

بِسْمِ تَعَالَى



بیمارستان خصوصی بابل کلینیک

اصول صحیح گزارش نویسی پرستاری

تهیه و تنظیم: داود ادبی فیروزجایی

سوپروایزر آموزشی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی بابل کلینیک

مخاطبان: رشته های شغلی پرستاری و بهیاری

حضرت علی (ع) می فرمایند: علم را با نوشتن پایند کنید زیرا آنچه حفظ شود بگریزد و آنچه نوشته شود تا ابد باقی بماند. بنابراین قلم و محصول آن یعنی نوشته در قرآن کریم قداست خاصی دارد و آن زمانی که با قلم روند سلامتی و بهبودی بهترین مخلوق خدا یعنی انسان را روی کاغذ می نویسیم، این قداست به اوج خود می رسد پس در مورد گزارش نویسی باید بدانیم که موضوعی معنوی عبادی و مقدس است به جرات میتوان گفت که یکی از مهمترین مدارک پرونده بیماران گزارش پرستاری میباشد گزارش پرستاری جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس میکند. در بیان ارزش گزارش پرستاری میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. نافذترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران، پزشکان.
 ۲. سند با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار، زیرا مراقبت پرستاری اصولی و موثر از بیماران نیازمند به کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی، اقدامات تشخیصی درمانی، مراقبتی و آموزشی میباشد.
 ۳. سند مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک، و...
 ۴. سند مهم برای پژوهش و نظارت
- گزارش تا حد زیادی بازتاب کیفیت کاری است که از آن خبر می دهد و نیز بیانگر شخصیت کسی است که آن را نوشته است. در حقیقت از روی گزارش می توان درباره کار گزارشگر و نیز در مورد خود او داوری و قضاوت کرد
- 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 می شوند.

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.

اهداف گزارش نویسی

- ۱- ارتباط: اعضای تیم مراقبتی در کارهای خود بوسیله گزارش نویسی با هم در ارتباط هستند.
- ۲- آموزش: ثبت گزارشات بیمار، اطلاعاتی در رابطه با تشخیص، ارتباط علائم با هم، موفقیت یا عدم موفقیت درمان را به دانشجویان حرف پزشکی می دهد.
- ۳- تحقیق: گزارشات منبعی برای جمع اوری اطلاعاتی در رابطه با تکرار یک بیماری، عوارض، استفاده از درمان یا پرستاری خاص، مرگ و بهبودی و عوارض دارویی می باشد.
- ۴- نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی: با مطالعه گزارشات، نکات ضعف و قوت در اقدامات انجام شده مشخص می شود و اشتباهات تصحیح می گردد.
- ۵- تهیه صورت حساب مالی: از طریق ثبت کامل و صحیح گزارشات، صورت حساب مالی بیمارستان درست محاسبه می شود.

۶- ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار: با ارزیابی اطلاعات ثبت شده در گزارشات پرستاری، استراتژیهای درمان پی گیری می شود و پیش بینی های لازم در مورد نیازهای درمانی و مراقبتی انجام می شود.

۷- گزارش نویسی مهارتهای تفکر را در پرستاران تقویت می کند

کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

۱- **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 که کوچکترین خطا و سهل انگاری در آن می تواند مسئولیت سنگین حرفه ای را به ارمغان آورد. یادداشتهای و گزارشات پرستاری می تواند در نتیجه گیری جدال قانونی در دادگاه بسیار مهم باشد. غفلت در مشاهده، سهل انگاری در اقدامات صحیح، کوتاهی در دادن گزارش به پزشک، عدم ثبت اقدامات و فعالیتهای انجام شده، **قصور** محسوب می شود. گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستمهای درمانی است. وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می شود هدف تاکید در باره حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است.

۲- **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 آن را کنترل کند.

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

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

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

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

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

۸- جنبه های رسیدگی یا نظارت: منظور از نظارت، مطابقت دادن مراقبتهای پرستاری انجام شده با استانداردهای موجود است. نظارت ممکن است جزئی یا کلی باشد که در نظارت جزئی، نحوه مراقبت از بیمار معین ارزیابی می شود. 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 مراقبتهای پرستاری الزامی است.

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

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

۲- 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 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 ۵ 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.

۳- 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.

۴- 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:

۱. علائم حیاتی
۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی
۳. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
۴. تغییر در وضعیت سلامت
۵. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
۶. درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

۵- سازماندهی گزارش

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

۶- محرمانه بودن گزارش

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

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

۱- گزارش تعویض شیفت **change of shift reports**

۲- گزارش تلفنی **Telephone reports**

۳- گزارش انتقالی **Transfer reports**

۴- گزارش حوادث اتفاقی **Incident reports**

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.

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 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 می دهد 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 و 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.

مثال: ساعت *pm* ۱۰:۲۲ مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره ۳۰۲ بخش داخلی را ۳،۲ میلی اکی والان گزارش نمود.

محمدی، پرستار بخش تاریخ، امضا

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 بایستی توسط پرستار تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند. پرستار دوم نیز به عنوان شاهد و شنونده تمام مکالمات فوق، آنرا مهر و امضاء کند. فرم مورد نظر حاکم ظرف ۲۴ ساعت به مهر و امضای پزشک معالج برسد. بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.

