

شماره سند: ۱ تاریخ تدوین: ۹۸/۰۲/۲۰ شماره بازنگری: ۲۲ تاریخ بازنگری: ۹۸/۱۱/۱ شماره ویرایش: ۲۳ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۴/۰۱ عنوان سند: چک لیست ارزیابی گزارشات پرستاری  Mashhad University of Medical Sciences				موارد			ردیف
قابلیت اجرا ندارد	بله	خیر					
				سربرگ گزارش پرستاری (سربرگ اوراق پرونده) دارای مشخصات کامل بیمار می باشد. هر برگ پرونده بایستی دارای تاریخ روز، ماه و سال باشد . راهنما: ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها(نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد.			1
				فرم ارزیابی اولیه بیمار به طور صحیح تکمیل شده است. راهنما: - در بخش اورژانس با توجه به اینکه بیمار تریاژ می شود نیازی به تکمیل فرم ارزیابی اولیه نیست . در صورتی که بیمار به هر علت بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشد، بایستی فرم ارزیابی اولیه تکمیل شود. (سنجه های اعتباربخشی نسل پنجم - سنجه های عمومی بالینی- محور مراقبت و درمان ص ۱۱۵) - هدف از ارزیابی اولیه بررسی و شناخت وضعیت سلامت و اولویتهای درمانی بدو ورود بیمار می باشد و جایگزین ارزیابی مستمر بیمار در هر نوبت کاری که یکی از ارکان اصلی مراقبت پرستاری است نمی شود. - فرم ارزیابی اولیه برای هر بیمار فقط یکبار تکمیل می شود و در صورت انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر نیازی به تکمیل مجدد فرم ارزیابی اولیه نیست. مگر اینکه بیمار به بخش روان منتقل شود که در این صورت نیاز است فرم ارزیابی بیماران روان در بخش مقصد تکمیل گردد. اما ضروریست در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی بیمار موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد. - بعد از انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر، در صورت ناقص بودن فرم ، نیازی به تکمیل مجدد یا اصلاح فرم نیست و پرستار بخش مقصد بایستی مواردی تکمیل نشده در این فرم را طبق مشاهدات خود در گزارش پرستاری که ثبت می نماید مورد اشاره قرار دهد . - تعداد تشخیص های پرستاری ثبت شده در برگه ارزیابی اولیه ملاک ارزیابی نبوده و رعایت استاندارد تشخیص پرستاری ثبت شده مهم می باشد.			2
				در گزارش پرستاری بدو ورود به موارد ذیل اشاره شده است: نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار، محل ارجاع، نحوه ورود بیمار به بخش و همراه چه کسی، ساعت ورود به بخش، وضعیت هوشیاری، تعداد و محل اتصالات، شکایت اصلی بیمار (از زبان بیمار) ، حساسیت دارویی یا غذایی، تشخیص پرستاری بر اساس فرم ارزیابی اولیه راهنما: به جز در گزارش بدو ورود که بایستی نام و نام خانوادگی و سن بیمار قید شود، نیازی به نوشتن نام و سن بیمار در هر شیفت نیست. فقط در مورد نوزادان با توجه به اینکه سن روزانه تغییر می کند سن نوزاد روزانه ثبت شود .			3
				در گزارش پرستاری بدو ورود به یادآوری تلفیق دارویی به پزشک معالج اشاره شده است.			4
				به تشخیص پرستاری(مشکل بیمار) و طرح مراقبتی بیمار در گزارش نویسی اشاره شده است . راهنما: ثبت اقدامات انجام شده برای مشکل بیمار در همان شیفت و یا شیفت های بعدی تا حصول نتیجه به صورت مستمر لازم است. به عنوان مثال در صورت BP بالا اقدامات انجام شده تا زمان رسیدن به مقدار قابل قبول در گزارشات ثبت شده باشد.			۵
