

آموزش پرسنل جدیدان ورود

مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی الزهراء (س)

لیلا فرزاد کارشناس ارشد مامایی

سوپروایزر آموزشی

چرا گزارش می نویسیم؟



- ۱- برقراری ارتباط
- ۲- برنامه ریزی مراقبتی
- ۳- بررسی کیفیت مراقبتهای پرستاری
- ۴- تحقیقات
- ۵- تصمیم گیریهای تشخیصی و درمانی
- ۶- آموزش
- ۷- اسناد قانونی
- ۸- باز پرداخت ها

جنبه های قانونی ثبت

Remember!!

“If it is not documented ... it is not done”

“آنچه که ثبت نشده است، یعنی انجام نشده است.”

سند قانونی (LEGAL DOCUMENTATION)

✓ اوراق پرونده بیمار اسناد قانونی هستند که ممکن است بعنوان مدرک و شاهد در دادگاه مورد استفاده قرار گیرند. بنابر این :

✓ وقتی به علت ادعای مراقبت نامطلوب هر عضو از تیم درمان به دادگاه فراخوانده شود نقش مهمی در محکومیت یا تبرئه شدن آنها دارد.

✓ بعنوان سند اتفاقاتی است که برای بیمار رخ می دهد.

پرونده بیمار سند قانونی ماندگار و تنها نشان دهنده تعاملات بین پرستار و بیمار می باشد و در صورتیکه بیمار یا قیم وی ادعای قصور پرستاری نماید، بهترین مدافع پرستار خواهد بود .

اصول نگارش نوپرسی



تعریف کلی از گزارش نویسی

به منظور ثبت وضعیت جسمی ، روانی و مراقبتی بیمار، تبادل و انتقال اطلاعات اساسی از فردی به فرد یا افراد دیگر ، به عنوان سند و مدرک پایدار و ثابت ، گزارش پرستاری در هر شیفت کاری که شامل **وضعیت عمومی** (سطح هوشیاری و علائم حیاتی)، **تغییرات حاد** (عینی و ذهنی)، **رژیم غذایی** و **اشتها**، **جذب و دفع**، **خواب** و **استراحت**، **فعالیت** و **تحرک بیمار**، اقدامات پاراکلینیکی و پیگیری آنها، مشاوره ها، اعزام و انتقال به سایر مراکز، مراقبتهای خاص پرستاری، اجرای دستورات STAT و PRN و **آموزش به بیمار** میباشد بطور جامع و کامل در پرونده بیمار ثبت و ممهور به مهر پرستار و امضاء وی میشود. همچنین تاریخ و ساعت کلیه اقدامات درج میگردد.

اصول صحیح گزارش نویسی

- ۱- از خودکار آبی یا مشکی برای ثبت گزارشات استفاده گردد
از خودکار قرمز فقط جهت تیک زدن دستورات پزشک و چارت درجه حرارت بیمار در روی برگه چارت علائم حیاتی استفاده گردد.
- ۲- گزارش هر ۲۴ ساعت توسط یک خط قرمز از گزارشات روز بعد جدا گردد.
- ۳- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را **خوانا و مرتب** بنویسید.
- ۴- هنگام نوشتن به خواننده خود فکر کنید. مختصر بنویسید

سادگی و اختصار نشاندهنده "اعتماد به نفس شماست."

Keep In Simple & Short

اصول صحیح گزارش نویسی

۵- گزارشات باید بطور متوالی و روی خطوط نوشته شود، بین کلمات فضای خالی نباشد و روی فضای خالی خط کشیده شود.

تبعیت از خطوط راهنمای گزارش نویسی، به پیشگیری از خطاها و اشتباهات کمک می کند.

۶- ثبت اطلاعات باید **بدون خط خوردگی** باشد. در صورت اشتباه نباید از پاک کن یا غلط گیر استفاده شود بلکه خط نازک کشیده شود و کلمه **اصلاح شد** یا **تصحیح شد** در کنار یا بالای آن قید گردد.

۷- در ثبت ارتباط کلامی با بیمار باید جملات خود بیمار را نوشت و از تعبیر و تفسیر آن خودداری نمود.

۸- از بکار گیری کلماتی مبهم نظیر "خوب"، "تقریباً"، "نرمال"، یا ... که ممکن است برای خوانندگان مختلف معانی متفاوتی بدهند، خود داری و از جملات قابل اندازه گیری استفاده کنید.