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.
- * لازم است دستورات تلفنی و شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء می گردد.

نکاتی چند در رابطه با دستورات شفاهی

در شرایط معمول دستورات شفاهی اقدامی غیر اصولی و غیر منطقی بوده ولی در شرایط ویژه مانند زمان احیاء بیماران و شستن دست قابل اجرا می باشد. دستور مورد نظر را مانند دستورات تلفنی ثبت نموده و نهایتاً دستور مربوطه توسط پزشک در پرونده ثبت و امضاء گردد. لازم است دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء گردد.

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. 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 طرحهای مراقبتهای 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:

۱. توصیف دقیق واقعه
۲. زمان حادثه
۳. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
۴. زمان اطلاع به پزشک مسؤل
۵. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
۶. درمانها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

ثبت پروسیجرها

اکسیژن تراپی

دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی، زمان شروع، طول مدت، روش، میزان و 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 و 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 بکار برده شده، داروی بکار برده شده در موضع، آموزشهای ارائه شده

مثال: پانسمان محل ماستکتومی برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات خونی-سروزی وجود داشت. برش جراحی مشکلی ندارد. بخیه ها سالم است، با نرمال سالین شستشو داده شد و پانسمان استریل ۴×۴ گذاشته شد. آموزش تعویض پانسمان، علائم و نشانه های عفونت به بیمار داده شد و بیمار آن را تکرار کرد.

گذاشتن سوند ادراری

هدف از سنداژ مثانه، نوع سوند جهت سنداژ، سایز سوند، ثبت مانورها قبل از سنداژ، حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون، حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سنداژ مثانه، در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

NGTUBE گذاشتن

گاواژ:

دلایل لوله گذاری معده، نوع گاواژ: متناوب و مداوم، حجم و نوع محلول گاواژ، حجم مایع موجود در معده قبل از گاواژ، رنگ ترشحات برگشتی از معده، واکنش مددجولاواژ: 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 CPR، 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 و میزان ژول دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون، دارودرمانی (نوع، دوز، زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید، واکنش مردمکها، افراد عضو تیم احیاء، زمان خاتمه CPR)

گزارش درد و دارودرمانی

• کیفیت درد: تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده

• شدت درد: شدید: ۱۰-۸، متوسط ۷-۴، خفیف: ۳-۱

-----۱۰-۹----- ۸-۷----- ۶-۵-۴----- ۳-۲-۱-----۰-----

درد بسیار شدید شدید متوسط خفیف فقدان درد

• 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 دارو درمانی:
- دارو و شکل دارو و مقدار دارو و راه مصرف دارو و دوز مصرف و واکنشهای متقابل دارویی در صورت بروز
 - داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو
 - تزریق عضلانی و داخل جلدی: مکان تزریق
 - تزریق داخل سیاهرگی: موضع **IV Line**
- تزریق زیرجلدی: دز مصرفی جهت تست و موضع تست و واکنش نسبت به تست و مکان دقیق تزریق
- اشتباهات دارویی و امتناع از مصرف دارو: گزارش اشتباه و دز و روش تجویز و زمان و فرد و حذف دز و داروی تاریخ گذشته و
 - طریقه اطلاع به پزشک مسئول و مداخلات و واکنش بیمار

گزارش درمان داخل وریدی

تاریخ و موضع وارد نمودن سوزن، وسایل مورد استفاده مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین، میزان قطرات و حجم سرم انفوزیون شده، در صورت تغییر محل آنژیوکت علت تغییر محل و یا عوارض مایع درمانی و موارد آموزش داده شده به بیمار باید در گزارش پرستاری ثبت شود.

گزارش تغذیه کامل غیر از راه خوراکی TPN

سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر.

گزارش مانیتورینگ قلب

تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ، لیدهای استفاده شده، ریتم های خوانده شده، اقدامات انجام شده

مثال: ۱۲/۴۵ مانیتور بیمار ریتم سینوسی با PVC با $HR=150$ را نشان داد. بیمار شکایت از درد قفسه سینه و تپش قلب دارد. اکسیژن ۲ لیتر از طریق لوله بینی برای وی گذاشته شد. $BP=170/80$ ، نوار قلبی گرفته شد به دکتر حسینی اطلاع داده شد. **5Mg** مرفین داخل وریدی ساعت ۱۲/۵۰ تزریق شد. نمونه خون از نظر الکترولیت ها چک شد. ریتم سینوسی با PVC درد قفسه سینه نداشت. پرستار-کریمی مهر-امضاء

گزارش ترانسفوزیون خون

✓ درخواست خون: فرم درخواست خون سه برگه می باشد که مشخصات آن بایستی توسط پرستار به طور کامل و صحیح و دقیق پر شود، ثبت ترانسفوزیون ها و حاملگی های قبلی در فرم درخواست خون نیز مسئول بانک خون را موظف به جستجوی آنتی بادی های ناخواسته در خون بیمار می کند

