



دانشگاه علوم پزشکی اراک اداره پرستاری

مهارت های عمومی افراد جدید الورد منابع آموزشی

تدوین کنندگان:

- نفیسه سنجری - کارشناس نظارت و اعتباربخشی اداره پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک
- لیلا حاجیان - سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین (ع)
- خدیجه سلیمی - سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی امیر کبیر
- نفیسه صالحی - سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی آیت اله خوانساری
- زهرا ابراهیمی - سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی ولی عصر (عج)
- فاطمه مزرعه فراهانی - سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی آیت اله طالقانی

تحت نظارت:

- جناب آقای علی اکبر شمسی - رئیس اداره پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک

جزوه آموزشی

گزارش نویسی

در پرستاری

صفحه	عنوان	ردیف
۳	مقدمه	.۱
۳	تعریف گزارش نویسی	.۲
۳	اهداف گزارش نویسی	.۳
۳	خصوصیات گزارش علمی و صحیح	.۴
۶	روشهای ثبت	.۵
۶	گزارش نویسی سنتی	.۶
۶	گزارش مشکل مدارانه	.۷
۷	گزارش شفاهی	.۸
۷	گزارش تعویض شیفیت	.۹
۸	گزارش تلفنی	.۱۰
۹	گزارش انتقالی	.۱۱
۹	گزارش حوادث	.۱۲
۹	گزارش نویسی بر اساس تشخیص های پرستاری	.۱۳
۱۱	گزارش درد و دارو در مانی	.۱۴
۱۱	ثبت موارد پاراکلینیک	.۱۵
۱۳	نکات اساسی در ثبت گزارش احیاء	.۱۶
۱۳	گزارش در اتاق عمل	.۱۷
۱۶	نکات مهم در خصوص گزارش نویسی	.۱۸
۱۸	اصول چهارده گانه	.۱۹
۱۹	مشکلات بالقوه قانونی در ثبت	.۲۰

ثبت گزارش خوب و صحیح موجب استمرار مراقبت مطلوب از بیمار خواهد شد

مقدمه:

ثبت مراقبت های پرستاری ، یک اصل قانونی تمام سیستم های درمانی است . یادداشت های پرستاری که نوشته می شود ، بخشی از ثبت قانونی مدد جو خواهد بود ثبتی که ممکن است بعد هابه عنوان گواه در یک دادگاه قانونی مورد استفاده قرار گیرد . ثبت گزارشات ضعیف ، نا خوانا ونا کامل می تواند باعث کند شدن مراقبت گردد. گزارشات پرستاری نشان دهنده یک ابزار قانونی برای بررسی کیفیت مراقبت های ارائه شده به بیمار است . وهر گونه نارسایی در آن مبین ارائه مراقبت غیر کافی به بیمار می باشد بنا براین دقت در تهیه و حفظ آن می تواند در موارد قانونی پرستاران را مورد حمایت قرار دهد.

تعریف گزارش نویسی:

عبارت است از نوشتن و به تحریر درآوردن اطلاعات، اخبار، رویداد ها که با ساده ترین کلام و کوتاهترین زمان هدف مورد نظر را بیان نماید بنابر این در یک گزارش دو اصل مهم ساده نویسی و سالم نویسی حائز اهمیت می باشد .

هدف دوره : ارتقاء سطح علمی و عملی فراگیران در خصوص اصول گزارش دهی و گزارش نویسی در پرستاری به منظور پیگیری روند مراقبت و مواجهه با قانون قطعاً پرونده بیماری که یک شرح حال Observation و سیر بیماری progress note مناسب توسط پزشک و گزارش پرستاری Nurse record مناسب توسط پرستار داشته باشد از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند میشوند).