غلط

مقدار ترشحات متوسط است

درست

۲۰ قطره ترشح داشته است

اصول صحیح گزارش نویسی

۹- از بکارگیری اختصارات غیر استاندارد خود داری کنید.

۱۰- از علامت ایضاً (//) استفاده نشود .

۱۱- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. **روش نظامی (military)**

ساعت یک بعداز ظهر را بصورت: ۱۳:۰۰

ساعت سه و ربع بامداد را بصورت: ۰۳:۱۵

۱۲- تاریخ شیفت شب باید از ساعت ۱۲ شب به بعد محسوب شود.

۷- ۹۵/۱۲/۶

N

۱۳- ثبت کلیه گزارشات با قید تاریخ و ساعت انجام گیرد.

۱۴- در صورتیکه بیمار به هر دلیل از بخش خارج شود (سونوگرافی، رادیولوژی و...) زمان رفت و برگشت و محل مورد نظر ثبت شود.

اصول صحیح گزارش نویسی

۱۵- کارهای انجام شده ثبت شود.

آزمایش خون دارد . پانسمان دارد **غلط**

آزمایش خون شد. پانسمان شد **درست**

۱۶- مراقبتها، داروها، پروسیجرها و کلیه مداخلات پرستاری را به محض اجرای آنها ثبت کنید. هرچقدر بیمار بدحالتتر باشد، به همان اندازه ثبت باید زودتر انجام شود.

۱۷- هرگز اقدامات را قبل از انجام آنها ثبت نکنید زیرا باعث شک و بی اعتمادی است .

۱۸- برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی، گزارش پرستاری باید در **انتهای شیفت** نوشته شود.

۱۹- مشکلات را بر اساس اتفاق افتادن آنها در یک **نظم خاص** ثبت کنید. مداخلات پرستاری و پاسخ بیمار را ثبت کنید.

۲۰- تماس با سایر اعضای تیم درمان را یادداشت کنید.

اصول صحیح گزارش نویسی

۲۱- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل: نام دارو، دوز دارو، راه تجویز دارو، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد). اگر بیمار دارو را همراه با سرم دریافت می کند، سرعت تزریق دارو و مراقبتهای مربوطه نظیر کنترل PR و BP ذکر گردد.

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

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

۲۴- چنانچه بیمار از خوردن دارو امتناع می ورزد حتماً با ذکر دلیل در پرونده ثبت شود.

اصول صحیح گزارش نویسی

۲۵- همیشه باید درمان های تهاجمی و غیرتهاجمی و وضعیت آن در پرونده ثبت گردد مانند سوند فولی، تراکشن و غیره

۲۶- واکنش و چگونگی تحمل بیمار در هنگام اجرای دستورالعمل ها و پروسیجرهای درمانی و تشخیصی مثل LP، انواع بیوپسی ها، شروع مایعات و... ثبت گردد.

۲۷- در گزارشات روی یافته های غیر طبیعی تأکید گردد مثل: تنگی نفس و غیره ...

۲۸- در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به عللی اجرا نشده (مثل عدم همکاری بیمار، ارتباط برخی از دستورات با بخش پذیرش دهنده بیمار و ...)، ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود.

اصول صحیح گزارش نویسی

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

۳۰- دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد **غیر طبیعی** آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید

۳۱- در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع در یافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید .

۳۲- در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هر گونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

اصول صحیح گزارش نویسی

۳۳- پرستار شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.

۳۴- ضروری است پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار، در اسرع وقت گزارش نماید.

۳۵- کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری باید با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

۳۶- گزارش عملیات احیای قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پرونده ثبت شود.

اصول صحیح گزارش نویسی

وضعیت و حالت عمومی بیمار با ذکر مواردی نظیر ارتباط با دیگران، وضع هوشیاری، خواب و استراحت و ... با کلمات قابل اندازه گیری توصیف گردد.

به مراقبتهای اولیه پرستاری انجام شده از بیمار شامل کنترل CP, IO, V/S، تعویض ملحفه، دهانشویه، ماساژ پشت، حمام در تخت و ... اشاره گردد.

