

حداقل های گزارش پرستاری

۱. به منظور عدم اتلاف وقت ، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها ، گزارش خوانا و مرتب ، خلاصه و مفید باشد .
۲. از خودکار آبی و مشکی جهت ثبت گزارشات استفاده شود و از مداد استفاده نشود .
۳. جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات بطور کامل از ۱ تا ۲۴ نوشته شود .
۴. از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک یا سیاه کردن اجتناب نمایید.
۵. جهت ثبت علائم حیاتی حتی المقدور از چارت های گرافیکی آن استفاده شود.
۶. نوشتن نام و نام خانوادگی بیمار در هر صفحه ضروری است چرا که با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود.
۷. از اختصارات استاندارد و بین المللی استفاده گردد و از اختصاراتی که ممکن است معانی مختلفی داشته باشند نباید استفاده شود .

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

۱. بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.
۲. در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است یا Error .
۳. تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.
۴. برای اضافه کردن مطلب جدید به گزارشات قبلی، علاوه بر درج تاریخ و ساعت جدید ، بنویسید ضمیمه گزارش قبلی(تاریخ و ساعت گزارش قبلی را نیز درج کنید) و امضا نمایید .
۵. از گنجانیدن مطالب جدید در لابلای گزارش قبلی خودداری کنید .

نکات مهم در زمینه اصول نگارشات پرستاری

۱. در صورت طولانی بودن گزارشات باید نوشته شود(ادامه دارد) امضا شود و بعد وارد صفحه بعدی شد .
۲. جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.
۳. وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
۴. تعداد و ریتم ضربان قلبی- تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.
۵. در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور ، مانیتور، پیس میکر و.....) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
۶. وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت کنید.
۷. در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید
۸. از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید.
۹. تمام اقدامات دارویی، درمانی همراه با ساعت اجرای آنها و واکنشهای بیمار را ثبت نمایید.
۱۰. ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
۱۱. کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمائید. (نام دارو ، دوز دارویی ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز دارو) با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
۱۲. با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علائمی 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 حتماً گزارش نمائید.
۱۳. از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.

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

۱۵. انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

۱۶. گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهیان و...) ، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.

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

۱۸. انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.

۱۹. 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.

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

۲۱. 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 هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

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

۲۳. مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.

۲۴. دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.

۲۵. کشیدن دایره قرمز دور دارو به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد (در برگه گزارش پرستاری در قسمت ثبت داروها).

۲۶. در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود.

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

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

* دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء شود.

* دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.

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

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

۳۰. پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود گزارش را به مهر اسمی خود مهمور نموده و امضاء نمائید و سپس در پایین گزارش خط بکشید.

۳۱. از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند بپرهیزید.

۳۲. گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود. (در بخشهای ویژه و یا در صورتی که روش تقسیم فعالیت به صورت case method باشد گزارش پرستاری باید به صورت پیوسته ثبت گردد و در انتهای شیفت بسته شود)

۳۳. با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد بخصوص در گزارش پذیرش بیمار حتما قید نمایید

۳۴. گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار ، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکار، توسط اورژانس ، ۱۱۵ توسط همراهیان و ...) ، وضعیت هوشیاری بیمار ، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد. ضمناً بیمار در بدو ورود ارزیابی شده و علائم ذهنی و عینی در مورد شکایت اصلی بیمار ثبت شود

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

۳۶. 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 .

۳۷. فرآیند محاسبه و دادن داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام وثبت و تأیید و امضاء گردد (شامل: دوازده داروی پرخطر از جمله اپی نفرین، آتروپین ، هالوپریدول و.... خون و فرآوردهای خونی

۳۸. 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 هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود .

۳۹. 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

چه مواردی توسط پرستار در پرونده بیمار باید ثبت شود؟

۱- دستورات روتین یا ثابت :

باید واضح و روشن نوشته شده و به امضای پزشک رسانده شود و همیشه در بخش نگهداری گردد.

۲- دستورات PRN :

باید نام ، دوز و راه مصرف دارو توسط پزشک قید شود.

۳- دستورات تلفنی:

دستورات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. و طبق دستورالعمل ارائه شده دستورات تلفنی عمل گردد.

۴- دستورات شفاهی:

در شرایط بحرانی مثل دستورات تلفنی عمل می گردد.

۵- دستورات پزشک مشاور:

باید به تایید پزشک معالج رسانده و (Reorder) شود.

۶) ثبت رفتار بیمار:

مشاهده رفتار بیمار در رابطه با مشکلات سلامتی یا در رابطه با بیماری اوست.

رفتار فقط شامل عکس العمل های جسمی نمی شود، بلکه شامل تغییرات در خلق و خوی مثل افسردگی و گوشه گیری و تغییر در ارتباط کلامی و غیر کلامی و عکس العمل های فیزیولوژیک نیز می شود.

در شرح ارتباط کلامی با بیمار باید عین کلمات و جملات بیمار نوشته شود.

۷- عکس العمل بیمار نسبت به اقدامات درمانی و پرستاری:

مثال: اثر مسکن بر درد، اثر پاشویه بر تب، گرما و سرما بر کاهش تورم و ... (مبنای گزارش درک بیمار و مشکلات عینی اوست).

۸- ثبت حوادث غیر مترقبه:

فرار، سقوط، حساسیت و آلرژی، برق گرفتگی، کما، ایست قلبی و تنفسی، خودکشی باید با ذکر ساعت و توضیحات کامل و اقدامات انجام شده و نیز در جریان قرار دادن پزشک معالج، مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار، سوپروایزر بالینی ثبت گردد.

در هنگام وقوع حوادث باید مدیر بیمارستان را در جریان قرار داد زیرا مدیران لایق ترین افراد برای تشخیص موارد قانونی و انجام اقدامات لازم هستند .