				گزارش پرستاری خوانا و مرتب است و با رنگ تعیین شده (خودکار آبی برای شیفت صبح و عصر - مشکی برای شیفت شب) ثبت شده است راهنما: گزارش پرستاری و ثبت مستندات بایستی در برگ گزارش پرستاری قسمت مشاهدات و نظرات ثبت شود و چک اجرای دستورات دارویی هم در قسمت اقدامات دارویی و درمانی ثبت گردد .			۶
				در گزارش پرستاری از کلمات شبهه برانگیز (مثل به نظر می رسد ، ممکن است ، شاید ، ظاهراً ، و ...) استفاده نشود و شکایات بیمار از قول بیمار نقل قول مستقیم می شود (داخل گیومه " ") و واکنش بیمار به درمان مستند گردد . از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند.			۷
				در گزارش پرستاری از کلمات و علائم اختصاری استاندارد استفاده می شود . از اختصارات غیر استاندارد برای ثبت تشخیص ها و اقدامات درمانی استفاده نگردد. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود.			۸

۹		لازم است پرستار در مورد دستورات پزشکی تمامی دستورات داده شده پزشک معالج (دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی) را بلافاصله بررسی و هر سطر دستور را با عدد از پایین به بالا شماره گذاری نموده و انتهای سطر هر دستور پزشکی را با علامتی (ضربدر یا تیک یا) ببندد طوری که در انتهای سطر مطلبی قابل افزودن نباشد سپس انتهای آخرین خط دستور پزشکی را بدون هیچ فاصله ای با خط ببندد و تعداد دستورات را با درج تعداد موارد چک شده به حروف ؛ تاریخ و ساعت و مهر و امضای خود ، مستند نماید.	
۱۰		در صورت گرفتن دستور تلفنی (Tel orders) (فقط در موارد اورژانس) ، بایستی دستورات تلفنی به طور صحیح و کامل طبق دستورالعمل ثبت گردد.(در بیمارستان های آموزشی که رزیدنت ۲۴ ساعت حضور دارد طبق دستورالعمل داخلی بیمارستان عمل شود) راهنما: لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی ، در برگ دستورات پزشک ، موارد زیر لحاظ شود : ۱. ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر) ۲. نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود ۳. نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور ۴. ثبت متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک) ۵. نام ، امضا و مهر پرستار دریافت کننده دستور و نام ، امضا و مهر پرستار شاهد ۶. دستور تلفنی در اولین فرصت و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت توسط پزشک مهر و امضا گردد.	
۱۱		گزارش پرستاری مختصر و کامل نوشته شده و به طور مستمر ثبت می شود . راهنما: منظور از ثبت مستمر، نوشتن اقدامات انجام شده در طی شیفت و پیگیریهای انجام شده در شیفت بعد ،می باشد. لذا ثبت اقداماتی که هنوز انجام نشده و یا بستن گزارش قبل از انتهای شیفت خطا می باشد. ضمن اینکه گزارش تمام شیفت ها حتی در روزهای تعطیل باید جدا نوشته شود. هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. هم چنین لازم است مستند سازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.	
۱۲		در صورت اشتباه بودن گزارش دور موارد اشتباه خط کشیده ، و روی آن کلمه « اشتباه است » نوشته و لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت و همچنین علت اشتباه (در صورتی که علت قابل توضیح وجود دارد)، نیز توضیح داده شود .(روی کلمه اشتباه چیزی نوشته نشود) لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، در انتهای گزارش تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد. (در صورتی که در دستور پزشک مورد خطا یا خط خوردگی وجود داشته باشد، پرستار بعد از چک دستورات پزشکی به تعداد موارد خطا و خط خوردگی اشاره کند) راهنما: نوشتن کلمه error قابل قبول نمی باشد.	
