

**1- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید .**

**گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل موارد ذیل باشد:**

**الف) ساعت و تاریخ ورود بیمار ، نحوه ورود ( با پای خودش ، برانکارد ، توسط اورژانس 115 ، توسط همراهیان و ... ) .**



**ب) علائم حیاتی هنگام ورود**

**ج) شکایت اصلی بیمار (شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار می باشد) .**

**د) علت بستری بیمار ( علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی )**

**ه) نتیجه ارزیابی وضعیت هوشیاری**

**و) نتیجه ارزیابی سلامت جسمی**

**ز) نتیجه ارزیابی سلامت روحی ( در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار با روش معتبر ارزیابی و در برنامه ریزی مراقبت پرستار مد نظر قرار گیرد ) نوشته شود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.**

**2- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.**

**3- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت ، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.**

**4- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید .**

**5- جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد 1 الی 24 استفاده نمایید.**

**6- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را براساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.**

**7- تعداد و سرعت ضربان قلبی - تنفسی بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت کنید.**

**8- در صورت استفاده از هرگونه وسایل مکانیکی ( ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، پمپ میکر و .... ) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.**

**9- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را در هر شیفت حتماً ثبت کنید.**

**10- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.**

**11- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنش های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.**

**12- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.**

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

**14- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.**

**15- پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص ( یزولاسیون ) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.**

**16- در گزارش ، مراقبت هایی را که خود ارائه نموده و بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.**

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

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

**19- هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده می شود ، ثبت نمایید.**

**20- 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.**

**21- در صورتیکه بیمار از طریق وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی را در گزارش قید نمایید.**

**22- هرگونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته ( سقوط ، اشتباهات دارویی و...) ثبت آنها ضروری است.**

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

**24- دستورات اجرا نشده پزشک را با ذکر علت ثبت نمایید.**

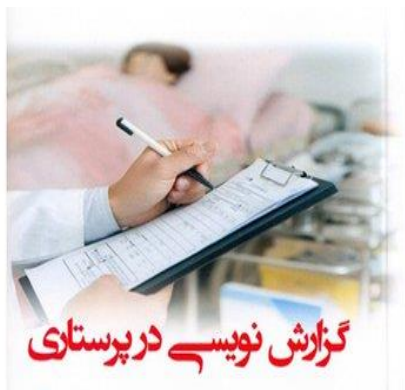
**25- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید ( حضوری ، تلفنی ) دقیقاً ثبت کنید.**



**26- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی ، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:**

**الف) دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط 2 پرستارامضاء شود. ب) دستور تلفنی ظرف مدت 24 ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود. ج) 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 گردد.**

**27- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید.**



نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری یادآوری می گردد. امید است همکاران محترم بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند.

تهیه کننده: علی راشکی قلعه نو

تایید کننده اول: صدیقه برائی نژاد (مدیریت پرستاری)

تایید کننده دوم: محبوبه شمسی (سوپروایزر آموزشی)

تابستان 1404

**36-** از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند پرهیز شود.

**37-** از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.

**38-** گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.

**39-** انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود، نام، نام خانوادگی و سمت مربوطه به طور خوانا ثبت شود.

**40-** گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمایید.

**41-** آموزش های ارائه شده را اعم از آموزش مستقیم، ارائه پمفلت آموزشی و گروهی و ... را ثبت کنید.

**43-** دستورات PRN و STAT در گزارش پرستاری به صورت دقیق (نام دارو، دوز، راه مصرف، ساعت و اثر بخشی آن) نوشته شود.

**42-** تشخیص های پرستاری با دقت نوشته شود و حتما اثر بخشی قید شود.



منبع: شیرازی، فاطمه و همکاران. گزارش نویسی در پرستاری. با همکاری سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران. بهمن 1388

**28-** جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید: بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد و بالای آن نوشته شود "ERROR" و پس از ثبت صحیح مورد خط خوردگی در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضاء مهر و سمت فرد ثبت گردد.

**29-** از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله: الف) اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.

ب) ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

ج) دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

د) اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

ه) تخریب یا مخدوش نمودن گزارش های قبلی یا موجود

**30-** عملیات احیاء قلبی ریوی بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیاء باید در پرونده ثبت شود.

**31-** در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.

**32-** در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.

**33-** آموزش های ارائه شده به بیمار و همراه را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.

**34-** در صورتیکه بیمار به صورت شفاهی مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب و موارد آسیبی می نماید دقیقاً گزارش نمایید.

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