



گزارش نویسی بخش های عمومی

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی شهید هاشمی نژاد
دفتر خدمات پرستاری
سوپروایزر آموزشی

گزارش بدو ورود :

(اطلاعات بیمار و نحوه ورود و تحویل و تحول وی) بیمار آقای/خانم X ساله بستری در سرویس دکتر با تشخیص در ساعت توسط همکار محترم بخش بر روی (برانکارد/ویلچر/با پای خود) وارد بخش شد و بر بالین طبق ISBAR تحویل گرفته شد.

(ارزیابی سطح هوشیاری) بیمار ارتباط چشمی برقرار میکند اما نسبت به زمان، مکان و شخص آگاه نمی باشد. (و یا استفاده از GCS)

(ارزیابی قلبی و تنفسی) تحت مانیتورینگ قلبی و ریوی قرار گرفت که ریتم بیمار سینوس تاکی کاردی می باشد. بیمار تاکی پنه می باشد و اکسیژن تراپی با ماسک ساده به میزان 8LIT/MIN برقرار است که SPO2 بدون اکسیژن تراپی ۸۰٪ و با اکسیژن تراپی ۹۶٪ می باشد. تب ندارد. چک V/S انجام و ثبت می گردد.

(ارزیابی گوارشی) بیمار PO است و رژیم کم نمک را میل و تحمل می کند شکم در لمس نرم و فاقد دیستانسیون است. در این شیفت یک نوبت دفع مزاج داشته است.

(ارزیابی دستگاه ادراری و تناسلی) سوند فولی شماره ۱۶ فیکس می باشد که دیورز دارد که میزان آن در طول شیفت ثبت می گردد و فاقد هماچوری و پیوری می باشد.

(ارزیابی پوست و اندام ها) نمره برادن ۹ می باشد و پوست بیمار سرد و شکننده است و در ناحیه تروکانتر سمت راست زخم بستر گرید ۲ به ابعاد ۵*۸ Cm دارد دارای سه گاز ترشحات زرد رنگ می باشد که پانسمان با گاز ساده تحت شرایط استریل انجام شد. (دستورالعمل ثبت نمره مورس و برادن در ذیل قرار داده شده است)

(ارزیابی سقوط) نمره مورس ۷۵ می باشد و احتمال سقوط در ارتباط با کهولت سن و اختلال هوشیاری مطرح است که bedside دوطرفه بالا می باشد. (دستورالعمل ثبت نمره مورس و برادن در ذیل قرار داده شده است)

(ارزیابی اتصالات) IV Line با آنژیوکت صورتی پشت دست راست فیکس و فاقد فلیبیت و نشت است و سرم تراپی طبق دستور پزشک در جریان است.

(میزان فعالیت) بیمار CBR می باشد.

(تکمیل ارزیابی اولیه و آموزش بدو ورود) برگه ارزیابی اولیه تکمیل گردید و بیمار سابقه حساسیت غذایی ندارد و نسبت به پنی سیلین حساسیت دارد. سابقه مصرف داروهای ذکر شده در برگه ارزیابی را دارد که لطفا جهت تلفیق دارویی از پزشک معالج کسب تکلیف شود. آموزش های بدو ورود و معرفی بخش و نحوه استفاده از زنگ احضار پرستار به همراه بیمار داده شد. سطح مراقبتی بیمار

(تشخیص پرستاری و اقدام درمانی) احتمال آسپیراسیون در ارتباط با اختلال هوشیاری مطرح است که آموزش به همراه بیمار جهت قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته داده شد.

(گزارش اقدامات صورت گرفته و پیگیری ها) بیمار در ساعت توسط دکتر ویزیت شد و تاکی کاردی و تاکی پنه بودن و آزمایشات بیمار به اطلاع ایشان رسید. دستورات دارویی اجرا گردید. لطفا Lung HRCT عصر پیگیری شود.

(گزارش تحویل) بیمار در ساعت ۱۹:۳۰ بدون تغییر در علائم حیاتی و سطح هوشیاری بر بالین طبق ISBAR تحویل همکار شیفت بعد شد.

گزارش بیمار بستری:

(نحوه و ساعت تحویل و تحول وی) بیمار بستری از قبل در ساعت از همکار شیفت قبل بر بالین طبق ISBAR تحویل گرفته شد.

(ارزیابی سطح هوشیاری) بیمار ارتباط چشمی برقرار میکند و نسبت به زمان، مکان و شخص آگاه می باشد. (و یا استفاده از GCS)

(ارزیابی قلبی) بیمار تحت مانیتور: تحت مانیتورینگ قلبی و ریوی قرار دارد که ریتم بیمار سینوس تاکی کاردی می باشد.

(ارزیابی تنفسی) بیمار تاکی پنه می باشد و اکسیژن تراپی با ماسک ساده به میزان 8LIT/MIN برقرار است که SPO2 بدون اکسیژن تراپی ۸۰٪ و با اکسیژن تراپی ۹۶٪ می باشد.

(ارزیابی دمای بدن) تب ۳۸،۳ درجه داشت که تن شویه و پاشویه انجام شد و دمای بدن بیمار به ۳۷،۵ رسید. چک V/S انجام و ثبت می گردد.

(ارزیابی گوارشی) بیمار NPO می باشد. شکم در لمس نرم و فاقد دیستانسیون است. به گفته بیمار یک نوبت دفع مزاج داشته است.

(ارزیابی دستگاه ادراری و تناسلی) بیمار سونداژ نمی باشد اما به گفته خود بیمار در طول شیفت دو نوبت دیورز داشته که رنگ آن زرد رنگ می باشد.

(ارزیابی پوست و اندام ها) نمره برادن ۱۷ می باشد. سوچور ناحیه لاپاراتومی در میدلاین شکم به طول ۱۵ سانتی متر است که پانسمان تحت شرایط استریل تعویض شد که مرکز سوچور دارای ۴ گاز ترشحات زرد رنگ و فاقد بو می باشد. (دستورالعمل ثبت نمره مورس و برادن در ذیل قرار داده شده است)

(ارزیابی سقوط) نمره مورس ۵۰ می باشد و bedside دوطرفه بالا می باشد. (دستورالعمل ثبت نمره مورس و برادن در ذیل قرار داده شده است) **(میزان فعالیت)** بیمار SRBR می باشد و آموزش های پیشگیری از سقوط در ارتباط با افت فشار خون وضعیتی داده شد.