- ✓ نمونه گیری از بیمار: ابتدا نام بیمار و تاریخ تولد را پرسیده، با اطلاعات دستبند شناسایی بیمار تطبیق می دهد. سپس در صورت شناسایی درست بیمار از وی خونگیری به عمل می آید. در بیمار غیر هوشیار، کودکان و نوزادان اطلاعات دستبند شناسایی را با پرونده بیمار تطبیق می دهد. بعد از ریختن نمونه خون در لوله آزمایش نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، نام بخش شماره اتاق و تخت بیمار را به طور واضح روی برچسب لوله بنویسد.
- ✓ دریافت خون از بانک خون بیمارستان: مشخصات روی کیسه خون را با فرم درخواست خون چک کرده و بعد از اطمینان از انطباق با مشخصات بیمار، محتوی کیسه خون را از نظر سردی، وجود لخته، همولیز، تغییر رنگ و نشت خون از کیسه بررسی کنید و موارد غیر طبیعی را بلافاصله گزارش کنید.
- ✓ تزریق خون: مواردی که باید حین تزریق در کارت شناسایی یادداشت گردد شامل: تاریخ تزریق، ساعت تزریق، تعداد واحد خون یا پلاسمای مصرفی، شماره کیسه های مصرفی، علائم حیاتی بیمار طی زمان تزریق، امضاء پرستار
- ✓ نکات مهم حین تزریق:
- ۱- حداکثر مدت زمان تزریق خون ۴ ساعت می باشد
 - ۲- تشخیص هویت دقیق بیمار و کیسه خون
 - ۳- قرار دادن صحیح سوزن تزریق در رگ
 - ۴- استفاده از ست فیلتردار
 - ۵- مراقبت متناوب از بیمار
 - ۶- در صورت واکنش بیمار به خون بلافاصله متوقف شده و بعد از ان جام اقدامات لازم در گزارش پرستاری تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده، نوع و مقدار خون یا فراورده های تزریق شده، زمان شروع و توقف خون، درمانهای انجام شده برای عوارض ثبت شود.
 - ۷- کنترل علائم حیاتی به طور متناوب (قبل، حین و پس از تزریق خون) و ثبت در چارت ترانسفوزیون خون
 - ۸- همه محصولات خونی (خون کامل، گلبول قرمز متراکم، پلاکت، FFP، کرایوپرسیپیتیت، محصولات لیوفیلیزه) باید با ست فیلتردار تزریق شود.
 - ۹- در هر تزریق باید رگ مناسب آنژیوکت مناسب (نوع و شماره آن) انتخاب گردد.
 - ۱۰- در موارد روتین (غیر اورژانس) خون کامل و یا گلبول قرمز متراکم معمولاً در یک یا دو ساعت تزریق می شود، ml/kg/h
 - ۱۱- یکی از مهمترین و حساس ترین و نقطه عطف تزریق خون تعیین هویت بیمار و انطباق آن با کارت شناسایی و فرم درخواست خون و کیسه خون درست قبل از تزریق خون می باشد.
 - ۱۲- از دیگر نکات با اهمیت حضور پزشک معالج بر بالین بیمار می باشد.

در ۱۵ دقیقه اول که بیش از ۹۰٪ عوارض حاد رخ می دهد باید تزریق آهسته باشد (۳-۲ ml/kg/h) و می تواند در شناسایی زودرس واکنش های ناشی از عوارض تزریق خون کمک کند.

گزارش نویسی گام به گام

گزارش بدو ورود:

ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده ای دارد. پس 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 سیستم هایی 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 به گونه ای مطلوب گزارش گردد

+ ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف نام پرستار)، گرافیهها، مشاوره ها،

ECG، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است.

+ تعیین مخاطرات ایمنی بیماران و پیش بینی روش های پیشگیرانه و ثبت در گزارش (زخم فشاری، سقوط، DVT، عفونت

های بیمارستانی، خونریزی بعد از جراحی، جابجایی اتصالات و کاتترها و ...)

+ ثبت نمره ابزار مورس برای تمام بیماران پذیرش شده، شناسایی بیماران در معرض خطر، بکارگیری روش های پیشگیرانه و

ثبت آن در گزارش (برای بیمارانی که در معرض خطر کم، متوسط یا بالای سقوط هستند در هر شیفت با ابزار فوق بررسی و

اقدامات لازم اجرا و ثبت گردد)

+ ثبت نمره ابزار برادن برای تمام بیماران پذیرش شده، شناسایی بیماران در معرض خطر، بکارگیری روش های پیشگیرانه و

ثبت آن در گزارش (برای بیمارانی که در معرض خطر بالا یا خیلی بالای بروز زخم فشاری هستند یا عبارتی نمره برادن آنها

۱۲ یا کمتر از آن شد، در هر شیفت با ابزار فوق بررسی و اقدامات لازم اجرا و ثبت گردد)

گزارش قبل از عمل

+ ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)

+ ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل

+ ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید BP – T-RR- PR – GCS

+ ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سندها، لوله تراشه و غیره)

- ✚ ثبت دستورات دارویی قبل از عمل
- ✚ آمادگی انجام شده (انما، شیو و غیره)
- ✚ در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت می شود.
- ✚ کنترل صدای قلب و حرکات جنین و غیره الزامی است.
- ✚ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش ریکاوری:

