



بیمارستان و زایشگاه بنت الهدی

محتوای آموزشی

نکات مهم در گزارش نویسی

(آموزش پرستاری)

واحد آموزش

شماره سند: B-R B-63

شماره ویرایش: 00

شماره بازنگری: 00

تاریخ صدور: 99/04/۲۰

گزارش نویسی

دستورالعمل گزارش نویسی در اتاق عمل

موارد قابل ثبت قبل از عمل:

یک پرستار یا کاردان اتاق عمل و یا تکنسین بیهوشی، بیمار را در بخش اتاق عمل پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می کند (ترجیحا توسط بیهوشی بیمار تحویل گرفته شود)

نحوه تحویل بیمار به اتاق عمل، کنترل برگه قبل از عمل، رضایت عمل، وضعیت بیمار هنگام پذیرش، نوع عمل، وسایل همراه، اتصالات با ذکر ساعت ورود به اتاق عمل

کلیه فاکتورهای موثر در عمل (آزمایشات، رزرو خون و گروه خونی بیمار، علایم حیاتی، داروهای قبل از عمل، بیماری های زمینه ای، آمادگی، شیو، پریمر و هر نوع وضعیت غیرعادی، وضعیت دهان و دندان، وضعیت هوشیاری با قید GCS سایل مورد نیاز جهت عمل و...)

-ثبت سن حاملگی

-وضعیت روانی بیمار و آموزش های لازم قبل از عمل

موارد قابل ثبت حین عمل

-نوشتن گزارش پرستاری حین عمل توسط پرستار سیرکولر

-ساعت شروع عمل، نوع بیهوشی، محل برش جراحی، محل قرار دادن پلیت، کوتر، مدت زمان استفاده از تورنیکت، نوشتن نام تمام افراد تیم

-هرگونه اتفاق حین عمل (خونریزی زیاد، شوک، ایست قلبی...) با ذکر اقدامات انجام شده و نتایج آن

-در صورت برداشتن نمونه، محل نمونه و اندازه تقریبی آن در گزارش ثبت شود.

-تعداد گازهای مصرفی در پایان عمل شمارش و ثبت شود.

-تایید محل عمل یا عضو مورد عمل که قبلا در بخش علامت گذاری شده.

-این گزارش در برگه گزارش پرستاری نوشته شود

■ ساعت پایان عمل

■ وضعیت بیمار

الف) سطح هوشیاری ب) داشتن درن ها و کاتترها ج) وضعیت علائم حیاتی
د) جذب و دفع (در هنگام تحویل به ریکاوری بطور کامل در برگه ریکاوری ثبت شود)

گزارش حین عمل توسط کارشناس بیهوشی

- ثبت حمایت تنفسی نوع و مدت زمان بیهوشی، نوع و دوز داروهای استفاده شده

- ثبت حجم مایعات از دست داده و جایگزین

- ثبت علائم حیاتی ، SPO2

- وقایع حین عمل

- این گزارش در برگه گزارش پرستاری نوشته می شود

موارد قابل ثبت پس از عمل

- وضعیت بیمار هنگام ورود به ریکاوری با ذکر ساعت ورود

- ذکر وضعیت بیمار از زمان ورود تا زمان خروج از ریکاوری در برگه ریکاوری

- ذکر هر نوع تغییر وضعیت در هوشیاری و وضعیت همودینامیک بیمار و با ذکر اقدامات و نتایج آن در پرونده

- ثبت وضعیت بیمار در هنگام انتقال به بخش بطور کامل با ذکر اقداماتی که انجام شده و اقداماتی که نیاز به پیگیری دارد.

- ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به همراهی بیمار یا پرسنل ، آزمایشگاه و... و برگه های مربوط

- ساعت خروج از ریکاوری و اعزام به بخش

- کلیه ثبت های مربوط به اتاق عمل توسط پرستار اسکراب و سیرکولار انجام می شود.

در خصوص مسئولیت به جا ماندن گاز ، لنگاز و وسایل جراحی در محل عمل و ایجاد عوارض مربوطه نظریه مشورتی هیات عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی به شرح ذیل جهت آشنایی همکاران محترم اعلام می شود:

-در مورد کنترل موارد فوق (گاز ، لنگاز، وسایل جراحی) در محل عمل ، جراح،نرس اسکراب و نرس سیرکولار همگی در حیطه کار خود مسئولیت دارند.