هم چنین باید اقدامات لازم ایمنی یا حفاظتی 'اطلاع به پزشک' حمایت و آموزش 'ابزار و وسایل مورد استفاده برای حفظ ایمنی بیمار' قبل و بعد از حادثه ثبت گردد.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود :

نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.

هرگونه اقداماتی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.

برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود. حادثه باید هرچه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود.

۹- ثبت موارد پاراکلینیک :

جواب آزمایشات 'گرافی ها' باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگه های لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود .

۱۰- اقدامات درمانی که سایر اعضای تیم درمان انجام می دهند .

۱۱- ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست، مسئول تغذیه، بیهوشی و...) .

۱۲- درد ، غذا و اشتها ، دفع ، استراحت و خواب (مخصوصاً در شیفت شب) .

۱۳- پیشرفت بیمار، آموزش های داده شده به وی .

۱۵- انتقال بیمار به واحدهای دیگر مثل رادیولوژی، آزمایشات تشخیصی و ثبت زمان رفت و برگشت بیمار ، آموزش

بیمار در بخش و هنگام ترخیص وی ، ارجاع بیمار به واحدهای مراقبتی دیگر

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

در گزارش ترخیص بیمار این موارد باید ذکر شود:

* آموزش در زمینه مراقبت از خود در خانه.

آموزش در زمینه مصرف دارو، نام دارو، دوز آن، هدف از تجویز دارو، اثرات آن، زمان مصرف و عوارض جانبی احتمالی آن.

* اطلاعات در زمینه دارو باید به صورت کتبی و شفاهی باشد.

ساعات دقیق مصرف دارو، روش‌های کار و درمان‌ها، رژیم غذایی، ارجاع و اولین ملاقات پس از ترخیص، تمامی جنبه‌های بیماری یا اثرات درمان، تمامی آموزش‌های ارائه شده باید در گزارش مربوط به بیمار و خلاصه‌ای از برنامه ترخیص ثبت شود.

گزارش فوتی

وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی - عینی با قید ساعت و تاریخ)

ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)

ثبت ساعت فوت، نحوه صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد)

ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.

باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

گزارش به اعضاء خانواده یا نزدیکان بیمار

پرستاران می‌توانند تشخیص دهند که به کدامیک از ملاقات کنندگان بیمار می‌توان گزارش بیماری را داد. نتایج بیماری را معمولاً پزشک به بیمار اطلاع می‌دهد. به هر حال اطلاعاتی که به همراهان بیمار داده می‌شود، باید در نهایت احترام و توانایی درک شخص گیرنده پیام، و نیز دلسوزانه باشد.

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)، زمان شروع احیاء قلبی و ریوی CPR

ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی، ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون

نکات اساسی در ثبت گزارش لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG

تعداد و میزان دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون

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

واکنش مردمکها، افراد عضو تیم احیاء

زمان خاتمه CPR

۱. صدور دستور شفاهی یا تلفنی (پزشک اورژانس، پزشک متخصص)

۲. تکرار دستور شفاهی یا تلفنی با تأکید بر دوز دارو و ساعت اجرا

۳. ثبت در پرونده بیمار (در برگه دستورات پزشک با ثبت زمان و نام پزشک دستور دهنده و سمت)

۴. کنترل دستور پزشک (با تیک زدن و شماره گذاری)

۵. امضاء و تأیید دستور تلفنی و شفاهی (پرستار همکار در شیفت)

۶. اجرای دستور

۷. امضاء و مهر دستور در اولین فرصت (پزشک معالج ، پزشک اورژانس)

گزارش آموزش به بیمار

کلیه آموزش های حین پذیرش از جمله آموزش قوانین و مقررات بخش، معرفی کادر درمانی استفاده از زنگ احضار پرستار، منشور حقوق بیمار فضا فیزیکی، فرایند رسیدگی به شکایات و هزینه های احتمالی می بایست در گزارش پرستاری قید گردد

کلیه آموزش های حین بستری از جمله اقدامات تشخیصی، رژیم غذایی، میزان فعالیت و نحوه مراقبت از اتصالات ولوله ها، عوارض دارویی در گزارش پرستاری ثبت گردد.

کلیه آموزش های حین ترخیص از جمله نحوه مراقبت از خود در منزل، نحوه مصرف داروهای تجویز شده، رژیم غذایی در منزل و... در گزارش پرستاری ثبت گردد.

چند نکته:

چک دستورات پزشک

- ✓ جهت چک دستورات پزشک ابتدا وانتهای هر دستور مستقلاً تیک زده شود
- ✓ تعداد موارد چک شده از دستورات پزشک می بایست با حروف در انتهای دستورات و در محل امضای پرستار، پایین تر از امضای پزشک ثبت گردد.
- ✓ در انتهای دستورات پزشک خط ممتد کشیده شود.
- ✓ فضای اضافی و خالی در انتها و ابتدا و بین دستورات وجود نداشته باشد.
- ✓ در صورت وجود خط خوردگی در دستورات پزشک علاوه بر پزشک پرستار نیز موظف است که آن را در محل چک دستورات ذکر نماید.

کاردکس نویسی

- ✓ ساعت انتخاب شده جهت اجرای دستور دارویی طبق روتین بخش باشد

✓ تعویض، تغییر دوز و یا قطع دارو با پاک کردن دارو از کاردکس و درج توضیح کامل آن در گزارش پرستاری انجام گیرد

✓ در صورت انجام اقدامات پاراکلینیکی با علامت تیک مشخص گردد (ترجیحاً با خودکار قرمز)

✓ نام فرد پانویس کننده و تاریخ آن حتماً می بایست در بالای کاردکس با خودکار ثبت گردد.