نحوه گزارش نویسی پرستاری به صورت کامل

قطعاً پرونده بیمارانی 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 نیزبهره مند می شوند.

**اهداف گزارش نویسی**

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

**خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح**

رعایت 6 نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی, طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

1. حقیقت Actual

2. دقت Accuracy

3. کامل و مختصر Completeness Concies

4. پویا Current ness

5. سازماندهی Organization

6. محرمانه Confidential

**حقیقت درگزارش نویسی**

* گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید, اطلاعات واقعی منجربه 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, ظاهرا 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.

**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 cc 360 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 cm 5 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 گزارش پرستار دقیق و با اطمینان نباشد قانون دانان نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.

- عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات ، داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی, سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

کامل بودن گزارش

- اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد 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 گزراش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

گزارش مختصر

انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است, التهاب وجود ندارد, بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است, نبض روی پایی در 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 پایی قوی, 4 + دو طرفه و بدون التهاب است.

- در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب نمود.

**پویا بودن گزارش:**

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد .به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.

تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

**فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:**

**علائم حیاتی**

تجویز دارو و اقدامات درمانی

آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی

تغییر در وضعیت سلامت

پذیرش, انتقال, ترخیص یا مرگ بیمار

درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

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 ودور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

روشهای ثبت

ثبت داستان

این نوع ثبت یکی از انواع روشهای سنتی برای ثبت کردن است.دارای ساختاری ساده است و مضرات بیشماری از جمله تکرار اطلاعات و وقایع ،صرف زمان زیاد واجبار خواننده برای خواندن مطالب زیاد به منظور دستیابی به اطلاعات مورد نیاز دارد.

**ثبت طبی مبتنی بر مشکل**

POMR شیوه ای از ثبت است که بر مشکل بیمار تاکید میکند.در ابتدا مشکلات سازماندهی میشوند بگونه ای که هر یک از اعضای تیم مراقبتی باید در یکی از مشکلات بیمار مشارکت کنند که از این طریق به دستیابی یک برنامه مراقبتی واحد وهماهنگ کمک میکند و از قسمتهای زیر تشکیل شده است

داده های پایه: شامل تمام اطلاعات جمع اوری شده در رابطه با بیمارمیباشد که به منظور شناسایی مشکلات مددجو و برنامه ریزی مراقبت ها شکل گرفته است

فهرست مشکلات: پس از تجزیه وتحلیل اطلاعات ، مشکلات شناسایی شده به ترتیب اولویت و حیطه آن فهرست شده ودر پایان گزارش نوشته شودتا خط مشی وراهنمایی جهت ارایه مراقبت های لازم به بیمار به دست اید ومشکلات جدید هم در ادامه ثبت خواهند شد وبه محض حل مشکل روی ان خط کشیده میشود وتاریخ ان نیز در همانجا ثبت خواهد شد

برنامه مراقبت پرستاری: برای هر مشکل با توجه به استانداردهای مراقبتی به صورت اختصاصی برنامه ای تدوین میشود،که شامل ثبت تشخیصهای پرستاری،پیامدهای مورد انتظار و اقدامات انجام شده است

ثبت پیشرفت بیمار: اعضای تیم باید میزان پیشرفت مشکلات بیمار را ثبت وکنترل کنند

اطلاعات مربوط به پیشرفت بیمارممکن است با روشهای زیر چارت شوند:

شکل اول

SOAP : اطلاعات ذهنی – اطلاعات عینی - بررسی وشناخت – برنامه ریزی

SOAPIE : که علاوه بر مراحل بالا ، اقدامات بکار رفته وارزشیابی نیز به ان اضافه میشود که این روش بسیار شبیه به فرایند پرستاری است.

شکل دوم

PIE : مشکل – اقدامات – ارزشیابی -این شیوه از نظر ماهیت وشناخت مشکل شبیه قبلی میباشد با این تفاوت که منشا این پرستاری است ومنشا قبلی پزشکی میباشد.در این شیوه بوسیله یکسان کردن برنامه مراقبتی وذکر پیشرفت بیمار به تسهیل گزارش دهی میپردازد. در این روش بررسی های روزانه پرستار در فلوشیت ها وفرم های معمول ثبت شده واز دوباره کاری در ثبت اطلاعات پیشگیری میشود.این روش با توجه به مشکل بیمار نامگزاری ومشخص میشود ومشکلات حل شده پس از مرور پرستار از گزارش روزانه حذف شده ومشکلات باقی مانده همچنان در گزارش روزانه ثبت میگردند.

شکل سوم

چارت متمرکز است که شامل داده ها – فعالیتها واقدامات پرستاری – واکنش وپاسخ بیمار است.در این سبک فقط روی یک مشکل متمرکز نمیشویم وثبت گزارشات بر پایه ی مشکلات بیمار است.

**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 خلاصه­ای از فعالیتها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید.

چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

گزارش تعویض شیفت change of shift reports

گزارش تلفنی Telephone reports

گزارش انتقالی Transfer reports

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 30 دقیقه تا 45 دقیقه متغییر بوده است.

گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی, نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.

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

\* 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 pm 10:22 مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره 302 بخش داخلی را 2, 3 میلی اکی والان گزارش نمود.

محمدی, پرستار بخش

تاریخ, امضا

**دستورات تلفنی:**

این نوع دستورات معمولا 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.

**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 حتما سوالاتی را دسته بندی ودر 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 مجددا تکرار نمایید.

\* 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 2 نفر پرستار تائید و بوسیله هر دو نفر امضاء‌ می 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.

**هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:**

نام بیمار, سن,‌ پزشک اولیه و تشخیص پزشک

خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال

وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی,‌ روانی و اجتماعی)

تشخیصها, مشکلات و طرحهای مراقبتهای فعلی پرستاری

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 (موسسه درمانی) :**

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

**گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:**

توصیف دقیق واقعه

زمان حادثه

اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه

زمان اطلاع به پزشک مسئول

زمان ویزیت بیمار توسط پزشک

درمانها و پیگیریهای لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

**گزارش درد و دارو درمانی**

**درد:**

کیفیت درد: تیز، مبهم و منتشر و ارجاع نشده

شدت درد: شدید:10-8 متوسط 7-4 خفیف:3-1

----10-9---------- 8 -7------ 6-5-4-------3-2-1-----------0--

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، آشکارسازی فیزیولوژیکی

تعریق و تهوع و رنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون و واکنش مددجو

**دارو درمانی :**

اسم دارو و شکل دارو و مقدار دارو و راه مصرف دارو و زشمان مصرف و واکنشهای متقابل دارویی در صورت بروز

داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو

**به طور مثال: اینفوزیون داروهای mix**

SC inj, IM inj: -------< مکان تزریق

IV line------< موضع IV line ورید سفالیک بخش قدامی دست راست------

ID inj -دز مصرفی جهت تست و موضع تست و واکنش نسبت به تست و مکان دقیق تتزریق

**Drug Error 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

Procedures Record

**Oxygen Therapy**

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

**Wound Dressing**

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

درن-----< توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن

**Bladder Catheterization**

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

**N.G.T insertion**

**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 مدجو

**لاواژ:**

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 قبلی 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 وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون

دارودرمانی(نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید.

واکنش مردمکها

افراد عضوتیم احیاء

زمان خاتمه CPR

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

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

توجه، توجه، توجه، توجه

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.

توجه نمایید 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 جددا 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.

نکاتی در خصوص گزارش نویسی

1- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.

2- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.

3- گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.

4- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.

5- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی از اعداد 1 الی 24 استفاده نمایید.

6- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علایم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.

7- تعداد و آهنگ ضربان قلبی تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت نمایید.

8- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، ضربان ساز و......) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید. وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتما" ثبت نمایید.

9- بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار را یادداشت کنید.

10- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید .

11- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.

12- پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.

13- انحصارا" در گزارش ، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

14- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند را گزارش نمایید. (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و ...)

15- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت 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.

16– در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می کند و یا نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد علاوه بر چارت در برگه های گرافیکی استاندارد ، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستاری قید نمایید.

17– هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز باید به پزشک اطلاع داده شود ثبت نمایید.

18- ثبت هر گونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط ، اشتباهات دارویی و ....) ضروری است.

19- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.

20- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت نمایید (نام دارو ، دوز دارو ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز).

21- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی ، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

21-1 دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط 2 پرستار امضاء شود

21-2 دستور تلفنی ظرف مدت 24 ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.

21-3 زمان برقراری تماس تلفنی ، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده اطلاعات داده شود و اطلاعات گرفته شده ثبت شود.

22- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.

23- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

23-1 بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.

23-2 در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه «اشتباه» یا «Error» را نوشته و گزارش صحیح را بعد از کلمه «اشتباه» یا »Error ادامه دهید.

23-3 تاریخ ، ساعت و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

24- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:

24-1 اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا" اضافه شده است.

24-2 ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

24-3 دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.

24-4 اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

25- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی وجود نداشته باشد.

26- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.

27- آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.

28- در صورتی که بیماری شفاها" مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید، دقیقا" گزارش نمایید

29- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام و سمت پرستار مربوطه به طور خوانا ثبت شود

30- گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمائید.

نکات مهم در ثبت دقیق و صحیح گزارش پرستاری :

ثبت جنبه های اساسی مراقبت از بیمار ( اصول چهارده گانه )

1- وضعیت عمومی بیمار : منظور از حال عمومی بیمار مواردی چون خلق و خو ، چگونگی ارتباط ، سطح هوشیاری و تفاوت و تغییرات علائم عینی و ذهنی بیمار می باشد . استفاده از عباراتی چون ( حال عمومی بیمار بد نیست ) و از این قبیل جملات ، اینگونه جملات به تنهایی قابل درک و اندازه گیری و ارزیابی نیست .

