

الوحدة 6.

الرصد والإبلاغ

المحتويات:

4	-----	مقدمة
4	-----	الأهداف التعليمية
5	-----	1. استخدام الإجراءات بغرض تحديد المشاكل وحلها
5	-----	1.1 تحديد المشاكل
6	-----	تمرين الاجابات المختصرة
7	-----	1.2 تقصي أسباب المشاكل
7	-----	1.3 تحديد الحلول
9	-----	1.4 تنفيذ الحلول
10	-----	2. رصد وحل المشاكل التي يعاني منها المريض
10	-----	2.1 راقب التقدم الذي يحرزه المريض والرعاية المقدمة له
12	-----	تمرين الاجابات المختصرة
13	-----	2.2 تحديد الطفل الذي يفشل في الاستجابة
14	-----	تمرين أ
24	-----	2.3 تحديد سبب (أسباب) فشل الاستجابة
25	-----	2.4 تحديد حلول لكل طفل على حدة وتنفيذها
26	-----	تمرين ب
28	-----	3. راقب زيادة الوزن الإجمالية أثناء المرحلة الانتقالية ومرحلة إعادة التأهيل
28	-----	3.1 أجمع البيانات حول الوزن المكتسب في TFC
29	-----	3.2 حدد ما إذا كانت هنالك مشكلة تتعلق بالوزن المكتسب في TFC
29	-----	3.3 أذكر المشكلة بالتحديد
30	-----	تمرين ج
33	-----	4. رصد مخرجات المرضى
33	-----	4.1 سجل مخرجات كل مريض في مسار الرعاية الحرجة
34	-----	4.2 حدد المخرجات السلبية في مسار الرعاية الحرجة
35	-----	4.3 مراجعة مسارات الرعاية الحرجة للمرضى لمعرفة العوامل المشتركة التي تؤدي الى نتائج سلبية
36	-----	تمرين د
45	-----	4.4 حساب نسبة اماتة الحالات في TFC
46	-----	تمرين الاجابات المختصرة
47	-----	5. رصد الممارسات والإجراءات, حسب الحاجة
47	-----	5.1 رصد ممارسات معالجة الحالة
49	-----	5.2 مراقبة إعداد الوجبات العلاجية
50	-----	5.3 مراقبة إجراءات TFC
52	-----	5.4 مراقبة الإصحاح والنظافة العامة
53	-----	5.5 من يجب أن يتولى مهمة المراقبة والرصد؟
53	-----	5.6 ما عدد مرات المراقبة؟
54	-----	6. حل المشاكل
54	-----	6.1 عملية حل المشاكل في مجموعة

56	-----	تمرين ر
57	-----	7. نظام التدوين والابلاغ في رعاية القسم الداخلي
57	-----	7.1 مسار الرعاية الحرجة
57	-----	7.2 دفتر تسجيل مرضى سوء التغذية الحاد الوخيم في TFC
59	-----	7.3 التقرير الإحصائي الشهري
64	-----	7.4 مؤشرات الاداء في رعاية TFC
66	-----	تمرين س (اختياري)
68	-----	ملحق 1: سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في TFC
69	-----	ملحق 2: القوائم المرجعية للمراقبة
72	-----	ملحق 3: دفتر تسجيل مرضى سوء التغذية الحاد الوخيم في TFC
74	-----	ملحق 4: التقرير الاحصائي الشهري TFC

مقدمة

المراقبة والرصد عملية طويلة الأجل لجمع المعلومات في إطار هيكل منظم.

عند مراقبة وجمع معلومات كل مريض على حده، يمكن ملاحظة تقدّمه، ويمكن اتخاذ إجراءات في الوقت المناسب لضمان أن يكون العلاج مناسباً له. وعند مراقبة ورصد نتائج علاج جميع المرضى وإجراءاتهم وتخرجهم عامةً، يمكن تقييم كفاءة القسم واقتراح تغييرات في عملية العلاج.

وفي الوقت نفسه، يمكن أن تكون معلومات المراقبة والرصد مفيدة لفهم كيفية تنفيذ التدبير العلاجي لسوء التغذية الحاد الوخيم في الجناح، وتحديد الأمور التي يمكن تعديلها وتحسينها. وقد تكون هناك مشاكل في تقدّم أحد المرضى أو رعايته، مثل عدم زيادة الوزن أو علاج عدوى. وقد تكون هناك أيضاً مشاكل تؤثر على القسم بأكمله، مثل مشاكل أداء الموظفين أو تحضير الغذاء أو الإجراءات أو المعدات في الجناح. وتتطلب كل هذه المشاكل الاهتمام لمنع حدوث وفيات بين المرضى.

وتدرّس هذه الوحدة عملية تحديد المشاكل التي قد تحدث في رعاية القسم الداخلي (TFC) والابلاغ عنها وإيجاد الحلول لها. وتشمل هذه العملية ما يأتي:

- تحديد المشاكل عن طريق المراقبة والرصد والابلاغ:
- تقصّر أسباب المشاكل
- تحديد الحلول
- تنفيذ الحلول.

ويمكن استخدام هذه العملية في حل المشاكل مع كل مريض على حده، أو المشاكل التي قد تؤثر على القسم بأكمله.

الأهداف التعليمية

سوف تبين هذه الوحدة المهارات التالية، وتسمح لك بممارستها:

- تحديد المشاكل عن طريق مراقبة:
- التقدم الذي يحرزه المريض، وزيادة الوزن، والعناية
- زيادة الوزن الإجمالية في القسم
- مخرجات علاج لمريض (مثل التعافي والنقل والوفاة)
- معدل الإماتة في القسم
- ممارسات علاج حالات سوء التغذية الحاد الوخيم
- تحضير التغذية العلاجية، والإجراءات في القسم، والنظافة الصحية
- تقصّر ورصد أسباب المشاكل
- تحديد الحلول المناسبة للأسباب
- عقد جلسة لحل المشاكل مع طاقم العمل.

1. استخدام الاجراءات بغرض تحديد المشاكل وحلها

1.1 تحديد المشاكل

من خلال مراقبة تقدُّم وزيادة الوزن والعناية لكل مريض على حده ، يمكنك تحديد مشاكل مثل الآتي:

- المريض الذي لم يستعد شهيته.
- عدم اكتساب المريض وزناً لعدة أيام في أثناء تناوُل RUTF أو حليب F-100.
- طلب الأم أن تأخذ طفلها إلى المنزل قبل أن تزول المضاعفات الطبية التي يعاني منها.
- الطفل الذي تبدوا عليه علامات عدوى غير معروفة.

من خلال مراقبة زيادة الوزن عامةً في القسم ومخرجات علاج المرضى ومعدل إماتة الحالات، يمكنك تحديد مشاكل، مثل الآتي:



- 20% من الأطفال في القسم لديهم زيادة ضعيفة في الوزن.
- 75% من الأمهات يغادرن مع أطفالهن قبل أن تنتهي المضاعفات الطبية للأطفال
- بلغ معدل إماتة الحالات في الجناح 15 % خلال الأشهر من يونيو حتى أغسطس.

من خلال مراقبة ممارسات تقديم العلاج للحالات وتحضير الغذاء وإجراءات القسم والنظافة الصحية، يمكنك تحديد المشاكل الإضافية، التي قد تكون في الواقع أسباباً لضعف زيادة الوزن أو النتائج السلبية. فمثلاً، يمكنك تحديد مشاكل، مثل الآتي:

- يُعطى بعض الأطباء سوائل وريدية روتينياً.
- لا يُطعم الأطفال كل ساعتين في أثناء الليل.
- لا يغسل الموظفون أيديهم باستمرار بالصابون.

عند تحديد مشكلة، احرص على وصفها بأكبر قدر ممكن من التفاصيل.

لوصف المشكلة، اذكر متى حدثت، وأين، ومع من. وحاول أيضاً تحديد متى بدأت المشكلة. فمعرفة التفاصيل ستساعدك على معرفة سبب أو أسباب المشكلة.

تمرين الإجابات المختصرة

اقرأ كل زوج من أوصاف المشاكل الآتية. وضَع علامة أمام وصف المشكلة الأكثر تفصيلاً، ومن ثم أكثر فائدة.

1أ. كانت هناك زيادة في عدد الوفيات في القسم.

ب. حدثت أربع وفيات ليلاً في الشهر الماضي.

2أ. ثابت لا يكتسب وزناً.

ب. بعد اكتساب 10 غم/كغم/يوم لمدة 4 أيام، ظل ثابت على الوزن نفسه في آخر 3 أيام.

3أ. يصف الطبيب فارس مدرات للبول لعلاج الوذمة الشديدة، لكن لا يوجد أطباء آخرون يفعلون ذلك.

ب. أحياناً توصف مدرات البول للوذمة.

4أ. زيادة وزن بعض الأطفال في مركز التغذية العلاجية ضعيفة.

ب. زيادة الوزن ضعيفة لمعظم الأطفال الذين يتناولون أطعمة منزلية معدلة بدلاً من حليب F-100.

عند الانتهاء من هذا التمرين، يُرجى مناقشة إجاباتك مع المُيسر

1.2 تقصي أسباب المشاكل



من الضروري التعرف على سبب (أسباب) المشكلة قبل محاولة حلها. تتطلب الأسباب المختلفة حلولاً مختلفة.

قد يشمل تقصي الأسباب إجراء فحوص مختبرية للمريض، أو مراقبة الموظفين وطرح الأسئلة عليهم، أو مراجعة سجلات المرضى، أو مراقبة تحضير الغذاء وإجراءات القسم.

1.3 تحديد الحلول

تتوقف الحلول على أسباب المشاكل. فمثلاً، إذا كان الموظفون لا يعرفون كيفية تنفيذ إجراء جديد، فقد يكون التدريب هو الحل. ومن ناحية أخرى، إذا كان السبب هو نقص المعدات أو الإمدادات، فإنه يلزم حل مختلف. وينبغي للحلول أن:



- تزيل سبب المشكلة (أو تقلل آثارها)
- تكون مجدية (ميسورة التكلفة، وعملية، وواقعية)
- لا تخلق مشكلة أخرى.

مثال على عملية حل المشاكل

المشكلة: زيادة الوزن للأطفال في TFC ليست جيدة كما كانت منذ عدة أشهر. بدلاً من زيادة الوزن بشكل جيد لمعظم الأطفال الذين يتناولون الأطعمة العلاجية الجاهزة للاستخدام أو F-100، (أي 10 جم / كجم / يوم أو أكثر) ، فإن زيادة الوزن الحالية أقل من 10 جم / كجم / يوم.

تقرر رئيسة الممرضات التحقيق من خلال مراقبة إجراءات القسم وتحضير الغذاء. وفيما يأتي بعض الأسباب المحتملة التي قد تجدها، إلى جانب حل مناسب لكل منها.

الأسباب المحتملة	الحلول الممكنة	• نوع الحليب المستخدم لصنع الغذاء تغير، ولم يتم تعديل الوصفات بشكل مناسب.
		• تضيف الممرضات الكثير من الماء عند صنع F-100. يضيفون 1000 مل بدلاً عن إضافة ماء بقدر كافي لتحضير 1000 مل من التركيبة الطبية.
		• تم فقد مكايل القياس وتقوم الممرضات بتقدير كميات مكونات الغذاء.
		• يوجد المزيد من الأطفال في القسم ولم يزداد عدد الموظفين (الممرضات). لا يمكن للممرضات قضاء الكثير من الوقت في إطعام كل طفل.
• اضبط و عدل وصفات الغذاء بشكل مناسب لتحضير الحليب. علق الوصفات الجديدة وعلمها للموظفين.		
• اشرح الوصفة للممرضات. تأكد من وجود علامة واضحة على 1000 مل على وعاء الخلط. اشرح كيفية إضافة الماء لتصل إلى العلامة.		
• وفر مكايل قياس جديدة.		
• استثمر الوقت في تعليم الأمهات كيفية إطعام الأطفال ورعايتهم.		

من الواضح أن شراء مكايل قياس جديدة لن يحل المشكلة، إذا كان السبب الحقيقي هو عدم وجود وصفة ملائمة. ومن خلال تحري سبب المشكلة، يمكن تجنب إهدار المال والوقت على الحلول الخاطئة.



1.4 تنفيذ الحلول

قد يكون تنفيذ أحد الحلول بسيطاً نسبياً (مثل التحدث مع أحد أفراد فريق العمل، أو تغيير خطة تغذية الطفل)، أو معقداً للغاية (مثل تغيير مهام فريق العمل في جميع أنحاء الجناح). ومن المهم التواصل الجيد مع الموظفين، كلما طرأ أي تغيير.

ولتعزيز التواصل الجيد عند حل المشكلات:

- اعقد اجتماعات منتظمة للموظفين تُقدّم خلالها الملاحظات الإيجابية، وتُناقش فيها أي مشاكل وأسبابها وحلولها؛
- زوّد الموظفين بتوصيفات وظيفية تحدد المهام الموكلة إليهم؛
- أعطِ تعليمات واضحة عند إجراء أي تغيير؛
- وقرّ الوسائل المساعدة على العمل، مثل القوائم المرجعية أو التعليمات المعلقة لأي مهام معقدة.



احرص على المتابعة لتحديد ما إذا كان الحل قد نُفِذَ على النحو المنشود. ثم واصل المراقبة لتحديد ما إذا كانت المشكلة قد حُلَّت. قَدِّم ملاحظات للموظفين تتضمن الثناء على العمل المنجز جيداً، إلى جانب أي تعليمات للتحسين.

2. رصد وحل المشاكل التي يعاني منها المريض

2.1 راقب التقدم الذي يحرزه المريض والرعاية المقدمة له

يجب على الطاقم الطبي مراقبة بعض العلامات (مثل معدل النبض ومعدل التنفس ودرجة الحرارة)، بصورة متكررة خلال اليوم، خاصة خلال مرحلة الاستقرار. إذا كانت هناك علامات خطر (مثل زيادة معدلي النبض والتنفس، أو انخفاض مفاجئ في درجة الحرارة)، فينبغي للموظفين (الممرضين) الاستجابة فوراً كما هو موضح في الوحدة الثالثة: المعالجة الأولية، والوحدة الخامسة: العناية اليومية. يومياً، وحسب بروتوكول المعالجة، يجب تسجيل معلومات المريض في سجل المتابعة والرصد بمسار الرعاية الحرجة، حيث يراجعها الطبيب خلال الجولات. وينبغي للأطباء إجراء جولة في القسم مرة واحدة على الأقل كل يوم. وينبغي على الطبيب أثناء الجولات فعل ما يأتي:

- مراقبة الطفل وطرح أسئلة على الأم والممرضة.
 - هل الطفل منتهب؟ هل يبتسم؟ هل يجلس؟ هل هو قادر على اللعب؟
 - هل زالت الودمة؟
 - هل قل الإسهال؟
 - هل تحسن المرض الجلدي؟
 - كيف حال شهية الطفل؟
- مراجعة الرسم البياني لوزن الطفل.
 - هل يكتسب الطفل وزناً مع تقدم مراحل المعالجة؟
 - إذا كانت هناك خسارة للوزن، فهل يرجع ذلك إلى تناقص الودمة؟
- راجع مسار الرعاية الحرجة ومخطط التغذية ل 24 ساعة
 - هل يحصل الطفل على التغذية الموصى بها؟
 - هل يتحصل الطفل على الرعاية الموصوفة (مثل المضادات الحيوية)؟
 - هل هناك أي علامات خطر مسجلة على مسار الرعاية الحرجة (زيادة معدل النبض أو معدل التنفس أو درجة الحرارة)؟

يجب على الطبيب، يومياً أثناء المرحلة الانتقالية ومرحلة إعادة التأهيل، حساب زيادة وزن الطفل بالغرام لكل كيلوغرام من وزن الجسم (غم/كغم/يوم)، وتحديد ما إذا كانت زيادة الوزن كافية.

زيادة جيدة في الوزن: 10 غم/كغم/يوم أو أكثر

زيادة متوسطة في الوزن: 5 إلى 10 غم/كغم/يوم

زيادة ضعيفة في الوزن: أقل من 5 غم/كغم/يوم

لحساب الوزن المكتسب يوميا:

خطوة 1: اطرح وزن الطفل بالأمس (W1) من وزن الطفل اليوم (W2).

ملاحظة: افعل ذلك حتى في حالة خسارة الطفل للوزن. إذا خسر الطفل وزنه، فستكون النتيجة سلبية.

عبر عن الفرق بالغرام (كغم × 1000). هذه هي الكمية الإجمالية للوزن المكتسب خلال اليوم

$$W1 - W2 = \text{----- كغم}$$

$$\text{----- كغم} \times 1000 = \text{----- غم اكتسبها الطفل}$$

خطوة 2: اقسّم الغرامات المكتسبة (من الخطوة 1) على وزن الطفل بالأمس. والنتيجة هي الوزن المكتسب غم/كغم/يوم

$$\text{الوزن المكتسب بالغرام} \div W1 = \text{----- غم/كغم/يوم}$$

ملاحظة: لا يكون هذا الحساب مفيداً إلا بعد أن يتناول الطفل RUTF أو حليب F-100, حيث لا يُتوقع أن يزيد وزن الطفل على حليب F-75. وفي الواقع، قد يخسر الطفل وزناً مع تناوله F-75 بسبب انخفاض الودمة.

تذكر أن هذا الحساب سيكون أكثر فائدة، إذا وُزن الطفل في الوقت نفسه تقريباً كل يوم.

مثال:

بدأ كريم في تناول حليب F-100 في اليوم الرابع له في جناح سوء التغذية الحاد الوخيم. وبحلول اليوم السادس بدأ في اكتساب الوزن. في اليوم السادس كان وزن كريم 7.32 كغم. وفي اليوم السابع كان وزن كوفي 7.4 كغم. ويمكن حساب زيادة وزنه بالغرام/كيلوغرام/يوم على النحو التالي:

$$1. \quad 7.4 \text{ كغم} - 7.32 \text{ كغم} = 0.08 \text{ كغم} \times 1000 = 80 \text{ غراما مكتسباً}$$

$$2. \quad 80 \text{ غراما} \div 7.32 = 10.9 \text{ غم/كغم/يوم.}$$

وُعتبر زيادة الوزن بمقدار 10.9 غم/كغم/يوم زيادة جيدة.

تمرين الإجابات المختصرة

احسب الوزن المكتسب اليومي لدى الأطفال أدناه. وافترض أن الأوزان كانت تؤخذ في الوقت نفسه تقريباً كل يوم.

1. بلغ وزن مصطفى 7.25 كغم في اليوم العاشر. وبلغ وزنه 7.30 كغم في اليوم الحادي عشر. ماذا كانت زيادة وزنه بالغرام/كيلو غرام/يوم؟

2. بلغ وزن كريمه 6.22 كغم في اليوم الثامن. وبلغ وزنها 6.25 كغم في اليوم التاسع. ماذا كانت زيادة وزنها بالغرام/كيلو غرام/يوم؟

3. بلغ وزن جلال 7.6 كغم في اليوم التاسع. وبلغ وزنه 7.5 كغم في اليوم العاشر. ماذا كانت زيادة وزنه بالغرام/كيلو غرام/يوم؟ (ملاحظة: لأن جلال خسر وزناً، فإن الإجابة ستكون بقيمة سلبية).

عند الانتهاء من هذا التمرين، يُرجى مناقشة إجاباتك مع المُيسر

2.2 تحديد الطفل الذي يفشل في الاستجابة

يفشل الطفل أو الطفلة في الاستجابة اذا:

- لا يتحسن منذ البداية؛
- يكتسب وزناً، ثم يثبت وزنه أو يتناقص

وفيما يلي بعض معايير فشل الاستجابة بوصفها دليلً إرشادياً.

المعايير	الوقت التقريبي بعد القبول في TFC
عدم استعادة الشهية	اليوم الرابع
عدم البدء في فقدان الوزمة	اليوم الرابع
استمرار وجود الوزمة	اليوم العاشر
عدم اكتساب 5 غم/كغم/يوم على الأقل 3 أيام متتالية بعد تناول التغذية الحرة على RUTF أو F-100.	خلال مرحلة إعادة التأهيل

تمرين أ

في هذا التمرين، ستراجع المعلومات عن حالتين لتحديد ما إذا كانتا تحرزان تقدماً، أو كانتا لا تستجيبان.

