



کد مدرک:
واحد: اورولوژی
ویرایش: 1



راهنمای عملی دستیاران در بخش های اورولوژی

مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی
شهید دکتر لبافی نژاد

مهر ماه 1395

قابل توجه همکاران محترم دستیار و فلوشیپ و اتندهای بخش ارولوژی

با سلام و عرض ارادت. لطفاً موارد زیر مورد توجه دقیق قرار گیرد:

- 1- از بستری کردن بیماران از طریق کلینیک بدون امضاء اتند مربوطه خودداری فرمایید.
- 2- از هرگونه نقل و انتقال بیماران از اورژانس یا بخش های بیمارستان یا کلینیک ها (از جمله جهت سنگ شکنی) جهت مشاوره یا اقدامات درمانی یا تشخیصی به سایر مراکز توسط دستیاران و فلوها بدون اطلاع اتند مربوطه جداً خودداری شود. در صورت در دسترس نبودن اتند مربوطه با مسئول آموزش بخش یا رئیس بخش یا یکی از اتندهای در دسترس تماس حاصل شود.
- 3- بیمارانی که سابقه عمل جراحی در این بیمارستان را دارند به محض ورود به اورژانس توسط دستیار یا فلو به اتند مربوطه اطلاع و با توجه به نظرات اتند مربوطه اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شود بدیهی است در مواردیکه خطر جانی و فوری در کار باشد با همکاری دستیار ارشد ارولوژی کشیک اقدامات درمانی لازم فوری جهت حفظ جان بیمار صورت می گیرد و در ضمن انجام اقدامات فوق با اتند مربوطه نیز از طریق پرستاری اورژانس تماس گرفته می شود.
- 4- پس از اتمام اعمال جراحی الکتیو در اتاق عمل، رزیدنتی که در عمل مشارکت داشته در انتقال بیمار به ریکاوری و کنترل سوندها، درن و سرم بیماران و تحویل آنها به پرستار ریکاوری مشارکت مستقیم داشته باشد که مسئول اصلی انتقال بیمار از نظر مسائل جراحی دستیار مربوط می باشد. بدیهی است پس از اتمام جراحی رزیدنت مربوطه لازم است مرتباً بیمار را از نظر مسائلی مثل اطمینان از جریان ادرار و خونریزی های احتمالی پس از عمل و کلیه معاینات لازم بعد از عمل مورد معاینه قرار دهد.
- 5- حضور کلیه دستیاران و فلوها و انجام وظایف محوله آموزشی در اداره جلسات آموزشی ضروری است و در صورت عدم حضور ارائه دلیل به مسئول آموزش بخش قطعاً ضروری است.
- 6- حضور به موقع دستیاران در اعمال جراحی که نام ایشان در لیست مربوطه ذکر شده طبق برنامه تنظیمی الزامی است. (رزیدنت ارشد مسئول ارائه برنامه از روز قبل به اتاق عمل و بخش می باشد) نوشتن شرح عمل و دستورات به طور کاملاً خوانا و بدون عجله و با ذکر جزئیات فنی لازم و مربوطه مثل گذاشتن سوند داخل حالی، درن و غیره و نوع دقیق عمل جراحی از وظایف دستیار مربوطه می باشد. در صورت عدم حضور دستیاران و وظایف فوق به عهده فلو یا اتند مربوطه می باشد.
- 7- ساعت شروع کلینیک های تخصصی در صبح حداکثر 9 صبح و در بعد از ظهر ساعت 14/30 می باشد و حضور همکاران فلو و دستیار طبق برنامه تنظیمی از ابتدای شروع کلینیک از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و رعایت ارائه محبت و احترام به بیماران در ضمن اقدامات تشخیصی درمانی توسط اتندها، فلوها و دستیاران محترم از واجبات می باشد. لطفاً همدیگر را به این مهم سفارش نمائیم.
- 8- رفع مسائل جراحی بخش پیوند از قبیل دستورات جراحی و اقدامات مربوطه توسط دستیاران سال بالای کشیک ارولوژی و ویزیت روزانه توسط فلوهای پیوند و آندویورولوژی می باشد. حضور در بالین بیماران و در هنگام انجام وظایف در بیمارستان با پوشیدن روپوش سفید مرکز به همراه آرم مربوطه با ظاهری آراسته و تمیز و برخوردی محبت آمیز باعث ارتقاء زحمات همکاران بوده و اثر آن از اقدامات درمانی صرف در روحیه بیماران بیشتر است.
- 9- پاسخگویی مستقیم موارد فوق رزیدنت مربوطه و در نهایت مسئول پی گیری اجرا و نظارت دقیق و تذکر مکرر موارد فوق دستیار ارشد بخش و مسئول آموزش بخش می باشد.