2- وضعیت علائم حیاتی و اوضاع همودینامیکی

3- ثبت جذب و دفع : در صورت کنترل جذب و دفع ، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در انتهای شیفت جمع 24 ساعت را محاسبه و قید نمایید . در صورتی که بیمار استفراغ یا هرگونه درناژ یا ترشحاتی داشته باشد باید رنگ ، محتوا و مقدار آن ثبت شود ( در مورد استفراغ و لاواژ ، دفعات نیز باید ذکر شود .)

4- وضعیت خواب و فعالیت

5- موارد پاراکلینیکی : نوع آزمایشات پاراکلینیکی را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزراش نماید . پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه و در صورت وجود موراد غیر طبیعی ، ساعت دقیق دریافت را گزارش و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج اطلاع دهید و موضوع را در گزارش ثبت نمایید .

6- موارد قابل پیگیری : روند پیگیری و ثبت آزمایشات ، عکسبرداری ها گرافیها ، در کاردکس بیمار درج و تیک می گردد اما ذکر اقدامات انجام شده در هر شیفت و پیگیری آن در شیفت بعدی باید در گزارشات پرستاری نیز موجود باشد

7- ثبت دستورات و تغییرات حاد در وضعیت بیمار

8- اقدامات دارویی : کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمایید ( نام دارو ، دوز دارو ، راه تجویز دارو ، تاریخ شروع ، زمان استفاده دارو ، نام دهنده دارو و ... ) در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک به عللی اجرا نشد ، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید .

9- دارو های PRN

10- اقدامات ایمنی : اقدامات حفاظتی نظیر میله های کنار تخت یا سایر محدود کننده ها ، بعلاوه زمان استفاده از این ابزار ها ، دلیل استفاده از انها و وضعیت محدود کننده ها ( بالا یا پایین بودن میله های کنار تخت ) و پاسخ بیمار به محدود کننده ها ثبت گردد .

11- دستورات تلفنی : در مواردمتعددی دستورات داده شده توسط پزشک بصورت تلفنی و بعضا شفاهی صورت می گیرد که در چنین مواردی باید دستور تلفنی به طور کامل در پرونده بیمار تحت عنوان ( Tel Order) با ذکر نام پزشک و ساعت دستور ، ثبت شده و جهت صحت درک دستور مجددا توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی در قسمت دستورات پزشک درج شده و سپس اجرا گردد . دستورات تلفنی باید در اولین فرصت توسط پزشک معالج امضا گردد .

12- ثبت حوادث

13- اقدامات پرستاری : بهتر است برای ثبت هر پروسیجر و اقدامی از تکنیک 6W استفاده شود و برای هر پروسیجری قید شود که اولا چه پروسیجری اجرا شده ( What ) چرا ( Why ) چه زمانی ( When ) کجا ( Where ) توسط چه کسی ( Who ) و چگونه ( How) . ولی همیشه لازم نیست در مورد هر چیزی 6 مورد رعایت شود . زمانی که مسئله ای بریا دانش حرفه ای پرستاری بسیار واضح باشد مثل سوند در داخل مجرای ادراری گذاشته شد که در این جا هر پرستاری می داند که سوند فولی درون مجرا گذاشته می شود ولی زمانی که کاتتر سوپراپوبیک استفاده می شود ، محل آن باید قید شود .

14- آموزش به بیمار و همراهان وی

- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری ، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود ، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.

2- به منظور عدم اتلاف وقت ، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها ، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید .

3- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.

4- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد 1تا 24 بنویسید.ساعت 1 بعدازظهر را به صورت 1300 و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت 0915 نشان د هید .

5-جهت ثبت و گزارش علایم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علایم حیاتی استفاده نمائید.( چنانچه بالای برگه های چارت علایم حیاتی از ذکر ساعت خودداری گردد، در ثبت کلیه موارد اعم از روزانه ، ساعتی و موردی قابل استفاده می باشد.)

6-با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود .

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

8-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.

9-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 ).

10- 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 حتما" گزارش نمائید.

11- با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند،عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و درصورت بروز بلافاصله گزارش نمائید.

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

13- 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.

14- 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.

15- در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات (0 & 1 )

دارد ضروریست پس از محاسبه ، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت نمائید . ضمنا" جمع 24 ساعته (0 & 1 ) در برگه علائم حیاتی ردیف مربوطه نیز ثبت شود.

16- 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 .

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

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

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

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

1-19 بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.

2-19 در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است.

3-19 تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

20- گزارشات پرستاری را تحریف ننمائید.

مواردی که منجر به تحریف گزارش پرستاری می شوند عبارتند از:

1-20 در صورت اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعد اضافه شده است .

2-20 ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

3-20 حذف نکات مهم گزارش.

4-20 ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که در زمان قبلی ثبت شده است.

5-20 دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.

6-20 تخریب گزارش های قبلی و یا موجود.

7-20 اضافه نمودن مواردی به یادداشتهای سایرین

21- انحصارا" در گزارش مراقبتهائی را که خود ارائه نموده اید و یا براجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمائید.

22 – از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید.

23- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.

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

25- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار ( یا صفات ناخوشایند ) بپرهیزید.

26- اطلاعاتی راکه به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقا" ثبت نمائید .

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