(ارزیابی اتصالات) IV Line با آنژیوکت صورتی پشت دست راست فیکس و فاقد فلیبیت و نشت است و سرم تراپی طبق دستور پزشک در جریان است. Chest Tube سمت راست قفسه سینه فیکس و فانکشنال می باشد و در طول شیفت ۵۰ سی سی درناژخونابه ای داشت که ثبت گردید.

(آموزش به بیمار) آموزش مراقبت از محل عمل جراحی و لزوم تعویض پانسمان روزانه جهت پیشگیری از عفونت به بیمار داده شد.

(تشخیص پرستاری و اقدام درمانی) احتمال درد در ارتباط با آسیب بافتی ناحیه عمل جراحی مطرح است که مسکن طبق دستور پزشک تزریق شد و موثر بود.

(گزارش اقدامات صورت گرفته و پیگیری ها) بیمار در ساعت توسط دکتر ویزیت شد و تاکی کاردی بودن و آزمایشات بیمار به اطلاع ایشان رسید. دستورات دارویی اجرا گردید. بیمار در ساعت ۱۸ بر روی برانکارد با همراهی کمک بهیار و اینجانب و تحت POM پرتابل به واحد CT اسکن منتقل و Lung HRCT انجام شد. لطفا به رویت پزشک برسد.

(گزارش تحویل) بیمار در ساعت ۱۹:۳۰ بدون تغییر در علائم حیاتی و سطح هوشیاری بر بالین طبق ISBAR تحویل همکار شیفت بعد شد.

نحوه نوشتن معیار مورس در گزارش:

- * در تمام گزارش های بدو ورود به بخش
- * بیماران با ریسک بالا و متوسط (مورس بیشتر از ۲۴): ارزیابی و نوشتن در گزارش تمام شیفتها
- * بیماران ریسک پایین (برادن بیشتر از ۲۴): ارزیابی و نوشتار فقط در صورت تغییر سطح مراقبتی
- * در صورت انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر باید معیار مورس مجدد کنترل و ثبت گردد (حتی اتاق عمل و زایشگاه)
- * نمرات مورس و برادن و سطح مراقبتی باید در کاردکس ها ثبت گردد.

نحوه نوشتن معیار برادن در گزارش:

- * در تمام گزارش های بدو ورود به بخش
- * بیماران با ریسک بالا (برادن کمتر از ۱۲): ارزیابی و نوشتن در گزارش در تمام شیفت ها
- * بیماران ریسک متوسط و پایین (برادن بیشتر از ۱۲): ارزیابی و نوشتار فقط در شیفت صبح
- * در ICU ها نیازی به ثبت نمره برادن در هر شیفت نیست، اما بایستی بررسی بیمار از نظر بروز زخم فشاری در هر شیفت انجام و مشاهدات دقیق پرستار در گزارش پرستاری ثبت گردد.



گزارش نویسی بخش های ویژه

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی شهید هاشمی نژاد
دفتر خدمات پرستاری
سوپروایزر آموزشی

گزارش بدو ورود :

(اطلاعات بیمار و نحوه ورود و تحویل و تحول وی) بیمار آقای/خانم X ساله بستری در سرویس دکتر با علائم و تشخیص در ساعت توسط همکار محترم بخش بر روی برانکارد وارد ICU شد و بر بالین طبق ISBAR تحویل گرفته شد.

(ارزیابی سطح هوشیاری) سطح هوشیاری (GCS=2-1-4) می باشد. مردمک ها میدسایز می باشد و واکنش به نور دارد.

(ارزیابی قلبی و تنفسی) تحت مانیتورینگ قلبی و ریوی قرار گرفت که ریتم قلبی بیمار سینوس تاکی کاردی می باشد. لوله تراشه شماره ۷،۵ فیکس می باشد و بیمار تحت تهویه با ونتیلاتور با پامترهای مندرج در چارت می باشد. فشار کاف لوله تراشه اندازه گیری شد و ۱۸ میلی متر جیوه می باشد.

(ارزیابی گوارشی) بیمار NPO می باشد. شکم در لمس نرم و فاقد دیستانسیون است. یک نوبت دفع مزاج داشته است.

(ارزیابی دستگاه ادراری و تناسلی) سوند فولی شماره ۱۶ فیکس می باشد که دیورز دارد و میزان آن در طول شیفت ثبت می گردد و فاقد هماچوری و پیوری می باشد.

(ارزیابی پوست و اندام ها) نمره برادن ۹ می باشد و پوست بیمار سرد و شکننده است و در ناحیه تروکانتر سمت راست زخم بستر گرید ۲ به ابعاد ۵*۸ Cm دارد دارای سه گاز ترشحات زرد رنگ می باشد که پانسمان با گاز ساده تحت شرایط استریل انجام شد. (دستورالعمل ثبت نمره مورش و برادن در ذیل قرار داده شده است)

(ارزیابی سقوط) نمره مورش ۷۵ می باشد و احتمال سقوط در ارتباط با اختلال هوشیاری مطرح است که bedside دوطرفه بالا می باشد. (دستورالعمل ثبت نمره مورش و برادن در ذیل قرار داده شده است)

(ارزیابی اتصالات) IV Line با آنژیوکت صورتی پشت دست راست فیکس و فاقد فلبیت و نش است و سرم تریای طبق دستور پزشک در جریان است.

(میزان فعالیت) بیمار CBR می باشد.

(تکمیل ارزیابی اولیه و آموزش بدو ورود) برگه ارزیابی اولیه تکمیل گردید و بیمار سابقه حساسیت غذایی ندارد و نسبت به پنی سیلین حساسیت دارد. سابقه مصرف داروهای ذکر شده در برگه ارزیابی را دارد که لطفا جهت تلفیق دارویی از پزشک معالج کسب تکلیف شود. آموزش های بدو ورود و معرفی بخش به همراه بیمار داده شد. سطح مراقبتی بیمار ۵ می باشد.

(تشخیص پرستاری و اقدام درمانی) احتمال آسپیراسیون در ارتباط با اختلال هوشیاری مطرح است که بیمار در وضعیت نیمه نشسته قرار داده شد.