- 10- خواهشمند است در ارتباط با بیماران رعایت جوانب فنی را نموده و طوری با بیمار محاوره فرمایید تا بیمار احساس نماید که همکاران نماینده اتند مربوطه هستند و در جریان کامل امور بوده و مسئول بیمار اتند مربوطه می باشد.
- 11- از انجام پانسمان سیرکولار دور ناحیه ژنیتال آقایان و در اندام های حرکتی (مچ، بازو ...) جداً خودداری شود.
- در پایان در صورتی که موارد مشابه عملی به نظر تان می رسد کتباً اعلام فرمایید تا در مکاتبات بعدی مورد استفاده قرار گیرد.
- انشاء ... با اجرای موارد فوق و سایر وظایف مربوطه همگی بتوانیم با یک همکاری جمعی موجبات رضایت بیماران و در نهایت رضایت حق تعالی را بدست آوریم.

با تشکر
دکتر ناصر سیم فروش
رئیس بخش ارولوژی و پیوند کلیه



وظایف روزانه و کشیک ها:

بررسی قبل از عمل:

- رعایت مسائل اخلاقی در برخورد با بیمار و همراهان وی.
- لازم است ضمن اینکه اتند مربوطه می بایست در جریان تمام اقدامات درمانی، تشخیصی بیماران خود باشد در زمان کشیک رزیدنت ارشد کشیک، مسئول ارتباط با اتند و در سایر مواقع رزیدنت ارشد سرویس این مسئولیت را دارد.

- آخرین فردی که از اتاق عمل خارج می شود رزیدنت ارشد اتاق عمل می باشد مگر قبلاً موافقت اتند های اتاق عمل کسب شده باشد.
- مدارک پزشکی در پیگیری بیماران چه از نظر درمانی، آموزشی و چه قانونی بسیار مهم است مقتضی است پرونده های بیماران، برگه خلاصه پرونده و شرح عمل خوش خط، به دقت و رسا نوشته شود.
- 12- اطلاع از شرح حال بیمار قبل از عمل و نیز بررسی کلیه ها و آزمایشات بیمار و الصاق کلیشه های رادیولوژی به نگاتوسکوپ
- 13- مسئول گرفتن شرح حال رزیدنت سال یک است و باید هر گونه کوتاهی در گرفتن شرح حال توسط رزیدنت سال یک همان سرویس پوشش داده شود.
- 14- Progress note باید حتما هر روز نوشته شود و شامل آخرین آزمایشات، تب، حال عمومی Ab ها و plan بیمار باشد.
- 15- رزیدنت ها هر روز باید ساعت 7 صبح بالیست کامل بیماران سرویس مربوطه در بخش حاضر باشند. قبل از ویزیت progress note نوشته شود، پس از ویزیت برگه های مشاوره، تعویض پانسمان، شستشوی مثانه و پاچ، progress note و خلاصه پرونده را نوشته باشد، به بخش پیوند رفته و خلاصه پرونده های بخش پیوند را بنویسند و راس ساعت 9 در کلینیک حاضر باشد. در تمام این مدت مسئولیت اورژانس به عهده رزیدنت کشیک آن روز می باشد.
- 16- از زمان تماس پرسنل اورژانس تا ویزیت بیماران حداکثر 10 دقیقه فاصله باشد.
- 17- پس از اتمام کلینیک به اورژانس مراجعه نموده و بیماران اورژانس را ویزیت نماید.
- 18- بین ساعت 4-5 به رادیولوژی رفته رتروگرید حالب، VCU، نفروستوگرافی را انجام دهد.
- 19- بیماران CCU و RCU، دهنده کلیه را بخش پیوند ویزیت نماید.
- 20- قبل از ویزیت رزیدنت سال پایین باید بیماران پس از عمل را ویزیت نموده و علایم حیاتی، آزمایشات، out ادرازی، محل پانسمان را یادداشت نموده و جهت ویزیت با رزیدنت سال بالا آماده باشد.
- 21- شستشوی پاچ اطفال با 10cc سرم کافی است.
- 22- رزیدنت سال یک مسئول پیدا کردن تخت خالی و هماهنگی با رزیدنت های سایر بخش ها در مورد بیمارانی است که در صورت پر شدن تخت بخش های ارولوژی پس از عمل نیاز به تخت دارند می باشد.
- 23- بخش هایی که رزیدنت کشیک مسئول آنها می باشد. اورولوژی مردان، ارولوژی زنان، ارولوژی اطفال، RCU و CCU، پیوند و هر بخشی که بیمار ارولوژی بستری دارد.
- 24- رزیدنت سال یک بدون هماهنگی با رزیدنت سال 2 کشیک یا سرویس به هیچ عنوان با رزیدنت سال 3 و 4 و 5 و یا اتند در مورد بیماران مشورت نمی نماید و هر موردی را ابتدا به وی اطلاع می دهد.
- 25- ساعت خروج از بیمارستان در روزهای غیر کشیک و پس از اتمام کارهای روزانه توسط chief مشخص می شود.
- 26- هیچ بیماری به هیچ عنوان بدون اجازه و ویزیت رزیدنت ارشد کشیک و بدون هماهنگی با اتند آنکال به بیمارستان دیگری اعزام نشود (حتی در صورت مشکلات غیر اورولوژیک)