به سایر اقدامات پرستاری مانند تعویض پانسمان و کشیدن بخیه و درن، گذاشتن کاتتر ادراری، لوله معده، تعویض آنژیوکت (با ذکر محل تعبیه و رنگ)، ساکشن راه هوایی و ... اشاره گردد. در صورت تزریق خون، تعداد واحد و حجم، زمان شروع و پایان و مشکلات حین ترانسفوزیون یادداشت گردد.

اگر بیمار اکسیژن می گیرد، مقدار و راه دریافت آن (کاتتر بینی، ماسک و ...) ذکر گردد.

در صورتیکه بیمار دارای کاتتر، لوله و یا درن باشد (کاتتر ادراری، لوله معده و ...)، باید وجود آنها، و وضعیت آنها از نظر تثبیت و مراقبتهای مربوطه ذکر شود.

اصول صحیح گزارش نویسی

در صورت اضافه نمودن برگه جدید گزارش، **ثبت مشخصات بیمار در بالای برگه** الزامی می باشد.

پرستار موظف است طبق اصول شناسایی صحیح بیمار حداقل دو شناسه را در بالای برگه مشخصات بیمار وارد نمایند این دو مشخصه شامل نام خانوادگی بیمار به همراه نام پدر و شماره پرونده بیمار می باشد.

تخطی از این موضوع خلاف قانون میباشد در صورت عدم تکمیل نه تنها اولین پرستار نویسنده گزارش بلکه سایر پرستاران که در برگه گزارش عمل ثبت را انجام داده اند مسئول هستند و برخلاف اصول ثبت صحیح گزارش نویسی عمل کرده اند.

یاد آوری این نکته لازم است که تکمیل مشخصات برگه گزارش نویسی وظیفه منشی بخش نمی باشد وظیفه ایشان رفع نواقص احتمالی موجود می باشد.

اصول صحیح گزارش نویسی

گزارش پرستاری هر شیفت بسته شود و به نحوی که بین موارد نوشته شده فاصله نباشد .

پس از ثبت کامل گزارش پرستاری با زدن مهر نظام پرستاری خود یا مهر مخصوص بخش، حرف اول نام، نام خانوادگی (بطور کامل) و سمت خود را نوشته و آن را امضاء نمایید.

در ثبت موارد از قلم افتاده از بازکردن آکولاد خودداری گردد .

اصول صحیح گزارش نویسی

- گزارش پرستاری همانطور که در ابتدا ذکر شد ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هر گونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت.

مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از :

الف- اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که آن موارد بعداً اضافه گردیده است

ب- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

ج- حذف نکات مهم گزارش پرستاری

د- ثبت تاریخ گزارش به نحوی که محرز گردد گزارش در زمان قبلی ثبت شده است

ه- دوباره نویسی و تغییر گزارش پرستاری

و- تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود

ز- اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایر پرسنل

اصول صحیح گزارش نویسی

بنابراین

هرگز برای دیگران ثبت نکنید.

هرگز اجازه ندهید کسی برای شما ثبت کند.

سعی شود بجای همکار دیگر گزارش نوشته نشود زیرا مسئولیت قانونی دارد.

هرگز نوشته های افراد دیگر را عوض نکنید.

اصول صحیح گزارش نویسی

در گزارش نویسی انحصاراً مواردی را که خودتان انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را داخل گیومه گزارش نمایید.

اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضوری ، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید .

در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

اصول صحیح گزارش نویسی

به کلیه اقداماتی که توسط سایر پرسنل درمانی انجام شده است (فیزیوتراپی، رادیوگرافی و...) اشاره گردد.

به علائم عینی (مانند استفراغ، تعریق، خونریزی تغییر رنگ پوست و...) و علائم ذهنی (درد، تنگی نفس، تهوع، سوزش و...) و **تغییرات آن** در طول شیفت اشاره شود.
به ویزیت، تشخیص های جدید و مشاوره پزشکی اشاره گردد.

دستورات پزشک **در صورتی که تغییر کرده باشند** (مانند قطع و وصل سرم، قطع دارو، تجویز داروی جدید و تجویز داروی (Stat) و به دستور پزشک در زمینه انجام تستهای تشخیصی (مانند آندوسکپی، سونوگرافی، آزمایشات و...)، اشاره شود.

به انجام آزمایشات و تستهای تشخیصی انجام شده (عکسبرداری، EKG و...) اشاره شده و به موارد غیرطبیعی و اقدامات مرتبط با آن اشاره شود.

