c CE (Neck)	10분	1. 2시간 NPO 2. 틀니, 보청기 제거
CT angiography /c CE (Brain)	10분	1. 2시간 NPO 2. 틀니, 보청기 제거

MRI

MRI 기본 확인사항

①	(조영제 검사일 경우) MRI 동의서 (eGFR 60이하 : 신장기능저하자 동의서 작성) > <u>촬영여부 주치의 확인</u>
②	(조영제 검사일 경우) IV route + direct 3way : 성인 22G, 소아 24G > “PW”가 포함된 MRI는 18G 내려가기 전 내려가기 전 반드시 IV function 확인!
④	pacemaker, shunt, 인공와우시술 환자(업체 문의후)
⑤	head clip, coiling 환자 MRI 전 MRI실에 전화하기!

주의사항

①	여성 : 임신, 수유, 눈썹화장
②	보청기, 틀니, 의족, 속옷 제거
③	금속류(반지, 목걸이, 안경, 머리핀, 귀걸이)
④	소지품(지갑, 열쇠, 핸드폰, 시계, 이어폰)
⑤	Infusion pump 제거
⑥	Holter monitoring 제거
⑦	<u>움직이는 환자 > Sedation > 주치의 확인 후 진정동의서 작성 필요</u>

검사명	소요시간	특이사항
Brain MRI (NR)	30 - 40분	
Diffusion MRI (NR)	5분	
Function MRI (NR)	검사 : 15분 3D 작업 : 15분	
Brain + angio MRI (NR)	40분 - 1시간	
Acute Stroke (NR)	50분 - 1시간	
Brain Tumor(Brain MRI+DW+PW/CE) (NR)	1시간	18G
Sella MRI (NR)	30 - 40분	
Neck MRI (Head&Neck)	40분 - 1시간	
Liver MRI (abdomen)	40분 - 1시간	1. 8시간 NPO 2. 호흡 가능한지 물어보고 검사 진행
Cholangiography MRI (abdomen)	40분 - 1시간	1. 8시간 NPO 2. 호흡 가능한지 물어보고 검사 진행
Pelvis MRI (abdomen)	40 - 50분	1. 최소 2시간 NPO 2. Pelvis OBGY(복부) 검사는 부스코판 주사(부작용 확인 : 녹내장)
Prostate MRI (Abdomen)	40분	(CT, 핵의학과) 검사 같이 있는 경우 MRI 제일 마지막
Abdomen Others MRI (abdomen)	30 - 50분	8시간 NPO

검사명	소요시간	특이사항
C/T/L-spine MRI (Musculo Skelectal)	30 - 50분	
Shoulder MRI (Musculo Skelectal)	40분 - 1시간	호흡 가능한지 물어보고 검사 진행
ElbowMRI (Musculo Skelectal)	20 - 30분	
Wrist MRI (Musculo Skelectal)	20분	
Hand MRI (Musculo Skelectal)	20 - 30분	
HIP MRI (Musculo Skelectal)	20 - 30분	
KNEE MRI (Musculo Skelectal)	20분	
ANKLE MRI (Musculo Skelectal)	20 - 30분	
FOOT MRI (Musculo Skelectal)	20 - 30분	
Thigh MRI (Musculo Skelectal)	30 - 40분	
Lower leg MRI (Musculo Skelectal)	20 - 30분	
Upper Arm MRI (Musculo Skelectal)	30 - 40분	
Forearm Arm MRI (Musculo Skelectal)	30 - 40분	
Brachial Plexus (NR)	20 - 30분	조영제 검사일 경우 검사부위 반대편으로 IV 라인 잡기
Breast MRI (Chest)	30 - 50분	조영제 검사일 경우 검사부위 반대편으로 손등에 IV라인 잡기
Cardiac MRI (chest)	40 - 50분	

초음파실 검사

RFA 시술

소요시간	전처치	동의서	주의사항
시술 전 소독 등의 준비를 하는데 시술을 마치기 까지 1-2시간 정도 소요	MN NPO	① 시술동의서 ② 시술부위 확인서	1. Lt.arm 18G IV 후 3-way 2. 아스피린 복용여부 확인 3. Bed 채로

준비사항

- ① 50mg pethidine + 50 ml 5%DW mixed 후 main fluid side에 연결 후 Clamping 해서
- ② 100ug/2ml fentanyl 1 ample mixed 후 main fluid side에 연결 후 Clamping 해서
- ③ Atropine 1 ample
- ④ 1000ml 5%DW 1개
- ⑤ 1000ml N/S 1개
- ⑥ sand bag
- ⑦ Portable O2
- ⑧ Nasal cannula

Kidney 조직검사

소요시간	전처치	동의서	주의사항
10 - 20분	혈액응고검사결과 확인	① 시술동의서 ② 시술부위 확인서	1. IV line 확보, 수액연결 2. 아스피린 복용여부 확인 3. Bed 채로

준비사항

- ① 얼음통
- ② Plain tube Bottle 3개(각각 이름표 붙여서)

Pancreas 조직검사

소요시간	전처치	동의서	주의사항
10 - 20분	1. 8시간 이상 NPO 2. 혈액응고검사결과 확인	① 시술동의서 ② 시술부위 확인서	1. IV line 확보, 수액연결 2. 아스피린 복용여부 확인 3. Bed 채로 4. 인턴 동행

준비사항

- ① sand bag

Liver 조직검사

소요시간	전처치	동의서	주의사항
10 - 20분	1. 8시간 이상 NPO 2. 혈액응고검사결과 확인	① 시술동의서 ② 시술부위 확인서	1. IV line 확보, 수액연결 2. 아스피린 복용여부 확인 3. Bed 채로 4. 인턴 동행
준비사항			
① sand bag			

Prostate 조직검사

소요시간	전처치	동의서	주의사항
20 - 30분	1. PSA 수치 확인 (6개월 이내) 2. 혈액응고검사결과 확인	(XR) 전립선 초음파 핵침 조직검사 동의서	아스피린 복용여부 확인
준비사항			
① 아침 - Glycerin enema 후 Betadine enema 차례대로 진행			

	소요시간	전처치	동의서	주의사항
Breast 세침 검사	20 - 30분	x	(XR) 유방 초음파 세침 흡입검사 동의서	1. 걸어서 2. 아스피린 복용여부 확인
Breast 핵침 검사	20 - 30분	x	(XR) 유방 초음파 핵침 조직검사 동의서	
Tyroid, Neck 세침검사	10 - 20분	x	(XR) 갑상선 초음파 세침 흡입검사 동의서	
Tyroid, Neck 핵침검사	10 - 20분	x	(XR) 갑상선 초음파 핵침 조직검사 동의서	