(گزارش اقدامات صورت گرفته و پیگیری ها) بیمار در ساعت توسط دکتر ویزیت شد و تاکی کاردی و تاکی پنه بودن و آزمایشات بیمار به اطلاع ایشان رسید. دستورات دارویی اجرا گردید. لطفا Lung HRCT عصر پیگیری شود. انفوزیون هپارین با دوز ۱۰۰۰ واحد در ساعت برقرار است که از نظر علائم خونریزی تحت پایش می باشد. آزمایشات ساعت ۱۸ ارسال گردید. **(گزارش تحویل)** بیمار در ساعت ۱۹:۳۰ بدون تغییر در علائم حیاتی و سطح هوشیاری بر بالین طبق ISBAR تحویل همکار شیفت بعد شد.

گزارش بیمار بستری:

(نحوه و ساعت تحویل و تحول وی) بیمار بستری از قبل در ساعت از همکار شیفت قبل بر بالین طبق ISBAR تحویل گرفته شد.

(ارزیابی سطح هوشیاری) سطح هوشیاری (GCS=2-1-4) می باشد. مردمکها میدسایز می باشد و واکنش به نور دارد.

(ارزیابی قلبی و عروقی) بیمار تحت مانیتور: تحت مانیتورینگ قلبی و ریوی قرار دارد که ریتم قلبی بیمار سینوس تاکی کاردی می باشد. نبض ها پر و قرینه بوده و شواهدی بهنفع وجود DVT شامل گرمی، سفتی و قرمزی و درد ندارد. با توجه به افت فشار خون طبق دستور پزشک انفوزیون نوراپی نفرین با دوز ۱۰ میکروگرم در دقیقه برقرار شد که موثر واقع شد.

(ارزیابی تنفسی) لوله تراشه شماره ۷،۵ فیکس می باشد و بیمار تحت تهویه با ونتیلاتور با پارامترهای مندرج در چارت می باشد. فشار کاف لوله تراشه اندازه گیری و ۱۸ میلی متر جیوه می باشد. در صورت تغییر در مد و پارامترها نوشته شده و ارزیابی پس از آن نیز قید شود.

(ارزیابی دمای بدن) تب ۳۸،۳ درجه داشت که تن شویه و پاشویه انجام شد و دمای بدن بیمار به ۳۷،۵ رسید. چک V/S انجام و ثبت می گردد.

(ارزیابی گوارشی) NGT شماره ۱۴ فیکس است. پس از اطمینان از محل صحیح قرارگیری، ۱۰۰ سی سی مایعات صاف شده پس از کنترل رزیدو گاواژ گردید. شکم در لمس نرم و فاقد دیستانسیون است. یک نوبت اجابت مزاج داشت.

(ارزیابی دستگاه ادراری و تناسلی) سوند فولی شماره ۱۶ فیکس می باشد که دیورز دارد و میزان آن در طول شیفت ثبت می گردد و فاقد هماچوری و پیوری می باشد.

(ارزیابی پوست و اندام ها) نمره برادن ۹ می باشد. سوچور ناحیه لاپاراتومی در میدلاین شکم به طول ۱۵ سانتی متر است که پانسمان تحت شرایط استریل تعویض شد که مرکز سوچور دارای ۴ گاز ترشحات زرد رنگ و فاقد بو می باشد. بررسی و ارزیابی زخم بستر در تمام شیفت ها انجام و در گزارش ثبت شود.

(ارزیابی سقوط) نمره مورش ۵۰ می باشد و bedside دوطرفه بالا می باشد. دستورالعمل ثبت نمره مورش و برادن در ذیل قرار داده شده است. **(میزان فعالیت)** بیمار CBR می باشد.

(ارزیابی اتصالات) IV Line با آنژیوکت صورتی پشت دست راست فیکس و فاقد فلبیت و نش است و سرم تریای طبق دستور پزشک در جریان است. Chest Tube سمت راست قفسه سینه فیکس و فانکشنال می باشد و در طول شیفت ۵۰ سی سی درناژ خونابه ای داشت که ثبت گردید.

(آموزش به بیمار) آموزش لزوم تعویض پانسمان روزانه جهت پیشگیری از عفونت به همراه بیمار داده شد. **(تشخیص پرستاری و اقدام درمانی)** احتمال عفونت در ارتباط با ناحیه عمل جراحی مطرح است که تعویض پانسمان روزانه انجام شد و موضع از نظر علائم عفونت شامل ترشحات و رنگ و بوی بافت بررسی شده که ترشحات زرد رنگ به میزان دو گاز داشت و بافت اطراف آن ملتهب و قرمز رنگ بود که به اطلاع پزشک رسید.

(گزارش اقدامات صورت گرفته و پیگیری ها) بیمار در ساعت توسط دکتر ویزیت شد و تاکی کاردی بودن و آزمایشات بیمار به اطلاع ایشان رسید. دستورات دارویی اجرا گردید. بیمار در ساعت ۱۸ بر روی برانکارد با همراهی کمک بهیار و اینجانپ و تحت POM پرتابل به واحد CT اسکن منتقل و Lung HRCT انجام شد. لطفا به رویت پزشک برسد.

(گزارش تحویل) بیمار در ساعت ۱۹:۳۰ بدون تغییر در علائم حیاتی و سطح هوشیاری بر بالین طبق ISBAR تحویل همکار شیفت بعد شد.

نحوه نوشتن معیار برادن در گزارش:

*در تمام گزارش های بدو ورود به بخش ICU ها نیازی به ثبت نمره برادن در هر شیفت نیست، اما بایستی بررسی بیمار از نظر بروز زخم فشاری در هر شیفت انجام و مشاهدات دقیق پرستار در گزارش پرستاری ثبت گردد.
*نمرات مورش و برادن و سطح مراقبتی در کاردکس ها نوشته شود.

نحوه نوشتن معیار مورش در گزارش:

*در تمام گزارش های بدو ورود به بخش بیماران با ریسک بالا و متوسط (مورش بیشتر از ۲۴): ارزیابی و نوشتن در گزارش تمام شیفت ها
*بیماران ریسک پایین (مورش کمتر از ۲۴): ارزیابی و نوشتار فقط در صورت تغییر سطح مراقبتی
*در صورت انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر باید معیار مورش مجدد کنترل و ثبت گردد (حتی اتاق عمل و زایشگاه)

منطقی ترین اصل پرستار شدن، درک مسئولیت های قانونی در حیطه ی کاری یک پرستار می باشد. شکست در درک این مسئولیت ها و دفاع غیر مؤثر در شرایط خاص نتیجه اش قرار گرفتن در معرض عوارض قانونی می باشد.