اهداف گزارش نویسی

ایجاد تصویری روشن از اندیشه و هدف پیام دهنده در ذهن پیام گیرنده در حداقل زمان و حداقل کلام است

خصوصیات يك گزارش علمی و صحیح

رعایت 6 نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی ،طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

1. حقیقت Actual

2. دقت Accuracy

3. کامل و مختصر Completeness Concies

4. پویایی Current ness

5. سازماندهی Organization

6. محرمانه Confidential

حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به 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. بهیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

مثال گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتباهی خوبی به غذا ندارد.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد

دقت در گزارش نویسی

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

مثال:

گزارش صحیح: بیمار 360 cc مایعات (آب) مصرف نموده است.

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

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5 cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار

در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری Abbreviation 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 نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

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

چنانچه پرستار گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.

عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص -

بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

کامل بودن گزارش:

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های- مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.

در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود .

گزارش طولانی	گزارش مختصر
انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، بازگشت و پرشدگی مویرگی التهاب وجود ندارد. بازگشت خوب است. نبض روی پای چپ قوی است. نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.	انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده. بستر التهاب وجود ندارد. بازگشت خوب است. نبض روی پای چپ قوی است. نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.

پویا بودن گزارش:

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد 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 مورد نیاز حیاتی گردد.

تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد 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. درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

سازماندهی گزارش:

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد.

محرمانه بودن گزارش:

کلیه گزارشات باید محرمانه باشد و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار، بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد

روشهای ثبت

گزارش نویسی به روش سنتی / بیمارستانی

در این روش اطلاعات طبقه بندی شده است و پزشک، پرستار، آزمایشگاه، رادیولوژی هر کدام بر گه های متعددی در پرونده دیده می شود به این روش گزارش نویسی، گزارش نویسی بیمارستانی هم اطلاق می گردد

ثبت گزارش بر اساس مشکلات بیمار ثبت گزارش مشکل مدارانه

POMR = problem-oriented medical record

شیوه ای از ثبت است که بر مشکل بیمار تاکید میکند. در ابتدا مشکلات سازماندهی میشوند بگونه ای که هر یک از اعضای تیم مراقبتی باید در یکی از مشکلات بیمار مشارکت کنند که از این طریق به دستیابی یک برنامه مراقبتی واحد و هماهنگ کمک میکند و از قسمتهای زیر تشکیل شده است

- **داده های پایه:** شامل تمام اطلاعات جمع اوری شده در رابطه با بیمار میباشد که به منظور شناسایی مشکلات مددجو و برنامه ریزی مراقبت ها شکل گرفته است
- **فهرست مشکلات:** پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات، مشکلات شناسایی شده به ترتیب اولویت و حیطة آن فهرست شده و در پایان گزارش نوشته شود تا خط مشی و راهنمایی جهت ارایه مراقبت های لازم به بیمار به دست آید و مشکلات جدید هم در ادامه ثبت خواهند شد و به محض حل مشکل روی آن خط کشیده میشود و تاریخ آن نیز در همانجا ثبت خواهد شد
- **برنامه مراقبت پرستاری:** 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.

- **ثبت پیشرفت بیمار:** اعضای تیم باید میزان پیشرفت مشکلات بیمار را ثبت و کنترل کنند
- اطلاعات مربوط به پیشرفت بیمار ممکن است با روشهای زیر چارت شوند:

شکل اول

SOAP Subjective objective
که علاوه بر مراحل بالا، اقدامات بکار رفته و ارزشیابی نیز به آن اضافه میشود که این روش بسیار شبیه به فرایند پرستاری است.

شکل دوم

PIE= Intervention Evaluation Problem

مشکل اقدامات ارزشیابی این شیوه از نظر ماهیت و شناخت مشکل شبیه قبلی میباشد با این تفاوت که منشا این پرستاری است و منشا قبلی پزشکی میباشد. در این شیوه بوسیله یکسان کردن برنامه مراقبتی و ذکر پیشرفت بیمار به تسهیل گزارش دهی میپردازد. در این روش بررسی های روزانه پرستار در فلوشیت ها و فرم های معمول ثبت شده واز دوباره کاری در ثبت اطلاعات پیشگیری میشود. این روش با توجه به مشکل بیمار نام گذاری و مشخص میشود و مشکلات حل شده پس از مرور پرستار از گزارش روزانه حذف شده و مشکلات باقی مانده همچنان در گزارش روزانه ثبت میگردند.