۱۳		مقدار و نوع ترشحات بیمار (مثل ترشحات درن، چست تیوپ، سوند ادراری ، NGT و ...) در هر شیفت کنترل و در گزارش پرستاری ثبت می شود . راهنما: در صورتی که دستور پزشک مبنی بر کنترل I&O (جذب و دفع) وجود دارد بایستی میزان ثبت ترشحات به طور دقیق در این برگه ثبت شده و در گزارش پرستاری فقط ذکر شود "I/O ثبت شد" و سپس نوع و مشخصات ترشحات در گزارش پرستاری توضیح داده شود. اگر دستور پزشک مبنی بر ثبت جذب و دفع ندارد، بایستی پرستار در هر شیفت وضعیت، تعداد، محل و مقدار ترشحات اتصالات بیمار را در گزارش پرستاری ثبت نماید .	
۱۴		در گزارش پرستاری وضعیت اتصالات بیمار و عملکرد آن ثبت شده است . راهنما: تاریخ تعبیه اتصالات در کاردکس ثبت شده باشد. در صورت تعبیه اتصالات جدید یا تعویض آن (نوع وسیله، رنگ یا سایز)، مورد در گزارش پرستاری ثبت شود.	
۱۵		در گزارش پرستاری به پیگیری های لازم از قبیل اقدامات پاراکلینیکی ، مشاوره ، و ... اشاره شده است.	
۱۶		بررسی احتمال سقوط بیمار(معیار موریس در بزرگسال و هامپتی -حامپی در اطفال) و بررسی احتمال ایجاد زخم(برادن برای بزرگسال و کلامورگان یا برادن کیو (برای اطفال) این معیار ها در بدو ورود بررسی و نمره در فرم ارزیابی اولیه، اولین گزارش پرستاری و کاردکس بیمار ثبت شود.	

			راهنما: معیار برادن : ✓ ارزیابی برای تمام بیماران در بدو ورود به بخش انجام شود. ✓ در صورتی که نمره 12 و کمتر بگیرد ارزیابی برادن هر شیفت تکرار و نمره ثبت گردد ✓ در صورتی که نمره 13 تا 18 کسب نماید (خطر متوسط و نیاز به مداخله پیشگیرانه) بایستی ارزیابی برادن <u>روزانه</u> انجام شود. ✓ با تغییر سطح مراقبت بیمار، ارزیابی تکرار و نمره ثبت گردد. ✓ تبصره: در ICU ها نیازی به ثبت نمره برادن در هر شیفت نیست، اما باید در هر شیفت تمامیت پوست بیمار از نظر بروز زخم فشاری بررسی و مشاهدات دقیق پرستار در گزارش پرستاری ثبت گردد. ✓ در بیماران self-care نیازی به ارزیابی و ثبت نمره برادن نیست. معیار مورس : ✓ ارزیابی برای تمام بیماران در بدو ورود به بخش انجام شود. ✓ برای بیماران در معرض خطر متوسط و بالا (از نمره 24 به بالا) در هر شیفت ارزیابی تکرار گردد و نمره ثبت گردد ✓ با تغییر سطح مراقبت بیمار، ارزیابی تکرار و نمره ثبت گردد. ✓ در درمانگاه این شاخص محاسبه نمی شود . ✓ در صورت انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر باید معیار مورس مجدد کنترل و ثبت گردد (حتی افاق عمل و زایشگاه) ✓ در بالای کاردکس بیماران بایستی نمره برادن و مورس ثبت شده و در صورت تغییر، اصلاح گردد.
			در گزارش پرستاری به وضوح قید شده است که چه کاری، توسط چه کسی و در چه زمانی انجام شده است . راهنما: در مورد اقداماتی از قبیل فیزیوتراپی که ممکن است توسط کارشناس فیزیوتراپی (که در فرم مخصوص خود آن را تکمیل می کند) یا توسط خود پرستار مسئول بیمار انجام شود بایستی در گزارش پرستاری قید شود که این اقدام توسط چه کسی انجام شده است . مثلاً " فیزیوتراپی تنفسی توسط خانم انجام شد."
