**بسمه تعالی**

## معرفی دوره آموزشی اکسترنی گروه کودکان جهت اکسترن های محترم گروه

با سلام و آرزوی داشتن دورهٔ آموزشی لذت بخش و پربار در طی این ماه، برنامه دورهٔ آموزشی اکسترنی گروه کودکان به استحضار می رسد:

۱- **عنوان دوره:** کارآموزی بخش اطفال (۲)

۲- **تعداد واحد:** ۳ واحد

۳- **مدت دوره:** یک ماه

۴- **هدف دوره:** تمرین ویزیت بیماران در زیر نظارت مستقیم اساتید، دستیاران و کارورزان.

۵- **وظیفه اکسترن ها:** طبق ابلاغ دانشکده انجام کلیه امور محوله به اینترنها البته تحت نظارت و بدون داشتن مسئولیت مستقیم می باشد که در جدول زیر آمده است.

| ردیف | شرح وظیفه |
|---|---|
| ۱ | اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی ، تفسیر وپیگیری نتایج آزمایشات و بررسیهای پاراکلینیک، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی درمانی از کلیه بیماران سرپایی و مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک، ثبت و مهر آنها با نظارت بیشتر |
| ۲ | ویزیت روزانه بیماران موضوع عصر و شب حتی الامکان به همراه کارورز قبل از ویزیت دستیار پزشک معالج و اطلاع از کلیات برنامه درمان |
| ۳ | پیگیری دریافت جواب آزمایشات و به شکل غیر حضوری مگر در موارد اورژانس و بررسی آخرین گزارشهای پاراکلینیکی بیمار |
| ۴ | نوشتن برگه های در خواست تصویربرداری از جمله CT scan ,MRI ،رادیو گرافی و سونوگرافی ، آندوسکوپی ،آنژیوگرافی زیر نظر |
| ۵ | حضور بر بالین بیمارانی که احیاء میشوند و مشارکت در انجام CPR با کمک کارورز و تحت نظارت دستیار یا پزشک معالج |
| ۶ | کنترل علایم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی مانند بیوپسی کبد و کلیه بنا به نظر پزشک معالج یا دستیار مربوطه |
| ۷ | نوشتن آخرین دستورات روز قبل( order ) و reorder تحت نظارت رزیدنت پس از آموزش های لازم از هفته دوم |
| ۸ | همراهی بیمار پس از آموزش های لازم ( بهمراهی اینترن) در صورت لزوم به صلاحدید رزیدنت و اتند |
| ۹ | نوشتن نسخه در بیماران سرپایی تحت نظارت مستقیم دستیار و اتند |
| ۱۰ | آموزش بیماران تحت نظارت |
| ۱۱ | تکمیل فرم های کودک بیمار – کودک سالم – مشاوره تغذیه |
| ۱۲ | همکاری تیمی |

۶- **جهت این دوره ویزیت بیماران براساس پروتکل های مانا** که در طی دوره کارآموزی آموزش داده شده است و دوره تکمیلی آن در طی دوره اکسترنی برگزار می شود پیش بینی شده است.

- پیامدهای مورد انتظار از اکسترن ها در پایان دوره عبارتند از:

- **در حیطه دانش:**
  - اصول مراقبت از کودکان بیمار را بر طبق برنامه کشوری مانا شرح دهد.
  - اصول مراقبت از کودکان سالم را بر طبق برنامه کشوری کودک سالم شرح دهد.
  - موارد اورژانسی رایج کودکان را شرح دهد.

- **در حیطه مهارت**:
  - نحوه ارزیابی کودک (سالم و بیمار) بر طبق فرم های مانا و کودک سالم را در روی بیمار و بیمار نما نشان دهد.
  - مهارت های مورد نیاز مقطع کارورزی برای مراقبت از کودکان در شیفت های عصر و شب را در سطح خود نشان دهد.
  - نحوه تعامل تیمی را نشان دهد.
  - مستند سازی (شرح حال گرفتن، تکمیل فرم ها و ... ) اسناد پزشکی را انجام دهد.
  - از بیماران شرح حال اختصاصی مربوط به بخش را بگیرد. (بر اساس مانا یا بیماران اورژانسی بخش)
  - معاینه فیزیکی اساسی اختصاصی بخش را انجام دهد.
  - مانور هایم لیخ را نشان دهد. (طبق مانا)
  - بکارگیری نیدل کریکوتیروئیدکتومی را نشان دهد. (طبق مانا)
- **در حیطه نگرش:**
  - مانا را بعنوان یک راهکار ارتقاء سلامت کودکان ابراز کند..
  - کودک سالم را بعنوان یک راهکار ارتقاء سلامت کودکان ابراز کند..
  - موارد اورژانسی در بخش های اورژانس و بستری را با علاقمندی پیگیری کند.
  - برای پیگیری موارد اورژانسی در بخش های اورژانس و بستری وقت صرف کند.
  - برای اصلاح فرآیند رسیدگی به بیماران اورژانسی راه حل ارائه نماید.

