



بیمارستان تخت جمشید

دستورالعمل گزارش نویسی در پرستاری

تهیه و تنظیم:
دفتر پرستاری



استانداردهای گزارش نویسی در پرستاری

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. نافذ ترین 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

قطعاً پرونده بیماری که یک شرح حال (Observation) و سیر بیماری (progress note) مناسب توسط پزشک و یک گزارش پرستاری (Nurse record) مناسب توسط پرستار داشته باشد از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند می‌شوند.

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 می‌کند.

گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record)، گزارش شفاهی (Report) یا مشاوره (Consultation) صورت می‌گیرد. در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران به پرستاران شیفت بعدی، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می‌نمایند. از مهمترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه‌ای (پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه و...) می‌باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد.

اهداف گزارش نویسی

۱. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
۲. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
۳. تهیه صورتحساب مالی
۴. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
۵. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
۶. نظارت کنترل و ارزشیابی سیستمهای مراقبتی، درمانی و بهداشتی
۷. پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی

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.

Actual	۱. حقیقت
Accuracy	۲. دقت
Completeness Concise	۳. کامل و مختصر
Current ness	۴. پویا
Organization	۵. سازماندهی
Confidential	۶. محرمانه

حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد.

گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می 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	گزارش غلط
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.	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	گزارش غلط
بیمار ۳۶۰ cc مایعات (آب) مصرف نموده است.	بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.
زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ cm طول دارد.	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 بایستی 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.

✓ 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

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.

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.

مثال:

گزارش طولانی	گزارش مختصر
انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی موبرگی خوب است، نبض روی پای چپ قوی است، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.	انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخنها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید، نبض روی پای چپ قوی، ۴+ دو طرفه و بدون التهاب است.

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 انجام 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.

سازماندهی گزارش

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

محرمانه بودن گزارش

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

فعالیتهایی که بطور بی وقفه و جاری باید در پرونده ثبت شوند

- ✚ علائم حیاتی / سطح هوشیاری و خلق بیمار
- ✚ تجویز دارو و اقدامات درمانی
- ✚ آماده نمودن بیمار برای انجام تستهای تشخیصی و اتاق عمل
- ✚ پذیرش ، انتقال ، اعزام ، ارجاع ، ترخیص یا فوت بیمار
- ✚ تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار
- ✚ آموزشهای ارائه شده

در خصوص درد باید به موارد زیر در گزارش پرستاری اشاره کرد

کیفیت درد ، شدت درد، دوره درد، عوامل تشدید کننده درد، واکنش های بیمار استفاده از مسکن

در خصوص داروها موارد زیر باید در اقدامات دارویی ثبت گردد

- نام دارو
- شکل دارو (امپول /قرص /پماد/شربت و....)
- دوز دارو
- راه ورودی مصرف (PO /Im /IV و...)
- نوع مصرف (BD/ PRN/ stat و...)
- واکنش به دارو
- اقدامات و گزارشات مربوطه

در مورد تزریق خون موارد زیر باید در گزارش پرستاری ثبت شود

- چک دستورات پزشک
- ثبت نتیجه آزمایش خون در گزارش پرستاری
- ثبت درخواست خون نوع و میزان فرآورده خونی در سیستم HIS
- ارسال نمونه خون بیمار جهت کراس مچ
- تکمیل فرم درخواست فرآورده توسط پرستار با مهر و امضای پزشک درخواست کننده
- تحویل فرآورده خونی از آزمایشگاه و چک کیسه خون از نظر نشستی ، تغییر رنگ و....
- رعایت ایمنی و شناسایی بیمار در تمام مراحل
- ثبت تاریخ و ساعت شروع خون و علائم حیاتی قبل و پایان تزریق
- ثبت شماره سریال فرآورده در گزارش پرستاری
- الصاق برچسب خون بر روی فرم هموویزیلانس
- ذکر نام دو پرستار در هنگام تزریق در گزارش پرستاری
- در صورت واکنش ثبت اقدامات انجام گرفته

مواردی که در مانیتورینگ قلب باید در گزارش پرستاری ثبت شوند

- تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ قلب
- لیدهای استفاده شده
- ریتم های خوانده شده (سینوسی /برادیکاردی /AF و...)
- تغییر وضعیت بیمار

