اداره پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین

گزارش نویسی استاندارد پرستاری

گردآورندگان:

فرزاد رجبی یکتا (کارشناسی ارشد داخلی جراحی)؛ مدیر پرستاری دانشگاه

سمیرا نظرپور (کارشناسی ارشد توانبخشی)؛ کارشناس اداره پرستاری


بسم الله الرحمن الرحیم
الحمد لله رب العالمین الرحمن الرحیم مالک یوم الدین
ایاک نعبد و ایاک نستعین اهدنا الصراط المستقیم
صراط الذین انعمت علیهم غیر المغضوب علیهم
ولا الضالین

مقدمه:

گزارش پرستاری ارتباطی است که اطلاعاتی رادر رابطه باوضعیت مراقبت وسلامت بیمار به شکل مستند به ما ارائه می کند. ثبت گزارش بیمار علاوه بر اینکه جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس می کند، بهترین مدافع پرستار در موارد قانونی می باشد.

گزارش به معنی، تبادل اطلاعات درمورد بیمار به صورت نوشتاری، یا گفتاری، بین گروهها ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، می باشد .ثبت و گزارش اطلاعات مناسب ، دقیق و صحیح کادردرمانی ازجمله پرستاران می تواند برنامه مراقبتی سازمان یافته و جامعی را برای مراقبت ازمددجو برنامه ریزی و اجرا نماید که نتیجه آن ارتقاء کمی و کیفی مراقبت از بیمار خواهد بود.

گزارش بیماران از طریق ثبت درپرونده (Record) ، گزارش شفاهی (Report)، یا مشاوره (Consultation) صورت می گیرد. در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران شیفت قبل به پرستاران شیفت بعد، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می نمایند .از مهمترین مسئولیت های پرستار، نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه ای (پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه و ...) می باشد که این گزارشات، در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارند.

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت یادآوری به رشته تحریر درآمده و امید است همکاران محترم بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری، اهتمام ورزند، چرا که هیچ پرستاری نمی تواند اظهار نماید، از قوانین وخط مشی و استانداردهای حرفه ای موسسه، در زمینه ثبت گزارشهای پرستاری بی اطلاع بوده است.

قطعاً بیماری که در پرونده وی شرح حال ، سیر بیماری ، و گزارش پرستاری به طور صحیح و کامل، ثبت شده باشد، از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند خواهد شد.

گروه هدف:

پرستار– هوشبر– اتاق عمل– بهیار – ماما

اهداف آموزشی:

هدف کلی: **ارتقاءسطح دانش، نگرش و عملکرد فراگیران درخصوص اصول استاندارد گزارش نویسی درپرستاری**
اهداف رفتاری: **فراگیران پس از طی دوره قادر خواهند بود:** 1-**اهداف گزارش نویسی در پرستاری را شرح دهند.** 2-**با روشهای مختلف ثبت گزارش استاندارد پرستاری آشنایی داشته باشند.** 3-**خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح را بیان کنند.** 4-**گزارش برخی اقدامات پرستاری را به طور صحیح ثبت نمایند.** 5-**از بایدها و نبایدها در گزارش نویسی استاندارد پرستاری آگاهی داشته باشند.**

فصل اول:



تعاریف و خصوصیات گزارش نویسی:

گزارش در لغت به معنی تفسیر، شرح و تفصیل خبر یا کاری که انجام شده است (فرهنگ عمید) یا بیان و اظهار آن (فرهنگ معین) می باشد و در اصطلاح اطلاعات از فردی که می داند، به فردی که نمی داند و نیازمند دریافت اطلاعات وآگاهی از آنها می باشد، ، انتقال داده می شود .به عبارت دیگر گزارش، انتقال اطلاعات درباره چیزهایی است که با آن روبرو می شویم، می بینیم ،می شنویم ،انجام می دهیم یا ملاحظه می کنیم . ، می باشد. ثبت و گزارش دهی، منبع ارزشمندی از اطلاعات است که توسط همه اعضای تیم درمان مورد استفاده قرار می گیرد و یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران، گزارش پرستاری می باشد.

اهداف گزارش نویسی:

برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان:در جریان قرار دادن دیگر اعضاء تیم درمان از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی، اولین هدف ثبت گزارش بیماران است.

برنامه ریزی مراقبتی :براساس داده های روزانه، تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی، برنامه مراقبتی طراحی می شود.

برآورد کیفیت:براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، کیفیت مراقبت از وی، مشخص می شود، تا در صورت وجود مشکل،جهت بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزارگردد.

پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی:گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی محسوب می شود. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت اجرای مراقبتها داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده

بیمارمی باشد .بنابراین ثبت گزارش باید دقیق، صحیح و به موقع صورت گیرد .هزینه درمانی بیماران، براساس گزارشات ثبت شده در پرونده و نوع مراقبت هایی که دریافت نموده اند، محاسبه می گردد.

آموزش: گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروههای مختلف از جمله پرستاران و پزشکان مورد استفاده قرار می گیرد.

تحقیقی و پژوهشی:پژوهشگرانی که درزمینه حل مشکلات بهداشتی و درمانی فعالیت دارند، با بررسی و مطالعه پرونده بیماران، اطلاعات لازم را کسب نموده و راهکارهای مناسب، ارائه می دهند.

تاریخی :اطلاعات و یافته های بهداشتی و درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد، به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارند.

اعتباربخشی:سازمان بهداشت و سایر ارگانهای ارایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی،با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نمایند.

سایر اهداف :از دیگر اهداف گزارش نویسی می توان به موارد زیر اشاره کرد:

الف) تهیه صورتحساب مالی

ب) ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار

ج) نظارت، کنترل و ارزشیابی سیستمهای مراقبتی ,درمانی و بهداشتی

د) پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح:

رعایت شش نکته زیر، در ثبت گزارش صحیح، جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

۱. حقیقت[۱]
۲. دقت[۲]
۳. کامل و مختصر[۳]
۴. پویایی[۴]

[1] Actual
[2] Accuracy
[3] Completeness,Conciseness
[4] Dynamic

۵. سازماندهی شده و منظم[5]

۶. محرمانه[6]

۱– حقیقت در گزارش نویسی:

گزارش صحیح باید حقایق را بیان نماید .اطلاعات واقعی، منجربه تفسیر و درک اشتباه نمی گردد. گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شوند، می بوید و احساس می کند.

- از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید، جدا خودداری نمایید.
- به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهرا و ممکن است استفاده نکنید.

مثال گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبتبا دیگران را ندارد،بی اشتها است.

مثال گزارش غلط :بیمار افسرده به نظر می رسد.

۲–دقت در گزارش نویسی:

موارد ثبت شده درباره بیمار، باید دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال گزارش صحیح :بیمار ۲۰۰ سی سی مایعات مصرف نموده است.

مثال گزارش غلط :بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

در تهیه گزارش از کاربرد علائم غیراستاندارد جدا خودداری نمایید. علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نباید اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود، توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

در گزارشات پرستاری لازم است، در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی، به وضوح ذکر شود، چه کاری، توسط چه کسی و در چه زمانی انجام شده است.

-چنانچه گزارش پرستار دقیق و با اطمینان نباشد، قانون دانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره می تواند به ضرر کادر درمانی باشد.

-عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات،ثبت مهر و امضاء گزارش دهنده می باشد .مهر و امضاء شخص باید

[5] Organization

[6] Confidential

دارای مشخصات زیر باشد :نام و نام خانوادگی ,سمت، رتبه، شماره نظام پرستاری (که ایجاد هویت حرفه ای می کند)

۳- کامل و مختصر بودن گزارش:

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد، باید کامل و مختصر باشد .نوشته های مختصر درک آسانی دارد ولی خواندن نو شته های طولانی، م شکل ا ست و وقت را تلف می کند.لازم ا ست در تهیه گزارش پر ستاری از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب گردد.

مثال گزارش غلط: انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است ,التهاب وجود ندارد ,بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است ,نبض روی پایی در پای چپ قوی است ,نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.

مثال گزارش صحیح: انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخن ها نشان می دهد که بازگشت خون طی دوثانیه انجام می گردد، نبض روی پایی قوی، + 4 ، دو طرفه و بدون التهاب است.

۴- پویا بودن گزارش:

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود . تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهات جدی شده و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد .به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای حیاتی مورد نیاز گردد.

تصمیم گیری در مورد مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.فعالیتها و وقایعی که باید بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردند شامل:

1-علائم حیاتی
2-تجویز دارو و اقدامات درمانی
3-آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
4-تغییر در وضعیت سلامت
5-پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
6-تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

۵- سازماندهی داشتن گزارش:

اطلاعات ثبت شده در گزارش پرستاری، باید منظم بوده و سازماندهی شده باشند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده شود .برای نظم دادن و سازماندهی گزارشات می توان از الگو های استاندارد گزارش نویسی استفاده کرد.

۶- محرمانه بودن گزارش:

کلیه گزارشات باید محرمانه ودور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد .بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده را بدون اجازه بیمار یا ولی قانونی وی ندارد.

زمان صحیح گزارش نویسی:

گزارشات پرستاری فعال (حال) ویا گذشته نگر ثبت می گردد.

در نوع فعال: که بیشتر در بخشهای اورژانس، سرپایی و بیماران بستری موقت،کاربرد دارد، به ازای هرخدمت پرستاری برای بیمار گزارش مربوط به همان خدمت با قید تاریخ و ساعت، ثبت و مهر و امضا میگردد.
امروزه در جاری سازی پرونده های الکترونیک، روش گزارش نویسی الکترونیک، جایگاه خاصی پیدا کرده است.درگزارش نویسی الکترونیک، باید به جنبه پویا بودن گزارش و قابلیت انعطاف پذیری آن توجه نمود، به نحوی که بتوان با توجه به شرایط بیمار و موقعیت، گزارش را ثبت کرد و در طول شیفت تغییر داد و تکمیل نمود.

اگر چه میتوان از این روش گزارش نویسی، در بخش های غیر اورژانس هم بهره گرفت ولی با توجه به کمبود وقت پرسنل پرستاری، جهت ثبت گزارشات و انجام مراقبتهای غیر مستقیم، از این روش استقبال نمی شود.

در نوع گذشته نگر: پرستار شرایط بیمار، مراقبتها، وقایع و خدمات ارائه شده به بیمار را به موقع و به زمان گذشته،ثبت میکند .این روش بیشتر در بخش های عمومی کاربرد داشته و مورد استقبال قرار میگیرد.
در شرایط عادی، بهترین حالت رعایت ترکیبی از دو روش فوق، بسته به شرایط بخش،زمان،نوع تقسیم کار،تعداد بیمار وحجم کار پرستار مراقب و ...میباشد و پرستار باید موقعیت مناسب را جهت گزارش نویسی اتخاذ نماید.

فصل دوم:



روش های مختلف گزارش نویسی:

سیستم های ثبتی متعددی برای گزارش اطلاعات مددجو وجود دارند، این سیستم ها معمولا توسط سرویس های پرستاری و با توجه به سیاست های سازمان، انتخاب می شوند. در یک موسسه باید یک سیستم ثبت یکسان مورد استفاده قرار گیرد.

برخی از روش های متداول گزارش نویسی عبارتند از: روش داستانی، روش SOAPIE[۷]، شیوه مشکل مدار یا P.O.M.R، ثبت بر اساس فرآیند پرستاری، ثبت متمرکز، ثبت براساس استانداردهای اعتبار بخشی

۱- **روش ثبت داستانی:** این نوع ثبت،یکی از انواع روشهای سنتی در ثبت گزارشات است، که دارای ساختاری ساده است ولی معایب بی شماری از جمله تکرار اطلاعات و وقایع، ،صرف زمان زیاد واجبار خواننده برای خواندن مطالب زیاد به منظور دستیابی به اطلاعات مورد نیاز دارد. در گزارش داستانی کلیه وقایع، مراقبتها و گفته های بیمار بدون آن که از فرایند خاصی در نوشتن گزارش استفاده شود، به ترتیب ثبت می شوند.

***مثال:**در ساعت9 بیمار می گوید " من مدتی است که به سختی نفس میکشم" تنفس وی 32 بار در دقیقه، نبض 120 و فشارخون 120/70 است. بیمار هنگام درد از عضلات بین دندهای استفاده میکند. صداهای تنفسی سمع شد.کراکل و ویزینگ در لوبهای تحتانی هر دو طرف شنیده شد. سر تخت بالا آورده شد تا بیمار در وضعیت نشسته قرار گیرد. در ساعت 10:45نمونه خون شریانی برای بررسی گازهای خونی ارسال شد. شد.اکسیژن2 لیتر در دقیقه با ماسک داده شد .برای آرامش دادن به بیمار،پرستار در کنار تخت وی باقی ماند.