• شکل سوم

چارت متمرکز است که شامل داده ها فعالیتها و اقدامات پرستاری واکنش و پاسخ بیمار است. در این سبک فقط روی یک مشکل متمرکز نمیشویم و ثبت گزارشات بر پایه ی مشکلات بیمار است.

گزارشات شفاهی

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

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

1. گزارش تعویض شیفت change of shift reports
2. گزارش تلفنی Telephone reports
3. گزارش انتقالی Transfer reports
4. گزارش حوادث اتفاقی Incident reports

گزارش تعویض شیفت

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یاد صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیمار انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از 33 دقیقه تا 45 دقیقه متغییر بوده است. گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیمار داده شود. 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 هشدار دهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد. با توجه به این امر که پرستاران مسئولیتهای

زیاد و متنوعی را دارند این مسئله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود. در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را میدهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

گزارشات تلفنی:

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

*اطلاعات واضح است

*اطلاعات صحیح است

*اطلاعات دقیق است

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

*چه موقع تماس گرفته است؟

*چه کسی تماس گرفته است؟

*با چه کسی صحبت شد؟

*چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال :ساعت 23:11 مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره 332 بخش داخلی را 2 / 3 میلی اکی والان گزارش نمود.

محمدی ,پرستار بخش

تاریخ ,امضا

دستورات تلفنی:

این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود.

دستورات تلفنی بایستی توسط پرستار تکرار گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم دستورات پزشک 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 امر بسیار مهم و ضروری است.

نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:

*چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات

از پزشک مطرح نمائید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.

* بطور وضوح نام بیمار ,شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمائید.

* هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمائید.

* تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمائید. نام بیمار , پرستار و پزشک را در دستور کامل نمائید.

* توجه :لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط 2 نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء می گردد. و حداکثر تا 24 ساعت پس از دستورات تلفنی پزشک مسئول دستور تلفنی ان را امضاء نماید .

گزارش انتقالی:

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.

هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

1. قید پیگیری انتقال به بخش در گزارش پرستاری و نام بخش تحویل گیرنده
2. قید علائم حیاتی ساعت انتقال و نحوه انتقال بیمار به بخش مورد نظر (ویلچر ، برانکارد، پای خود،...)
3. تشخیصها، مشکلات و طرحهای مراقبتهای فعلی پرستاری
4. هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
5. قید وضعیت هوشیاری بیمار
6. قید شرایط تهدید کننده ایمنی و قید اقدامات پیشگیرانه ، انجام شده حین انتقال
7. قید توجهات خاص پرستاری (نیاز به ایزولاسیون ، از دست بیمار فشار گرفته نشود و ...)
8. بستن گزارش به روش صحیح (عدم وجود جای خالی) در پایان گزارش پرستاری مهر و امضاء پرستار انتقال دهنده بیمار ثبت گردد
9. قید نام و نام خانوادگی پرستار تحویل گیرنده

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان:

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.

گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

- 1.توصیف دقیق واقعه
- 2.زمان حادثه
- 3.اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
- 4.زمان اطلاع به پزشک مسئول
- 5.زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- 6.درمانها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

گزارش نویسی بر اساس تشخیص پرستاری:

تشخیص پرستاری جمله یا عبارتی است که وضعیتی نامطلوب را مشخص می نماید. پرستاران بر اساس قوانین کار پرستاری، مسئول تشخیص و در مان واکنش های بیماران به مشکلات بهداشتی هستند. تشخیص پرستاری بیانی از مشکل بیمار است که بر اساس اطلاعات جمع آوری شده معین می گردد. مشکل بهداشتی موردی است که پرستار می تواند آن را برطرف کند. تشخیص های پرستاری عمدتاً به قسمتهایی مربوط می شود که بعنوان اعمال مستقل پرستاری شناخته شده است و اقداماتی هستند که پرستار بدون همکاری پزشک یا اعضای دیگر تیم در مان و مراقبت و بدون وابستگی آنها را انجام می دهد این اعمال شامل موارد زیر است