اصول صحیح گزارش نویسی

اگر بیمار عمل جراحی داشته است به ساعت جراحی و **مراقبتهای قبل و بعد** از آن اشاره شود. به وضعیت تغذیه بیمار از نظر رژیم غذائی (PO, NPO، مایعات) و روش تغذیه (دهان، گاوآژ) اشاره شود. اگر گاوآژ انجام می گیرد حجم غذای داده شده و زمان آن اشاره شود. به مشکلات گوارشی نظیر بی اشتها، سختی بلع، تهوع و استفراغ، یبوست، اسهال و ... اشاره شود. به وضعیت حرکتی بیمار مانند CBR, RBR اشاره نموده و نیاز به وسایل کمکی یا محدود کننده حرکت ذکر گردد.

به اقداماتی که باید در شیفتهای بعدی انجام گیرد (شامل پیگیری انجام تستهای تشخیصی مانند آزمایشات خونی، جمع آوری نمونه، عکسبرداری و آمادگیهای مربوطه، عمل جراحی آمادگیهای مربوطه، مشاوره پزشکی و ...) اشاره شود. اگر بیمار حساسیت به دارو یا ماده خاص یا اقدامات حفاظتی دارد، ذکر گردد.

اصول صحیح گزارش نویسی

اگر بیمار در این شیفت بستری گردیده، نام پزشک، تشخیص و مشکلات موجود، وضعیت و حالت بیمار، اقدامات انجام شده قبلی، طریقه انتقال به بخش به گزارش پرستاری اضافه گردد.

اگر بیمار در این شیفت ترخیص گردید، تشخیص، سیر بهبودی، مشکلات باقیمانده، وضعیت و حالت بیمار (گچ، آتل، زخم، پانسمان و ...)، آموزشهای داده شده و دفعه مراجعه بعدی به گزارش پرستاری اضافه گردد.

در صورت وجود یا بروز واقعه خاص یا مشاهده و بروز موارد غیر طبیعی در بیمار (تغییر ناگهانی در وضعیت عمومی، تغییر ناگهانی BP افتادن از تخت و ...) یا دریافت شواهد غیر طبیعی در یافته های پاراکلینیکی (افزایش یا کاهش BS و ...) موارد، همراه با اقدامات انجام شده و نتایج آن ذکر گردد

اصول صحیح گزارش نویسی

در این بیماران که به دستگاه مانیتورینگ وصل می باشند باید به PR و ریتم های غیرطبیعی اشاره شود.

اگر بیمار به دستگاه پالس اکسی متری متصل می باشد باید ذکر شده و به O2Sat اشاره شود.
اگر اندازه گیری ABG انجام شد باید ذکر گردد.

در صورت اتصال به ونتیلاتور به تنظیمات دستگاه شامل Mode, RR, TV, Fio2 اشاره شود.

ثبت گزارش بدو ورود

- ثبت تاریخ و ساعت بستری، نحوه ورود (برانکارد ، صندلی و غیره) و همراه
- در مورد بیماران مصدوم و بدحال ثبت زمان بروز حادثه لازم است .
- ثبت مختصری از شرح حال یا تاریخچهٔ بیمار (حساسیت ها، بیماریهای خاص و غیره ...)
سن، جنس
- نام پزشک، ساعت مطلع نمودن وی، ساعت ویزیت
- ذکر جایی که بیمار ارجاع داده شده (درمانگاه، مطب، اعزام از بیمارستانهای دیگر و غیره ...)
- تشخیص قطعی یا احتمالی و یا علائم و مشکلاتی که بیمار با آن پذیرش شده
- وضعیت عمومی بیمار، علائم عینی و ذهنی و اقدامات درمانی و ثبت علائم حیاتی اولیه در
گزارش پرستاری

درسی از یک پرونده

- یکی از پرونده‌های پزشکی در دادسرا پرونده آقای بود که توسط اورژانس به یک مرکز درمانی ارجاع داده شده بود. در پرونده بالینی بیمار در ثبت علت مراجعه بیمار چنین نوشته شده بود تصادف عابر پیاده با اتومبیل پیکان سفیدرنگ در اتوبان شهید چمران
- دادسرا پرسنل رو جهت پاره ای توضیحات احضار نمود سوال مقام قضایی این بود که **((آیا شما در زمان تصادف در محل حادثه بوده اید که این اطلاعات را در پرونده ثبت کرده اید؟))**
- که متأسفانه پرسنل جواب قانع کننده ای برای این سوال نداشتند

ثبت هر نکته ای در پرونده بالینی ایجاد مسئولیت می کند.