핵의학과

	소요시간	전처지	준비사항
Myocardial perfusion SPECT (Gate TI-201 Adenosin)	오전 : 30분 오후 : 20분	8시간 NPO	1. N/S fluid 연결된 22G Line 2개 (팔, 다리 상관없이 2개 필요) 2.Line이 잘못 확보될 경우 환자에 필요한 양의 동위원소 주입이 안되기 때문에 주의하여 잡아주세요. 3.Line확보힘든환자-검사실(2464)문의
Whole body Bone scan (정량분석)	오전 : 5분 오후 : 30분		1. Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2.기저귀 착용환자의 경우 Foleycatheter로연결. 3.MRI보다 본 검사 먼저 시행. (MRI후본검사시Liver조영되어Bone이보이지않음)
Whole body Bone scan	오전 : 5분 오후 : 30분		1. Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2.기저귀 착용환자의 경우 Foleycatheter로연결. 3.MRI보다 본 검사 먼저 시행. (MRI후본검사시Liver조영되어Bone이보이지않음)
Whole body Bone scan & SPECT-CT	오전:5분 오후:1시간		1. Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2.기저귀 착용환자의 경우 Foleycatheter로연결. 3.MRI보다 본 검사 먼저 시행. (MRI후본검사시Liver조영되어Bone이보이지않음)
Whole body Bone scan(혈류검사)	오전 : 10분 오후 : 30분		1. 보고자하는 병변의 반대쪽에 Fluid 연결된 20G Line 확보 (팔 or 다리) (ex) 팔 일 경우 다리, 다리일 경우 팔 2.기저귀착용 환자의 경우 Foleycatheter연결 3.MRI보다 본 검사 먼저 시행. (MRI후본검사시Liver조영되어Bone이보이지않음)
3 Phase bone scan	오전 : 10분 오후 : 30분		1. 보고자하는 병변의 반대쪽에 Fluid 연결된 20G Line 확보 (팔 or 다리) (ex) 팔 일 경우 다리, 다리일 경우 팔 2.기저귀착용 환자의 경우 Foleycatheter연결 3.MRI보다 본 검사 먼저 시행. (MRI후본검사시Liver조영되어Bone이보이지않음)
3 Phase bone scan & SPECT-CT	오전 : 10분 오후 : 1시간		1. 보고자하는 병변의 반대쪽에 Fluid 연결된 20G Line 확보 (팔 or 다리) (ex) 팔 일 경우 다리, 다리일 경우 팔 2.기저귀착용 환자의 경우 Foleycatheter연결 3.MRI보다 본 검사 먼저 시행. (MRI후본검사시Liver조영되어Bone이보이지않음)
Salivary grand scan	약 50분		1.Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2.준비물:알갱이없는오렌지주스1병(작은병)
Gastric emptying Time(Solid)	약 2시간	8시간 NPO	환자 검사식 : 영양팀에 환자 검사식을 신청하여 검사시작 10분 전 검사실로 가져다주세요.
Hepatobilliary scan	약 2시간 ~ 3시간	8시간 NPO	1. Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2. 준비물 : ① 삶은계란 2개 ② 흰 우유 250ml 1개
DMSA renal scan	약 2시간 30분		1. Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2.아기일경우-IV1시간30분후수면제(Pocral)투여
Cisternography	2일 (각시간대별검사 시간은 5분~10분)		1. Line 필요 없음. 2.주치의동행. 3.준비물:Spinalfunctureset.
종양 SPECT-CT (123-MIBG)	2일 (각시간대별 검사시간은 30분~1시간)	1. 금식 필요 없음. 2.루골용액 42drop준비후 물 180CC 와 희석하여 검사 전 일요일 점심부터 검사 당일 아침 까지 총 9회 (1회20cc씩)복용.(일월화)	1. 검사당일 Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 영상 촬영 시에는 Line 필요없음. 2. 매주 수요일만 예약 가능
Lung perfusion SPECT-CT	약 1시간.		1. Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리)
Thyroid scan (99mTc)	정맥주사 후 20분 약5분가영상획득.		1. Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리)
Thyroid uptake (99mTc)	정맥주사 후 20분 약2분가영상획득.	최소 4시간 NPO	1. Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리)
토르소 PET-CT	정맥주사 1시간 후 약20분가영상획득.	1. 검사 전 6시간 금식. 2. Glucos 제재 약품이 포함된 fluid 8시간 전부터 투약 금지.	1. N/S Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2. Glucos 키, 몸무게 적어서 내려주세요. 3.기저귀를하고있거나거동이되지않는환자의경우소변이피부에문게되면 영상획득이불가하므로Foleycatheter연결. 4. 검사 중 움직이면 영상이 합쳐지지 않기 때문에, 통증이 심한 환자의 경우 통증 조절을 미리 해 주셔야 합니다. 5.당뇨가심한환자의경우검사실(2463)과상의후검사시행. 6. CT 조영제 검사 있을 시 CT 전 본 검사시행 하거나, CT 검사를 먼저 시행 할 경우 24시간 경과 후 PET-CT 검사 가능.
Brain PET-CT (FP-CIT)	정맥 주사 후 2시간 10분		1. N/S Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2. 키, 몸무게 적어서 내려주세요. 3.CT조영제검사있을시CT전본검사시행하거나,CT검사를먼저시행할경우 24시간경과후PET-CT검사가가능.
Brain PET-CT 알츠하이머 (뉴라체크)	정맥 주사 1시간 30분 후 20분간 영상획득.		1. N/S Fluid 연결된 Line 확보 (Gauge 상관 X, 팔 or 다리) 2. 키, 몸무게 적어서 내려주세요. 3.CT조영제검사있을시CT전본검사시행하거나,CT검사를먼저시행할경우 24시간경과후PET-CT검사가가능.

혈관조영실 검사

TIPS

소요시간	동의서	준비사항
2 - 3시간	① 간내 문맥 간정맥 단락술/ 풍선하 역행성 경정맥 색전술 동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L ④ sand bag

특이사항

1. 6시간 이상 NPO
2. Lt.arm 18G IV
3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일이내)
4. Bed 채로
5. 구두동의 불가능
6. 내려오기 전 voiding
7. 위아래 속옷 탈의
8. both inguinal shaving

BRTO(위정맥류치료술), PARTO(위정맥류폐색술)

소요시간	동의서	준비사항
1 - 2시간	① 간내 문맥 간정맥 단락술/ 풍선하 역행성 경정맥 색전술 동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L ④ sand bag

특이사항

1. 6시간 이상 NPO
2. Lt.arm 18G IV
3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일이내)
4. Bed 채로
5. 구두동의 불가능
6. 내려오기 전 voiding
7. 위아래 속옷 탈의
8. both inguinal shaving

EVAR(대동맥류스텐트그라프트삽입술), TEVAR(흉부 혈관 내 대동맥 치료)

소요시간	동의서	준비사항
3 - 4시간	① 복부대동맥내 스텐트 삽입술 동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L ④ sand bag * 2
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. Lt.arm 18G IV 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 내려오기 전 voiding 7. 위아래 속옷 탈의 8. both inguinal shaving 9. foley catheter 삽입		

Air Way Intervention (trachial ballon/stent)

소요시간	동의서	준비사항
3 - 4시간	① 시술동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L ④ sand bag
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. Lt.arm 18G IV 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 내려오기 전 voiding 7. 위 속옷 탈의 8. both inguinal shaving 9. foley catheter 삽입		

IVC Filter		
소요시간	동의서	준비사항
30분 - 1시간	① 하대정맥 필터 삽입술 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. Lt.arm 18G IV 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 내려오기 전 voiding 7. 위 속옷 탈의		

Chemoport		
소요시간	동의서	준비사항
30분	① 케모포트 시술 동의서(HO, GS) ② 시술부위 확인서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control
특이사항		
1. 필요시 NPO 2. IV 확보(G 상관없음) 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 한달이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 내려오기 전 voiding 7. 위 속옷 탈의		

UK thrombolysis DVT 혈전제거술		
소요시간	동의서	준비사항
1 - 3시간	① 혈전용해술, 제거술, 혈관조영술 동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. 18G IV 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 내려오기 전 voiding 7. 위아래 속옷 탈의 8. foley catheter 삽입 9. both inguinal shaving 10. DVT 있는 쪽 기브스바지 입기 11. prone position 가능한지 여부 확인		

Lower angio/PTA/Stent		
소요시간	동의서	준비사항
2 - 3시간	① 혈관성형술, 조영술 동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L ④ sand bag
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. Rt.arm 18G IV (live 길게, direct 3-way, 중간에 3-way) 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. foley catheter 삽입 7. 위아래 속옷 탈의		

Carotid stent		
소요시간	동의서	준비사항
2 - 3시간	① 두개내 혈관성형술 및 스텐트 설치술 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L ④ infusion pump
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. Lt.arm 18G IV 3. Bed 채로 4. 구두동의 불가능 5. 내려오기 전 voiding 6. 위아래 속옷 탈의 7. both inguinal shaving 8. 친보호자 동반		