1. پیشگیری مثل آموزش، تغییر وضعیت، مراقبت مشکلات
2. روشهای اصلاح کننده مثل تشویق به مصرف مایعات و دادن دارو ها
3. از نقص ها و دوباره کاری های غیر ضروری جلوگیری می کند
4. به پرستاران جهت انجام اقدامات برای فرد(نه بیماری او) کمک می کند
5. به بیماران و خانواده ها کمک می کند که بفهمند فعالیت آنها مهم است و نقاط قوت آنها دارای ارزش زیادی می باشد.
6. انعطاف پذیری و استقلال فکری را افزایش می دهد.
7. ارتباط بهتری فراهم می نماید
8. به پرستان کمک می نماید که نتایج رضایت بخشی بدست آورند
9. تشخیص پرستاری قسمت مهمی از فرایند پرستاری است.
10. فرایند پرستاری یک روش منسجم از انجام مراقبت پرستاری را فراهم می آورد

فرایند پرستاری:

روشی علمی جهت ساز مان دادن به مراقبت های پرستاری است. یک خط مشی برای ارائه خدمات استاندارد پرستاری است. فرایند پرستاری روش سیستماتیک برای تفکر پرستار است.

مراحل فرایند پرستاری:

1. بررسی و شناخت
2. تشخیص پرستاری
3. بر نامه ریزی
4. اجرا
5. ارزشیابی
- 6.

انواع تشخیص های پرستاری :

- موجود (بالفعل) آن دسته از مشکلاتی است که در حال حاضر وجود دارند و باید خیلی فوری جهت بر طرف نمودن آنها تدابیر پرستاری طرح ریزی نمود. مثل هایپر ترمی.
- احتمالی (بالقوه) آن دسته از مشکلاتی می باشند که احتمال بوجود آمدن آنها زیاد است و پرستار لازم است جهت پیشگیری از آنها تدابیری را طرح نماید مثل احتما اختلال تمامیت پوست .
- ممکن آن دسته از مشکلاتی خواهد بود که در اثر عدم توجه اتفاق خواهد افتاد مثل امکان افتادن از تخت .

تشخیص پرستاری شامل دو قسمت است

1. مشکل بیمار

2. اتیولوژی (عناصر محیطی - روانشناختی - اجتماعی - فیزیولوژیک - معنوی)

مثال : بیماری 48 ساعت پس از بستری در بیمارستان از حالت ناشتا خارج می شود و پرستار متوجه مشکل تغذیه او می شود

تشخیص پرستاری : اختلال تغذیه کمتر از نیاز بدن (مشکل) مربوط به بی اشتهایی (اتیولوژی) با توجه به اتیولوژی ممکن است اقدامات پرستار متفاوت باشد

گزارش درد و دارو درمانی

	در صورت وجود درد از صفر تا ده نمره درد بیمار چند است؟ محل درد: طول مدت: مداوم <input type="checkbox"/> متناوب <input type="checkbox"/> روش های تسکین درد: دارویی (ذکر نام دارو): غیر دارویی ذکر روش: تاثیر درد روی فعالیت بیمار: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
	فریادگری و بررسی درد

نکات لازم در ثبت دارو در مانی

- اسم دارو - شکل دارو - مقدار دارو - راه مصرف دارو - زمان مصرف - واکنش های متقابل دارویی در صورت بروز
- طول مدت تجویز دارو در استفاده از دارو های اختصاصی
- اسم دارو های مخلوط کردنی مورد استفاده در انفوزیون .
- نوع تزریق : عضلانی - وریدی - زیر جلی - داخل جلدی - داخل نخاعی .
- ناحیه تزریق دارو بصورت عضلانی یا وریدی .
- در تزریق داخل جلدی : دوز مصرفی جهت تست و موضع تست و واکنش نسبت به تست و مکان دقیق تزریق .
- جهت استفاده از دارو های پر خطر (12 گانه طبق پروتوکل ایلاعی وزارت بهداشت (دو پرستار برای چک کردن و تجویز حضور می یابند و در گزارش هر دو پرستار مهر و امضاء می نمایند .
- قید ساعات تجویز به شکل 24 ساعته می باشد .