الحالة 1: شيرين

دخلت شيرين المستشفى منذ 5 أيام، وكانت مصابة بوزمة متوسطة وكانت درجة الانحراف المعياري > 3 وترد في الصفحات التالية أجزاء من مخطط التغذية ل 24 ساعة الخاص بها لليوم الخامس. وبقي معدل نبض شيرين حوالي 90 ضربة على مدى الأيام الخمسة، وظل معدل تنفسها حوالي 35

ادرس المعلومات عن شيرين، وأجب عن الأسئلة الآتية:

1أ. هل تحرز شيرين تقدماً؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى وصف طبيعتها تقدُّمها.

2ب. هل هناك مشاكل؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى وصف المشاكل.

المعالجة الأولية

التعليق على العلاج قبل الإحالة أو / وعلاج الطوارئ الذي سبق إعطائه للمريض

رقم المستشفى: 27

الوقت: 08:30

تاريخ القبول: 09/02/15

العمر: 16

أنثى / ذكر

الاسم: شيرين

علامات الصدمة: لا توجد شبه واعي/فاقد الوعي + برودة اليدين + بطء إعادة امتلاء الشعيرات (أكثر من 3 ثواني) نبض ضعيف و سريع

إذا كان الطفل شبه واعي أو فاقد الوعي، + برودة اليدين، + إما بطء إعادة امتلاء الشعيرات أو نبض ضعيف أو سريع: أعطي أوكسجين، أعطي جلوكوز وريديا (كما سبق شرحه في سكر الدم "اليمين"). ومن ثم أعطي سوائل وريدية: محلول رنجرز لأكثيت مع 5 % جلوكوز أو 0.45 % محلول صوديوم كلوريد مع 5 % جلوكوز كمية السوائل الوريدية لكل ساعة: 15 مل x كجم (وزن الطفل) = مل

الوقت	النبض	التنفس	الوزن	البداية	راقب كل 10 دقائق	**الساعة الثانية	راقب كل 10 دقائق
						*	
						*	
						*	

**إذا سرعة التنفس والنبض نقصت بعد الساعة الأولى، أعد نفس كمية السوائل الوريدية للساعة الثانية. بعدها أعطي اليزومال و F-75 بالتناوب ساعة بساعة لمدة 10 ساعات حسب حالة الطفل (كما هو موجود في الجزء الأيمن من السجل أدناه). إذا لا يوجد تحسن من إعطاء السوائل بعد الساعة الأولى، عالج كحالة صدمة الانتانية قم بإعطاء دم كامل طازج (انظر لليمين: الهيموجلوبين): أعطي سوائل وريدية (2 - 4 ملجم كجم للساعة) بانتظار توفر الدم أو عالج كحالة صدمة قلبية

الإسهال:

إسهال مائي؟	نعم	لا
وجود دم في البراز	✓	
تقيؤ	✓	

إذا نعم أعمل دائرة حول العلامات الموجودة:

عطش / مضطرب / عيون غائرة أكثر

وجود علامتين أو أكثر من هذه العلامات تشخص الجفاف

لمدة 10 ساعات، أعطي اليزومال أو F-75 بالتناوب ساعة بساعة. راقب كل ساعة. كمية اليزومال 5 - 10 مل x كجم (وزن الطفل) = إلى مل ريزومال

الوقت	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00
*التنفس	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
*النبض	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
**الوزن										
البول؟ نعم لا	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
عدد البراز	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
عدد القيء	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
علامات الإرواء	33	33	33	45	40	F-75	35	F-75	35	F-75
الكمية المأخوذة (مل)	33	33	33	45	40	F-75	35	F-75	35	F-75

**أوقف اليزومال في حالة وجود علامات الإفراط في التروية: تنفس سريع، زيادة النبض والتنفس احتقان الوريد العنقي زيادة التورم (مثلا تورم حول العينين) ** أوقف اليزومال في حالة وجود علامتين أو أكثر من علامات الارتواء: بلوغ الطفل إلى الوزن المستهدف لإعادة الارتواء، تبول، لم يعد قلق أو خامل، وليس عطش. كل حالة تحتاج إلى التقييم بعناية

العلاج / الطريقة	جرعة / عدد المرات / فترة العلاج
Gentamycin	50 ملغم مرة واحدة في اليوم لمدة 7 أيام
Ampicillin	330 ملغم كل 6 ساعات لمدة يومين
Amoxicillin يليه	200 ملغم كل 12 ساعة لمدة 5 أيام
علاج الملاريا:	شرب فموي

علامات سوء التغذية الحاد الوخيم ++ + 0 +++
 تونم كلا الجانبين ؟
 الوزن (كيلوجرام) 6.6 الطول: (سم) رقوقدا / وقوقا 73.0 سم
 الوزن مقابل الطول انحراف معياري (زد سكور) أقل من -3- موالك (مم)
 التهاب الجلد؟ 0 ++ +++ (تشقق وتسلخ الجلد)
 الحرارة: درجة مئوية 36.5 الإبط/الشرج
 إذا كانت الحرارة في الإبط أقل من 35 أو في الشرج أقل من 35.5 فم بتدفئة الطفل، وأعد قياس الحرارة كل 30 دقيقة

سكر الدم (ملجم/دسل) 72
 إذا أقل من 54 ملجم و الطفل يقظ، أعطي 50 مل من 10% جلوكوز أو سكرورز (فموي أو أبوب أنف معدي)
 إذا أقل من 54 و الطفل شبه واعي أو فقدان للوعي، أعطي 10 % سكر معقم وريديا .
 5 مل x الوزن (كيلوجرام) = مل . يتبعها 50 مل بالأنبوب أنف معدي
 وقت إعطاء الجلوكوز: فموي أنبوب أنف معدي وريدي

الهيموجلوبين (Hb): 9 جرام / دبسي لتر أو الهيماتوكريت تنوع الفصيلة: A+
 إذا Hb أقل من 4 أو الهيماتوكريت أقل من 12 % و لا يوجد صعوبة تنفس، أعطي 10 مل X الوزن (كجم) = دم كامل طازج
 أو أعطي 5 - 7 مل / كجم خلايا حمراء مكلسة إذا وجد صعوبة في التنفس، أعط الدم ببطء خلال 3 ساعات
 وقت البداية: وقت النهاية:

الحصبة:	نعم	لا	علامات العين	تقيؤ
علامات العين	✓	✓	✓	✓
قيء	✓	✓	✓	✓
تقيؤ	✓	✓	✓	✓
تقرح القرنية	✓	✓	✓	✓

إذا وجدت علامات بالعين أعطي فيتامين أ في الحال، أضف أتروباين عند وجود تعتم أو تقرح القرنية (سجل على صفحة العناية اليومية)

جرعة علاجية في اليوم	جرعة	أقل من 6 أشهر	50.000 وحدة دولية
1, 2, 15	فيتامين	6 - 12 شهر	100.000 وحدة دولية
	(أ) الفموية	أكثر من 12 شهر	200.00 وحدة دولية

العناية اليومية

الاسم:	شبرين	أنثى / ذكر	العمر:	تاريخ القبول	الوقت:	رقم المستشفى:															
اليوم	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
التاريخ	2/09	2/10	2/11	2/12	2/13																
الوزن اليومي (كجم)	6.6	6.5	6.4	6.5	6.5																
الوزن المكتسب (جم / كجم)	أحسب الوزن اليومي في المرحلة الانتقالية																				
الوزمة	+++	+++	++	++	++																
إسهال (أكتب عدد مرات الاسهال)	✓	✓	0	0	0																
تقيؤ (أكتب عدد المرات)																					
الرزومال (مل \ لكل اسهال مائي)																					
خطة التغذية:	F-75	F-75	F-75	F-75	F-75																
# التغذية اليومية	10	12	12	8	8																
الكمية لكل وجبة																					
مجمل الكمية المأخوذة (مل)	700	780	800	700	610																
أنبون انف معدني (NGT) نعم / لا																					
الرضاعة الطبيعية : نعم / لا																					
اختبار الشهية مع RUTF (ف) فشل (ن) نجاح																					
المضادات الحيوية والعلاجات الأخرى	أكتب المضادات المطلوبة في العمود الأيسر. أترك صف واحد للجرعات اليومية. أرسم مربعاً حول الأيام/ الأوقات التي يؤخذ فيها كل دواء، بداية الدواء عندما يؤخذ																				
Gentamycin 09.00	عب	عب	عب	عب	عب																
Ampicillin 09.00	عب	عب																			
15.00	عب	عب																			
21.00	عب	عب																			
03.00	عب	عب																			
Amoxicillin 09.00			عب	عب	عب																
21.00			عب	عب	عب																
المضادات للملاريا																					
حمض الفوليك (في حالة فقر الدم السريري)	5 ملغ	1 ملغ																			
فيتامين أ			أعط فيتامين أ في اليوم 1 و 2 و 15، إذا أدخل الطفل المستشفى ولديه علامة في العين أو أصيب مؤخراً بالحصبة																		
المضادات للديدان	أعط في الأسبوع الثاني ' جرعة واحدة																				
الحديد (إذا لم تكن RUTF مرتين يومياً)	أعط الحديد فقط في مرحلة إعادة التأهيل، إذا كان الطفل يتناول RUTF-100، لا يعطى الحديد إذا كان الطفل يتناول ال RUTF																				
التهابات العيون (يمين) أو (يسار) (الألنتين)	عب	عب	عب	عب	عب																
تتراسايكلين 3 مرات × اليوم أو	عب	عب	عب	عب	عب																
كلورامفينكول قطرة 4 مرات × اليوم أو	را	را	را	را	را																
جيتاماسين قطرة 2 مرات × اليوم	را	را	را	را	را																
تروباين (اليمنى) أو (اليسرى)	عب	عب	عب	عب	عب																
أو (الألنتين) قطرة × 3 يومياً	عب	عب	عب	عب	عب																
الامراض الجلدية 0 +++ ++ + (مرهم أو أكسيد الزنك يومياً)	نو	نو	نو	نو	نو																
أخرى																					

مخطط تغذية 24 ساعة (يتم اكمال المخطط كل 24 ساعه بشكل يومي في مرحلة الاستقرار والمرحلة الانتقالية)									
اسم المريض: شيرين		وزن الدخول (كجم): 6.6		الوزن الحالي (اليوم) او بعد إعادة الارواء (كجم): 6.5		التوؤم: 0 , + , ++ , +++		التاريخ: 13/فبراير/ 2015 (اليوم 5)	
نوع التغذية العلاجية (ضع دائرة): F-75 F-100 حليب الرضع أو F-100 المخفف RUTF									
لوجبات		مل، أو _____ مل باليوم (×) وجبات حليب، كمية الحليب _____ أعط عدد _____ وجبات من RUTF تقريباً _____ أكياس أو _____ أكياس باليوم (ح)							
الوقت	(أ) كمية الحليب المقدمة للطفل (مل)	(ب) كمية الحليب المتبقية (مل) بالكوب	(ج) كمية الحليب الماخوذة بالفم (مل) (أ - ب)	(د) كمية الحليب الماخوذه بالانبوب انف معدني (مل)	(هـ) تقدير كمية الحليب المتقينه (مل)	(و) تقدير كمية الماخوذه RYTF (جم)	(ز) كمية الحليب (مل) المكمله لبقية الوجبه بعد اخذ RUTF . 20 جم من RUTF أو 4 ملاعق (حجم الملعة 5 جم) = 135 مل F-75 أو 100مل F-100 من	اسهال مائي (ان) وجد اكتب نعم\الا	ملاحظات (مثلا اذا الوجبات المتقينه تم تعويضها)
08.00	110	20	90					✓	
11.00	110	25	85					✓	
14.00	110	20	90					✓	
17.00	110	30	80					✓	
20.00	110	25	85					✓	
23.00	110	20	90					✓	
05.00	110	20	90					✓	

الحالة 2: لطفي

دخل لطفي ال TFC منذ 10 أيام مصابًا بوزمة خفيفة (كلتا القدمين)، ويعاني من الزحار والحمى، وكانت درجة الانحراف المعياري أقل من -2 وأُعطِيَ أموكسيسيلين على مدى 5 أيام. وبعد هذه الفترة، كان لا يزال يعاني من المرض والحمى. وكان يعاني أيضًا من سعال عميق ومستمر، وبعض الصعوبة في التنفس. واشتبّه الطبيب في احتمال إصابته بالتهاب رئوي، ووصف له بنزيل بنيسيلين وجنتاميسين اللذين أخذهما منذ 5 أيام.

ادرس مسار الرعاية الحرجة الخاص بلطفي، التي يأتي عرضه في الصفحات التالية. ثم أجب عن الأسئلة الآتية.

2أ. ما الزيادة في وزن لطفي غم/كغم/يوم من اليوم العاشر إلى اليوم الحادي عشر؟ (دوّن ذلك في صفحة العناية اليومية من مسار الرعاية الحرجة)

2ب. هل يحرز لطفي تقدّمًا؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى وصف طبيعة تقدّمه.

2ج. هل هناك مشاكل؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى وصف المشاكل.

عند الانتهاء من هذا التمرين، يُرجى مناقشة إجاباتك مع المُيسّر

المعالجة الأولية التعليق على العلاج قبل الإحالة أو / وعلاج الطوارئ الذي سبق إعطاءه للمريض

الاسم: لطفي العمر: غير معروف / تقريباً 24 شهر تاريخ القبول: 15/11/01 الوقت: 08:30 رقم المستشفى: 563 أنثى / ذكر

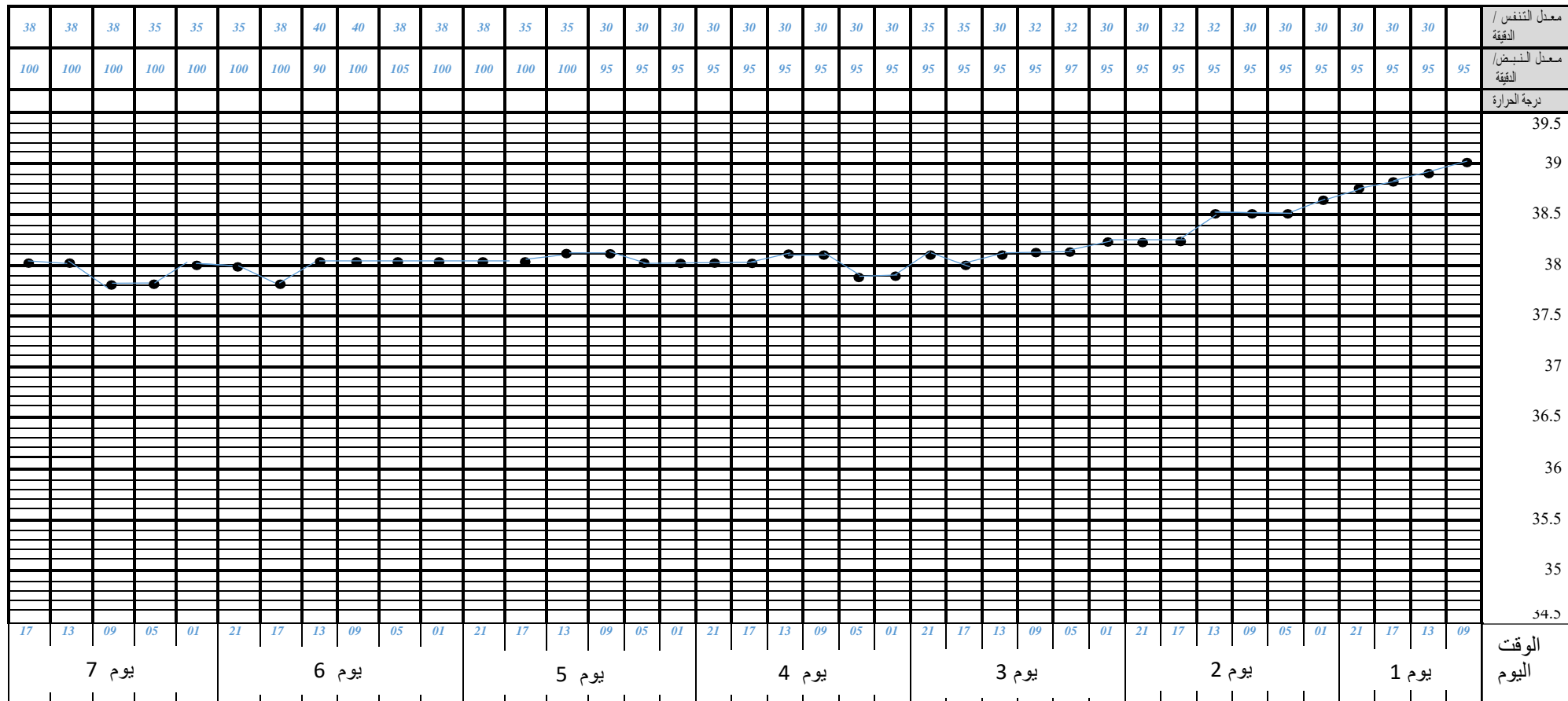
<p>علامات الصدمة: <u>لا توجد شبه وعاءي/فقد الوعي</u> برودة اليدين بطء إعادة امتلاء الشعيرات (أكثر من 3 ثواني) نبض ضعيف و سريع</p> <p>إذا كان الطفل شبه وعاءي أو فقد الوعي، + برودة اليدين، + إما بطء إعادة امتلاء الشعيرات أو نبض ضعيف أو سريع: أعطي أوكسجين، أعطي جلوكوز وريدياً (كما سبق شرحه في سكر الدم "اليمين"). ومن ثم أعطي سوائل وريدية: محلول رنجرز لاكتيت مع 5 % جلوكوز أو 0.45 % محلول صوديوم كلورايد مع 5 % جلوكوز كمية السوائل الوريدية لكل ساعة : 15 مل x كجم (وزن الطفل) = مل</p>														
<p>علامات سوء التغذية الحاد الوخيم</p> <p>توزن كلا الجانبين ؟ <u>0 +</u> <u>+++</u></p> <p>الوزن (كيلوجرام) <u>7.6</u> الطول: (سم) <u>77.0</u> سم</p> <p>الوزن مقابل الطول انحراف معياري (زد سكور) أقل من <u>2</u> - مواك (مم) <u>112</u></p> <p>التهاب الجلد؟ <u>0 +</u> <u>+++</u> (تشقق وتسلسل الجلد)</p> <p>الحرارة: درجة مئوية <u>39</u> الإبط <u>الشرج</u></p> <p>إذا كانت الحرارة في الإبط أقل من 35 أو في الشرج أقل من 35.5 فم بتدفئة الطفل، وأعد قياس الحرارة كل 30 دقيقة</p> <p>سكر الدم (ملجم/دسل) <u>90</u></p> <p>إذا أقل من 54 ملجم و الطفل يقظ، أعطي 50 مل من 10% جلوكوز أو سكرورز (قموي أو أبوب أنف معدي)</p> <p>إذا أقل من 54 و الطفل شبه وعاءي أو فقدان للوعي، أعطي 10 % سكر معقم وريدياً . 5 مل x الوزن (كيلوجرام) = مل . يتبعها 50 مل بالأنبوب أنف معدي</p> <p>وقت إعطاء الجلوكوز: قموي أنبوب أنف معدي وريدي</p>														
<p>الهيموجلوبين (Hb): <u>2.5</u> جرام / ديسي لتر أو الهيماتوكريت: <u>0+</u> الفصلية: <u>+</u></p> <p>إذا Hb أقل من 4 أو الهيماتوكريت أقل من 12 % ولا يوجد صعوبة تنفس، أعطي 10 مل X الوزن (كجم) = مل (دم كامل طازج)</p> <p>أو أعطي 5 - 7 مل / كجم خلايا حمراء مكلسة إذا وجد صعوبة في التنفس، أعط الدم ببطء خلال 3 ساعات</p> <p>وقت البداية: وقت النهاية:</p>														
<p>الحصبة: <u>لا</u> نعم <u>لا</u> <u>لا توجد</u> العلامات العينية</p> <p>قيح / التهاب</p> <p>بقع بيوتوت</p> <p>تغير القرنية</p> <p>تقرح القرنية</p> <p>إذا وجدت علامات بالعين أعطي فيتامين أ في الحال، أضف أتروباين عند وجود تعتم أو تقرح القرنية (سجل على صفحة العناية اليومية)</p>														
<p>جرعة علاجية في اليوم 1, 2, 15</p> <p>جرعة فيتامين (أ) الفموية</p> <p>أقل من 6 أشهر 50.000 وحدة دولية</p> <p>6 - 12 شهر 100.000 وحدة دولية</p> <p>أكبر من 12 شهر 200,00 وحدة دولية</p>														
<p>المضادات الحيوية:</p> <p>Gentamycin IV</p> <p>Ampicillin IV</p> <p>Amoxicillin يليه شراب قموي</p> <p>علاج الملاريا: النوع / الطريقة</p>														
<p>الجرعة / عدد المرات / فترة العلاج</p> <p>60 ملغم مرة واحدة في اليوم لمدة 7 أيام</p> <p>400 ملغم كل 6 ساعات لمدة يومين</p> <p>250 ملغم كل 12 ساعة لمدة 5 أيام</p>														

