



اصول ثبت صحیح اقدامات و

مراقبت های پرستاری

دانشگاه علوم پزشکی گیلان
مدیریت امور پرستاری دانشگاه

شهریور ۱۳۹۸

فهرست مطالب

عنوان

- تعریف گزارش نویسی
- اهداف ثبت گزارش
- کاربرد گزارش نویسی در پرستاری
- خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح
- فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد
- روشهای گزارش کلامی پرستاری
- گزارش تعویض شیفت
- گزارشات تلفنی
- گزارش وقوع وقایع ناخواسته درمانی **Never Events** در بیمارستان (موسسه درمانی)
- گزارش درد
- گزارش ترانسفوزیون خون

مقدمه

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، اصول ثبت صحیح اقدامات و مراقبت های پرستاری جهت همکاران محترم ارائه می گردد. امید است کادر پرستاری بیش از پیش در ثبت دقیق و صحیح گزارش نویسی دقت لازم را مبذول نمایند.

تعریف گزارش نویسی

تبادل اطلاعات در مورد بیمار، به صورت نوشتاری و یا گفتاری بین گروه مراقبت کننده بهداشتی درمانی را گزارش گویند.

گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record)، گزارش شفاهی (Report) یا مشاوره (Consultation) صورت می گیرد. در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران به پرستاران شیفت بعدی، گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می نمایند. از مهمترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه ای (پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه و...) می باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد

اهداف ثبت گزارش بیماران شامل موارد زیر می باشد:

۱. ارتباط
۲. آموزش
۳. تحقیق
۴. نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی
۵. تهیه صورت حساب مالی
۶. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار
۷. تقویت مهارت های تفکر در دانشجویان

کاربرد گزارش نویسی در پرستاری

۱- جنبه های قانونی ثبت : گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستم های درمانی است. وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می شود، هدف تاکید درباره حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است که کوچکترین خطا و سهل انگاری در آن می تواند مسئولیت سنگین حرفه ای را به ارمغان آورد و می تواند در نتیجه گیری جدال قانونی دردناک بسیار مهم باشد.

۲. جنبه حقوقی ثبت : امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است و بیمار حق دارد از محتویات پرونده اش با اطلاع باشد .

۳. جنبه های ارتباطی ثبت : گزارش پرونده ، وسیله ارتباطی کادر درمان برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است .

۴. جنبه های درمانی ثبت : پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه اقدامات و مراقبتهای انجام شده برای بیمار در آن ثبت می شود بسیار با اهمیت است.

۵. جنبه های پیشرفت بیماری: سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اقداماتی که برای بیمار انجام شده آسان تر خواهد بود .

۶. جنبه تحقیقاتی ثبت: گزارشات موجود در پرونده بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است .

۷. جنبه های آموزشی دانشجویان : هدف دیگر گزارش پرونده بیماران، آموزش دانشجویان رشته های مختلف بهداشتی است.

۸. جنبه های رسیدگی یا نظارت : منظور از نظارت، مطابقت دادن مراقبتهای پرستاری انجام شده با استانداردهای موجود است .

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

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

۱. حقیقت **Actuality**

۲. دقت **Accuracy**

۳. کامل و مختصر **Completeness and Concise**

۴. پویا **Current**

۵. سازماندهی **Organize**

۶. محرمانه **Confidential**

✓ حقیقت در گزارش نویسی:

گزارش صحیح، بایستی حقایق را بیان نماید. اطلاعات واقعی منجر به پیشگیری از تفسیر و درک اشتباه می 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، 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 در مورد بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
مثال :

گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰cc 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 ۵cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار می باشد.

- 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.

✓ کامل و مختصر 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.

مثال:

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 ناخن ها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید، نبض روی پای قوی، + 4 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 شود 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 ی جاری صورت گیرد.

فعالیتها 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. اداره تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

✓ محرمانه بودن گزارش :

کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

روشهای گزارش کلامی پرستاری:

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

چهار نوع 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:

تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت های کاری مختلف مبادله می شود.

برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره گیری از مدل **ISBAR** و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، جهت تأمین کیفیت

مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول CUBAN در تمامی موارد تحویل کلامی بیمار رعایت شود (برگرفته از دستورالعمل تحویل نوبت کاری، سال ۱۳۹۶)

*مدل ISBAR (Identify Situation, Background, Assessment, Recommendation)

بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه میشود.

۱- **مشخصات (Identify):** شناسایی هویت بیمار براساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۴۰۹۵/۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت، تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج.

۲- **وضعیت (Situation):** تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ الی ۱۰ ثانیه؛ شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیتهای بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان و رژیم غذایی.