در ثبت گزارش تخلیه ترشحات ریه ها این موارد باید ثبت شوند

- تاریخ وساعت شروع تخلیه ریوی وجارت باتل مربوطه درهر شیفت
- نوع سیستم بکار رفته واطمینان از کارکرد صحیح
- مقدار ونوع ترشحات تخلیه شده
- وضعیت تنفس بیمار
- مراقبتهای لازم جهت تخلیه ترشحات در تمام مراحل مراقبتی

در ثبت گزارش تخلیه کلیه ترشحات از درنجا و اتصالات این موارد باید ثبت شوند

- تاریخ وساعت شروع تخلیه وجریان ترشحات درهر شیفت
- نوع سیستم بکار رفته ونحوه اندازه گیری وثبت ترشحات
- مقدار ونوع ترشحات تخلیه شده
- وضعیت کلی بیمار
- توجه به تاریخ تعویض و... ثبت آن

دراکسیژن تراپی موارد زیر باید ثبت شوند(Oxygen Therapy)

- دلایل شروع اکسیژن تراپی (علائم اختلال تنفسی)
- زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن تراپی
- روش اکسیژن تراپی
- میزان اکسیژن تراپی
- واکنش فرد نسبت به اکسیژن تراپی

در ثبت گزارش NGT موارد زیر باید ثبت گردد

- نوع واندازه لوله بینی /معدده ای
- تاریخ وساعت وراه ورود لوله (از سوراخ راست /چپ بینی یا دهان)
- مواد ساکشن شده از نظر نوع ، قوام ،مقدار وبوی آن
- تحمل بیمار نسبت به جایگذاری لوله
- علائم ونشانه های عوارض لوله گذاری (تهوع ، استفراغ ، اتساع شکم)
- روش مطمئن شدن از محل لوله درمعدده (سطح هوای معدده /عکسبرداری)

مواردی که در گاوآز باید ثبت شوند

- دلایل لوله گذاری معدده
- نوع گاوآز (متناوب/مداوم)
- حجم ونوع محلول گاوآز
- حجم مایع موجود درمعدده قبل از گاوآز
- رنگ ترشحات برگشتی از معدده
- تحمل مددجو
- آموزش به خانواده

مواردی که در لاواژ باید ثبت شوند

- دلائل لوله گذاری معده
- نوع لاواژ (متناوب/مداوم)
- حجم و نوع محلول لاواژ
- حجم و رنگ موارد برگشتی
- تحمل مددجو

هنگام برداشتن NGT موارد زیر باید در گزارش ثبت شوند

- تاریخ وساعت برداشتن NGT
- چگونگی تحمل بیمار
- حوادث غیر معمول در هنگام خارج نمودن لوله (تهوع / استفراغ / اتساع شکم و عدم تحمل بیمار)

در صورت سونداژ بیمار موارد زیر باید ثبت شوند (Bladder Catheterization)

- علت سونداژ مثانه
- نوع وسایز سوند و حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالن
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه
- در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

در انجام بانسمان، مراقبت از زخم، و ناحیه برش جراحی موارد زیر باید ثبت شوند (Wound Dressing)

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

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 دفعات دفیبریلاسیون، مقدار انرژی بکار رفته و واکنش بیمار نسبت به آن
- ✚ دارو درمانی (نوع و دز و زمان و نام فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید)
- ✚ واکنش مردمکها
- ✚ افراد عضو تیم احیاء
- ✚ زمان خاتمه CPR
- ✚ نتیجه عملیات احیا مانند فوت بیمار (انتقال به سرد خانه) انتقال به بخش ویژه ، اعزام به مرکز مجهز تر

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش پرستاری

- ✚ عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- ✚ محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
- ✚ محتوی ناقص یا بی ثبات
- ✚ محتوی توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد
- ✚ محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد
- ✚ وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- ✚ امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- ✚ تحریف گزارش
- ✚ وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ✚ ناخوانا بودن گزارش / درهم برهمی و کثیفی گزارش
- ✚ جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- ✚ رونویسی اشتباهات
- ✚ امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- ✚ لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ✚ ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

نکات مهم در ثبت گزارش پرستاری

- پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد
- اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
- جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند
- چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
- تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
- ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
- مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
- از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جداا ممانعت بعمل آورید.
- در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.
- 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.