- ✚ ثبت ساعت ورود به اطاق ریکاوری
- ✚ ثبت نوع عمل انجام شده
- ✚ ثبت نوع بیهوشی، سطح هوشیاری و تاریخ شروع و پایان عمل
- ✚ وضعیت عمومی بیمار (استفراغ، خونریزی و ... با قید ساعت، نام و امضاء پرستار)
- ✚ ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه مثل (لوله تراشه، درن ها، چست تیوب، NGT، FC)
- ✚ ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست
- ✚ ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اطاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد عمل موثر باشد
- ✚ ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال با دید تو سط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد
- ✚ در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

گزارش بعد از عمل

- ✚ ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ✚ ثبت نوع جراحی انجام شده
- ✚ ثبت وضعیت عمومی با قید علائم حیاتی، وضعیت هوشیاری، درد و
- ✚ ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- ✚ ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعت اولیه
- ✚ ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- ✚ در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع 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 قیدعلائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه آموزشهای مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره)
- ✚ آموزش های ضمن ترخیص شامل: رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه نمایند.
- ✚ روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی
- ✚ دادن کارت ترخیص
- ✚ در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند گرفتن اثر انگشت الزامی است.
- ✚ در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.
- ✚ چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد در پرونده مادر 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 صورتی که 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 صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشکمربوطه صادرگردیده یا توسط پزشکی 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)
- ✚ 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 چسبانده شود.

نوشتن گزارش در بخش ویژه / بیماران با شرایط بحرانی یا در انتظار بخش مراقبت ویژه

✚ مغز و اعصاب CNS

✚ تنفسی *RESP*

✚ قلب و عروق *C.V.S*

✚ پوست *SKIN*

✚ ادراری تناسلی GU

✚ گوارش GI

✚ عضلانی اسکلتی *MUS . SK /MOVMENT*

✚ روانی اجتماعی *PSY . SOC*

تعیین مشکل ← اقدامات انجام شده ← نتایج ← پیگیریها ← ثبت داده ها و آموزش و غیره در کلیه سیستم ها

۱- ثبت در سیستم CNS (مغز و اعصاب):

سطح هوشیاری بر اساس مقیاس *FOUR/GCS*، اندازه مردمک ها و واکنش به نورآگاهی به مکان زمان و اشخاص، صحبت کردن، درک، فهم، داشتن رفتار مناسب با مکان و زمان بررسی حافظه، بررسی حس و حرکت اعضای بدن داشتن پاسخ کلامی مناسب بررسی مشکل، تشخیص پرستاری، اقدامات انجام شده ، نتایج بدست آمده، اقداماتی که باید پیگیری شود و ثبت کلیه داده ها با ذکر ساعت، تاریخ، فرد انجام دهنده.

۲- ثبت در سیستم *RESP* (تنفسی):

✚ تعداد، نوع تنفس، **Retraction**، داشتن یا نداشتن سرفه، انواع سرفه، داشتن یا نداشتن چست تیوب، داشتن بوی خاص ترشحات.

✚ وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی ، *PEEP . PAWP . I.E RATO . MODE ، TV ، 2Rate*

✚ *Fio*، میزان دریافت اکسیژن (*l/min*) بوسیله *ETT*، تراکئاستومی، ماسک، *CPAP*...

✚ جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج

✚ انجام ساکشن، دفعات، نوع ترشحات و بوی آن در صورت امکان

✚ صداهای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع آن، میزان تحمل، یا پیشرفت ، ثبت مسائل غیر طبیعی، نتایج آزمایشات، گرافیهها

✚ داروهای مصرفی، اقدامات انجام شده، پروسیجرهای انجام شده، نتایج و ثبت دقیق اطلاعات.

✚ انجام پروسیجرهای تشخیصی، درمانی و نتایج آن (بخصوص *CPCR*/زمان صدا کردن، زمان شروع، زمان اختتام، اقدامات،

داروهای مصرفی، نتایج)آموزش، مشاوره ها، اقدامات، نتایج.

۳- ثبت در سیستم C.V (قلبی عروقی):

+ تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشار خون (در حالت نشسته، خوابیده)، محل گرفتن **BP** صدای قلب و نوار

قلب/مشخصات (.....) ECG, Interval, Duration

+ مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ، مقادیر مانیتور شده، لید مانیتور شده مقدار داروهای دریافتی، نتایج و عوارض
+ تغییر در وضعیت بیمار، ایست قلبی-عروقی و ثبت اقدامات انجام شده و نتایج کاربرد دستگاه دفیبریلاتور، ژول مصرفی،
دفعات مصرف، نوع **Setup** و اقدامات تیم **CPCR** داشتن یا نداشتن **chest pain** (نوع، انتشار، مداخلات و نتایج)
+ کاربرد دستگاه های **VAD[1]&IABP** (تمییزی محل، تغییر رنگ پوست، گرمی پوست، داشتن نبض، قرمزی و التهاب، ترشحات و خونریزی از محل.

+ نمونه های خون گرفته شده، جواب آزمایشات و گرافی ها پروسیجرها (آمادگیهای قبل و بعد از آن)
+ داروهای مصرفی-عوارض و احتیاطات و اقدامات انجام شده ثبت آموزش ها، مشاوره ها، اقدامات و نتایج
+ نبض های محیطی و کیفیت آن (قوی، ضعیف، عدم وجود نبض)
+ کاربرد وسایل، داروها، و اقدامات ضرر تشکیل لخته، (مانند کاربرد تورنیکت، جورابهای ضد آمبولی و داروها) فعالیت بیمار،
تحمل فعالیت، مشکلات و اقدامات انجام شده.
+ ثبت کلیه مراقبتهای پرستاری انجام شده، با ذکر زمان و ساعت، مقدار و نتایج.

