



مرکز ملی تحقیقات آموزشی و برنامه‌ریزی

واحد آموزش

هر کس کلمه ای به من بیاموزد مرا بنده خویش کرده است

امام علی (ع)



آموزش مدیریت

محتوای آموزشی نیروهای جدیدالورود (گزارش نویسی)



تاریخ تدوین: آذر ۹۷

تاریخ ویرایش: فروردین ۹۹

تاریخ بازنگری بعدی: فروردین ۱۴۰۰



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی



سازمان ملی بهداشت و ایمنی

آموزش مدیریت

فهرست مطالب

۲	تعریف گزارش نویسی
۲	خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح
۴	قوانین ثبت گزارش
۵	گزارش کلامی در پرستاری
۷	ثبت صحیح اقدامات پرستاری
۱۰	گزارش قبل از عمل
۱۰	گزارش حین عمل
۱۲	گزارش بعد از عمل در بخش
۱۲	گزارش ترخیص
۱۳	گزارش فوتی
۱۳	ثبت پروسیجرها
۱۵	نوشتن گزارش بر اساس سیستم های بدن
۱۹	۳۰ نکته مهم در گزارش نویسی
۲۱	منابع



واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی



آموزش مدیریت

تعریف گزارش نویسی

ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می کند.

کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

جنبه های قانونی ثبت: پرستاری به عنوان یک حرفه در قبال ارائه خدمات خود باید پاسخگو باشد و مسئولیت پذیری و اصل عدم آسیب رسانی به بیمار را در حین مراقبت مد نظر داشته باشد. از جمله مسئولیتهای سنگین این حرفه شیوه انتقال اطلاعات و گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن می باشد.

جنبه حقوقی ثبت: امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است و بیمار حق دارد از محتویات پرونده اش با اطلاع باشد. اعتقاد دارند که نه تنها بیمار باید به پرونده خود دسترسی داشته باشد بلکه باید بتواند صحت اطلاعات مندرج در آنرا کنترل کند.

جنبه های ارتباطی ثبت: گزارش پرونده وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است.

جنبه های درمانی ثبت: پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه معالجات و مراقبت های انجام شده برای بیمار در آن ثبت می شود بسیار با اهمیت است.

جنبه های پیشرفت بیماری: سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده آسانتر خواهد بود.

جنبه تحقیقاتی ثبت: گزارشات موجود در پرونده بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است.

جنبه های آموزشی دانشجویان: هدف دیگر گزارش پرونده بیماران، آموزش دانشجویان رشته های مختلف بهداشتی است.

جنبه های رسیدگی یا نظارت: منظور از نظارت، مطابقت دادن مراقبت های پرستاری انجام شده با استانداردهای موجود است. نظارت ممکن است جزئی یا کلی باشد که در نظارت جزئی، نحوه مراقبت از بیمار معین ارزیابی میشود و در نظارت کلی با مطالعه چندین پرونده در یک بیمارستان در مورد کیفیت مراقبت های آن بیمارستان قضاوت می شود.

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبت های پرستاری الزامی است.

حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد و شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، 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، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

مثال:



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش مدیریت

درس گزارش نویسی

گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتیهای 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 ۳۶۰ سی سی مایعات آب مصرف نموده است.

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

گزارش صحیح: در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ سانتی متر زخم ایجاد شده است.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار

در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری^۱ 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 نیابستی 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 باید به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است. چنانچه پرستار گزارشش 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 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 باید 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.

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. فعاليتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

علائم حیاتی

تجویز دارو و اقدامات درمانی

آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی

تغییر در وضعیت سلامت

پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار

^۱ Abbreviation



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی



آموزش مدیریت

درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

سازماندهی گزارش:

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

محرمانه بودن گزارش:

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

قوانین ثبت گزارش

مندرجات^۱

اطلاعات باید کامل، صحیح، دقیق و حقیقی باشد. یافته های بیمار ثبت شود و از تفسیر آن خودداری گردد. از به کار بردن کلماتی که برای خواننده معانی مختلفی ایجاد کند (مانند خوب، متوسط، کافی، طبیعی و...) خودداری شود. ثبت مشکلات بیمار و مداخلات پرستاری و عکس العمل بیمار از نظر نظم و توالی رخداد آن بایستی انجام شود. در صورتی که پرستار نسبت به دستورات و معالجات نامناسب پزشک، تذکر و یا سوالی را مطرح می نماید، باید زمان و تاریخ واکنش و توجه پزشک را دقیقاً ثبت نماید.

زمان بندی^۲

همزمان با مشاهده و انجام مداخلات پرستاری، تاریخ و ساعت آن در پرونده درج گردد. ثبت دقیق زمان مداخلات پرستاری اهمیت دارد.

چارچوب برگه ها^۳

ثبت گزارش باید بر روی برگه های استاندارد صورت گیرد. برای نوشتن می توانید از خودکار سیاه و یا آبی استفاده نمایید. نوشته باید خوانا باشد. از لغات صحیح و استاندارد، اختصارات و علامت های مشترک استفاده شود. مداخلات پرستاری با توجه به زمان انجام آن، بر روی خطوط پی در پی نوشته شود و فضای خالی با یک خط پر شود.

امضاء مسئول و یا پاسخ گویی^۴

^۱ Content
^۲ Timing
^۳ Format
^۴ Accountability



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحدآموزش



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش مدیریت

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی

پس از یادداشت در پرونده بیمار، فرد ثبت کننده باید مهر نظام پرستاری را ثبت و امضاء نماید. از پاک کردن و لاک گرفتن هرگز نباید استفاده کرد. بر روی هر صفحه، نام و مشخصات بیمار ثبت شود.

رازداری^۱

بیماران از نظر قانونی و اخلاقی انتظار دارند، اطلاعات موجود در پرونده آن ها محرمانه بماند. دانشجویان پرستاری باید از خط مشی مرکز درمانی و قوانین موجود در مورد دستیابی به پرونده بیماران آگاهی داشته باشند. از نظر اخلاقی، تمام اطلاعات خوانده شده را باید محرمانه تلقی کنند.

گزارش کلامی در پرستاری

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. این نوع گزارش یک پرستار خلاصه ای از فعالیت ها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید. چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

۱- گزارش تعویض شیفت

۲- گزارش تلفنی

۳- گزارش انتقالی

۴- گزارش حوادث اتفاقی

گزارش تعویض شیفت

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است 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 یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغییر بوده است. گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.

مزایای راند بالینی:

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 امر که پرستاران مسئولیت های 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 می دهد که در ارتباط با مراقبت های دریافت شده بحث نماید.



واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی



آموزش مدیریت

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. زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده اطلاعات داده شود و اطلاعات گفته شده ثبت گردد.

دستورات تلفنی:

این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود. وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است. دستورات تلفنی باید توسط پرستار تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند و پرستار دوم نیز به عنوان شاهد آنرا مهر و امضاء کند و ظرف ۲۴ ساعت به مهر و امضای پزشک معالج برسد. بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس که حیات بیمار در خطر است اخذ و بطور کامل و صحیح در پرونده درج گردد. مغفله شود.

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

✓ ۱- چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمایید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.

✓ ۲- شناسایی کامل بیمار، شرح حال، علائم حیاتی و وضعیت بالینی بطور کامل به اطلاع پزشک برسد

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

✓ ۳- بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمائید.

✓ ۴- هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمایید که روش چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بشرح ذیل است:

✓ بازخوانی شنیده: Read Back

✓ یادداشت شنیده: Write Down

✓ بازخوانی یادداشت: Repeat Back

✓ اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات: close the Loop

✓ ۵- تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمائید. نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمائید.

✓ ۶- لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تائید و بوسیله هر دو نفر امضاء میگردد.

✓ ۷- دستور ترانسفوزیون خون یا فرآورده های خونی بدون کراس میج، داروهای سیتوتوکسیک، داروهای پرخطر را الزاماً بعد از انجام معاینه بالینی و تنها در صورت مکتوب توسط پزشک معالج / دستیار تخصصی اعلام میگردد.

گزارش انتقالی:

Comment [g1]:

Comment [g2]:

Formatted: Indent: Before: 0.19", No bullets or numbering



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش



آموزش مدیریت

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات مؤثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود. هنگامی که گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

- ۱- نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک
 - ۲- خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
 - ۳- وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
 - ۴- تشخیص ها، مشکلات و طرح های مراقبت های فعلی پرستاری
 - ۵- هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
- پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان:

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد. گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

- ✓ توصیف دقیق واقعه
- ✓ زمان حادثه
- ✓ اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
- ✓ زمان اطلاع به پزشک مسئول
- ✓ زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- ✓ درمان ها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

ثبت صحیح اقدامات پرستاری

کلیه کادر پرستاری ملزم به اجرای صحیح دستورات پزشک بر اساس کاردکس بوده و از آنجا که ثبت صحیح اقدامات از لحاظ قانونی و پیگیری درمان اهمیت ویژه ای دارد. کلیه کادر پرستاری اقدامات انجام شده را به صورت صحیح ثبت می نمایند. اقدامات پرستاری به شکل صحیح در گزارش پرستاری همان شیفت ثبت می گردد. در مورد محدود کردن بیمار دستور پزشک برای مهار فیزیکی، دلیل محدود کردن بیمار و نوع آن در پرونده ثبت شود.

نحوه چک دستورات پزشک

موارد دستورات پزشک از پایین با بالا شماره گذاری شود (یک طرف با شماره و طرف دیگر دستور علامت زده شود).



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش مدیریت

درس گزارش نویسی

واحدآموزش

در قسمت مشخص امضاء پرستار، مهر پرستاری دارای نظام با ذکر تاریخ، موارد دبل چک، ساعت چک کردن، ذکر موارد خط خوردگی یا ناخوانا بودن دستور نوشته شود. موارد چک شده با حروف نوشته شود. زیر آخرین دستور، خط ممتد کشیده شود تا دستوری به آن اضافه نشود. سعی شود برای چک کردن از خودکار غیرهمرنگ آبی یا سیاه استفاده شود.

گزارش بدو ورود

ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده‌ای دارد. قید ساعت و تاریخ بستری مهم است. شرح حال: شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، مشکلات بالقوه و موجود و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم‌هایی از بدن را دربردارد. سابقه بستری، عمل جراحی، سابقه خانوادگی، نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک، ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار باید بگونه‌ای مطلوب گزارش گردد. ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار) گرافی‌ها، مشاوره‌ها و EKG^۱، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است. گزارش اولیه پرستاری منطبق با فرم ارزیابی اولیه نوشته می‌شود. زمان تکمیل فرم ارزیابی اولیه در مواقعی که مانعی وجود دارد تا شیفت بعدی می‌تواند باشد. نمره بردن و مورس ثبت گردد. سطح مراقبتی ذکر گردد.

گزارش درد

- ✓ کیفیت درد: تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده
- ✓ محل درد
- ✓ شدت درد: خفیف: ۱-۳، متوسط ۴-۷، شدید ۸-۱۰
- ✓ دوره درد: درد مداوم و درد متناوب و درد زودگذر
- ✓ عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده درد
- ✓ واکنش‌های رفتاری مددجو
- ✓ آشکارسازی فیزیولوژیکی مثل تعریق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون

گزارش دارو دهی

- ✓ بیمار صحیح
- ✓ داروی صحیح
- ✓ دوز مصرف صحیح
- ✓ راه مصرف صحیح
- ✓ زمان صحیح
- ✓ تجویز صحیح
- ✓ ثبت صحیح



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود



آموزش مدیریت

درس گزارش نویسی

پایخ مناسب به دارو

تزریق عضلانی، تزریق وریدی و داخل جلدی: مکان آناتومیکی تزریق ثبت گردد.
 درمورد قطره های چشمی، گوش و بینی، تعداد قطره ها و محل ریختن قطره ها باید ثبت شوند.
 برای داروهای پوستی، اندازه، محل و وضعیت ضایعه باید ثبت شود.
کلیه داروهایی که حتما باید در حضور پزشک اجرا شود، روی تیک دارو نام پرستار نوشته شود همچنین در متن گزارش نوشته شود که دارو با مانیتورینگ و تحت نظر دکتر (نام پزشک حاضر) اجرا شد.
دابل چک دارو در دستورات پزشک توسط هر دو پرستار
دابل چک دارو در برگه گزارش پرستاری کنار تیک دارو نام و مهر پرستار دوم

گزارش احیاء (CPR)^۱

- ✓ زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- ✓ زمان شروع عملیات احیاء قلبی و ریوی، ثبت ماساژ توسط افرادی که انجام می دهند.
- ✓ ثبت ریتم قلبی قبل و پس از دفیبریلاسیون^۲
- ✓ تعداد و مقدار ژول
- ✓ ثبت تمام اقدامات با ذکر ساعت و فرد انجام دهنده
- ✓ اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی
- ✓ دارودرمانی در زمان احیاء با ذکر ساعت و فرد دارو دهنده
- ✓ واکنش مردمک ها
- ✓ افراد عضو تیم احیاء، زمان خاتمه که توسط پزشک مسئول اعلام می گردد.

گزارش ترانسفوزیون خون^۳

- ✓ ثبت ساعت تزریق
- ✓ تعداد واحد فراورده خونی
- ✓ شماره کیسه ها
- ✓ ثبت علائم حیاتی بیمار قبل، حین و بعد از تزریق خون
- ✓ میزان جریان فراورده و محل مسیر وریدی
- ✓ ثبت عوارض ترانسفوزیون
- ✓ استفاده از وارمر^۱ خون

۱- Cardio Pulmonary Resuscitation

۲ Defibrillation

۳ Blood transfusion

Formatted: Font: (Default) B Nazanin, 12 pt, Font color: Black, Complex Script Font: B Nazanin, 12 pt

Formatted: Normal, Indent: Before: 0.25", No bullets or numbering

Formatted: Font: (Default) B Nazanin, 12 pt, Font color: Black, Complex Script Font: B Nazanin, 12 pt



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش مدیریت

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی

در صورت واکنش بیمار به خون بلافاصله ترانسفوزیون متوقف شده و ساعت شروع واکنش ثبت گردد. علائم بالینی واکنش به ترتیب زمان وقوع، نوع و مقدار خون یا فراورده های تزریق شده، زمان شروع و توقف فراورده، درمان های انجام شده و پاسخ بیمار به درمان و نمونه های ادرار یا خون برای بررسی آزمایشگاهی

گزارش قبل از عمل

گزارش قبل از عمل توسط کارشناس بیهوشی

- ✓ کنترل برگه قبل از عمل توسط کارشناس بیهوشی تحویل گیرنده در حضور پرستار تحویل دهنده
- ✓ رضایت نامه عمل جراحی
- ✓ ثبت هر نوع وضعیت غیرعادی که ممکن است روش های هوشیاری یا جراحی را تحت تاثیر قرار دهد
- ✓ ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال (برانکار، صندلی چرخدار و غیره)
- ✓ ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل
- ✓ ثبت وضعیت هوشیاری بیمار با قید ^۲ GCS
- ✓ ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، لوله تراشه و غیره)
- ✓ ثبت وضعیت دهان و دندان ها و عفونت در دهان که می تواند منجر به عفونت بعد از عمل شود.
- ✓ ثبت آمادگی انجام شده (انما، شیو و غیره)
- ✓ ثبت سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین
- ✓ ثبت صدای قلب و حرکات جنین و غیره
- ✓ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش حین عمل

گزارش حین عمل توسط سیرکولر

- ✓ ثبت گزارش از زمان انتقال بیمار به تخت عمل شروع می شود و بعهد پرستار در گردش یا سیرکولر
- ✓ وضعیت صحیح بیمار حین عمل
- ✓ حوادث حین عمل
- ✓ نمونه یا بیوپسی (ثبت تعداد، محل برداشتن بیوپسی و ذکر فرد تحویل گیرنده)
- ✓ نحوه پرپ ^۳ و درپ ^۱ کردن بیمار

۱- Warmer

۲ - Glasgow Coma Scale

۳ - Prep



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود



آموزش مدیریت

درس گزارش نویسی

✓ محل نصب پلیت کوتر^۲

✓ تعداد گازها و غیره

✓ نوع عمل یا پروسیجر، محل آناتومیکی و نوع انسزیون^۳

✓ اتصالات، هر گونه ترشحات، درن، ایمپلنت یا پانسمان هایی که ضمن جراحی استفاده شده است.

✓ محدودیت های بیمار (طولانی بودن زمان عمل و...)، ثبت پوزیشن

✓ عوارض احتمالی پس از عمل، حجم و نوع ترشحات تخلیه شده و حجم ادرار

گزارش حین عمل توسط کارشناس هوشبری

✓ ثبت حمایت تنفسی بیمار که توسط متخصص بیهوشی

✓ ثبت نوع و مدت زمان بیهوشی

✓ ثبت نوع و دوز داروهای بیهوشی تجویز شده

✓ ثبت داروهای تجویز شده

✓ ثبت مدت زمان استفاده از تورنیکت

✓ ثبت حجم مایعات از دست داده و جایگزین شده

✓ ثبت علائم حیاتی شامل: فشار خون، نبض، درجه حرارت، وضعیت تنفس، اشباع اکسیژن خون (SPO₂)^۴، حجم و ظرفیت حیاتی

ریه، سطح گازهای خونی

✓ وقایع حین عمل

گزارش ریکاوری

✓ ثبت ساعت ورود به اطاق ریکاوری

✓ ثبت نوع عمل

✓ ثبت نوع بیهوشی، تاریخ و ساعت شروع و پایان عمل

✓ ثبت سطح هوشیاری و وضعیت عمومی بیمار (استقرآخ، خونریزی و...) با قید ساعت

✓ ثبت علائم حیاتی

✓ ثبت اتصالات مربوطه مثل (NGT^۵، FC^۶، لوله تراشه، چست تیوب، همواگ و...)

۱- Drep

۲- Cauter

۳- Incision

۴ - Peripheral Oxygen Saturation

۵- NasoGastric Tube

۶ - Foley Catheter



واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود



آموزش مدیریت

درس گزارش نویسی

✓ ثبت تحویل نمونه های بیوپسی و برگه های مربوطه

✓ ثبت هرمداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بخش فوراً صورت گیرد.

✓ در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم

✓ نام و امضاء کارشناس هوشبری

گزارش بعد از عمل در بخش

✓ ساعت تحویل ویا ورود به بخش

✓ ثبت نوع عمل انجام شده

✓ ثبت وضعیت عمومی با قید V/S¹ و سطح هوشیاری ، درد و غیره

✓ ثبت وضعیت اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان

✓ ثبت علائم حیاتی ساعت اول هر یک ربع و ساعت دوم هر نیم ساعت، ساعت سوم هر یک ساعت، ساعت چهارم رأس ساعت و سپس طبق دستور

✓ ثبت برون ده ادراری در ساعات اولیه

✓ ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

✓ ثبت روزهای بعد از عمل بعد از تاریخ روز عمل در محل های مربوطه در برگه چارت علائم حیاتی

✓ در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار ومدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره.

✓ در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد.

گزارش ترخیص

کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضاء شده باشد. وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه نوشته شود. آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره) طبق فرم ترخیص نوشته شود. آموزش های ضمن

ترخیص شامل: رژیم غذایی، فعالیت، دارو ، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند. ترخیص مادر و نوزاد در یک

زمان انجام گیرد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد. چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر

مرخص نشده است گزارش نوزاد در پرونده بیمار باید ادامه داشته باشد. در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری - شناختی مطمئن شوید

که به بستگان نزدیک ، بیمار را تحویل داده اید و در صورتیکه تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات

وی لازم است.

دادن کارت ترخیص

Formatted: Font: 12 pt, Font color: Text 1, Complex Script Font: 12 pt



واحدآموزش

در مورد بیماریانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند گرفتن اثر انگشت و دستور پزشک الزامی است. در مورد بیماریانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد. ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گیرد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد. چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد در پرونده بیمار باید ادامه داشته باشد. در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری - شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک، بیمار را تحویل داده اید و در صورتیکه تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

گزارش فوتی

وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی - عینی با قید ساعت و تاریخ)، ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)، ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد). در مورد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد).

Formatted: Font: Bold, Underline, Complex Script Font: Bold

راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت. ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد. باید نام ونام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

توجه:

در صورتیکه بیمار در بیمارستان فوت نموده است اگر علت مرگ به دلیل موارد ۱۹ گانه ذکر شده در پشت گواهی فوت نباشد، گواهی فوت و جواز دفن صادر می شود ولی در صورتی که مرگ به علت موارد ۱۹ گانه باشد فرم ارجاع جسد به پزشکی قانونی صادر میگردد و صدور جواز دفن و گواهی فوت مجاز نیست.

ثبت پروسیجرها

مراقبت از پیس میکر

- ✓ نوع پیس میکر
- ✓ تاریخ و ساعت گذاشتن پیس میکر
- ✓ دلیل جایگزینی پیس میکر
- ✓ تنظیمات پیس میکر
- ✓ سطح هوشیاری و علائم حیاتی، اینکه از کدام بازو برای گرفتن فشار خون استفاده می شود.
- ✓ ثبت عوارض مانند: عفونت، درد قفسه سینه، بد عمل کردن پیس میکر یا آریتمی
- ✓ ثبت کیچر، ضربان های خود قلب و ریتم پیس میکر

Formatted: Font: Bold, Font color: Text 1, Complex Script Font: B Titr, Bold, (Asian) Japanese

Formatted: Font: Bold, Font color: Text 1, Complex Script Font: B Titr, Bold, (Asian) Japanese

Formatted: Font: Bold, Font color: Text 1, Complex Script Font: B Titr, Bold, (Asian) Japanese

Formatted: Complex Script Font: B Titr



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش مدیریت

اکسیژن تراپی

- ✓ علائم اختلال تنفسی
- ✓ زمان شروع اکسیژن درمانی
- ✓ طول مدت اکسیژن درمانی
- ✓ روش اکسیژن درمانی
- ✓ میزان اکسیژن درمانی
- ✓ واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

پانسمان زخم

- ✓ ناحیه زخم ، وسعت و اندازه زخم
- ✓ نزدیک بودن لبه های زخم
- ✓ وجود یا عدم وجود ترشح، رنگ، نوع و میزان ترشح
- ✓ وجود درن
- ✓ نوع محلول شستشو
- ✓ واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی
- ✓ داشتن درن و توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن
- ✓ چگونگی تحمل بیمار به پانسمان و داروهای به کار برده شده در موضع
- ✓ آموزش های ارائه شده و ثبت نمره برادن برای زخم های مزمن ، فشاری و..

مثال :پانسمان محل ماستکتومی برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات خونی-سروزی وجود داشت. بخیه ها سالم است، با نرمال سالیین شستشو داده شد و پانسمان استریل گذاشته شد، علائم و نشانه های عفونت به بیمار آموزش داده شد و بیمار آن را تکرار کرد.

سوندگذاری مثانه

- ✓ هدف از سونداژ مثانه
- ✓ نوع سوند جهت سونداژ
- ✓ سایز سوند
- ✓ ثبت مانورها قبل از سونداژ
- ✓ حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- ✓ حجم ، 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

سوند گذاری بینی معده ای



واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی



آموزش مدیریت

- ✓ ثبت نوع و اندازه لوله بینی معده ای
- ✓ ساعت و مسیر لوله گذاری (دهان یا بینی)
- ✓ دلیل گذاشتن سوند
- ✓ خصوصیات ترشحات مانند: مقدار، رنگ، قوام و بو، زمان شستشوی لوله و مقدار محلول به کار برده شده
- ✓ گواژ: دلایل لوله گذاری معده، نوع گواژ: متناوب و مداوم، حجم و نوع محلول گواژ، حجم مایع موجود در معده قبل از گواژ، رنگ ترشحات برگشتی از معده، واکنش مددجو
- ✓ لاواژ: دلایل لاواژ، نوع و حجم محلول لاواژ، حجم و رنگ موارد برگشت، واکنش مددجو

نوشتن گزارش بر اساس سیستم های بدن

ثبت سیستم مغز و اعصاب

- ✓ سطح هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو یا RASS، FOUR Score^۱، آپاچی^۲..
- ✓ اندازه مردمک ها و واکنش به نور
- ✓ بررسی حس و حرکت اعضا، آگاهی به مکان، زمان و اشخاص، صحبت کردن، درک، فهم

ثبت سیستم تنفسی

- ✓ داشتن یا نداشتن سرفه، انواع سرفه، تعداد تنفس، صداهای تنفسی، نوع تنفس
- ✓ ترشحات خاص، توجه به بوی ترشحات و داشتن یا نداشتن چست تیوب
- ✓ وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی
- ✓ ساعت شروع تهویه مکانیکی و تنظیمات دستگاه ونتیلاتور
- ✓ تغییرات در تنظیمات ونتیلاتور
- ✓ پاسخ های ذهنی و عینی بیمار به ونتیلاتور از قبیل علایم حیاتی، صداهای تنفسی، استفاده از ماهیچه های کمکی، سطح راحتی بیمار و ظاهر فیزیکی وی
- ✓ میزان دریافت اکسیژن (Lit/min)
- ✓ نحوه دریافت اکسیژن از طریق ماسک یا... جواب گازهای خونی-شربانی و اقدامات انجام شده
- ✓ انجام ساکشن، دفعات، نوع ترشحات و بوی آن، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، میزان تحمل
- ✓ پیشرفت بیمار و مقدار پرشدگی کاف لوله تراشه و اندازه داخل بودن لوله

ثبت سیستم قلبی عروقی

۱ - Richmond Agitation-Sedation Scale

۲- Acute Physiologic And Chronic Health Evaluation



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش مدیریت

درس گزارش نویسی

- ✓ تعداد ضربان قلب در دقیقه
- ✓ ریتم و فشار خون در حالت نشسته، خوابیده و محل گرفتن
- ✓ صدای قلب و نوار قلب، مشخصات ECG
- ✓ مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ
- ✓ مقدار داروهای دریافتی، نتایج و عوارض
- ✓ تغییر در وضعیت بیمار
- ✓ ایست قلبی-عروقی و ثبت اقدامات انجام شده و نتایج CPR¹
- ✓ نوع chest pain داشتن یا نداشتن chest pain، انتشار، مداخلات و نتایج
- ✓ تغییر رنگ پوست، گرمی پوست، داشتن نبض، قرمزی، التهاب، ترشحات و خونریزی از محل
- ✓ نبض های محیطی و کیفیت آن
- ✓ فعالیت بیمار و تحمل فعالیت

ثبت سیستم پوستی

- ✓ رنگ پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن
- ✓ وجود خونمردگی، ورم و خراش، پوست خشک، مرطوب، دارای زخم، ترشح
- ✓ پوسته پوسته بودن، گرمی، سردی، ورم پوست و کل بدن، دور چشم، اندامهای محیطی و قوام پوست
- ✓ داشتن زخم فشاری (رنگ، محل، درجه، ظاهر)، اندازه (طول، عرض، عمق)
- ✓ زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ، نوع داروی شستشو و مقدار آن، ترشحات و التهاب
- ✓ داشتن بخیه، کشیدن آن، تعویض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته
- ✓ تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم فشاری
- ✓ کاربرد بالش زیر اعضاء، انجام ماساژ و...
- ✓ عوامل خطرزا مانند چاقی، وضعیت بد تغذیه ای، کاهش سطح هموگلوبین، بی تحرکی، عفونت، بی اختیاری و شکستگی ها

ثبت در سیستم ادراری تناسلی

- ✓ وضع ظاهری اندام تناسلی- ادراری
- ✓ یافته های غیر طبیعی، رنگ، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی
- ✓ علائم و نشانه ها (مانند تکرر ادرار، هماچوری، قطره قطره آمدن ادرار، ادرار دردناک و چرک در ادرار، تهوع، استفراغ، لرز، اتساع مثانه، پر ادراری و غیره)



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آموزش مدیریت

درس گزارش نویسی

- ✓ خارش و ترشحات بدبو
- ✓ نتایج پاپ اسمیر، خونریزی، درد
- ✓ مشکلات درارتباط با عملکرد جنسی
- ✓ داشتن اختیار و کنترل ادرار
- ✓ نتایج تست حاملگی، انجام دوش واژینال، معاینه واژن
- ✓ انجام مراقبت در خصوص کاتترها (فولی، سوپراپوبیک، Self catheterization...^۱)

ثبت در سیستم گوارش

- ✓ NPO بودن یا نبودن
- ✓ نوع رژیم غذایی
- ✓ بی اشتهایی
- ✓ بلع دردناک
- ✓ تهوع، استفراغ، اسهال و وجود خون در مدفوع
- ✓ نفخ و آسیت
- ✓ ژژنوستومی و کلستومی
- ✓ داشتن یا نداشتن NGTube، زمان و تاریخ گذاشتن NGTube
- ✓ داشتن اجابت مزاج و کیفیت و رنگ و شکل مدفوع
- ✓ داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده
- ✓ توجه به مخاط دهان، ثبت موارد غیر طبیعی و گزارش به پزشک و اقدامات
- ✓ توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس Gag
- ✓ داشتن یا نداشتن دندان
- ✓ ثبت مشخصات استوما، کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن

ثبت در سیستم عضلانی-اسکلتی

- ✓ رنگ اندامهای محیطی، گرمی و سردی
- ✓ دامنه حرکتی مفاصل
- ✓ تعادل در راه رفتن
- ✓ داشتن نبض های محیطی، پر شدگی مویرگی

۱. Suprapubic

۲ - clean self catheterization(CSC)



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی



آموزش مدیریت

- ✓ حرکات غیر طبیعی اندامها
- ✓ داشتن حس و حرکت اندامهای محیطی
- ✓ فلج و سستی اندامها
- ✓ محدودیت حرکتی اندامها
- ✓ تحرک فعال یا غیر فعال
- ✓ عدم تحرک و عوارض ناشی از آن
- ✓ توانایی انجام کار یا فعالیت های روزانه مانند: راه رفتن، غذا خوردن، توالت رفتن، غذا پختن، خوابیدن، لباس پوشیدن
- ✓ داشتن یا نداشتن کشش
- ✓ خشک یا تر بودن گچ
- ✓ داشتن ورم و شدت آن
- ✓ داشتن درد و بی قراری

ثبت در سیستم روانی-اجتماعی

- ✓ داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال
- ✓ زمان ورود بیمار، رفتار بیمار، گفته های بیمار، توهمات (شنیداری، دیداری، بویایی، دلیریوم)
- ✓ حافظه
- ✓ اضطراب
- ✓ وسواس، وسواس اجباری، ترس مرضی، بدبینی
- ✓ افکار خودکشی
- ✓ اقدام به خودکشی، مداخلات انجام شده، پاسخ بیمار
- ✓ داشتن نقشهای اجتماعی
- ✓ برقراری ارتباط موثر با دیگران
- ✓ اعتیاد، ترک اعتیاد
- ✓ عصبانیت و خشم
- ✓ صدمه زدن به دیگران و خود
- ✓ داشتن پاسخ کلامی مناسب



واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود

درس گزارش نویسی



آموزش مدیریت

۳۰ نکته مهم در گزارش نویسی

- ۱) پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید. و حتماً دقت کنید مشخصات بیمار در بالای برگه گزارش پرستاری کامل باشد.
- ۲) به منظور عدم اتلاف وقت، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید و در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری از اختصارات قابل قبول بین المللی استفاده کنید.
- ۳) جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید.
- ۴) جهت ثبت و گزارش علائم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علائم حیاتی استفاده نمائید و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه به صورت واضح و خوانا ثبت شود.
- ۵) وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت کنید.
- ۶) عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت کنید. در صورت استفاده از هرگونه وسایل مانیتورینگ، ونتیلاتور، پالس اکسیمتری و... جهت مراقبت از بیمار توضیحات را یادداشت کنید.
- ۷) وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت نمایید.
- ۸) بیانات و نشانه هایی که بیمار بیان کرده با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ۹) در صورتیکه 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.
- ۱۰) در صورت ندادن دارو به هر علت در گزارش پرستاری به طور واضح قید گردد (دستور پزشک مربوطه، موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار بیمار و...)
- ۱۱) کلیه اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.
- ۱۲) پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی کنید. و بروز هرگونه موارد غیر طبیعی در 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.
- ۱۳) گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده باشد شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، برانکارد، اورژانس ۱۱۵، همراهان و...) وضعیت هوشیاری، علائم حیاتی، و سایر موارد مهم مشاهده شده را ثبت کنید.
- ۱۴) انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمائید.
- ۱۵) 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.
- ۱۶) 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 مددجو را ثبت نمائید.



واحدآموزش

۱۷) در صورتیکه مددجو نیاز به دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I/O) دارد: ضروریست پس از محاسبه، میزان ترشحات جذب و دفع بطور دقیق در برگه ثبت (I/O) ثبت و در گزارش پرستاری فقط ذکر شود که (I/O) کنترل و ثبت شد. و سپس نوع و مشخصات ترشحات در گزارش پرستاری توضیح داده شود. ~~را در پایان هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات و همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی به طور دقیق در برگه (I&O) در فرم کنترل جذب و دفع و گزارش پرستاری ثبت نمائید. و در صورتیکه دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I/O) ندارد: می بایست پرستار در هر شیفت وضعیت، تعداد، محل و مقدار ترشحات اتصالات بیمار را در گزارش پرستاری ثبت کند.~~

۱۸) ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و با ارائه مراقبت خاص پرستاری به مدد جو، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید.

۱۹) از ثبت روشهای پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید، ثبت اقداماتی که هنوز انجام نشده اند و یا بستن گزارش پرستاری قبل از پایان شیفت کاری خطا بوده و گزارش تمام شیفت ها حتی در روزهای تعطیل باید جداگانه نوشته شود.

۲۰) از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها اجتناب نمائید.

۲۱) دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است:

~~دور نوشته اشتباه خط نازکی کشیده شود و روی آن کلمه اصلاح گردید، نوشته شود و در ادامه گزارش صحیح نوشته شود.~~

~~در قسمت بالای مورد اشتباه مهر پرستار زده شود و کلمه اصلاح گردید نوشته شود و در ادامه گزارش صحیح نوشته شود.~~

✓ علت خطا توضیح داده شود و ساعت تصحیح به همراه مهر پرستار ثبت گردد.

✓ لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستندساز ثبت و مهر امضا گردد.

۲۲) گزارشات پرستاری را تحریف نمائید. مواردی که منجر به تحریف گزارش پرستاری می شوند عبارتند از:

✓ در صورت اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعد اضافه شده است.

✓ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

✓ حذف نکات مهم گزارش

✓ ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مسأله باشد که در زمان قبلی ثبت شده است.

✓ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

✓ تخریب گزارش های قبلی و یا موجود

✓ گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها و نوشتن به جای فرد دیگر و نوشتن نکته فراموش شده داخل گیومه

✓ اضافه نمودن مواردی به یادداشتهای سایرین

۲۳) انحصارا "در گزارش مراقبت هائی را که خود ارائه نموده اید و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمائید و اقداماتی که باید در

شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید (آمادگی جهت انجام آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و ..)

۲۴) در صورتیکه بیمار شفاها "مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید، دقیقا "گزارش نمائید.

Formatted: Font: Bold, Complex Script Font: Bold

Formatted: Font: Bold, Complex Script Font: Bold

Formatted: Indent: Before: 0.25", No bullets or numbering



واحد آموزش

محتوای آموزشی نیروی جدیدالورود



آموزش مدیریت

درس گزارش نویسی

- ۲۵) از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار یا صفات ناخوشایند بپرهیزید.
- ۲۶) اطلاعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می‌نمائید دقیقاً "ثبت نمائید.
- ۲۷) در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید.
- ۲۸) در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آن داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه به طور مستقیم و بدون اطلاع پزشک اجرا گردد.
- ۲۹) ثبت هرگونه حادثه یا اتفاق که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی ...)...
- ۳۰) آموزشهای ارائه شده را اعم از آموزش مستقیم، ارائه پمفلت آموزشی و... را ثبت کنید. در گزارش بدو پذیرش علاوه بر ثبت در فرم آموزش به بیمار، در گزارش پرستاری ثبت شود "آموزش های بدو پذیرش به بیمار داده شد" ضمناً در گزارش حین بستری علاوه بر ثبت در فرم آموزش به بیمار در برگه گزارش پرستاری ثبت شود که آموزش های حین بستری طبق فرم آموزش به بیمار داده شد. در گزارش ترخیص نیز در برگه گزارش پرستاری ذکر شود که آموزش های زمان ترخیص به بیمار ارائه گردید.

منابع

- ۱- دستورالعمل کشوری مستندسازی پرونده پزشکی- دکتر محمد اسماعیل کاملی و همکاران- شهریور ۹۶
- ۲- مرادی، غلامرضا، ابعاد جدید مدیریت اطلاعات بهداشتی- درمانی، انتشارات واژه پرداز، ۱۳۸۲
- ۳- جعفری، آسیه، رضایت و براءت، سومین سمینار اخلاق پزشکی سازمان نظام پزشکی - تهران ۱۱ و ۱۲ در ۱۳۸۷
- ۴- نعیمیان، علیرضا. گزارش نویسی در پرستاری. دفتر پرستاری بیمارستان هاشمی نژاد مشهد. ۱۳۸۶
- ۵- ورقابی، افخم. گزارش نتویسی اصولی در پرستاری. مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز. ۱۳۸۳
- ۶- بشارتی، افسانه. فلوشیپت و نوشتن گزارش پرستاری در بخش های ویژه. دانشگاه علوم پزشکی- معاونت درمان دفتر پرستاری و مامایی استان شیراز. ۱۳۸۷

Formatted: List Paragraph, Justified, Indent: Before: 0.25", Space Before: 8 pt, Line spacing: Multiple 1.15 li, Don't adjust space between Latin and Asian text, Don't adjust space between Asian text and numbers, Tab stops: 0.13", Left

Formatted: Font: (Default) BNazanin, 12 pt, Font color: Black, Complex Script Font: B Nazanin, 12 pt, (Complex) Arabic (Saudi Arabia)