[7] S: Subjective Data، O : Objective Data، A: Assessment، P : Planning، I: Implementation، E: Evaluation

۲- روش ثبت SOAPIE

- ✓ مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار (S: Subjective Data)
- ✓ مشاهدات عینی (O : Objective Data)
- ✓ بررسی و ارزیابی (A: Assessment)
- ✓ برنامه ریزی (P : Planning)
- ✓ اجرا (I: Implementation)
- ✓ ارزشیابی (E: Evaluation)

- ✓ **مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار:** این بخش از گزارش شامل مشکلات،علائم یا نشانه هایی است که بیمار با زبان خود بازگو میکند.در این قسمت باید عین کلمات و عبارات بیمار نوشته شود نه این که مشاهده کننده حرفهای بیمار را تعبیر کند. از جمله(درد، تنگی نفس، تپش قلب). در صورتی که بیمار قادر به بیان احساسات و افکار خود نباشد، این بخش از گزارشات خالی می ماند.

- ✓ **مشاهدات عینی:** این بخش از گزارشات شامل مشاهدات یا اطلاعاتی است که دیده، شنیده و احساس شده و یا بوسیله بوئیدن و لمس کردن یا با استفاده از ابزارهای مختلفی مانند ترمومتر یا گوشی پزشکی،یافته های رادیولوژی،آزمایشگاهی و سایر اقدامات درمانی و تشخیصی به دست می آیند.در این قسمت به الگوهای ارتباطی، نظیر بیمار ناراحت یا گوشه گیر است یا پرخاشگری می کند، یا این که با دیگران تعامل و ارتباط خوبی دارد توجه می شود.
- ✓ **بررسی و ارزیابی:** این بخش از گزارش شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح، درک و نوشتن نتایج است.تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می کنند باید نظر خودشان را درباره بررسی ها، به طور صادقانه، در سطح مهارت و درک خود از وضعیت بیمار ثبت کنند.

- ✓ **برنامه ریزی:** پس از بررسی نیازهای بیمار و اولویت بندی آنها، برنامه ریزی جهت رفع نیازها انجام می گیرد.این بخش از گزارش شامل برنامه ریزی های انجام شده است.

- ✓ **اجرا:** بعد از جمع آوری اطلاعات،تجزیه و تحلیل،شناخت مشکل و برنامه ریزی،برنامه ها اجرا می شوند و در گزارش پرستاری ثبت می گردند.

✓ **ارزشیابی:** ارزشیابی برنامه های طراحی شده که آیا در اجراء موفق بوده اند یا نه، در گزارش ثبت می شوند.

چند مثال: **تشخیص پرستاري (شماره : 1) تهوع در ارتباط با بیهوشی**

S: گفته بیمار "من احساس تهوع دارم."

O: بیمار 100 میلی لیتر مایع روشن در ساعت 5:22 استفراغ کرد.

A: بیمار حالت تهوع و استفراغ دارد.

P: تهوع بیمار را کنترل کرده و در صورت لزوم از داروی ضد تهوع استفاده کنید.

I: در ساعت 23:35 بیمار 2 میلی گرم داروی ضد تهوع دریافت کرد.

تشخیص پرستاري (شماره : 2) درد در ارتباط با عمل جراحی

S : ساعت 22:45 وقتی از بیمار در مورد "درد "سوال شد، اظهار داشت که درد ندارد .ولی در ساعت 23:35 بیمار از دردی آزار دهنده شکایت داشت.

O: بیمار درد ناحیه انسزیون را در مقیاس درد 0 تا , 10 عدد 7 توصیف می کند.

A: بیمار درد داشته و نیاز به دارو دارد.

P: در ساعت 23:35 بیمار 2 میلی گرم مورفین وریدی دریافت کرد.

I: بیمار درد ناحیه انسزیون را در مقیاس درد 0 تا , 10 عدد 1 بیان کرد.

۳- ثبت بر اساس شیوه مشکل مدار P.O.M.R (Problem Oriented Medical Record)

در این روش تاکید بر روی مشکل طبی بیمار و مراقبت از او می باشد،لذا نه تنها درمانهای بیمار ثبت میشوند،بلکه ذکر دلایل معالجات و مراقبتها نیزالزامی است.سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت می گردد، بنابراین مطاله مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده،آسانتر و طبقه بندی شده خواهد بود. پرستار، پزشک، متخصص تغذیه، مددکاراجتماعی، فیزیوتراپیست، مسئول آزمایشگاه و سایرین در یک محل گزارش های خود را می نویسند.

در این روش یک گزارش باید شامل موارد زیر باشد:

- ❖ اطلاعات پایه
- ❖ لیست مشکلات
- ❖ طرح های اساسی
- ❖ گزارش پیشرفت بیمار

در روش ثبت براساس شیوه مشکل مدار، در ابتدا مشکلات به گونه ای سازماندهی می شوندکه هر یک از اعضای تیم مراقبتی در برطرف کردن یکی از مشکلات بیمار مشارکت نمایندو از این طریق به دستیابی یک برنامه مراقبتی واحد و هماهنگ کمک کنند.

- **اطلاعات پایه:** شامل تمام اطلاعات جمع آوری شده در رابطه با بیمار می باشد که به منظور شناسایی مشکلات مددجو و برنامه ریزی مراقبت ها شکل گرفته است.

- **لیست مشکلات:** پس از تجزیه وتحلیل اطلاعات، مشکلات شناسایی شده، به ترتیب اولویت و حیطه مربوطه، فهرست شده و در پایان گزارش ثبت می شوند تا به عنوان خط مشی و راهنمایی، جهت ارائه مراقبتهای لازم به بیمارمورد استفاده قرار گیرد، مشکلات جدیدنیز در ادامه ثبت خواهند شد وبه محض حل مشکل، با ذکر تاریخ،بر روی آن خط کشیده می شود و زمان حل مشکل ثبت می گردد.

- **طرح هاي اساسی (برنامه مراقبت پرستاري):** برای هر مشکل با توجه به استانداردهای مراقبتی به صورت اختصاصی برنامه ای تدوین میشود،که شامل ثبت تشخیصهای پرستاری،پیامدهای مورد انتظار و اقدامات انجام شده است.

- **گزارش پیشرفت بیمار:** اعضای تیم باید میزان پیشرفت مشکلات بیمار را ثبت وکنترل کنند.

مثال :مشکل بیمارتغذیه ناکافی،دررابطه بابرداشتن قسمتی ازمعده اش است.

در بخشی از گزارش، پزشکی که عمل جراحی را انجام داده، پیشرفت بیماری را توصیف می کند؛ پرستار راجع به اشتهای بیمار می نویسد و متخصص تغذیه نیز رژیم درمانی پیشنهادی قابل تحمل برای بیمار را ثبت می کند.

۳- ثبت متمرکز (Focus Charting)

درثبت متمرکزیادداشت ها فقط برطبق مشکلات نیستند.
سه ستون برای ثبت استفاده می شود: تاریخ و زمان،تمرکز،یادداشتهای پیشرفت.
موردی که به عنوان تمرکز درنظرگرفته می شود ممکن است یک وضعیت، تشخیص پرستاری، علامت ذهنی یا عینی و یا یک تغییرحاددر وضعیت مددجو باشد.

تاریخ	ساعت	کانون (تمرکز)	یادداشت های پیشرفت مددجو
۸۸/۴/۷	۱۴/۰۰	تهوع به علت اثرات دارو های بیهوشی	D: بیمار در ساعت ۱۱/۳۰ابراز کرد که حالت تهوع دارد. A: ساعت ۱۱/۳۵ آمپول پلازیل یک میلی گرم وریدی تزریق شد. R: ساعت ۱۱/۴۵ حالت تهوع بیمار بر طرف شد.

۵-ثبت بر اساس فرایند پرستاری:

در این روش گزارشات بر اساس تشخیص های پرستاری نوشته می شوند.تشخیص پرستاری، جمله یا عبارتی است که وجود وضعیت نامطلوبی را مشخص میکند.پرستاران براساس قوانین کار پرستاری،مسئول تشخیص و درمان واکنشهای بیماران به مشکلات هستند. تشخیصهای پرستاری عمدتا به قسمتهایی مربوط میشوند که به عنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده اند و بدون همکاری پزشک یا دیگر اعضاء تیم مراقبتهای بهداشتی انجام میشوند.تشخیصهای پرستاری سه نوع هستند:

- موجود Actual
- بالقوه Potential
- احتمالی Possible

تشخیص پرستاری بیانی است از مشکل بیمار و قضاوت پرستار و به وضعیتی اطلاق می شود که پرستار اجازه داردآن را مورد مراقبت قرار دهد.اطلاعات لازم برای تشخیص پرستاری از طریق بررسی و شناخت به دست می آید.

تشخیص های پرستاری شامل دو قسمت است:

الف) مشکل بیمار

ب) اتیولوژی عناصر محیطی ,روان شناختی ,اجتماعی ,فیزیولوژیک یا معنوی

مثال :بیمار بعد از ورود به اورژانس اینتوبه شده است.

تشخیص پرستاری:اختلال در پاکسازی راه هوایی(مشکل) به علت اینتوباسیون(اتیولوژی) که ممکن است بر اساس این تشخیص و شرایط بیمار، مراقبتهای مختلف، برای وی در نظر گرفته شود.

در ثبت گزارش پرستاری به روش فرایند پرستاری لازم است،پس از ارزیابی بیمار،تشخیص های پرستاری مختلف را برای وی مطرح و ثبت نمود، سپس برنامه مراقبتی در نظر گرفته شده را ثبت نموده و آن را اجراو نتیجه را ارزشیابی کرد.

مشکل (آنچه باید تغییر کند): یبوست مربوط به **اتیولوژی** (علت بروز) : بی حرکتی و کاهش دریافت از راه دهان

پیامدها : اجابت مزاج به شکل طبیعی، نیاز به مصرف مایعات بیشتر را بیان می کند، نوشیدن 2000 سی سی مایع در شبانه روز

اقدامات : راه رفتن در بخش سه بار در شبانه روز ، افزایش دریافت مایعات در ساعات مختلف

۶-ثبت بر اساس استاندارد های اعتبار بخشی:

در این نوع از ثبت که در واقع ترکیبی از حالات فوق است ثبت گزارش در زمان پذیرش ,ترخیص , انتقال , حین بستری و فوت مشخص شده است.

۶-۱ گزارش هنگام پذیرش:

- ثبت نام و نام خانوادگی بیمار
- ثبت تاریخ و ساعت ورود (پذیرش بیمار) به بخش
- ثبت شکایت اصلی بیمار (علت مراجعه به بیمارستان از زبان بیمار)
- ثبت علت بستری بیمار (تشخیص های اولیه پزشکی و اقدامات مورد نیاز)
- ثبت نحوه ورود بیمار به بخش (پای خود،ویلچر، برانکاردو...) و (محل حضور قبلی بیمار(منزل، بخش،اتاق عمل و...)
- ثبت وضعیت هوشیاری با استفاده از معیارهای ابلاغی بیمارستان، سایز و واکنش به نور و مردمک ها و علایم حیاتی در زمان پذیرش
- ثبت وضعیت سلامت جسمی بیمار (نتیجه معاینات فیزیکی انجام شده)
- ثبت وضعیت سلامت روحی بیمار (آرام ، مضطرب و ...)
- ثبت سابقه مصرف دارویی بیمار و اقدامات انجام شده
- ثبت ریسک بیمار از نظر زخم بستر و اقدامات انجام شده ه با توجه به معیار برادن
- ثبت ریسک بیمار از نظر سقوط از تخت و اقدامات انجام شده با توجه به معیار مورس
- ثبت ریسک بیمار از نظر اقدام به خودکشی و اقدامات انجام شده با توجه به Sad Persons Scale
- ثبت ریسک بیمار از نظر ترمبوآمبولی و اقدامات انجام شده با توجه به معیار ولز
- ثبت ساعت اطلاع به پزشک جهت ویزیت ، نام پزشک ، ساعت حضور پزشک
- ثبت موارد آموزش داده شده به بیمار و یا همراهان حین پذیرش بر اساس حداقل های ابلاغی(نکات ایمنی بهداشتی و پیشگیرانه، قوانین و مقررات بخش و بیمارستان، معرفی تیم درمان و افرادشاغل در بخش، نحوه انتقاد ،پیشنهاد و شکایات، دستبند شناسایی و...)
- سایر موارد (طبق موارد ذکر شده در گزارش نویسی در حین بستری)

۶-۲ گزارش حین بستری در هر شیفت به ترتیب:

- ثبت وضعیت هوشیاری بیمار (با استفاده از معیار GCS و یا توصیف هوشیاری) و هرگونه اقدامات انجام شده مربوط به آن
- ثبت وضعیت مردمک ها از نظر سایز و واکنش به نور و هرگونه اقدام انجام شده مربوط به آن در صورت اختلال
- ثبت و توصیف وضعیت علائم حیاتی به تفکیک تب، فشار خون، ریتم و ریت قلب، تنفس، SPO 2، اکسیژن تراپی و هرگونه اقدامات انجام شده در این رابطه در طول شیفت
- ثبت وضعیت درد بیمار و هرگونه اقدام انجام شده مربوط به آن
- ثبت وضعیت بی قراری بیمار و هرگونه اقدامات انجام شده (مهار فیزیکی و شیمیایی و...) مربوط به آن
- ثبت نکات خاص دارو و سرم درمانی
- ثبت وضعیت اقدامات پاراکلینیک انجام شده (رادیولوژی، آزمایشات، فیزیوتراپی و...) نتایج آن و در صورت انجام آمادگی و یا اقدام پیرو آن باید گزارش شود.
- ثبت وضعیت پوست بیمار از نظر وجود و یا عدم وجود انواع زخم و مراقبتهای انجام شده مربوط به آن
- ثبت وضعیت تحرک بیمار و هرگونه اقدامات انجام شده مربوط به آن
- ثبت وضعیت دفعی بیمار و هرگونه اقدامات انجام شده مربوط به آن (ادرار ، مدفوع)
- ثبت هر گونه مراقبت های پرستاری بعمل آمده (شامل اسپیرومتری تشویقی، دهانشویه، ماساژ پوست، فیزیوتراپی، مراقبت معنوی و روحی، مراقبت از چشم، گوش و حلق و بینی، مراقبت از لوله تراشه و تراک در صورت وجود، مراقبت از هرگونه اتصالات در صورت وجود و...)
- ثبت مشاوره یا ویزیت انجام شده توسط پزشک و سایر اعضاء تیم درمان، نتیجه و اقدامات انجام شده با ذکر ساعت
- ثبت پروسیجرهای انجام شده برای بیمار، ساعت و شخص انجام دهنده، تکنیک و اقدامات انجام شده و مربوط به آن
- ثبت هر گونه علامت غیر طبیعی به وجود آمده برای بیمار و یا حوادث غیر مترقبه و ....و ذکر اقدامات انجام شده
- ثبت نحوه شناسایی و مراقبت از بیماران پر خطر
- ثبت آموزش های داده شده به بیمار در شیفت مانند تعریف سیر بیماری، عوارض احتمالی، مراقبت از خود، مراقبتهای دارویی، مدیریت درد و ... (این ترتیب در شرایط عادی است و اگر موقعیت خاصی ایجاد شود ممکن است تغییر کند مثلا اگر افت فشار وجود داشت یا موقعیت احیا ایجاد شد ممکن است موارد دیگر تحت تاثیر قرار گیرد)

۶-۳ گزارش هنگام انتقال:

- ثبت علت انتقال
- ثبت ساعت انتقال
- ذکر تیم همراه بیمار
- ثبت شرایط بیمار در زمان و حین انتقال
- ثبت تجهیزات همراه در زمان انتقال
- ثبت نتیجه ی انتقال
- ثبت ساعت برگشت (ودرصورت عدم برگشت، علت عدم برگشت)
- ثبت شرایط بیمار هنگام بازگشت مجدد به بخش

۶-۴ گزارش احیا:

- ثبت زمان ارست قلبی ریوی
- ثبت زمان اطلاع به تیم احیا
- ثبت زمان شروع عملیات احیا
- ثبت زمان حضور تیم احیا بر بالین بیمار
- ثبت نام افراد حاضر در عملیات احیا
- ثبت نوع احیاء انجام شده (پایه و پیشرفته)
- ثبت سرم، دارو و تجهیزات استفاده شده در حین احیا با ذکر دوز و تعداد و روش تزریق
- درصورت انجام هر گونه پروسیجر، ثبت نوع پروسیجر انجام شده و شخص انجام دهنده =
- در صورت فیبریلاسیون،ثبت نوع و میزان شوک و فرد شوک دهنده و واکنش بیمار نسبت به شوک =
- مدت زمان احیا
- نتیجه احیا
- زمان اتمام احیا

۶-۵ گزارش ترخیص:

- ثبت نوع ترخیص (موقت و دائمی) با دستور پزشک ، با رضایت شخصی و ...
- ثبت زمان ترخیص
- ثبت وضعیت بیمار هنگام ترخیص (هوشیاری،علائم حیاتی، وضعیت ظاهری و اتصالات،وضعیت حرکتی)
- ثبت آموزش های داده شده (داروها ، فعالیت ، تغذیه، مراجعه بعدی ، مراقبت های بعد از ترخیص)

۶-۶ گزارش پس از مرگ (در صورت فوت)

- ثبت تاریخ و ساعت فوت
- ثبت نام پزشک تائید کننده فوت
- ثبت اینکه چه کسانی از بستگان بیمار در زمان مرگ حضور داشتند
- ثبت این موضوع که وسایل بیمار پس از فوت به چه کسی تحویل داده شده است
- ثبت نحوه و شرایط انتقال جسد به سردخانه

فصل سوم



گزارشهای شفاهی:

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران میباشد.پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه ای از فعالیت ها و شرایط زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید.

۴ نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

۱- گزارش تعویض شیفت و تحویل بیمار

۲- گزارش وضعیت بیمار به پزشک در ویزیت

۳- گزارش تلفنی

۴- گزارش انتقال

اهداف اجرایی بکارگیری SBAR :

- ✓ ارتباط شفاف، مختصر، دقیق و کامل مربوط به اطلاعات کلیدی بالینی بیمار
- ✓ بهبود ایمنی بیماران و نتایج بالینی مراقبت از آنها

- ✓ اجرای الزامات استانداردسازی در زمینه ارتباط مناسب برای تحویل بیمار در موارد پذیرش، انتقال بیمار، گزارش و تحویل شیفتها و راندهای روزانه
- ✓ بهبود ارتباط پزشکان، پرستاران در مراقبتها در موارد بحرانی و غیربحرانی
- ✓ بحث و تبادل نظر و تشریک مساعی با سایر بخش ها و واحدها در راستای تقویت همکاری بین بخش ها و واحدهای مرتبط با مراقبت بیمار

۱- گزارش تعویض شیفت:

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی، گزارش تعویض شیفت است که می تواند بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش، در کنار تخت بیماران انجام شود .راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در بررسی های انجام شده، زمان راند بالینی در یک بخش از 30 تا 45 دقیقه متغیر بوده است. راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند.در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد.

با توجه به این که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی را بر عهده دارند، این مسئله حائز اهمیت است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام گردد.

در هنگام راند بالینی، علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبتهای پرستاری یاری می دهد، فرصت مناسبی نیز جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده،فراهم می گردد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

بهترین روش تحویل بیمار در حین تعویض شیفت استفاده از روش ISBAR می باشد.

برای اطمینان ازتبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری،اطلاعات مربوط به بیماربا بهره گیری از مدل ISBAR [8]و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج درپرونده و کاردکس،به شرح ذیل ارائه می شود:

روش ISBAR:

برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن از ابزارهایی مانند ISBAR استفاده میشود .تکنیک ISBAR دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می طلبد، استفاده می شود .توانمندیدرک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی، پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل کامل اطلاعات مرتبط به شرایط بیمار، از ویژگیهای تکنیک ISBAR محسوب می شود.

مراحل تکنیک ISBAR عبارت است از:

[8] Identify**S**ituation, **B**ackground, **A**ssessment, **R**ecommendation

الف- **مشخصات** (شناسایی هویت بیمار براساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷/د تاریخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت: تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج (این مورد در دستورالعمل جدید حذف شده است ولی اهمیت و لزوم شناسایی صحیح بیمار همچنان پابرجا است)

ب- وضعیت (تشریح وضعیت کنونی در طی 5 الی 10 ثانیه):

ارائه اطلاعات مربوط به وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی و...

ج- سوابق(بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار): شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیماربه اختصار

د- ارزیابی(نتیجه گیری): یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و خطر زخم فشاری

م- توصیه ها(آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن): پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره ها،آزمایشات، گرافی ها

هر چند خود روش SBAR میتواند به عنوان یک الگوی گزارش نویسی مطرح گردد، ولی قسمت R یا توصیه ها از تکنیک SBAR را در گزارش پرستاری ثبت می کنیم.

در صورتی که بخش را در هر ساعتی (وسط و انتهای شیفت) حتی به مدت کوتاهی ترک مینمائیم، بهتر است درگزارش پرستاری ثبت کنیم که در طول این مدت چه کسی از بیمار مراقبت میکند، بدیهی است شخص تحویل گیرنده بیمار در طول این زمان در صورت انجام اقدام خاص و مراقبتهای پرستاری، برای بیمار موظف به ثبت گزارش مربوطه میباشد.وظیفه گزارش شرایط بیمار تا پایان شیفت و ساعت همپوشانی دو شیفت بر عهده پرستار تحویل دهنده (شیفت قبل) است.

۲- گزارش وضعیت بیمار به پزشک در ویزیت:

یکی دیگر از زمانهای گزارش شفاهی، گزارش وضعیت بیمار به پزشک، در زمان ویزیت می باشد که در این زمان نیز بهترین روش، استفاده از تکنیک SBAR است.

۳- گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد .اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند که:

-اطلاعات واضح است.

-اطلاعات صحیح است.

-اطلاعات دقیق است.

جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک، پرستار باید به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید:

-چه موقع تماس گرفته است؟

-چه کسی تماس گرفته است؟

-با چه کسی صحبت شده است؟

-چه اطلاعاتی رد و بدل شده است؟

مثال: ساعت 10:22AM مسئول آزمایشگاه، آقای کمالی، میزان پتاسیم آقای مجید صابری،متولد ۵۳/۵/۱ (رعایت دو شناسه معتبر در شناسایی صحیح بیمار) بستری در بخش داخلی را، ۳/۲ میلی اکی والان گزارش نمود. در صورت وجود بیمار با نام مشابه رعایت دستورالعمل مربوطه و استفاده از شناسه های نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و نام پدر الزامی است)

مهر پرستار (میترا محمدی ,کارشناس پرستاری، نظام پرستاری -تاریخ – امضاو..)

تکنیک Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop جهت گزارشات تلفنی استفاده می شود.

در این تکنیک، پس از اینکه اطمینان حاصل شد هر دو نفری که می خواهند گزارش شفاهی به یکدیگر ارائه دهند،حرفه ای هستند و بعد از شناسایی صحیح بیمار توسط هر دو طرف، ابتدا گزارش شفاهی توسط نفر اول ارائه شده و توسط نفر دوم شنیده و ثبت میشود، سپس نفر دوم نوشته خود را برای نفر اول خوانده و هر گونه ابهامی توسط هر دو نفر، بر طرف میگردد.

۴- دستورات یا درخواستهای تلفنی:

این نوع دستورات معمولا بین پزشک و پرستار تبادل می شود .دستورات تلفنی باید توسط تکرار، واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند .بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.وضوح پیغام در این مورد، بسیار مهم و ضروری است .نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:

الف- چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت، حتما سوالاتی را دسته بندی نموده ودر زمان گرفتن دستورات از پزشک، مطرح کنید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.

ب- بطور واضح نام و نام خانوادگی بیمار،تاریخ تولد (دو شناسه معتبر در شناسایی صحیح بیمار) و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمائید.

ج- هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است، مجددا و با صدای بلند، تکرار نمایید.

د- تاریخ و زمان دستورات تلفنی، نام بیمار، پرستار و پزشک را به دقت ثبت نمایید.

م- لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ پرستار تائید و بوسیله هر دو نفر مهر و امضاء گرددو حداکثر تا ۲۴ ساعت آینده به تایید پزشک مربوطه رسانده شود. (درخواست در پرونده به صورت کتبی)

۵- گزارش اعزام و انتقال:

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود.

گزارش انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر، علاوه بر ثبت در پرونده، لازم است به صورت شفاهی،با استفاده از تکنیک در زمان انتقال و در بخش مقصد، صورت گیرد. پرستار در ثبت گزارش باید موارد زیر را حتما ذکر نمایند:

- ✓ ساعت انتقال از بخش مبدا و ساعت پذیرش در بخش مقصد (که نباید اختلاف زیادی داشته باشند)
- ✓ وسیله انتقال بیمار (برانکارد، صندلی چرخدار و ...)
- ✓ تجهیزات لازم در زمان انتقال (طبق دستور کتبی پزشک)
- ✓ اعضای تیم انتقال دهنده (از جمله پرستار بیمار و کارشناس بیهوشی و... طبق دستور کتبی پزشک)
- ✓ شرایط عمومی، سطح هوشیاری، وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی بیمار در زمان انتقال از بخش مبدا و زمان پذیرش در بخش مقصد
- ✓ پرستار تحویل دهنده و تحویل گیرنده در بخش مقصد
- ✓ داروها و مدارک بیمار به چه کسی تحویل داده شد.