العناية اليومية

الاسم: <u>لطفي</u>	أنثى / ذكر	العمر:	تاريخ القبول	الوقت:	رقم المستشفى:	اليوم															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
11/2	11/3	11/4	11/5	11/6	11/7	11/8	11/9	11/10	11/11	11/12											
8.0	8.1	8.0	8.0	7.9	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0											
أحسب الوزن اليومي في المرحلة الانتقالية				/	0	12.6	0	0	0	0											
+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0											
F-75	F-75	F-75	F-75	F-100	F-100	F-100	F-100	F-100	F-100	F-100											
10	12	12	8	6	6	6	6	6	6	6											
870	1040	1040	1050	1040	1040	1100	1210	1400	1400	1400											
أكتب المضادات المطلوبة في العمود الأسفل. أترك صف واحد للجرعات اليومية. أرسم مربعاً حول الأيام/ الأوقات التي يؤخذ فيها كل دواء، بداية الدواء عندما يؤخذ																					
المضادات الحيوية والعلاجات الأخرى																					
Gentamycin 09.00																					
Ampicillin 09.00																					
15.00																					
21.00																					
03.00																					
Amoxicillin 09.00																					
21.00																					
المضادات للملاريا																					
حمض الفوليك (في حالة فقر الدم السريري)																					
فيتامين أ																					
فيتامين أ																					
الحديد (إذا لم تكن RUTF مرتين يومياً)																					
لا شيء																					
التهابات العيون (يمين) أو (يسار) أو (الأنثيين)																					
تتراساكيلين 3 مرات × اليوم أو																					
كلورامفينكول قطرة 4 مرات × اليوم أو																					
جيتناماسين قطرة 2 مرات × اليوم																					
أتروباين (اليمني) أو (اليسري)																					
أو (الأنثيين) قطرة × 3 يومياً																					
الأمراض الجلدية 0 + ++ +++ (مرهم أو أكسيد الزنك يوميا)																					
أخرى																					

سجل المتابعة والرصد: راقب العلامات الحيوية (التنفس، النبض، والحرارة) كل أربع ساعات حتى الانتقال إلى RUTF أو F-100 وتكون حالة المريض مستقرة. وبعد ذلك راقب العلامات الحيوية مرات أقل (مرتين في اليوم)

الاسم:	الطفي	أنثى / ذكر	العمر: <u>تقريباً 24 شهر</u>	تاريخ القبول	الوقت:	رقم المستشفى:
--------	-------	------------	------------------------------	--------------	--------	---------------



العلامات الخطرة: راقب الزيادة بمعدل < 5 نفس في الدقيقة أو < 25 نبضة / دقيقة عن قراءة البداية، أو الزيادة في سرعة النبض والتنفس عن المدى الطبيعي في الجدول التالي، أو سرعة أو صعوبة التنفس، والزيادة أو النقصان المفاجئ في الحرارة (درجة حرارة المستقيم أقل من 35.5 درجة مئوية / درجة حرارة الأبط أقل من 35.0 درجة مئوية) أو أي اختلافات أخرى في حالة المريض.

أقل من شهرين	أقل من 60 نفس / دقيقة	معدل التنفس الطبيعي
2 – 11 شهر	أقل من 50 نفس / دقيقة	
1 – 5 سنوات	أقل من 40 نفس / دقيقة	
5 – 10 سنوات	أقل من 30 نفس / دقيقة	

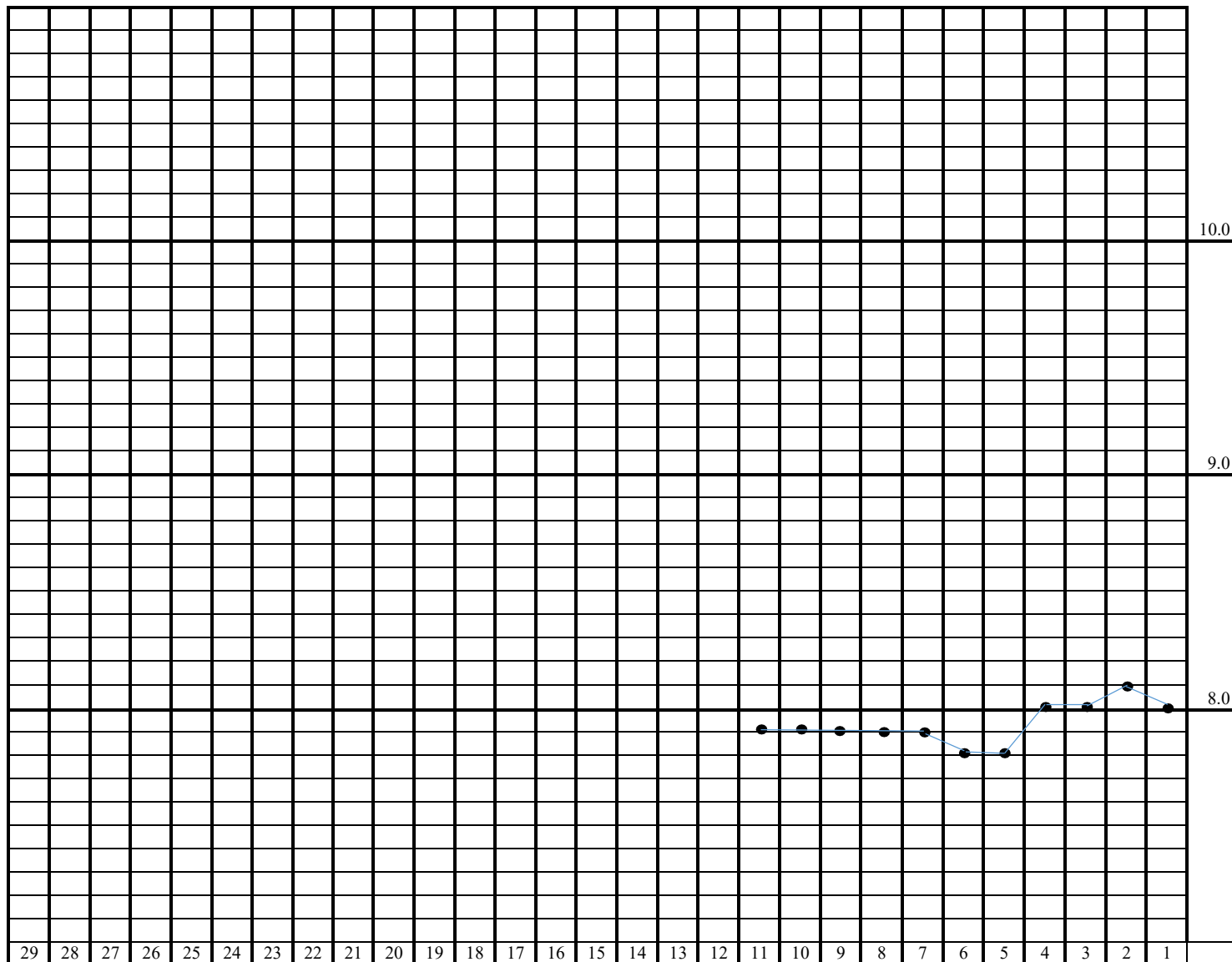
160 - 100	0 - 1 سنة نبض / دقيقة	معدل النبض الطبيعي
150 - 90	1 - 3 سنوات نبض / دقيقة	
140 - 80	3 - 6 سنوات نبض / دقيقة	
110 - 70	6 - 10 سنوات نبض / دقيقة	

سجل المتابعة والرصد: راقب العلامات الحيوية (التنفس، النبض، والحرارة) كل أربع ساعات حتى الانتقال إلى RUTF أو F-100 وتكون حالة المريض مستقرة. وبعد ذلك راقب العلامات الحيوية مرات أقل (مرتين في اليوم)

سجل المتابعة والرصد: راقب العلامات الحيوية (التنفس، النبض، والحرارة) كل أربع ساعات حتى الانتقال إلى RUTF أو F-100 وتكون حالة المريض مستقرة. وبعد ذلك راقب العلامات الحيوية مرات أقل (مرتين في اليوم)

الرسم البياني للوزن

الاسم: لطفي أنثى / ذكر العمر: تاريخ القبول الوقت: رقم المستشفى:



الوزن (يستخدم مقياس هانلب)

الوزن عند القبول 8 كجم

بعد اعادة الارواء

الطول (رقودا/وقوف) عند القبول
77 سم

محيط منتصف العضد عند القبول
سم

التوذم عند القبول: 0 ++ +++

الوزن عند النقل للعيادة الخارجية
كجم

محيط منتصف العضد عند النقل للعيادة
الخارجية سم

الوزن المستهدف عند التخريج
(- 2 انحراف معياري الوزن مقابل الطول)
كجم

الوزن عند التخريج شفاء (في حالة استكمال
المعالجة في القسم الداخلي حتى الشفاء):
كجم

محيط منتصف العضد (في حالة استكمال
المعالجة في القسم الداخلي حتى الشفاء)
سم

أدخل النطاق المحتمل للأوزان على المحور
الرأسي. أترك بعض الصفوف تحت وزن
البداية في حالة انخفاض الوزن بنسبة تصل
إلى 30 % إذا كان الطفل يعاني من تورم
(توذم) شديد

2.3 تحديد سبب (أسباب) فشل الاستجابة

أسباب فشل استجابة الطفل للمعالجة قد تكون مرتبطة بالإجراءات أو الموظفين أو المعدات أو البيئة في جميع أنحاء القسم، أو قد تكون لأسباب مرتبطة فقط بالطفل. إذا فشل العديد من الأطفال في الاستجابة، فابحث عن الأسباب التي تؤثر على القسم بأكمله، مثل ممارسات التغذية الخاطئة أو سوء النظافة؛ وستناقش هذه الأنواع من الأسباب في القسم 5. وإذا كان تقصي الأسباب الذي تجريه يركز على طفل واحد، قد تكون الأسباب المحتملة كالآتي:

- عدم كفاية الطعام المقدم:
 - هل عُدَّت خطة التغذية مع اكتساب الطفل للوزن؟
 - هل تُعطى التغذية الصحيحة؟
 - هل تُقدَّم الكمية الصحيحة في الأوقات المطلوبة؟
 - هل يُطعم الطفل بالقدر الكافي ليلاً؟
 - هل يُحمَل الطفل ويُشجَّع على تناول الطعام؟
 - هل تُسجَّل بقايا الطعام حتى يكون المدخول المسجل للطفل دقيقاً؟
 - نقص الفيتامينات والمعادن (في حالة تحضير الحليب العلاجي في القسم):
 - هل يضاف مزيج المعادن إلى غذاء الطفل كل يوم؟
 - هل تُعطى كمية مناسبة من الفيتامينات المتعددة؟
 - عدم إيلاء اهتمام كافٍ للطفل:
 - هل يولي الموظفون اهتماماً أقل لهذا الطفل لسبب ما (على سبيل المثال، لأنهم يعتقدون أن الطفل "لا يحتاج إلى مساعدة)"؟
 - هل الأم موجودة للمساعدة في إطعام الطفل ورعايته؟
 - الاجترار: يُخرج الطفل الطعام من المعدة إلى الفم، ثم يتقيأ جزءاً منه وابتلع الباقي. ويحدث هذا عادة عند عدم خضوع الطفل للملاحظة أو عدم حصول الطفل على الاهتمام الكافي.
 - هل يأكل الطفل جيداً، لكنه يفشل في اكتساب الوزن؟
 - هل تظهر رائحة القيء على الطفل، أو لديه ملابس أو فراش ملطخ بالقيء؟
 - هل يبدو الطفل متيقظاً ومريباً بشكل غير عادي؟
 - هل يؤدي الطفل حركات مضغ نمطية؟
 - عدوى غير معروفة: من أكثر أنواع العدوى التي يشيع تجاهلها الالتهاب الرئوي، وعدوى المسالك البولية، وعدوى الأذن، والسل. والأمراض الأخرى كالملا里亚، وحمى الضنك، والتهاب الكبد الفيروسي الفئة B، والعدوى بفيروس العوز المناعي البشري المكتسب (الايدز). انظر مجموعة الأدوية لعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات طبية (الوحدة الثالثة، القسم 12)، لمزيد من المعلومات عن تحديد حالات العدوى المحتملة وعلاجها.
 - مرض كامن خطير (مثل التشوهات الخلقية والسرطان والأمراض المناعية الخلقية).
- تذكر أنه قد تكون هناك أسباب متعددة لفشل الاستجابة. فعلى سبيل المثال، قد يكون الطفل مصاباً بعدوى بالإضافة إلى نقص الفيتامينات. ولذلك، حاول أن تتعرف على كل الأسباب.

2.4 تحديد حلول لكل طفل على حدة وتنفيذها

في بعض الحالات، قد يتطلب سبب المشكلة حلًا طبيًا محددًا.

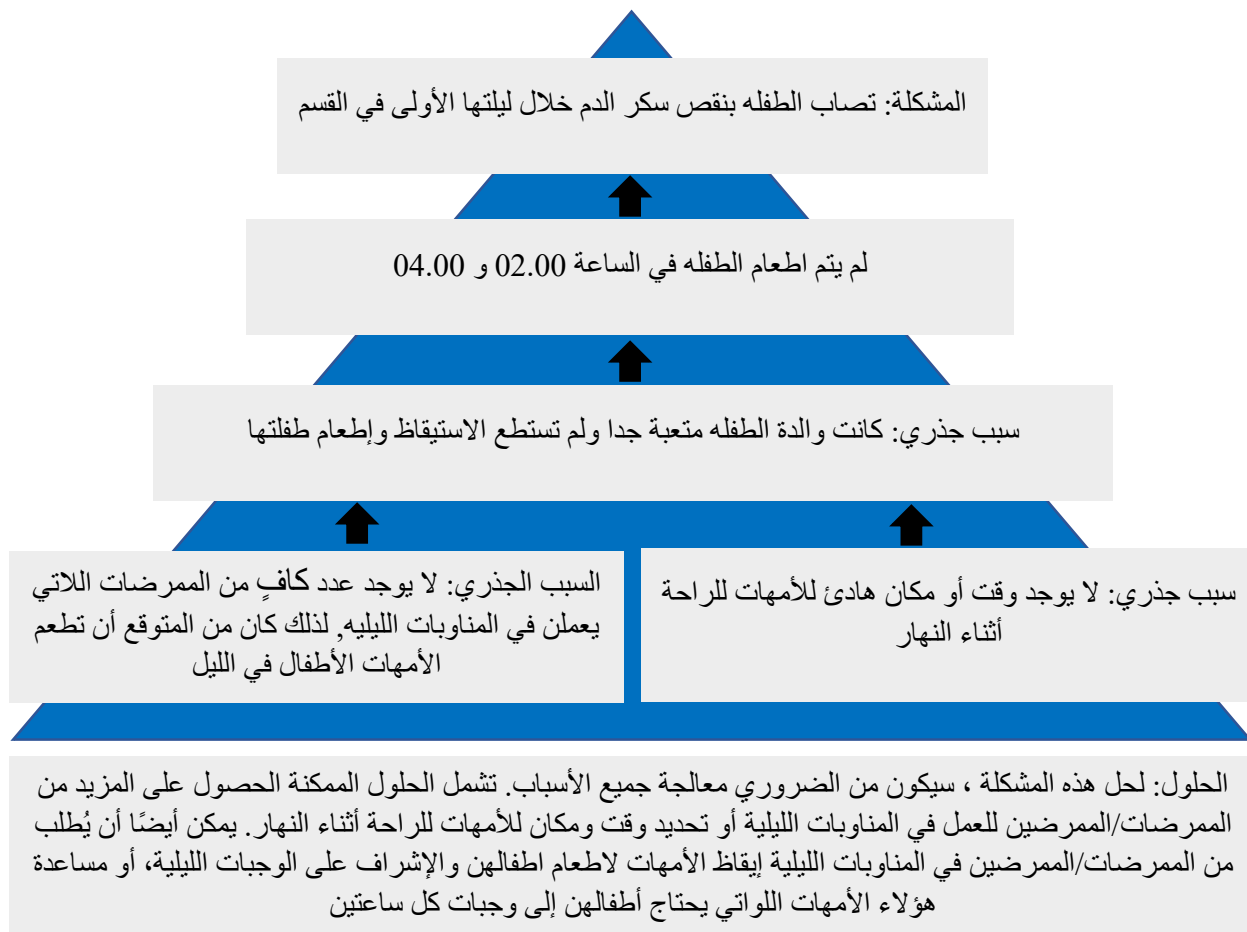
وإذا كان الطفل مصابًا بعدوى، فسوف يحتاج الطبيب لوصف العلاج المناسب، كما هو مبين في الوحدة الثالثة، القسم 12: الأدوية المستخدمة لمعالجة سوء التغذية الحاد والوخيم المصحوب بمضاعفات طبية.

وإذا كان الطفل يجترُّ، فمن الأفضل أن يُؤل الموظفون ذوو الخبرة اهتمامًا خاصًا له. ويجب عليهم إظهار عدم الرضا، كلما بدأ الطفل في الاجترار، دون تخويفه، وتشجيع السلوكيات الأقل ضررًا.

وفي كثير من الحالات قد يبدو حل المشكلة واضحًا من خلال " الإدراك السليم للمشكلة". فمثلاً، إذا كان الطفل لا يحصل على غذائه حسب الجدول الزمني، يجب إطعامه حسب الجدول الزمني. وإذا لم يُصَف مزيج المعادن إلى طعام الطفل (في حالة اطعام الطفل حليب علاجي محضر في القسم)، فيجب إضافته . ومع ذلك، قد تكون هناك أسباب كامنة ذات أهمية أيضاً. استمر في طرح السؤال " لماذا؟ " حتى تصل إلى الأسباب الجذرية للمشاكل. ويجب أن تعالج حلول المشاكل الأسباب الجذرية.

مثال لمشكلة ذات أسباب جذرية

المشكلة: تصاب الطفل بنقص سكر الدم خلال لياليتها الأولى في القسم.



تمرين ب

في هذا التمرين، سوف تناقش أسباب وحلول المشاكل التي تؤثر على شيرين ولطفي، وهما حالتان عُرضتا سابقًا في التمرين أ.

الحالة 1: شيرين

هل تذكر أن شيرين لم تُبدِ استجابة في اليوم الخامس. وكانت الودمة ما تزال موجودة، ولم تكن الطفلة تتغذى جيدًا. ولم تتقدم نحو تناول حليب F-100. قد ترغب في مراجعة معلومات عن شيرين من التمرين أ.

اكتب إجابات الأسئلة التالية للإعداد لمناقشة جماعية.

1أ. ما الأسباب المحتملة لعدم استجابة شيرين؟ اذكر ثلاثة أسباب محتملة على الأقل.