۴- ثبت در سیستم پوستی

+ رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خون مردگی، ورم و خراش وضع کلی پوست،
خشک، مرطوب، زخمی، ترشحات، نوع آن) پوسته پوسته بودن، گرمی- سردی و... ورم پوست (ورم کل بدن، دور چشم،
اندامهای محیطی) قوام پوست (خوب، بد)
+ داشتن زخم بستر (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، نزدیک کردن پوست به هم.
+ گرفتن نمونه، تعویض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته
+ تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بستر، کاربرد بالش زیر اعضاء، انجام ماساژ، توجه به تغذیه
حمام،
+ ترشحات زخم حاوی گرفتن نمونه جهت کشت، جواب و اقدامات دادن حمام، شستشوی پوست و غیره.

۵- ثبت در سیستم G.U (ادراری تناسلی):

+ وضع ظاهری اندام های تناسلی- ادراری، و یافته های غیر طبیعی

- + رنگ، میزان، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی+علائم و نشانه ها، (مانند تکرر ادرار، هماچوری، قطره قطره آمدن ادرار، ادرار دردناک چرک در ادرار، تهوع، استفراغ، لرز، اتساع مثانه، پر ادراری و غیره)
- + خارش، ترشحات بدبو، نتایج پاپ اسمیر، خونریزی، درد، مشکلات درارتباط با عملکرد جنسی داشتن اختیار و کنترل ادرار، وسایل کمکی، اقدامات انجام شده نتایج تست حاملگی، انجام دوش واژینال، معاینه واژن و...
- + انجام مراقبت در خصوص کاتترها(فولی، سوپراپوبیک، **Self-catheterization** و...)
- + چک جذب و دفع بیمار (سی سی در ساعت)، دادن مایعات **free** جایگزینی مایعات خون و فراورده های خونی و نوع واکنش به آن

۶- ثبت در سیستم **GI** (سیستم گوارشی)

- + اشتها، **NPO** بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی
- + علایم و نشانه ها(مثل بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ، آسیت، آروغ)
- + نوع رژیم غذایی، داشتن یا نداشتن **NGTube** و ژژنوستومی، کلاستومی تیوب و...
- + زمان و تاریخ گذاشتن - تعویض یا قطع **TPN**
- + مدفوع/کیفیت/رنگ/بو/ شکل مدفوع/ نوع اسهال
- + داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده
- + توجه به مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیر طبیعی و گزارش به پزشک و اقداماتداشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس **gag** و...
- + ویزیت توسط متخصص تغذیه، دستورات، اقدامات انجام شده و نتایجتزریق خون و فراورده های خونی
- + اقدامات تشخیصی، درمانی (آمادگیها و توجهات خاص پس از انجام پروسیجرها) و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک و... (تنقیه و کولونوسکوپی)
- + مراقبت از استوما، تعویض کیسه های آن، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و...
- + کاربرد داروها، ثبت عوارض و مراقبتهای خاص
- + مراقبتهای پرستاری انجام شده، نتایج (زمان، فرد انجام دهنده، شرح پروسیجر، آزمایشات، نتایج و اقدامات و...)آموزش های داده شده

۷- ثبت در سیستم عضلانی اسکلتی **musculoskeletal/activity**

- + رنگ اندامهای محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض های محیطی، پر شدگی مویرگی، حرکات غیر طبیعی اندامها

- + داشتن حس و حرکت اندامهای محیطی، فلج و سستی اندامها، محدودیت حرکتی اندامها، تحرک فعال یا غیر فعال یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن
- + توانایی انجام کار یا فعالیت های روزانه مانند (راه رفتن، غذا خوردن، توالیت رفتن، غذا پختن، رخت شستن، خوابیدن، لباس پوشیدن)
- + داشتن یا نداشتن کشش، گچ (خشک یا تر بودن گچ)
- + تعویض پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول مصرفی، داشتن ورم و شدت آن، داشتن درد و بی قراری، حمام و نوع آن
- + کاربرد وسایل کمکی (عصا و...) پوشیدن بریس و غیره، عوارض و...

۸- ثبت در سیستم psychosocial (روانی-اجتماعی)

- + داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال، زمان ورود بیمار، رفتار بیمار، گفته های بیمار، توهمات(شنیداری، دیداری، بویایی)
- + دلیریوم-ثبت رفتار نامناسب بیمار یا حملات وی، حافظه
- + اضطراب، وسواس، وسواس اجباری، ترس مرضی، بدبینی، اعتماد به نفسافکار خودکشی، اقدام به خودکشی، مداخلات انجام شده، پاسخ بیمارداشتن نقشهای اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران
- + اعتیاد، ترک اعتیاد، علایم بازگیری، عصبانیت و خشم، صدمکا زدن به دیگران و خودداشتن پاسخ کلامی مناسب
- + مصرف داروها، عوارض و اقدامات خاص پرستاری و پزشکی انجام شده(روان درمانی، پسیکوتراپی) ECT و روشهای مختلف بکار گرفته شده.

