



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان خراسان شمالی
بیمارستان امام رضا علیه السلام

گزارش نویسی در پرستاری



تهیه و تنظیم : معصومه رحیمی

سوپروایزر آموزشی

بیمارستان امام رضا (ع)

هدف از تشکیل پرونده و ثبت اطلاعات

- انعکاس دهنده مراقبت های ارائه شده به بیمار
- نشان دهنده نتایج مراقبت و درمان
- تسهیل کننده برنامه ریزی مداوم و مراقبت بیمار
- کمک به تبادل اطلاعات در مورد وضعیت بیمار ، درمان ها و مراقبت در بین اعضای تیم بهداشتی – درمانی
- درواقع مدارک پزشکی یا پرونده بیمار بعنوان یک گواه درد دادگاه در مقابل دعاوی بیماران از پرسنل و بیمارستان ، معتبر و قابل قبول است و باعث مصونیت حرفه ای می شود .

تعریف گزارش نویسی :

گزارش نویسی ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعات را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند به ما منتقل می نماید .

اهداف گزارش نویسی

۱. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
۲. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
۳. تهیه صورتحساب مالی
۴. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
۵. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
۶. نظارت کنترل و ارزشیابی سیستمهای مراقبتی, درمانی و بهداشتی
۷. پیش بینی نیازهای بهداشتی, درمانی و مراقبتی

👉 خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

Actual	۱. حقیقت
Accuracy	۲. دقت
Completeness Concises	۳. کامل و مختصر
Current ness	۴. پویا
Organization	۵. سازماندهی
Confidential	۶. محرمانه

👉 حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به 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.
- بهیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً 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 ۳۶۰ cc 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 ۵ cm 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 پرستار گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان 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 گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

گزارش طولانی	گزارش مختصر
انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است، نبض روی 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 پای قوی، ۴ + دو طرفه و بدون التهاب است.

📌 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.

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

۱. علائم حیاتی
۲. تجویز دارو و اقدامات درمانی
۳. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
۴. تغییر در وضعیت سلامت
۵. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
۶. 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 و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

📋 انواع گزارش

گزارش تعویض شیفت

گزارش تلفنی و شفاهی

گزارش حوادث

گزارش انتقالی

گزارش CPR

گزارش تریکس و مرگ

📌 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:

۱. گزارش تعویض شیفت change of shift reports

۲. گزارش تلفنی Telephone reports

۳. گزارش انتقالی Transfer reports

۴. 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 ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر 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

در این مورد پرستار، دستور، نام پزشک، ساعت و دوز دستور داده شده را با امضا و نام خود (پرستار) در برگ دستورات می نویسد و در اولین فرصت ممکن به امضای پزشک میرساند. بهتر است در این موارد گیرنده پیام دو نفر باشد تا احتمال خطا کمتر شود.

📄 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 دیگری منتقل می شود .

هنگامی که گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند :

- ❶ نام بیمار ، سن ، پزشک اولیه و تشخیص پزشک
 - ❷ خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
 - ❸ وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی ، روانی و اجتماعی)
 - ❹ تشخیص ها ، مشکلات و طرح های مراقبتهای فعلی پرستاری
 - ❺ 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 :

گزارش حوادث اتفاقی بایستی 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 . درمانها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

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 دارو درمانی و پس از اجرا 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 دوز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز
- واکنش مردمکها
- افراد عضو تیم احیا
- زمان خاتمه CPR

چه مواردی باید در گزارش ثبت شود؟

۱- 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.

۲- وضعیت علائم حیاتی و اوضاع همودینامیکی

۳- ثبت جذب و دفع: در صورت کنترل جذب و دفع، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در انتهای شیفت جمع ۲۴ 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).

۴- وضعیت خواب و فعالیت

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

۶- موارد قابل پیگیری: روند پیگیری و ثبت آزمایشات، عکسبرداری ها گرافیا، 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

۷- ثبت دستورات و تغییرات حاد در وضعیت بیمار

۸- 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.

۹- دارو های PRN

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

۱۱- دستورات تلفنی: در موارد متعددی 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. بهتر است در این موارد گیرنده پیام دو نفر باشد تا احتمال خطا کمتر شود. دستورات تلفنی باید در اولین فرصت توسط پزشک معالج امضا گردد.

۱۳- اقدامات پرستاری: بهتر است برای ثبت هر پروسیجر و اقدامی از تکنیک W6 استفاده شود و برای هر پروسیجر قید شود که اولاً چه پروسیجر 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 ۶ 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 سوپراپوبلیک استفاده می شود، محل آن باید قید شود.

۱۴- دستورات پزشک مشاور: باید به تایید پزشک معالج رسانده شود.

۱۵- 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.

۱۶-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) .

۱۷-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 مسئولین ، 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.

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

۱۹-ویزیت‌های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست، مسئول تغذیه ، بیهوشی و...)

۲۰-درد ، غذا و اشتها ، دفع ، استراحت و خواب (مخصوصا در شیفت شب) .

۲۱-پیشرفت بیمار، آموزشهای داده شده به وی .

۲۲-در بخش زنان و زایمان در مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت (حتی در صورت سالم بودن نوزاد) .

نکات ضروری در ثبت دقیق و صحیح:

- نام خانوادگی ، ساعت ، تاریخ ، امضا و خط کشیدن زیر گزارش (پس از ثبت هر گزارش) .
- خوانا و مرتب ، سریع و موثر (بدون کلمات اضافی) .
- استفاده از خودکار آبی و مشکی (مداد استفاده نشود) .
- استفاده از چارتهای گرافیکی برای ثبت علائم حیاتی .
- ثبت مشخصات بیمار در هر برگ .
- ذکر علت عدم اجرای دستور پزشک .
- ثبت صحیح دارو (نام ، دوز ، راه تجویز ، تاریخ و ساعت شروع ، نام دهنده دارو) .
- در صورت وجود اشتباه خط کشیدن روی آن به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد و بعد نوشتن مورد صحیح ، عدم استفاده از لاک یا پاک کردن .
- عدم ثبت قبل از انجام کار .

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
- ❖ جافتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- ❖ رونویسی اشتباهات
- ❖ امضا 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 بصورت 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 شد.
- ✓ تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را برطرف 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 وقت 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 جدا ممانعت به عمل 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 .

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

- ۱- اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه گردیده است .
- ۲- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- ۳- حذف نکات مهم گزارش
- ۴- ثبت تاریخ گزارش بنحوی که موید این مسئله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است .
- ۵- دوباره نویسی و تغییر گزارش
- ۶- تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
- ۷- اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین
- ۸- گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها
- ۹- نوشتن به جای فرد دیگر

منابع مورد استفاده :

- ۱ - اصول گزارش نویسی در پرستاری (نویسنده : عزیزی شهرکی)
- ۲ - گزارش کتبی و شفاهی در پرستاری (نویسنده : مهری عباسی)