شرح حال :

نکاتی که حتماً باید در شرح حال ذکر شود:
* پروستاتکتومی باز و TURP :

- 1- PSA
- 2- شرح سیستوسکوپی
- 3- DRE
- 4- سابقه مصرف پرازوسین (و سایر آلفابلوکرها) و میزان پاسخ به درمان
- 5- سابقه هماچوری گراس و یا سنگ مثانه حتماً در شرح حال TURP ذکر شود.
- 6- بی اختیاری ادرار و impotency
- 7- سابقه قبلی جراحی پروستات

*رادیكال پروستاتکتومی :

- 1- PSA
- 2- جواب پاتولوژی بخصوص ← Gleason Score
- 3- Metastatic W/U
- 4- Bone scan (در صورت PSA>10)
- 5- CT اسکن (در صورت PSA>20)
- 6- DRE
- 7- سابقه دردهای استخوانی کاهش اشتها، کاهش وزن، تعریق شبانه
- 8- شرح حال continency و potency بیمار حتماً باید ذکر شود.
- 9- MRI در صورت مشکوک بودن به متاستاز استخوانی در اسکن استخوان
- 10- بیماری های همراه مثل سابقه مشکلات قلبی، DM، HTN و ...

* TURT :

- 1- تاریخ کلیه TURT قبلی بخصوص آخرین TURT
- 2- جواب آخرین پاتولوژی بخصوص ذکر درگیری عضلانی
- 3- جواب آخرین سیستوسکوپی و محل تومور در آخرین سیستوسکوپی
- 4- سابقه درمان با BCG، میتومايسين، کمورادیوتراپی
- 5- متاستاز W/U

* رادیكال سیستکتومی :

- 1- شرح آخرین سیستوسکوپی با قید تاریخ آن و محل تومور
- 2- تاریخ آخرین TURT و محل تومور
- 3- جواب پاتولوژی TURT، وجود یا عدم درگیری عضلات ذکر شود
- 4- Metastatic W/U
- 5- جواب IVP و CT اسکن ← درگیری ارگانهای اطراف هیدرونفروز و لنفادنوپاتی
- 6- شرح حال continency و potency بیمار حتماً باید ذکر شود.

* سیستوپلاستی :

- 1- VCUG ← شکل مثانه و تراپکوله بودن آن Spina bifida
- 2- شرح سیستوسکوپی در صورتیکه انجام شده باشد
- 3- سابقه انجام CIC و کاهش یا عدم کاهش هیدرونفروز کلیه ها و یا کراتینین به دنبال CIC
- 4- علائم voiding dysfunction

- 5- سابقه تزریق بوتاکس
- 6- سابقه جراحی های گوارشی و مشکلات گوارشی

* جراحی آنتی ریفلکس :

- 1- سابقه تب و پیلونفریت
- 2- سابقه مصرف داروی پروفیلاکسی و ذکر تب یا UTI حین پروفیلاکسی
- 3- RNC/VCUG
- 4- ذکر وجود اسکار کلیه در DMSA و بدتر شدن اسکار کلیه
- 5- علایم voiding dysfunction: یبوست، انورزی، hesitancy، dribbling
- 6- ذکر معاینه ناحیه لومبار از نظر spinabifida
- 7- ذکر spinabifida در KUB یا VCUG
- 8- شرح سیستم اسکوپ و وضعیت سوراخ های حالب

* پیلوپلاستی :

- 1- سابقه UTI یا هماچوری و دردهای شکمی
- 2- IVP
- 3- اسکن DTPA
- 4- جواب گرافی رتروگرید حالب و قید زمان تخلیه بر حسب ساعت
- 5- بررسی از نظر ریفلکس (VCUG یا DRNC)

* رادیکال نفرکتومی :

- 1- CT بیمار ← آیا درگیری کاو دارد یا نه، بررسی درگیری غدد لنفاوی
- 2- در صورت درگیری کاو باید بیمار MRI داشته باشد
- 3- در شرح حال باید حتماً موارد زیر ذکر شود:
- 4- واریکوسل، ادم اندام تحتانی، گراس هماچوری، ترشح کلیه در IVP یا CT اسکن، تنگی نفس، لنفادنوپاتی
- 5- بررسی metastatic work up
- 6- گزارش سونوگرافی محل، اندازه و solid یا کیستیک بودن توده
- 7- بررسی از نظر علائم فنوکروموسیتوم، کوشینگ

* موارد خاص دیگر :

- در شرح حال یورتروپلاستی باید potency و continency بیمار ذکر شود حتماً آمادگی روده ای در pre op داده شود
- در شرح حال RPLND نیز متاهل و مجرد بودن بیمار و potency و continency و sperm freeze و تومور مارکرهای قبل و بعد از جراحی و کموتراپی، شرح دقیق CT اسکن های بیمار باید ذکر شود.
- در شرح حال حالب اکتوپیک سابقه اپیدیدیمواورکیت و بی اختیاری ادراری باید ذکر شود.
- در شرح حال کیست کلیه سابقه تروما (احتمال سودوکیست پانکراس) و تماس با حیوانات (احتمال کیست هیدانتید) ذکر شود.