در ارائه گزارش شفاهی به پرستار بخش مقصد رعایت تکنیک SBAR (ذکر نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد، نام پزشک و تشخیص پزشکی بیمار، خلاصه ای از سیر بیماری، تشخیصهای پرستاری، مشکلات و طرحهای مراقبتی فعلی، مداخلات، پی گیری ها و ارزیابی های فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید انجام شود و...) لازم است.

در خصوص اعزام و ارجاع بیمار نیز رعایت دستورالعمل اعزام و ارجاع ضروری می باشد.

فصل چهارم

نکات مربوط به گزارش نویسی برای حالات خاص، پروسیجرها و مراقبت های پرستاری:

ثبت اقدامات معمول پرستاری، عموما بر روی برگه های فلوشیت یا ترسیمی و غیره صورت می گیرد.مواردی که باید در ثبت اطلاعات مورد توجه قرار گیرند عبارتند از:

-نوع پروسیجری که انجام شده است.

-زمانی که پروسیجر انجام شده است.

-کسی که پروسیجر را انجام داده است.

-چگونگی انجام پروسیجر

-تحمل بیمار نسبت به انجام پروسیجر

-عوارض جانبی احتمالی

۱- ثبت گزارش مربوط به درد:

در بررسی مشخصات درد استفاده از معیار PQRST کمک کننده است:

P (Provokes): عوامل تحریک کننده درد :عواملی که باعث تشدید یا تخفیف درد می شوند.

Q (Quality): کیفیت درد: درد ممکن است تیز، مبهم و منتشر و ارجاعی باشد.

R (Radiattes): انتشار درد :گسترش درد به سایر قسمتها

S (Severity): شدت درد :به دو شکل عددی یا توصیفی ثبت می گردد، شکل عددی آن از ۱ تا ۱۰ و شکل توصیفی با عبارتهای درد بسیار شدید،درد شدید، درد متوسط، درد خفیف و فقدان درد ثبت می شود.

T (Time): زمان درد :مدت زمانی که درد به صورت مداوم یا متناوب، ادامه داشته است .در این راستا دوره درد ممکن است به صورت دردمداوم، درد متناوب و درد زودگذر باشد.

از جمله سایر موارد مهم در بررسی درد:

الف- ارتباط محل درد با علت بستری: (مثلا برای بیماری که به علت عمل جراحی کله سیستیت بستری شده و از سردرد شاکی است، باید علت را بررسی و سپس اقدام به درمان کرده و در گزارش نیز ثبت نمود)

ب- واکنشهای رفتاری و تظاهرات فیزیولوژیکی:تعریق، تهوع، رنگ پوست، نبض، تنفس، فشارخون،سایز مردمکها و...

نکته:درد بیمار باید در هرشیفت بررسی و ثبت گردد، عدم وجود درد در بیمار هم باید در هر شیفت ثبت شود، حتی در صورتی که درد ارتباطی به علت بستری بیمار ندارد،باز هم باید مورد توجه و ثبت قرار گیرد.

۲- ثبت گزارش مربوط به برقراری راه وریدی، کاتتر وریدی یا کاتتر شریانی مرکزی یا محیطی:

علت انجام پروسیجر

شخص انجام دهنده پروسیجر

موضع آناتومیک وارد نمودن سوزن

وسایل مورد استفاده مثل آنژیوکت ...

مراقبتهای پرستاری انجام شده در مورد آن در هر شیفت مانند هپارین یا سالین لاک، پانسمان کاتتر،بررسی وجود علائم عوارض،آنژیوکت یا کاتتر مانند عفونت و التهاب یا لیک مایع و خون و...

۳- ثبت گزارش دارو درمانی:

در تجویز دارو، رعایت هشت قانون صحیح الزامی است که شامل موارد زیر می باشد:

بیمار صحیح

داروی صحیح

راه مصرف صحیح

زمان صحیح

دوز مصرف صحیح

ثبت صحیح

تجویز صحیح

پاسخ مناسب دارو

لذا جهت **ثبت صحیح** گزارش دارو درمانی لازم است موارد زیر در گزارش دارویی ثبت گردد:

- ✓ شکل دارو
- ✓ دوز و مقدار مصرف دارو
- ✓ راه مصرف دارو
- ✓ زمان دقیق مصرف دارو به صورت 24 ساعته
- ✓ واکنش های متقابل دارویی(در صورت بروز)
- ✓ در مورد داروهای اختصاصی باید طول مدت تجویز دارو نیز قید شوند.
- ✓ در مورد داروهای تزریقی محل تزریق نیز باید ذکر گردد (SC – IM – IV – ID)
- ✓ قطره های چشمی ,گوشی و بینی به همان صورتی که مصرف شده نوشته و ثبت شود.
- ✓ پس از مصرف داروهای جلدی، وضعیت زخم و موضع و چگونگی آن ثبت می شود.
- ✓ در مورد شیاف ها، روش استفاده (رکتال، واژینال) و چگونگی تحمل بیمار نوشته می شود.
- ✓ باید تغییرات رفتاری بیمار، پس از دریافت دارو، مورد توجه قرار گرفته و ثبت شوند.

در صورتی که بیمار دارویی را بر می گرداند یا مصرف نمی کند ,این مورد با ذکر دلیل در گزارش پرستاری ثبت می شود.

۴- **ثبت گزارش مربوط به اکسیژن تراپی:**

- ✓ دلایل شروع اکسیژن درمانی
- ✓ روش اکسیژن درمانی
- ✓ میزان اکسیژن درمانی
- ✓ زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- ✓ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی مانند عوارض و یا میزان O2SAT
- ✓ فقط در صورت انجام اکسیژن درمانی برای بیمار به هر روش اعم از استفاده از دستگاه ونتیلاتور و یا ... لازم است موارد فوق در هر شیفت ثبت گردد.

۵- **ثبت گزارش مربوط به ناحیه زخم و پانسمان:**

- ✓ محل زخم
- ✓ علت زخم
- ✓ وسعت و اندازه ی زخم
- ✓ نزدیک بودن لبه های زخم
- ✓ وجود یا عدم وجود ترشح
- ✓ رنگ و نوع و میزان ترشح
- ✓ نوع محلول شستشو و ضد عفونی و ...
- ✓ تعداد گاز خیس شده ناشی از ترشحات زخم
- ✓ نوع پانسمان استفاده شده(فشاری-معمولی- نوین و...)
- ✓ واکنش در صورت داشتن درن توجه به خونریزی، فیکس بودن و عملکرد مناسب آن
- ✓ فرد یا افرادی که در تعویض پانسمان مداخله داشته اند.(به طور معمول تعویض پانسمان توسط پرستار بیمار
- ✓ صورت می گیرد، ولی گاه ممکن است توسط تیم پانسمان تعویض گردد)

نکته:در هر شیفت وجود و یا عدم وجود زخم یا زخم بستر، در گزارش پرستاری ثبت میگردد و در صورت وجود زخم موارد فوق در هر شیفت، مورد بررسی قرار گرفته و ثبت میشود.

۶- **ثبت گزارش مربوط به سوندگذاری مثانه:**

- ✓ هدف از سونداژ مثانه
- ✓ نوع سوند استفاده شده جهت سونداژ
- ✓ سایز سوند
- ✓ ثبت مانورها و اقدامات انجام شده قبل از سونداژ
- ✓ شخص انجام دهنده سونداژ

- ✓ حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- ✓ حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه
- ✓ در صورت شستشو :حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو
- ✓ بدیهی است این گزارش فقط یکبار و در زمان تعبیه سونداژ ثبت میشود.در زمانی که بیمار سوند دارد، نیازی به ثبت موارد فوق نیست، فقط مراقبتهای انجام شده برای سوند شامل شستشوی ژنیتال،شستشوی سوند، اطمینان از فیکس بودن سوند،اطمینان از برقرار بودن جریان ادرار،پایین بودن بگ ادراری، حجم و رنگ ادرار و اقدامات انجام شده مربوطه در همان شیفت، ثبت میگردد.

۷- ثبت گزارش مربوط به تعبیه لوله بینی معدی (N.G.T):

- ✓ دلایل لوله گذاری معده
- ✓ نوع و سایز لوله
- ✓ محل ورود لوله
- ✓ شخص تعبیه کننده لوله
- ✓ نحوه اطمینان از قرار گیری لوله در محل صحیح
- ✓ نحوه فیکس کردن لوله
- ✓ اقدامات بعدی شامل لاواژ و یا گاواژ و...
- ✓ بدیهی است این گزارش فقط یکبار و در زمان تعبیه لوله بینی معدی یا دهانی معدی ثبت میشودو زمانی که بیمار NGT دارد، نیازی به ثبت موارد فوق نیست، فقط مراقبتهای انجام شده شامل اطمینان از فیکس بودن لوله،اطمینان از محل قرارگیری مناسب لوله، وضعیت پوست اطراف محل فیکس کردن لوله و در صورت انجام لاواژ و گاواژ مراقبت های مربوطه شامل موارد زیر ثبت میگردد:

۷-۱ گاواژ:

- نوع گاواژ :متناوب یا مداوم
  - حجم و نوع محلول گاواژ
  - حجم مایع موجود در معده قبل از گاواژ
  - رنگ ترشحات برگشتی از معده
  - واکنش مددجو

۷-۲ لاواژ

- دلایل لاواژ
- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ مواد برگشتی

•واکنش مددجو

۸- ثبت گزارش مربوط به ترانسفوزیون خونو فراورده های خونی:

- علت درخواست خون و فراورده های خونی
- تعداد کیسه خون و فراورده های خونی تزریق شده
- حجم خون و فراورده های خونی تزریق شده
- واکنش بیمار به تزریق خون و فراورده های خونی
- سایر موارد در فرم درخواست خون، فرم تحویل کیسه از بانک خون و فرم نظارت بر تزریق خون و فراورده های خونی که دونسخه ای می باشد و باید مشخصات آن توسط پرستار به طور کامل، صحیح و دقیق تکمیل شود، ثبت می گردد، که یک نسخه آن، ضمیمه پرونده و نسخه دیگر تحویل آزمایشگاه می شود .در صورت تکمیل دقیق و صحیح این فرم ها، نیاز به ثبت گزارش اضافه تری نیست.
- در فرم در خواست خون و فرآورده های خونی، لازم است حتما، نام و نام خانوادگی نمونه گیر و نحوه شناسایی بیمار، ثبت و مهر و امضا شود.

۹- حداقل های ثبت در گزارش قبل از عمل:

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل
- ثبت نحوه ی انتقال(برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)
- ثبت تجهیزات همراه بیمار و تیم همراهی کننده در زمان انتقال
- ثبت نام فرد تحویل گیرنده بیمار دراتاق عمل

سایر موارد در برگه مراقبت قبل از عمل جراحی ثبت میگردد و در صورت تکمیل صحیح و دقیق، نیازی به ثبت موارد اضافه تر در گزارش پرستاری، نمی باشد.

۱۰- گزارش حین عمل جراحی:

- ساعت شروع و خاتمه عمل، نوع بیهوشی، نوع برش و محل قرار دادن پلیت کوتر، می باید توسط پزشک جراح و بیهوشی در برگه شرح عمل، ثبت گردد.
- هر نوع اتفاق حین عمل (خونریزی زیاد ، شوک، ایست قلبی و ...) باذکر اقدامات انجام شده و نتایج آن،باید علاوه بر پزشک جراح و متخصص بیهوشی، توسط کارشناس بیهوشی هم در برگه بیهوشی یا گزارش پرستاری ثبت گردد.

- در صورت برداشتن نمونه ، محل نمونه برداری ، نوع و تعداد نمونه واندازه تقریبی نمونه، باید علاوه بر پزشک جراح، توسط کارشناس اتاق عمل، در برگه شرح عمل و یا گزارش پرستاری ثبت گردد.
- تعداد گاز، لنگاز و کلیه وسایل مصرفی را در زمان قبل از دوختن فاشیا وقبل از دوختن جلد، شمارش کرده و توسط کارشناس اتاق عمل، در برگه شرح عمل و یا گزارش پرستاری ثبت گردد.
- هر نوع داروی مصرف شده حین عمل (داروهای بیهوشی، داروهای افزاینده یا کاهنده فشارخون و ...) که توسط متخصص بیهوشی تجویز و ثبت شده، به همراه عکس العمل بیمار نسبت به این داروها،باید توسط کارشناس بیهوشی ثبت گردد.
- زمان خروج لوله تراشه و وضعیت بیمار در حین و بعد از خروج لوله، باید توسط کارشناس بیهوشی ثبت گردد.
- وضعیت بیمار (سطح هوشیاری، وضعیت علائم حیاتی، داروهای مصرفی و میزان جذب و دفع) با ذکر ساعت خروج از اتاق عمل و ورود به ریکاوری، باید توسط کارشناس بیهوشی ثبت گردد.