۷- **برنامه کاری اکسترن ها** در این دوره شامل ۴ بخش می باشد:

**الف- کلاس تئوری**: در روزهای پنج شنبه از ساعت ۸ لغایت ۱۲/۳۰ در مرکز امام حسین(ع) به انضمام دو روز تدریس مانا غیر از روزهای پنج شنبه توسط اساتید گروه برگزار می گردد. در پایان دوره امتحان کتبی از مباحث کلاس تئوری و کارگاه مانا گرفته می شود.

ب- شرکت در برنامه های **گزارش صبحگاهی** گروه (اکسترن ها موظف به حضور در سالن کنفرانس مرکز امام حسین(ع) قبل از شروع گزارش صبحگاهی می باشند و راس ساعت ۸ صبح حضور و غیاب می شوند)

ج- حضور فعالانه در **ویزیت بیماران در اورژانس و درمانگاههای** بیمارستان های امام حسین(ع)، الزهرا(س) و امین:

تبصره: جهت هر اکسترن یک دوره دو هفته ای اورژانس و یک دوره دو هفته ای درمانگاه برنامه ریزی شده است.

د- حضور فعالانه در **کشیک عصر و شب**:

**تبصره ۱**: جهت هر اکسترن چهار کشیک در نظر گرفته شده است.

**تبصره ۲**: جهت آموزش اکسترن ها در طی کشیک از روش استاندارد و روش مانا استفاده می گردد و کلیه وظائف اینترن ها به عهده اکسترن ها گذاشته می شود. البته به صورتی که همیشه تحت نظارت مستقیم دستیار و یا اینترن باشد.

**تبصره ۳**: ساعات حضور و نحوه فعالیت اکسترن ها شبیه‌اینترن ها می باشد با این تفاوت که ویزیت اکسترن ها تحت نظارت می باشد.

**توضیح**: غیبت در ساعات آموزش تئوری (کلاس تئوری- گزارش صبحگاهی) و آموزش بالینی (راند صبح، کشیک ها) در صورت موّجه بودن باعث حذف دوره و در صورت غیر موّجه بودن باعث گزارش نمرهٔ صفر می شود. غیبت کم باعث کسر نمرهٔ نهائی طبق آئین نامه دورهٔ بالینی می باشد.

۸- **ارزشیابی اکسترن ها** و نمره نهائی این دوره براساس ۳ مورد می باشد:

**الف- ارزشیابی حضور و فعالیت در طی راند صبح** توسط اساتید و رزیدنت های اورژانس و درمانگاه (برخورد محترمانه و منطبق بر اخلاق پزشکی، رعایت مقررات حضور و غیاب، مشارکت در ویزیت فعالانه بیماران و براساس طرح مانا، مشارکت در آموزش)

**ب- ارزشیابی حضور و فعالیت در کشیک** ها توسط دستیار اورژانس.

**تبصره ۱**: ساعات کشیک اکسترن ها کاملاً شبیه اینترن ها می باشد و بعد از ساعت ۱۲ شب هم بایستی در کنار اینترن ها به ویزیت بیماران بپردازند.

**تبصره ۲**: در پایان کشیک نمره نحوه فعالیت شما در برگه ای که به دستیار اورژانس داده اید، نوشته و به دفتر گروه کودکان و یا رزیدنت مسئول دوره اکسترنی تحویل داده می شود.

**تبصره ۳**: در نمره دهی به برخورد منطبق براخلاق پزشکی (۲۰٪) رعایت ساعت حضور و غیاب (۲۰٪)، علاقه به ویزیت و پیگیری بیماران (۶۰٪) نمره داده میشود.

**توضیح:** میزان ارزش گذاری موارد فوق بصورت زیر می باشد: ارزشیابی راند صبح (۴۰٪ نمره نهائی) ارزشیابی در کشیک ها (۲۰٪) ارزشیابی در امتحان کتبی (۴۰٪ نمره نهائی).

## ۹- منابع اطلاعاتی:

۱- مجموعه Booklet چارت مانا، انتشارات وزارت بهداشت.