۳- **سوابق (Background):** بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار؛ شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار.

۴- **ارزیابی (Assessment):** نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید؛ ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری.

۵- **توصیه ها (Recommendation):** آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن؛ پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد، با ذکر چهارچوب زمانی آن؛ مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مانند مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها.

*اصول CUBAN

۱- اصل محرمانگی: Confidentiality C

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV / بیماری های قابل انتقال مانند هپاتیت / اختلالات روان / قرار داشتن بیمار در گروه پر خطر اجتماعی (کودک آزاری، دختران فراری، بارداری غیر متعارف، زنان رها شده، نوزادان رها شده، خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان، اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیماران می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیماران و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.

۲- توالی و پیوستگی در ارائه گزارش (Uninterrupted):

تحویل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می بایست شروع فرایند تحویل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.

۳- خلاصه بودن گزارش (Brife):

انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.

۴- صحت و دقت اطلاعات (Accuracy):

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری، سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.

۵- پرستار مسئول بیمار (Nurse Named):

بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحویل بیمار را انجام دهد. ✓ گزارشات تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید افرادی مطمئن باشند و اطلاعات واضح، صحیح و دقیق باشد. 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 باید ثبت گردد.

دستورات تلفنی (Tel orders): بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود. بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار، مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد. لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی بر اساس مدل ISBAR و اصل CUBAN در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی

- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور

- متن دستور تلفنی کلمه به کلمه طبق گفته پزشک

- نام و امضاء پرستار شاهد

- نام و امضای پرستار دریافت کننده ی دستور

- امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

در هنگام دریافت دستورات تلفنی جهت پیشگیری از اشتباه احتمالی، دستور پزشک را با صدای بلند تکرار گردد به طوری که پرستار شاهد آن را شنیده و تایید نماید.

✓ گزارش انتقالی:

گزارش انتقالی در مواردی که بیمار جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می گردد ثبت می شود. پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

۱. سن، جنس، تشخیص پزشک

۲. خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال

۳. وضعیت سلامت فعلی فیزیکی، روانی و اجتماعی

۴. تشخیص ها، مشکلات و طرح های مراقبت های فعلی پرستاری

۵. هر مداخله یا ارزیابی فوری و مهم که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.

۶. ثبت ساعت و نحوه انتقال بیمار

✓ گزارش وقوع وقایع ناخواسته درمانی Never Events در بیمارستان (موسسه درمانی):

گزارش وقایع ناخواسته درمانی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد. این گزارش 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

➤ راهنمای ثبت برخی اقدامات پرستاری:

• اکسیژن تراپی:

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

• 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، داشتن درن و توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن، چگونگی تحمل بیمار به پانسمان و داروهای به کار برده شده، داروی به کار برده شده در موضع، آموزشهای ارائه شده.

• مثال: پانسمان محل ماستکتومی برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات خونی - سروزی وجود داشت. بخیه ها سالم است.

• سونداژ مثانه:

هدف از سونداژ مثانه، نوع سوند جهت سونداژ، سایز سوند، ثبت مانورها قبل از سونداژ، حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون، حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه.

در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو

• NGTUBE گذاری:

دلایل NGT گذاری ، نوع گاوآژ (متناوب و مداوم)، حجم و نوع محلول گاوآژ ، حجم مایع موجود در معده قبل از گاوآژ، رنگ ترشحات برگشتی از معده، واکنش مددجو

- لاواژ:

دلایل لاواژ، نوع و حجم محلول لاواژ، حجم و رنگ موارد برگشتی، واکنش مددجو

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR :

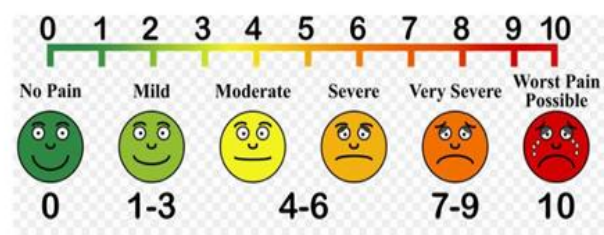
ثبت زمان و نوع ایست، فقدان نبض یا تنفس، زمان شروع احیاء قلبی و ریوی، ریتم قلبی در زمان شروع و پس از دفیبریلاسیون، تعداد و مقدار (ژول) دفیبریلاسیون، تزریق دارو (نوع ، دوز و زمان)، لوله گذاری، اکسیژن درمانی و واکنش بیمار نسبت به آنها، تجزیه گازهای خون شریانی، واکنش مردمکها، زمان حضور تیم احیاء، زمان خاتمه ی احیاء

گزارش درد :

- Pain score

- Visual Analog Scale (VAS)

در بیمارانی که داروی آرامبخش (sedative) دریافت نکرده اند، ارزیابی درد (Pain) با معیار " ونگ " از طریق مصاحبه، مشاهده بیمار تکمیل می گردد. در مواردی که بیمار اینتوبه و هوشیار باشد با نشان دادن صورتکها به بیمار و در صورت نداشتن هوشیاری با مقایسه چهره بیمار با صورتکها، میزان شدت درد در بیمار تعیین می گردد.