۹- Teaching ثبت آموزش

- + نیازهای آموزشی بیمار، برنامه ریزی برای آموزش، کاربرد وسایل سمعی و بصری مختلف فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گیرنده و... (اثر انگشت و امضاء) محتوای آموزش
- + بکار بردن عبارات و جملاتی که موید فهم و دریافت آموزش توسط فراگیر باشد(نشان دادن، بیان کردن، بکار بردن صحیح وسایل)
- + تاکید بر علایم و نشانه های مهمی که نیاز به گزارش پزشک دارد.
- + آموزش در مورد داروهای مصرفی، اثر ، عوارض و اقدامات خاص و...
- + دادن وسایل و موارد آموزشی به بیمار(حرکتی، غذایی و...) آموزش در مورد محدودیت های خاص

۴۴ 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 توسط منشی بخش 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- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.
- ۴- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. ساعت ۱ بعدازظهر را به صورت ۱۳:۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت ۰۹:۱۵ نشان دهید.
- ۵- جهت ثبت و گزارش علایم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علایم حیاتی استفاده نمائید. و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه به صورت واضح و خوانا ثبت شود.
- ۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت کنید، تعداد و آهنگ ضربانات قلب بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت کنید. و در صورت استفاده از هرگونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و...) جهت مراقبت از بیمار توضیحات را یادداشت کنید و وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت نمایید.
- ۷- بیانات و نشانه هایی که بیمار بیان کرده با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ۸- مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت یا کاردکس با پرستار مسئول شیف است.
- ۹- 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.
- 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 اطلاعات ضروری را در مورد دستورات داروئی اجرا شده ثبت نمائید. (نام دارو، دوز داروئی، تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز دارو).
- ۱۲- کلیه اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.
- ۱۳- پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبتهای خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام با 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.
- ۱۴- 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 حتماً گزارش نمائید.
- ۱۵- گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده باشد شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود، (با پای خودش، برانکار، اورژانس، همراهان و...) وضعیت هوشیاری، علایم حیاتی، و سایر موارد مهم مشاهده شده را ثبت کنید.

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

۱۷- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.

۱۸- پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی ، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمایید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمایید. و در برگه آزمایش نیز نام فرد اطلاع دهنده و ساعت اطلاع به پزشک مربوطه را ثبت کنید.

۱۹- 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 نمائیدو در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مدد جو را ثبت نمائید

۲۰- در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات **I&O** دارد 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 ۲۴ 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.

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

۲۲- ضروری است که کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری همراه با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

۲۳- گزارش احیاء قلبی ریوی باید به طور کامل با ذکر کلیه مراحل احیاء از زمان اعلام کد **CPR** تا خاتمه آن نوشته شود.

۲۴- از ثبت روشهای پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید.

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

۲۶- **دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است:**

۱- ۲۶ بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.

۲- ۲۶ در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است.

۳- ۲۶ تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

۲۷- گزارشات پرستاری را تحریف ننمائید. مواردی که منجر به تحریف گزارش پرستاری می شوند عبارتند از:

۱- ۲۷ در صورت اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعد اضافه شده است .

۲- ۲۷ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری .

۳- ۲۷ حذف نکات مهم گزارش.

- ۴-۲۷ ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که در زمان قبلی ثبت شده است.
- ۵-۲۷ دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.
- ۶-۲۷ تخریب گزارش های قبلی و یا موجود.
- ۷-۲۷- گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها و نوشتن به جای فرد دیگر و نوشتن نکته فراموش شده داخل ابرو
- ۸-۲۷ اضافه نمودن مواردی به یادداشتهای سایرین
- ۲۸- انحصاراً" در گزارش مراقبتهائی 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...)
- ۲۹- از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید.
- ۳۰- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.
- ۳۱- در صورتیکه بیمار شفاهاً" مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید ، دقیقاً" گزارش نمائید.
- ۳۲- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار (یا صفات ناخوشایند) بپرهیزید.
- ۳۳- اطلاعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقاً" ثبت نمائید .
- ۳۴- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید.
- ۳۵- از انتقاد سایرین در گزارش پرستاری خودداری کنید.
- ۳۶- اطلاعاتی که از خودتان به پزشک معالج گزارش می کنید (حضور یا تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.
- ۳۷- در بین، ابتدا و انتهای گزارش خط خالی نگذارید.
- ۳۸- در پایان گزارش از مهر نظام پرستاری یا مهر بخش استفاده کنید.
- ۳۹- 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.
- ۴۰- ثبت هرگونه حادثه یا اتفاق که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته ، سقوط، اشتباهات دارویی و...)
- ۴۱-آموزشهای ارائه شده را اعم از آموزش مستقیم، ارائه پنفلت آموزشی را ثبت کنید.
- ۴۲- در صورتیکه بیمار شفاهاً مسئولین درمانی را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش کنید.
- ۴۳-گزارش یک واقعه را بطور کامل ثبت کنید .