گزارشات شفاهی

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

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

change of shift reports	۱. گزارش تعویض شیفت
Telephone reports	۲. گزارش تلفنی
Transfer reports	۳. گزارش انتقالی
Incident reports	۴. گزارش حوادث اتفاقی

گزارش تعویض شیفت change of shift reports

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. زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر است.

گزارش تلفنی Telephone reports

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

- * اطلاعات واضح است
- * اطلاعات صحیح است
- * اطلاعات دقیق است

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

- * چه موقع تماس گرفته است؟
- * چه کسی تماس گرفته است؟
- * با چه کسی صحبت شد؟
- * چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال:

ساعت ۲۲/۱۰ pm پرسنل 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.
- + دستورات تلفنی بایستی توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستوران پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند.
- + بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.
- + وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است.
- + چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سؤالاتی 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 حتی دستورات شفاهی توسط ۲ نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء می گردد.**
- + براساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستور تلفنی دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند (حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی)

گزارش انتقالی Transfer reports

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

هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود در ثبت گزارش پرستاری باید نکات زیر ثبت شود:

۱. نام، سن، نام پزشک معالج و تشخیصهای پزشکی بیمار، زمان و تاریخ انتقال
۲. خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
۳. وضعیت سلامتی فرد و برنامه مراقبتی در حال حاضر
۴. هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
۵. توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)
۶. نام پرستار تحویل گیرنده
۷. پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

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

در گزارش حوادث اتفاقی موارد زیر باید در گزارش پرستاری ثبت گردد

- ✚ توصیف دقیق واقعه
- ✚ زمان حادثه
- ✚ زمان اطلاع به پزشک مسئول و سوپروایزر وقت
- ✚ اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
- ✚ زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- ✚ درمانها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

نحوه گزارش نویسی در هر یک از مراحل مراقبتی جهت بیماران

گزارش پرستاری بدو ورود

- * ثبت مشخصات بیمار به همراه ساعت ونحوه ورودبیمار به بخش (ویلچر، برانکارد ، با پای خودو...) ، علت مراجعه، سرویس بستری ، تشخیص احتمالی درگزارش پرستاری
- * بررسی مستندات همراه بیمار مانند پرونده ، دستور بستری ، دستبند هویتی، مدارک پزشکی وثبت موارد مهم درگزارش پرستاری
- * اخذ 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.
- * تکمیل فرم ارزیابی اولیه وثبت موارد قابل ذکر و پیگیری در گزارش پرستاری ، ثبت سطح هوشیاری بیمار ، نحوه برقراری ارتباط در صورت عدم برقراری ارتباط منبع ثبت اطلاعات قید شود، سابقه حساسیت دارویی ، مصرف دارو ، سوابق بیماری ، سابقه بستری در بیمارستان ، سابقه تزریق خون وگروه خونی ، ارزیابی اولیه از بیمار و مشکلات فعلی و...
- * در صورتی که بیمار برای عمل جراحی بستری می شود ثبت نام بیمار در لیست اتاق عمل ، اطلاع به پزشک معالج ، بیهوشی واتاق عمل وثبت موارد در گزارش پرستاری
- * ثبت وضعیت درن واتصالات بیمار (NGT ، IV LINE ، سوند فولی و...) در گزارش پرستاری
- * ثبت وضعیت دیورز، دفع ورژیم غذایی
- * ارائه آموزش به بیمار در زمینه اطلاعات عمومی بخش ، منشور حقوق بیمار ، معرفی خود به عنوان پرستار بیمار
- * ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها (شامل نام دارو، دوز دارو، راه مصرف و نام پرستار) گرافی‌ها، مشاوره‌ها و EKG، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است
- * ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش پرستاری قبل از عمل