پیشرفت علوم به نوعی وابسته به روند ثبت و ضبط بوده است و انتشار علم از طریق ثبت و گزارش صورت می پذیرد. چرا که اگر تحقیقات و یافته های دانشمندان و علما نگارش، گزارش و ثبت نمی شد، هم اکنون امکان دستیابی و استفاده از علوم میسر نبود.

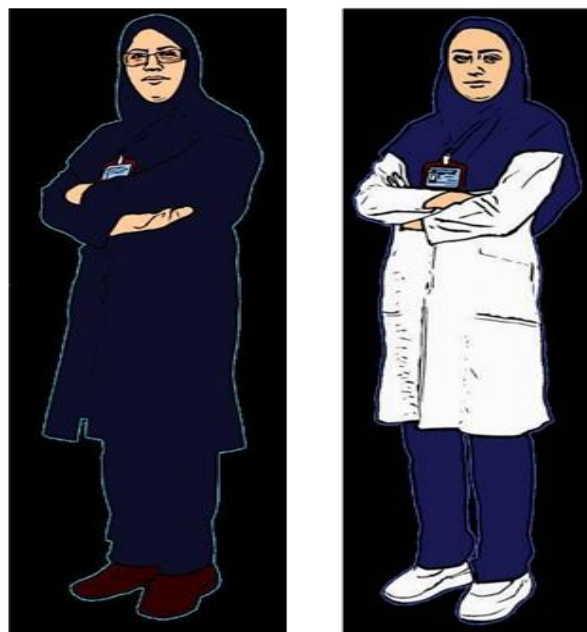
لازمست برای پاسخگویی در برابر مسئولیت مهم مراقبت، تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامتی انسان و جامعه، اقدامات و فعالیت های انجام شده و برای پرهیز از هرگونه تهمت، برچسب بی کفایتی، بی لیاقتی و یا عمل غیر اخلاقی و غیرقانونی، بر صفحه کاغذ نوشته شود تا بتوان با مراجعه به آن در پیگیری و مداومت و نظارت بر اعمال صاحبان حرفه در مواقع ضروری به عنوان سندی محکم و مطمئن و قابل دفاع بهره مند شد.

جنبه های قانونی ثبت

Remember

If it is not documented ... it is not done

آنچه که ثبت نشده است یعنی انجام نشده است.



نویسنده گزارش

چه کسانی مجاز به ثبت گزارش پرستاری هستند؟ فقط پرستاران دارای مدرک حداقل کارشناسی پرستاری و مامای مسئول بیمار

در حالت عادی بهیاران، کمک بهیاران و دانشجویان پرستاری در شرایط عادی اجازه ی نوشتن گزارش پرستاری را در پرونده ی بیمار ندارند.

نکته (۱) گزارش پرستاری یک بیمار را حتما پرستار / ماما مسئول بیمار باید بنویسد.

نکته (۲) ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتویات فرم را مستند می نماید،

سایر اطلاعات سربرگ ها و کنترل نهایی ثبت اطلاعات به عهده منشی بخش می باشد.

نکته (۳) نویسنده گزارش مسئول صحت و سقم اطلاعات درج شده در بالای فرم است که گزارش را در آن ثبت می نماید



زبان گزارش نویسی

- گزارش پرستاری را به چه زبانی بنویسیم؟ نوشتن گزارش به زبان فارسی اکیداً توصیه می گردد. چرا؟
- می بایست تمام گزارش به یک زبان باشد. از نوشتن گزارش به شکل چند زبان خودداری کنید.

ثبت زمان در گزارش نویسی

۱. زمان در کجای فرم گزارش نویسی ثبت می شود؟

- ستون سمت چپ

۲. چه مواردی را باید در زمان ثبت کنیم؟

- تاریخ
- محدوده ی زمانی مربوط به گزارش
- ساعت و دقیقه ی نوشته شدن گزارش

ثبت زمان در گزارش نویسی

✓ تاریخ

- هم سال، هم ماه و هم روز باید ثبت گردد.
- در زبان انگلیسی تاریخ برعکس زبان فارسی نوشته می شود.

✓ محدوده زمانی

- این محدوده از آغاز زمانی که مراقبت از بیمار را بر عهده داشته اید تا انتهای این زمان را در بر می گیرد.

✓ وقت

- نوشتن ساعت و دقیقه ی نوشته شدن گزارش ضروری است.
- دقت داشته باشید که این زمان، زمان ثبت گزارش پرستاری است، نه زمان انجام اقدامات یا مشاهده ی حالاتی که در متن گزارش به آن ها اشاره می شود.
- هر کجا در متن گزارش به اتفاق، وضعیت یا انجام اقدامی اشاره می نمایید، زمان وقوع آن مورد را همان جا (در متن گزارش) ثبت کنید.
- برای نوشتن زمان حتماً از سیستم ساعت نویسی ۲۴ ساعته استفاده کنید