خطای دارویی و امتناع از مصرف دارو:

آنچه موجب خطاهای دارویی می شود عبارتند از

- گزارش اشتباه و دوز و روش تجویز و زمان و شناسایی فرد و حذف دوز و داروی تاریخ گذشته و طریقه اطلاع به پزشک مسئول و مداخلات و واکنش بیمار.

ثبت موارد پاراکلینیک

۱. اکسیژن تراپی

○ دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)

○ زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی

○ روش اکسیژن درمانی

○ میزان اکسیژن درمانی

○ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

۲. پانسمان کردن زخم

- ناحیه زخم
- وسعت و اندازه زخم
- نزدیک بودن لبه های زخم
- وجود یا عدم وجود ترشح
- رنگ و نوع و میزان ترشح
- وجود درن
- نوع محلول شستشو
- واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی
- درن : توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن

3. سونداژ مثانه

- هدف از سونداژ مثانه
- نوع سند جهت سونداژ
- سایز سند
- ثبت مانورها قبل از 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.

4. سونداژ معده

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گاوژ : متناوب و مداوم
- حجم و نوع محلول گاوژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاوژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش مددجو

لاواژ:

- دلایل لاواژ
- نوع و حجم محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشت
- واکنش مددجو

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- زمان شروع احیاء قلبی و ریوی
- ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارودرمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید.
- واکنش مردمکها
- ساعت اطلاع به پزشک / ساعت ویزیت پزشک
- قید نام و نام خانوادگی فرد تحویل گیرنده وسایل و دارو های شخصی بیمار پس از فوت (اشیای قیمتی (
- قید گواهی فوت صادرشد و ارجاع به پزشک قانونی شد (درصورت ارجاع)
- افراد عضو تیم احیاء
- زمان خاتمه CPR و نتیجه آن
- ثبت دقیق احیاء در فرم ثبت احیاء (ابلاغی وزارت بهداشت) در دو برگ و فرم نظارت بر احیاء و ارسال برای دفتر پرستاری و الصاق در پرونده بیمار

گزارش قبل از عمل:

- 1 ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد و صندلی و غیره).
- 2 ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل
- 3 ثبت وضعیت عمومی بیمار .
- 4 ثبت وسائل و تجهیزات متصل به بیمار (سوند ها و غیره).
- 5 ثبت دستورات دارویی (پریمد .)
- 6 ثبت آمادگی لازم داده شده (انما، شیو و غیره ...)
- 7 در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین، وضعیت جنین (کنترل صدای قلب، حرکات و غیره-) الزامی است.
- 8 چک وجود رضایت آگاهانه
- 9 ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و مهر و امضاء باقید ساعت و تاریخ

گزارش ریکاوری:

- 1- ثبت ساعت ورود به اتاق ریکاوری
- 2- ثبت نوع عمل انجام شده
- 3- ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری ، تاریخ و ساعت شروع و پایان عمل. وضعیت عمومی بیمار (استفراغ و خونریزی) با قید ساعت و نام و امضاء نویسنده گزارش
- 4- ثبت علائم حیاتی ، زمان تحویل و اتصالات مر بوطه و نحوه کارکرد آن ها.
- 5- ثبت دارو های بیهوشی و سایر دارو های مصرف شده .
- 6- ثبت تحویل نمونه های بیوبسی (پرسنل یا همراه) و برگه های مر بوطه .
- 7- ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته به وجود آمده که می تواند بر روی مراقبت های بعد از عمل موثر باشد . مانند (خونریزی وسیع ، شوک و ارست قلبی)
- 8- در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار ، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت گردد.