PICC		
소요시간	동의서	준비사항
30분	① 말초삽입형 중심정맥관 동의서 (HO, 일반) ② 시술부위 확인서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control (생략가능)
특이사항		
1. 필요시 NPO 2. IV 확보(G 상관없음) - 혈관확보어려운 경우 IV 및 pain control 생략가능 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 한달이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 내려오기 전 voiding 7. 위 속옷 탈의		
Perm cath / C-line / Two-lumen		
소요시간	동의서	준비사항
30분	① Perm : 혈액투석도관삽입술 동의서 ② C-line : 중심정맥관 삽입술 동의서 ③ two-lumen : 시술동의서, 시술부위확인서 (위아래 속옷탈의, both inguinal shaving)	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control
특이사항		
1. 필요시 NPO 2. IV 확보(G 상관없음) 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 한달이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 (응급 시 혈관조영실 고지) 6. 내려오기 전 voiding 7. 위 속옷 탈의 8. both inguinal shaving		

PTBD, PTGBD

소요시간	동의서	준비사항
30분 - 1시간	① 경피적담관/ 담낭 배액술 동의서 ② 시술부위 확인서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. IV route 확보 (gauge 상관 없음) 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 한달이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능		

TACE

소요시간	동의서	준비사항
1 - 2시간	① 경동맥 화학 색전술 동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L ④ sand bag
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO (오후 시술 시 조식 SD후 NPO) 2. Lt.arm IV 18G 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 한달이내) 4. Renal/liver fuction 결과 (일주일 이내) 5. both inguinal shaving 6. Bed 채로 7. 구두동의 불가능 8. 위, 아래 속옷 탈의		

Lung Biopsy

소요시간	동의서	준비사항
30분 - 1시간	① 경피적 폐생검 동의서 ② 시술부위 확인서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS500
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. IV route 확보(22G) 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT, EPI 일주일이내) : EPI 높은 경우 ADP 추가 검사 필요 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 위 속옷 탈의		

Pig Tail(PCD-chest, ascites/PCN)		
소요시간	동의서	준비사항
30분 -	① 경피적 배액관 삽입술 동의서 ② chest : 흉강천자, 흉막생검, 경피적 배액관 삽입 시술 동의서 ③ PCN : 경피적 신루설치술과 요관스텐트 설치술 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. IV route 확보(22G) 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT, EPI 일주일 이내) : EPI 높은 경우 ADP 추가 검사 필요 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 위 속옷 탈의		

GI Bleeding embolization		
소요시간	동의서	준비사항
1 - 3시간	① 혈관색전술 혈관조영술 동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L ④ sand bag
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO (오후 시술 시 조식 SD후 NPO) 2. Lt.arm IV 18G 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일 이내) 4. both inguinal shaving 5. Bed 채로 6. 구두동의 불가능 (응급상황시 혈관조영실 고지) 7. 위, 아래 속옷 탈의		

AVF/Central PTA		
소요시간	동의서	준비사항
1 - 3시간	① 혈관성형술 혈관조영술 동의서 ② 시술부위 확인서 ③ 조영제 사용 동의서	① 시술환자점검표 및 낙상예방 간호중재 ② pain control ③ main fluid : NS 1L
특이사항		
1. 6시간 이상 NPO 2. 18G IV+direct 3-way 3. 혈액응고검사결과 확인(PT/aPTT, PLT 일주일 이내) 4. Bed 채로 5. 구두동의 불가능 6. 내려오기 전 voiding 7. 위 속옷 탈의		

내시경실

진정 전 평가지 : 시술당일 인턴이 받기

GE과 환자가 아닐 경우 '치료내시경동의서' 미리 받기

	동의서	특이사항	준비사항	POST
CFS, GFS	① 내시경 동의서 ② 진정 전 평가지	1. MN NPO 2. Rt.arm22GIV 3. 내려오기전voiding 4. V/S, 장신구, 속옷탈의 5. CFS -쿨프랩(10PM*2, 6AM*2) -Bowlprepcheck(찌꺼기)	① 내시경 전 간호기록지 ② main fluid : NS	① pain, bleeding 있는지 확인 ② To-dolist의 내시경text기록지확인하여 bx했는지확인 ③ NPO여부확인 ④ 간호기록, flowsheet(낙상재평가):진정검사
Sigmoidscopy	① 구불결장내시경	1. MN NPO 2. Rt.arm22GIV 3. 내려오기전voiding 4. V/S, 장신구, 속옷탈의 5. Leclean관장시행 6. Bowlprepcheck(찌꺼기)	① 내시경 전 간호기록지 (대부분 비수면) ② mainfluid:NS	① NPO 여부 확인
ESD (G-ESD, C-ESD)	① G-ESD : (GE)(진정)상부위장관 치료 내시경 동의서 ② C-ESD: (GE)(진정)대장치료 내시경동의서 ③ 진정 전 평가지	1. MN NPO 2. Rt.arm22GIV 3. 내려오기전voiding 4. V/S, 장신구, 속옷탈의 5. C-ESD:bowlprep	① 내시경 전 간호기록지 ② 시술환자점검표 및 낙상예방간호중 재 ③ main fluid : NS	① NPO 유지, 추후 처방 확인 ② 수액확인 ③ 4hr후lab, 다음날6amlab ④ 시술후올라오면서x-ray ⑤ 간호기록, flowsheet(낙, 욕, 통):고위험시술
Colonpolypectomy	① (GE)(진정)대장 내시경검사 및 용종절제술 동의서 ② 진정 전 평가지	1. MN NPO 2. Rt.arm22GIV 3. 내려오기전voiding 4. V/S, 장신구, 속옷탈의 5. CFS -쿨프랩(10PM*2, 6AM*2) -Bowlprepcheck(찌꺼기) 6. 항응고제중단여부확인	① 내시경 전 간호기록지 ② main fluid : NS	① pain, bleeding 있는지 확인 ② To-dolist의 내시경text기록지확인 ③ NPO유지, 추후처방확인 ④ 간호기록, flowsheet(낙상재평가):진정검사
ERCP	① (GE)(진정)내시경 역행담췌관 조영술 동의서 : 주치의 ② 상부위장관내시경동의서 : 인턴 ③ 진정 전 평가지	1. MN NPO 2. Rt.arm18GIV+3-way 3. 내려오기전voiding 4. V/S, 장신구, 속옷탈의	① 내시경 전 간호기록지 ② main fluid : NS	① NPO 유지 ② 2시간뒤x-ray, 4시간뒤lab ③ 다음날postlab, x-ray ④ 다음날lab, x-ray확인후식이여부결정 ⑤ 간호기록, flowsheet(낙상재평가):진정검사 *ENBD, ERBD확인할것. *bile배액없을경우lab처방삭제받기

기관지 내시경실

	동의서	특이사항	준비사항	POST
Bronchoscopy (BFS)	① 기관지 내시경 동의서 ② 진정 동의서 ③ 진정 전 평가지	1. 오전 시행 시: MN NPO / 오후 시행 시: 아침 죽 먹고 NPO 2. 22G + NS500ml 3. 틀니 제거 필수 4. Nasal cannular 검사실 prep	① main fluid : NS ② 이동 전 리타인 5cc Nebulizer 15분 시행	① 산소 용량 확인, V/S, SPO2 Check 후 주치의 notify ② 검사용 NS500ml 제거 ③ 4시간 금식 유지 ④ post 가래 검사(sputum, AFB) 통 주고 검체 뱉어내도록 설명 ④ 객담양상 관찰 ⑤ 간호기록, flowsheet(낙상재평가):진정검사