صورتک شماره	نشانهگر	برابر با
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
۱	درد خفیف	۲
۲	درد اندکی بیشتر	۴
۳	درد باز هم بیشتر	۶
۴	درد شدید	۸
۵	بدترین درد	۱۰

دارو درمانی:

- اسم دارو، نوع دارو، راه مصرف دارو، دوز مصرف به طور کامل، تاریخ و زمان مصرف و واکنشهای دارویی در صورت بروز

• داروهای اختصاصی: طول مدت تجویز دارو

• تزریق عضلانی و داخل جلدی: مکان تزریق

- تزریق داخل وریدی: تاریخ و موضع وارد نمودن سوزن، وسایل مورد استفاده مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین، میزان قطرات و حجم سرم انفوزیون شده، در صورت تغییر محل آنژیوکت علت تغییر محل و یا عوارض مایع درمانی و موارد آموزش داده شده به بیمار باید در گزارش پرستاری ثبت شود.

- تزریق زیرجلدی: دوز مصرفی، موضع و واکنش نسبت به دارو

- گزارش تغذیه کامل غیر از راه خوراکی (TPN): سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر

- داروهای پرخطر/هشدار بالا توسط دوکارشناس پرستاری چک ثبت و امضاء شود.

- در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما، از روش نگارش Tall Man Lettering به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود.

- اشتباهات دارویی: هر گونه اشتباه در تزریق دوز، روش تجویز، زمان اجرا، حذف دوز، اجرای داروی تاریخ گذشته و همچنین طریقه اطلاع به پزشک مسئول، مداخلات و واکنش بیمار باید ثبت گردد.

- امتناع از مصرف دارو: به هر دلیلی بیمار از مصرف دارو امتناع نمود باید ثبت و به اطلاع پزشک معالج رسانده شود.

- گزارش مانیتورینگ قلب: تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ، ریتم های خوانده شده و اقدامات انجام شده باید ثبت گردد.

مثال: بیمار در ساعت ۱۰ شکایت از درد قفسه سینه و تپش قلب دارد. مانیتورینگ بیمار ریتم سینوسی با ریت ۱۵۰ را نشان داد. اکسیژن ۲ لیتر بر دقیقه از طریق سوند بینی برای وی گذاشته شد. پوزیشن نیمه نشسته برقرار شد. فشار خون ۱۳۰/۸۰. نوار قلب گرفته شد و به دکتر حسینی اطلاع داده شد. نمونه خون از نظر الکترولیتها چک شد. مجددا در ساعت ۱۰/۳۰ بیمار بررسی شد، درد قفسه سینه نداشت و ریتم سینوسی است.

• پرستار کریمی - مهر و امضاء

گزارش ترانسفوزیون خون:

خون یا فرآورده های خونی باید همزمان توسط دو کادر بالینی بررسی شده و اطلاعات آن ثبت شوند. نام بیمار، شماره پرونده، نوع و گروه خون، یافته های کراس ماچ، شماره شناسایی بانک خون مندرج روی

فرآورده خونی باید دقیقاً بررسی شده و مورد توجه قرار گیرند. در تزریق خون موارد زیر باید در نظر گرفته شده و ثبت شوند:

- بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده‌های خونی
- توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق
- بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشانی پیش از تزریق خون و فراورده‌های خونی
- نوع و میزان فرآورده خونی، شماره کیسه و نوع گروه خونی
- تاریخ و ساعت شروع و اتمام تزریق خون
- نام پرستار شاهد که اطلاعات را تایید کرده است
- نوع و اندازه سوزن مورد استفاده
- علائم حیاتی قبل، حین و پس از تجویز خون
- در صورت استفاده از وارمر جهت گرم کردن خون قید آن ضروری است.
- اگر تزریق خون به صورت اتو ترانسفیوژن باشد، موارد زیر باید ثبت شوند:
 - مقدار خون گرفته شده از بیمار و مقدار خونی که به وی تزریق شده
 - نتایج آزمایشات در حین و پس از تزریق خون
 - تستهای انعقادی، هماتوکریت، گازهای شریانی، هموگلوبین، کلسیم
 - علائم حیاتی قبل، حین و پس از تزریق خون
- * نکته: در صورتی که بیمار نسبت به تزریق خون واکنش نشان داد، سریعاً تزریق را متوقف نموده و گزارش را با ذکر موارد ذیل می نویسیم:
 - نوع و مقدار خون یا فراورده‌های خونی تزریق شده
 - زمان شروع و توقف تزریق خون
 - تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده در بیمار
 - درمان‌هایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن

✓ پس از ارزیابی اولیه بیمار، چنانچه مشکلی در بررسی سیستم‌های بدن مشاهده گردید، تشخیص‌های پرستاری بر اساس NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) تعیین گردد.