1ب. كيف يمكنك معرفة السبب (الأسباب) الحقيقي؟ اذكر عدة طرق محتملة لتقصي الأسباب.

1ج. أثناء مراقبة التغذية في القسم، وجدت رئيسة الممرضين/الممرضات أن الممرضين/الممرضات يولون اهتمامًا كبيرًا للأطفال الذين لديهم محاليل وريدية وأنابيب أنف معدية. وقد أولوا اهتمامًا أقل كثيرًا للأطفال الذين يتغذون عن طريق الفم. ولم تبدُ شيرين بدرجة المرض نفسه مثل العديد من الأطفال الآخرين، ولذلك، لم تقص الممرضات وقتًا معها لتشجيعها على تناول طعامها. بناءً على ملاحظات رئيسة الممرضات، ما السبب المحتمل لعدم استجابة شيرين؟

1د. ما الحل المحتمل المناسب للسبب المحدد في السؤال 3 السابق؟

الحالة 2: لطفي

أنت تذكر أن لطفي لم يُبدِ استجابة في اليوم العاشر. وكان يعاني من سعال عميق ومستمر وبعض الصعوبة في التنفس. وكان الطبيب يعالج لطفي من الالتهاب الرئوي ببنزِيل بنيسيلين وجنتاميسين، اللذين أخذهما على مدى 5 أيام.

ولأن لطفي لم يتحسن على بنزِيل بنيسيلين وجنتاميسين، فقد أجرى له الطبيب فحصًا كاملاً. وحصل على صورة شعاعية للصدر، أظهرت ظلًّا على الرئتين. وعلم الطبيب أيضًا أن أحد أقارب لطفي الذي يعيش معه في المنزل مصاب بالسل.

2أ. لا يُظهر مسار الرعاية الحرجة الخاص بلطفي، الرسم البياني للوزن (انظر تمرين أ) أي زيادة في الوزن. هل أخذ لطفي ما يكفي من حليب F-100؟

2ب. ما السبب المحتمل لعدم استجابة لطفي؟ (ملاحظة: انظر مجموعة الأدوية من أجل علاج سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات طبية).

أخبر المُيسِّر عندما تكون مستعدًّا للمناقشة الجماعية

3. راقب زيادة الوزن الإجمالية أثناء المرحلة الانتقالية ومرحلة إعادة التأهيل

يناقش القسم 2 حل المشكلات الخاصة بكل مريض على حده. وستناقش الأقسام المتبقية تحديد مشاكل القسم وحلها ورفع التقارير لصانعي السياسة العلاجية.

3.1 اجمع البيانات حول الوزن المكتسب في TFC

قم بمراجعة سجلات المرضى في المركز مرة واحدة شهرياً، ولأسبوع معين (مثلاً، الأسبوع الأول من الشهر)، اجمع البيانات في سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم. (انظر المثال الآتي: يوجد سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في TFC في الملحق 1.

لاستكمال سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم:

1. حدّد الأطفال الذين كانوا يتناولون RUTF أو حليب F-100 طوال الأسبوع (لا يتوقع زيادة الوزن إلا للأطفال الذين يتناولون RUTF أو حليب F-100)؛
 2. احسب متوسط الزيادة اليومية في الوزن لكل طفل من هؤلاء الأطفال؛
 3. أضف الزيادات اليومية في الوزن المسجلة على صفحة العناية اليومية (الخاضعة للمراجعة) من مسار الرعاية الحرجة للطفل خلال 7 أيام من الأسبوع، واقسم المجموع على 7؛
 4. حدد ما إذا كان متوسط الزيادة اليومية في الوزن لدى الطفل ضعيفاً أو متوسطاً أو جيداً خلال هذا الأسبوع؛
 5. سجّل اسم الطفل في العمود المناسب في سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم؛
 6. عند إكمال العملية لكل طفل يتناول RUTF أو حليب F-100، اجمع الأعمدة؛
 7. حدّد النسبة المئوية للأطفال الذين يتناولون RUTF أو حليب F-100 ولديهم زيادة وزن ضعيفة أو متوسطة أو جيدة.
- قارن هذه النتائج مع نتائج سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم من أسابيع مماثلة في أشهر أخرى. واجعل سجلات تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم أساساً للمناقشة وحلّ المشاكل مع الموظفين. وإذا لم تستطع استكمال عملية المراجعة كل شهر، فحاول فعل ذلك 4 مرات على الأقل في السنة.

مثال على سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم

الأسبوع 18/2/9	زيادة جيدة في الوزن: أكثر من 10 غم/كغم/يوم	زيادة متوسطة في الوزن: 5 إلى 10 غم/كغم/يوم	زيادة ضعيفة في الوزن: أقل من 5 غم/كغم/يوم
عدد الأطفال الذين يتناولون RUTF أو F-100 خلال أسبوعاً كاملاً: 12 طفل	جميله اسماعيل نانسي أمال	ابراهيم باسل فاطمة	سنا جالا نديم
المجموع	4	6	2
النسبة المئوية للمئوية للأطفال في القسم الذين يتناولون RUTF أو F-100	33 %	50 %	17 %

3.2 حدّد ما إذا كانت هناك مشكلة تتعلق بالوزن المكتسب في TFC

إذا كانت زيادة الوزن لدى 10 % أو أكثر من الأطفال الذين يتناولون RUTF أو حليب F-100 زيادة ضعيفة، فهناك مشكلة يجب تحريها. وإذا حدث تغيّر سلبي مقارنةً بالأشهر السابقة، فقد تكون هناك مشكلة أيضًا. فعلى سبيل المثال، إذا زادت النسبة المئوية للأطفال في العمود "متوسطة" وانخفضت النسبة المئوية في العمود "جيدة"، فينبغي تقصي أسباب هذا التغيّر.

3.3 اذكر المشكلة بلتحديد

صِف المشكلة وصفًا كاملًا ومحددًا قدر الإمكان. حدّد ما إذا كانت هناك عوامل مشتركة بين الأطفال الذين لا يكتسبون وزنًا كافيًا. على سبيل المثال:

- منذ متى وهم في القسم؟
- ما أعمارهم؟
- هل هم في منطقة معينة من القسم؟
- هل يتلقون العناية من مجموعة معينة من الممرضين/الممرضات؟
- هل يتلقون طعامًا أو مشروبات تتعارض مع نظام الغذاء العلاجي المحدد لهم؟

قد تفكر في أسئلة أخرى تطرحها لتحديد العوامل المشتركة. إذا لم تكن هناك عوامل مشتركة واضحة، فافتراض أن المشكلة موجودة في جميع أنحاء المركز.

وبعد تحديد العوامل المشتركة، اذكر المشكلة على وجه التحديد، على سبيل المثال: "أربعة من كل خمسة أطفال لا تمكث أمهاتهم في القسم يعانون من زيادة ضعيفة في الوزن". إذا كانت المشكلة تحدث في جميع أنحاء القسم، فقل مثلاً "25 % من الأطفال في القسم لديهم زيادة ضعيفة في الوزن".

سيساعدك ذكر المشكلة على التحديد في البحث عن السبب (الأسباب). سيناقش القسم 5 تقصي الأسباب من خلال مراقبة إجراءات القسم وتحضير الطعام وعوامل أخرى.

تمرين ج

ستستعرض في هذا التمرين معلومات عن أطفال كانوا يتناولون المستحضر طوال الأيام السبعة السابقة. وسوف تستخدم سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم لتحديد ما إذا كانت هناك مشكلة في زيادة الوزن. وبعد ذلك ستجري مناقشة جماعية.

معلومات من أجل التمرين

عشرون طفلاً في الجناح كانوا يتناولون حليب F-100 على مدار الأيام السبعة السابقة. وتم حساب متوسط زيادة الوزن اليومية في الأيام السبعة الماضية لدى 17 طفلاً منهم. ودُوِّنَت أَسْمَاؤُهُم بالفعل في سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم في الصفحة التالية.

وهناك مقتطفات من صفحة العناية اليومية في مسار الرعاية الحرجة لثلاثة أطفال في الصفحة التالية. اتبع التعليمات التالية لإكمال سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم. وافحص سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم الخاصة بك مع المُيسِّر، إذا رغبتَ في ذلك. ثم أجب عن الأسئلة أسفل المقتطفات من صفحة العناية اليومية.

تعليمات لاستكمال سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم

لكل طفل ترد مقتطفات من صفحة العناية اليومية في مسار الرعاية الحرجة أدناه:

1. احسب زيادة الوزن اليومية.
أضف الزيادات اليومية في الوزن المسجلة على صفحة العناية اليومية للطفل خلال 7 أيام من الأسبوع محل المراجعة (من تاريخ 4/13 إلى 4/19). وأقسم المجموع على 7؛
2. حدد ما إذا كان متوسط الزيادة اليومية في الوزن لدى الطفل ضعيفاً أو متوسطاً أو جيداً خلال هذا الأسبوع؛
3. سجّل اسم الطفل في العمود المناسب في سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم.
عندما أضفت الأطفال الثلاثة إلى سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم:
4. أجمع الأعمدة في سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم.
5. حدد النسبة المئوية للأطفال الذين يتناولون حليب F-100 ولديهم زيادة وزن ضعيفة أو متوسطة أو ، جيدة. ولِفعل ذلك:
- قسّم المجموع في كل عمود على مجموع الأطفال الذين يتناولون حليب F-100.
- عبّر عن النتيجة بنسبة مئوية.

سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم

الأسبوع 00/4/13	زيادة جيدة في الوزن: أكثر من 10 غم/كغم/يوم	زيادة متوسطة في الوزن: 5 إلى 10 غم/كغم/يوم	زيادة ضعيفة في الوزن: أقل من 5 غم/كغم/يوم
عدد الأطفال الذين يتناولون RUTF أو F-100 خلال أسبوعا كاملا: 20 طفل	بسام وليد سليمان فاتن كراما سميح	لمياء رائد جنيد طارق علوان علاء سعيد قايد	سيناء مرام ليلي
المجموع			
النسبة المئوية للأطفال في القسم الذين يتناولون RUTF أو F-100			

مقتطف 1 من صفحة العناية اليومية: أروى

الأيام في المستشفى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
التاريخ	4/8	4/9	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16	4/17	4/18	4/19		
الوزن اليومي (كغم)	4.6	4.5	4.55	4.6	4.63	4.65	4.7	4.8	4.85	4.9	5.0	5.0		
الزيادة في الوزن (غم/كغم)	أحسب يوميا بعد بدء RUTF أو F-100													
	6.5	4.3	10.7	21.3	10.4	10.3	20.4	0						

مقتطف 2 من صفحة العناية اليومية: خالد

الأيام في المستشفى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
التاريخ	4/6	4/7	4/8	4/9	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16	4/17	4/18	4/19
الوزن اليومي (كغم)	5.9	5.8	5.9	5.9	6.0	6.0	6.0	6.0	6.10	6.15	6.10	6.20	6.25	6.20
الزيادة في الوزن (غم/كغم)	أحسب يوميا بعد بدء RUTF أو F-100													
	-	-	-	-	-	0	8.2	8.1 -	16.4	8.1	8 -			

مقتطف 3 من صفحة العناية اليومية: سها

الأيام في المستشفى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
التاريخ	4/7	4/8	4/9	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16	4/17	4/18	4/19	
الوزن اليومي (كغم)	7.7	7.7	7.7	7.8	7.8	8.0	8.1	8.15	8.22	8.2	8.3	8.3	8.35	
الزيادة في الوزن (غم/كغم)	أحسب يوميا بعد بدء RUTF أو F-100													
	-	25.6	12.5	6.17	8.6	2.4 -	12.2	0	6					

أسئلة للإجابة عنها ومناقشتها

1. هل يبيّن سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم ما إذا كانت هناك مشكلة في زيادة الوزن في الجناح؟

2. قررت رئيسة الممرضين/الممرضات البحث عن عوامل مشتركة بين الأطفال الذين يعانون من ضعف زيادة الوزن. ووجدت المعلومات التالية:

سيناء - وصلت منذ 21 يومًا، عمرها سنتان، يتيمه (ليس لها من يرعاها في المستشفى)، وترعاها الممرضة راجيا.

مرام - وصلت منذ 18 يومًا، عمرها 19 شهرًا، وأمها غير موجودة بالمستشفى (تأتي عمتها لزيارتها)، ترعاها الممرضة أنسام.

ليلى - وصلت منذ 12 يومًا، عمرها 22 شهرًا، رُكِب لها محاليل وريدية عند القبول ثم أنبوب أنف معدي، ولكنها الآن تأخذ الوجبات عن طريق الفم، وانتقلت بالأمس إلى منطقة الممرضة راجيا، والأم موجودة.

خالد - وصل منذ 14 يومًا، عمره 18 شهرًا، تحت رعاية الممرضة أمينه، يتيم (توفي الوالدان وتركه أحد الجيران في المستشفى)

ما العامل المشترك (العوامل المشتركة)، إن وجد، بين هؤلاء الأطفال؟

اذكر المشكلة على وجه التحديد قدر الإمكان باستخدام المعلومات الواردة في سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في القسم والمعلومات التي جمعتها رئيسة الممرضات.

هل تشير العوامل المشتركة بين الأطفال الذين يعانون من ضعف زيادة الوزن إلى سبب محتمل للمشكلة؟ إذا كان الأمر كذلك، فما السبب المحتمل؟

ما الاستقصاء الإضافي الذي قد يلزم إجراؤه لتقصي الأسباب؟

أخبر الميسّر عندما تكون مستعدًا للمناقشة الجماعية

4. رصد مخرجات المرضى

ملاحظة: هذا القسم يصف مخرجات الأطفال من 6-59 شهرا. بالنسبة للفئات العمرية الأخرى، أي الرضع، أقل من 6 أشهر، والأطفال بعمر 5 سنوات أو أكثر، لا يتم تضمين مخرجاتهم لأنه لا يوجد دليل جيد و / أو توافق في الآراء بشأن العلاج ورصد المخرجات.

4.1 سجّل مخرجات كل مريض في مسار الرعاية الحرجة

تحتوي الصفحة الأخيرة (صفحة مخرجات/تعليقات) من مسار الرعاية الحرجة على فراغ لتسجيل نتائج علاج المرضى. سجّل مخرجات المريض سواء أكانت ناجحة أم لا. وسجّل كذلك أي تعليقات ذات صلة، مثل الظروف وأسباب المخرجات السلبية، والمتابعة عن كثب أو النقل إلى عيادة التغذية العلاجية لأستكمال المعالجة حي الشفاء التام أو النقل إلى برامج التغذية التكميلية لعلاج المريض من سوء التغذية الحاد المتوسط عند الشفاء من سوء التغذية الحاد الوخيم.

مخرجات سلبية

- وفاة
 - سبب الوفاة الظاهر
 - عدد الأيام بعد القبول
 - وقت حدوث الوفاة من النهار أو الليل
 - الظروف الأخرى ذات الصلة

- تخلف (غائب لمدة يومين متتاليين) والظروف ذات الصلة
- احالة الظروف ذات الصلة

مخرجات ناجحة

- تعافي
 - عند وجود برنامج علاج سوء التغذية الحاد الوخيم في OTP, يتم نقل المريض:
 - بعد استعادة الشهية
 - وأنخفاض الوزمة
 - وتمت معالجة المضاعفات الطبية

- في حالة عدم وجود عيادة تغذية علاجية لعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم:
- تخريج المريض من TFC عند ≤ 2 انحراف معياري للوزن مقابل الطول

مثال: صفحة المخرجات/التعليقات من مسار الرعاية الحرجة

الاسم

مخرجات/ تعليقات

تعليقات:

التدريبات المقدمة للمريض/ مقدم الرعاية:

إرشادات المتابعة:

مخرجات علاج المريض

أسم الطبيب المحول:

أسم وحدة المعالجة الخارجية (OTP)

المخرجات (ارسم دائرة)

التعليقات

التاريخ

الوزن: _____ كجم
الطول: _____ سم
مقياس محيط منتصف
الععضد: _____ ملم

نقل
نقل الى عيادة التغذية العلاجية لاستكمال
المعالجة

شفاء
تخريج بعد الشفاء التام

تخلف
تغيب عن المعالجة لمدة يومين متتاليين
وتم اعتبارا متخلف في اليوم الثالث
الإحالة لأسباب طبية أخرى غير سوء
التغذية

غير مستجيب

الوفاة

عدد الأيام بعد القبول (ارسم دائرة):
> 24 1-3 أيام 4-7 أيام <
7 أيام
الوقت التقريبي للوفاة: _____ نهار /
ليل

أسباب واضحة للموت:
هل أخذ الطفل المحاليل الوريدية ؟
نعم / لا

4.2 حدد المخرجات السلبية في مسار الرعاية الحرجة

استخدم علامة ملونة أو أي وسيلة أخرى للإشارة إلى مسارات الرعاية الحرجة للمرضى ذوي المخرجات السلبية. سوف تسهّل هذه العلامة من إمكانية العثور على هذه المسارات في الملفات عند إجراء المراجعة.

4.3 مراجعة مسارات الرعاية الحرجة للمرضى لمعرفة العوامل المشتركة التي تؤدي إلى نتائج سلبية

راجع مسارات الرعاية الحرجة المحددة بعلامات مراجعة دورية، وكلما حدثت وفاة. لاحظ العوامل المشتركة التي تشير إلى المواقع التي قد تحتاج فيها ممارسات العلاج للحالات أو إجراءات القسم إلى دراستها دراسة دقيقة وتحسينها.

فعلى سبيل المثال، لاحظ ما إذا كانت حالات الوفاة الأخيرة قد حدثت خلال أول يومين بعد دخول المركز، أم بعد ذلك. وغالبًا ما ترجع الوفيات التي تحدث خلال أول يومين إلى نقص سكر الدم، أو فرط السوائل، أو صدمة إنتانية غير معروفة، أو معالجة خاطئة، أو عدوى خطيرة أخرى. وغالبًا ما ترجع الوفيات التي تحدث بعد يومين إلى قصور القلب؛ تحقق مما إذا كانت الوفيات تحدث أثناء الانتقال إلى RUTF أو حليب F-100.

وتشير الزيادة في الوفيات التي تحدث أثناء الليل أو الصباح الباكر، أو في عطلات نهاية الأسبوع، إلى أن رعاية الأطفال في هذه الأوقات ينبغي مراقبتها وتحسينها. فعلى سبيل المثال، إذا كان هناك العديد من الوفيات في الصباح الباكر، فمن الممكن أن الأطفال لا يتم تغطيتهم أو إطعامهم بشكل كافٍ خلال الليل. وإذا اختارت الكثير من الأمهات أخذ أطفالهن إلى المنزل بعد بضعة أيام فقط، فابحث عن الأسباب المشتركة. هل الأمهات غير قادرات على ترك الأطفال الآخرين في المنزل؟ هل المركز غير مريح لهن؟ هل المرضين/المرضات غير ودودين؟ وتشير حالات المغادرة المبكرة أيضًا إلى الحاجة إلى رصد وتحسين ظروف المراكز وإجراءاتها.

ويمكن أن توفر مراجعة مسارات الرعاية الحرجة للكشف عن النتائج السلبية أساسًا يعتمد عليه الموظفون في مناقشة المشاكل وحلها. ويرد وصف لعملية حل المشكلات الجماعية في القسم 6 من هذه الوحدة التدريبية.

تمرين د

ستستعرض في هذا التمرين مقتطفات من مسارات الرعاية الحرجة لثلاثة أطفال تُوفوا. وستراجع ظروف الوفيات وتحدّد ما إذا كانت هناك عوامل مشتركة فيما بينها.

ادرس مقتطفات مسارات الرعاية الحرجة لكريم وفهمي ولولا على الصفحات التالية. وأجب عن الأسئلة التالية، وكن مستعداً لمناقشتها.