CAG

동의서	특이사항	준비사항	POST
① (CV)관상동맥조영술 및 경피적 혈관성형술 동의서 : 주치의 ② 조영제 동의서	1. anti-PLT loading 여부 확인 (기록용자 확인) 2. Lt.arm 18G IV+3-way+라인길게 (투석환자 주치의 확인 후 가능한 손등에 잡기) 3. 내려오기전 voiding 4. V/S, 장신구, 속옷탈의 5. both inguinal shaving 6. 보호자 call(오전, 오후 확인) : 신관 3층 심혈관센터	① 시술환자 점검표 및 낙상예방 간호중재 ② Pre CAG 체크리스트 ③ main fluid : NS ④ 오전 : 죽-밥-밥 ⑤ 오후 : 죽-죽-밥	① POST CAG V/S 입력(0분, 30분, 60분, 90분) ② 전문간호 : 심혈관 조영 > PCI 여부 확인 ③ 진단(4시간), PCI(6시간) 후 Q-pad, arm board 제거 ④ Q-pad /c arm board 위치 확인, sand bag 확인 ⑤ PCI 환자 : 즉시 EKG, 6시간 뒤 lab ⑥ sheath 제거 안 하고 온 경우 주치의 확인 ● sand bag 가져왔을 경우 인턴이 제거

[Ⅶ]

기타



RT / 서울(본원)에서 시행 (75-8614)

①	RT 위해 처방 시 본원 방사선종양학과에서 연락음. : 본원 진료협력팀에서 서울병원 진료협력팀과 교류하여 RT 진행
②	simulation 진행 후 방사선치료를 시작하기 때문에 simulation 당일 보호자가 필요하다면 본원에 미리 말하도록 함. (보호자 확인) 본원에서 몇월 몇일 simulation을 진행한다고 연락이 오며 금식여부 및 18G 여부 알려줌.
③	Ambulance 예약 :(오전 8:30AM / 오후 12:30PM) :환자선택- RT환자관리- 일괄등록: 환자번호, 입력일자, 오전/오후구분, 보호자 동반 등록 후 저장
④	simulation 후 본원 방사선종양학과에서 몇회 예정 및 방사선 시간에 대해 알려줌. (주치의와도 공유할 것) 그 시간에 맞춰서 ambulance 예약. 환자에 따라 집에서 다닐 수도 있기 때문에 여부 확인.
⑤	12:30PM ambulance를 타고 갈 경우 > night 근무자가 파트장님께 점심식사 얘기하기 (치료식이 불가능 / 일반 밥, 죽, 미음 가능 : EHR 식이 입력 > 일반식으로 변경할 것)
	<p>[RT 환자관리 화면 설정]</p> <p>-오전/오후 구분 변경: RT일정이 갑자기 변경되는 경우 날짜별로 AM/PM 변경</p> <p>-RT 예약 취소: 등록된 RT 일정 삭제</p> <p>-엑셀: RT 환자 관리 화면에 조회된 내용을 엑셀파일로 출력</p> <p>-등록된 환자는 환자별로 예약 일자, 오전/오후 기준으로 조회됨</p> <p>-입력일자 기간에 공휴일, 토요일, 일요일이 있는 경우 공휴일을 제외하고 일정이 생성됨.</p> <p>-등록할때와 현시점에 환자의 재원 병동이 다르다면 현재의 병동으로 조회됨.</p> <p>-등록된 기간 중 퇴원하는 경우: 퇴원일시 이후는 등록된 일정이 자동으로 삭제됨.</p>

EHR
화면

Ambulance 예약:
환자선택- RT환자관리- 일괄등록: 환자번호, 입력일자, 오전/오후구분, 보호자 동반 등록 후 저장

HomeMenu>최근사용환자선택정보조회의사소통기

입원환자번호[]조회

외래
병동
응급

가역
일대
일대
일대
일대
일대
일대

M08-32-03

병동환자선택

EMR환자조회

환자 네임스티커 출력

병동환자리스트(간호)

처치실 현황판

RT 환자 관리 ①

병동 방문자 관리

간호기록×

3 ~ 2024-

진료과

RT 일괄 등록

* 환자번호 [] Q+


* 입력일자 2024-01-30 ~ 2024-01-30 ☐ 보호자동반

* 오전오후구분 오전 ③

APC911F2 ★

②

산정특례

①	산정특례제도 진료비 본인부담이 높은 암 등 중증질환자와 희귀질환자, 중증난치질환자에 대하여 본인부담률을 경감해주는 제도
②	진단받은 병원에서 '산정특례서류'를 작성합니다.
③	주치의가 '산정특례서류' 작성완료하였으니 서명하도록 해주세요' 라고 하면 <u>본관 1층 서류발급처</u> 에서 환자가 서명할 수 있도록 합니다. 서명한 날부터 진료비 감면이 이루어집니다. 건강보험 환자) 서명만 하면 완료 의료급여 환자) 서명하고 동사무소 가서 신청서 또 등록하시도록 설명
④	<div></div> 완료된 상태) 주황색 / 만료일 뜸 미완료 상태) 회색 / 만료일 안뜸 퇴원 심사요청 전에 등록

혈액 투석 (hemodialysis)

①	동의서 확인(인턴)		
	- 처음 투석하는 환자		
②	viral marker + RPR		
	- 6개월 이내 본원에서 한 결과 없을 경우 재시행		
③	투석 1일째 Prep	투석 2일째 Prep	투석 3일째 Prep
	- 만니톨 1 bag(100ml) - EKG pad(3개) - nasal cannular	- 만니톨 0.5 bag(50mL)	- 만니톨 0.5 bag(50mL)
혈액투석 도관 종류			
①	AVF(자가혈관조성술)	Arterio-Venous Fistula의 약자로 정맥을 투석이 가능한 혈관으로 만들기 위해 환자의 동맥과 정맥을 직접 연결하는 것(IV, sample, BP 측정 금지)	
②	AVG(인조혈관조성술)	Arterio-Venous Graft의 약자로 투석할 수 있는 혈관이 없어 인조혈관으로 투석할 수 있는 혈관을 만드는 것(IV, sample, BP 측정 금지)	
③	Perm catheter (터널식 카테터)	Subclavian 또는 femoral에 삽입하며 2~6개월 일시적인 투석을 위한 도관	

투석기록지 확인

①		외래부 클릭
②		외래-AKC 클릭 (AKC: 인공신장실 Artificial kidney center)

③

혈액투석 클릭 - 혈액투석기록 확인 (투석 진행한 시간, TUF(cc) 등)

TUF I/O 입력

Flowsheet - I/O - Output - TUF(cc) (총여과율)

그룹명	항목명	HD 44	IcuD 38 (44) ③: 9
Sum	전제(Except포함) 횟수	200	250
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Output 숨김항목 </div>			
투석	TUF(cc)(cc)		1,800
	투석 합계		1,800

본원에서 처음 투석하는 환자 주의점

- 1) 타원의 투석실에서의 '투석기록지' 반드시 지참 (못 가져올 경우, FAX 로 내용 공유받기)
- 2) 투석기록지는 투석실에 내려서 확인 후 의무기록실에 스캔 내리기
(환자가 돌려받길 원한다면 의무기록실 스캔 후 원본 다시 병동으로 올려서 환자 돌려주기)
- 3) NE 협진 확인(투석 가능여부 확인 위해)
- 4) 투석실에 전화할 때 원래 투석하던 병원/NE 협진/답변 여부/투석전원의뢰서 지참 여부 확인하여 인계

추가

투석실에서 시행하는 lab 중 PT/aPTT,INR 검사: perm catheter 사용하는 환자는 항응고제 사용 등으로 lab결과가 정확하지 않을 수 있어 담당 병동에서 따로 lab 시행.

→ 주치의 notify 시 투석실에서 시행했을 시의 결과값 차이가 있을 수 있음을 알지만 그대로 진행을 원할 경우 투석실간호사에게 내용 전달하여 투석실에서 lab 검사 시행.

→ AVF, AVG 가지고 있는 일반투석환자는 해당없음.