- جهت ثبت گزارش پرستاری از ترتیب و توالی سیستم‌های بدن و روش PIE : مشکل (problem) مداخلات (Intervention) ارزشیابی (Evaluation) استفاده گردد.

• ثبت بر اساس سیستم مشکل-مداخله-ارزیابی یا PIE

Problem- Intervention- Evaluation (PIE):

این سیستم بر پایه مشکلات مددجو و اطلاعات به دست آمده از وی، سازمان یافته

است. در این سیستم برنامه های مراقبتی همراه با سیر پیشرفت و مشکل تعیین شده ثبت می شود.
مشکل P: در شروع هر نوبت کاری از مددجو بررسی کامل به عمل می آید. سپس مشکلات مددجو شناسایی و ثبت میشود.

مداخله I: مراقبتهای پرستاری برای برطرف کردن مشکل مددجو مشخص می شود
ارزیابی E: پاسخ مددجو به معالجه و تدابیر مراقبتی و درمانی، ارزیابی و نوشته می شود.

- ۱- سیستم اعصاب مرکزی C.N.S
- ۲ - سیستم تنفسی R.S
- ۳ - سیستم قلبی عروقی C.V.S
- ۴ - سیستم پوست Skin
- ۵ - سیستم ادراری-تناسلی Genito-Urinary
- ۶ - سیستم گوارشی GI
- ۷ - سیستم ماهیچه ای - اسکلتی Muscle-Skeletal
- ۸ - سیستم روانی- اجتماعی Psycho-social

در ارزیابی سیستم ها، موارد زیر را مدنظر داشته و در صورت داشتن مشکل، ثبت نمایید:

✓ سیستم اعصاب مرکزی C.N.S:

سنجش سطح هوشیاری و تغییرات آن با:

○ مقیاس گلاسکو (GCS) در بیماران ترومایی و سابقه ضربه به سر که اینتوبه نیستند و یا تراکئوستومی ندارند.

○ FOUR Score: در بیماران کمایی اینتوبه و دارای تراکئوستومی و در انواع شرایط آی سی یو.

○ AVPU: در تریاژ و در بیمارانی که هیچگونه شرح حالی از ضربه به سر ندارند

- سردرد، سرگیجه ، ضعف

- آگاهی به شخص ، زمان و مکان

- اندازه مردمک و واکنش آن

- اختلال حسی و عصبی و حرکتی

- عدم تعادل، حرکات غیر طبیعی، تشنج

- تغییرات دمای بدن (هیپو یا هیپر ترمیا)

- گیجی (کانفیوژن)، خواب آلودگی، عدم توانایی در تکلم و....

- گردن درد ، دلیریوم، سنکوپ، لرزش

✓ سیستم تنفسی:

- تعداد والگویی تنفسی (تنگی نفس ، اورتوپنه، تاکی پنه ، برادی پنه ، تنگی نفس شبانه ، رتراکسیون ، تنفس شکمی، تنفس سینه ای، تنفس تند و سطحی و دیسترس تنفسی)
- نوع سرفه ، خلط و ترشحات، خلط خونی
- نیاز به تهویه مکانیکی و تنظیمات آن
- درد قفسه سینه ، خونریزی از ریه ، خونریزی از بینی
- خشونت صدا، خس خس سینه ، صداهای غیر طبیعی تنفس
✓ سیستم قلبی عروقی:

- تعداد والگویی نبض
- درد یا ناراحتی قفسه سینه ، تپش قلب ، تنگی نفس
- ریتم قلبی و تغییرات نوار قلب
- تغییرات فشار خون و فشارورید مرکزی
- تغییرات عروق محیطی و عمقی در انتهاها (سردی، گرمی، تورم، عدم وجود نبض محیطی)
- کاهش برون ده قلبی ، اختلال در پرفیوژن بافتی و اختلال همودینامیک
- در صورتی که پیس میکر موقت یا دائم گذاشته شود باید این نکات مدنظر قرار گیرد (تاریخ و ساعت و موضع پیس میکر و دلیل استفاده از آن، تنظیم پیس میکر و واکنش بیمار، عوارض و علائم عفونت، داروهای داده شده در قبل و حین گذاشتن پیس میکر)
✓ سیستم پوست:

- رنگ پوست و مخاط (قرمزی، التهاب، سیانوزه، خونمردگی...)
- وضعیت پوست (خشکی و رطوبت، زخم، ترشحات، تورگور و ادم، گرمی، سردی و بثورات جلدی...)
- احتمال بروز زخم بستر بر اساس معیار برادن و اقدامات انجام شده جهت پیشگیری از بروز آن، زخم بستر (موضع، درجه، ظاهر) اندازه (طول، عرض، عمق)، زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ و مقدار ترشحات بخیه (موضع، وسعت، وجود علائم عفونت...)
✓ سیستم ادراری و تناسلی:

- میزان برون ده ادراری
- رنگ و میزان ادرار (هما چوری، آنوری، اولیگوری، پلی اوری...)
- یافته های غیر طبیعی (تکرر و بی اختیاری، احتباس ادرار ، ادرار دردناک، سوزش ، خارش)
✓ سیستم گوارشی:

- ارزیابی اولیه تغذیه بیمار (در بزرگسال بر اساس BMI /نوموگرام بزرگسال ، در زیر ۱۹ سال z score)
- علائم و نشانه های غیر طبیعی (کاهش اشتها، اشکال در بلع، تهوع ، استفراغ ، یبوست ، اسهال، نفخ، درد شکم، آسیت، عدم صدای روده، بررسی مخاط دهان، خونریزی های گوارشی فوقانی و تحتانی)
- داشتن گاستروستومی، کلوستومی و ژوژنوستومی
- چک دقیق I& O، میزان لاواژیا گاواژ

✓ سیستم ماهیچه ای - اسکلتی:

-علائم و نشانه های غیر طبیعی(بی حسی و کرختی، لرزش، فلج، ضعف، کرامپ عضلانی، عدم تحرک، افتادگی مچ پا و دست و...)
-تراکشن و گچ و..

✓ سیستم روانی - اجتماعی:

-رفتار بیمار، توهمات، دلیریوم، اضطراب، وسواس، افکار و اقدام به خودکشی...
-ثابت نتایج ارزیابی اولیه روان برای بیماران مبتلا به اختلالات اعصاب و روان و اقدامات انجام شده

✓ نکته:

-آمادگی کلیه پروسیجرها و مراقبت های پس از آن (تهاجمی و غیر تهاجمی) ثبت گردد.
-کلیه اتصالات و میزان ترشحات سیستم های بدن ثبت گردد.
-کلیه نتایج غیر طبیعی آزمایشات و پاراکلینیکی با قید ساعت ثبت گردد.

➤ نکات مهم در گزارش نویسی:

- آموزش های ارائه شده بر اساس نیازهای آموزشی بیمار و ابلاغیه حداقل موارد آموزشی (بدو ورود و حین بستری) و همچنین میزان اثر بخشی در حیطه دانش و مهارت آن ثبت گردد.
-آموزش های ارائه شده حین ترخیص در فرم آموزش زمان ترخیص ثبت شده و میزان اثر بخشی در حیطه دانش و مهارت آن در گزارش پرستاری مستند گردد.
-تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.
-اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد. 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.
-کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.
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.
-هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید گردد. تایید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، و مهر و امضاء صورت گیرد.

- کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.

- در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املای صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی می باشد.

- رعایت اولویت در ثبت تشخیص ها و اقدامات به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی از سایر وضعیت ها صورت گیرد.

- دستورات پزشکی از اولین دستور تا آخر با خودکار قرمز تیک زده شود و تعداد موارد چک شده با حروف نوشته شود، تاریخ و ساعت انجام دستور با نام و امضاء خود در ستون مربوطه ثبت گردد. در صورتی که دستور پزشکی فارسی ثبت شده باشد، عدد را در سمت راست و علامت تیک را سمت چپ ثبت نماید و بالعکس.

- در چک دستورات پزشکی در صورت مشاهده قلم خوردگی، تعداد آن با حروف ثبت شود.

- کلیه آزمایشات، تصویربرداری ها و خدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته های آزمایشگاهی، تصویر برداری یا خدمات تشخیصی خاص باید در پرونده بیمار نگهداری گردد. زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می شود، پرستار باید نتایج را کنترل کرده، یافته های غیر طبیعی و بحرانی را مشخص نموده به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستاری ثبت نماید. - تا زمان انجام ارزیابی اولیه، ضروری است در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد.

- نتایج حاصل از ارزیابی اولیه و ثبت مشکلات، تشخیص های پرستاری شناسایی شده طی ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری ثبت گردد.