- در بیمارانی که به هر دلیلی دچار تروما شده اند در ثبت علت مراجعه بیمار دقت بیشتری مبذول دارید
- علت مراجعه و تشخیص اولیه را در پرونده بالینی multiple trauma یا آسیبهای متعدد یا تروما به جمجمه یا ذکر بنمایید.
- در خصوص نحوه ایجاد جراحات در بدن بیمار سناریویی از خود ننویسید چرا که ممکن است مورد بازخواست قرار گیرید. در صورتی که چنین مواردی از طرف بیمار یا همراهان وی ذکر گردید بهتر است برای ثبت آن در پرونده بالینی از نقل قول استفاده شود.
- مثلا بنویسیم « بنا بر اظهارات بیمار آسیبهای وارده ناشی از سقوط از ارتفاع بوده است»
- **لطفا نوشته های دیگران تو پرونده را تقلید نکنید چرا که این امر باعث تاکید بر اشتباهات احتمالی دیگران می شود.**

ثبت گزارش بدو ورود

- ثبت انجام آزمایشات روتین، رادیوگرافی و سایر تست های تشخیصی و ذکر دقیق ساعت گرفتن نمونه و ارسال به آزمایشگاه در صورت دریافت نتیجه اطلاع به پزشک و ثبت موارد خاص و قابل پیگیری
- ثبت کلیه اقدامات انجام شده و موارد قابل پیگیری در شیفت بعدی
- در صورت نیاز به توزین بیمار، نتیجه در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- ثبت ساعت اجرای اقدامات خاص (سند گذاری و غیره ...)
- در مورد بخش های زنان و مامایی ثبت دفعات حاملگی، زایمان، سقط، تعداد فرزندان زنده، سن حاملگی به هفته و صدای قلب جنین (تعداد و نظم در یک دقیقه)
- وضعیت مامایی از لحاظ نتایج معاینات واژینال و علائم هشدار دهنده شامل:
- خونریزی، تاری دید، فشار خون بالا و سابقه هرگونه عارضه در زایمان قبلی و... ثبت شود.

ثبت گزارش بیماران بستری

- ثبت وضعیت عمومی بیمار، وضعیت علائم حیاتی و تغییرات قابل توجه پاتولوژیک
- وضعیت خواب و استراحت
- وضعیت تغذیه و دفع
- ثبت موارد غیر طبیعی آزمایشگاهی و رادیولوژی و ساعت اطلاع به پزشک
- ثبت داروهای داده شده با ذکر نام دهنده دارو، دوز و روش مصرف دارو در مورد داروهای PRN، قید ساعت اجرا الزامی است .
- ثبت اقدامات انجام شده موارد قابل پیگیری
- ثبت حوادث غیر مترقبه (فرار، سقوط، حساسیت ها و غیره ...) با ذکر ساعت و اقدامات انجام شده حمایتی، ایمنی قبل از حادثه و اقدامات بعد از حادثه و اطلاع به پزشک
- در بخش های زنان و زایمان گزارش نوزاد هم بدنبال گزارش مادر نوشته شود حتی اگر نوزاد سالم باشد .

ثبیت گزارش قبل از عمل

- ثبیت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی و غیره ...)
- ثبیت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل
- ثبیت وضعیت عمومی بیمار
- ثبیت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سند ها و غیره ...)
- ثبیت دستورات دارویی
- آمادگی انجام شده (انما، شیو، غیره ...)
- ثبیت نوع عمل جراحی که قرار است انجام شود
- در مورد سزارین ذکر سن حاملگی، علت سزارین، وضعیت جنین (کنترل صدای قلب، حرکات و غیره ...) الزامی است .