چنانچه در پایان عمل هیچ کدام از تیم جراحی در مورد کنترل گاز، لنگاز و وسایل جراحی پیگیری و اقدامی ننمودند،همگی مسئول می باشند.

-چنانچه پرستار اسکراب و پرستار سیرکولار درپایان جراحی وقبل از بستن محل عمل اعلام نمایند.که وسیله ای و یا گاز و لنگاز کم است و جراح نتواند آن را پیدا و خارج نماید جراح خود شخصا مسئول است و اسکراب و سیرکولار مسئولیتی ندارند.

-چنانچه جراح پس از کنترل محل عمل از اسکراب در مورد به جا نماندن وسایل سوال نماید و جواب صحیح بودن شمارش آنها را بگیرد ، در این صورت جراح مسئول نیست و نرس اسکراب و سیرکولار مسئولیت دارند.

گزارش ریکاوری

-ثبت ساعت ورود به ریکاوری

-ثبت نوع عمل انجام شده

-ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری بیمار ، تاریخ و ساعت شروع و پایان عمل

-وضعیت عمومی بیمار ، استفراغ، خونریزی با قید ساعت

-ثبت علائم حیاتی زمان تحویل بیمار به بخش و ثبت اتصالات مربوطه مثل چست تیوپ ،NGT، سوند فولی ، لوله تراشه، وزنه ، هموواگ و..

-ثبت میزان برون ده ادراری و درن ها

-ثبت هرگونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته در طول عمل مثل خونریزی وسیع و شوک و... که می تواند برروی مراقبت بعد از عمل موثر باشد.

-در سزارین جنس نوزاد ، آپگار ،آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

-لازم است کلیه افرادی که مراقبت از بیماران را در اتاق های عمل بر عهده دارند اقدامات لازم (براساس شرح وظایف)را با توجه به اهمیت توالی خدمات و استمرار مراقبت از بیمار در برگ گزارش ثبت نمایند.

-گزارش اقدامات در ریکاوری برای مادرانی که تحت عمل سزارین قرار می گیرند توسط کارشناس مامایی در برگه مراقبت بعد از عمل ثبت گردد.

گزارش بعد از عمل

پرستار بخش جراحی باید گزارشات ثبت شده اتاق عمل و بخش مراقبت پس از بیهوشی و ریکاوری را مرور کند و با وضعیت بیمار مطابقت داده و در این برگه مهر و امضاء شود و در صورت مغایرت حتما ذکر گردد.

-ساعت تحویل و یا ورود به بخش

-ثبت نوع عمل انجام شده

-ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید V/S و سطح هوشیاری ، درد...

-ثبت وضعیت درن ها ، تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و میزان ترشحات و پانسمان

-ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعت اولیه

علائم حیاتی بیماران پس از عمل به طور معمول هر ۱۵ دقیقه یکبار در ساعت اول، ۳۰ دقیقه یکبار در ساعت دوم ، هر ساعت برای ۴ساعت و سپس هر ۴ساعت تا STABLE شدن وضعیت بیمار کنترل گردد و سپس طبق دستور پزشک یا روتین انجام شده و ثبت گردد. ضمناً شرط گذر از یک مرحله به مرحله بعد STABLEبودن بیمار می باشد.

-ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

-مشخص نمودن بروز انجام عمل در چارت علائم حیاتی

-در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیرمادر، استفراغ،وضعیت ادرار و مدفوع نوزاد و مراقبت از بندناف و اقدامات انجام شده برای ویزیت الزامی است.

(گزارش نوزاد به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد)

مروری بر نکات مهم در گزارش نویسی صحیح

درد بیمار، غذای بیمار، دفع و اجابت مزاج، کیفیت، استراحت و خواب مخصوصا در شیفت شب باید گزارش شود.

شکایت بیمار از درد را جدی بگیرید و تا اطمینان از برطرف شدن درد آن را پیگیری کنید. اولین وظیفه پرستار حمایت از بیمار است اگر به نظر شما وضعیت بیمار بحرانی است و باید به پزشک اطلاع دهید و در این امر کوتاهی نکنید (حتی اگر نیمه شب باشد)

-در مواردی که بیمار NPO و ناشتا می باشد علاوه بر ثبت در گزارش باید تابلو NPO و ناشتا بالای سر بیمار نصب گردد.

-آموزش های داده شده به بیمار باید در پرونده ثبت گردد.

-پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری نام و نام خانوادگی و شیفت خود را ساعت و تاریخ زده و امضاء نموده و در پایین گزارش خط بکشید.

-باتوجه 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.

-گزارش باید دارای امضاء فردی باشد که گزارش را نوشته است و فردی گزارش را می نویسد که خودش مراقبت را انجام داده یا بر اجرای آن نظارت داشته است. نباید به جای همکار دیگر گزارش نوشت زیرا مسئولیت قانونی دارد و همچنین از اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین خودداری شود.

-گزارش باید خوانا و مرتب باشد و نیز باید واضح، صریح و موثر باشد.

-جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش و ثبت دارویی ساعات را به طور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید.

-ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود، گزارش شیفت پرستاری که معمولا در انتهای هر شیفت کاری ثبت می گردد. از این قانون مستثنی است ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از

جمله احیاء ، پیگیری ویزیت و مشاوره و.... در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

از خودکار آبی و مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده شود.

-مطابق ماده ۳ دستورالعمل مستند سازی اوراق پرونده وزارت بهداشت:

-تمام اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خاندن نباشد ، نویسنده باید آن را در اولین فضای موجود بازنویسی و مستند نموده و ثبت تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.

-ثبت نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده در شروع هر صفحه گزارش ضروری است.

-مسئولیت درج دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است.

-در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشد ضروریست پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.

-زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود.

-در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو به طور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو ، پایین بودن فشار خون بیمار و....)

-با توجه به داروهای که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

-کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی ثبت شود این اطلاعات شامل نام دارو ، دوز دارو ، راه تجویز ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان استفاده دارو نام دهنده دارو است.

-با توجه به تشخیص بیماری، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری و تصمیم گیری برای درمان موثر باشد را گزارش نماید.

-نوع آزمایشات پاراکلینیکی را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نماید.

- پاسخ آزمایشات با دقت مطالعه شده و موارد غیر طبیعی ، حتی در صورت ضرورت به صورت شفاهی به پزشک معالج اطلاع داده شود و در گزارش نیز ثبت شود.

- جهت کنترل I&O باید بعد از محاسبه دقیق در پایان هر شیفت در برگه مخصوص ثبت شود و عصر کار جمع ۱۲ ساعته و پرسنل شیفت شب جمع ۲۴ ساعت را محاسبه نماید.

- از ثبت روش های پرستاری قبل از اجرای آن ها باید اجتناب کرد.

- از تصحیح عبارت اشتباه در گزارش به وسیله پاک کن و یا سیاه کردن آن ها خودداری نمایید. در این موارد بایستی بر روی مورد اشتباه خط کشیده به طوری که قابل خواندن باشد و در قسمت بالای مورد اشتباه یاد ر مقابل آن بنویسد اشتباه است و بعد اسن و سمت خود را نوشته و امضاء کنید و بلافاصله مورد درست را اضافه کنید. (تعداد مورد اشتباه ثبت شود)

- از اضافه کردن مواردی به گزارش موجود بدون ذکر اینکه این موارد بعدا اضافه شده خودداری کنید.

- از انتقاد دیگران در گزارش خودداری نمائید . در صورت نیاز به نقل قول از سوی بیمار عین کلمات بیمار گزارش شود و از تغییرات آن خودداری شود.

- در صورتی که بیمار ، شفاه ، مسئولان درمان بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید به صورت مکتوب گزارش نمایید.

- از توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند بپرهیزید.

- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید .

- از بکارگیری واژه های مبهم و لغاتی مانند : خوب ، متوسط ، نرمال ، کافی خودداری شود و از جملات قابل اندازه گیری استفاده شود.

- در صورتی که بیمار از خوردن دارو امتناع می کند با ذکر دلیل در پرونده قید نمایید.

- کارهای انجام شده ثبت شود : به عنوان مثال نوشتن (آزمایش خون دارد) غلط است . باید نوشت (آزمایش خون انجام شود) (در هنگام ثبت ر ویداد گذشته اخیر یا حال مددجو تاکید گردد. هرگز روی آینده وی تاکید نگردد).

- در ثبت موارد از قلم افتاده از باز کردن آکولاد خودداری گردد.

-در صورتی که بیمار به هر دلیل از بخش خارج شود مثلاً برای انجام سونوگرافی ، آزمایش ، سی تی اسکن ، MRI و غیره زمان رفت و برگشت و محلی را که رفته ایت ثبت کنید.