1. ما ظروف وفاة كل طفل؟

كريم:

فهمي:

لولة

2. هل هناك عوامل مشتركة بين أي من الوفيات الثلاث؟ وإذا كان الأمر كذلك، فما هي؟

3. ما مجالات ممارسات التدبير العلاجي للحالات أو إجراءات الأجنحة التي يلزم مراقبتها لاكتشاف المشاكل والأسباب ذات الصلة؟

أخبر الميسّر عندما تكون مستعداً للمناقشة الجماعية

المعالجة الأولية
التعليق على العلاج قبل الإحالة أو / وعلاج الطوارئ الذي سبق إعطائه للمريض
العمر: 15 شهر
تاريخ القبول: 18/06/05
الوقت: 10:00
رقم المستشفى: 678
الاسم: كريم
أنثى / ذكر
علامات الصدمة: لا توجد شبه واعى/فاقد الوعي
برودة اليدين
بطء إعادة امتلاء الشعيرات (أكثر من 3 ثواني)
نبض ضعيف و سريع
إذا كان الطفل شبه واعى أو فاقد الوعي، + برودة اليدين، + إما بطء إعادة امتلاء الشعيرات أو نبض ضعيف أو سريع:
أعطي أوكسيجين، أعطي جلوكوز وريدياً (كما سبق شرحه في سكر الدم "اليمين").
ومن ثم أعطي سوائل وريدية: محلول رنجرز لاكتيت مع 5 % جلوكوز أو 0.45 % محلول صوديوم كلورايد مع 5 % جلوكوز
كمية السوائل الوريدية لكل ساعة : 15 مل x = كجم (وزن الطفل) = مل
علامات سوء التغذية الحاد الوخيم
تؤلم كلا الجانبين 0 ++ +++
الوزن (كيلوجرام) 6.3 الطول: (سم) رقودا / وقفا 71.0 سم
الوزن مقابل الطول انحراف معياري (زد سكور) أقل من -3 موك (مم)
التهاب الجلد؟ 0 ++ +++ (تشقق وتسلخ الجلد)
الحرارة: درجة مئوية 36 الإبر/الشرج
إذا كانت الحرارة في الإبط أقل من 35 أو في الشرج أقل من 35.5 فم بتفئة الطفل، وأعد قياس الحرارة كل 30 دقيقة
سكر الدم (ملجم/دسل) 72
إذا أقل من 54 ملجرام والطفل يقظ، أعطي 50 مل من 10% جلوكوز أو سكروز (قموي أو أبوب أنف معدي)
إذا أقل من 54 و الطفل شبه واعى أو فقدان للوعي، أعطي 10 % سكر معقم وريدياً .
5 مل x الوزن (كيلوجرام) = مل . يتبعها 50 مل بالأنبوب أنف معدي
وقت إعطاء الجلوكوز: قموي أنبوب أنف معدي وريدي
الهيموجلوبين (Hb): 9.0 جرام / ديسى لتر أو الهيماتوكريت نوع الفصيلة: غير معروف
إذا Hb أقل من 4 أو الهيماتوكريت أقل من 12 % و لا يوجد صعوبة تنفس، أعطي 10 مل X الوزن(كجم) = دم كامل طازج (
أو أعطي 5 - 7 مل / كجم خلايا حمراء مكلسة إذا وجد صعوبة في التنفس، أعط الدم ببطء خلال 3 ساعات
وقت البداية:
وقت النهاية:
الحصبة: نعم لا
علامات العين توجد لا
قيح / التهاب
يقع ببؤوت
تغيم القرنية
تقرح القرنية
إذا وجدت علامات بالعين أعطي فيتامين أ في الحال، أضف اتروباين عند وجود تعتم أو تقرح القرنية (سجل على صفحة العناية اليومية)
جرعة علاجية في اليوم 1, 2, 15
فيتامين
جرعة أقل من 6 أشهر 50.000 وحدة دولية
6 - 12 شهر 100.000 وحدة دولية
أكبر من 12 شهر 200,00 وحدة دولية
المضادات الحيوية:
العلاج / الطريقة
Gentamycin IV
Ampicillin IV
Amoxicillin شراب قموي
علاج الملاريا: النوع / الطريقة

الوقت
البداية
راقب كل 10 دقائق
**الساعة الثانية
الوقت
التنفس
النبض
الوزن
**إذا سرعة التنفس والنبض نقصت بعد الساعة الأولى، أعد نفس كمية السوائل الوريدية للساعة الثانية. بعدها أعطي الريزومال و F-75 بالتناوب ساعة بساعة لمدة 10 ساعات حسب حالة الطفل (كما هو موجود في الجزء الأيمن من السجل أنناه). إذا لا يوجد تحسن من إعطاء السوائل بعد الساعة الأولى، عالج كحالة صدمة الانتانية قم بإعطاء دم كامل طازج (انظر لليمين: الهيموجلوبين): أعطي سوائل وريدية (2 - 4 ملجم/كجم للساعة) بانتظار توفر الدم أو عالج كحالة صدمة قلبية
الإسهال:
إسهال مائي؟
وجود دم في البراز
تقيؤ
إذا نعم أعمل دائرة حول العلامات الموجودة:
عطش
خامل
مضطرب
قلق / مضطرب
عيون غائرة أكثر
وجود علامتين أو أكثر من هذه العلامات تشخص الجفاف
في حالة وجود جفاف أعطي الريزومال قموي (أو عن طريق الأنبوب الأنف معدي) كل 30 دقيقة خلال الساعتين الأولى، راقب وأعطي 5 مل x كجم (وزن الطفل) = مل ريـزومال
الوقت
البداية
*التنفس
*النبض
**الوزن
البول؟ نعم لا
عدد البراز
عدد القيء
علامات الإرواء
الكمية الماخودة (مل)
F-75
F-75
F-75
F-75
F-75
في حالة وجود علامتين أو أكثر من علامات الارتواء: بلوغ الطفل إلى الوزن المستهدف لإعادة الارتواء، نبول، لم يعد قلق أو خامل، وليس عطش. كل حالة تحتاج إلى التقييم بعناية
الجرعة / عدد المرات / فترة العلاج
47 ملغم مرة واحدة في اليوم لمدة 7 أيام
315 ملغم كل 6 ساعات لمدة يومين
160 ملغم كل 12 ساعة لمدة 5 أيام
10:00
10:00
البداية من اليوم الثاني

الاسم: كريم ذكر / أنتى

العمر: 15 شهر

تاريخ القبول: 18/06/04

مخرجات/ تعليقات

تعليقات:
تم إعطاؤه محلول الملحي (نورمال سالين) في غرفة الطوارئ وأستمر حتى الساعة 16:00 من يوم 4 يونيو
التدريبات المقدمة للمريض/ مقدم الرعاية:

إرشادات المتابعة:

مخرجات علاج المريض

أسم الطبيب المحول:

أسم وحدة المعالجة الخارجية (OTP)

المخرجات (ارسم دائرة)

التعليقات

التاريخ

نقل		الوزن: _____ كجم
نقل الى عيادة التغذية العلاجية لاستكمال المعالجة		الطول: _____ سم
شفاء		مقياس محيط منتصف
تخريج بعد الشفاء التام		العضد: _____ ملم
تخلف		
تغيب عن المعالجة لمدة يومين متتاليين وتم اعتبارة متخلف في اليوم الثالث		
الإحالة لأسباب طبية أخرى غير سوء التغذية		
غير مستجيب		
		عدد الأيام بعد القبول (ارسم دائرة):
		> 24 1-3 أيام 4-7 أيام < 7
وفاة	4/يونيو/2018	الوقت التقريبي للوفاة: نهار / ليل
		أسباب واضحة للموت:
		غير معروف/سوء تغذية حاد وخيم
		هل أخذ الطفل المحاليل الوريدية ؟ نعم / لا

المعالجة الأولية التعليق على العلاج قبل الإحالة أو / وعلاج الطوارئ الذي سبق إعطائه للمريض تم إعطاؤه البيومين و مدر للبول (فروسيمايد) وريديا لعلاج الوذمة ونقص الاليومين

الاسم: فهمي / أنثى / ذكر العمر: 24 شهر تاريخ القبول: 16/10/05 الوقت: 08:00 رقم المستشفى: 757

علامات سوء التغذية الحاد الوخيم		علامات الصدمة: لا توجد شبه وعي/فقد الوعي برودة اليدين بطء إعادة امتلاء الشعيرات (أكثر من 3 ثواني) نبض ضعيف و سريع																																																																																																													
توزن كلا الجانبين ؟ ++ + 0		إذا كان الطفل شبه وعي أو فقد الوعي، + برودة اليدين، + إما بطء إعادة امتلاء الشعيرات أو نبض ضعيف أو سريع:																																																																																																													
الوزن (كيلوجرام) <u>8.1</u> الطول: (سم) <u>78.0</u> وقفا <u>سم</u>		أعطي اوكسيجين، أعطي جلوكوز وريديا (كما سبق شرحه في سكر الدم "اليمين").																																																																																																													
الوزن مقابل الطول انحراف معياري (زد سكور) أقل من <u>2</u> - موك (مم) <u>114</u>		ومن تم أعطي سوائل وريديا: محلول رنجرز لاكتيت مع 5 % جلوكوز أو 0.45 % محلول صوديوم كلورايد مع 5 % جلوكوز																																																																																																													
التهاب الجلد؟ <u>0</u> ++ +++ (تشقق وتسلخ الجلد)		كمية السوائل الوريدية لكل ساعة: 15 مل x كجم (وزن الطفل) = مل																																																																																																													
الحرارة: درجة مئوية <u>36.5</u> الإبط/الشرج		<table border="1"> <tr> <th>البداية</th> <th>راقب كل 10 دقائق</th> <th>**الساعة الثانية</th> <th>راقب كل 10 دقائق</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>*</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		البداية	راقب كل 10 دقائق	**الساعة الثانية	راقب كل 10 دقائق			*				*				*																																																																																													
البداية	راقب كل 10 دقائق	**الساعة الثانية	راقب كل 10 دقائق																																																																																																												
		*																																																																																																													
		*																																																																																																													
		*																																																																																																													
إذا كانت الحرارة في الإبط أقل من 35 أو في الشرج أقل من 35.5 فم بتفئة الطفل، وأعد قياس الحرارة كل 30 دقيقة																																																																																																															
سكر الدم (ملجم/دسل) <u>72</u>																																																																																																															
إذا أقل من 54 ملجم و الطفل يقظ، أعطي 50 مل من 10% جلوكوز أو سكرور (قموي أو أبوب أنف معدي)																																																																																																															
إذا أقل من 54 و الطفل شبه وعي أو فقدان للوعي، أعطي 10 % سكر معقم وريديا .																																																																																																															
5 مل x الوزن (كيلوجرام) = مل . يتبعها 50 مل بالأنبوب أنف معدي																																																																																																															
وقت إعطاء الجلوكوز: قموي أنبوب أنف معدي وريدي																																																																																																															
الهيموجلوبين (Hb): <u>9.0</u> جرام / ديسلي لتر أو الهيماتوكريت: تنوع الفصيلة: غير معروف																																																																																																															
إذا Hb أقل من 4 أو الهيماتوكريت أقل من 12 % و لا يوجد صعوبة تنفس، أعطي 10 مل x الوزن(كجم) = دم كامل طازج																																																																																																															
أو أعطي 5 - 7 مل / كجم خلايا حمراء مكلسة إذا وجد صعوبة في التنفس، أعط الدم ببطء خلال 3 ساعات																																																																																																															
وقت البداية: وقت النهاية:																																																																																																															
<table border="1"> <tr> <th>الحصبة:</th> <th>نعم</th> <th>لا</th> </tr> <tr> <th>علامات العين</th> <td>لا توجد</td> <td></td> </tr> <tr> <th>قيح / التهاب</th> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>بقع بيوتوت</th> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>تغيم القرنية</th> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>تقرح القرنية</th> <td></td> <td></td> </tr> </table>		الحصبة:	نعم	لا	علامات العين	لا توجد		قيح / التهاب			بقع بيوتوت			تغيم القرنية			تقرح القرنية			<p>في حالة وجود جفاف أعطي الريزومال قموي (أو عن طريق الأنبوب الأنف معدي) كل 30 دقيقة خلال الساعتين الأولى، راقب وأعطي 5 مل x كجم (وزن الطفل) = مل ريذومال</p> <p>في حالة وجود علامتين أو أكثر من هذه العلامات تشخص الجفاف</p> <p>لمدة 10 ساعات، أعطي الريزومال أو F-75 بالتناوب ساعة بساعة . راقب كل ساعة. كمية الريزومال 5 - 10 مل x كجم (وزن الطفل) = إلى مل ريذومال</p> <table border="1"> <tr> <th>الوقت</th> <th>البداية</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <td>*التنفس</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>*النبض</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>**الوزن</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>البول؟ نعم لا</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>عدد البراز</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>عدد القيء</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>علامات الإرواء</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الكمية المأخوذة (مل)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>F-75 F-75 F-75 F-75 F-75</p>		الوقت	البداية									*التنفس										*النبض										**الوزن										البول؟ نعم لا										عدد البراز										عدد القيء										علامات الإرواء										الكمية المأخوذة (مل)									
الحصبة:	نعم	لا																																																																																																													
علامات العين	لا توجد																																																																																																														
قيح / التهاب																																																																																																															
بقع بيوتوت																																																																																																															
تغيم القرنية																																																																																																															
تقرح القرنية																																																																																																															
الوقت	البداية																																																																																																														
*التنفس																																																																																																															
*النبض																																																																																																															
**الوزن																																																																																																															
البول؟ نعم لا																																																																																																															
عدد البراز																																																																																																															
عدد القيء																																																																																																															
علامات الإرواء																																																																																																															
الكمية المأخوذة (مل)																																																																																																															
<p>إذا وجدت علامات بالعين أعطي فيتامين أ في الحال، أضف ايتروباين عند وجود تعتم أو تقرح القرنية (سجل على صفحة العناية اليومية)</p> <p>جرعة علاجية في اليوم 1, 2, 15</p> <table border="1"> <tr> <th>جرعة</th> <th>أقل من 6 أشهر</th> <th>50.000 وحدة دولية</th> </tr> <tr> <th>فيتامين</th> <td>6 - 12 شهر</td> <td>100.000 وحدة دولية</td> </tr> <tr> <th>(أ) الفموية</th> <td>أكثر من 12 شهر</td> <td>200,00 وحدة دولية</td> </tr> </table>		جرعة	أقل من 6 أشهر	50.000 وحدة دولية	فيتامين	6 - 12 شهر	100.000 وحدة دولية	(أ) الفموية	أكثر من 12 شهر	200,00 وحدة دولية	<p>المضادات الحيوية:</p> <p>العلاج / الطريقة</p> <p>Amoxicillin شراب قموي</p> <p>200 ملغم كل 12 ساعة لمدة 5 أيام</p> <p>الجرعة / عدد المرات / فترة العلاج</p> <p>09:00</p>																																																																																																				
جرعة	أقل من 6 أشهر	50.000 وحدة دولية																																																																																																													
فيتامين	6 - 12 شهر	100.000 وحدة دولية																																																																																																													
(أ) الفموية	أكثر من 12 شهر	200,00 وحدة دولية																																																																																																													
علاج الملاريا:		النوع / الطريقة																																																																																																													

الاسم: فهمي ذكر / أنتى

العمر: 24 شهر

تاريخ القبول:

مخرجات/ تعليقات

إرشادات المتابعة:

تعليقات:

التدريبات المقدمة للمريض/ مقدم الرعاية:

مخرجات علاج المريض

أسم الطبيب المحول:

أسم وحدة المعالجة الخارجية (OTP)

المخرجات (ارسم دائرة)

التعليقات

التاريخ

نقل

نقل الى عيادة التغذية العلاجية لاستكمال المعالجة

شفاء

تخريج بعد الشفاء التام

تخلف

تغيب عن المعالجة لمدة يومين متتاليين وتم اعتبارا متخلف في اليوم الثالث

الإحالة لأسباب طبية أخرى غير سوء التغذية

غير مستجيب

وفاة

6/ أكتوبر/ 2016

عدد الأيام بعد القبول (ارسم دائرة):

>24 1-3 أيام 4-7 أيام <7

أيام

الوقت التقريبي للوفاة: نهاري / ليلي

أسباب واضحة للموت:

نقص البوتاسيوم، وذمة درجة ++،

ارتفاع الالبيومين

هل أخذ الطفل المحاليل الوريدية؟ نعم

لا البيومين وريديا

المعالجة الأولية التعليق على العلاج قبل الإحالة أو / وعلاج الطوارئ الذي سبق إعطاءه للمريض تم إعطاؤه البيومين و مدر للبول (فروسيميد) وريديا لعلاج الوذمة ونقص الاليومين

الاسم: لوله / أنثى / ذكر العمر: 18 شهر تاريخ القبول: 18/02/25 الوقت: 09:00 رقم المستشفى: 106

<p>علامات الصدمة: لا توجد شبه واعى/فاقد الوعي برودة اليدين بطء إعادة امتلاء الشعيرات (أكثر من 3 ثواني) نبض ضعيف و سريع</p> <p>إذا كان الطفل شبه واعى أو فاقد الوعي، + برودة اليدين، + إما بطء إعادة امتلاء الشعيرات أو نبض ضعيف أو سريع: أعطي اوكسيجين، أعطي جلوكوز وريديا (كما سبق شرحه في سكر الدم "اليمين"). ومن ثم أعطي سوائل وريديا: محلول رنجرز لاكتيت مع 5 % جلوكوز أو 0.45 % محلول صوديوم كلورايد مع 5 % جلوكوز كمية السوائل الوريدية لكل ساعة : 15 مل x كجم (وزن الطفل) = مل</p>												
<p>علامات سوء التغذية الحاد الوخيم</p> <p>توزن كلا الجانبين ؟ <u>0 + + +</u></p> <p>الوزن (كيلوجرام) <u>6.8</u> الطول: (سم) رفودا / وقفا <u>74.0 سم</u></p> <p>الوزن مقابل الطول انحراف معياري (زد سكور) أقل من <u>-3</u> موك (مم) <u>11.0</u></p> <p>التهاب الجلد؟ <u>0 + + +</u> (تشقق وتسلخ الجلد)</p> <p>الحرارة: درجة مئوية <u>36</u> الإبط/الشرج</p> <p>إذا كانت الحرارة في الإبط أقل من 35 أو في الشرج أقل من 35.5 فم بتدفئة الطفل، وأعد قياس الحرارة كل 30 دقيقة</p> <p>سكر الدم (ملجم/دسل) <u>72</u></p> <p>إذا أقل من 54 ملجم والطفل يقظ، أعطي 50 مل من 10% جلوكوز أو سكرور (قموي أو أبوب أنف معدي)</p> <p>إذا أقل من 54 والطفل شبه واعى أو فقدان للوعي، أعطي 10 % سكر معقم وريديا . 5 مل x الوزن (كيلوجرام) = مل . يتبعها 50 مل بالأنبوب أنف معدي</p> <p>وقت إعطاء الجلوكوز: قموي أنبوب أنف معدي وريدي</p>												
<p>الهيموجلوبين (Hb): <u>9.0</u> جرام / ديسي لتر أو الهيماتوكريت تنوع الفصيلة: <u>B +</u></p> <p>إذا Hb أقل من 4 أو الهيماتوكريت أقل من 12 % ولا يوجد صعوبة تنفس، أعطي 10 مل X الوزن(كجم) = مل كامل طازج (دم كامل طازج)</p> <p>أو أعطي 5 - 7 مل / كجم خلايا حمراء مكلسة إذا وجد صعوبة في التنفس، أعط الدم ببطء خلال 3 ساعات</p> <p>وقت البداية: وقت النهاية:</p>												
<p>إسهال مائي؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>وجود دم في البراز <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>تقيؤ <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا نعم أعمل دائرة حول العلامات الموجودة:</p> <p>وجود علامتين أو أكثر من هذه العلامات تشخص الجفاف</p> <p>في حالة وجود جفاف أعطي الريزومال قموي (أو عن طريق الأنبوب الأنف معدي) كل 30 دقيقة خلال الساعتين الأولى، راقب وأعطي 5 مل x كجم (وزن الطفل) = مل ريذومال</p>												
<p>الحصبة: <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>علامات العين <input checked="" type="checkbox"/> توجد <input type="checkbox"/> لا</p> <p>قيح / التهاب <input type="checkbox"/></p> <p>بقع بيثوت <input type="checkbox"/></p> <p>تغيم القرنية <input type="checkbox"/></p> <p>تقرح القرنية <input type="checkbox"/></p> <p>إذا وجدت علامات بالعين أعطي فيتامين أ في الحال، أضف ايتروباين عند وجود تعتم أو تقرح القرنية (سجل على صفحة العناية اليومية)</p>												
<p>جرعة علاجية في اليوم 1, 2, 15</p> <p>جرعة فيبثامين (أ) الفموية</p> <p>أقل من 6 أشهر 50.000 وحدة دولية</p> <p>6 - 12 شهر 100.000 وحدة دولية</p> <p>أكبر من 12 شهر 200,00 وحدة دولية</p>												
<p>المضادات الحيوية:</p> <p>العلاج / الطريقة</p> <p>Amoxicillin شراب قموي</p> <p>علاج الملازيا:</p> <p>النوع / الطريقة</p>												

العناية اليومية

الاسم: **لوله**

أنثى / ذكر

العمر:

18 شہر

تاريخ القبول

الوقت:

رقم المستشفى:

[illegible]

الاسم: _____

لولة _____

ذكر / انتى

العمر: 18 شهر _____

تاريخ القبول: _____

مخرجات/ تعليقات

تعليقات:

التدريبات المقدمة للمريض/ مقدم الرعاية:

إرشادات المتابعة:

مخرجات علاج المريض

أسم الطبيب المحول:

أسم وحدة المعالجة الخارجية (OTP)

المخرجات (ارسم دائرة)

التعليقات

التاريخ

الوزن: _____ كجم
الطول: _____ سم
مقياس محيط منتصف
العضد: _____ ملم

نقل
نقل الى عيادة التغذية العلاجية لاستكمال
المعالجة

شفاء
تخريج بعد الشفاء التام

تخلف
تغيب عن المعالجة لمدة يومين متتاليين
وتم اعتبارة متخلف في اليوم الثالث
الإحالة لأسباب طبية أخرى غير سوء
التغذية

غير مستجيب

وفاة

27/فبراير/2018

عدد الأيام بعد القبول (ارسم دائرة):
> 24 3-1 أيام 4-7 أيام < 7
أيام
الوقت التقريبي للوفاة: نهان / ليل
أسباب واضحة للموت:
خثرة الحليب تخرج من الفم، ربما
اختنق بسبب القيء
هل أخذ الطفل المحاليل الوريدية ؟ نعم
لا

4.4 حساب نسبة إماتة الحالات في TFC

في مركز كبير (مثلاً، 100 حالة قبول في الشهر)، احسب نسبة إماتة الحالات مرة كل شهر إن أمكن. واحسب أيضاً نسبة إماتة الحالات شهرياً في أي مركز يكون فيه النسبة الحالية ضعيفة أو غير مقبولة وسيسمح ذلك برؤية التحسن بسرعة.