ثبت گزارش ریکاوری

- ثبت ساعت ورود به اتاق ریکاوری
- ثبت نوع عمل انجام شده
- ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری و تاریخ و ساعت شروع و پایان عمل
- وضعیت عمومی بیمار (استفراغ، خونریزی و...) با قید ساعت ، نام و امضاء
- ثبت علائم حیاتی ، زمان تحویل و توضیحات لازم در مورد اتصالات مربوطه و نحوه کارکرد آن
- ثبت داروهای هوشبری و سایر داروهای مصرف شده
- ثبت تحویل نمونه های بیوپسی و برگه های مربوطه (به پرسنل و همراه بیمار)
- ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اتاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل مؤثر باشد مثل خونریزی وسیع ، شوک و ارست قلبی
- در سزارین ثبت جنس نوزاد و اپکار دقایق اول و پنجم ، آنومالی ظاهری و یا بظاهر سالم و قید ساعت تحویل نوزاد و انجام تماس پوستی مادر و نوزاد زمان و مدت و خوردن شیر

ثبت گزارش بعد از عمل

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ثبت نوع عمل انجام شده
- ثبت وضعیت عمومی بیمار، سطح هوشیاری، درد و غیره
- ثبت وضعیت درن ها، تیوپ ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعات اولیه
- چارت OR در برگ علائم حیاتی با رنگ قرمز به بلندی حدود ۲ سانتی متر \updownarrow طبق نمونه و ثبت روزهای بعدی از عمل، بعد از تاریخ روز عمل در محل مربوطه
- در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استغراغ، وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد، مراقبت از بند ناف و هرگونه علائم غیر طبیعی و سایر اقدامات انجام شده برای نوزادمانند ویزیت پزشک

ثبت گزارش ترخیص

• وضعیت عمومی بیمار در حین ترخیص

• ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید اینکه با همراه مرخص شده است یا نه ؟

• آموزش های مربوطه داده شده بصورت شفاهی ، پمفلت و غیره شامل کلیه آزمونهای ارائه شده در خصوص رژیم غذایی ، فعالیت و استراحت ، نحوه مصرف دارو و زمان مراجعه بندی جهت پیگیری و غیره

• دادن کارت مراجعات بعدی (کارت ترخیص)

• در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص میشوند حتماً قید شود علیرغم توصیه در مورد ادامه درمان با رضایت شخصی رفته است .

• در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند اقدامات داروئی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه داشته و ثبت گردد . باید پرونده از قسمت مالی برگشت داده شود در غیر اینصورت پرونده ثانویه تشکیل گردد که بعداً به پرونده اصلی الحاق گردد .

• ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گردد ، حتی اگر یکی از آن دو بیمار و نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد .

• چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانیکه مادر ترخیص نشده است . گزارش نوزاد کماکان در پرونده مادر باید ادامه داشته باشد .

ثبت گزارش فوتی

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی ،علائم ذهنی و عینی با قید ساعت و تاریخ تغییر علائم و وضعیت عمومی بیمار)
- ثبت ساعت بدحال شدن (در موارد ناگهانی)
- اقدامات انجام شده به تفصیل (در مورد CPR ثبت مراحل آن با قید زمان گذاشتن لوله تراشه ،داروی مصرف شده و یا ماساژ قلبی نوشته شود .
- ثبت سیر علائم حیاتی بیمار
- ثبت ساعت فوت ، نحوه صدور گواهی فوت (صادر گردیده و یا توسط پزشک قانونی باید صادر گردد) .
- در مورد فوت نوزاد : جنس (آبکار زمان تولد ، یا مرده بدنیا آمده) سن جنین (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد) ساعت فوت
- راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت فوت
- در مورد مرگ مادر (از بدو حاملگی تا ۲۴ روز پس از ختم بارداری)
- جواز دفن بعد از انجام مراحل پزشکی قانونی و اتوپسی تنها توسط پزشکی قانونی صادر گردد و بیمارستان اکیداً از صدور جواز دفن خودداری نماید .

ثبت گزارش 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.

مثال: ساعت: 10:22 مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره ۳۰۲ بخش داخلی را ۳.۲ میلی اکی والان گزارش نمود.

ثبت دستورات تلفنی

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

دستورات تلفنی بایستی توسط پرستار تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را 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 گرفته شود.

* بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمایید.

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

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

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

ثبت 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. تشخیصها، 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

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 مسئول

۵. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک

۶. درمان ها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

ثبوت

پر وسیع جرحا

اکسیژن تراپی

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

گذاشتن سوند ادراری

- هدف از سنداژ مثانه،
- نوع سند جهت سنداژ،
- سایز سند،
- 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 ثبت شود.