- تکمیل برگه قبل از عمل (شماره ۶) و بررسی مستندات رضایت آگاهانه
- ثبت مشخصات بیمار ، نوع عمل و محل موضع عمل
- ثبت نتایج مشاوره های انجام شده و پیش بینی ریسک توسط پزشک مشاور و اطلاع دستورات مشاوره پزشکی معالج
- ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید PR – GCS–BP –T
- ثبت رژیم غذایی و آمادگی هایی که جهت عمل مانند انما ، سونداژ و... داده شده و نتایج حاصله از آن مانند اجابت مزاج ، برقراری دیورز و..
- ثبت آمادگی های لازم از قبیل حمام ، شیو ناحیه عمل ، پرپ ناحیه عمل
- ثبت داروهای پروفیلاکسی و مسکن و سرم و اجرای آنها با ذکر ساعت و تاریخ قبل از اتاق عمل
- ثبت موارد مربوط به درخواست خون ، رزرو خون و اخذ رضایت عمل
- نظارت در پوشیدن گان ، شلوار ، کلاه و اطمینان از وجود دستبند هویتنی و روشهای شناسایی بیمار و ایمنی و یکسان سازی مستندات و ثبت موارد قابل ذکر در پرونده مانند عضو و سمت مورد جراحی ، علامتگذاری عضو و...
- ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)
- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل
- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سندها، لوله تراشه و غیره)
- در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت میشود. 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 پرستاری در ریکاوری

- * ثبت مشخصات بیمار ، نوع عمل و ساعت تحویل بیمار از اتاق عمل به ریکاوری
- * ثبت وضعیت هوشیاری و تنفسی بیمار در صورت نیاز به اکسیژن و ساکشن
- * در صورتی که دسترسی از طرف پزشک بیهوشی یا جراح برای ریکاوری داده شد از جمله تزریق (آنتی بیوتیک / مسکن) ثبت شود
- * ثبت مانیتورینگ و پالس اکسیمتری بیمار
- * ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه مثل (FC، NGT، لوله تراشه، چست تیوب، وزنه ، هموواک...)
- * ثبت وضعیت عمومی بیمار مانند تهوع ، استفراغ و... و پوزیشن داده شده به بیمار ثبت شود
- * ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست
- * ثبت عوارض بیهوشی و اقدامات انجام گرفته
- * ثبت آموزشهای ارائه شده به بیمار در صورت هوشیاری
- * پس از کسب تکلیف از بیهوشی برای انتقال بیمار به بخش ثبت ساعت تماس با بخش مربوطه برای انتقال بیمار ، کلیه مدارک همراه بیمار مستندات و پرونده بیمار و ذکر ساعت خروج از ریکاوری
- * در سزارین جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.
- * ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش بعد از عمل

- * ثبت مشخصات بیمار ، نوع عمل و ساعت تحویل بیمار از اتاق عمل
- * ثبت وضعیت هوشیاری و تنفسی بیمار و در صورت نیاز اکسیژن تراپی و ساکشن ترشحات ریه
- * ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری و کنترل $\infty 0$ ادر ساعات اولیه (در صورت نیاز مانیتورینگ بیمار)
- * ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- * ثبت وضعیت عمومی بیمار مانند تهوع ، استفراغ و... و پوزیشن داده شده به بیمار چک دستورات پزشک ، ثبت دستورات دارویی و سرم درخواستی در کاردکس دارویی
- * چارت OR در با لای برگه علائم حیاتی با رنگ قرمز به بلندی حدود ۲ سانتی متر
- * ثبت رژیم غذایی و دستورات مرتبط / ثبت وضعیت تحرک ، پوزیشن و توصیه های حرکتی داده شده توسط پزشک
- * ثبت عوارض بیهوشی پس از عمل و ذکر اقدامات انجام شده در صورت تماس با دکتر درج ساعت تماس و دستورات ارائه شده (در صورت دادن داروی مسکن / PRN و STAT) با ذکر ساعت و علت تزریق ثبت شود
- * ثبت آموزشهای ارائه شده به بیمار در صورت هوشیاری
- * 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
- * ثبت موارد قابل پیگیری در شیفت بعدی
- * ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش روتین و روزانه بیمار

- * وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار
- * وضعیت قلبی بیمار (در دقفسه سینه / تنگی نفس / مانیتورینگ قلبی / ریتم قلبی و...)
- * وضعیت تنفسی و پوزیشن بیمار (نوع پوزیشن ، اکسیژن تراپی / در بخش های ویژه مد دستگاه ونتیلاتور ثبت شود
- * ساعت ویزیت بیمار و مشاوره و نتایج آن (روییت ECG / درخواستهای پاراکلینیکی و دارویی / در صورت دادن مسکن / داروی PNR و STAT ذکر ساعت و علت استفاده)
- * ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- * ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع ، استفراغ و...
- * پس از چک دستورات پزشک ، ثبت دستورات دارویی و سرم درخواستی در کاردکس دارویی
- * ثبت وضعیت دیورز، دفع و رژیم غذایی / ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری و کنترل $\infty 0$
- * ثبت وضعیت تحرک ، پوزیشن و توصیه های حرکتی داده شده توسط پزشک
- * ثبت نتایج حاصل از پیگیریهای انجام شده در شیفت (مشاوره / گرافی / آزمایش و...) و ذکر موارد قابل پیگیری در شیفت بعدی
- * ثبت آموزشهای ارائه شده به بیمار
- * ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش زمان ترخیص

- * وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار
- * وضعیت قلبی و تنفسی بیمار
- * ساعت ویزیت بیمار و مشاوره و نتایج آن و صدور دستور ترخیص بیمار
- * ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- * ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع ، استفراغ و...
- * ثبت وضعیت دیورز، دفع ورژیم غذایی / ثبت علائم حیاتی
- * تحرک ، پوزیشن و توصیه های حرکتی داده شده توسط پزشک
- * نظارت بر تکمیل مستندات مرتبط با ترخیص بیمار (شرح حال / برگه خلاصه پرونده / آموزش زمان ترخیص در دوبرگه آموزش مستمر و حین ترخیص با امضای پزشک / پرستار تغذیه و خود بیمار)
- * ثبت آموزشهای ارائه شده به بیمار
- * ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش انتقال بیمار به بخشها

- * وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار
- * وضعیت قلبی و تنفسی بیمار و پوزیشن بیمار
- * ساعت ویزیت بیمار و مشاوره و نتایج آن و دستور صدور انتقال بیمار (این بند در مورد بیمارانی که کد احیا برای آنها اعلام شده نیز صدق می کند)
- * ثبت ساعت و چگونگی هماهنگی با بخشی که بیمار قرار است به آنجا منتقل شود
- * در صورتی که بخش مقصد برای انتقال جا ندارد ذکر تعاملات و نتایج حاصل از بررسی بعمل آمده با سوپروایزر بیمارستان
- * ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- * ثبت وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع ، استفراغ و دیورز، دفع ورژیم غذایی / علائم حیاتی
- * ثبت وضعیت تحرک بیمار و چگونگی انتقال بیمار (استفاده از برانکارد / ویلچر / اکسیژن / ونتیلاتور / آمبویگ و...)
- * نظارت بر تکمیل مستندات مرتبط با انتقال بیمار (دفترچه بیمار / مدارک همراه بیمار گرافی / اسکن / پرونده بیمار و...)
- * ثبت ساعت خروج بیمار از بخش و پیگیریهای قابل انجام توسط بخش مقصد
- * ثبت آموزشهای ارائه شده به بیمار
- * ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش زمان انتقال، ارجاع و.. به مرکز دیگر

- * وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار
- * وضعیت قلبی و تنفسی بیمار و پوزیشن بیمار
- * ساعت ویزیت بیمار و مشاوره و نتایج آن و دستور صدور اجازه انتقال و ارجاع بیمار
- * ثبت ساعت و چگونگی هماهنگی با مرکزی که بیمار قرار است به آنجا منتقل شود
- * ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسما
- * ثبت وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع، استفراغ و دیورز، دفع ورژیم غذایی / ثبت علائم حیاتی
- * ثبت وضعیت تحرک بیمار و چگونگی انتقال بیمار (استفاده از برانکار / ویلچر / اکسیژن / ونتیلاتور / آمیوبگ و...)
- * نظارت بر تکمیل مستندات مرتبط با انتقال بیمار (دفترچه بیمار / مدارک همراه بیمار گرافی / اسکن / پرونده بیمار و...)
- * ثبت ساعت خروج بیمار از بخش و سمت تکنسین همراه بیمار / نوع وسیله نقلیه استفاده شده و مراقبتهای لازم در طول مسیر
- * ثبت آموزشهای ارائه شده به بیمار
- * ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش پرستاری نوزاد