- ✓ ثبت شکایت اصلی بیمار از زبان بیمار در اولین گزارش پرستاری
- ✓ علت بستری (تشخیص اولیه پزشک در اولین گزارش پرستاری)
- ✓ نحوه ورود بیمار به بخش (با پای خود، برانکارد، ویلچیر و...) در اولین گزارش پرستاری
- ✓ ارزیابی وضعیت هوشیاری در اولین گزارش پرستاری در اورژانس و سایر بخش ها تکمیل فرم ارزیابی اولیه و گزارش پرستاری
- ✓ ارزیابی سلامت جسمی در اولین گزارش پرستاری
- ✓ ارزیابی سلامت روحی (خطر خودکشی) در اولین گزارش پرستاری
- ✓ نحوه ی پاسخ به برنامه های مراقبتی پرستاری
- ✓ مثال: طرح مراقبت پرستاری برای بیمار بر اساس مشکلاتی مانند قرمزی پوست به اندازه 4 در 4، در ناحیه پاشنه پادراپی حركتی بیمار، برنامه
- ✓ مراقبت شامل تغییر وضعیت و رفع فشار و ماساژ اطراف ناحیه قرمز شده می باشد. در پایان شیفت صبح پرستار در گزارش پرستاری قید می کند که پس از تغییر وضعیت و برطرف کردن فشار، رنگ پوست ناحیه پاشنه پاطبیعی می باشد.
- ✓ در مورد تمامی سرم ها، سرعت انفوزیون و مقدار مصرف شده در طول شیفت باید در گزارش نوشته شوند.
- ✓ اگر بیمار به هر دلیلی اعم از توصیه پزشک، کنتراندیکاسیون ها، نبود دارو، امتناع بیمار و... داروی تجویز شده را در زمان مقرر دریافت نکرد، این مطلب می بایست با ذکر علت در گزارش پرستاری توضیح داده شود.
- ✓ زمان دقیق مصرف و دلیل استفاده باید ثبت گردد. PRN در زمان تجویز داروهای
- ✓ وضعیت دفع، وضعیت عمومی بیمار (علائم حیاتی، سطح N.G.T، در مورد وضعیت درمان های تهاجمی مثل تجویز اکسیژن، سوند فولی
- ✓ هوشیاری، علائم عینی و ذهنی) و وضعیت تغذیه بیمار توضیحات لازم ذکر شود.
- ✓ در ثبت گزارش تزریق خون و فراورده های خونی، نام پرستار تایید کننده کیسه خون، زمان دقیق شروع و پایان تزریق، وضعیت علائم حیاتی بیمار قبل، حین و بعد از تزریق خون و واکنش های احتمالی بیمار باید در گزارش پرستاری مستند شوند.
- ✓ نتایج و پیگیری های مربوط به آزمایشات، تصویربرداری ها، پروسیجرهای تشخیصی - درمانی و نیز آموزش شهای مرتبط با هر سیستم در محل خود سیستم نوشته می شوند.
- ✓ نتایج کلیه اقدامات پاراکلینیکی، مشاوره ها و ارزیابی های پرستاری که به اطلاع پزشک (ثبت نام پزشک) رسانده شده با ذکر ساعت اطلاع در گزارش ثبت گردد.
- ✓ ارزیابی بیمار و پیشرفت برنامه مراقبتی در هر شیفت در پرونده یا گزارش ثبت گردد.
- ✓ به فرآیند آموزش و یادگیری بیمار اشاره شود.

گزارش پرستاری چقدر باید کامل باشد؟

- ✓ طول یک گزارش پرستاری در عمل به قضاوت پرستار و دید و تجربه ی او نسبت به وضعیت بیمار برمی گردد.
- ✓ یک گزارش باید به قدری کامل باشد که اگر فردی خارج از بیمارستان که هیچ آشنایی نسبت به بیمار ندارد آن گزارش را بخواند، مطلب مبهمی در مورد وضعیت بیمار در ذهن وی باقی نماند.
- ✓ از افراط و تفریط خودداری کنید.
- ✓ جملات در گزارش پرستاری باید به گونه ای باشند که با کم ترین لفظ، بیشترین معنی رسانده شود.

موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می شود

❖ سیستم اعصاب مرکزی:

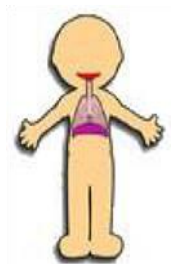


- سطح هوشیاری
- آگاهی به زمان و مکان و شخص
- اندازه و واکنش مردمک
- تغییرات دمای بدن
- فشار داخل جمجمه

مشکلات:

سر درد، سرگیجه، ضعف، عدم تعادل، گیجی، خواب آلودگی، دلیریوم، لرزش یا حرکات غیرطبیعی اندام ها، تشنج، ناتوانی در تکلم، اختلالات بینایی، بویایی، چشایی یا لامسه، گز گز شدن یا بی حسی اندام ها و مسایلی از این دست.

❖ سیستم تنفس:



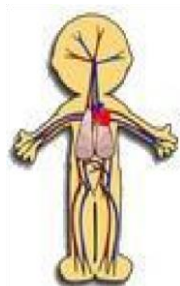
- تعداد
- عمق و الگوی تنفس
- تهویه مکانیکی و تنظیمات آن

مشکلات:

تنگی نفس، ارتوپنه، تنگی نفس شبانه، رتراکسیون، دشواری در تنفس، سرفه، توصیف ظاهر خلط، خونریزی از ریه یا بینی، گرفتگی صدا، صداهای

تنفسی، خس خس سینه و مسایلی از این دست.

❖ سیستم قلب و عروق:



- محل بررسی نبض
- تعداد و نظم نبض
- پر یا نخی شکل بودن نبض
- فشار خون و موضع اندازه گیری آن
- مانیتورینگ قلبی و ریتم مشاهده شده
- فشار ورید مرکزی
- راه دسترسی به عروق
- نوع و مقدار سرم های دریافتی
- دریافت خون یا فرآورد ههای خونی و پاسخ بیمار به آن

مشکلات:

درد قفسه سینه، تپش قلب، سردی اندام ها، اختلالات الکترولیتی، گزارش عملیات احیاء و مسایلی از این دست.

❖ سیستم پوست:



- دمای بدن و موضع اندازه گیری آن
- رنگ پوست
- خشکی یا رطوبت پوست
- قوام پوست

مشکلات:

تعریق، ادم، زخم و توصیف ظاهری آن، پانسمان ها و تعویض آن ها، خونمرگی زیر پوستی، خارش، بوی غیر طبیعی پوست، ضایعات پوستی مثل جوش، کهیر، تاول و مسایلی از این دست.

❖ سیستم ادراری – تناسلی:



- میزان ادرار
- رنگ
- وجود کاتتر فولی

مشکلات:

تکرر ادرار، سوزش ادرار، فوریت در دفع ادرار، ب یاختیاری ادرار، احتباس ادرار هماچوری و مسایلی از این دست.

❖ سیستم گوارش:



- رژیم غذایی
- اشتها
- میزان مصرف غذا
- میزان مایعات دریافتی از راه دهان
- وجود لوله های بینی-معدی، گاستروستومی، کلوستومی یا ژوژنوستومی
- میزان ترشحات
- گاوژ یا لاواژ
- صداهای روده

مشکلات:

تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، نفخ، درد شکم، آسیت، اشکال در بلع، خشکی دهان، التهاب مخاط دهان، تغییر در حس چشایی، خونریزی در مدفوع و مسایلی از این دست.



❖ سیستم عضلانی – اسکلتی:

- میزان فعالیت
- وسایل کمکی مورد استفاده در حرکت
- وجود گچ یا آتل

مشکلات:

فلج، گرفتگی عضلانی، بی حرکتی، بدشکلی اندام ها، افتادگی مچ پا یا دست و مسایلی از این دست.