			مشاوره ها: • در مورد اقداماتی که در سایر اوراق ثبت شده است ،مانند مشاوره، در گزارش پرستاری ، فقط ذکر " مشاوره انجام شد" با ذکر تاریخ و ساعت ، کفایت می کند. • لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد. • دستورات پزشک مشاور از سه طریق ذیل قابل انجام است: ۱) در دستور پزشک معالج ذکر شده باشد که دستورات پزشک مشاور اجرا گردد. ۲) تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re order) ۳) صرفاً تایید (مهر و امضا)پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه "دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد "قابل انجام است .
18			به نکات ایمنی مربوطه (مثلاً در خصوص بالا بودن حفاظ تخت در صورت نیاز ، زنگ احضار در آموزش های بدو ورود) و آموزش های داده شده در مورد آن در هر شیفت حتما اشاره شده است .
19			در گزارش پرستاری رژیم غذایی بیمار، وضعیت تحمل، عدم تحمل و ... ثبت گردیده است .
20			در گزارش پرستاری وضعیت اجابت مزاج و دیورز بیمار ذکر گردیده است .
21			در صورت انتقال بیمار به بخش دیگر یا سایر مراکز درمانی ساعت انتقال ، نحوه انتقال ، و پرسنل همراه بیمار و پرستار تحویل گیرنده ، ثبت شده است . (ساعت تحویل دهنده و تحویل گیرنده باهم تطابق داشته باشد)
22			در صورت انتقال بیمار به اتاق عمل زمان خروج از بخش، زمان برگشت به بخش و وضعیت عمومی بیمار بعد از عمل جراحی ذکر گردیده است. (ساعت تحویل دهنده و تحویل گیرنده باهم تطابق داشته باشد) راهنما: • در ICU ها در برگه گزارش پرستاری پرونده فلزی هم، نقل و انتقالات بیمار به صورت مختصر ذکر گردد. • لازم است کلیه افرادی که مراقبت از بیماران را در اتاق های عمل بر عهده دارند، اقدامات لازم (بر اساس شرح وظایف) را با توجه به اهمیت توالی ارائه خدمات و استمرار مراقبت از بیمار در برگه گزارش پرستاری ثبت نمایند. • گزارش اقدامات در ریکآوری برای مادرانی که تحت عمل سزارین قرار می گیرند، توسط کارشناس بیهوشی و کارشناس مامایی در برگه مراقبت بعد از عمل ثبت می شود. • در هنگام تحویل بیمار از اتاق عمل، پرستار تحویل گیرنده موارد ثبت شده در برگه ریکآوری را با وضعیت بیمار مطابقت داده و در فرم ریکآوری گزارش ثبت و برگه مهر و امضا شود. در صورت مغایرت حتما ذکر گردد. • طبق پروتکل اعلام شده از طرف دانشگاه بایستی پرستار بخش بعد از عمل جراحی طبق دستور پزشک انجام شود در غیر اینصورت ، علائم حیاتی بیمار را هر یک ربع تا یک ساعت سپس هر نیم ساعت تا دو ساعت و بعد از آن هر یک ساعت تا 4 ساعت کنترل و ثبت نماید .

			در صورتی که علائم حیاتی بیمار غیرطبیعی بود به پزشک اطلاع داده و دستورات اجرا می شود.
23			در صورت وقوع حادثه یا بروز وقایع تهدید کننده حیات بیمار ، ساعت ، تمامی جوانب حادثه و اقدامات انجام شده در این خصوص به وضوح ذکر شده و بر اساس دستورالعمل اقدام می شود. نکته: از قضاوت و تفسیر حادثه یا واقعه خودداری گردد.
24			در پایان گزارش پرستار نام، نام خانوادگی ، سمت ، تاریخ و ساعت گزارش را بطور دقیق قید شده و ممهور می گردد. راهنما : دقت شود بین آخر خط نوشته شده و آخرین اقدام دارویی ثبت شده و خط بستن گزارش هیچ فاصله ایی وجود نداشته باشد .