وفي قسم صغير (مثلاً، 10 حالات في الشهر)، أو في مركز تكون فيه نسبة إماتة الحالات معتدلة أو أفضل، يمكن حساب نسبة إماتة الحالات بمعدل تكرار أقل (مثلاً، كل 3 أشهر).

لحساب نسبة إماتة الحالات:

1. حدّد عدد المرضى الذين أدخلوا إلى قسم سوء التغذية الحاد الوخيم خلال الشهر (الشهور) الماضي.
 2. حدّد عدد المرضى الذين تُوفوا (انتظر لحساب عدد الموتى حتى تعرف المخرجات الخاصة بالمرضى. فمثلاً، انتظر حتى منتصف تشرين الثاني/نوفمبر لإحصاء الوفيات بين المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفى في تشرين الأول/أكتوبر).
 3. اقسّم عدد الوفيات على عدد المرضى، وأكتب النتيجة بالنسبة المئوية.
- وأستناداً لأهداف هذه الدورة التدريبية، فإن نسبة حالات الإماتة عندما تكون:

< 20 % غير مقبولة

11 – 20 % ضعيفة

5 – 10 % متوسطة

> 5 % مقبولة

نسبة حالات الإماتة تحسب على مجموعة من الأطفال الذين تم ترقيدهم في فترة زمنية لعلاج سوء التغذية الحاد الوخيم والذين توفوا خلال نفس الفترة الزمنية. نسبة حالات الإماتة ليست مؤشر حساس، لأنه قد يشير إلى سوء حالة الطفل المرضية أثناء القبول، أو نوعية العناية الأولية، ولكنه يشير أيضاً إلى أمور أخرى مثل تردي عملية الوصول للمجتمع، والبحث النشط عن الحالات (وبالتالي الإحالة المتأخرة)، تردي نوعية العناية في عيادات التغذية العلاجية، مشاكل المواصلات والوصول لعناية قسم سوء التغذية الحاد الوخيم أو مشاكل أخرى تعيق وصول المريض للرعاية.

راجع ظروف الوفيات بعناية وحدد، بل وحل المشاكل ذات الصلة، من أجل خفض نسبة إماتة الحالات.

وينبغي أن يكون هدف قسم سوء التغذية الحاد الوخيم تحقيق معدل إماتة للحالات أقل من 5 %

تمرين الإجابات المختصرة

احسب نسب إماتة الحالات في أقسام سوء التغذية الحاد الوخيم الموضحة لاحقاً. اذكر ما إذا كانت النسب غير مقبولة أو ضعيفة أو متوسطة أو مقبولة.

1. قسم سوء التغذية الحاد الوخيم في المستشفى المركزي صغير الحجم دخل القسم، على مدار الأشهر الثلاثة الماضية، 32 طفلاً. وتوفي خمسة منهم.

نسبة الإماتة: _____

2. دخل رعاية TFC في المدينة 98 طفلاً يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم في تشرين الأول /أكتوبر. وتوفي ثلاثة من هؤلاء الأطفال.

نسبة الإماتة: _____

3. ودخل مستشفى الرحمة 28 طفلاً إلى قسم سوء التغذية الحاد الوخيم في شهري حزيران/يونيو وتموز/يوليو. وتوفي اثنان منهم. وفي الشهرين التاليين، آب/أغسطس وأيلول/سبتمبر، دخل مستشفى الرحمة 36 حالة إلى قسم سوء التغذية الحاد الوخيم. وتوفي أربعة من هؤلاء الأطفال.

قارن نسبة الإماتة لشهري آب/أغسطس وأيلول/سبتمبر مع الشهرين السابقين؟

نسبة الإماتة في شهري حزيران/يونيو وتموز/يوليو: _____

نسبة الإماتة في شهري آب/أغسطس وأيلول/سبتمبر: _____

هل توجد مشكلة؟

عند الانتهاء من هذا التمرين، يُرجى مناقشة إجاباتك مع الميسر

5. رصد الممارسات والإجراءات، حسب الحاجة

بشكل دوري، أو للتحري في أسباب المشاكل، ربما تكون في حاجة لرصد:

- ممارسات معالجة الحالات
- إعداد الوجبات العلاجية
- إجراءات القسم
- الاصحاح والنظافة

ويرد هنا اقتراحات للمراقبة. وفي الملحق 2 قوائم مرجعية للمراقبة لاستعمالها أثناء زيارات الأقسام. ويشير أي رد ب « لا » على سؤال في القائمة المرجعية إلى مشكلة تحتاج إلى تصحيح.

5.1 رصد ممارسات معالجة الحالة

غالبًا ما تكون الوفيات أثناء المعالجة الأولية للحالات نتيجة لممارسة حسنة النية، ولكنها غير صحيحة. ولذلك، راقب للتأكد من أن جميع الأطباء السريريين يتبعون ممارسات المعالجة للحالات كما وردت في وحدات علاج سوء التغذية الحاد الوخيم المصحوب بمضاعفات، لا سيما خلال العلاج الأولي. وتأكد أن موظفي قسم الطوارئ يتبعون أيضًا الممارسات المناسبة للأطفال المصابين بسوء التغذية الوخيم. ويجب توفير رسميين بيانين جداريين ضمن مواد دعم المشاركين لمساعدة الموظفين من قسم سوء التغذية ومن قسم الطوارئ على اتباع الممارسات المناسبة. ولا توجد قائمة مرجعية لرصد المعالجة للحالات، لأنها ستكون طويلة للغاية. ومع ذلك، يرد فيما يأتي وصف لبعض أمثلة الممارسات الشائعة غير الصحيحة التي ينبغي مراقبتها.



الممارسة الصحيحة

أثناء المعالجة الأولية ، تأكد من تغذية الطفل كل ساعتين في النهار والليل. يجب ان لا تقل التغذية أبدا عن كل 4 ساعات

إعطاء السوائل الوريدية فقط إذا كانت هناك علامات صدمة (شبه واعي / فاقد للوعي و برودة اليدين بالإضافة إلى بطئ عودة امتلاء الشعيرات الدموية أو النبض الضعيف / السريع)

لا تعطي محاليل وريدية كالألبومين / الأحماض الأمينية

لا تعط مدرات البول. ستختفي الوذمة بالمعالجة الأولية الصحيحة باستخدام F-75 مع المعادن والفيتامينات الصحيحة

أعط F-75 حتى يستقر الطفل ثم ابدأ العلاج باستخدام RUTF أو F-100

افترض الإصابة واعطي المضادات الحيوية لجميع الأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم حتى في حالة عدم وجود علامات سريرية للعدوى أو مضاعفات طبية

اعطي ReSoMal للأطفال المصابين بسوء التغذية الوخيم ويعانون من إسهال المائي (باستثناء الإسهال المائي الغزير)

وفر بطانية وتأكد من تغطية الطفل وتدفنته ليلاً

لبدء الحديد انتظر حتى يتم تغذية الطفل على F100 لمدة يومين. إذا كان الطفل يتناول RUTF، فلا تعطيه كمية إضافية من الحديد لأن RUTF تحتوي على الحديد



الممارسات الخاطئة الشائعة في العلاج الأولي والتي قد تسبب الوفاة

لا يتم اطعام الطفل في الليل

يتم إعطاء سوائل وريدية حتى لو لم يكن الطفل في حالة صدمة

يعطى محاليل وريدية كالألبومين / الأحماض الأمينية

تعطى مدرات البول لعلاج الوذمة

يعطى الطفل نظام غذائي عالي البروتين على الفور

لا تعطي المضادات الحيوية لعدم وجود علامات سريرية للعدوى

يستخدم محلول معالجة الجفاف الفموي القياسي (ORS) بدلاً من محلول معالجة الجفاف لمرضى سوء التغذية (ReSoMal)

ينام الطفل مكشوفاً وبدون اغطية في الليل

يعطى الحديد لعلاج فقر الدم عند القبول

5.2 مراقبة إعداد الوجبات العلاجية

قد ترجع مشاكل مثل ضعف زيادة الوزن في القسم إلى مشاكل في إعداد الغذاء. لذلك، راقب طريقة إعداد الوجبات باهتمام وبشكل دوري، أو كلما شعرت بوجود مشكلة. وراقب ما يأتي:

- هل يتم اتباع التعليمات الخاصة بكيفية تحضير الوجبات باستخدام F-75 و F-100 التجارية (المعبأة مسبقًا)؟

عند عدم توفر F-75 و F-100 التجارية المعبأة مسبقًا، لاحظ ان بعض التعليمات الاتية يتم العمل بها ايضا عند تحضير الحليب التجاري المعبأة مسبقًا).

- هل المكونات الخاصة بالوصفات الغذائية متوفرة؟
- هل تُستخدم الوصفة الصحيحة للمكونات المتوفرة؟
- هل تُخزَّن المكونات تخزينًا مناسبًا ويُتخلَّص منها في الأوقات المناسبة؟
- هل يجري الحفاظ على نظافة الحاويات والأواني؟
- هل يحرص موظفو المطبخ (أو الأشخاص الذين يحضرون الوجبات) على غسل أيديهم بالصابون قبل تحضير الغذاء؟
- هل يجري اتباع وصفات تحضير حليب F-75 و F-100 بدقة؟ (إذا حدثت تغييرات بسبب نقص المكونات، فهل هذه التغييرات مناسبة؟)
- هل تجري قياس المكونات بدقة وبأدوات القياس المناسبة (مثل المغرفة المناسبة)؟
- هل تم خلط المكونات جيدًا (وتُطهى إذا لزم الأمر)؟
- هل تمت اضافة كمية الزيت المناسبة وتم خلطها جيدًا (أي أنها لا تُترك عالقة في حاوية القياس)؟
- هل تم اضافة مزيج المعادن بصورة صحيحة؟
- هل تُضاف كمية الماء الصحيحة لصنع لتر من التركيبة؟ (لا ينبغي للموظفين إضافة لتر من الماء، بل ما يكفي فقط لصنع لتر من التركيبة).
- هل يتم تقديم الوجبات في درجة حرارة مناسبة؟
- هل يُخلط الطعام باستمرار عند التقديم (أي يمتزج الزيت، ولا ينفصل)؟
- هل توضع الكميات المناسبة في الكوب لكل طفل؟
- هل يتم التخلص من بقايا الطعام المُجهَّز على الفور؟



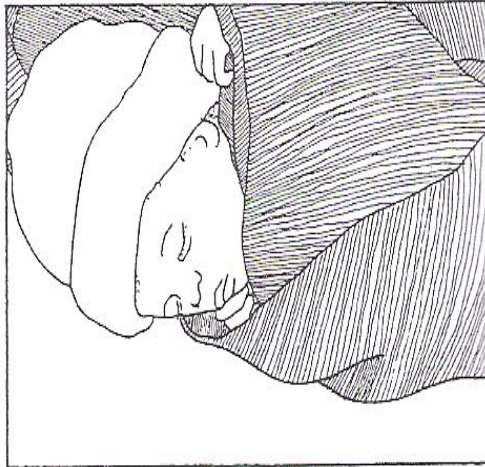
5.3 مراقبة إجراءات TFC

قد ترجع مشاكل مثل عدم كفاية زيادة الوزن في الجناح أو المغادرة المبكرة أو حتى الوفيات إلى عدم ملاءمة إجراءات الجناح. وعندما تشك في وجود مشكلة تتعلق بإجراءات الأجنحة، فعليك بمراقبة الموظفين أثناء تنفيذهم لهذه الإجراءات، أو مراجعة السجلات ذات الصلة. وتشمل الإجراءات التي يجب أن تخضع للمراقبة ما يلي

التغذية



- هل يعطى الطفل الغذاء الصحيح و بكميات مناسبة؟
- هل تُعطى الوجبات في الأوقات المحددة، حتى أثناء الليل وفي عطلات نهاية الأسبوع؟
- هل يُحْمَل الأطفال ويتم تشجيعهم على تناول الطعام (لا يُتركون لتناول الطعام بمفردهم أبداً)؟
- هل يُطعم الأطفال بكوب (لا تُستعمل الزجاجات أبداً)؟
- هل يتم تسجيل الوجبة على مخطط التغذية ل 24 ساعة (وأي قيء أو إسهال) تسجيلاً صحيحاً بعد كل وجبة؟
- هل تُسجَل بقايا الوجبات بدقة؟
- هل تظل كميات حليب F-75 كما هي طوال مرحلة الاستقرار، حتى إذا خسر الطفل وزناً؟
- هل مياه الشرب متوفرة مع تناول RUTF؟
- بعد المرحلة الانتقالية، هل تُعطى كميات من RUTF أو حليب F-100 بحرية، وتزيد مع اكتساب الطفل للوزن؟
- هل يستهلك الطفل 75٪ أو أكثر من RUTF قبل النقل إلى رعاية OTP؟
- بالنسبة للحالات الذين مازالوا في رعاية TFC خلال مرحلة إعادة التأهيل، هل الزيادة في الوزن جيدة؟



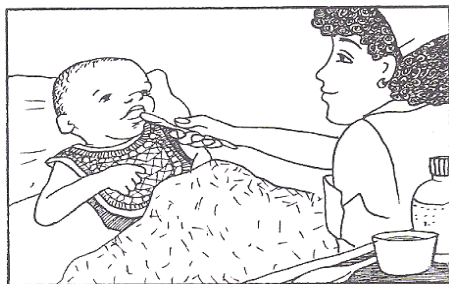
التدفئة

- هل تم ضبط درجة حرارة الغرفة بين 28 و 32 درجة مئوية (قدر الإمكان)؟
- هل تُوفَّر البطانيات ويُعطى الأطفال ليلٍ؟
- هل تُتَّبع تدابير أمانة لإعادة تدفئة الأطفال؟
- هل تقاس درجات الحرارة وتُسجَل وتسجيلٌ صحيحاً؟

الوزن



- هل تعمل الموازين بشكل صحيح؟ هل يجري معايرتها أسبوعياً؟ (افحص الميزان كما هو موضح في الوحدة الخامسة: العناية اليومية).
- هل يُوزَن الأطفال في الوقت نفسه تقريباً كل يوم، قبل ساعة من تقديم الوجبة (قدر الإمكان)؟
- هل يقوم الممرضين/الممرضات بضبط الميزان إلى صفر قبل وزن الأطفال؟
- هل يُوزَن الأطفال دائماً من دون ملابس؟
- هل يقرأ الممرضين/الممرضات الوزن قراءة صحيحة؟
- هل يسجِّل الممرضين/الممرضات الأوزان على الفور في صفحة العناية اليومية من مسار الرعاية الحرجة الخاص بالطفل؟
- هل تُسجَّل الأوزان تسجيلاً صحيحاً في مخطط الرسم البياني للوزن من مسار الرعاية الحرجة الخاص بالطفل؟



إعطاء المضادات الحيوية والأدوية والمكملات الأخرى

- هل تُعطى المضادات الحيوية على النحو الموصوف (الجرعة الصحيحة في الوقت الصحيح)؟
- عند إعطاء المضادات الحيوية، هل يدوّنوها الموظفون على الفور في صفحة العناية اليومية من مسار الرعاية الحرجة؟
- هل يُعطى فيتامين أ عند وجود علامات نقص الفيتامين في العين؟
- هل يعطى حمض الفوليك في حالة وجود علامات سريرية لفقر الدم ويتم تسجيله في صفحة العناية اليومية من مسار الرعاية الحرجة؟
- بعد يومين من تناول الأطفال حليب F-100 (في حالة استمرار المعالجة في TFC)، هل تُعطى الجرعة الصحيحة من الحديد يومياً وتُسجَّل صفحة العناية اليومية من مسار الرعاية الحرجة؟



البيئة المحيطة في TFC

- هل بيئة القسم جميلة ومشرفة؟
- هل تمنح الأمهات مكان للجلوس والنوم؟
- هل تُعلِّم الأمهات ويُشجَّعن على المشاركة في رعاية الطفل؟
- هل فريق العمل مهذب وودود؟
- مع تعافي الأطفال، هل يجري تحفيزهم وتشجيعهم على التحرك واللعب؟

5.4 مراقبة الاصحاب والنظافة العامة

النظافة الصحية الجيدة مهمة للغاية، لأن الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية الحاد الوخيم معرضون بشدة للإصابة بالعدوى. وعندما تشك في أن هناك مشكلة قد تتعلق بالنظافة الصحية، أو بشكل دوري، قم بمراقبة النظافة العامة في القسم. وراقب العناصر الآتية:

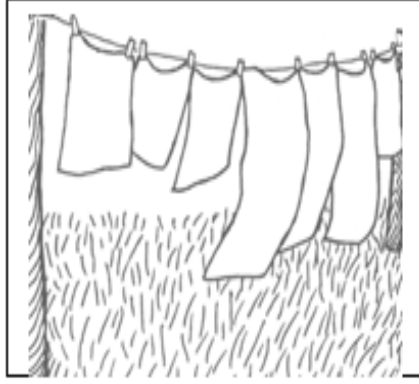


غسل اليدين

- هل توجد أماكن لغسل اليدين في القسم؟
- هل يغسل الموظفون أيديهم باستمرار بالماء والصابون؟
- هل أظافرهم نظيفة؟
- هل يغسلون أيديهم قبل التعامل مع الطعام؟
- هل يغسلون أيديهم بين مريض ومريض؟

نظافة الأمهات

- هل يوجد حمام خاص للأمهات؟ وهل تستعمله؟
- هل تغسل الأمهات أيديهن بالصابون بعد استخدام المرحاض أو تغيير الحفاضات؟
- هل تغسل الأمهات أيديهن قبل إطعام الأطفال؟



الملاءات والأغطية والغسيل

- هل يتم تغيير الملاءات والأغطية كل يوم أو عندما يكون تتسخ أو تبلل؟
- هل تُخزَّن الحفاضات والمناشف المتسخة والخرق وغيرها في كيس، ثم تُغسل أو يُتخلص منها بشكل صحيح؟
- هل توجد أماكن غسيل للأمهات؟
- هل يتم الغسيل بماء ساخن؟



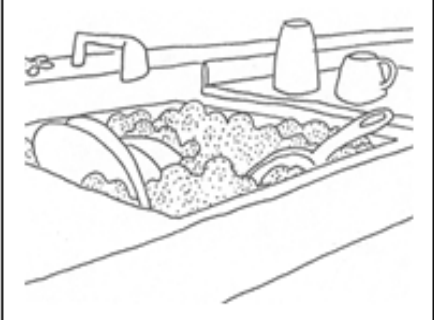
الصيانة العامة

- هل تُمسح أرضيات القسم؟
- هل يُتخلص من القمامة بشكل صحيح؟
- هل القسم خال من الحشرات والقوارض؟

تخزين الغذاء



- هل المكونات والأطعمة محفوظة ومغطاه وتُخزَّن في درجة حرارة مناسبة؟
- هل يتم التخلص من بقايا الطعام فوراً؟



غسل الصحون

- هل تُغسل الأواني والصحون بعد كل وجبة؟
- هل تُغسل بالماء الساخن والصابون؟

الألعاب

- هل الألعاب قابلة للغسيل؟
- هل تُغسل الألعاب بانتظام، وبعد استخدام كل طفل؟

5.5 من يجب أن يتولى مهمة المراقبة والرصد؟

يمكن أن يتولى مهمة المراقبة والرصد مقدمو خدمات رعاية صحية مدربون في معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم من طاقم المستشفى أو موظفون تغذويين مدربون من وزارة الصحة، يدعمهم، إذا لزم الأمر، موظفون تغذويون مدربون في مجال الصحة العامة من مؤسسات أخرى (مثل منظمة الصحة العالمية أو منظمة الأمم المتحدة للطفولة أو المنظمات غير الحكومية).