❖ مسایل روانی – اجتماعی:

- خواب و اختلالات خواب:
- بی خوابی، دیر به خواب رفتن، زود از خواب بیدار شدن، بیدار شدن مکرر از خواب
- خستگی
- رفتارهای غیر طبیعی: اضطراب، ترس، عصبی بودن، سراسیمگی، بی قراری و مسایلی از این دست.



اصالت گزارش نویسی

- آنچه در گزارش پرستاری نوشته می شود می بایست حاصل یافته ها و اقدامات خودِ شخصی باشد که گزارش را می نویسد.
- اگر انجام دهنده کار یا گزارش دهنده وضعیت فرد دیگری غیر از نویسنده گزارش است، پرستاری که گزارش را می نویسد باید در گزارش خود وقتی به این مطلب اشاره می کند، از آن فرد نام ببرد و با برشمردن سمت او، ذکر کند که وی این کار را انجام داده یا مطلب را به اطلاع رسانده است.

وقتی عین گفته یا نوشته ی کسی را در ضمن نوشته و مطلب خود می آورید، آن گفته را در(.....) قرار دهید.

(objectivity)عینیت

- گزارش پرستاری باید فقط یافته های خالص پرستار باشند؛ به دور از هرگونه قضاوت و دخالت عقاید و احساسات شخصی در آن.
- در مورد اظهارات بیمار، دقیقاً باید عین گفته های بیمار در گزارش پرستاری نوشته شود.

دقت و شفافیت

- گزارش پرستاری باید هرچه دقیق تر نوشته شود.
- از بیان جملات و واژه های کلی، نارسا و نامفهوم خودداری شود.
- از نوشتن واژه هایی مثل به نظر می رسد، گویا، ظاهراً، احتمالاً و ... که تردید و عدم اطمینان را می رساند خودداری کنید.
- ز نوشتن کلمات گنگی مثل moderate, normal, fair, good و کلماتی از این دست در گزارش پرستاری خودداری کنید.

راستگویی

- در نوشتن گزارش پرستاری صداقت را قربانی ملاحظات دیگر نکنید.
- دروغ نویسی هم خلاف اصول اخلاقی است و هم موجب تبعات قانونی برای نویسنده می شود.
- چیزی را بنویسید که واقعاً برای بیمار انجام شده است.
- یک نمونه بسیار شایع از دروغ نویسی، دروغ نویسی در مورد زمان ثبت گزارش پرستاری است.
- اقدامی را پیش از انجام شدن ننویسید.
- چیزی را بعد از نوشته شدن گزارش به آن اضافه نکنید.
- حدس و گمان خودتان را مکتوب نسازید.

خوانایی

- خوانا و واضح بنویسید:
- برای نوشتن از خودکار پُررنگ و دارای جوهر روان و یک دست استفاده کنید.
- با حوصله بنویسید.
- حروف و کلمات را به هم نچسبانید.
- به زوایا و انحنای حروف دقت کنید.
- اگر احساس کردید نوشته تان خیلی بدخط از آب درآمد، بی تفاوت نباشید:
- در سطر بعد دوباره همان کلمات را عیناً با خط واضح تری بنویسید و در کنار آن ذکر کنید(جهت وضوح)
- متن گزارش پرستاری باید با سایر گزارشات پرستاری نوشته شده، و همچنین سایر اوراق پرونده هماهنگی داشته باشد
- خط و ربط یک حادثه، پروسیجر، تغییر وضعیت و مسایلی از این دست باید در تمام اوراق وجود داشته باشد و در گزارش قبل و بعد هم ردپایی از آن دیده شود.

در بیان کر به شوق لعب خواهی زد قدم / سر زش ما / کند خار مغلان تم محو

مکتبہ رحمتیہ پیر پور
پیر پور

یاد گرفته ام انسان قطره نمانی حق دارد از بالا به پائین بنگرد که بخاید باری کند تا افتاده ای را از جا بلند کند

فضای خالی

گذاشتن فضای خالی در بین صفحات گزارش، احتمال سوء استفاده و اضافه کردن مطالبی را در آینده به گزارش نوشته شده افزایش می دهد و اعتبار گزارش را کم می کند.

○ در بین خطوط جای خالی رها نکنید.

○ روی خط بنویسید.

○ و اگر احیاناً فضایی خالی ماند، آن را با یک خط صاف پر کنید.

○ یک خط در میان ننویسید.

○ تا تمام خطوط یک صفحه پُر نشده، سراغ صفحه بعد نروید.

○ اگر سهواً تمام یا قسمتی از صفحه خالی ماند، روی آن ضربدر بزنید و عبارت (فضای خالی) (blank) را روی آن بنویسید.

در تکمیل فرم ها حتی در برخی موارد که موردی برای نوشتن وجود ندارد، یا در مورد بیمار مورد نظر این گزینه مصداقی ندارد با نوشتن عبارت (مورد ندارد) یا واژه مخفف

N/A (not applicable) فضای خالی را پُر کنید.

اگر خطوط صفحه به انتها رسید

۱. جملاتی را به طور فشرده و تلگرافی به فضای خالی زیر صفحه اضافه نکنید.

۲. در انتهای گزارش عبارت (ادامه دارد) را بنویسید و به صفحه بعد بروید.

۳. در ابتدای صفحه ی بعد نیز دوباره بنویسید (ادامه از قبل) و در زیر آن ادامه ی مطلب را بنویسید.

۴. دقت کنید در هر دو سمت صفحه، در کنار گزارش، تاریخ و ساعت را ثبت کنید و تنها به یک پاره از گزارش اکتفا نکنید.

بستن گزارش

○ بلافاصله بعد از اتمام گزارش نویسی، ترجیحاً انتهای گزارشات را با علامت ضربدر و یا خط ممتد که تا انتهای سطر کشیده شده است ببندید

تاجلوی هرگونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.

○ بعد از (بستن) گزارش نوشته ای را به آن اضافه نکنید.

○ اگر در ادامه ی شیفت مطلب جدیدی برای نوشتن پیش آمد، مجدداً تاریخ و ساعت جدید را درج و جملات تازه را به شکل یک ورودی

جداگانه، اضافه کنید

مهر و امضاء

○ گزارش پرستاری باید دارای اطلاعات فرد نویسنده شامل نام، نام خانوادگی و مرتبه ی وی باشد.