* نمونه شرح حال :

← Cc

PI ← در این قسمت ذکر خلاصه ای از عملهای اورولوژیک قبلی و مواردیکه در قسمتهای قبلی جهت هر بیمار قید شد نوشته شود و در آخر ذکر شود بیمار مثلاً کاندید رادیکال پروستاتکتومی است.

PMH ← IHD/HTN/DM / بیماری تیروئید / Asthma / COPD / تشنج / استعداد به

خونریزی

/ سابقه جراحی قبلی با ذکر تاریخ آن / رادیوتراپی / کموتراپی

DH ← مصرف ASA و پلاویکس و وارفارین بسیار مهم است
کلیه داروهای مصرفی بیمار باید در تست برگه order وارد شود

SH ← Opium/Alcohol/smoking

Allergy ← در صورت حساسیت دارویی ذکر گردد

PH/Ex ← معاینه سر و گردن، قلب و ریه و شکم بخصوص اسکارهای جراحی و محل اسکار ذکر

شود.

Lab test ← گرافیاها / سیتی اسکن / سونوگرافیها با ذکر تاریخ آن ها

نوع بیماری = Δ

نوع جراحی = P

ترخیص بیماران:

* قبل از خلاصه پرونده، برگه محتوای پذیرش بیمار و برگه progress note چک شده و کامل گردد.

1- در برگه خلاصه پرونده چنانچه اقدام تشخیصی، plan، گزارش پاتولوژی مهمی وجود دارد باید ذکر شود.

2- نکته بسیار بسیار مهم: در صورت داشتن Dj حتماً باید در گوشه خلاصه پرونده به صورت Dj نوشته شود.

3- نداشتن وقت خروج Dj و عدم توجیه شفاهی بیمار برای رزیدنت سال اول برابر با نابودی است

وقت خروج Dj یک ماه بعد از جراحی در سرویس اتندینگ مربوطه (ناشتا)

4- هنگام ترخیص بیماران حتماً باید از نظر خروج درن بیمار چک شود.

5- بیمارانیکه با فولی یا درن مرخص می شوند حتماً در برگه خلاصه پرونده داشتن فولی و درن قید و تاریخ خروج آن نیز قید گردد

6- دو هفته بعد مراجعه به درمانگاه اورولوژی اتند مربوطه با آزمایشات و گرافی لازم که باید تاریخ آن یک روز قبل از مراجعه به درمانگاه اتند مربوطه باشد.

عصر: دکتر سلطانی
عصر: دکتر شخص سلیم
عصر: دکتر رادفر
عصر: دکتر رادفر یا سلطانی

شنبه: دکتر علیزاده
یکشنبه: دکتر طبیبی
دوشنبه: دکتر شریفی
سه شنبه: دکتر علیزاده

چهارشنبه: دکتر بصیری
پنجشنبه: دکتر رادفر یا سلطانی

7- نمونه یک خلاصه پرونده:

نوع بیماری: Δ
نوع جراحی: P (حتماً تاریخ عمل ذکر شود)
Lab. Test → { Hb=
Cr=
K=

توصیه ها:

Ab -1 ← در صورتیکه بیماران cr بالا دارند دادن سفالکسین ممنوع است و سیپروفلوکزاسین (در صورت سن بالاتر از 17 سال) داده می شود و در صورت $cr > 3$ نیز دوز سیپروفلوکزاسین به 250mg bid کاهش داده می شود.
2- در صورت بروز مشکل به اورژانس مراجعه نماید.

8- نکات مهم در مورد خلاصه پرونده بیماریهای خاص :

* به بیماری که آنتی ریفلاکس عمل می شود تا سه ماه پروفیلاکسی داده می شود. (مثال: شربت سفالکسین هفته اول هر 6 ساعت 5cc و سپس هر شب 5cc تا سه ماه) و بیمار 6 هفته بعد در سرویس اتند مربوطه با U/A و U/C و سونوگرافی و سه ماه بعد با اسکن D RNC به کلینیک مراجعه نماید.
* کلیه جراحی های سنگ مثل PCNL، TUL، سنگ بازو ... دو هفته بعد از تاریخ عمل با KUB و سونوگرافی به درمانگاه مراجعه کند.
* هنگام ترخیص هیپوسپادیزیس توصیه به دیلاتاسیون مجرا با ترمومتر و پماد تتراسیکلین هفته اول روزی سه بار، هفته دوم و سوم روزی یکبار و سپس هفته ای دوبار داده شود.
* در خلاصه پرونده رادیکال پروستاتکتومی حتماً مدت زمان عمل، تعداد پک سل تزریق شده حین عمل و جواب پاتولوژی باید ذکر شود.