۱۱-حداقل های مورد نیاز به ثبت در گزارش ریکاوری:

- ثبت ساعت ورود به ریکاوری
- ثبت نوع بیهوشی و وضعیت بیمار در زمان ورود به ریکاوری مانند سطح هوشیاری و...
- ثبت وضعیت عمومی بیماردر ریکاوری(حس و حرکت اندامها،استفراغ ،خونریزی،مشکلات همودینامیکی،درد،لرز و...)با قید ساعت
- ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه و عملکرد آنها مثل (NGT، سوند ادراری، لوله تراشه، چست تیوب ،وزنه،پانسمان،درن و...)
- ثبت هرگونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در ریکاوری اتفاق افتاده است و می تواند برروی مراقبتهای بعداز عمل موثر باشد.
- ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان حضور بیمار در ریکاوری انجام شده است .
- ثبت زمان تحویل بیمار از ریکاوری به بخش
- ثبت فرد تحویل گیرنده بیمار در بخش

۱۲-حداقل های مورد نیاز ثبت در گزارش بعد از عمل:

- ساعت تحویل ویا ورود بیمار به بخش
- ثبت نوع عمل انجام شده
- ثبت وضعیت عمومی بیمار در بدو ورود با قید علائم حیاتی و سطح هوشیاری ، درد و...
- ثبت وضعیت درن ها، کاتترها، تیوب ها و سایر اتصالات بیمار، از نظر کارکرد صحیح، میزان ترشحات وپانسمان

- ثبت علائم حیاتی هر 15 دقیقه در نیم تا یک ساعت اول و سپس هر نیم ساعت تا Stable شدن شرایط همودینامیک بیمار
- ثبت برون ده ادراری در ساعت اولیه با ذکر حجم و رنگ ادرار

۱۳- ثبت گزارش آموزش به بیمار:

- ثبت نیازهای آموزشی بیمار در شیفت (نیاز های ابرازشده با توجه به سوالات وی و نیاز های احساس شده با
- استفاده از حداقل های ابلاغی)
- ثبت نام فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گیرنده
- ثبت عنوان محتوی آموزش داده شده
- ثبت نتیجه آموزش ارائه شده به بیمار(شامل واکنش بیمار نسبت به آموزش)

۱۴- ثبت گزارش مربوط به احیا قلبی –ریوی:

- زمان و نوع ایست قلبی تنفسی (فقدان نبض یا فقدان تنفس)
- زمان شروع احیاء قبلی ریویCPR
- لوله گذاری تراشه و اکسیژن تراپی
- ماساژ قلبی
- تعداد دفعات دفیبریلاسیون، مقدار انرژی به کار رفته و واکنش بیمار نسبت به آن
- اقدامات انجام شده دارویی و درمانی، سرمها و پروسیجرهای حین احیا و اقدامات تشخیصی
- سطح هوشیاری و واکنش مردمکها
- افراد عضوتیم احیاء
- زمان خاتمه CPR
- وضعیت بیمار در پایانCPR

۱۵-ثبت حوادث غیرمترقبه:

فرار، سقوط، حساسیت، آلرژی، برق گرفتگی،کما، ایست قلبی و تنفسی، خودکشی و... با ذکرساعت، توضیحات و اقدامات انجام شده و نیزدرجریان قراردادن مسئولین ثبت می گردد. درهنگام وقوع حوادث باید، ابتدا سوپروایزر کشیک بیمارستان و سپس مسئول ایمنی بیمار بیمارستان را، جهت پی گیری و تشخیص موارد قانونی و انجام اقدامات لازم، درجریان قراردهید. همچنین بایداقدامات انجام شده ایمنی،حفاظتی، اطلاع به پزشک، حمایت و آموزش، وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار، قبل و بعدازحادثه، ثبت گردد.

۱۶- ثبت مربوط به بیماران پر خطر:

بر اساس استاندارد های اعتبار بخشی نسل چهارم، بیماران پرخطر شامل 6 دسته هستند که لازمست کلیه بیماران بر اساس 6 معیار ابلاغی، بررسی شده و ریسک خطر آنها تعیین گردد و سپس با توجه به ریسک خطر تعیین شده اقدام به اجرای مراقبتهای پرستاری نموده و در هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت گردد:

این 6 گروه شامل موارد زیر میباشد:

۱۶-۱ بیماران در معرض خطر سقوط که با معیار مورس (Morse fall risk assessment scale) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.

۱۶-۲ بیماران در معرض خطر زخم فشاری که با معیار برادن (Braden scale) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.

۱۶-۳ بیماران در معرض خطر ترومبوزوریدهای عمقی که با معیار ولز (Wells score) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.

۱۶-۴ بیماران در معرض خطرخودکشی که با معیار (Sad persons scale) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.

۱۶-۵ بیماران در معرض خطر پلی فارمسی (چند دارویی) که در صورت داشتن بیش از 4 دارو و سرم در کاردکس پر خطر محسوب شده و مراقبتهای پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت میگردد.

۱۶-۶ بیماران در معرض خطر سوءتغذیه که با معیارهای مشخص ارزیابی تغذیه ای، توسط پرستار و کارشناس تغذیه، مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبت های پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت می گردد.

نکته:برخی بیماران آسیب پذیر هستند که لازم است شناسایی شده و طرح مراقبت های پرستاری برای ایشان انجام و ثبت گردد. بیماران آسیب پذیر شامل بیمارانی هستند که در شرایط خاص فیزیولوژیک، فیزیکی، روانی واجتماعی قرار دارند. از جمله این بیماران میتوان به بیماران سالمند، بیماران روانپزشکی، بیمار دارای اختلالات ذهنی، معلولیتهای جسمی(بینایی، شنوایی، حرکتی، گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان ومادران باردار، مراجعین یا بیماران مقیم مراکزنگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز،سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران باشخصیتهای ضداجتماعی و افراد بی خانمان، اشاره کرد.

۱۷- ثبت گزارش توضیحی، تاخیری، تکمیلی:

ثبت تاریخ و ساعت گزارش توضیحی، تاخیری یا تکمیلی الزامی است .واژه "گزارش توضیحی" و علت آن، حتما باید ثبت شود و به موردی که نیاز به توضیح بیشتری دارد،ارجاع داده شود.

گزارشات توضیحی و تکمیلی یا تاخیری، باید درحداقل زمان ممکن،پس ازثبت مورد اولیه،ثبت گردد.

۱۸-روش اضافه کردن ضمیمه به گزارش:

الف (ثبت تاریخ و ساعت ایجاد ضمیمه در پایان گزارش

ب (ثبت محل الصاق ضمیمه در پایان گزارش

۱۹- روش تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری:

الف- بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که قابل خواندن باشد.

ب- در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید :اشتباه است یا کلمه Error را بنویسید.

ج- مورد اصلاح شده را با خط خوانا مجددا در متن گزارش درج کنید.

نکات مهم در ثبت گزارش پرستاری:

۱- چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده باشد، قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش،بطور کامل تکمیل و ثبت شود.

۲- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها، گزارش خوانا و مرتب،نوشته شود.

۳- گزارش پرستاری خود را حتی الامکان در پایان شیفت، به ترتیب و بر اساس موضوعات از پیش تعیین شده بنویسید،در غیر این صورت گزارش را در طول شیفت و به ترتیب موضوعات انجام شده و یا پیش آمده ثبت نمایید.(در بخش اورژانس الزاما می باید گزارش در طول شیفت نوشته و تکمیل شود).

۴-جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد 1 تا 24 بنویسید.

۵-گزارش پذیرش بیمار (اولین گزارش پرستاری در هر بخش) باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت وتاریخ پذیرش در بخش ,نحوه ی ورود(با پای خود، با برانکار، با صندلی چرخدار،توسط اورژانس 115 ،توسط همراهان و ...) شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی، نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (مطابق با ارزیابی پرستاری انجام شده)، وضعیت هوشیاری بیمار ,علائم حیاتی هنگام ورود، وجود زخم یا گچ ،آتل،پانسمان قبلی،چست تیوب و سایر اتصالات، سایر موارد مهم مشاهده شده، برنامه درمانی و تمام بررسیها و آزمایشهای درخواست شده توسط پزشک معالج و توضیحات و آموزشهای ارائه شده به بیمارو همراهان توسط پرستار باشد.

تذکر:درصورتی که بیمار دچارکاهش سطح هوشیاری باشد، ثبت موارد وضعیت روحی، خواب،استراحت و آموزش های ارائه شده به بیمار لازم نیست.

۶-در ابتدای هر گزارش پرستاری معرفی بیمار لازم نیست . ولی می توان نام و نام خانوادگی و سن وی را نوشت .معرفی بیمار فقط در اولین گزارش و در زمان پذیرش الزامی است.

۷-کلیه اطلاعات ضروری، در مورد دستورات دارویی و سرم ها باید فقط در ستون اقدامات دارویی ثبت شود. (این موارد شامل : نام دارو ، دوز دارویی ، راه تجویز دارو ، تاریخ و زمان دادن دارو، شرط احراز دارو درمانی در مورد داروهای شرط دار یا PRN، طول مدت انفوزیون درمورد داروهای خاص مثل وانکومایسین و یا نام سرم، حجم سرم و ساعت وصل سرم ، می باشد).

۸- در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات دارویی و سرم ها بنا به علتی اجرا نشده، ضروری است، دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن و اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت شود .این موضوع نیز بهتر است در ستون اقدامات دارویی نوشته

شود، ولی ثبت آن در ستون گزارش پرستاری نیز بلامانع است.
در صورت ندادن دارو به هر علت،لازم است علت آن و اقدامات انجام شده مربوط به آن،در گزارش پرستاری، توضیح داده شود .(برخی از علل احتمالی عبارتند از :موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...)
۹–مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار چک کننده دستور است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید .بهتر است پرستار قبل از شروع مراقبت و یا در صورت شک داشتن به مطالب مندرج در کاردکس بیمار، پرونده بیمار را نیز، مطالعه نموده و از صحت اطلاعات اطمینان یابد.
۱۰– دستور پزشک یک دستور کلی است و اجرای مواردی چون محاسبه تعداد قطرات ،محاسبه غلظت محلول،چگونگی تنظیم ساعات و...بر عهده پرستار می باشد.
۱۱– در رابطه با اقدامات ، سرم و داروهای HOLD شده (داروهایی که امکان استفاده از آنها میسر نبوده و یا بنا به دلایلی مورد استفاده قرار نگرفته اند) لازم است فقط در شیفتی که HOLDING توسط پزشک انجام شده است، با ذکر ساعت انجام HOLD و نام پزشک دستور دهنده و دلیل آن در گزارش درج گردد.
بدیهی است همکاران به عنوان یک مراقبت باید حداکثر در فاصله زمانی هر 24 ساعت یک بار مورد HOLD شده را به اطلاع پزشک یا پزشکان مربوطه برسانند تا وضعیت آن مشخص شود و این اطلاع رسانی با ذکر نتیجه در گزارش همان شیفت ثبت گردد.
۱۲– در رابطه با دارو و سرم های PRN درج زمان، شرط و حداکثر مقدار دارویی که در 24 ساعت می توان به بیمار داد، توسط پزشک الزامی است. جهت جلوگیری از استفاده بیش از حد یا عدم استفاده از دارو، لازم است پرستار با مطالعه گزارش همکاران شیفت های قبلی، میزان و نحوه اثر بخشی داروی مورد نظر را سنجیده و بر اساس آن، نسبت به دادن داروی PRN اقدام کند .مثلا در مورد داروی آپوتل در بزرگسالان، دوز توصیه شده 4 گرم در روز است، که معمولا به شرط تب و یا درد برای بیمار به صورت PRN تجویز می شود .بنابراین باید توجه داشت که بیش از این مقدار برای بیمار تزریق نگردد که این امر، با مطالعه گزارش سایر شیفت ها و ثبت دقیق گزارشات، میسر خواهد بود.
۱۳– در رابطه با دارو و سرم های Stat نیز، علت تجویز، پزشک تجویز کننده، زمان و مقدار دارو و واکنش بیمار به دارو الزامی است.
۱۴– با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی داروها را مد نظر قرار داده و در صورت بروز عارضه، به همراه اقدامات انجام شده برای بیمار و نتیجه اقدامات، گزارش نمایید.
۱۵– یکی از وظایف اساسی پرستاری توجه و تامین نیازهای اساسی مددجویان است و طبعا نیاز به غذا،خواب،استراحت از اهمیت ویژه ای برخوردار هستند و باید چگونگی تامین این نیازها در گزارش پرستاری درج گردد .درج رژیم غذایی و میزان رعایت رژیم تجویزی، در گزارش پرستاری الزامی است.
در همین رابطه ذکر این نکته ضروری است که در صورت عدم تحمل رژیم غذایی و نخوردن غذا توسط بیمار ،مورد حتما باید علاوه بر درج در گزارش پرستاری، در اسرع وقت به پزشک معالج نیز اطلاع رسانی شود.