- موضوع تغییر پرستار باید در گزارش پرستاری قید گردد. همچنین ثبت گزارش مراقبتها در پرونده بیمار در زمان عدم حضور پرستار بیمار، توسط پرستار جانشین انجام شود.

- شرایط بیمار قبل از شروع مهار شیمیایی و همچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ثبت گردد - ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی، عوارض احتمالی و کنترل سیستم عصبی عروقی اندامهای مهار شده در گزارش پرستاری

- در صورت مصرف ناکامل و یا عدم مصرف غذا توسط بیمار، پرستار مسئول بیمار باید موارد را در گزارش پرستاری ثبت و در اسرع وقت به مشاور تغذیه اطلاع رسانی نماید.

دستور العمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش به شرح ذیل است:

۱- روش تصحیح خطا: هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه ی مناسب تصحیح خطا انجام شود:

- بر روی مورد اشتباه خط نازکی کشیده شود، اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.
- در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است.
- تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود.
- علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.
- اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.
- ۲. هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.
- ۳. لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.
- ۴- تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید. گزارشات پرستاری را تحریف ننمائید.

دستورالعمل جهت ثبت های از قلم افتاده و تاخیری:

- مستندات از قلم افتاده : مواقعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.

- ثبت داده ها با تاخیر : لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد . تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند . در ثبت موارد تاخیری لازم است :

- ثبت های جدید تحت عنوان " ثبت تاخیری " مشخص گردد.
- تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.
- محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود.

ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات :

"ضمایم و ملحقات" نوع دیگری از ثبتهای تاخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می شوند . از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می کند . از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آن که اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

✓ روش اضافه کردن اطلاعات :

- تاریخ و زمان جاری مستند گردد.
- واژه "ضمیمه / اضافه شده" ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردی که این اطلاعات به آن اضافه می شود بیان گردد.
- در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

ثبت توضیحات :

- نوع دیگر ثبت تاخیری یادداشت توصیفی می باشد. اینگونه یادداشتهای برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می شوند.
- برای ایجاد یادداشت توضیحی:
- تاریخ و زمان جاری مستند شود.
 - واژه "یادداشت توضیحی" ثبت ، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.
 - تا جای ممکن، یادداشتهای توضیحی در حد اقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.
- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. ساعت ۱ بعدازظهر را به صورت ۱۳:۰۰ و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت ۰۹:۱۵ نشان دهید .
- در انتهای گزارش پرستاری هر شیفت ، آخرین علایم حیاتی اخذ شده، ثبت گردد.
- 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.
- در صورت ندادن دارو به هر علت در گزارش پرستاری به طور واضح قید گردد(دستور پزشک مربوطه، موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار بیمار و ..)
- 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 و واکنش بیمار)
- پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبتهای خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی کنید.
- گزارش پرستاری توسط پرستار ارائه دهنده خدمت ثبت شده است.(براساس دستورالعمل مراقبت موردی case method).
- در گزارش پرستاری از واژه های مبهم مثل خوب ، نرمال ، متوسط ، طبیعی ، به نظر می رسد و... استفاده نشود.
- گزارشات به طور متوالی نوشته شده و فضای خالی بین آنها وجود ندارد .
- پایان گزارش با یک خط مستقیم به گونه ای بسته شده که جایی برای اضافه کردن وجود ندارد.
- در گزارش پرستاری وضعیت تغذیه ای بیمار(نوع رژیم غذایی و غیره..) ثبت گردد.
- در گزارش پرستاری بیمارانی با دستور کنترل I&O ، میزان جذب و دفع ثبت گردد

-در گزارش پرستاری در مورد وضعیت دفع بیمار توضیحات کافی ثبت گردد(صورت وجود یبوست یا اسهال ، تعداد دفعات ، رنگ ، قوام و...)

-در گزارش پرستاری وضعیت خواب و استراحت بیمار ثبت گردد

-در گزارش پرستاری وضعیت فعالیت بیمار(CBR-RBR ثبت گردد

-کلیه مداخلات تشخیصی / درمانی /مراقبتی انجام شده با ذکر ساعت در گزارش پرستاری ثبت گردد.

-در صورت بروز وقایع ناخواسته تهدیده کننده حیات بیمار، نوع و علت حادثه،ساعت وقوع و اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت گردد.

-پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک در گزارش پرستاری ثبت گردد.

-ساعت و تاریخ اطلاع علایم حیاتی و نتایج اقدامات تشخیصی و درمانی غیر طبیعی به پزشک معالج در گزارش پرستاری ثبت گردد.