اصول کلی Pre op.:

1. (در بخش اطفال از 3 صبح) از 12 شب NPO

2. از زمان Npo در بزرگسالان $1000^{cc} / 8 \text{ hr}$ Serum 1/3 2/3
* order سرم در اطفال بر اساس کیلوگرم وزن بدن تجویز شود

→ 10 کیلوی اول 1000^{cc}
→ 10 کیلوی دوم 500^{cc}
→ 10 کیلوی بعد 200^{cc}

* Order سرم برای ESWL در اطفال $5\% \text{ DW Serum}$ نوشته شود.

3. (BUN, Cr, Na, K) بیوشیمی و CBC
* در صورت دیابتیک بودن بیمار BS 4PM و FBS صبح روز عمل نیز درخواست شود.

4. CT, BT

5. نیم ساعت قبل از عمل Amp. Keflin 1gr/IV/

* در مورد اطفال کفلین 25mg/kg تجویز شود.
* در صورت داشتن هرگونه پروسه عفونی (U/A اکتیو)، سوند، سیستوکت و یا سنگ شاخ گوزنی کفلین هر 6 ساعت تجویز شود.
* در صورت Cr بالا کفلین ممنوع بوده و سفتریاکسون 1gr در بزرگسالان و 20mg/kg در اطفال تجویز شود.

6. رزرو 3 واحد خون
* در عمل های رادیکال سیستکتومی و رادیکال پروستاتکتومی رزرو 5 واحد خون لازم است.
* در رادیکال نفرکتومی و نفرکتومی ساده نیز رزرو 4 واحد خون الزامی است.
* عمل های پورتروسکوپی سیستوسکوپی به TUL، نفرستومی، تعبیه Dj، واریکوسلکتومی و لیتولاپکسی رزرو خون نمی خواهد مگر در برکه اهمیت ذکر شده باشد.

7. ok (age>40 y/o) بیهوشی
* هرگونه دستورات و order برکه بیهوشی باید در pre op نوشته شود.

8. Ok قلب
* هرگونه دستورات و order برکه متخصص قلب نیز باید در pre op ذکر شود.
8 مورد اول pre op در تمام بیماران باید نوشته شود. موارد زیر بر اساس نوع بیمار ذکر گردد.
9. اخذ رضایت high risk : high risk و یا mod to high risk بودن و این که همراه بیمار صبح روز عمل در اتاق عمل باشد حتماً باید در pre op نوشته شود. ساعتی که بیمار باید در اتاق عمل باشد (با نظر رزیدنت ارشد کشیک) نیز باید در پرونده قید گردد .

10. کلیه داروهای قلبی، فشار خون، داروهای اعصاب و دیگر داروهای روتین بیمار (مثل لووتیروکسین) صبح عمل با کمی آب میل شود (با وجود ناشتا بودن)
* نکته: مصرف ASA باید 7-10 روز قبل از عمل قطع شده باشد.
* در صورت مصرف وارفارین باید قبل از عمل بستری شده و طبق مشاوره داخلی با هپارین change شود.
* مصرف کاپتوپریل و انالپریل و گلی بن کلامیدومت فورمین صبح عمل قطع شود.

11. در صورتیکه بیمار کورتون مصرف می کند صبح عمل Amp. Hydrocortisone 200mg/IV تجویز شود

12. (در عمل های رادیکال سیستکتومی و سیستوپلاستی الزامی است) آمادگی روده ای سه روزه
* در کلیه عمل های لاپاروسکوپی آمادگی روده ای لاپاروسکوپی الزامی است.
* آمادگی روده ای برای پورتروپلاستی و RPLND نیز الزامی است.
13. لیست کردن کلیه داروهایی که بیمار مصرف می کند

Metastatic work up.14
در جراحی های تومور مثل رادیکال یا پارشیل نفرکتومی، TURT، رادیکال سیستکتومی، رادیکال پروستاتکتومی و آدرنالکتومی باید موارد زیر چک شود.