-تنها آنچه که دیده ، شنیده ، بوئیده ، لمس کرده ، اندازه گرفته و شمره شده است باید ثبت گردد نه آنچه تصور یا استنباط کرده یا حدس زده شده و یا نتیجه گرفته و فرض شده است.

-دستورات شفاهی فقط در موارد اورژانس توسط سوپروایزر باحضور شاهد و تکرار دستور از زبان شنونده و تایید گوینده و شاهد و ثبت آن در برگه دستورات پزشک قابل اجرا است و باید در اسرع وقت توسط پزشک مربوط در پرونده ثبت گردد.

-تأحد امکان از فرم های آماده مانند چک لیست ها و فلو شیت های استاندارد که بر طبق سیاست موسسه طراحی شده اند برای ثبت استفاده شود.

-چنانچه ثبت گزارش های پرستاری بروی فرم های آماده صورت گیرد ، برای پرهیز از هر گونه دوباره کاری لازم نیست ثبت گزارش ها مجدد بروی (یادداشت های پیشرفت) تکرار گردد مگر اینکه موارد غیر طبیعی وجود داشته باشد که در آن صورت نیاز به توضیح در گزارش پیشرفت مددجو لازم می شود.(به عنوان مثال هنگام ثبت علائم حیاتی روتین در فرم ثبت علائم حیاتی نیاز به ثبت مجدد در گزارش پرستاری نیست مگر در موارد تغییرات ناگهانی)

-هرگونه تغییر در شرایط مددجو نیازمند ثبت است . یک قانون کلی در این زمینه وجود دارد و آن این است که (چنانچه رفتار یا یافته ای غیر طبیعی است یا انحراف از رفتار یا اطلاعات سابق دارد باید درباره آن گزارش نمود)

-از کاربرد واژه (مددجو یا بیمار) به تکرار در ثبت گزارش پرستاری اجتناب شود زیرا بدیهی است آنچه در پرونده مددجو ثبت می گردد تعلق به وی دارد.

-در اولین خط در دسترس عبارت (گزارش تاخیری) که حاکی از این واقعیت است که ثبت خارج از توالی رخ داده است ثبت گردد. زمان و تاریخ ثبت فعلی نوشته شود و در بدنه گزارش تاریخ و زمانی که گزارش به تاخیر افتاده است ثبت گردد(همیشه باید ثبت گردد حتی اگر، تاخیر افتاد) البته باید توجه داشت گزارش تاخیری که ۲۴ ساعت بعد از فراموش کردن نوشته شود معمولاً غیر قابل قبول خواهد بود.(هرچند که ساعتی برای ثبت گزارشات تاخیری اعلام نشده و در اکثر رفرنس ها از کلمه اولین فرصت استفاده شده است.)

-در زمانی که ماده ای روی گزارش ریخته شود و خواندن آن مشکل شود ، هرگز صفحه اصلی دور انداخته نشود و از صفحه اصلی کپی گرفته شده، بالای صفحه اصلی و صفحه کپی ، عبارت (از صفحه کپی گرفته شده) ثبت گردد و هر دو صفحه در پرنده نگه داشته شود. (در صورتیکه امکان نگه داری نسخه اصلی به دلیل آلودگی نظیر خون...نبود ، کپی توسط واحد مدارک پزشکی برابراصل شود.و اگر غیر قابل خواندن باشد بایستی باز نویسی شود.

-چنانچه پرستار از انجام دستوری با این اعتقاد که دستور اشتباه است امتناع کند باید سریعاً مورد ، طی نامه کتبی (که یک نسخه از آن جهت بایگانی شخصی نزد پرستار محفوظ است) جهت اطلاع و اقدام به مدیر پرستاری یا سوپروایزر گزارش شود و در گزارش پرستاری مددجو، مورد امتناع ،دلیل امتناع ، نام تجویز شده ،سمت و موقعیت گزارش گیرنده ،زمان گزارش و عکس العمل ها و پاسخ ها ثبت گردد.

-در صورتی که پرستار،نسبت به دستورات و معالجات نامناسب پزشک ، سوالی مطرح کند،باید زمان،واکنش ،توجه به پاسخ پزشک و هرگونه اطلاعاتی که بین پزشک و پرستار مبادله شده دقیقاً ثبت گردد.

-از گذاشتن فضایی خالی در گزارش پرستاری اجتناب شود، یک خط افقی در فضای خالی کشیده شده و در انتهای خط بر طبق سیاست موسسه ، نام و نام خانوادگی ثبت گردد.