-در صورت ترک با مسئولیت شخصی /ترخیص ، وضعیت بیمار،ساعت و تاریخ و نحوه خروج از بخش در گزارش پرستاری ثبت گردد.

-پرستار جانشین در صورت ارائه مراقبت های پرستاری گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.

-در مواردی که گزارش به صفحات بعدی ادامه یابد، انتهای گزارش را در همان صفحه بسته و مهر و امضا نموده و با علامت فلش و ثبت عنوان ادامه در صفحه بعد، ، گزارش را در صفحه بعد ادامه داده و فلش را در بالای برگه ثبت نماید.

-جهت بستن فضای خالی در گزارش پرستاری، خط صاف کشیده شود.

-در ستون دستورات دارویی، در پایان ثبت داروها مهر و امضا نماید و با علامت ضربدر بسته شود.

میزان سرم دریافتی در ستون داروها به میزان دریافتی هر شیفت، ثبت گردد. در صورت عدم میزان دریافتی مشخص شده، توضیحات تکمیلی در گزارش پرستاری ثبت گردد.

-در صورت دستور پزشک جهت مهار فیزیکی یا شیمیایی (نوع مهار، زمان شروع، طول مدت مهار، پایش بیمار در طول مهار) ثبت گردد.

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

-دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند و حق گزارش نویسی ندارند .

-اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی، اسناد و مدارک بجا مانده از شما در مراقبت از بیمار میباشد -در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد ، یعنی انجام نشده است .

گزارش بدو ورود:

حداقل های لازم در ثبت گزارش بدو ورود:

-ساعت و تاریخ پذیرش بیمار.

-نحوه ورود بیمار به بخش (به طور مثال با صندلی چرخ دار و برانکار،...)

-شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن

-نتایج ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار.

-نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار

-نتایج ارزیابی بیمار از نظر شرایط تهدید کننده ایمنی از قبیل: احتمال سقوط، زخم بستر، آسیب به خود و غیره ... به همراه اقدامات پیشگیری کننده

گزارش پذیرش بیمار در اتاق عمل:

-ثبت سن و جنس بیمار

-ثبت ساعت تحویل، نام بخش تحویل دهنده، نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار) و پرستار مسئول بیمار به اتاق عمل

-ثبت نتایج ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار

-ثبت نوع عمل جراحی اورژانسی براساس دستور پزشک

-ثبت نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار (به بررسی سیستمیک بیمار مراجعه شود).

-ثبت سابقه حساسیت دارویی و غذایی

-ثبت ساعت ناشتایی بیمار

-ثبت نتایج ارزیابی بیمار از نظر شرایط تهدید کننده ایمنی از قبیل: احتمال سقوط، زخم بستر، آسیب به خود و غیره ... به همراه اقدامات پیشگیری کننده

-ثبت علامت گذاری موضع عمل

-ثبت علائم حیاتی حین تحویل به اتاق عمل

-ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، لوله تراشه و ..)

-ثبت وضعیت رزرو و تحویل خون بیمار به اتاق عمل (تعداد فرآورده و نوع گروه خون و RH)

-ثبت نوع و تعداد اوراق پاراکلینیکی

-ثبت اعضای مصنوعی و کاشتنی

-ثبت نام و نام خانوادگی پرستار / هوشبری مهرو امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش حین عمل:

الف - گزارش حین عمل بیهوشی

-ساعت ورود بیمار به اتاق عمل برای انجام عمل جراحی

-نوع عمل جراحی و نام جراح

-ثبت علائم حیاتی، وضعیت راه هوایی و سطح هوشیاری بیمار قبل از القای بیهوشی و هنگام تحویل به ریکاوری

-ثبت وضعیت راه وریدی و شریانی

-نوع بیهوشی و ساعت شروع و پایان بیهوشی

-ثبت ساعت شروع عمل جراحی

-ثبت نوع پوزیشن

-ثبت موارد غیرطبیعی احتمالی در حین عمل

-ثبت مشاوره حین عمل جراحی با ذکر علت و اقدامات انجام شده و نتیجه آن

-ثبت تزریق خون و فراورده های خونی

ب - گزارش حین عمل گروه جراحی

-ساعت ورود بیمار به اتاق عمل برای انجام عمل جراحی

-نوع عمل جراحی و نام جراحان

-ثبت محل اتصال پلیت در هنگام استفاده از کوتر جراحی

-ثبت صحت شمارش گازهای خط دار و لنگاز و بینات واسپنج ها و تیغ ها و سوزن های مصرف شده حین

عمل جراحی

-ثبت ایمپلنت ها و پروتز ها

-ثبت اتصالات بیمار صحت عملکرد و میزان ترشحات

-ثبت داشتن نمونه پاتولوژی با ذکر نوع نمونه - تعداد - ساعت برداشتن نمونه(در موارد خاص) و تحویل