○ وجود امضاء و مهر دارای شماره نظام پرستاری، هر دو الزامی است.

○ مهر باید حاوی نام، نام خانوادگی، مرتبه مانند کارشناس پرستاری و شماره ی نظام پرستاری باشد.

○ نام و نام خانوادگی خود را به صورت کامل بر روی مهر درج کنید.

○ نوشته ها باید با فونت و ترکیبی نوشته شوند که واضح و به راحتی قابل خواندن باشند.

○ استامپ مهر خود را از نظر وجود جوهر کافی، به طور دوره ای مورد بازبینی قرار دهید و در صورت نیاز به اندازه ی کافی به آن جوهر اضافه کنید.

○ هنگام مهر زدن، مهر را به خوبی بر روی کاغذ فشار دهید تا نوشته های آن به وضوح قابل رویت باشند.

○ مهر سند هویت حرفه ای شماست. از مهر خود مواظبت، و از رها کردن آن در ایستگاه پرستاری خودداری کنید.

❖ امضای دوم (counter signature)

چه مواردی به امضای دوم نیاز دارد

۱. چک و تأیید دستورات شفاهی و تلفنی پزشک

۲. تجویز برخی داروهای پرخطر

۳. تأیید نوشته های فردی که صلاحیت نوشتن گزارش پرستاری را نداشته است (مثلاً بهیار یا دانشجوی پرستاری)

امضای دوم چگونه انجام می شود

۴. در مورد اول و دوم (چک و اجرای دستورات شفاهی پزشک و تجویز برخی داروها): دو نفر از پرستاران بخش (ترجیحاً پرستار مستقیم بیمار و هم شیفتی یا سوپروایزر) می بایست انتهای گزارش را مهر و امضاء کنند.

۵. در مورد سوم (تأیید نوشته های فردی که صلاحیت نوشتن گزارش پرستاری را نداشته است): پرستار مسئول بیمار، می بایست گزارش را خوانده و با مهر و امضای خود، محتوای آن را تأیید کند و اگر نیاز به اصلاح یا اضافه کردن مطلبی باشد، به شکل یک ورودی جدید در انتهای گزارش اضافه نماید.

❖ اصلاح اشتباه

۱. چنانچه عبارتی در گزارش پرستاری اشتباه نوشته شد، از خط زدن، سیاه کردن، پاک کردن، ساییدن، لاک گرفتن یا کندن عبارت اشتباه خود داری کنید.

در این موارد از دستورالعمل زیر پیروی کنید

۲. روی عبارت اشتباه یک خط کم رنگ و باریک بکشید، به طوری که عبارت اشتباه از زیر خط به راحتی قابل خواندن باشد.

۳. بالای عبارت اشتباه یا کنار آن لفظ «اشتباه» یا «اصلاح شد» را بنویسید.

۴. در ادامه، عبارت درست را بنویسید.

۵. در انتهای گزارش ذکر کنید که گزارش دارای مثلاً یک مورد یا دو مورد خط خوردگی می باشد.

❖ گزارش تأخیری (late entry)

تبصره : اضافه کردن هر واژه ای به گزارشات نوشته شده ی قبلی غیر قانونی بوده و جرم محسوب می شود.

مراحل ثبت گزارش تأخیری

۱. در انتهای آخرین گزارش ثبت شده، با درج تاریخ و ساعت «فعلی». یک ورودی جدید ایجاد کنید. در کنار آن با نوشتن عبارت «گزارش تأخیری» مشخص کنید که گزارش به صورت تأخیری نوشته شده است .

۲. در ادامه تاریخ و ساعتی که گزارش به آن زمان بر می گردد را درج کنید.

۳. سپس مطالب مورد نظر خود را بنویسید و پس از مهر و امضاء، گزارش را ببندید.

۴. در گزارش تأخیری ، علت بروز تأخیر و اینکه چرا این مطالب در گزارش مربوطه نوشته نشده اند را حتماً ذکر کنید.

۵. هرچند زمان خاصی برای نوشتن گزارش تأخیری وجود ندارد و تا آخرین لحظه ی حضور بیمار در بخش می توان گزارش تأخیری را به پرونده بیمار اضافه کرد، اما هرچه فاصله ی بین زمان نوشته شدن گزارش تأخیری با زمان اصلی بیشتر باشد، ارزش حقوقی آن کمتر می شود.

گزارش نویسی بر اساس فرآیند پرستاری



❖ بررسی Assessment

جمع آوری اطلاعات : منبع اولیه که از طریق معاینات فیزیکی و مصاحبه با بیمار منبع ثانویه اطرافیان ، مشاوره و مرور سوابق بیمار اعتبار بخشی : اطمینان از صحت اطلاعات بدست آمده

سازماندهی : دسته بندی اطلاعات

ثبت اطلاعات : ثبت دقیق اطلاعات در پرونده و گزارش پرستاری ، فرم ارزیابی اولیه

❖ تشخیص Diagnosis

❖ ویژگی های تشخیص پرستاری

۱. وظایف پرستار را تعیین می کند .

۲. در مورد پاسخ فرد به بیماری است.

۳. روز بروز قابل تغییر است

۴. در مورد فرد و خانواده یا مراقبین می باشد.

سه جز اصلی تشخیص های پرستاری (P. E. S) (مشکل / علت / علایم و نشانه ها)

مانند : تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه با تظاهرات بالینی ابراز ضعف و کاهش وزن

تبصره : جهت شناسایی تشخیص های پرستاری می توان از کتاب تشخیص های پرستاری NANDA بهره گرفت

❖ برنامه ریزی Planning

مراحل برنامه ریزی

۱. تعیین اولویت ها : براساس نوع مشکل (بالفعل ، احتمالی ، خطر) و شدت مشکل و نیز باید مشکلات بیمار الویت بندی شوند

۲. تعیین هدف و نتیجه مورد انتظار : براساس نوع تشخیص گذاشته شده هدف تعیین می گردد. هدف نقطه مقابل تشخیص های پرستاری بوده و بیانگر وضعیت مطلوب ی است که باید در بیمار ایجاد شود و نتایج و علایم ها به صورت عینی و قابل مشاهده باشد .