5.6 ما عدد مرات المراقبة؟

عادةً ما تكون هناك حاجة إلى 3 أيام لمراقبة الممارسات والإجراءات في قسم معالجة سوء التغذية، شاملةً جلسات حل المشاكل في القسم والرصد والابلاغ (سيرد لاحقاً في القسم 6 والقسم 7). وينبغي مناقشة تكرار الزيارات لأغراض المراقبة والرصد على مستويات أخرى من النظام.

6. حل المشاكل

هناك بعض المشاكل التي تتطلب حلولاً فردية، وينبغي التعامل معها بقدر من الخصوصية. فمثلاً، إذا وجدت أن أحد أفراد فريق العمل ينفذ إجراء ما تنفيذاً غير صحيح أو خطيراً، فعليك أن تصوب ذلك الشخص على انفراد.

ومن ناحية أخرى، يمكن حل بعض المشاكل بالعمل مع فريق الموظفين بوصفهم مجموعة واحدة لمناقشة الأسباب والحلول الممكنة. ومن أمثلة المشاكل التي يمكن استعراضها باعتبار فريق العمل مجموعة ما يأتي:

- تفشي الإسهال في القسم
- تزايد معدل إماتة الحالات
- المشاكل الإجرائية التي يعاني منها جميع الموظفين أو العديد منهم.

وقد يكون لدى طاقم العمل معلومات مفيدة للإسهام في كشف أسباب المشاكل وأفكار مبتكرة للحلول. ومن المرجح أيضاً أن يعملوا معاً من أجل التوصل إلى حل إذا شاركوا في صنع القرارات التي تؤثر عليهم.

6.1 عملية حل المشاكل ضمن مجموعة

عند عقد جلسة لحل المشاكل مع مجموعة، استخدم العملية التالية دليلاً إرشادياً.



1. رَجِّب بالجميع في الاجتماع، و اشرح الغرض منه. احذر من أن تبدو وكأنك تهدد أو تلوم أي شخص. أكد على أنك بحاجة للاستماع إلى أفكارهم لفهم أسباب المشكلة وكيفية حلها.

2. اذكر الحقائق عن المشكلة بأكبر قدر ممكن من الوضوح، صِف المشكلة، اذكر متى حدثت ، وأين، ومع من.

3. ناقش أسباب المشكلة التي اكتشفتها من خلال المراقبة. اسأل طاقم

العمل هل يعرفون أسباباً أخرى. ا طرح أسئلة في محاولة للتعرف على الأسباب "الجذرية" للمشكلة.

وقد تشمل الأسباب:

- عوائق (مثل عدم توفر الوقت، وعدم كفاية العاملين، نقص المعدات)
- الافتقار إلى الحافز (لسبب ما، لا يكون العاملون متحمسين لأداء مهمة من مهام العمل أداءً صحيحاً)
- الافتقار إلى المهارات أو المعلومات (لا يعرف فريق العمل ماذا يفعلون أو كيف يفعلون).

ويجب على المجموعة تجنُّب إلقاء اللوم على موظفين معينين، أو تحويل المناقشة إلى جلسة لتقديم الشكاوى.

وقد يكون من المفيد تدوين الأسباب المُحدَّدة على لوح ورقي قلاب أو لوحة ورقية كبيرة.

4. واطلب من طاقم العمل مساعدتك في التفكير في حلول مناسبة للأسباب. تتطلب الأسباب المختلفة

حلولاً مختلفة. فمثلاً، إذا كانت هناك مشكلة ناجمة عن نقص الموارد والمؤن، فأحد الحلول هو

الحصول على مزيد من الامدادات. وإذا كانت هناك مهمة عمل تُنجز إنجازاً سيئاً، لأن العاملين لا

يستمتعون بها، فأحد الحلول قد يكمن في تناوب تلك المهمة، حتى يؤديها الجميع كلٌّ في دوره، ومن

- دون أن يضطر أحدٌ لأدائها معظم الوقت. وإذا نسي الموظفون كيفية أداء مهمة معينة، فإن الحل قد يتمثل في تقديم أداة مساعدة (بوستر أو ورق كبير مقوى) لأداء الوظيفة وتعليقها على الجدار.
5. اطلب من العاملين التفكير في حلول يرون أنها سوف تنجح. وناقش الخطوات اللازمة لتنفيذ الحلول، أي الدور المنوط بكل شخص بعد الاجتماع.
6. اشكر العاملين على أفكارهم، وراجع ما تقرر في الاجتماع.
- بعد الاجتماع، من المهم تنفيذ الحلول في أسرع وقت ممكن. وتأكد من إعطاء ملاحظات لطاقم العمل على مدى نجاح الحلول. فهم سيرغبون في معرفة ما إذا كانت المشكلة تتناقص أو يجري حلها.



أخبر الميسر عندما تصل إلى هذه النقطة في الوحدة التدريبية

التمرين ر

سيكون هذا التمرين عبارة عن أداء دور تمثيلي في جلسة لحل المشاكل في قسم علاج سوء التغذية الحاد
الوخيم. وسيُيسر الميسر دورًا لك مثل أحد الأدوار التالية:

- الطبيب المسؤول
- رئيسة الممرضات المناوبة في الصباح
- رئيسة الممرضات المناوبة بعد الظهر
- ممرضة ليلية
- ممرضة مساعدة مبتدئة
- مدير المستشفى.

وسوف تُعطى بطاقة تصف معلوماتك ومواقفك تجاه الوضع محل النقاش.

وسيرأس أحد المشاركين (الطبيب المسؤول) المناقشة باتباع العملية الموضحة في الوحدة. وسيساعد آخر
عن طريق التسجيل على اللوح الورقي القلاب. وسيشارك آخرون في المناقشة وفقًا للأدوار المنوطة بهم.
والهدف هو وصف المشكلة بوضوح، ومناقشة الأسباب المحتملة وتحديد الأسباب الأكثر احتمالاً، وتحديد
الحلول الممكنة.

7. نظام التدوين والابلاغ في رعاية القسم الداخلي

نظام التدوين والابلاغ الجيد يعتبر بالغ الأهمية لكل برامج التغذية. ويركز نظام الابلاغ الحالي على الأطفال من سن 6 إلى 59 شهراً، لأنها الفئة الأساسية المستهدفة في برامج التغذية العلاجية. ومع ذلك، إذا كانت نسبة كبيرة من حالات القبول لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم تتكون من الفئات العمرية 0-5 أشهر و اكبر من 59 شهراً، ينبغي للمرء أن يفكر في تطوير نظام ابلاغ لهذه الفئات العمرية بشكل منفصل. ومع ذلك، لا توجد مؤشرات أداء موحدة متاحة لتقييم مخرجات المعالجة.

أدوات التدوين والإبلاغ

7.1 مسار الرعاية الحرجة

يتم تسجيل معلومات المراقبة الفردية للحالة الصحية للطفل وتغذيته في مسار الرعاية الحرجة. يوجد مسار رعاية حرجة في الوحدة 3، ملحق 3.

يجب تسجيل التاريخ الطبي للطفل والتقييم البدني عند الدخول ومعلومات المراقبة اليومية. يساعد هذا في مراقبة تقدم الطفل واتخاذ القرار المناسب أثناء العلاج. ويتوفر أيضاً في هذه الاداة نتيجة معالجة الطفل.

7.2 دفتر تسجيل مرضى سوء التغذية الحاد الوخيم في TFC

نظام التسجيل والتدوين الجيد يعتبر بالغ الأهمية للمعالجة. إنه يسمح بكل من المتابعة عن كثب والمعالجة الناجحة للمريض الفرد ويزود أيضاً بمعلومات سهل الوصول إليها والتي يمكن جمعها كي تعطي مؤشرات وإحصائيات ملائمة لمتابعة أداء برامج التغذية العلاجية.

أهمية التسجيل والقدرة على متابعة المرضى عند نقلهم من أحد مكونات البرنامج إلى مكون آخر يعتبر أمر بالغ الأهمية (انظر ملحق 3). بالنسبة للمرضى المحالين من المجتمع إلى مواقع OTP أو SFP أو إلى TFC ثم العودة إلى المعالجة في OTP/SFP فإنه يكون صعباً متابعة التقدم بشكل فردي والتأكد من أن الشخص لم يفقد من النظام. من ناحية أخرى فإنه إذا قامت كل منشأة وموقع بتدوين كل قدوم كقبول جديد (بالنسبة لهم) فإن العديد من المرضى سيسجلون غالباً لمرتين أو حتى أكثر كحالات جديدة. للتغلب على هذه المشاكل فإن كل حالة تعطى رقم SAM حصري عند أول موقع بدأ معالجة الشخص. وبالتالي يحافظ المريض على نفس الرقم خلال كل التنقلات. كل موقع يمكنه أيضاً أن يعطي رقم تسجيل للمريض من أجل الاستخدام الداخلي والتصنيف – رقم خاص بالموقع – لكنه يجب أن يستخدم أيضاً رقم SAM حصري في كل استمارات ووثائق النقل المتعلقة بذلك المريض.

يتم تحديد رقم SAM الحصري هذا في أول مكان عولج المريض فيه سواء كان ذلك موقع OTP أو موقع TFC. هذا الرقم الحصري يجب أن يسجل دائماً كرقم SAM الحصري في كل وثائق المريض مثل مسار الرعاية الحرجة ودفتر التسجيل واستمارة النقل في TFC، وكذلك في بطاقة القبول والمتابعة لمرضى سوء التغذية الحاد الوخيم SAM ودفتر التسجيل واستمارات النقل في OTP.

- رقم SAM. رقم متعدد المكونات مركب من المكونات الآتية: المحافظة/المديرية/ أسم وموقع (TFC/OTP) الخدمة الذي بدأت فيه المعالجة/ ورقم تسلسل خماسي الخانات يحدد للمريض.
- إذا كان أول مريض عولج في موقع OTP تتبع لمركز نجد الجماعي الصحي بمديرية السبرة بمحافظة أب. فإن رقم SAM الحصري سيكون <Ibb/Sebrah/OTPNaj/00001>.
- دفتر تسجيل مرضى سوء التغذية الحاد الوخيم في TFC يعطى معلومات عامة عن التالي:

تحديد الهوية

- تاريخ القبول
- رقم SAM الحصري
- نوع القبول:
- قبول جديد: وذمه أو هزال (الوزن مقابل الطول > -3 انحراف معياري و/أو محيط منتصف العضد > من 115 مم).
- نقل داخلي من مكون آخر أو إعادة قبول المتخلفين خلال أقل من شهرين أو انتاكسة.
- الاسم
- العمر
- الجنس
- العنوان: ينبغي أن يكون العنوان مفصلاً بما فيه الكفاية لذلك الذي سيقوم بالزيارة المنزلية حتى يستطيع إيجاد المنزل المعني- إن لم يكن هناك عنوان فيجب أن يكون هناك توجيه ووصف للمنزل.

ملحوظة: "الانتكاسات": تعتبر الحالة انتكاسة إذا كان المريض عاني من سوء تغذية وخيم من قبل وتم شفاؤه. يجب استخدام نفس "رقم SAM الحصري" مع استخدام الوصلة (-) بعد العدد الرئيسي. بالتالي فإن رقم الحالة (محافظة/مديرية/موقع TFC أو OTP/01245-2) هو القبول الانتكاسة للحالة محافظة/مديرية/موقع TFC أو OTP/01245. إذا لم يمكن إيجاد "رقم SAM الحصري" الأصلي فإنه يعطى رقم SAM حصري جديد لكنه يجب أن يكون دائماً 2-xxxxx للإشارة للقبول الانتكاسة في البرنامج. الأطفال الذين حدثت لهم انتكاسة هم الأكثر عرضة وحقيقة أنهم حالات منتكسة يجب أن توضح في قسم سبب القبول الرئيسي في دفتر التسجيل.

القياسات الأنثروبومترية عند القبول والتخريج

- الوزن
- الطول
- نقطة الانحراف المعيارية بالنسبة للمرجع للوزن مقابل الطول بالنسبة للأطفال أقل من 59 شهر ومؤشر كتلة الجسم للأطفال من 5 – 9 سنوات من العمر.
- التوذم
- محيط منتصف الذراع

التشخيص: نوع سوء التغذية والمضاعفات الطبية

المخرجات:

• **الخروج** (تخريج: تعافي, شفاء, وفاة, تخلف, غير مستجيب), نقل الى OTP أو SFP أو الى TFC
اخر أو احالة طبية

• تاريخ الخروج

من أجل إدخال البيانات إلى الكمبيوتر بشكل ملائم لحساب خطر الوفاء (معدل الوفيات المتوقع) ومعدلات اكتساب الوزن من البيانات في دفتر التسجيل، بدون إعداد فحص كل مسار رعاية حرجة، فإنه من المفيد تسجيل أيضاً مايلي:

• الوزن الأدنى

• تاريخ الوزن الأدنى

المشورة في تغذية الرضع وصغر الأطفال.

نوع المضاد الحيوي المستخدم (الخط الاول, الخط الثاني و/أو الخط الثالث).

نوع وكمية التغذية العلاجية المستخدمة.

المؤشرات الكمية

يمكن الحصول على الإحصائيات مباشرة من دفاتر التسجيل (أو بشكل بديل من مسار الرعاية الحرجة للأفراد).

7.3 التقرير الإحصائي الشهري

يتم إكمال تقرير شهري في كل TFC شهرياً بناءً على المعلومات المسجلة في دفتر تسجيل TFC للأطفال المصابين بسوء التغذية الحاد الوخيم. حيث يقدم التقرير الشهري معلومات عن حالات الدخول الجديدة، والحالات القديمة التي تم قبولها، والتخريج، والنقل خلال المعالجة وإجمالي الحالات الخاضعة للعلاج لكل موقع أو مرفق صحي، انظر الملحق 4، نموذج التقرير الشهري ل TFC. يمكن أن تساعد المعلومات المبلغ عنها في تحديد الاختلافات في الجنس المتأثر بسوء التغذية، والفئات العمرية، ونوع سوء التغذية (وذمه، هزال شديد، عدد المستفيدين الذين تلقوا مشورة تغذية الرضع وصغار الاطفال (IYCF), ونوع المضاد الحيوي المستخدم (الخط الأول و / أو الثاني و / أو الثالث).

يقدم التقرير الشهري ملخصاً للمعلومات الكمية لتقييم الأداء ورصد الاتجاهات وتحديد المجالات التي تتطلب التحقيق و / أو التحسين على مستوى المنشأة الصحية.

يتم إكمال التقرير الشهري من قبل مسؤول طاقم العمل ويتم فحصه بانتظام من قبل المشرف للتأكد من دقته.

يتم تصنيف جميع الأطفال الذين تم قبولهم، وتخريجهم، ونقلهم، واحالتهم من TFC حسب فئات القبول

والخروج

فئات القبول في رعاية TFC تتكون من الآتي:

المتبقين من الشهر السابق (A):

- مجموع الأطفال الذين لا يزالون يخضعون للمعالجة عند بداية الشهر

القبول الجديد:

المرضى المقبولين مباشرة في البرنامج للبدء بالمعالجة التغذوية يعتبرون مقبولين جدد. هؤلاء يسجلون في ثلاثة أعمدة:

1. الهزال الشديد بمقياس الموائك, أقل من 115 مم (1).
2. الهزال الشديد بمقياس اللون مقابل الطول أقل من 3 انحراف معياري (2).
3. المرضى المتوهمين (3).

الحالات القديمة التي تم قبولها في الموقع الحالي:

4. النقل الداخلي من OTP أو SFP أو TFC آخر (4):

الأطفال الذين يخضعون للمعالجة في رعاية OTP وتدهورت حالتهم (بحسب معايير بروتوكول العمل في OTP) (أنظر بروتوكول العمل في OTP الوحدة 8 و دليل المساعد العملي لرعاية TFC). وتم نقلهم إلى موقع TFC الحالي أو تدهورت حالة الأطفال أثناء رعاية سوء التغذية الحاد المتوسط في برنامج الأغذية التكميلية, وتم تصنيفهم كحالات سوء تغذية حاد وخيم. أو الأطفال المنقولين من TFC إلى TFC الحالي. لا يتم احتساب الأطفال الذين تم نقلهم إلى TFC كقبول جديد لأنهم كانوا بالفعل يخضعون للعلاج من سوء التغذية الحاد.

5. إعادة قبول المتخلفين خلال أقل من شهرين (5):

إذا تخلف المرضى عن المعالجة قبل أن يستوفون معايير التخرج, فإنهم يعانون من نوبة سوء تغذية نفسها إذا أعيد قبولهم خلال أقل من شهرين. إذا حضر هؤلاء المرضى بعد مرور شهرين من تخلفهم فإنه يتم اعتبارهم يعانون من نوبة مختلفة من سوء التغذية. يتم إعطائهم رقم SAM حصري جديد.

6. المنتكسين (6):

تعتبر الحالات منتكسة إذا كانت قد عانت من سوء التغذية الحاد الوخيم من قبل وتم شفاؤها ثم عانت من سوء التغذية الحاد الوخيم في غضون شهرين من خروجها كحالة شفاء.

الأطفال الذين تعرضوا للانتكاس معرضون للخطر بشكل خاص ويجب ملاحظة حقيقة أنهم انتكاسات في قسم المشاكل الرئيسية في مسار الرعاية الحرجة. يجب أن تبدأ الانتكاسات العلاج في TFC.