-در زمان تکمیل فلوشیت ها دقت گردد فضاهای خالی کاملاً پرشود و چنانچه اطلاعاتی برای پر کردن این فضا ها وجود ندارد یک خط در آن فضا کشیده شود یا از واژه هایی مثل (هیچ یا موردی ندارد)استفاده گردد.

-چنانچه گزارش از صفحه ای به صفحه دیگر ادامه پیدا کند ، در انتهای صفحه ،عبارت (گزارش ادامه دارد)را همراه با نام و نام خانوادگی کامل پرستار نوشته شود و امضاء گردد و در ابتدای صفحه بعد علاوه بر تاریخ و ساعت ،عبارت (ادامه از صفحه قبل) ثبت گردد و به نوشتن گزارش پرستاری ادامه داده می شود.

-باید توجه داشت در هنگام دادن داروی PRN (در صورت لزوم) علاوه بر ثبت موارد تاریخ،ساعت ،نام ، مقدار راه مصرف نام دهنده دارو ، علت داد دارو ، مدد جو نیز ثبت گردد .

-اگر دارویی غیر مجاز در اطراف یا نزد بیمار دیده شود،در گزارش نوشته می شود ، در صورتی که بیمار دارویی غیر مجاز مصرف کند ، باید دارو برای شناسایی به مدیریت پرستاری فرستاده شده و ادامه کار ثبت شود.

-در زمان ثبت گزارش پرستاری حرفه ای عمل شود.مثلا ثبت شود (به پزشک پیشنهاد شد که بیمار به مانیتور قلبی نیاز دارد).

-چنانچه شخص ثالثی (اعضاء فامیل یا دوستان مددجو) اطلاعاتی را به پرستار گزارش می کنند ، در صورتی که اطلاعات مرتبط باشند، همراه با منبع اطلاعات در گزارش پرستاری ثبت گردد.

-چنانچه بیمار به دستگاه مانیتورینگ وصل باشد،ملاحظات حاصل از مانیتورینگ در صورت وجود مشکل ثبت گردد و در صورت عدم وجود مشکل حداقل یک بار در هر شیفت گزارش شود.

-جهت اتمام گزارش پرستاری ثبت نام و نام خانوادگی (ترجیحا مهر با شماره نظام) و ثبت اختصار موقعیت پرستاری (RN) برای پرستار متخصص و (SN) برای دانشجوی پرستار و ثبت سمت پرستار و امضاء در حاشیه سمت راست گزارش و یک خط در سرتاسر فضای غیر قابل استفاده قبل و بعد از امضاء ترسم گردد.

-حداقل یک گزارش پرستاری در هر نوبت کاری بایستی در پرونده موجود باشد.

-قبل از فرستادن پرونده بیمار برای واحد مدارک پزشکی باید از کامل بودن آن مطمئن گردد و در صورت داشتن نقص ،در صورت امکان ، جهت رفع آن طبق مقررات با پرستاری که گزارش دارای نقص را ثبت کرد و تماس گرفته شود.

-فرم های رضایت آگاهانه بیمار بعد از اخذ امضاء از بیمار و پزشک معالج ضمیمه پرونده گردد.

-فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی در خصوص داروهای پرخطر ، بایستی توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت گردد.و با درج امضاء هر دو کارشناس پرستاری ،در کنار نام داور تایید گردد و به مورد دابل چک اشاره گردد و نیازی به ثبت دابل چک در متن گزارش پرستاری نیست.(جهت فهرست داوری پر خطر به دستورالعمل معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت مراجعه شود).

-چک لیست جراحی ایمن (مورد تایید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی) ، در هر نوبت توسط افراد مجاز تکمیل و ضمیمه پرونده بیمار گردد.

-در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری غیر استاندارد خودداری شود به عنوان مثال CP CHEST (PAIN) و DP (DIS PNEA) که غیر استاندارد می باشد. چنانچه اول صفحه کلمه به طور کامل نوشته شود در ادامه گزارش همان صفحه می توان به صورت اختصار بکار برد.

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

-پرستار باید تنها آنچه را که شخصا ملاحظه کرده یا انجام داده است ثبت نماید. در ثبت گزارش پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت و یا چارت گردد. استثناء در این مورد زمانی است که پرستار ، مسئولیت ثبت گزارش برای افراد غیر حرفه ای را بر عهده دارد.