۲- کتاب Essential Text book of nelson 2009.

۳- سایر منابع علمی مرجع پیشنهادی توسط اساتید گروه.

تبصره ۱: جهت تهیه منابع طرح مانا جهت آموزش اکسترن ها با دفتر گروه تماس بگیرید.

مسئولین دوره:

دکتر بهنوش استکی- دکتر مژگان گلی(دستیار)

**دکتر محمدرضا صبری**

**مدیر گروه کودکان**

**به نام خدا**

**فرم ارزشیابی درون بخشی اکسترن های گروه کودکان**

**بخش:** **از تاریخ** **لغایت**

| | **نام اکسترن** / **عنوان موردارزیابی** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | برخورد محترمانه و منطبق براخلاق پزشکی(۴ نمره) | | | | | |
| ۲ | رعایت مقررات حضور و غیاب (۴ نمره) | | | | | |
| ۳ | مشارکت فعال در ویزیت بیماران براساس طرح مانا (۸ نمره) | | | | | |
| ۴ | مشارکت فعال در بحث بالینی و کنفرانس ها (۴ نمره) | | | | | |

استاد گرامی لطفاً براساس معیارهای فوق، در هر ستون و زیر نام اکسترن، نمره مربوطه ذکر و مهر گردد.

ضعیف = ۱ متوسط = ۲ خوب = ۳ عالی = ۴

مهر و امضاء

**به نام خدا**

**فرم ارزشیابی اکسترن های گروه کودکان در کشیک**

| | |
|---|---|
| **نام و نام خانوادگی:** | **تاریخ:** |
| ساعات حضور در بیمارستان: از ساعت | لغایت |
| ساعات حضور در اورژانس جهت ویزیت بیماران: | |
| دستیار گرامی به میزان فعالیت، علاقه مندی و مشارکت همکار فوق در طی کشیک، چه رتبه ای می دهید؟<br>ضعیف متوسط خوب عالی بیش از حدانتظار<br>مهر و امضاء دستیار | |

**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی**

**فرم ثبت بیماری شیرخواران کمتر از ۲ ماه (پزشک)** **تاریخ مراجعه:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| علائم خطر فوری کودک را بررسی کنید: | انسداد راه هوایی ☐ | خونریزی / شوک ☐ | کما / تشنج ☐ |

نام و نام خانوادگی: سن : علت مراجعه:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| وزن فعلی | | قد فعلی | | دورسر فعلی | |
| تولد | | تولد | | تولد | |