نکته : در نوشتن هدف باید مدت زمان رسیدن به هدف و روش رسیدن به هدف نیز مشخص باشد.

۳. تعیین مداخلات پرستاری : در این مرحله باید برنامه مراقبتی براساس هدف مشخص شود. یعنی دقیقاً مشخص شود چه کاری توسط چه کسی و در چه زمانی چگونه انجام شود.

۴. ثبت برنامه مراقبتی : برای ثبت برنامه مراقبتی باید از چارت برنامه مراقبتی استفاده شود.

Nursing Care Plan :

DATE	ASSESSMENT	NURSING DIAGNOSIS	GOLD & OUT COME	NURSING INTERVENTION	EVALUATION

❖ اقدامات پرستاری INTERVENTION

۱. بررسی مجدد
۲. تعیین الویت
۳. برنامه جهت مراقبت های پرستاری
۴. ثبت دقیق مداخلات انجام شده

❖ مراحل ارزشیابی EVALUATION

۱. مرور بر هدف
۲. جمع اوری اطلاعات
۳. بررسی میزان دستیابی به هدف
۴. ثبت نتایج
۵. اصلاح یا تغییر برنامه مراقبتی

❖ سند قانونی (legal Documentation)

- اوراق پرونده بیمار اسناد قانونی هستند که ممکن است به عنوان مدرک و شاهد در دادگاه مورد استفاده قرار گیرند. بنابراین:
- وقتی به علت ادعای مراقبت نامطلوب هر عضو از تیم درمان به دادگاه فراخوانده شود نقش مهمی در محکومیت یا تبرئه شدن آن ها دارد.
- به عنوان 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 صورتی که بیمار یا قیم وی ادعای قصور پرستاری نماید، بهترین مدافع پرستار خواهد بود.
- متأسفانه اغلب نواقص واضح و قطعی همراه با عبارات و جملات بی مفهوم، تکراری و غلط در گزارشات پرستاری ممکن است تشخیص داده نشده و یا هیچ تأثیری بر بیمار نداشته باشند، اما گاهی ممکن است:
- به طور جدی مراقبتی را که بیمار دریافت، تحت تأثیر قرار دهد.
- به اعتبار پرستاری به عنوان یک حرفه و رشته تخصصی آسیب برساند و
- باعث مسائل قانونی برای پرستار مسئول هیچ تأثیری بر بیمار نداشته باند.
- تبعیت از خطوط راهنمای گزارش نویسی، به پیشگیری از خطاها و اشتباهات کمک می کند.
- گزارشات باید منطبق بر استانداردهای حرفه ای و سازمانی بوده : کامل، صحیح، واقعی و در زمان مناسب نوشته شوند. از نظر قانونی عاقلانه، با احتیاط، به ترتیب و پشت سرهم و در نهایت قابل اعتماد باشند.

❖ مشاوره

- از آنجایی که مسئولیت درمان بیمار مستقیماً متوجه پزشک معالج می باشد، در صورتی که برای بیمار مشاوره ای انجام شود، دستورات پزشک مشاور حتماً باید به اطلاع و تأیید پزشک معالج رسانده شده و بعد اجرا شود. گاهی ممکن است دستورات پزشک مشاور خلاف نظر و دستورات پزشک باشد.
- ثبت دستورات پزشک مشاوره در برگه دستورات پزشک یا تأیید آن در برگه مشاوره توسط پزشک معالج در اولین حضور بر بالین بیمار

❖ گزارش قبل از عمل :

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، ویلچر و ...)
- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل بیمار به اتاق عمل
- ثبت وضعیت عمومی با قید سطح هوشیاری و علائم حیاتی
- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سندها، لوله تراشه و...)
- ثبت دستورات دارویی قبل از عمل
- آمادگی انجام شده (انما، شیو و...)
- ثبت نام و نام خانوادگی و سمت و امضاء همراه با تاریخ و ساعت

❖ گزارش بعد از عمل :

- ✓ ساعت تحویل و ای ورود به بخش
- ✓ ثبت نوع عمل انجام شده
- ✓ ثبت وضعیت عمومی با قید سطح هوشیاری و علائم حیاتی
- ✓ ثبت وضعیت درن ها، تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح، ترشحات و محل پانسمان
- ✓ ثبت علائم حیاتی و برن ده ادراری در ساعت اولیه
- ✓ ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- ✓ تکمیل برگ گرافیک از نظر روزهای بعد از عمل با رنگ قرمز

❖ گزارش حوادث غیر معمول :

مثال: سقوط از تخت، فرار، اشتباهات دارویی و ...

- ✓ پرستاران به علت حضور دائم جزء اولین کسانی هستند که در زمان و مکان ایجاد حادثه حضور دائم داشته و بهتر از هر کس دیگر می توانند گزارش بدون نقص و منطبق بر واقعیت تهیه نمایند.
- ✓ به پزشک و سوپروایزر اطلاع دهید.
- ✓ فرم حوادث را تکمیل کرده و به سوپروایزر ارسال کنید.
- ✓ تنها آسیب به بیمار و مداخلات انجام شده را در پرونده ثبت کنید.
- ✓ هرگز در گزارش یک حادثه نباید پیش فرض ها، نتیجه گیری و پیشنهادات در مورد علل و راه های پیشگیری از حادثه را ثبت نمایید.

❖ Questioning orders

- ✓ در صورتی که دستور پزشکی مبهم یا حتی غلط به نظر می رسد، تا صحبت با پزشک از اجرای آن خودداری کنید.
- ✓ هر بیمارستانی باید رویه مکتوبی برای دستورات پزشکی مبهم داشته باشد.
- ✓ با پزشک مربوطه جهت رفع ابهام و روشن سازی مسئله تماس بگیرید.
- ✓ در گزارش خود تماس با پزشک را ثبت کنید.
- ✓ چگونگی اجرای دستور را ثبت کنید.
- ✓ اگر دستور را اجرا نکرده اید، عدم اجرا، علت آن و تماس با پزشک را ثبت کرده، سوپروایزر را در جریان قرار دهید.
- ✓ از مدیر خود بپرسید که در چنین مواردی چه مرحله ای را طی کنید.
- ✓ ممکن است یک دستور وقتی صادر شده بوده درست و قابل اجرا بوده است ولی الان با تغییر شرایط بیمار فرق کرده باشد، در چنین مواردی برای روشن سازی قضیه، با پزشک تماس بگیرید.