ALT , AST , ALK-P , LDH , Bil (D , T) , Ca , P -
CXR (PA, Lat) -

15. پروفیلاکسی آندوکار دیت

بزرگسالان نیم ساعت قبل از عمل Amp Ampicillin 2gr + Amp Gentamycin 80 mg /IV

6 ساعت پس از عمل Amp. Ampicillin 1gr/IV/

اطفال } نیم ساعت قبل از عمل Amp. Ampicillin 50mg/kg + Gentamycin 1.5 mg/kg

6 ساعت پس از عمل Amp. Ampicillin 25mg/kg

16. KUB صبح عمل برای کلیه جراحی های سنگ (وزیکولیتوتومی، PCCL، PCNL، جراحی سنگ Lap سنگ باز، TUL

17. در صورت $Cr > 2$ مشاوره داخلی یا نفرولوژی جهت لزوم دیالیز اورژانس درخواست شود

18. در صورت FBS و BS بالای 200 نیز مشاوره داخلی جهت اقدامات قبل از عمل درخواست شود

19. چنانچه بیمار کاندید RPLND سابقه کموتراپی با بلئومایسین داشته باشد مشاوره ریه نیز درخواست شود

20. بیمارانیکه کاندید جراحی Anti incontinence هستند دوش واژینال شب قبل از عمل الزامی است

ویزیت بخش پیوند:

1- ویزیت دهنده کلیه: دهنده پیوند به عنوان یک مریض post-op از نظر علایم حیاتی و output ادراری و چک آزمایش های بعد از عمل ویزیت شده و در صورت نداشتن مشکل order مسکن (morphine) گذاشته می شود.

2- خلاصه پرونده: طبق روتین برگه خلاصه پرونده نوشته شده، وقت خروج بخیه ها، مراجعه به درمانگاه با سونوگرافی و برگه استعلاجی به مدت دو هفته الی 20 روز داده می شود.

3- در مورد گیرنده پیوند کلیه تعویض سوند به عهده رزیدنت سال یک است.

4- در صورت نیاز، ویزیت بخش پیوند در اسرع وقت باید انجام شود.

ویزیت بخش سنگ شکن:

برای کلیه بیماران درمان دارویی (آنتی بیوتیک، مسکن و دیورتیک) و KUB و سونوگرافی برای دو هفته بعد نوشته شود.

اورژانس های ارولوژی:

- هر اقدام invasive در اورژانس ← یک دوز سفتر یا کسون 2gr وریدی
- بیمار عمل شده در این مرکز هر زمان هر گونه مشکلی پیدا نموده است باید در همین مرکز رسیدگی شود بدون اطلاع سال بالاتر به بیمارستان دیگر ارجاع نگردد.
- بیماران آنوریک به سنگ دو طرفه و مشکوک به اورمیک باید بیوشیمی و سونوگرافی داشته باشند.
- در موارد $K > 5/5$ مشاوره داخلی درخواست شود.

*** گراس هماچوری:**

- 1- در صورتی که بیمار دفع clot داشته باشد باید یک نلاتون قرمز شماره 18, fenestrated, شود و با تومی شستشو داده شده، clot ها خارج شود، سپس سوند سه راه تعبیه و شستشو برقرار شود.
 - 2- چک CBC و بیوشیمی: در صورت افت Hb نیاز به تزریق packed cell می باشد.
 - 3- مراجعه به کلینیک با سونوگرافی، سیتولوژی ادراری 3x و IVP.
- تبصره: در صورت $Cr > 2$ انجام IVP ارزشی ندارد. CT اسکن بدون کنتراست انجام می شود.

*** رنال کولیک:**

- 1- حتماً تب و معاینه کامل شکم و لگن RLQ جهت R/O آپاندیسیت چک شود.
- 2- مسکن (Amp Diclofenac, Amp Promethazine, Amp. Hyoscine, Amp Pethedin, Amp Methadone) و در صورت عدم پاسخ
- 3- پس از ترخیص با KUB و سونوگرافی به کلینیک ارولوژی مراجعه نماید.

*** تروما به مجرا:**

- 1- با 10cc ژل داخل مجرا به صورت gentle فولی 14 Fr داخل مجرا تعبیه شود و دو هفته بعد با رتروگرید مجرا به کلینیک مراجعه نماید.
- 2- در صورت عدم امکان تعبیه فولی در اورژانس کاندید سیستوسکوپی و تعبیه فولی یا سیستوکت می باشد و پس از آن با رتروگرید مجرا به کلینیک مراجعه نماید.

*** رتانسیون ادراری:**

- 1- ابتدا با 10cc ژل داخل مجرا برای تعبیه فولی اقدام می کنیم، اگر امکان پذیر نبود با نلاتون try می کنیم.
- 2- در صورت تعبیه فولی با درمان دارویی (پرازوسین) سونوگرافی و بیوشیمی به کلینیک ارولوژی مراجعه نماید.