اجمالي القبول (B):

موجز اجمالي القبول (B):
• القبول الجديد (1 + 2 + 3)
• الحالات القديمة التي تم قبولها في الموقع الحالي: (4 + 5 + 6)

فئات الخروج من TFC تتكون من الآتي:

التخريج:

تعافي:

الأطفال الذين تم نقلهم إلى رعاية OTP عند تعافهم (استعادة الشهية، وانخفاض الوزمة، وتم علاج المضاعفات الطبية) (7)

شفاء:

الأطفال الذين استكملوا علاجهم في TFC حتى الشفاء التام (على سبيل المثال، الحالات الخاصة الذين بلغ وزنهم بالنسبة للطول/الارتفاع - 2 انحراف معياري أو محيط منتصف العضد 125 مم بدون وزمة خلال الأسبوعين الماضيين) (8)

وفاة:

الأطفال الذين توفوا أثناء العلاج في TFC (9)

تخلف:

الأطفال الذين تغيبوا لمدة يومين متتاليين، وأعلن أنهم متخلفون في اليوم الثالث (10)

غير المستجيبين:

الأطفال الذين لم يصلوا إلى معايير التخريج شفاء بعد شهرين من العلاج في TFC (11)

اجمالي التخريج (C):

موجز اجمالي التخريج (C):
• تخريج تعافي (7)
• تخريج شفاء (8)
• تخريج وفاة (9)
• تخريج تخلف (10)
• تخريج غير مستجيب

ملاحظة: يتم استخدام مجموع حالات التخريج كأساس لحساب مؤشرات الأداء لمعدلات الشفاء والوفاة والمتخلفين وغير المستجيبين في برنامج علاج سوء التغذية الحاد الوخيم. معدل الشفاء أقل فائدة في رعاية TFC لأن غالبية الحالات يتم تحويلها إلى رعاية OTP بعد الاستقرار، وبالتالي لم تستوف معايير التخريج شفاء.

حالات النقل والإحالة

• النقل من TFC الى TFC اخر (12):

تم نقل الأطفال إلى مستوى رعاية أعلى لا يمكن علاجها في TFC الحالي. لم يتعافى هؤلاء الأطفال من علاج سوء التغذية الحاد الوخيم وسيُعالجون في TFC آخر حتى التعافي أو الشفاء.

• الإحالة الطبية (13):

احالة المريض إلى مرفق صحي/ مستشفى لأسباب طبية ولم يقم هذا المرفق الصحي بالاستمرار بالمعالجة التغذوية أو سيقوم بنقل المريض مرة أخرى إلى برنامج علاج سوء التغذية الحاد الوخيم.

اجمالي الخروج (D):

موجز اجمالي الخروج (D):
اجمالي التخريج (C)
النقل الى (12)
النقل الطبي (13)
اجمالي الخروج (D) $(D = C + 12 + 13)$

المتبقين في نهاية الشهر تحت المعالجة

عدد الأطفال الذين يخضعون للعلاج في نهاية الشهر. هذا هو الرقم المستخدم في تخطيط الموقع وعبء الحالات. هذا هو أيضاً الرقم الذي سيتم استخدامه للعمود (A) للشهر القادم من تقرير الموقع الشهري في العمود " المتبقين من الشهر السابق ".

يجب على كل منشأة صحية لديها برنامج تغذية علاجية إرسال تقرير الموقع الشهري إلى مكتب الصحة و / أو وزارة الصحة والسكان.

المتبقين في نهاية الشهر تحت المعالجة = المتبقين من الشهر السابق (A) + إجمالي القبول (B) - إجمالي الخروج (D)

7.4 مؤشرات الأداء

هناك ثلاث مؤشرات أساسية لقياس أداء خدمات برامج التغذية العلاجية للأطفال 6-59 شهراً:

- مؤشرات الناتج (Output indicators): لقياس ما إذا كانت خدمة برامج التغذية العلاجية قد استكملت الأنشطة المخطط لها واللازمة لتحقيق الأهداف المحددة. يتم قياسها كأرقام. مع مرور الوقت تقوم برصد اتجاهات الزيادة والنقصان في عبء الحالات، وتستخدم لأغراض تخطيط احتياجات العلاج والتموين.
- المؤشرات العملية (Process indicators): تقيس مباشرة عملية أداء العمليات الرئيسية، وهي في هذه الحالة تتصل بعملية علاج مرضى سوء التغذية الحاد. فهي ليست دائماً جزءاً من الرصد الروتيني الشهري ويمكن قياسها في فترات معينة أو من خلال أنشطة الرصد غير الروتينية.

- مؤشرات النتائج (Outcome indicators): قياس ما إذا حققت خدمة برامج التغذية أهدافها والنتائج المخطط لها. يتم قياسها كنسبة مئوية، تعطي مؤشرا للأداء وتستخدم لرصد الاتجاهات في الأداء. وإذا تم استخدام طريقة موحدة من المؤشرات، يمكن مقارنة نتائج هذا المؤشر بالمؤشرات العالمية، على سبيل المثال، معايير القياس الأدنى¹ (Sphere Minimum Standards).

أمثلة للمؤشرات العملية:

- وفي ما يلي مؤشرات العملية التي يتم قياسها شهريا و / أو دوريا اعتمادا على القدرة.
- سبب الوفاة: يمكن تقييم وتجميع هذه المعلومات للمساعدة في تحديد المشاكل مع العلاج واستخدام بروتوكولات العلاج، وتحديد الحاجة للإشراف الداعم والتدريب أثناء العمل وتحسين الجودة.
- أسباب التخلف وعدم الاستجابة للعلاج: تجميع هذه المعلومات يمكن أن تساعد في تحديد الأسباب الشائعة للتخلف أو عدم الاستجابة. أسباب عدم الاستجابة قد تشمل ارتفاع معدل انتشار السل و / أو فيروس نقص المناعة البشرية وإجراءات التغذية داخل المستشفى. قد تدل هذه المعلومات على الحاجة إلى تكثيف المراقبة والإشراف. ومن المهم أيضا أن نفهم أسباب التخلف، والعوائق أمام الوصول إلى الخدمات و / أو الوفيات الغير مسجلة.
- إعادة القبول بعد التخرج شفاء (أو الانتكاسة). الانتكاسة يعني أن الوضع التغذوي للطفل قد تدهور بعد خروجه وشفائه من سوء التغذية الحاد وأن يعود الطفل للعلاج من سوء التغذية الحاد الوخيم في غضون شهرين. معدلات إعادة القبول أو معدلات الانتكاسة العالية قد تشير إلى أن الأطفال يتم تخريجهم بسرعة جدا أو أن نوعية الرعاية لم تكن الأمثل. وقد يشير أيضا إلى الحاجة لتحسين ممارسات لتغذية الرضع وصغار الأطفال (IYCF) أو الأمن الغذائي على المستوى الأسري. يتم تسجيل الانتكاسة في مسارات الرعاية الحرجة للأطفال حيث يمكن تتبعها وفحصها دوريا.
- متوسط فترة البقاء (LOS) حتى علاجه وتخرجه: هي فترة (عدد الأيام) التي يقضيها الطفل في رعاية TFC لتحقيق الاستقرار (التعافي) أو حتى الشفاء التام من سوء التغذية الحاد الوخيم. ومن المتوقع أن تكون الفترة قصيرة لحالات التعافي (حوالي 7 أيام)، أو طويلة لحالات الشفاء التام (الحد الأقصى 60 يوما). (ملاحظة: يتم حساب متوسط فترة البقاء بشكل منفصل للمجموعتين).

متوسط فترة البقاء في رعاية TFC لتحقيق الاستقرار أو حتى الشفاء التام يعكس فعالية رعاية TFC. ويتأثر معدل فترة البقاء بنسبة الأطفال الوافدين متأخر لتلقي العلاج أو الذين لا يستجيبون للعلاج. فترة البقاء الطويلة قد تشير إلى أن الأطفال لا يتم تحويلهم إلى رعاية OTP في الوقت المناسب. و متوسط الإقامة القصيرة قد يشير إلى أن الأطفال يتم تخريجهم بأسرع وقت. وإذا كان هناك معدل الانتكاس عالية، قد يكون السبب المحتمل.

متوسط LOS في رعاية TFC لتحقيق التعافي أو حتى الشفاء التام يتم احتسابه على عينة من المنقولين إلى رعاية OTP (للتعافي)، أو التخرج الشفاء، كمجموع LOS مقسوما على عدد من مسارات الرعاية الحرجة في العينة.

¹ - مشروع اسفير. 2011. الميثاق الإنساني والمعايير الدنيا في الاستجابة للكوارث. أكسفورد ، المملكة المتحدة: أوكسفام .
<http://www.sphereproject.org/>

حساب متوسط LOS² = حصيلة فترة البقاء / عدد مسارات الرعاية الحرجة في العينة

- متوسط الوزن المكتسب يوميا (AWG) للأطفال الذين تم تخريجهم شفاء، تم مناقشة كيفية حساب الوزن المكتسب يوميا في القسم 3 من هذه الوحدة.
- النقل بين المكونات: تتم إحالة الأطفال من رعاية TFC الى رعاية OTP بعد استعادة الشهية، وانخفاض الوزمة والشفاء من المضاعفات الطبية، وتتم نقلهم من رعاية OTP الى رعاية TFC إذا تدهورت حالتهم. أيضا قد يحال الطفل من موقع رعاية المرضى TFC إلى مستوى أعلى من رعاية TFC عندما تتدهور حالته / حالتها أو عندما يفشل الطفل في الاستجابة للعلاج. في جميع الحالات، الطفل لم ينه علاجه (ولم يتم تخريجه من علاج سوء التغذية الحاد الوخيم)، ولكن (مؤقتا) انتقل (أو خرج) من الموقع القديم ويستمر في العلاج من سوء التغذية الحاد الوخيم في الموقع الجديد.
- من المهم تتبع الأطفال بين مواقع المعالجة لضمان استمرارية العلاج. وينبغي الحفاظ على المعلومات عن سوء الحالات التي تم نقلها و / أو الغير مستجيبة للعلاج لأنه يسلط الضوء على نقاطا للضعف في جودة الرعاية (على سبيل المثال، التأخير من قبل راعي المرض لطلب الرعاية، وجودة الرعاية)

الحصيلة الشهرية لمؤشرات الأداء:

- % التخريج تعافي (معدل التعافي) = نسبة الأطفال التي تم تخريجهم تعافي من إجمالي التخريج.*
 - % التخريج شفاء (معدل الشفاء) = نسبة الأطفال التي تم تخريجهم شفاء من إجمالي التخريج.*
 - % التخريج الوفاة (معدل الوفيات) = نسبة الأطفال الذين ماتوا وهم أثناء العلاج من إجمالي التخريج.*
 - % التخريج التخلف (معدل المتخلفين) = نسبة الأطفال المتغيبين من المعالجة لليوم الثالث على التوالي في رعاية TFC من إجمالي التخريج.*
 - % التخريج غير المستجيب (معدل غير المستجيبين) = نسبة الأطفال التي لا تفي معايير التخريج بعد شهرين من العلاج في رعاية TFC من إجمالي التخريج.*
- * إجمالي التخريج = التعافي + الشفاء + الوفيات + المتخلفين عن المعالجة + غير المستجيبين

7.4 مؤشرات الاداء في رعاية TFC:

تقارير موقع رعاية TFC تحسب مؤشرات الأداء للأطفال من 6-59 شهر الذين تعافوا أو الذين تم تخريجهم شفاء (في الحالات التي توجد فيها أعداد كبيرة من الحالات الخاصة الذين استمروا بالمعالجة في TFC حتى الشفاء التام، مثلا في حالة عدم توفر الأغذية العلاجية الجاهزة للاستعمال). كما تبين هذه التقارير ايضا معدل التخلف والوفاة. في حالة الأرقام المطلقة الصغيرة، سوف يتم التعبير عن نتائج الأداء بالأرقام المطلقة ولن يتم تحويلها إلى نسب مئوية.

تتم مقارنة النتائج بالمعايير الدولية (انظر الجدول). لا ينبغي أن تؤخذ المعايير الدولية بأنها مطلقة، ولكن كمستويات مرنة للإنذار.

2 - العينة العشوائية المعقولة لمسارات الرعاية الحرجة للحالات التي تم شفاؤها هي 20. إذا تم التخريج شفاء لعدد أقل من الأطفال خلال فترة التقرير ، أجمع كل مسارات الرعاية الحرجة. احسب بشكل منفصل لأولئك الذين تم نقلهم إلى رعاية OTP وأولئك الذين تم تخريجهم شفاء.

الجدول: القيم المرجعية للمؤشرات الرئيسية لمشروع سفير Sphere©

المؤشرات	القيم المرجعية
معدل التعافي	$< 75\%$
معدل التخلف	$> 15\%$
معدل الوفاة	$> 10\%$

تمرين س (اختياري)

سوف يتم إجراء هذا التمرين بشكل زوجي، تليها مناقشة جماعية.

سوف تستعرض دفتر تسجيل مرضى سوء التغذية الحاد الوخيم للأطفال الذين تم قبولهم، ونقلهم / إحالتهم و تخريجهم خلال شهر واحد. راجع باهتمام فئات القبول والخروج لتحديد فئة كل مريض حسب تصنيف دفتر التسجيل. استخدام تصنيف الدخول والخروج الخاص بك لرصد معالجة سوء التغذية الحاد الوخيم لدى الأطفال 59-6 شهر في دليل العمل المساعد.

باستخدام المعلومات من دفتر التسجيل عليك استكمال تقرير الموقع الشهري.

أخبر الميسر عندما تكون مستعدًا للمناقشة الجماعية

ملحق 1. سجل تدوين الوزن المكتسب للمرضى في TFC

الأسبوع:	زيادة جيدة في الوزن: أكثر من 10 غم/كغم/يوم	زيادة متوسطة في الوزن: 5 إلى 10 غم/كغم/يوم	زيادة ضعيفة في الوزن: أقل من 5 غم/كغم/يوم
عدد الأطفال الذين يتناولون RUTF أو F-100 خلال أسبوعا كاملا			
المجموع			
النسبة المئوية للأطفال في القسم الذين يتناولون RUTF أو F-100			

ملحق 2. القوائم المرجعية للمراقبة

القائمة المرجعية لمراقبة إعداد الوجبات العلاجية

التعليقات	لا	نعم	لاحظ
			هل تتوفر لوازم إعداد الوجبات العلاجية بكميات كافية؟
			هل يجري الحفاظ على نظافة الحاويات والأواني؟
			هل يحرص موظفو المطبخ (أو الأشخاص الذين يحضرون الوجبات) على غسل أيديهم بالصابون قبل تحضير الغذاء؟
			هل يجري اتباع التعليمات الخاصة بتحضير حليب F-75 و F-100 بدقة؟
			هل تجري قياس المكونات بدقة وبأدوات القياس المناسبة (مثل المِغرفة المناسبة)؟
			هل تقدّم الوجبات في درجة حرارة مناسبة؟
			هل توضع الكميات المناسبة في الكوب لكل طفل؟
			هل يتم التخلص من بقايا الطعام المُجهّز على الفور؟
			أخرى

القائمة المرجعية لمراقبة إجراءات القسم

التعليقات	لا	نعم	لاحظ
التغذية			
			هل يعطى الطفل الغذاء الصحيح و بكميات مناسبة؟
			هل تُعطى الوجبات في الأوقات المحددة، حتى أثناء الليل وفي عطلات نهاية الأسبوع؟
			هل يُحَمّل الأطفال ويتم تشجيعهم على تناول الطعام (لا يُتركون لتناول الطعام بمفردهم أبداً)؟
			هل يُطعم الأطفال بكوب (لا تُستعمل الزجاجات أبداً)؟
			هل يتم تسجيل الوجبة على مخطط التغذية ل 24 ساعة (وأي قيء أو إسهال) تسجيلاً صحيحاً بعد كل وجبة؟
			هل تُسجّل بقايا الوجبات بدقة؟
			هل تظل كميات حليب F-75 كما هي طوال مرحلة الاستقرار، حتى إذا خسر الطفل وزناً؟
التدفئة			
			هل تم ضبط درجة حرارة الغرفة بين 28 و 32 درجة مئوية (قدر الإمكان)؟
			هل تُوفّر البطانيات ويُعطى الأطفال ليل؟
			هل تُتّبع تدابير أمانة لإعادة تدفئة الأطفال؟
			هل تقاس درجات الحرارة وتُسجّل وتسجيل صحيحاً؟

التعليقات	لا	نعم	لاحظ
الوزن			
			هل تعمل الموازين بشكل صحيح؟
			هل يجري معايرة الموازين أسبوعياً؟
			هل يُوزَن الأطفال في الوقت نفسه تقريباً كل يوم؟
			هل يتم اخذ الوزن قبل ساعة من تقديم الوجبة (قدر الإمكان)؟
			هل يقوم الممرضين/الممرضات بضبط الميزان إلى صفر قبل وزن الأطفال؟
			هل يُوزَن الأطفال دائماً من دون ملابس؟
			هل يقرأ الممرضين/الممرضات الوزن قراءة صحيحة؟
			هل يسجِّل الممرضين/الممرضات الأوزان على الفور في صفحة العناية اليومية من مسار الرعاية الحرجة الخاص بالطفل؟
			هل تُسجَّل الأوزان تسجيلاً صحيحاً في مخطط الرسم البياني للوزن من مسار الرعاية الحرجة الخاص بالطفل؟
إعطاء المضادات الحيوية والأدوية والمكملات الأخرى			
			هل تُعطى المضادات الحيوية على النحو الموصوف (الجرعة الصحيحة في الوقت الصحيح)؟
			عند إعطاء المضادات الحيوية، هل يدوّنها الموظفون على الفور في صفحة العناية اليومية من مسار الرعاية الحرجة؟
البيئة المحيطة في رعاية القسم الداخلي			
			هل بيئة القسم جميلة ومشرفة؟
			هل تمنح الأمهات مكان للجلوس والنوم؟
			هل تُعَلَّم الأمهات ويُشجَّعن على المشاركة في رعاية الطفل؟
			هل فريق العمل مهذب وودود؟
			مع تعافي الأطفال، هل يجري تحفيزهم وتشجيعهم على التحرك واللعب؟

مراقبة الاصحاب والنظافة

التعليقات	لا	نعم	لاحظ
غسل اليدين			
			هل توجد اماكن لغسل اليدين في القسم؟
			هل يغسل الموظفون أيديهم باستمرار بالماء والصابون؟
			هل أظافرهم نظيفة؟
			هل يغسلون أيديهم قبل التعامل مع الطعام؟
			هل يغسلون أيديهم بين مريض ومريض؟

نظافة الأمهات			
			هل يوجد حمام خاص للأمهات؟ وهل تستعمله؟
			هل تغسل الأمهات أيديهن بالصابون بعد استخدام المرحاض أو تغيير الحفاضات؟
			هل تغسل الأمهات أيديهن قبل إطعام الأطفال؟
الملاءات والأغطية والغسيل			
			هل يتم تغيير الملاءات والأغطية كل يوم أو عندما يكون تتسخ أو تبلل؟
			هل تُخزّن الحفاضات والمناشف المتسخة والخرق وغيرها في كيس، ثم تُغسل أو يُتخلص منها بشكل صحيح؟
			هل توجد أماكن غسيل للأمهات؟
			هل يتم الغسيل بماء ساخن؟
الصيانة العامة			
			هل تُمسح أرضيات القسم؟
			هل يُتخلص من القمامة بشكل صحيح؟
			هل القسم خال من الحشرات والقوارض؟
تخزين الغذاء			
			هل المكونات والأطعمة محفوظة ومغطاه وتُخزّن في درجة حرارة مناسبة؟
			هل يتم التخلص من بقايا الطعام فوراً؟
غسل الصحون			
			هل تُغسل الأواني والصحون بعد كل وجبة؟
			هل تُغسل بالماء الساخن والصابون؟
الألعاب			
			هل الألعاب قابلة للغسيل؟
			هل تُغسل الألعاب بانتظام، وبعد استخدام كل طفل؟

ملحق 3. دفتر تسجيل مرضى سوء التغذية الحاد الوخيم في TFC (صفحة 1)

دفتر تسجيل مرضى سوء التغذية الحاد الوخيم في TFC (صفحة 2)