25			ساعت تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار صحیح ثبت شده است. راهنما: ساعت تحویل دادن بیمار در انتهای شیفت بایستی توسط پرستار تحویل دهنده ثبت شود . به طور مثال ۱۳:۳۰ ، ۱۹:۳۰ ، ۷:۳۰ اما اگر تحویل دادن بیمار به هر دلیلی ، در ساعتی زودتر از زمان معمول اتفاق افتاد بایستی ساعت تحویل دادن و تحویل گرفتن هر دو قید شود در صورت پاس ابتدا و انتهای شیفت در صورت نیاز باید گزارش پرستاری توسط پرستار جایگزین نوشته شود.
26			کلیه اطلاعات ضروری در مورد داروها (تاریخ و ساعت، نام دارو، دوز دارو و راه تجویز و حلال مورد استفاده) در کادر دارویی برگه گزارش پرستاری ثبت شده است . راهنما: - در ستون اقدامات دارویی نام دارو و در مقابل آن ساعت اجراء دارو نوشته و بر روی ساعت اجراء دارو یک خط نازک کشیده شود. - در کنار داروی اجرا شده نام پرستار دهنده دارو نوشته شود. (نوشتن اسم پرستار فقط بر روی اولین یا آخرین داروی داده شده کفایت می کند .) - در صورت اجرای دارو توسط فرد دیگر (مثلا تزریق عضلانی توسط پرستار همگن) حتما باید فرد اجرا کننده نام خود را در کنار ساعت اجراء دارو بنویسید. در مورد داروهایی که حتما باید در حضور پزشک اجرا شوند، روی تیک دارو نام پرستار بیمار ذکر شده و در متن گزارش پرستاری نوشته شود دارو با مانیتورینگ و تحت نظر دکتر... اجرا گردید - در صورت عدم اجرای دستور دارویی، دور ساعت آن خط کشیده شده و علت عدم اجرای آن در همان قسمت دارویی ذکر شود. - در صورت عدم اجرای سایر دستورات (غیر دارویی) در گزارش پرستاری توضیح داده شود. - در زمانی که دارو در قسمت کادر دارویی ثبت شده است دیگر نیازی به ثبت دارو و حلال و ... در متن گزارش نیست. و فقط در مواردی که انفوزیون دارو از شیفت قبل ادامه دارد و در جریان است چون در قسمت کادر دارویی ثبت نمی شود بایستی در متن گزارش پرستاری به داروی در جریان از شیفت قبل حتما اشاره شود .
27			در صورت نیاز به دابل چک دارو، در برگه دستورات پزشک چک توسط هر دو پرستار و در برگه گزارش پرستاری کنار نام دارو توسط پرستار دوم مهر و امضا شده و به مورد دابل چک شده نیز اشاره شده است. راهنما: نیازی به ثبت دابل چک در متن گزارش پرستاری نیست. ترجیحا دبل چک HOLD و یا DC شدن داروی پرخطر توصیه می شود.
28			در صورت مرخص بودن بیمار، در گزارش پرستاری به <u>زمان ترخیص بیمار</u> بایستی اشاره شود اما ساعت خروج بیمار از بخش اگر همزمان با دستور مرخص شدن نبود ، بایستی در دفتر گزارش بخش ثبت گردد . گزارش ترخیص به صورت SMART باشد .
29			آموزش به بیمار در بدو پذیرش:
			در فرم گزارش پرستاری ثبت شود "آموزش های بدو پذیرش به بیمار داده شد".
			آموزش به بیمار در حین بستری:
			در فرم گزارش پرستاری ثبت شود "آموزش های حین بستری طبق فرم آموزش به بیمار به بیمار داده شد".
			آموزش به بیمار در حین ترخیص:
			در فرم گزارش پرستاری ثبت گردد "آموزش های زمان ترخیص به بیمار ارائه گردید".