| ارزیابی | طبقه بندی | پیگیری |
|---|---|---|
| **آیا در کودک نشانه های خطر وجود دارد؟**<br>• کاهش قدرت مکیدن<br>• تشنج در چند روز اخیر ☐ فقط در زمان تحریک حرکت می کند<br>• استفراغ بطور مکرر ☐ با تحریک واکنشی نشان نمی دهد<br>..... تنفس در دقیقه اگر زیاد بود تکرار کنید:<br>تنفس تند بله ☐ خیر ☐ | | |
| **توکشیده شدن قفسه سینه**<br>باز و بسته شدن پره های بینی — کشیده شدن قفسه سینه به داخل متوسط — ناله کردن<br>کاهش سطح هوشیاری — کشیده شدن قفسه سینه به داخل شدید — درجه حرارت بالا<br>بیقراری و تحریک پذیری — درجه حرارت پائین<br>تحرک کمتر از معمول و بیحالی — رنگ پریدگی شدید<br>برآمدگی ملاج — سیانوز | | |
| **کنترل شیرخوار از نظر زردی:**<br>زردی کف دست و پا — وجود زردی در هر سن | | |
| **کنترل شیرخوار از نظر عفونت های موضعی:**<br>**چشم:** تورم و قرمزی اطراف — ترشح چرکی<br>**پستان:** تورم و قرمزی آن — بزرگی و سفتی پستان<br>**ناف:** ترشح چرکی زیاد با قرمزی اطراف آن بیش از یک سانتیمتر — خونریزی بیش از چند قطره<br>**پوست:** جوشهای چرکی منتشر — دهان: وجودتراش | | |
| **آیا شیرخوار اسهال دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**برای مدت؟ ..... روز**<br>**حال عمومی** بیحالی یا عدم هوشیاری بیقراری یا تحریک پذیری<br>**آیا خون در مدفوع وجود دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**برگشت پوستی:** خیلی آهسته ☐ آهسته ☐ طبیعی ☐<br>**فرورفتگی چشمها** بله ☐ خیر ☐ | | |
| **کنترل شیرخوار از نظر مشکل شیرخوردن و وزن گیری ناکافی:** **قد .....**<br>**زیر منحنی قرمز (۳- انحراف معیار)**<br>**موازی و صعودی نبودن با منحنی رشد** بله ☐ خیر ☐<br>**آیا هیچ مشکل شیرخوردن دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**اگر شیرخوار با شیرمادر تغذیه می شود؟**<br>**آیا کمتر از ۸ بار در ۲۴ ساعت او را شیر می دهد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**آیا غیر از شیرمادر غذا یا مایعات دیگر می خورد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**اگر بله، چند بار و با چه چیزی؟** .....<br>**در صورت پاسخ بلی هر یک از سئوالات فوق (و هیچ نشانه ای برای ارجاع فوری به بیمارستان نداشته باشد)**<br>**ارزیابی تغذیه با شیرمادر:**<br>**آیا شیرخوار قادر به گرفتن پستان می باشد؟**<br>**خوب پستان می گیرد؟**<br>**خوب پستان نمی گیرد؟**<br>**به هیچ وجه پستان نمی گیرد؟**<br>**آیا شیرخوار می تواند خوب بمکد؟** نمی تواند بمکد☐ خوب نمی مکد☐ خوب می مکد☐<br>**آیا در دهان برفک وجود دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**کنترل وضعیت واکسیناسیون** کامل ☐ ناقص ☐ | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **مکمل ویتامین:** | کامل ☐ | ناقص ☐ | |
| **آیا کودک مشکل دیگری دارد؟** | بله ☐ | خیر ☐ | اگر بلی، توضیح دهید: |
| **ارزیابی پاراکلینیک :** | ۱. | ۲. | ۳. |
| **درمان دارویی:** | ۱. | ۲. | ۳. |
| **توصیه ها:** | ۱. | ۲. | ۳. |
| **ارجاع:** | **پزشک متخصص** ☐ | **بیمارستان** ☐ | **توضیحات :** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| عرامه محمد (پیگیری بیماری) | تاریخ ۰۰/۰۰/۰۰ | فرقی نکرده یا بدتر شده ☐ | بهتر شده ☐ | ادامه درمان و توصیه ها ..... | ارجاع به |
| | تاریخ ۰۰/۰۰/۰۰ | فرقی نکرده یا بدتر شده ☐ | بهتر شده ☐ | ادامه درمان و توصیه ها ..... | ارجاع به |
| | تاریخ ۰۰/۰۰/۰۰ | فرقی نکرده یا بدتر شده ☐ | بهتر شده ☐ | ادامه درمان و توصیه ها ..... | ارجاع به |

**مهر و امضای پزشک** .....

**گروه کودکان دانشکده پزشکی اصفهان**

**فرم ثبت بیماری کودکان ۲ ماهه تا ۵ ساله (مخصوص ویزیت پزشک)**

| علائم خطر فوری کودک را بررسی کنید: | انسداد راه هوایی ☐ | خونریزی / شوک ☐ | کما / تشنج ☐ |
|---|---|---|---|

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد : علت مراجعه:

| **ارزیابی** تاریخ مراجعه | **معاینه ۱** ..... | **معاینه ۲** ..... | **معاینه ۳** ..... |
|---|---|---|---|
| **آیا در کودک نشانه های خطر وجود دارد؟**<br>• قادر به نوشیدن و شیرخوردن ☐ هم اکنون در حال تشنج است<br>• تشنج در چند روز اخیر<br>• استفراغ هر چیز که می خورد<br>• کاهش سطح هوشیاری یا خواب آلودگی | | | |
| **آیا کودک سرفه یا تنفس مشکل دارد؟** اگر بله برای چه مدت ..... تنفس در دقیقه .....<br>اگر زیاد بود تکرار کنید: تنفس تند ☐ بلی ☐ خیر ☐<br>درجه حرارت (زیر بغل) ..... درجه حرارت بالا ☐ درجه حرارت پائین ☐<br>بیقراری در شیرخوار و کودک ☐<br>توکشیده شدن قفسه سینه ☐ شنیدن استریدور در استراحت ☐ شنیدن ویزینگ ☐<br>شنیدن کراکل واضح ☐ | | | |
| **آیا کودک اسهال دارد؟**<br>**برای مدت؟ ..... روز**<br>**حال عمومی ☐ کاهش سطح هوشیاری ☐ یا خواب آلودگی غیرطبیعی ☐**<br>**آیا خون در مدفوع وجود دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**آیا کودک قادر به نوشیدن مایعات می باشد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**اگر بله آیا عدم توانائی نوشیدن دارد؟، یا کم می نوشد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**تشنه است و با ولع می نوشد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**برگشت پوستی:** خیلی آهسته ☐ آهسته ☐ طبیعی ☐<br>**فرورفتگی چشمها** بله ☐ خیر ☐ | | | |
| **آیا کودک مشکل گوش درد دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**اگر بله:**<br>آیا درد گوش دارد؟ بله ☐ خیر ☐<br>آیا از گوش ترشح خارج می شود؟ اگر بله برای چه مدت ..... | | | |
| **آیا کودک (۲ ساله به بالا) گلو درد دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**اگر بله :**<br>**آبریزش بینی دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**سرفه می کند؟** بله ☐ خیر ☐<br>**چشمهای او قرمز است؟** بله ☐ خیر ☐<br>**عطسه می کند؟** بله ☐ خیر ☐<br>**خشونت صدا دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**معاینه کنید؟** زخم دهانی☐ ترشحات از گوش دارد ☐ تندرنس پشت گوش دارد ☐<br>**تب دارد؟** بله درجه حرارت بدن ..... خیر<br>حلق را از نظر قرمزی و پتشی و اگزودا معاینه کنید. گردن را از نظر لنفادنوپاتی لمس کنید. | | | |
| **آیا کودک تب دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**برای چه مدت .....**<br>**آیا بیشتر از ۷ روز است؟** بله ☐ خیر ☐<br>**معاینه کنید؟**<br>**درجه حرارت بدن ..... درجه**<br>**سفتی گردن دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**نشانه های موضعی** × **آیا بثورات پوستی دارد؟** بله ☐ خیر ☐<br>**کنترل کودک از نظر کم وزنی:**<br>آیا منحنی رشد کودک قبلاً در پروند کودک سالم رسم شده است؟ بله ☐ خیر ☐<br>اگر بله: پس از رسم وزن کودک در کارت پایش رشد با وزن قبلی او مقایسه نمایید.<br>• زیر منطبق با منحنی قرمز (منحنی WFH/L)<br>• با بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) ولی موازی و صعودی با منحنی رشد نمی باشد.<br>• با بالای منحنی قرمز (۳- انحراف معیار) ولی موازی و صعودی با منحنی رشد | | | |

| ارزیابی | تاریخ مراجعه | معاینه ۱ ..... | معاینه ۲ ..... | معاینه ۳ ..... |
|---|---|---|---|---|
| **کنترل وضعیت واکسیناسیون** | کامل ☐ ناقص ☐ | | | |
| **کنترل وضعیت مکمل های** | | | | |
| **آیا کودک مشکل دیگری دارد؟** | بله ☐ خیر ☐<br>اگر بلی، توضیح دهید: | | | |
| **ارزیابی پاراکلینیک :**<br>۱.<br>۲.<br>۳. | | | | |
| **داروهای تجویز شده:** | | | | |
| **توصیه های تغذیه ای: آیا کودک با شیرمادر تغذیه می شود؟**<br>اگر بلی، چند بار در ۲۴ ساعت؟ (بیش از ۸ بار و فاصله شیردهی کمتر از ۵ ساعت) آیا شب ها شیر می خورد؟<br>کودک شیرخوار: ۱) قادر به شیرخوردن نیست؟ ۲)به هیچ وجه پستان نمی گیرد؟<br>۳) نمی تواند بمکد؟<br>آیا کودک غذا یا مایعات دیگر می خورد؟ اگر بلی چه غذایی؟چند بار؟ | | | | |
| **ارجاع:** | **پزشک متخصص** ☐ **بیمارستان** ☐ | | | |
| مراجعه مجدد (پیگیری بیماری) | تاریخ ۰۰/۰۰/۰۰ فرقی نکرده یا بدتر شده ☐ بهتر شده ☐<br>تاریخ ۰۰/۰۰/۰۰ فرقی نکرده یا بدتر شده ☐ بهتر شده ☐<br>تاریخ ۰۰/۰۰/۰۰ فرقی نکرده یا بدتر شده ☐ بهتر شده ☐<br>تاریخ ۰۰/۰۰/۰۰ فرقی نکرده یا بدتر شده ☐ بهتر شده ☐ | | | |
| توصیه | ادامه درمان و توصیه ها ..... ارجاع به<br>ادامه درمان و توصیه ها ..... ارجاع به<br>ادامه درمان و توصیه ها ..... ارجاع به | | | |

**مهر و امضای پزشک .....**