- ۱- ذکر نام و ساعت پس از تولد نوزاد و وضعیت نوزاد
- ۲- نتایج قابل ذکر حاصل از بررسی و ارزیابی نوزاد
- ۳- نوع و دفعات شیر خوردن نوزاد و قدرت مکیدن و مراقبت های لازم و تحمل شیر و یا استفراغ
- ۴- دفع ادرار و مدفوع
- ۵- رنگ و وضعیت پوست، مو و ناخن و رفلکس های نوزاد و مراقبت ها
- ۶- آزمایش های لازم مانند گروه خون، بیلی روبین
- ۷- وضعیت و نوع تنفس و علائم حیاتی
- ۸- گریه نوزاد
- ۹- تماس با مادر و هم آغوشی
- ۱۰- ساعت ویزیت پزشک و چک دستورات
- ۱۱- ثبت اقدامات درخواستی در ویزیت
- ۱۲- در صورتی که نوزاد تحت فوتوتراپی است ذکر اقدامات و آزمایشات و پیگیری ها
- ۱۳- در صورتی که نوزاد در انکوباتور است و تحت درمان ذکر ارزیابی های مستمر درجه انکوباتور، اکسیژن و مراقبت ها
- ۱۴- در نوزادان و اطفال دارای سرم و یا هرگونه انفوزیون نتایج به درستی ثبت شود.
- ۱۵- آموزش به مادر و همراهان در زمینه مراقبت و شیر دهی
- ۱۶- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش پرستاری مادر

- ۱- ذکر نام وهوشیاری مادر
- ۲- شیر دهی وهم آغوشی
- ۳- خونریزی وکنترل قله رحم
- ۴- تغذیه ، دفع وادرار
- ۵- تامپون داخل واژن
- ۶- آزمایش های لازم مانند گروه خون واحتمال تزریق رگام
- ۷- ویزیت پزشک واقدمات درخواستی
- ۸- آموزش به مادر وهمراهان
- ۹- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاءگزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

اصول ثبت گزارش پرستاری براساس گایدلاین های مستندسازی و استانداردهای اعتباربخشی

- گزارش پرستاری در فرم استاندارد ثبت شود و نیز مشخصات کامل بیمار (نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ،...) و بر روی فرم ثبت گردد
- گزارش پرستاری توسط پرستار در هر شیفت نوشته شود.
- تاریخ شیفت و ساعت ثبت گزارش قید گردد و جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ تا ۲۴ استفاده شود
- گزارش پرستاری با خودکار آبی / مشکی نوشته شود
- گزارش پرستاری خوش خط و خوانا و با املاء و گرامر صحیح بدون خط خوردگی و لاک گرفتگی ثبت شود
- در صورت اشتباه در ثبت گزارش کشیدن خط نازک و کلمه ((اصلاح شد)) ثبت گردد و در پایان گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ثبت شده و سپس امضاء و مهر گردد

- در گزارش پرستاری فضای خالی وجود نداشته باشد.
- از اصطلاحات و اختصارات استاندارد در ثبت گزارش پرستاری استفاده گردد.
- در صورتی که نیاز به بیان نقل قول باشد عین گفته ها داخل () قرار گیرد.
- **گزارش پرستاری براساس ترتیب سیستم های قید شده ثبت شود:**

سیستم اعصاب مرکزی (CNS)

سیستم تنفسی (Res)

سیستم قلبی و عروقی (CV)

سیستم پوست (Skin)

سیستم ادراری (GU)

سیستم گوارشی (GI)

سیستم ماهیچه ای ، اسکلتی (Musculoskeletal /activity)

سیستم روانی - اجتماعی (Psychosocial)