투석 환자 arrange

- 1) 월~토요일 오전 06:00~06:30 전, 병동에서 환자의 특이사항(투석실에 인계할 내용)을 '간호 의사소통'에 입력
→ 당일 투석 예정 환자의 [이동수단(침대/휠체어)], 투석전 lab 유무, 격리여부, 조혈제]등
EX. 3/12 AK, 휠체어, 투석 전 lab 있음.
- 2) 수술이나 검사, 재활치료 등 다른 스케줄이 있다면 추가적으로 '간호 의사소통' 기재
EX 3/12 AK 휠체어, 투석 전 lab 있음. 오늘 오전에 시술 예정으로 오후로 부탁드립니다
- 3) 병동에서 작성한 간호 의사소통메모를 보고, 투석실에서 스케줄 확인 후 '간호 의사소통'에 최종적으로 투석 시행 시간 여부 답변해줌.
EX. 3/12 AK 07:50분, 오전 투석 Or 3/12 AK 12:40분, 점심 투석
- 4) 투석실에서 작성한 '간호 의사소통' 메모 스케줄에 맞춰 투석실로 환자 내리기
- 5) 오전 투석은 아침 식사 후, 오후 투석은 점심 식사 후에 시작
- 6) 투석 가기 전, prep 물품/약품 있을 시 [투약 카드 + 투약 약품] 환자와 함께 투석실로 내려 투석실에서 투약

투석 처방

- 1) To-do list에서 상단의 [타부서]를 √ 선택 해야 보임 (처방 위치를 인공신장실로 처방함)

인공신장실	Hemodialysis (B-Bag 650g/B 사용)
인공신장실	End-stage renal disease
인공신장실	Three times per week
인공신장실	Ultrafiltration: total [3] kg
인공신장실	Hemodialysis for [4] hours
병동	Apply O2 with [Nasal prong(cannula)], [2]L/min
병동	Apply O2 with [Nasal prong(cannula)], [1]L/min ※6am, 30min 후 gas
병동	Apply O2 with [Nasal prong(cannula)], [0]L/min
인공신장실	Routine Heparin [2000]U push + [1000]U/hr

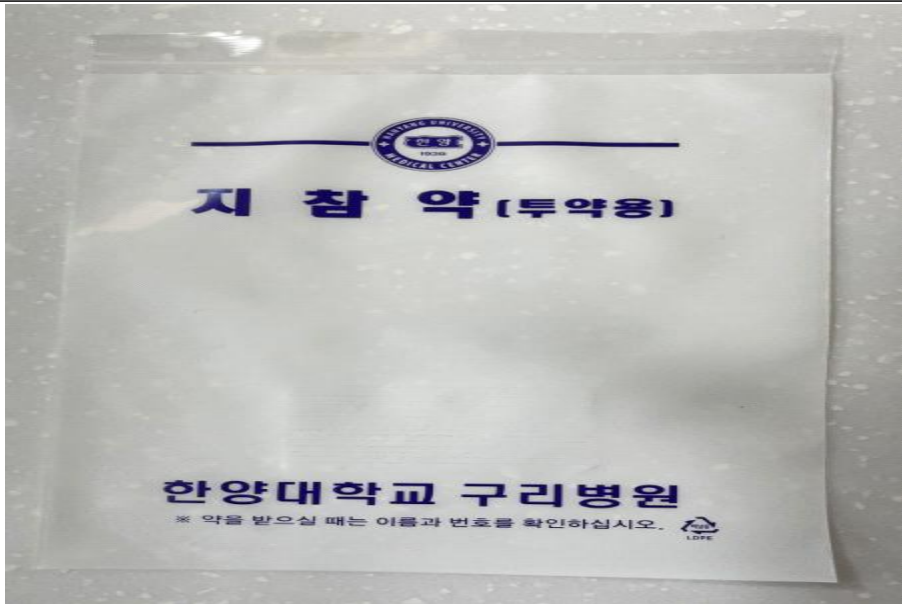
- 2) 투석실 prep 약품, 투석실에서 시행하는 lab 은 코멘트에 표기 되어있음

[주사약]					
[◆3] 5% Dextrose 50ml/Bag (대한약품)	1BAG	50ml	1회	IV	HD
[◆3] FUTHAN 50MG/V (SK)	4V	200mg	1회	IV	※ [차광] HD

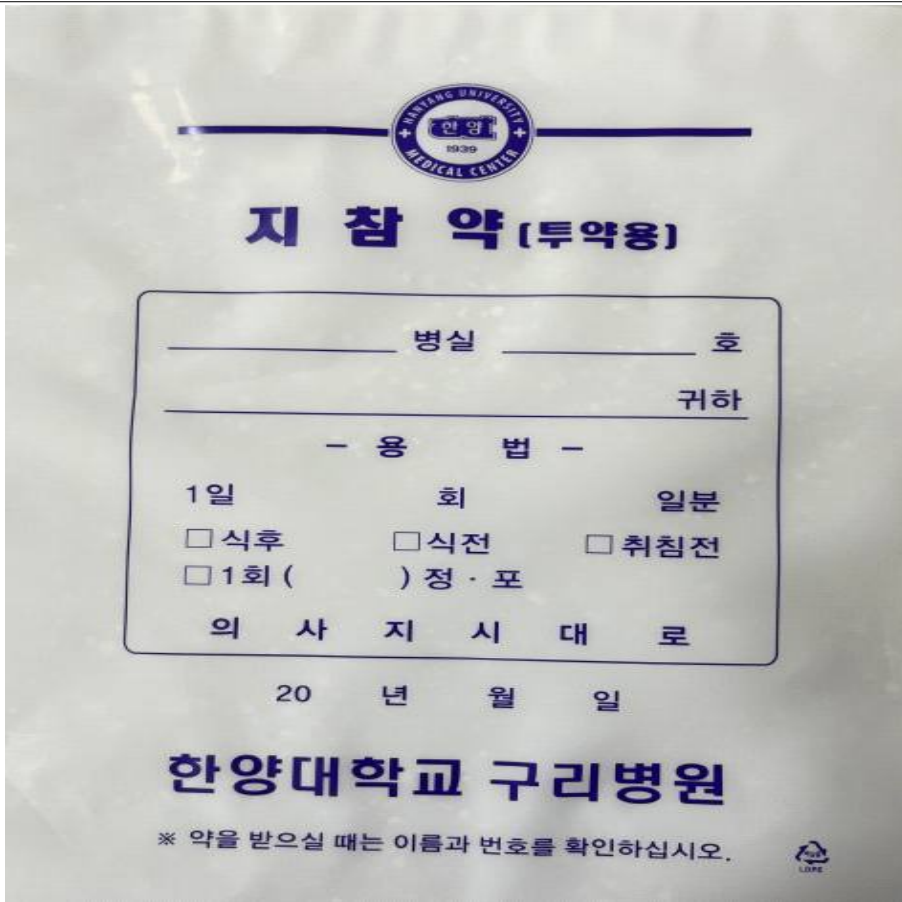
CBC with Diff	[001-Blood] ※ 투석실 lab
Calcium	[001-Blood] ※ 투석실 lab
Phosphorus	[001-Blood] ※ 투석실 lab
Protein, total	[001-Blood] ※ 투석실 lab
Albumin	[001-Blood] ※ 투석실 lab
ALP(Alkaline phosphatase)	[001-Blood] ※ 투석실 lab
AST(Aspartate aminotransferase)	[001-Blood] ※ 투석실 lab
ALT(Alanine aminotransferase)	[001-Blood] ※ 투석실 lab
Bilirubin, total	[001-Blood] ※ 투석실 lab
BUN(Urea nitrogen)	[001-Blood] ※ 투석실 lab

지참약 보관방법
(투약용, 보관용)

투약용
(환자이름표 부착)
(cart 안에 보관)



작은 봉투



큰 봉투



_____ 병실 _____ 호

— 五 —

□ 식후

□ 식전

☐ 취침전

□ 1 회 () 정 · 포

의 사 지 시 대 로

20 11월 11월 11월

※ 약을 받으실 때는 이름과 번호를 확인하십시오.