*** خروج نفروستومی:**

- 1- شستشوی نفروستومی با جنتامایسین و سرم N/S می باشد که در صورت out بودن از سیستم، چنانچه نفروستومی بیش از یکماه مانده باشد و کمتر از 24 ساعت از خروج آن گذشته باشد با نلاتون آبی شماره 8 try می شود، در صورت عبور فیکس می شود.
- 2- چک CBC و بیوشیمی و سونوگرافی اورژانس از کلیه ها و مجاری ادراری از نظر هیدرونفروز - در صورت تب، $\uparrow cr$, single kidney اندیکاسیون تعبیه نفروستومی اورژانس می باشد و در غیر اینصورت در سرویس اتند مربوطه به کلینیک همان روز مراجعه نماید.
- 3- دستورات post op نفروستومی با افزایش کراتینین cr :

- رژیم اورمیک
- بیوشیمی و CBC
- Amp. Ceftriaxone 2 gr/IV/stat
- Amp. Ceftriaxone 1gr/IV/BD
- چارت output نفروستومی
- چارت تب
- serum 1/3. 2/3 Intake=output+100cc/q3hr
- if output > 200cc/hr → I=70% output
- اطلاع داده شود → if output < 50 cc/hr
- ویزیت رزیدنت محترم کشیک ارولوژی

*** Testis pain :**

- 1- هر درد بیضه باید به رزیدنت سال بالا اطلاع داده شود (قبل از درخواست سونوگرافی داپلر رنگی)
- 2- سونوگرافی از بیضه ها و اسکروتوم و سونوی داپلر رنگی عروق بیضه R/o تورشن درخواست شود.
- 3- U/A
- 4- در صورت اپیدیدیمو اورکیت با درمان دارویی مربوطه و مراجعه به کلینیک فردا صبح جهت ویزیت مجدد مرخص است و در صورت تورشن ← کاندید explore

اطاق عمل :

عملهای بالا یا عملهای باز: شامل کلیه جراحیهای باز به علاوه کلیه جراحیهای لاپاراسکوپی.
عملهای پایین یا بسته: شامل PCNL /سیستوسکوپی /TUL/DJ و TUR-P و TUR-T و تعبیه سوند حالب و لیتولاپاکسی و تعبیه DJ.

لیست اطاق عمل :

اتاق عمل بالا	اتاق عمل پایین	
		شنبه
		یکشنبه
		دوشنبه
		سه شنبه
		چهارشنبه
		پنجشنبه

شماره تلفن های داخلی مورد نیاز :

- اورولوژی مردان: 2158 – 2161
- اورولوژی زنان: 2159 – 2162
- اورولوژی اطفال: 2082
- اورژانس: 2045 – 2046 – 2240
- اتاق عمل اورولوژی: 2164 – 2184 – 2167
- پیوند: 2151 – 2191
- رادیولوژی: 2059

آزمایشگاه: 2055 – 2056
کتابخانه: 2063
مرکز تحقیقات: 2219 – 2220
پایون: 2139 – 2140
دفتر آموزش ارولوژی (دکتر سیم فروش): 2152
دفتر آموزش: 2064
داخلی مردان: 2177 – 2181
داخلی زنان: 2185 – 2186
عفونی مردان: 2085 – 2086
عفونی زنان: 2087 – 2088
چشم مردان: 2143 – 2147
چشم زنان: 2155 – 2156
سی سی یو: 2179 – 2180
آر سی یو: 2153 – 2154
آمفی تئاتر: 2041

- لطفاً حساب قرض الحسنه پس انداز از بانک رفاه کارگران شعبه لبافی نژاد باز نمایید (جهت پرداخت اضافه کار)، و شماره را به دفتر آموزش ارولوژی اعلام نمایید.

۱۳۹۵/۰۷/۲۵

۰۳۰۸/۱۵۱۷۹

نارد



مدیران محترم گروه های بالینی

با سلام و احترام

به پیوست مراحل ثبت تا دفاع پایان نامه های مقاطع دستیاری تخصصی، فوق تخصصی و فلوشیپ جهت اطلاع رسانی به کلیه دستیاران و اعضای محترم هیأت علمی گروه حضورتان ارسال می شود. لازم به ذکر است موارد مطرح شده زیر لازم الاجرا بوده و نظارت بر کلیه مراحل مربوطه به عهده جنابعالی است.

➤ دستیاران تخصصی

۱- آخرین فرصت انتخاب موضوع برای دستیاران دوره های ۴ ساله و بیشتر قبل از امتحان ارتقاء سال ۲ و برای دستیاران دوره های ۳ ساله قبل از امتحان ارتقاء سال ۱ است.

۲- از شرکت در امتحان ارتقاء دستیارانی که موضوع پایان نامه خود را در موعد مقرر قانونی ثبت نکرده اند مسامحت به عمل می آید.

۳- از شرکت در امتحان گواهینامه دستیارانی که دفاع پایان نامه خود را در موعد مقرر قانونی به معاونت پژوهشی ارسال نکرده باشند مسامحت به عمل می آید.