۴۴- برای دستورات مبهم و اشتباه، تهیه و وضع خط مشی های مخصوص بیمارستان جهت مراجعه پرستار در مواقع ضروری ، عقلی ، منطقی و اخلاقی است .

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه :

- ۱- دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند و بیمارستانها حق ندارند از دانشجویان برای رفع نیاز پرسنلی استفاده کنند.
- ۲- هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و قلمرو تعیین شده برای پرستار ، نباید توسط وی انجام شود.
- ۳- پرستاران در نگهداری بیماران ناتوان و نابینا و سالمند باید از محدود کننده های فیزیکی استفاده کنند.
- ۴- برای مراقبت و محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار ، پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود در حوزه مراقبتی بیمار مطمئن و ایمن و سالم هستند.
- ۵- وسایل ناقص و خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شوند و به سرپرستار و مقام مافوق کتبا گزارش شوند.
- ۶- در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می رسد ، فوراً به پزشک یا مافوق ذیصلاح اطلاع داده شود .
- ۷- هر گونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته و کتبا گزارش شود.
- ۸- بیماران مرتب کنترل شوند و هر گونه تغییر در طول شیفت پس از بررسی و شناخت دقیق به پزشک و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.
- ۹- شکایت بیمار از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از وضعیت بیمار و رفع درد موضوع را پیگیری کرد.
- ۱۰- اولین وظیفه پرستار حمایت از بیمار است اگر به نظرتان وضعیت بیمار بحرانی است باید به پزشک گزارش دهید ، در این امر درنگ نورزید (خواه نیمه شب ، یا وسط روز) .
- ۱۱- از بکارگیری افراد غیر حرفه ای جهت انجام کارهای تخصصی جدا خودداری کنید . در صورت بروز خطا از سوی آنان ، دادگاه پرستار را مجرم می‌شناسد.
- ۱۲- اگر در دستورات پزشک جای سوال است، نمیتوانید آنرا بخوانید، ناکامل است و یا احتمال میدهید به بیمار آسیبی برساند، در اطمینان از صحت آن بکوشید .
- ۱۳- به منظور حفاظت خود ، تمام تماسهایتان با پزشک را ثبت کنید (با تاریخ و ساعت).
- ۱۴- اگر شما به عملکرد سو یا معالجه غلط در دادگاه متهم شوید، در مورد شما طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت می شود.
- ۱۵- اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی اسناد و مدارک بجا مانده از شما در مراقبت از بیمار می باشد .
- ۱۶- در دادگاه فرض بر اینست که اگر چیزی نوشته نشده باشد ، یعنی انجام نشده است .

- ۱۷- خطاهای دارویی، سقوط، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن گاز و وسایل در بدن بیمار، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار، مشاهدات ناکافی از جمله علل دادگاهی شدن پرستار هستند.
- ۱۸- هیچ گاه از بحث در باره نکات ضعف خود با مافوق نهراسید، مسئولیتهایی را که برای آنها آمادگی ندارید، نپذیرید زیرا در صورت ارتکاب خطا ادعایتان مبنی بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود.
- ۱۹- هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید مگر در موارد اضطراری و تحت شرایط خاص. از نظر قانونی تنها پزشکان حق اینکار را دارند (رو در بایستی ممکنست به بیمار آسیب برساند).
- ۲۰- وقتی بیمار از شما می خواهد که نظرتان را در باره درمان او اظهار کنید، از قبول آن سرباز زنید و از بیان هر جمله و عبارتی که احتمال می رود بیمار از آن دریافت سو کند، اجتناب کنید.
- ۲۱- هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب، آن را امضا نکنید.
- ۲۲- کمبود امکانات اعم از تجهیزات، نیروی انسانی و.. را که امکان بروز حادثه و صدمه به علت استفاده از آنها برای بیمار وجود دارد و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید، بصورت کتبی و طی چند نوبت به مقام مافوق گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگه دارید.

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

۱. عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
۲. محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
۳. محتوی ناقص یا بی ثبات
۴. محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد
۵. محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
۶. وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
۷. امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
۸. تحریف گزارش
۹. وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
۱۰. ناخوانا بودن گزارش
۱۱. درهم برهمی و کثیفی گزارش
۱۲. جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض

۱۳. رونویسی اشتباهات
۱۴. امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
۱۵. لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
۱۶. ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

توجه، توجه، توجه، توجه

۱. پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.
۲. اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
۳. جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند
۴. چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایم اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
۵. تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
۶. 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.
۷. ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
۸. توجه نمایم مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
۹. از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.
۱۰. در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایم.
۱۱. انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.

پروتکل ثبت اطلاعات در کاردکس

هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس برای هر بخش ، ایجاد سرعت عمل در مراقبت از بیمار و به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است . همچنین استفاده از کاردکس امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات همه بیماران بخش را یکجا فراهم می کند.

از یک کاردکس اطلاعات زیر قابل اخذ می باشد : اطلاعات دموگرافیک بیمار ، نام پزشک معالج ، تشخیص پزشکی ، شماره تخت بستری، اقدامات تشخیصی یا درمانی خاص مورد نیاز که در ساعات آینده باید انجام گیرد ، مانند : مشاوره ، رادیوگرافی و تاریخ عمل و ...