치료 식이

식이명			
저알러지식	알러지를 유발하는 식품이 확인된 환자에게 해당식품을 제한한 식사	①	알러지 유발가능 식품
			우유, 계란, 어패류, 육류, 땅콩, 밀, 대두 함유식품 등
저균식	감염의 위험이 높은 환자에게 감염예방을 위해 생과일, 생야채, 오징어, 패류는 제외하고 익힌 음식을 고온의 오븐에서 열처리하여 저균상태로 제공	생과일, 생야채, 해산물류 절대 피하고 잘 익힌 음식 섭취	
고염식	질병 및 대사적 이상으로 나트륨의 부족 및 불균형으로 나트륨을 보충해야 하는 경우 의사의 처방에 따라 일반 식사에 비해 나트륨을 추가로 첨가하여 제공		
저염식	혈압 및 부종조절, 복수예방을 위해 처방된 식사로 나트륨(Na)을 함유한 조미료 사용을 제한하여 음식의 간을 싱겁게하고, 질병의 정도에 따라 간장 및 소스양을 다르게 제공	섭취제한	
		①	염장식품(김치, 젓갈, 장아찌류)
		②	가공식품 (통조림, 햄, 화학조미료, 베이킹파우더, 가염처리 과자류)
저잔사식	장에 휴식을 주고 장의 팽창과 질병을 예방하기 위해 변의 용적을 증가시키는 식품을 제한하여 변의 잔사량을 최소화시키기 위한 식사	①	소량씩 여러번 나누어 식사 제공
		②	음료 제공됨
저단백식 (무단백식)	환자의 간장기능회복과 복수조절, 간성혼수 등의 합병증 예방을 위하여 단백질양(고기, 생선, 콩류, 계란, 유제품)이 조절되며, 일부 과일과 야채가 제한된 형태로 제공	제공된 음료와 통조림 간식으로 섭취	
복막투석식	질환 치료를 위해 투석액으로 유출되는 단백질 양을 보충하고, 표준체중을 유지하기 위한 식사로 제공	①	짬국물, 염장식품은 피하고 음식을 싱겁게 먹기
		②	‘인’이 많은 견과류, 잡곡 등의 섭취량을 줄이기
연하보조식	기계적(외과적 수술, 종양, 폐색, 장기손상) 또는 마비적(두부손상, 뇌종양 신경계질환)원인에 의해 정상적인 연하작용을 할 수 없는 경우 흡인, 폐렴을 방지하기 위해 부드러운 음식	①	환자 상태에 따라 1,2,3,4 단계로 점도를 조절하거나 반찬 크기를 조절하여 제공
		②	세운 자세에서 고개를 앞으로 숙인 채 천천히 식사
		단계	식이 내용
		연하보조 1단계	연하보조식 미음 (농후제 사용)
		연하보조 2단계	연하보조식 죽 (죽&반찬 갈아서, 농후제 이용)
		연하보조 3단계	연하보조식 죽 (반찬 다져서, 농후제 이용)
		연하보조 4단계	연하보조식 죽 (반찬 다져서, 농후제 이용 안함)
		제한식품	
저염단백식	간기능의 저하로 단백질 대사에서 생긴 혈중 암모니아의 상승을 억제하기 위해 단백질을 제한하여 제공되는 식사로 간경변, 간성뇌증 등 질환에 적용되고 복수를 조절하기 위해 싱겁게 제공	①	식도정맥류의 합병증이 있는 경우 출혈 가능성이 높으므로 섬유질이 많고 거칠고 자극적인 음식은 삼갈 것
		②	복수가 있을 경우 수분제한

식이명		
저칼륨식	식사에서 칼륨함량이 높은 식품 제한	제한식품
		① 곡류군 : 감자, 고구마, 마, 은행, 밤, 검정콩, 옥수수, 잡곡 등
		② 채소군 : 쑥, 고춧잎, 부추, 시금치, 근대 등
		③ 과일군 : 토마토, 참외, 바나나, 귤감, 멜론, 키위 등
당뇨(저염) 저단백식	혈당과 부종 및 혈압을 정상으로 유지하기 위하여 식사 내 밥양과 단백질양(고기, 생선, 콩, 계란, 유제품 등)을 조절하고 나트륨과 칼륨섭취를 줄이기 위한 조리법을 사용하여 제공	제공되는 간식(유제품, 과일 등)은 식후 2시간이 지난 다음 섭취
위절제후식	위의 용량이 적어져 음식물이 장으로 빨리 내려가서 생기는 덩핑증후군을 예방하기 위한 식사	① 1일 5회 소량씩 자주 제공
		② 1회 식사를 한 번에 섭취가 힘들 경우 나누어 섭취
		③ 식사는 천천히 먹고 식사 중 물의 섭취 제한
		제한식품
		자극적이거나 지나치게 단맛이 강한 음식, 거친 음식
지방조절식	식사의 지방함량과 콜레스테롤함량 정도를 조절하여 제공	제한식품
		① 고지방/고콜레스테롤 식품(튀김, 삼겹살, 갈비, 소시지, 달걀 노른자 등)
		② 단순당질 식품(설탕, 사탕, 달콤한 음료, 아이스크림 등)
신부전식	신장기능 회복과 혈압 및 부종, 요독증 등의 합병증 예방/개선을 위해 염분과 단백질양(고기, 생선, 콩류, 계란, 유제품)이 조절되어 제공	염분섭취를 줄이기
당뇨식	인슐린이 부족하여 혈당 조절에 어려움이 있는 환자를 위해 적절한 열량과 균형 잡힌 식사를 할 수 있도록 제공	제공된 간식(우유, 과일 등)은 식후 2시간이 지난 다음 섭취 [우유 대신 두유 선택가능 : 식이 신청에서 신청]
		제한식품
		단순 당질 식품(설탕, 사탕, 달콤한 음료, 아이스크림 등)
		주의사항
		① 저혈당 증세가 있을 경우 알리도록 교육 (오렌지 주스, 사탕 자리에 비치)
		② 병원식사 외 당질섭취(빵, 과자, 떡, 감자, 고구마, 옥수수, 과일 등) 제한 하도록 교육
구리제한식	월슨씨병 환자에게 적용되는 식사 구리함량이 높은 식품 제한하여 제공	제한식품
		곡류군 기장, 보리, 귀리, 호밀, 감자스낵, 미숫가루 등
		어육류군 내장류, 콩류/두부류, 조개류, 멸치류, 새우/게, 문어/오징어 등
		과일/채소류 천도복숭아, 말린과일, 조리전 송이/표고/목이버섯 등
		우유류 초콜릿우유, 코코아, 두유 등
		기타 견과류, 종실류(참깨), 아보카도, 초콜릿, 술, 맥주, 효모, 이온음료, 인스턴트음료, 흑설탕 등



개인정보보호 FAQ



중요한 건
지키고자 하는
마음이야...♡

개인정보보호법 VS 의료법



의료법, 개인정보보호법, 어느 것이 먼저인가요?
의료기관 종사자로서 의료법과 의무를 따라야 하지만
환자의 개인정보도 중요한 것 같아 헷갈려요.



개인정보에 대하여 의료법 등에 규정이 있는
경우 **의료법을 우선 적용**합니다.

의료법에서 별도의 명시가 없는 경우에는
개인정보보호법을 우선 적용합니다.

환자의 개인정보를 다루더라도, 의료법에
명시된 내용만큼은 의료법이 우선이라는 점
잊지 마세요!

군인 환자에 대해 부대에서 연락이 왔어요.



입원한 환자가 현역 군인입니다.
자꾸 부대에서 전화가 와서 환자에 대해 물어봅니다.
어디까지 알려줘야 하나요? 알려줘도 되는 걸까요?



알려주면 안됩니다.

유선 상으로는 상대방의 신분 확인이 어렵고,
환자 본인의 동의 없이는 정보를 제공할 수
없습니다.

의료진은 환자를 통해 치료 계획에 대하여
설명을 시행합니다. 따라서 환자에게 직접
연락하고 문의하도록 안내합니다.

공무 집행에 필요한 경우 **환자를 통해 진단서,
소견서 등을 발급받도록 안내**합니다.