۱-۳- دستیاران ورودی مهر ۹۳ به بعد ملزم به ارائه یک مقاله نمایه شده در مجلات ISI, Scopus, Pubmed جهت فارغ التحصیلی هستند. (با توجه به نامه شماره ۰۱۰/۵۲۱ مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۲۱ مشاور محترم اجرایی و مدیر حوزه ریاست دانشگاه و نامه شماره ۱۳۹۴/۵/۸۲۳۳۴ مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۱۹ مدیر امور تحصیلات تکمیلی دانشگاه)

لازم به یادآوری است نظارت بر اجرای صحیح این بند به عهده مدیر محترم گروه و استاد راهنما است.

➤ دستیاران فوق تخصصی

۱- دستیاران فوق تخصصی از ابتدای سال ۲ تحصیل موظف به انتخاب و ثبت موضوع پایان نامه در معاونت پژوهشی دانشکده هستند.

❖ زمان ثبت موضوع تا دفاع پایان نامه دستیاران فوق تخصصی حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱ سال است.

۲- از شرکت در امتحان گواهینامه دستیارانی که دفاع پایان نامه خود را در موعد مقرر قانونی به معاونت پژوهشی ارسال نکرده باشند مسامحت به عمل می آید.

مراحل ثبت و دفاع پایان نامه های تخصص و فوق تخصص

پیشنهاد موضوع پایان نامه و تعیین استاد راهنما

اخذ آخرین فرم های درخواست تصویب موضوع پایان نامه (RT-3) به همراه فرم پیشنهاد پروپوزال (RT-11) از سایت معاونت پژوهشی دانشکده به آدرس الکترونیکی remsp.sbm.u.ac.ir

تهیه پروپوزال با همکاری و نظارت استاد راهنما و تایید مشاور آمار و متدولوژی

طرح و تصویب پروپوزال در جلسه کمیته پژوهشی گروه و تایید معاون پژوهشی و مدیر گروه

تحویل پرینت فرم تکمیل شده RT-3 به معاونت پژوهشی دانشکده و ارسال الکترونیک فرم تکمیل شده پروپوزال RT-11 به MSRD@sbmu.ac.ir

تصویب پروپوزال در کمیته اخلاق و ثبت پایان نامه در معاونت پژوهشی دانشکده

اعلام مجوز شروع کار پژوهشی بعد از تصویب کمیته اخلاق

اتمام مراحل انجام پایان نامه و نگارش آن بر مبنای الگوی موجود در سایت معاونت پژوهشی

تأیید و امضای پایان نامه توسط استاد راهنما و استاد مشاور آمار و متدولوژی و تایید معاون پژوهشی گروه

چاپ مقاله مرتبط با موضوع پایان نامه و تایید معاون پژوهشی گروه

تعیین داوران توسط مدیر گروه (هیأت داوران مرکب از استاد راهنما، استاد مشاور، مدیر گروه و سه نفر از اعضای هیئت علمی گروه)

تشکیل جلسه دفاع از پایان نامه و تکمیل و امضاء فرم صورتجلسه دفاع پایان نامه (RT-4)

خذ فرم تسویه حساب از سایت معاونت تحصیلات تکمیلی و ارائه یک جلد پایان نامه به رنگ مشکی جهت استاد راهنما و ارائه یک عدد CD با فرمت word و PDF به کتابخانه محل خدمت استاد راهنما

قرارگیری پایان نامه در سایت آذرخش توسط کتابخانه مرکز

مراجعه به معاونت پژوهشی و ارائه فرم دفاع پایان نامه (RT-4) تکمیل شده جهت انجام مراحل فارغ التحصیلی

قابل توجه دستیاران گرامی:

از شرکت در امتحان ارتقاء دستیارانی که پایان نامه خود را در موعد مقرر قانونی (قبل از ارتقاء سال دوم) ثبت نکرده اند معافیت به عمل می آید. از شرکت در امتحان گواهینامه دستیارانی که پایان نامه خود را در موعد مقرر قانونی به معاونت پژوهشی ارسال نکرده باشند معافیت به عمل می آید.

قابل توجه دستیاران فلوشیپ:

داشتن یک طرح تحقیقاتی برای هر فلو تحت نظارت یکی از اعضای هیأت علمی گروه که منجر به انتشار حداقل یک مقاله در مجلات معتبر نمایه شده Scopus به بالا گردد الزامی است. عنوان پروپوزال رج باید حداکثر ۴ ماه پس از شروع دوره به تصویب گروه آموزشی مربوطه برسد. (نامه پذیرش مقاله قابل قبول است).

فلو موظف است نتیجه پروژه تحقیقاتی منسوب توسط گروه آموزشی را در جلسه دفاعی ارائه دهد. در صورت عدم اتمام پروژه تحقیقاتی تا پایان دوره آموزشی فلوشیپ حداکثر ۶ ماه جهت اتمام و ارائه چه پروژه به فلو فرصت داده می شود. دفاع از پروژه در گروه مربوطه یکی از شرایط فراغت از تحصیل شناخته می شود. زمان دفاع در هر حال طوری تنظیم گردد که طول دوره از ۲۴ ماه بیشتر نشود.