-مراقبتی که توسط پرسنل کمکی مانند کمک بهیار و کمک پرستار انجام و ملاحظه می شود ، آنگاه پرستار باید گزارشی را که از این پرسنل دریافت می کند همراه با نام و موقعیت وی مثلا (کمک بهیار) ثبت نماید (اگر امکان داشته باشد از وی خواسته شود که مورد را بخواند و با ذکر نام و نام خانوادگی کامل خود امضاء نماید).

-در صورت ترک موقت یا کامل محل خدمت، پرستار مسئول باید با همکاری سرپرستار / مسئول شیفت فردی را به عنوان جانشین معرفی کند تا در غیاب ایشان تداوم مراقبت را برعهده گیرد.

-در صورت ترک کامل محل خدمت توسط پرستار در طی شیفت پرستار مسئول اولیه باید تا لحظه حضور گزارش را در پرونده ثبت و امضاء نماید و پرستار جانشین نیز از لحظه تحویل تا پایان شیفت گزارش اقدامات خود را ثبت نماید.

-در صورت امتناع مددجو از مراقبت یا در مان ، یک خط قرمز دور تا دور موردی که مددجو از انجام آن امتناع کرده است.(زمان انجام مراقبت یا دادن دارو و غیره ..) کشیده شود و از زمان ثبت این امتناع اطمینان حاصل گردد و هرگونه آموزش هایی که به مددجو بر علیه امتناع داده شده است ثبت گردد و رفتارهایی که بیمار علی رغم آموزش های داده شده بروز می دهد نیز باید ثبت گردد.

-انجام کلیه مراقبت های بیمار و ثبت در پرونده در هر شیفت به عهده پرستار مسئول مراقبت از همان بیمار می باشد کلیه گزارشات مذکور در شیفت شب طبق دستورالعمل مراقبت به روش موردی (کیس متد) و توسط پرستار مسئول بیمار در پرونده ثبت گردد.

-موارد قابل پیگیری علاوه بر پرونده در گزارش مسئول بخش نوشته شود. (NPO، ویزیت ،مشاوره....)

-فرم ارزیابی اولیه بیمار به صورت صحیح تکمیل شود.(در بخش اورژانس با توجه به این که بیمار تریاژ می شود ، نیازی به تکمیل فرم ارزیابی اولیه نیست. در صورتی که بیمار به هر علت بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشد ، بایستی فرم ارزیابی اولیه تکمیل شود.

-ثبت اقدامات انجام شده برای مشکل بیمار در همان شیفت و شیفت های بعدی تا حصول نتیجه به صورت مستمر لازم است . (به عنوان مثال در صورت فشار بالا ، اقدامات انجام شده تا زمان رسیدن به مقدار قابل قبول در گزارشات ثبت شده باشد).

-در فرم گزارش پرستاری ثبت شود : آموزش های حین بستری طبق فرم آموزش به بیمار داده شد.

چار چوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی به شرح ذیل می باشد.

گزارشات	چار چوب زمانی تکمیل
پرونده تحت نظر اورژانسی	۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس
شرح حال	۲۴ساعت پس از پذیرش و قبل از اجرای طرح درمان
گزارش های مشاوره	۲۴ساعت پس از انجام مشاوره
گزارش عمل جراحی	۲۴ ساعت پس از انجام عمل
گزارش اقدامات خاص	۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام
خلاصه پرونده	تا قبل از تسویه حساب بیمار
برگ انتقال بیمار	همزمان با انتقال بیمار

کاردکس پرستاری

-به صورت یک بار مصرف برای دوره بستری مورد استفاده قرار می گیرد.

از یک کاردکس اطلاعات زیر قابل اخذ می باشد:

-برای ثبت مطالب در کاردکس می توان از قلم آبی ، قرمز و مداد استفاده کرد.

-خود کار قرمز برای ثبت موارد مهم مثل حساسیت به پنی سیلین، تزریق عضلانی ممنوع و..استفاده می شود.

مداد برای ثبت موارد متغیر مثل دستورات پزشک اقدامات و پرستار ، اتاق و تخت بیمار - تشخیص - رژیم و نام پزشک معالج.

خودکار آبی : برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند: نام و نام خانوادگی ، سن ،(در بخش نوزادان تاریخ تولد) شماره پرونده ، کد کامپیوتری ... تاریخ و ساعت پذیرش ، علائم حیاتی زمان ادمیت ، نوع بیمه درمانی می باشد.

ثبت داروها در کاردکس باید با ذکر تاریخ ، ساعت ، راه استفاده و مقدار دارو باشد.هم چنین زمان استفاده از داروها باید مناسب با اثرات دارویی آن ها تنظیم میشود به هنگام تنظیم دوز دارو باید به ساعت تداخل دارو و اثرات آن توجه شود مثلاً بهتر است ساعت داروهایی مثل لازیکس رابه علت مدر بودن طوری تنظیم کرد که باعث اختلال در خواب بیمار نشود. هم چنین در تنظیم ساعت داروهایی که باهم تداخل دارویی دارند باید دقت کافی داشت . در ثبت داروهای با نام مشابه برای نوشتن نام دارو از TALL MAN استفاده شود . (DOPAMIN – DOBUTAMIN)

به طور کلی در کاردکس کارهایی که باید انجام شود و در پرونده کارهایی که انجام شده ثبت می شود.

برای هر دستور پزشکی یا پرستاری بهتر است دقیقاً ساعت اجرا قید شود نه فاصله زمانی انجام مثلاً پانسمان روزی سه بار غلط است.تعویض پانسمان (۲۲-۱۴-۸) صحیح است.لازم است همه کارکنان جهت درج مطالب در کاردکس از الگوی هماهنگ استفاده نمایند.

در مورد داروهایی که در بخش موجود نیست و باید توسط همراهان تهیه شود ذکر تاریخ باید از زمان تهیه و شروع دارو باشد نه زمان دستور آن

در صورت پاک نویس کاردکس در بخش ، کاردکس قبلی پانچ و در فایل پرونده گذاشته می شود.فرد پاکنویس کننده نام و مشخصات خود را بایستی قید کند.

در صورتی که ادامه مراقبت ها و یا دارو در پشت کاردکس نوشته می شود ، با علامت فلش و جمله (به پشت صفحه دقت شود)موضوع یاد آوری می شود.

آزمایشات و رادیوگرافی های انجام شده بعد از گزارش به پزشک از کاردکس پاک می شوند بهتر است در کاردکس های دارویی محلی برای یادداشت کارهای انجام شده برای بیمار مثل مشاوره های انجام شده رادیوگرافی و سونوگرافی های انجام شده وجود داشته باشد تا در موقع لزوم با یک نگاه بتوان از کارهای پاراکلینیک انجام شده برای بیمار یا مشاوره های انجام شده اطلاع پیدا کرد.

داروی STAT به مدت ۲۴ ساعت با مداد در کاردکس باقی می ماند و بعد از آن پاک می شود.

برای سرم های KVO نیز ساعت شروع قید گردد.

در بالای کاردکس بیماران بایستی نمره مورس و برادن ثبت شده و در صورت تغییر اصلاح گردد.

در صورتیکه ادامه مراقبت ها و داروها در پشت کاردکس نوشته می شود با علامت فلش و جمله (به صفحه پشت دقت شود) موضوع یاد آوری شود.

برگ گزارش عمل جراحی

این برگ شامل چهار قسمت اصلی است که عبارتند از :

قسمت اول: اختصاص به ثبت اطلاعات هویتی و محل استقرار بیمار در بیمارستان دارد که بایستی توسط منشی اتاق عمل تکمیل گردد.

قسمت دوم: اختصاص به ثبت مشخصات تیم جراحی و پرستاری ، پزشک بیهوشی دهنده و نوع بیهوشی و هم چنین زمان شروع و خاتمه عمل و نوع جراحی دارد و باید توسط پرستار اتاق عمل به طور کامل تکمیل شود.

قسمت سوم: به ثبت تشخیص های قبل و بعد از عمل جراحی ، نمونه برداری شرح کامل مراحل عمل جراحی و یافته های حین عمل اختصاص دارد که باید توسط جراح به طور کامل و دقیق نوشته شده و امضاء گردد.

قسمت چهارم: کادر کوچکی است که در گوشه پایین سمت راست برگه قرار دارد و شامل دو قسمت مهم می باشد.

قسمت الف مربوط به شمارش گازها و لوازم قبل از عمل و بعد از عمل می باشد که بایستی پرستار اتاق عمل در پایان عمل جراحی این شمارش را انجام دهد و قسمت دوم مربوط به مواقعی است که در هنگام عمل جراحی یک قسمت از اعضاء بدن به عنوان برداشته شده که بایستی این نمونه به قسمت آسیب شناسی ارسال گردد. امضاء پرستار اتاق عمل در زیر این کادر موید انجام کامل این دومورد است.

-چنانچه لازم باشد که با تشخیص قبلی ، عضوی مانند دست و یا پا ... قطع گردد، حتما باید در اتاق عمل گواهی دفن از جراح گرفته شود و همراه با عضو قطع شده جهت تدفین ارسال گردد.

-در صورتی که نمونه برداری جهت ارسال به آزمایشگاه آسیب شناسی می باشد ، جمله(نمونه جهت آسیب شناسی ارسال شد)حتما توسط جراح در شرح عمل بایستی قیدشود.

گزارش های جراحی در پرونده بیمار فوراً پس از عمل ثبت شده و حداقل شامل موارد زیر است:

(۱)اقدامات انجام شده

(۲)یافته های حین جراحی

(۳)تشخیص پس از عمل

(۴)نمونه هایی که حین جراحی خارج شده اند

(۵)نام جراح و متخصص بیهوشی و تمام دستیاران

(۶)امضای جراح

برگ مراقبت بعد از عمل

از زمانی که بیمار وارد اتاق ریکاوری می شود تا لحظه انتقال به بخش بایستی تمام اطلاعات مربوط به وضعیت وی و نحوه درمان او در برگ ریکاوری نوشته شود.

قسمت اول آن ، مشابه به تمام فرم ها اختصاص به مشخصات فردی و محل استقرار بیمار در بیمارستان داشته و بایستی توسط منشی اتاق عمل تکمیل گردد.

قسمت دوم شامل جدول مدرج جهت ثبت منحنی های مربوط به علائم حیاتی بیمار است و در طرفین این جدول دو لیست از وضعیت بیمار و علائم حیاتی وی تهیه شده است که لیست سمت راست در هنگام ورود بیمار به اتاق ریکاوری و لیست سمت چپ در هنگام خروج از اتاق ریکاوری توسط پرستار اتاق ریکاوری تکمیل و امضاء می شود.

قسمت سوم شامل جدولی است که به ثبت میزان مایعات داخل وریدی داده شده به بیمار و میزان مواد دفع شده ، مقدار اکسیژن مصرف شده با ذکر مدخل ورودی اکسیژن (دهانی-بینی)می پردازد و اگر به بیمار تنفس مصنوعی داده شود بایستی به طور دقیق زمان و نوع آن درج گردد و در ستون آخر جمع مقادیر جذب و دفع شده بایستی ثبت گردد.

در پشت این برگ جدولی مرکب از دوبرگ دستورات پزشک و گزارش پرستار طراحی شده است که ستون های اول و دوم مربوط به ثبت دستورات پزشک و امضاء وی بوده و ستون سوم مربوط به مشاهدات پرستار و امضاء وی می باشد.

پرستار اتاق ریکاوری بایستی پس از انجام دستورات صادر شده در این ستون مشاهدات خود را نوشته و امضاء کند.

- مستندات مربوط به سطوح هوشیاری بیمار از زمان تحویل وی به ریکاوری، مراقبت های حین و پس از بیهوشی، تازمان ترخیص از ریکاوری بایستی ثبت گردد.

- وضعیت پس از بیهوشی بیمار، بایستی پایش و ثبت گردد و ترخیص وی از قسمت ریکاوری با استفاده از معیارهای مشخص شده، صورت گیرد، در مواردی که عمل سزارین انجام می گیرد، ماما تازمان ترخیص مادر از ریکاوری، بربالین وی حضور دارد.

- متخصص بیهوشی دستور ترخیص بیمار از ریکاوری را در پرونده وی ثبت گردد و با ذکر زمان مهر و مضا نماید.

برگه ثبت بیهوشی

برگه ثبت بیهوشی حداقل شامل موارد ذیل است:

(۱) داروهای تجویز شده

(۲) مایعات تجویز شده

(۳) خون و محصولات خونی تجویز شده

(۴) نوع و شرح کامل بیهوشی استفاده شده

(۵) هرگونه حوادث غیرمعمول یا عوارض بیهوشی

(۶) هرگونه تغییر در برنامه پایش بینی شده و علت آن

(۷) زمان شروع و زمان خاتمه بیهوشی

(۸) وضعیت بیمار در زمان خاتمه بیهوشی