의료법 제19조(정보 누설 금지) 참고

의료인이나 의료기관 종사자는 (생략)업무를 하면서 알게 된 다른 사람의 정보를 누설하거나 발표하지
못한다. ▶3년 이하의 징역, 1천만원 이하의 벌금 적용

환자의 진료기록 삭제 요청



환자가 본인의 진료기록을 삭제해달라고 합니다.
이 경우 기록을 삭제해도 되나요?



안 됩니다.

환자가 본인의 개인정보 보호를 위해 기록 삭제를 요청하더라도, 우리는 **의료법을 우선 적용**하므로 진료기록을 보존해야 합니다.

의료법에 따라 진료기록은 지정된 기간 동안 보관합니다.

종류	기간
처방전	2년
진단서 등의 부분 (진단서, 사망진단서 및 시체 검안서 등을 따로 구분하여 보존할 것)	3년
환자명부, 검사내용 및 검사소견기록, 간호기록부, 조산기록부	5년
진료기록부, 수술기록	10년

의료법 시행규칙 제15조(진료에 관한 기록의 보존) 참고

의료인이나 의료기관 개설자는 법 제22조 제2항에 따른 진료기록부 등을 다음 각 호에 정하는 기간 동안 보존하여야 한다.(후략)

인터넷, 전화 예약 시 주민등록번호?



근무 중 전화로 진료예약 등을 하는 경우가 많아요.
이때 주민등록번호를 확인해도 되나요?



단순히 시간 약속(단순 예약)만을 위한
정보수집은 불가능합니다. 전화예약 시 이름,
등록번호, 생년월일 등으로 환자를 확인하며,
주민등록번호 전체를 요청하지 않도록 합니다.

그러나 건강보험 가입 여부, 건강검진 대상
여부 확인 시에는 가능합니다. 이는

국민건강보험법에 제시된 내용으로, 개인정보
보호법보다 우선 적용합니다.

그러나 이 경우에도 주민등록번호를 대신하여
주민등록증 발급 일자, 연락처 인증 등 다양한
방법을 통해 정보 보호를 위해 노력합니다.

진료 시 개인정보 동의를 받아야 하나요?



병원 진료 시엔 환자의 개인정보를 활용하게 되는데,
이런 경우에도 동의를 받아야 하나요?



진료 과정에 필요한 활용이면 받지 않습니다.
의료인은 진료 내용을 기록해야 하며(의료법),
이 과정에서 환자의 개인정보를 활용합니다.
의료법을 개인정보보호법보다 먼저 적용하게
되므로, 진료를 위해서라면 개인정보 활용에
대한 동의서는 받지 않습니다.
단, **의료법의 범위(진료목적 등) 외 별도의
정보 활용이 필요하다면, 반드시 동의를
받아야** 하며 최초 방문 시 또는 내용 변경 시에
받습니다.

보호자가 전화로 환자에 대해 문의



병동에서 일하다 보면 “000환자의 딸(아들, 친척 등)인데, 000환자가 그 병동에 있는 게 맞느냐”, “상태가 어떠하시냐” 등 문의전화가 자주 옵니다. 어떻게 답변을 드려야 할까요? 민원도 많이 받아요.



환자 동의 없이는 **알려주면 안 됩니다.**
입원 여부 또한 환자의 개인정보이므로, 환자 본인에게 직접 연락하도록 안내하여야 합니다. ‘무의식 환자라 연락이 불가능하다, 그러니 알려달라’ 등의 요청을 받더라도 발설하지 않도록 주의하고, **전화 상대가 환자**(무의식 환자의 경우 주보호자)와 **직접 연락하도록 안내**합니다.

의료법 제19조(정보 누설 금지) 참고

의료인이나 의료기관 종사자는 (생략)업무를 하면서 알게 된 다른 사람의 정보를 누설하거나 발표하지 못한다. ▶3년 이하의 징역, 1천만원 이하의 벌금 적용

검사결과를 문자, 전화로 고지?



환자의 편의를 위해 검사결과를 전화, 또는 문자로 알려주고 있는데 이것도 문제가 되나요?



환자 본인이 확인된 경우, 검사결과와 통보는 ‘기존 진료 내용에 연계되는 안내사항’에 해당하므로 별도의 추가 동의 없이 문자, 또는 전화로 고지하는 것이 **가능합니다.**

단, 환자 본인의 동의 없이 보호자(친족, 대리인 등)에게 알려주는 것은 금지입니다.

따라서 반드시 환자 본인의 연락처로 알리도록 합니다.

의료법 제22조(진료기록부 등), 의료법 시행규칙 제14조(진료기록부 등의 기재 사항) 참고
상기 관련법에 의거하여 성명, 주민등록번호, 연락처, 주소, 병명 등 진료기록부 등에 기재되는 항목에 대해 정보주체의 동의 없이 수집·이용

의료법 제19조(정보 누설 금지) 참고

의료인이나 의료기관 종사자는 (생략)업무를 하면서 알게 된 다른 사람의 정보를 누설하거나 발표하지 못한다. ▶3년 이하의 징역, 1천만원 이하의 벌금 적용

예방접종 안내 문자 전송도 동의서를 받나요?



예방접종은 보통 2, 3차까지 시행해야 하는 경우가 많습니다. 접종 예정일 직전 환자에게 안내 문자를 보내려면 미리 동의서를 받아야 하나요?



진료 목적 범위 내에 있는 예약 내용의 안내, 예방접종의 다음 회차 접종 안내 문자 등은 모두 기존의 진료에서 연계되는 안내입니다.

따라서 **추가 동의서는 받지 않습니다.**

그러나 기존 진료와는 연관이 없는 **새로운 예방접종의 안내**는 진료 목적 외의 안내사항
이므로 **동의서를 받아야** 합니다.

개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용) 제2항 참고
동의를 받을 때에는 다음의 내용을 포함한다.

- 1)개인정보의 수집 · 이용 목적
- 2)수집하려는 개인정보의 항목
- 3)개인정보의 보유 및 이용 기간
- 4)동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

보호자가 의무기록 열람, 발급을 요청할 경우



환자가 직접 의무기록 열람·발급하지 못할 경우,
보호자에게 어떤 도움을 드릴 수 있을까요?



원칙적으로는 환자 본인이 요청해야 하지만
불가피한 경우 **보호자가 요청할 수 있습니다.**
보호자로는 환자의 배우자, 직계 존·비속,
배우자의 직계존속만이 가능합니다.(아무도
없을 경우 형제, 자매를 요청자로 인정합니다.)
요청 시 다음과 같은 준비사항이 필요합니다.

1. 기록열람이나 사본발급을 요청하는 자의 신분증 사본
2. 가족관계증명서, 등본 등 친족관계임을 확인할 수 있는 서류
(형제·자매 요청 시 환자에게 배우자, 직계존·비속, 배우자의
직계 존속이 모두 없음을 증명하는 자료를 함께 제출)
3. 환자가 자필서명한 동의서

*대리인(친족 외)의 경우, 2.대신 환자의 신분증 사본, 3.동의서와 함께
위임장을 추가로 제출

무의식 환자 동의서



동의서를 받아야 하는데 환자는 의식이 없고,
모든 친족은 외국에 살고 있습니다.
동의서를 위해 귀국하여 내원하도록 안내해야 하나요?



환자의 생명과 직결된 경우 등에는 **직접
동의를 받는 것을 권고**합니다.

불가피한 경우에는 개인정보보호법에 따라
다음의 방법이 가능합니다.

- ① **직접 또는 우편, 팩스 등의 방법으로 서면을 전달**, 직접 서명한
동의서를 받는 방법
- ② **전화**를 통하여 동의서 내용을 알리고 동의를 확인하는 방법
- ③ 전화로 인터넷주소 등을 통하여 **동의 내용을 확인하도록
안내한 후 다시 전화를 통하여(call back) 동의를 확인**하는 방법
- ④ **인터넷 홈페이지** 등에 동의 내용을 게재하고 동의 여부를
표시하도록 하는 방법
- ⑤ 동의 내용을 **전자우편**으로 발송하고 동의 내용을 전자우편으로
받는 방법

홈페이지 비밀번호 문의



홈페이지 비밀번호를 분실했다고 문의하는 경우
알아낼 수 있는 방법이 있나요?
(제 비밀번호도 잊어버릴 때가 있어요.)



온전한 보안유지를 위하여 비밀번호는 모두
일방향 암호화로 저장됩니다. 즉 이용자의
비밀번호를 암호로 변환하여 로그인 시
일치하는지 확인하고 있고, 원래 비밀번호로
재해독하지 않습니다.

따라서 비밀번호를 잊어버린 경우, 비밀번호
작성 규칙에 따라 **이용자 스스로 직접**
비밀번호를 새로 만들고 이용하여야 합니다.

진료 시 의무기록 보관



진료 시 자주 사용하는 의무기록서류도 반드시 별도의 보관 시설, 잠금장치 등 물리적 조치를 해야 하나요?



원칙적으로는 안전한 개인정보의 보관과 취급을 위하여 의무기록을 보유할 경우 물리적 조치를 취해야 합니다.

그러나 **업무 중 수시로 사용하는** 진료기록은 잠금장치를 **해제한 채 사용 가능**합니다.

단, **업무가 종료된 이후에는 반드시 잠금장치**를 통해 보호조치를 취하는 것을 잊지 말아야 합니다.

개인정보보호법 제29조(안전조치의무) 참고

개인정보처리자는 개인정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 내부 관리 계획 수립, 접속기록 보관 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 안전성 확보에 필요한 기술적·관리적 및 물리적 조치를 하여야 한다.

비닐, 바코드(스티커) 일괄 파쇄



EHR도입으로 대부분 전산화가 되었지만, 여전히 환자 정보가 기재된 비닐 약봉투, 바코드 스티커가 많습니다. 파쇄기 사용이 어려운데, 어떻게 폐기해야 할까요?



원칙적으로는 환자의 개인정보부분을 식별할 수 없도록 잘게 **찢어서 버리거나**, 검은색 유성펜으로 덮어 **칠한 후 버립니다.**

만일 이와 같은 방법으로 해결되지 않을 만큼 많은 양이 배출될 경우, 매 짝수 달마다 폐기장소로 일괄배출합니다.

*신청방법: 수시로 협조전

*필요서류: 개인정보 파기 요청서, 개인정보 파기 관리 대장

*배출장소: 영선실 옆 창고

*담당부서: 협조전 수신→의무기록실, 파기진행→비상계획계

타원 진료 중 본원 진료기록을 유선 요청하는 경우



타원에서 진료를 보던 환자가 우리병원의 진료 내용이
필요하다며 전화를 했습니다. 어떻게 응대하나요?



알려주면 안 됩니다. 유선 상으론 본인 확인에
한계가 있으므로 직접 내원하여 **본관 1층
서류발급처**를 통해 필요한 서류를 발급받도록
합니다.

다만 **타원 의료진의 판단 하에 응급한 경우**
의료법에 따라 정보를 제공할 수 있습니다.

아래의 서류로 신청하며, 신청한 의료진의
이메일로 정보를 전달합니다. (Fax 불가)

1.의사 신분이 확인 가능한 서류(ID카드, 의사면허증 등)

2.의료정보 제공 동의 및 전송 요청서

*해당 환자의 의식이 없거나 응급환자인 경우 또는 환자의 보호자가 없어
동의를 받지 못할 경우 동의 없이 송부, 전송할 수 있음.

공무 집행에 필요한 정보 제공



경찰서 등에서 연락이 와서 환자에 대해 문의합니다.
공무집행에 필요하다는데, 알려줘도 되나요?



환자의 동의 없이는 알려주면 안 됩니다.
환자와 직접 연락하도록 안내하거나, 공무
집행에 관한 사안이라면 **공문을 통하여 정보
제공을 요청하도록 안내**합니다.

유선상으로는 상대방의 신분을 확인하기가
어렵습니다. 정말 공무 집행을 위해 연락한
공공기관이 맞는지에 대해서도 확인할 방법이
없으므로 절대 부서에서 직접 정보를 제공하지
않도록 합니다.

의료법 제19조(정보 누설 금지) 참고

의료인이나 의료기관 종사자는 (생략)업무를 하면서 알게 된 다른 사람의 정보를 누설하거나 발표하지
못한다. ▶3년 이하의 징역, 1천만원 이하의 벌금 적용

미성년자 동의서 작성



미성년자는 보호자가 대신 동의서를 작성한다고 알고 있습니다. 정확한 나이 기준이 어떻게 되나요?



만 14세 미만의 미성년자는 보호자가 작성합니다.

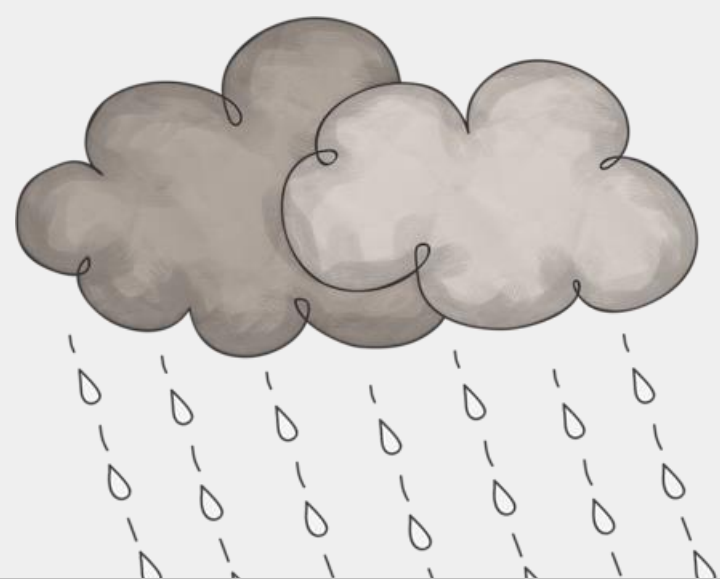
그러나 대부분의 동의서에서 ‘미성년자로서 약정 내용에 대하여 이해하지 못하는 경우’ 보호자가 서명할 수 있다는 내용이 제시되어 있습니다. 따라서 상황에 따라 14세 이상의 미성년 환자도 보호자가 서명할 수 있습니다. 보호자 서명 시 아래의 서류가 필요합니다.

1. 환자 및 보호자(법정대리인) 신분증명 서류

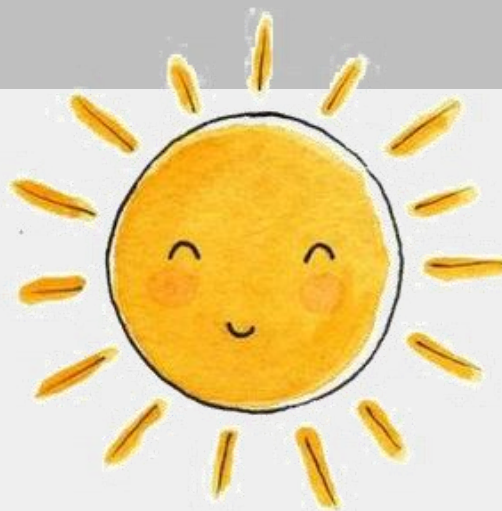
(주민등록증, 운전면허증, 여권, 외국인등록증사본 등)

2. 관계 증명 서류

(가족관계증명서 또는 기타 대리인이 본인임을 증명할 증서, 문서)



HYUMC_Guri



- 문 의 -
의무기록실



한양대학교 구리병원 간호국
기본 간호 매뉴얼

발 행 일(초판) : 2023년 03월 24일

발 행 처 : 한양대학교 구리병원 간호국 교육전담팀
Ver. 24.04

※ 본 자료는 신규간호사 직원 교육을 위한 목적으로 제작되었으며 무단 복제 및 유포를 금합니다.



한양대학교구리병원
HANYANG UNIVERSITY GURI HOSPITAL