۱۶–در بیماران NPO ابتدادرج NPO بودن در پرونده پزشکی، گزارش پرستاری وکاردکس الزامی است .همچنین بیمار نیز در خصوص عدم مصرف هرگونه خوراکی باید توجیه گردد.

۱۷– در مواردی که غذای بیمار گاواژ می شود،ساعت،مقدار و نوع محلول باید در گزارش پرستاری ثبت شود.

۱۸– از آنجا که سبک و روند تغذیه بیماران در بیمارستان، با منزل متفاوت است، با تغییر الگوی غذایی و نوع فعالیت، بدیهی است که الگوی دفعی بیمار نیز مختل می گردد .لذا ثبت گزارش وضعیت اجابت مزاج و الگوی دفع ادرار در هر شیفت ضروری است.

در این مورد باید از کاربرد اطلاعات کلی در گزارش پرستاری اجتناب شود مثلا ثبت اینکه بیمار الگوی دفع طبیعی دارد، صحیح نیست، بلکه باید نوشت، بیمار یک بار دفع ادرار به میزان 200 سی سی در طول شیفت داشته است .یا مثلا اینکه الگوی خواب طبیعی است، ثبت صحیح نیست، بلکه باید بنویسیم بیمار به مدت 6 ساعت خوابید.

۱۹– ثبت ارسال اقدامات پاراکلینیک آزمایشگاهی برای بیمار،با ذکر ساعت و تاریخ ارسال، الزامی است و در صورت عدم ارسال آزمایشاتی که درخواست شده است، باید علت آن در گزارش قید گردد.

۲۰– دریافت پاسخ آزمایشات را باید، با ذکر ساعت و نتیجه گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده، نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه، گزارش نمایید.

۲۱– ثبت ساعت انجام اقدامات پاراکلینیک، تصویر برداری و یا هر گونه اقدام پاراکلینیک دیگرو اقدامات انجام شده قبل و بعد از آن که شامل انجام آمادگی ها، نحوه ی انتقال بیمار، علائم حیاتی وی قبل و بعد از انجام، نتیجه پاراکلینیک و نحوه ی گزارش نتیجه و ...میباشد، در گزارش پرستاری ضروری است.

۲۲– در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان کل مایع دریافتی وی (در همان شیفت) را در گزارش قید نمایید.

۲۳– در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد، باید فرم کنترل جذب ودفع در پرونده الصاق شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات، همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی، بطور دقیق ثبت شود.

۲۴– در بیمارانی که میزان سرم دریافتی بایستی براساس out put تنظیم و انفوزیون گردد،درج حجم out put بیمار و میزان سرم دریافتی که بر اساس I&O محاسبه و انفوزیون می شود، در هر شیفت به طور مجزا، الزامی است.

۲۵– پرستار عصرکار باید، در پایان شیفت عصر، جمع 12 ساعته و پرستار شبکار باید، در پایان شیفت شب، جمع 24 ساعته (I&O) را، در برگه کنترل جذب و دفع) موجود در پرونده بیمار (و نیز در گزارش پرستاری ثبت نماید.

۲۶– در رابطه با بیمارانی که تحت تهویه مکانیکی می باشند، درج Mode ونتیلاتور و اطلاعات خروجی بیمار یعنی حداقل تعداد تنفس و حجم جاری خروجی بیمار و در صورت استفاده از sedative دوز و زمان و نحوه تزریق آن الزامی است . ارسال ABG و اقدامات انجام شده به دنبال دریافت جواب آن نیز، باید در گزارش پرستاری ثبت گردد.

۲۷– در رابطه با بیمارانی که تحت اکسیژن تراپی هستند،ذکر میزان اکسیژن دریافتی و نحوه تجویزآن و نیز واکنش بیمار به دریافت اکسیژن، در گزارش پرستاری الزامی است.

۲۸- در صورتیکه بیمار اینتوبه باشد و یا تراکئوستومی داشته باشد، مراقبتهای انجام شده در این زمینه باید، به طور دقیق، در گزارش ثبت گردد.

۲۹- وضعیت حرکتی بیمار با ذکر ساعات انجام تغییر پوزیشن (در صورت نیاز)و استفاده از تشک مواج را ثبت نمایید.

۳۰- در بیمارانی که به دلایل مشکلات تنفسی تحت درمان می باشند، ذکر تعداد تنفس، الگوی تنفسی، نیاز بیمار به بخور،انجام یا عدم انجام سرفه موثر و خروج ترشحات توسط بیمار،نیاز بیمار به ساکشن،فواصل انجام ساکشن،نوع و میزان ترشحات در گزارش الزامی است.

۳۱- در بیمارانی که دارای پانسمان می باشند ذکر نوع پانسمان ،تاریخ انجام یا تعویض پانسمان ،میزان ترشح زخم یا درن(حجم ترشحات یا تعداد گازهایی که در هر بار تعویض مورد استفاده قرار می گیرد)،رنگ و بوی ترشحات وفواصل انجام پانسمان در گزارش الزامی است.

۳۲- در خصوص مشاوره های پزشکی، ضمن درج ساعت انجام مشاوره و زمان اطلاع نتیجه مشاوره به پزشک معالج،باید توجه داشت که دستورات مشاوره، فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده ثبت شده و دستور اجرای آنها داده شده باشد، قابل اجرا هستند و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردند.

۳۳- با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان، کمک کننده باشد،حتما در گزارش پرستاری قید نمایید.

۳۴- در صورت طولانی بودن گزارش در انتهای صفحه گزارش بنویسید (ادامه دارد) سپس امضا کنید و بعد وارد صفحه دیگری شوید.

۳۵- در صورتی که گزارش پرستاری بیمار بستری در بخش های مراقبت ویژه، نیاز به فضای بیشتر از شیت در نظر گرفته شده داشته باشد، ادامه گزارش را در برگه گزارش پرستاری(برگه شماره 11) بنویسید.

۳۶- گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی باید بطور کامل و جامع، با ذکر کلیه مراحل احیاء در پرونده ثبت شود.

۳۷- از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.

۳۸- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش، بوسیله لاک، سیاه کردن، خط خوردگی و پاک کردن آنها اکیدا اجتناب نمایید.

۳۹- فقط باید از کلمات مخفف استاندارد مورد قبول و عامه شناس استفاده نمایید.

۴۰- توجه داشته باشید، ابزار و وسایل مورد استفاده برای ایمنی بیمار، نظیر استفاده از بدساید را ثبت کنید.

۴۱- برای بیماران مرخص شده، ثبت گزارش ترخیص شامل آموزش های ارائه شده در زمینه ی رژیم غذایی، میزان و نحوه فعالیت و رژیم دارویی،خود مراقبتی های مورد نیازدر منزل و در صورت نیاز، زمان مراجعه بعدی، الزامی است.

۴۲- در گزارش نویسی انحصارا، مواردی را که خود شما انجام داده یا مشاهده نموده اید و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید، ثبت نمایید.

۴۳- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار باشد، عین گفته های بیمار را در گزارش ثبت کنید.

۴۴- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار، با صفات نا خوشایند بپرهیزید.

۴۵- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید(حضوری یا تلفنی) دقیقا ثبت کنید.

۴۶- در بین و ابتدا و انتهای گزارش، جای خالی باقی نگذارید.
۴۷- در پایان گزارش از مهر(ترجیحا دارای شماره نظام پرستاری) استفاده کنید .همچنین امضاء خود را وارد نمایید.
۴۸- پرستار موظف است در صورت بروز حوادث غیر مترقبه ای چون آلرژی ،تشنج، واکنشهای ناگهانی دارویی(فوری یا تاخیری)،سقوط از تخت،برق گرفتگی، کاهش سطح هوشیاری ناگهانی،ایست قلبی تنفسی،فرار از بخش،سقوط از طبقات،خودکشی و ... فرایند حادثه و آسیب وارد شده را به طور دقیق و حقیقی در گزارش خود ثبت نموده و سریعا اقدامات لازم را متناسب با نوع حادثه، انجام داده و مسئولین زیربط) پزشک معالج،سوپروایزر و خانواده بیمار و..) را مطلع نماید.
۵۰- در برخی از بخش های تخصصی مانند بخش های روان پزشکی، داخلی اعصاب، زنان و زایمان و ... باید علاوه بر رعایت موارد مندرج در این دستورالعمل نکات اختصاصی آن بخش را هم در گزارش نویسی در نظر گرفت و ثبت نمود.

فصل پنجم:



مشکلات قانونی در ثبت گزارش:

برخی از مشکلات در ثبت گزارشات پرستاری شامل:

- عدم ثبت یا ثبت نادرست مشخصات بیمار در سر برگ اوراق و برگه گزارش پرستاری
- عدم تطابق محتوای گزارش با استانداردهای حرفه ای
- محتوای گزارش منعکس کننده واقعیت های بیمار نباشد.
- محتوای ناقص یا بی ثبات
- محتوای گزارش توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد.
- محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- وجود خط یا فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- تحریف گزارش
- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک گزارش
  - ناخوانا بودن گزارش
- درهم و برهم بودن و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض

- رونویسی کاردکس
- امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
  - لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

مصادیق قصور و تحریف:

گزارش پرستاری ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنابراین هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت.

۱-انواع تحریف در گزارش پرستاری:

- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- دوباره نویسی و تغییر گزارش بعد از زمان مقرر
- اضافه کردن، کاستن،تخریب و یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
- اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین

۲-موارد منجر به تحریف گزارش پرستاری:

- حذف نکات مهم با خط خوردگی و مخدوش کردن
- انتقاد از دیگران
- نوشتن به جای فرد دیگر
- گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها
- نوشتن نکته فراموش شده درون پرانتز، ما بین خط ها و یا ایجاد ابرو در وسط نوشته ها

۳- شایع ترین موارد فراخوان پرستاران به محاکم قضایی به دنبال ثبت گزارشات:

- ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت علائم حیاتی بیمار
- ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت اقدامات انجام شده به دنبال اختلال در علائم حیاتی
- ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت صحیح زمان انجام پروسیجر ها و یا مراقبتهای انجام شده برای بیمار
- ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت گزارشات شفاهی مابین پرستار و پزشک و یا سایر کادر بالینی
- سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت در ثبت آن
- ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت داروها و مراقبتهای دارویی
- ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت زخم ها و سوختگی ها
- قصور در گزارش دادن به موقع شرایط بیمار، نتایج پاراکلینیک و مشاوره ها و ...به پزشک و ثبت آن .
- غفلت در ثبت جزئیات (کلی و یا ابهام گویی).

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروزخطا و اشتباه:

- هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و شرح وظایف تعیین شده برای پرستار،نباید توسط وی انجام شود .
- پرستاران در نگهداری از بیماران ناتوان، نابینا ، سالمند و بی قرار، باید از محدودکننده های فیزیکی، با رعایت دستورالعمل مربوطه، استفاده کنند.
- برای مراقبت، محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار ، پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود درحوزه مراقبتی بیمار، مطمئن، ایمن و سالم هستند.
- وسایل ناقص یاخراب باید سریعا تعمیر و جایگزین شده و به سرپرستار یامقام مافوق، کتباً گزارش شوند .
- در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می رسد، فورا به پزشک یامافوق ذیصلاح، اطلاع داده شود.
- هرگونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته شده و کتباً گزارش شود.
- بیماران مرتب کنترل شوند و هرگونه تغییر در طول شیفت، پس از بررسی و شناخت دقیق، به پزشک و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.
- شکایات بیمار، به خصوص شکایت از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از پایداری وضعیت بیمار ورفع درد، موضوع را پیگیری نمایید.
- اولین وظیفه پرستار ، حمایت از بیمار است .اگر به نظرتان وضعیت بیماربحرانی می باشد، باید به پزشک گزارش دهید، در این امر درنگ نورزید (خواه نیمه شب، یا وسط روز).
- از به کارگیری افراد غیرحرفه ای جهت کارهای تخصصی جداً خودداری کنید.در صورت بروز خطا از سوی آنان دادگاه پرستار را مجرم میشناسد.
- اگر در دستورات پزشک جای سوال است، نمیتوانید آن را بخوانید، ناکامل است و یا احتمال میدهید به بیمار آسیبی برساند، در اطمینان از صحت آن بکوشید.
- به منظور حفاظت از خود ، تمام تماسهایتان با پزشک را ثبت کنید (با ذکر تاریخ و ساعت و پاسخ پزشک) .
- اگر به عملکرد سوء یا معالجه غلط در دادگاه متهم شوید، در مورد شما طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت میشود.
- اگر درگیر مسایل دادگاه شوید بهترین حامی ، اسناد و مدارک به جا مانده ازشما در مراقبت از بیمار میباشد .
- در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد، یعنی انجام نشده است.
- معمولا خطاهای دارویی، سقوط، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن وسایل در بدن بیمار،سوختگی با کوتر،زخم ، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار ، مشاهدات ناکافی، از جمله علل دادگاهی شدن پرستاران هستند.
- هرگز از بحث درباره مشکلات با مافوق، دچار ترس و نگرانی نشوید، مسئولیتهایی که برای آنها آمادگی ندارید ، نپذیرید، زیرا در صورت ارتکاب خطا، ادعایتان مبنی بر عدم آشنایی، در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.(کمبود امکانات اعمم ازتجهیزات، نیروی انسانی و ...را که امکان بروز حادثه و صدمه به علت استفاده از آنها، برای بیمار

وجوددارد و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید، به صورت کتبی و طی چند نوبت، به مقام مافوق گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگهدارید).

- هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید ، زیرا از نظر قانونی تنها پزشکان حق این کار را دارند.
- وقتی بیمار از شما می خواهد که نظرتان را درباره درمان او اظهار کنید ، ازقبول آن خودداری کرده و از بیان هر جمله یا عبارتی که احتمال می رود، بیمار از آن دریافت سوء کند، اجتناب نمایید.
- هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب، آن را امضاء نکنید .
- از سیاستها ، خط مشی ها، قوانین و مقررات ابلاغی داخل بیمارستان آگاه باشید، زیرا مراجعه و استناد به آنها در مواقع ضروری، عقلانی، منطقی و اخلاقی است.

یادآوری نکات مهم:

- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری ، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود ، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.به منظور عدم اتلاف وقت ، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد1 تا 24 بنویسید.
- جهت ثبت و گزارش علایم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علایم حیاتی استفاده نمائید(چنانچه بالای برگه های چارت علایم حیاتی از ذکر ساعت خودداری گردد، در ثبت کلیه موارد اعم از روزانه ، ساعتی و موردی قابل استفاده می باشد.) با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود.
- در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ،ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.کلیه اطلاعات ضروری، در مورد دستورات داروئی اجرا شده را ثبت نمائید .(نام دارو ، دوز داروئی ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز دارو).
- با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علایمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیمار ، سیر بیماری ، تصمیم گیری برای درمان (شروع ، ادامه ، قطع دارو و یا اعمال جراحی و....) کمک کننده باشد حتما" گزارش نمائید.با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند،عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و درصورت بروز، بلافاصله گزارش نمائید.
- در صورتیکه مددجو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ باز دارد ،تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه ،تنظیم و کنترل نمائید و در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مدد جو را ثبت نمائید.

- ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و یا ارائه مراقبت خاص پرستاری به وی، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید.
- ضروری است که کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری، همراه با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن انجام شود.از ثبت مراقبتهای پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید.از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش، به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها، اجتناب نمائید.
- از تحریف گزارشات پرستاری، خودداری کنید.
- انحصارا، در گزارش، مراقبتهائی را که خود ارائه نموده اید و یا براجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمائید.
- حتی الامکان از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید، به خصوص در مواردیکه موضوع فاقد اهمیت است و یا حل شده است.
- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.
- در صورتیکه بیمار شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید ، دقیقاگزارش نمائید.
- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار(یا صفات ناخوشایند) بپرهیزید.
- اطلاعاتی راکه به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقا ثبت نمائید.
- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری، جای خالی باقی نگذارید.

توجهات:

پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد، بهترین مدافع شما می باشد.

اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود، به دفاعیات ما آسیب می رساند.

جهل به قانون، رفع مسئولیت نمی کند.

چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید، اثبات صحت اقدامات انجام شده، آسانتر خواهد بود.

تناقضات موجود در پرونده، که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنید.

ثبت هر نکته ای در پرونده، ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید، ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی، می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.

ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.

توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.

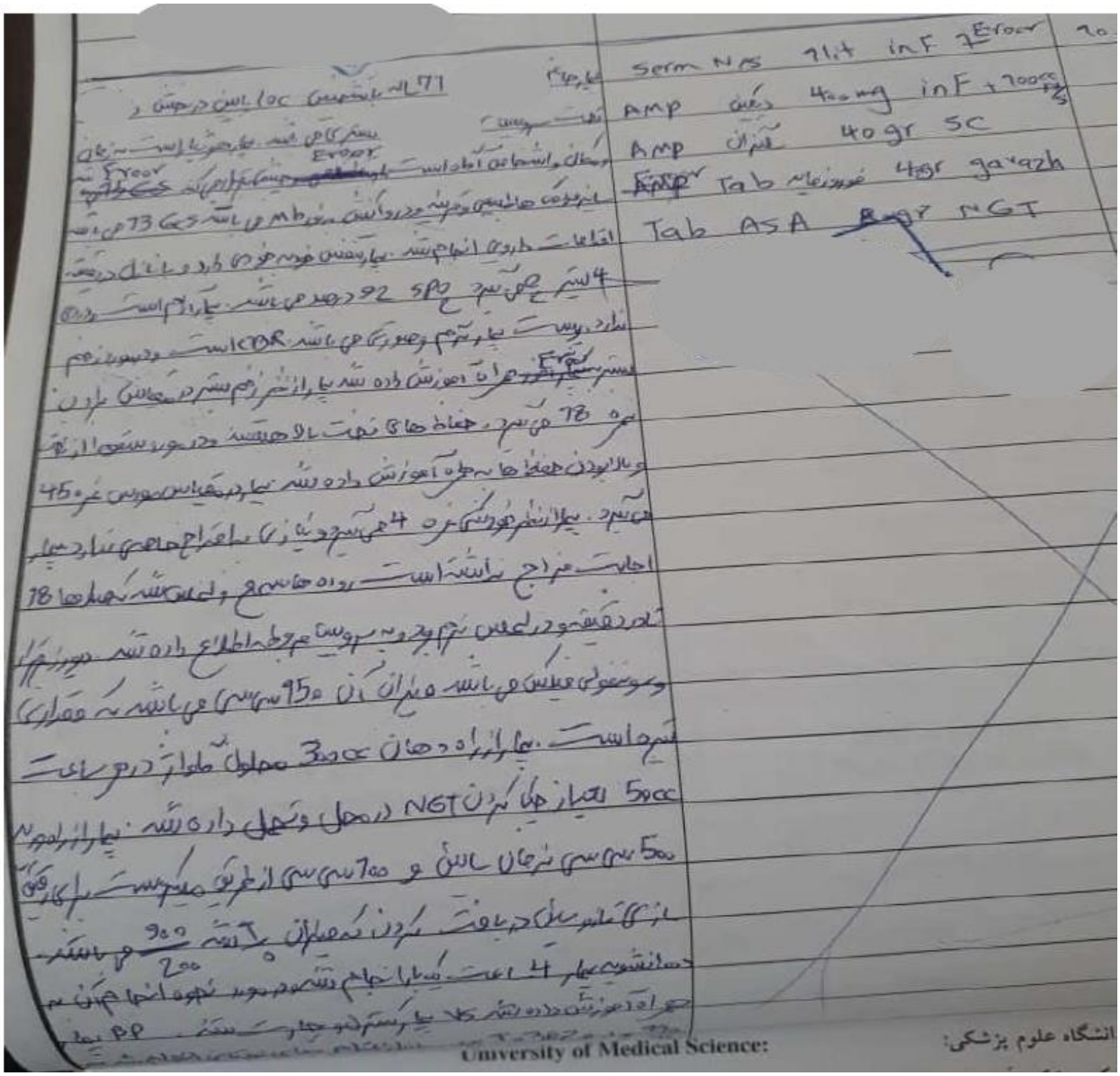
از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.

در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار، مشخصات وی را با دقت تکمیل نمایید.

انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید و به این ترتیب، جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.

مسئولیت هر گزارش فقط وفقط بر عهده ی پرستار ثبت کننده خواهد بود،پس بهتر است برای دفاع از خودمان، هر آنچه که درست است، بنویسیم.

چند نمونه گزارش پرستاری:

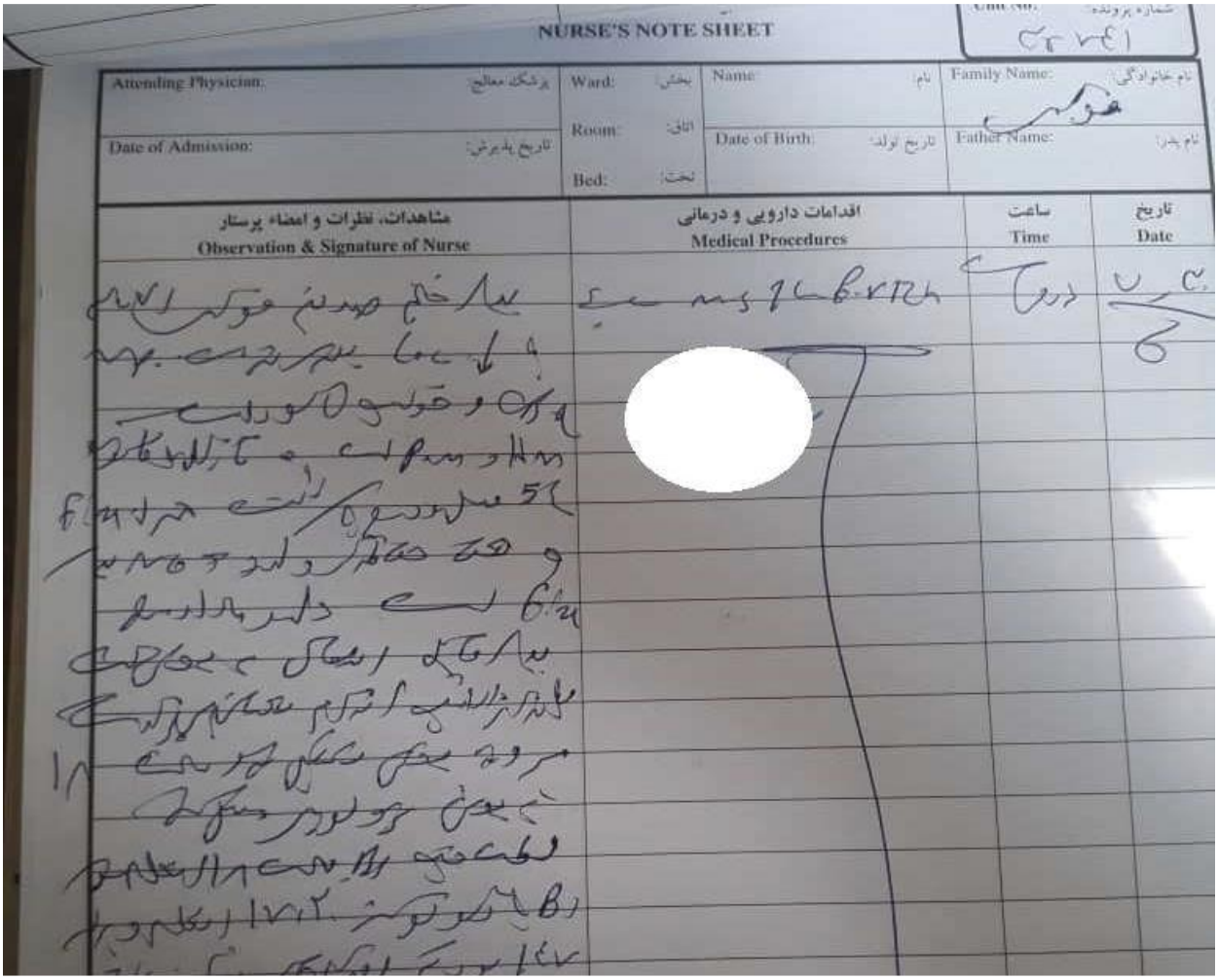


نکات قابل توجه در گزارش:

۱. خط خوردگی های متعدد در گزارش پرستاری
۲. برخی خط خوردگی و ERROR ها صحیح و برخی ناصحیح انجام شده است
۳. گزارش صحیح و دقیق I/O

۴. ثبت ناصحیح موارد آموزش داده شده به بیمار

۵. تناقض در گزارش نویسی در زمینه ثبت میزان هوشیاری(دقیق نبودن).