سایر موارد others

- مشکلات مشاهده شده در ارزیابی بیمار (Assessment) در گزارش پرستاری ثبت گردد
- تشخیص های پرستاری براساس مشکلات موجود بیمار ثبت گردد.
- مداخلات و اقدامات انجام شده با گایدلاین های پرستاری مطابقت داده شود و ثبت گردد.
- ارزیابی نهایی پس از انجام اقدامات پرستاری در گزارش ثبت گردد.
- تاریخ ، ساعت و طریقه ورود بیمار به بخش (بوسیله برانکاردر یا خود بیمار و ...) در گزارش پذیرش ثبت گردد
- توالی ثبت اقدامات پرستاری در ثبت گزارشات رعایت شود
- گزارش پرستاری نبایده صورت پیش بینی مراقبتی که در آینده ارائه خواهد شد ثبت گردد.
- نوع و ساعت کلیه اقدامات (درمانی ، مراقبتی ، تشخیصی) انجام شده توسط پرستار ثبت گردد.
- گزارشات پروسیجرها باید شامل چگونگی پروسیجر ، زمان و نام انجام دهنده پروسیجر و چگونگی انجام پروسیجر و واکنش و تحمل بیمار به پروسیجر باشد
- ثبت وضعیت عمومی بیمار (درد ، دفع ، جذب ، اشتها ، وضعیت تغذیه ، استراحت و خواب بیمار در گزارش پرستاری ثبت گردد
- ثبت رفتار بیمار (رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست ، مشاهده گردد. رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی ، و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک نیز میشود. در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار نوشته شود.
- عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری مثل : اثر مسکن بر درد اثر پاشویه بر تب ، گرما و سرما ، کاهش تورم و ... در گزارش پرستاری ثبت گردد. (مبنای گزارش درک بیمار و مشکلات عینی اوست)
- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند ، گزارش و ثبت گردد (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و ...)
- کلیه آماده سازی های مربوط به هر بیمار قبل از هر تست تشخیصی ثبت گردد
- هرگونه تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار در گزارش پرستاری ثبت گردد.

- ثبت ساعت اطلاع به پزشک و هنگام ویزیت بیمار
- ثبت ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست ، مسئول تغذیه ، بیهوشی و...)
- 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.
- در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات (1 & 0) دارد ضروریست پس از محاسبه ، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت نمائید . ضمناً " جمع ۲۴ ساعته (1 & 0) در برکه علائم حیاتی ردیف مربوطه نیز ثبت شود.
- نحوه محاسبه داروهای رقیق شونده که از طریق انفیوژن پمپ و یا داخل سرم (هپارین ، دوپامین و...) در گزارش پرستاری ثبت گردد
- 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)
- در صورتیکه دارو hold شده با ذکر علت در قسمت مداخلات نوشته شود .
- در مورد داروهای PRN باید بطور کامل و مشخص دلیل استفاده و پاسخ بیمار به دارو ثبت شود.
- در صورتی که بیمار از دارو سوء استفاده نمود یا دارو را نپذیرفت گردد.باید در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- در صورت تزریق خون یا فرآورده های خونی زمان و تاریخ شروع ترانسفوزیون ، مقادیر ، علائم حیاتی قبل - حین و پس از ترانسفوزیون ثبت شود
- 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.
- ثبت وضعیت نوزاد برای موارد زایمانی در بخش زنان و زایمان (حتی در صورت سالم بودن نوزاد در مورد نوزاد نیز باید مطلبی ثبت کرد)
- ثبت حوادث غیرمترقبه : فرار، کما، برق گرفتگی ، حساسیت و آلرژی ، سقوط، ایست قلبی و تنفسی ،خودکشی باید با ذکر ساعت و توضیحات کامل و اقدامات انجام شده و نیز در جریان قرار دادن مسئولین ثبت گردد.
- اقدامات لازم ایمنی یا حفاظتی ، اطلاع به پزشک ، ابزار و وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.
- **مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.**
- گزارش پرستاری پس از تکمیل با کشیدن خط بسته شود.
- در انتهای هر گزارش نام و نام خانوادگی بطور کامل ،مدرک حرفه ای امضاء و مهر ثبت کننده گزارش بطور خوانا ثبت گردد.