|  |  |
| --- | --- |
| **مدت** | **عنوان** |
| **هر 72 ساعت یکبار**  **در صورت اندیکاسیون( فلبیت و درد وقرمزی ونشتی و...) زودتر تجویز شود.** | **آنژیوکت** |
| **هر 24 ساعت یکبار**  **بعد از دریافت فرآورده های چربی و آمینواسیدی با هر فرآورده تعویض شود.** | **ست سرم** |
| **هر 72 ساعت یکبار\_بخش های NICUهر 24 ساعت یکبار**  **پس از Hyperalimentation و شیمی درمانی بلافاصله دور انداخته شود.** | **میکروست** |
| **به ازای هر ترانسفوزیون** | **ست خون** |
| **هر 24 ساعت یکبار** | **باتل سرم(تزریقی و شست و شو)** |
| **هر یک ماه**  **در صورت اندیکاسیون زودتر تعویض شود.** | **کات داون** |
| **هر 12\_6 ساعت یکبار یا در صورت تعویض ویال** | **ست تجویز پروپوفول** |
| **در صورت اندیکاسیون بالینی**  **(توصیه شده اگر بیمار نیاز به NGT به مدت طولانی دارد بهتر است تبدیل به OGT شود).** | **سوند معده** |
| **در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت و انسداد و...)حداکثر 14 روز**  **توجه: در هر شیفت کاری حداقل یکبار مراقبت از سوند ادراری انجام شود.** | **سوند ادراری داخلی** |
| **هر 48 ساعت یکبار** | **فولی اکسترنال** |
| **زمان تعویض سوند ادراری و در صورت اندیکاسیون بالینی (آلودگی و پارگی )حداکثر 3 روز** | **کیسه ادراری** |
| **در صورت اندیکاسیون بالینی(عفونت و انسداد و ...)** | **کاتتر ورید مرکزی** |
| **پوشش گازی استریل هر 24 ساعت یکبار-پوشش شفاف استریل هر 7 روز یکبار**  **در صورت آلودگی یا خیس یا شل شدن باید در اسرع وقت تعویض گردد.** | **پانسمان کاتتر ورید مرکزی** |
| **در صورت اندیکاسیون بالینی**  **(پس از 7 تا 14 روز بسته به شرایط بیمار اقدام جهت تراکیا ستومی انجام شود).** | **تیوپ اندوتراکیال** |
| **اختصاصی برای هر بیمار و تعویض روزانه** | **تیوپ ساکشن** |
| **یکبار مصرف** | **کاتتر ساکشن** |
| **اختصاصی برای هر بیمار و در صورت اندیکاسیون** | **کاتتر اکسیژن** |
| **در صورت آلودگی یا کارکرد معیوب (اختصاصی برای هر بیمار)حداکثر 5 روز**  **و یا براساس دستورالعمل کارخانه ی سازنده** | **لوله خرطومی ونتیلاتور** |
| **هر 72 ساعت یکبار (اختصاصی برای هر بیمار)**  **و یا براساس دستورالعمل کارخانه ی سازنده** | **HME فیلتر**  **(Heat Moisture Exchanger)** |
| **هر 24 ساعت یکبار** | **چست لید** |
| **با تزریق هر دارو** | **سرنگ متصل به پمپ انفوزیون** |
| **در پایان هر شیفت کاری** | **سرنگ گاواژ** |
| **پس از پر شدن سه چهارم آن و یا سه روز معدوم گردد.** | **سفتی باکس** |

\***تذکر: در هر کدام از موارد فوق در صورت دستور پزشک معالج مبنی بر تغییر زمان اجرایی است**.

**واحد کنترل عفونت**