آن به مسئول ریکاوری / آزمایشگاه

-ثبت مشاوره حین عمل جراحی با ذکر علت و اقدامات انجام شده و نتیجه آن

-ثبت ساعت پایان عمل

-ثبت نوع زایمان / ساعت تولد نوزاد / جنسیت نوزاد / آپگار نوزاد / سالم بودن یا مشکل داشتن نوزاد

/الصاق دستبند نوزاد و مادر / تماس پوستی در ساعت اول تولد / مدت زمان تماس پوستی و اینکه منجر

به تغذیه نوزاد شده یا خیر.

-ثبت ساعت شروع و مدت زمان استفاده از تورنیکه

گزارش ریکاوری :

-ثبت ساعت ورود بیمار به ریکاوری

-ثبت وضعیت هوشیاری بیمار بدو ورود و در هنگام تحویل

-ثبت نوع عمل جراحی - نوع بیحسی یا بیهوشی

-ثبت علایم حیاتی بدو ورود و در هنگام تحویل

-ثبت ارزیابی و مدیریت درد

-ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر صحت کارکرد و میزان ترشحات

-ثبت دستورات دارویی و مایعات وریدی

-ثبت کنترل محل عمل بیمار از لحاظ خونریزی

-ثبت ساعت تحویل بیمار به بخش مورد نظر، طبق دستور متخصص بیهوشی

-ثبت تحویل نمونه پاتولوژی به آزمایشگاه

-ثبت اقدامات حفاظتی و ایمنی بیمار

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 صدور گواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشک مربوطه صادر گردیده یا توسط پزشک قانونی صادر میگردد)
- 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 ترخیص:

- وضعیت هوشیاری حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش همراه با ذکر آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره).
- آموزشهای حین ترخیص به زبان قابل فهم توسط پرستار ارائه و فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص تکمیل گردد.

آموزش های ضمن ترخیص شامل:

- ۱- محدوده / میزان فعالیت های فیزیکی
- ۲- تغذیه و رژیم درمانی
- ۳- شیوه ی مصرف دارو
- ۴- برنامه باز توانی و مراقبتهای توانبخشی
- ۵- زمان و شیوه مراجعه مجدد به درمانگاه / بیمارستان
- ۶- علائم / نشانه های مهم و تهدید کننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان
- ۷- سایر موارد به تشخیص پزشک معالج
- ۸- روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی

- ثبت تحویل خلاصه پرونده و فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه
- در مورد بیمارانی که ترک بامسئولیت شخصی دارند، تکمیل فرم مربوطه و گرفتن اثر انگشت الزامی است.
- در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.

منابع:

- ❖ اصول مستندسازی در پرونده های پزشکی سال ۹۶
- ❖ سنجه های اعتبار بخشی سال ۹۵
- ❖ راهنمای جامع استانداردهای اعتبار بخشی ملی بیمارستانهای ایران ویرایش چهارم / سال 1398
- ❖ دستورالعمل ارائه مراقبت به روش موردی وزارت بهداشت ۹۵
- ❖ دستورالعمل تحویل نوبت کاری در پرستاری بهمن ۹۶
- ❖ راهنمای برقراری ارتباط بین کارکنان سلامت حین تحویل مرداد ۹۳
- ❖ دستورالعمل ارزیابی اولیه پرستاری پاییز ۹۶
- ❖ راهنمای تکمیل شیتهای بخشهای مراقبتهای ویژه (ICU) شهریور ۹۵
- ❖ بشارتی، افسانه. فلوشیت و نوشتن گزارش پرستاری در بخش های ویژه. دانشگاه علوم پزشکی - معاونت درمان دفتر پرستاری و مامایی استان شیراز. ۱۳۸۷
- ❖ فرضی صدیقه ، فرضی صبا ، دکتر ایرج پور علیرضا ، مولادوست اعظم. ثبت و گزارشدهی در پرستاری . دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تابستان ۱۳۹۵

با همکاری

- خانم لاله گودزوند سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی حشمت
- خانم ماریا مقتدر سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی پورسینا
- خانم آذر رضا صفت سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی ۱۷ شهریور
- خانم ساره جفاکش بیمارستان کوثر آستانه اشرفیه
- خانم نرجس فاضلی بیمارستان امام حسن مجتبی فومن
- خانم سمیه قاسمی بیمارستان پیروز لاهیجان
- خانم سمیه طالبی بیمارستان امام خمینی ره صومعه سرا
- خانم معصومه باقری کودکانی کارشناس مدیریت امور پرستاری دانشگاه