گزارش بعد از عمل:

- 1 ثبت ساعت تحویل و یا ورود به بخش و ثبت نوع عمل انجام شده .
- 2 ثبت وضعیت عمومی بیمار و سطح هوشیاری و درد و غیره. ...
- 3 ثبت وضعیت در ن ها و تیوپ ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- 4 ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعات اولیه
- 5 ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- 6 در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد، مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره.

گزارش ترخیص:

- ثبت وضعیت عمومی بیمار در حین ترخیص، ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید این که با همراه مرخص شده است یا نه؟
- رضایت شخصی و اعزام به سایر مراکز
- ثبت آموزش های مر بوطه داده شده چه به صورت شفاهی ، پمفلت و غیره طبق فرم ابلاغی وزارت بهداشت
- در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند اقدامات دارویی و در مانی طبق دستور پزشک باید ادامه داشته و ثبت گردد ، بهتر است که پرونده از قسمت مالی برگشت داده شود در غیراینصورت پرونده ثانویه تشکیل گردد که بعدا به پرونده اصلی الحاق گردد.

- ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گردد، حتی اگر یکی از آن دو، بیمار و نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد.
- چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر ترخیص نشده است گزارش نوزاد کماکان در پرونده مادر باید ادامه داشته باشد

نکات مهم در خصوص گزارش نویسی

- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید
- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید .
- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی از اعداد 1 الی 24 استفاده نمایید ساعت 1 - بعدازظهر را به صورت 13 و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت 09:15 نشان دهید.
- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
- تعداد و آهنگ ضربان قلبی تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت نمایید .
- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، ضربان ساز و).....جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید .
- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتما "ثبت نمایید.
- بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید .
- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات- مربوطه ثبت نمایید.
- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.
- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.
- انحصارا "در گزارش ، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید .
- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند را گزارش نمایید (آمادگی جهت- آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و)...
- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمائید.
- پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی ،ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمائید . و در برگه آزمایش نیز نام فرد اطلاع دهنده و ساعت اطلاع به پزشک مربوطه را ثبت کنید.

- در صورتیکه مدد جو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ با ز 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
 - در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد **I&O** ضروریست پس از محاسبه، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات و همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی به طور دقیق در فرم کنترل جذب و دفع و گزارش پرستاری ثبت نمائید. ضمناً " جمع 24 ساعته (I&O) نیز توسط شبکار در برگه کنترل جذب و دفع و در برگه چارت علائم حیاتی ستون مربوطه و در گزارش پرستاری نیز ثبت شود.
 - گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده باشد شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود، (با پای خودش، برانکار، اورژانس 115، همراهان و ...) وضعیت هوشیاری، علائم حیاتی، و سایر موارد مهم مشاهده شده را ثبت کنید. و توسط کارشناس پرستاری قید گردد و منطبق با برگه ارزیابی اولیه بیمار باشد.
 - مشاوره های پزشکی در صورتی قابل اجراست که توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای مشاوره داده شود و نباید هیچگاه به طور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج / مقیم اجرا گردد
 - در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
 - ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و ...) ضروری است.
 - دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.
 - از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.
- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد و کلمه اصلاح شد نوشته شود**
- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله :
 - ✚ اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً "اضافه شده است.
 - ✚ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
 - ✚ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش .
 - ✚ اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین-
 - ✚ **در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی وجود نداشته باشد .**
 - ✚ در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید .
 - ✚ آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید .

✚ در صورتی که بیماری شفاه "مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید، دقیقا-"
گزارش نمایید

✚ انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود، نام و سمت پرستار مربوطه به طور
خوانا ثبت شود

✚ گزارش را ممه‌ور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمائید.

ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار (اصول چهارده گانه)

1 وضعیت عمومی بیمار: منظور از حال عمومی بیمار مواردی چون خلق و خو، چگونگی ارتباط، سطح هوشیاری و تفاوت و تغییرات علائم عینی و ذهنی بیمار می باشد. استفاده از عباراتی چون (حال عمومی بیمار بد نیست) و از این قبیل جملات، اینگونه جملات به تنهایی قابل درک و اندازه گیری و ارزیابی نیست.

2 وضعیت علائم حیاتی و اوضاع همودینامیکی

3 ثبت جذب و دفع: در صورت کنترل جذب و دفع، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در انتهای شیفت جمع 24 ساعت را محاسبه و قید نمایید. در صورتی که بیمار استفراغ یا هرگونه درناژ یا ترشحاتی داشته باشد باید رنگ، محتوا و مقدار آن ثبت شود (در مورد استفراغ و لاواژ، دفعات نیز باید ذکر شود).

4 وضعیت خواب و فعالیت

5 موارد پاراکلینیکی: نوع آزمایشات پاراکلینیکی را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نماید. پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه و در صورت وجود موارد غیر طبیعی، ساعت دقیق دریافت را گزارش و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج اطلاع دهید و موضوع را در گزارش ثبت نمایید

6 موارد قابل پیگیری: روند پیگیری و ثبت آزمایشات، عکسبرداری ها گرافیها، در کاردکس بیمار درج و تیک می گردد اما ذکر اقدامات انجام شده در هر شیفت و پیگیری آن در شیفت بعدی باید در گزارشات پرستاری نیز موجود باشد

7 ثبت دستورات و تغییرات حاد در وضعیت بیمار

8 اقدامات دارویی: کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمایید (نام دارو، دوز- دارو، راه تجویز دارو، تاریخ شروع، زمان استفاده دارو، نام دهنده دارو و ...) در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک به عللی اجرا نشد، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.

9 داروهای PRN

10 اقدامات ایمنی: اقدامات حفاظتی نظیر میله های کنار تخت یا سایر محدود کننده ها، بعلاوه زمان استفاده از این ابزارها، دلیل استفاده از آنها و وضعیت محدود کننده ها (بالا یا پایین بودن میله های کنار تخت) و پاسخ بیمار به محدود کننده ها ثبت گردد.

11 **دستورات تلفنی** : در موارد متعددی دستورات داده شده توسط پزشک بصورت تلفنی و بعضا شفاهی صورت می گیرد که در چنین مواردی باید دستور تلفنی به طور کامل در پرونده بیمار تحت عنوان Tel Order با ذکر نام پزشک و ساعت دستور ، ثبت شده و جهت صحت درک دستور مجدداً توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی در قسمت دستورات پزشک درج شده و سپس اجرا گردد . دستورات تلفنی باید در اولین فرصت توسط پزشک معالج امضا گردد.

12 **ثبت حوادث** .

13- **ثبت کلیه اقدامات پرستاری** .

14 **آموزش به بیمار و همراهان وی نیز ثبت شود**.

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
- محتوی ناقص یا بی ثبات
- محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد
- محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- تحریف گزارش
- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ناخوانا بودن گزارش
- درهم برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- رونویسی اشتباهات
- امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم
- 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 کنیم.
- 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 جددا ممانعت بعمل آورید.
- انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیریید.

منابع :

۱. شهرکی ،ع- حقیقی،م "اصول گزارش نویسی برای پرستاران" انتشارات جامعه نگر چاپ ۹۰
۲. آقاجانی،م- ماهر،ع "دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی" ابلاغی وزارت بهداشت و درمان .
آموزش پزشکی ، شهریور ۱۳۹۶
۳. علیرمایی،ن " قانون و پرستار " انتشارات سالمی
۴. راهنمای تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری ابلاغی وزارت بهداشت و درمان ،پاییز ۱۳۹۶