دستورالعمل روش ثبت در کاردکس نحوه تکمیل کاردکس

برای ثبت در کاردکس از سه قلم خودکار قرمز ، خودکار آبی ، مداد استفاده می شود .

خودکار قرمز :

از خودکار قرمز برای ثبت موارد مهم مانند : حساسیت دارویی ، خطر خودکشی ، وجود زخم یا هر گونه آسیب پوستی، تزریق عضلانی ممنوع، قطع نمودن دارو DC و به طور کلی اطلاعات خاص استفاده می شود. موارد مهم و توزهات خاص بیمار در قسمت ستون ریسک فاکتور کاردکس ثبت می شود.

خودکار آبی :

از خودکار آبی برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند اطلاعات فردی و مواردی مانند سرمها، داروها، آزمایشات و مشاوره ها استفاده می گردد.

مداد :

از مداد برای ثبت دستورات پزشک (به غیر از سرم و داروها) و کلیه مراقبتهای پرستاری استفاده می گردد. به طورمثال به مواردی همچون علایم حیاتی، رژیم غذایی، وضعیت حرکتی و تغییر پوزیشن می توان اشاره کرد.

نکات مهم :

مراقبت های پرستاری به ترتیب ذیل با ذکر تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت می گردند :

- نحوه کنترل علائم حیاتی
- نحوه کنترل وضعیت هوشیاری
- نحوه گرفتن اکسیژن همراه با نام وسیله و مقدار فلوی اکسیژن
- نوع راه هوایی مصنوعی و نحوه ونتیلاسیون بیمار (مد تنفسی)

■ راه تغذیه بیمار در صورت داشتن NGT ، گاستروستومی و یا ژژنوستومی

■ نوع لوله ادراری (فولی کاتتر F/C یا اکسترنال کاتتر E/C)

■ کنترل I&O با ساعت محاسبه مانند۶-۹-۲۱

در ردیف های بعدی مواردی همچون چست تیوپ ، وریدهای مرکزی، آرترا لاین، دستور تغییر پوزیشن و ماساژ، فیزیوتراپی و نوع آن و موارد دیگر ذکر می گردد.

نکته: در نوشتن کاردکس از اختصارات و اصطلاحات مجاز پزشکی استفاده شود.

📌 نحوه نوشتن دستورات پزشک در کاردکس:

■ دستورات پزشک قبل از انجام با مداد و پس از انجام با خودکار آبی و با ذکر تاریخ در ستون مربوطه نوشته می شود.

■ آزمایشات بیماران (اعم از روزانه و غیره) از اولین سطر قسمت آزمایشات با ذکر تاریخ و با مداد نوشته شود.

مثال : کنترل FBS روزانه و یا کنترل Cr روزهای فرد و ...

📌 دستورات دارویی :

■ مواردی که دارو Hold می شود، با ذکر تاریخ در قسمت ملاحظات کاردکس درج شود.

■ سرمها و داروهای stat در ستون مربوطه به مدت ۱۲ ساعت به صورت مدادی باقی مانده پس از آن پاک می شوند. داروهایی که تغییر می یابند و یا قطع می شوند با خودکار قرمز روی آنها یک خط صاف کشیده شده و در ستون مربوطه نوشته می شود .

■ داروهایی که تغییر دوز دارند، بعد از DC نمودن با دوز جدید نوشته می شود.

■ سرم باید در ستون مربوطه ذکر گردد و مواردی مانند حجم سرم ،تعداد قطرا در دقیقه و ساعت شروع ، داروهای اضافه شده سرم قید گردد.

■ برای سرم های KVO نیز ساعت شروع قید گردد.

نکته :

■ در صورت پاکنویس نمودن کاردکس، کاردکس قبلی پانچ و در فایل پرونده گذاشته می شود. ضمناً نام و مشخصات فرد پاکنویس کننده باید قید گردد.

■ در صورت نیاز به استفاده از کاردکس دوم، هر صفحه کاردکس باید با ذکر شماره مشخص گردد.

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

■ کاردکس باید تمیز نگه داشته شود و مراحل آن به صورت منظم قید گردد و همه پرستاران از الگوی منظم استفاده نمایند.

• Beverage D, Donofrio J. Charting, Incredibly Easy. Philadelphia. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins. 2005.

- عباسی، مهروی. گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری. تهران: نشر سالم، ۱۳۷۹.
- رسول زاده، نسرین. تقوی لاریجانی، ترانه. ثبت گزارش پرستاری. تهران: نشر دریاچه، ۱۳۸۲.
- پرویز، نوروز. ثبت و گزارش نویسی در پرستاری. تهران، انتشارات فراغی، ۱۳۸۱.
- بشارتی، افسانه. فلوشیپ و نوشتن گزارش پرستاری در بخش های ویژه. دانشگاه علوم پزشکی - معاونت درمان دفتر پرستاری و مامایی استان شیراز. ۱۳۸۷.
- نعیمیان، علیرضا. گزارش نویسی در پرستاری. دفتر پرستاری بیمارستان هاشمی نژاد مشهد. ۱۳۸۶.
- ورقابی، افخم. گزارش تنویسی اصولی در پرستاری. مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز ۱۳۸۳