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

لاواژ

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

گاوآژ

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گاوآژ، متناوب و مداوم
- حجم و نوع محلول گاوآژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گاوآژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- واکنش مددجو مثبت شود.

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)

زمان شروع احیاء قلبی و ریوی

ریتم قلبی در زمان شروع دارودرمانی و پس از اجراء دارو درمانی

ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون

لوله تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به آن

اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی

دارودرمانی (نوع و دوز) و زمان

اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید،

واکنش مردمکها

افراد عضوتیم احیاء

زمان خاتمه ثبت شود.

گزارش درد

• **کیفیت درد:**

تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده

• **شدت درد:**

شدید: ۸-۱۰

متوسط ۴-۷

خفیف ۱-۳

۹-۱۰

درد بسیار شدید

۷-۸

شدید

۴-۵-۶

متوسط

۱-۲-۳

خفیف

فقدان درد

• **دوره درد:**

درد مداوم - درد متناوب - 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

- اسم 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: دوز 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 دوز و روش تجویز و زمان و فرد و حذف دوز و داروی تاریخ گذشته و طریقه اطلاع به پزشک مسئول و مداخلات و واکنش بیمار ثبت شود.

گزارش درمان داخلی 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: ساعت ۱۲ / ۴۵ مانیتور بیمار ریتم سینوسی با $HR=150$ PVC 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. مرفین داخل وریدی $MG5$ ساعت ۱۲ / ۵۰ تزریق شد. نمونه خون از نظر الکترولیت ها چک شد. ریتم سینوسی با PVC درد قفسه سینه نداشت.

گزارش ترانسفوزیون 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
- در صورت واکنش بیمار به خون بلافاصله متوقف شده و بعد از انجام 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 در فرم گزارش عوارض ناخواسته خون و فرآوردههای خونی ثبت شود و به اطلاع پزشک ارشد هموویژیلانس بیمارستان رسانده شود.
- ۷- کنترل علائم حیاتی به طور متناوب (قبل، حین و پس از تزریق خون) و ثبت در چارت ترانسفوزیون خون

گزارش ترانسفوزیون خون

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.

درسی از یک پرونده تشابه اسمی!

- بر حسب اتفاق دو بیمار با نام خانوادگی مشابه در بخش جراحی در یک اتاق بستری می شوند و برای هر دو بیمار اقدامات مقدماتی جهت انجام عمل جراحی در حال انجام است برای یکی از بیماران به دلیل انمی مختصر درخواست BGRh می گردد و گروه خونی وی B مثبت اعلام می شود بیمار با تعجب ذکر می کند که گروه خونی وی **O مثبت** است!
- **مجددا** گروه خونی بیمار چک می شود ولی **باز** گروه خونی **B مثبت** اعلام می شود. آزمایشگاه برای بار سوم نمونه ارسال شده قبلی را چک میکند و باز نتیجه مذکور تایید می گردد و بر این اساس برای بیمار خون با گروه **B مثبت رزرو** می شود. در حین عمل واحد اول خون برای بیمار تزریق می گردد و در طی مدت کوتاهی بیمار دچار عوارض می شود که بلافاصله تزریق خون قطع می شود ولی متاسفانه بیمار **فوت** می کند. در بررسی های قانونی به عمل آمده گروه خونی بیمار **O مثبت** تعیین میگردد و در نهایت علت فوت بیمار تزریق خون ناهمگون اعلام میشود.

تشابه اسمی!

• این اشتباه نه مربوط به پزشکان بوده نه مربوط به آزمایشگاه بلکه اشتباه اساسی را پرستار مسول گرفتن خون از بیماران مرتکب شده است.

چنین اشتباهاتی در زمان دادن داروی بیمار در بخش رخ داده است هرچند قابل بخشش هم نباشد حداقل باعث مرگ بیمار یا ایجاد عوارض جدی در وی نمی گردد اما اتفاق فوق چیزی نیست که بتوان به اسانی از آن گذشت.

پیشنهاد:

اگر دو بیمار با تشابه اسمی در بخش بستری شدند در وهله اول هر دو را در یک اتاق بستری نکنیم و در ثانی پرونده و تخت ایشان را با شماره ۱ و ۲ مشخص نماییم.

با تشکر از حسن توجه شما