NURSE'S NOTE SHEET

Attending Physician: پزشک معالج | Ward: بخش | Name: نام | Family Name: نام خانوادگی

Date of Admission: تاریخ پذیرش | Room: اتاق | Date of Birth: تاریخ تولد | Father Name: نام پدر

Bed: تخت

مشاهدات، نظرات و امضاء پرستار Observation & Signature of Nurse	اقدامات دارویی و درمانی Medical Procedures	ساعت Time	تاریخ Date

نکات قابل توجه در گزارش:

1-عدم سربرگ نویسی و مشخصات بیمار

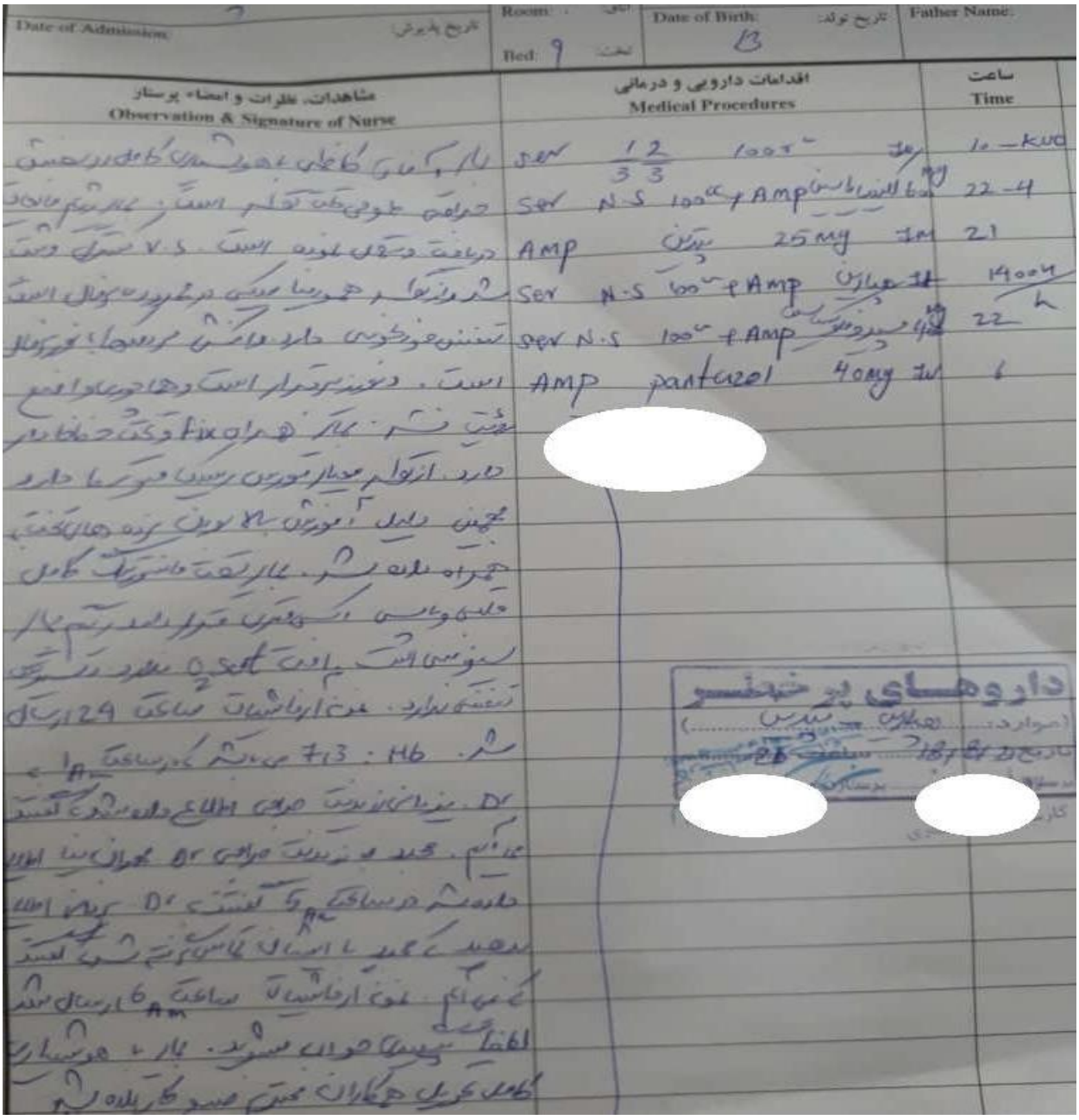
2-ناخوانا و بد خط بودن گزارش

3-عدم رعایت استاندارد ثبت در هنگام پذیرش

4-عدم رعایت استاندارد ثبت در هنگام انتقال به بخش

5-عدم ثبت دقیق ساعت و تاریخ در برگ گزارش پرستاری

6-نداشتن سازماندهی

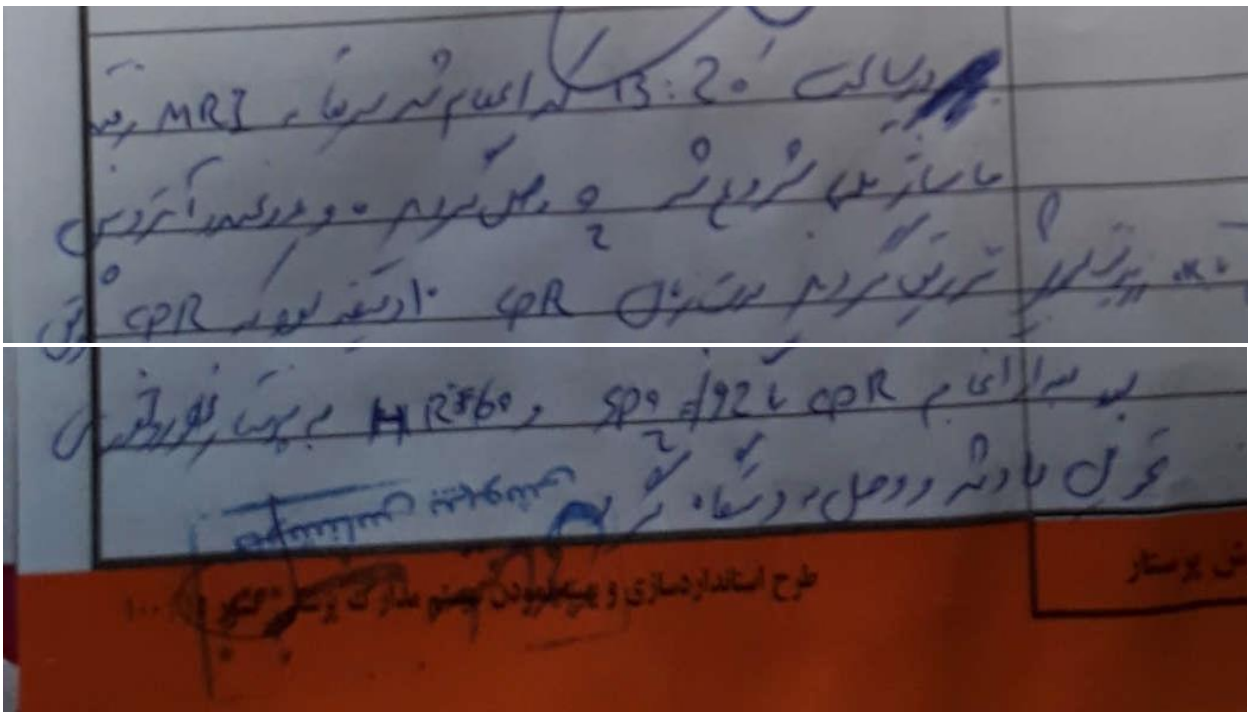


نکات قابل توجه در گزارش:

1-سازماندهی خوب گزارش

2-دقیق نبودن گزارش در زمینه دیورز

3-نا معلوم بودن پیگیری های انجام شده حصول نتیجه در خصوص هموگلوبین پایین بیمار در گزارش



نکات قابل توجه در گزارش:

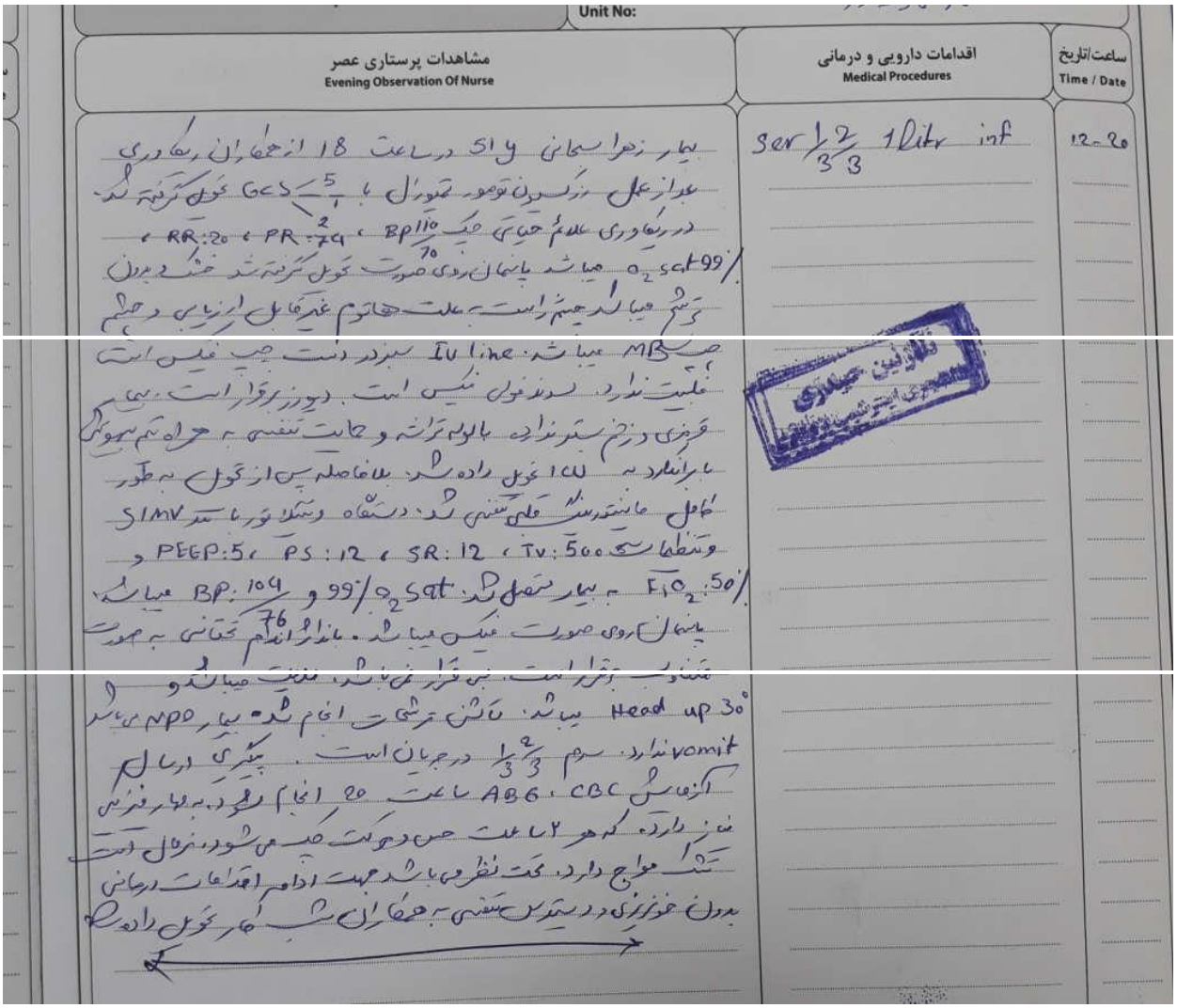
1-عدم ثبت زمان و نوع ایست قلبی تنفسی(فقدان نبض یا فقدان تنفس)

2-عدم ثبت زمان شروع احیاء قبلی ریوی CPR

3-عدم ثبت لوله گذاری تراشه و نحوه اکسیژن تراپی

4-عدم ثبت دقیق اقدامات انجام شده دارویی و درمانی، سرمها و پروسیجرهای حین احیا و اقدامات تشخیصی

5-عدم ثبت سطح هوشیاری و واکنش مردمکها



نکات قابل توجه در گزارش:

1-عدم رعایت استاندارد های گزارش بدو ورود

2-عدم وجود سازماندهی در گزارش

3-گزارش ناصحیح دارویی

4-عدم ثبت دقیق گزارش مربوط به بی قراری و دریافت سدیت

5-تناقض در گزارش نویسی در ارتباط به عدم بی قراری و نیاز به مهار فیزیکی

منابع

۱- پوتر و پری،ترجمه اساتید دانشکدۀ پرستاری و مامایی ایران، 1396 ، اصول و فنون پرستاری ، نشر سالمی،تهران.

۲- تایلور جلد1 و2 ،گروه مترجمین دانشکده پرستاری شهید بهشتی، 1396 ، اصول و فنون پرستاری،نشر بشری،تهران.

۳- هرو آبادی شفیقه، 1380 ، مدیریت خدمات پرستاری و مامایی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران،تهران.

۴- دفتر نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، 1398 ، استانداردهای اعتباربخشی ملی ییمارستانها،ناشر وزارت بهداشت،تهران

۵- شیرازی فاطمه و همکاران، ۱۳۸۸ ،گزارش نویسی در پرستاری، شیراز، قطب علمی آموزش الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز با همکاری سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران.