

medclips.ir

ایستگاه گزارش نویسی

چک لیست - نحوه نگارش - نمونه گزارش - تشخیص و...

علی راشکی قلعه نو

تعریف گزارش نویسی

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



اهداف گزارش نویسی

- 1. برقراری ارتباط بین اعضاء مختلف تیم درمان
- 2. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
- 3. تهیه صورت حساب مالی
- 4. ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی از بیمار
- 5. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
- 6. نظارت کنترل و ارزشیابی سیستمهای مراقبتی, درمانی و بهداشتی
- 7. پیش بینی نیازهای بهداشتی, درمانی و مراقبتی

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح



1. حقیقت
2. دقت
3. کامل و مختصر
4. پویا
5. سازماندهی
6. 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 شوند، 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 400cc 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 5cm طول دارد.
- گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار
- - 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.
- امضاء گزارش دهنده بایستی دارای مشخصات زیر باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، 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 غیر ضروری اجتناب نمود.

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.
- فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:
 1. علائم حیاتی 2. تجویز دارو و اقدامات درمانی
 3. آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی 4. تغییر در وضعیت سلامت
 5. پذیرش, انتقال, ترخیص یا مرگ بیمار 6. 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 باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.



گزارشات شفاهی



1. گزارش تعویض شیفت
2. گزارش تلفنی
3. گزارش انتقالی
4. گزارش حوادث اتفاقی

گزارشات تلفنی

• اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند:

- * اطلاعات واضح است
- * اطلاعات صحیح است
- * اطلاعات دقیق است

• جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک پرستار بایستی به عوامل زیر در گزارش اشاره نماید:

- * چه موقع تماس گرفته است؟
- * چه کسی تماس گرفته است؟
- * با چه کسی صحبت شد؟
- * چه اطلاعاتی داده شد؟

• مثال: ساعت 22:13 pm مسئول آزمایشگاه آقای ... پتاسیم آقای بیمار تخت شماره بخش را 2, 3 میلی اکی والان گزارش نمود.

• محمدی, پرستار بخش

• تاریخ, امضا



دستورات تلفنی:

- این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود.
- دستورات تلفنی بایستی توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء کند.
- بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.
- وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است.
- نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:
- * بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمایید.
- * هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمایید.
- * تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمایید. نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمایید.
- لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط 2 نفر پرستار تائید و بوسیله هر دو نفر امضاء می گردد.



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 دیگر منتقل می شود.
- هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:
- 1. نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک
- 2. خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
- 3. وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
- 4. تشخیص ها، مشکلات و طرح های مراقبت های فعلی پرستاری
- 5. 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 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 برانکارده، ..)
- [?] - 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 تهدیده کننده ایمنی از قبیل: احتمال سقوط، زخم بستر، آسیب به خود و غیره ... به همراه اقدامات پیشگیری کننده

- سابقه بستری های قبلی، آلرژیها.
- وضعیت روانی-اجتماعی:
- ظاهر و رفتار بیمار (بهداشت فردی، نظم لباس، تعامل با اطرافیان).
- وضعیت خلق (شاد، غمگین، بیقراری، اضطراب).
- وضعیت تفکر (هذیان، توهم، اختلال در روند تفکر).
- وضعیت شناختی (هشیاری، جهت یابی، حافظه، توجه، تمرکز).
- وجود افکار خودکشی یا پرخاشگری.
- وضعیت جسمی:
- عالم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس، دما، اشباع اکسیژن).

- وضعیت تغذیه (توانایی خوردن، وضعیت اشتها).
- وضعیت دفع (ادرار، مدفوع، یبوست، اسهال).
- وضعیت خواب (تعداد ساعات، کیفیت خواب).
- درد (محل، شدت، ماهیت).
- وضعیت پوست و بهداشت.
- وجود زخم، کبودی، یا عائلَم دیگر.
- داروهای فعلی بیمار: (شامل داروهای خانگی که ممکن است همراه بیمار باشد).
- نیازهای اولیه: (مکان دستشویی، نیاز به کمک در فعالیتهای روزمره).
- ارتباط با خانواده و همراهان:

گزارش بیمار ان بستری

- این گزارشات شامل کلیه مشاهدات، اقدامات، و پاسخهای بیمار در طول دوره بستری است.
- عموماً نوع ثبت: به صورت مستمر در برگه گزارش پرستاری.
- محتوا:
- مشاهدات روزانه:
- وضعیت روانی: تغییرات در خلق، رفتار، تفکر، ادراک، سطح اضطراب، وجود
- هذیان یا توهم، سطح اضطراب، رفتار اجتماعی. (مثال: "بیمار امروز صبح
- آرامتر بود، توانست برای ۱۰ دقیقه با پرستار صحبت کند، اما همچنان به
- تماس چشمی اجتناب میکرد.")

- وضعیت جسمی: علائم حیاتی، وضعیت خواب، تغذیه، دفع، سطح انرژی، درد، وضعیت پوست.
- وضعیت شناختی: تغییر در جهت یابی، حافظه، تمرکز.
- داروها: تجویز، مشاهده واکنش، عوارض احتمالی. (مثال: "Risperidone 5mg.0" خوراکی ساعت ۹ صبح تجویز شد. بیمار به مدت ۵ دقیقه دچار خواب آلودگی خفیف شد، سپس هوشیارتر شد.")
- اقدامات پرستاری: مداخلات حمایتی، مدیریت بحران، جلسات درمانی، آموزش بیمار، کمک به بهداشت فردی، جابجایی بیمار.

- (مثال: "در ساعت 10:30 صبح، جلسه درمانی فردی با بیمار در اتاق مشاوره برگزار شد. بیمار در مورد مشکلات خانوادگی خود صحبت کرد و احساس آرامش بیشتری نشان داد.")
- پاسخ بیمار به مراقبتها: (چگونه بیمار به داروها، درمانها، و مداخلات پاسخ داده است)
- ارتباط با تیم سلامت: (مشاوره با پزشک، روانشناس، مددکار اجتماعی).
- آموزش بیمار: (محتوای آموزش، میزان درک بیمار، اقدامات بعدی).
- نتایج آزمایشات و پاراکلینیک: (در صورت دسترسی).

گزارش انتقال و اعزام به مرکز دیگر

گزارش مشاوره های انجام شده

- از آنجائی که مسئولیت درمان بیمار مستقیماً متوجه پزشک معالج می باشد، در صورتی که برای بیمار مشاوره ای انجام شود، دستورات پزشک مشاور حتماً باید به اطلاع و تایید پزشک معالج رسانده شده و بعد اجرا شود. گاهی ممکن است دستورات پزشک مشاور خلاف نظر و دستورات پزشک باشد.

گزارش انجام اقدامات پاراکلینیکی

- مثل آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی:
- 1- پرستار باید قدرت تشخیص موارد غیر طبیعی آزمایشات را داشته، آنها را ثبت و گزارش نماید.
- 2- پرستار باید موارد غیر طبیعی را به پزشک اطلاع داده، و پس از اطلاع نام پزشک، زمان اطلاع و اقدامات انجام شده را ثبت نماید.
- پرستار حق گذاشتن هیچ گونه برگه ای را داخل پرونده بیمار ندارد مگر آن را مطالعه و تفسیر نموده و موارد لازم را پیگیری کند.

گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان :

- گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.
- گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:
 - 1. توصیف دقیق واقعه
 - 2. زمان حادثه
 - 3. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
 - 4. زمان اطلاع به پزشک مسئول
 - 5. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
 - 6. درمانها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

گزارش وقوع حادثه در بخش مانند سقوط و تشنج و دعوا و اقدام به خودکشی

- **مثال گزارش دعوا:** "ساعت 19:00، بین بیماران آقایان ... و بر سر استفاده از تلویزیون مشاجره لفظی آغاز شد که به درگیری فیزیکی مختصری منجر گردید. پرستار بلافاصله وارد عمل شد و هر دو بیمار را به صورت جداگانه به اتاقهایشان هدایت کرد. هر دو بیمار تحت مراقبت قرار گرفتند و آرام شدند. پزشک در جریان قرار گرفت."
- **مثال گزارش خودکشی:** "در ساعت 09:00، بیمار خانم در مورد احساس ناامیدی شدید و تمایل به خودکشی با پرستار صحبت کرد. بیمار بیان کرد که قصد دارد داروی اضافی مصرف کند. پرستار بلافاصله بیمار را تحت نظارت دقیق قرار داد، اشیاء خطرناک را از دسترس او دور کرد، و با روانپزشک جهت ارزیابی مجدد مشورت نمود."
- نکته مهم: در گزارشات مربوط به خودکشی، دقت، فوریت، و ثبت جزئیات بسیار حیاتی است.

- **مثال گزارش تشنج :** "ساعت 16:30 ،بیمار خانم دچار تشنج عمومی تونیک-کلونیک به مدت تقریبی ۲ دقیقه شد. بیمار بی حرکت، لبها کبود، و دچار بی اختیاری ادرار گردید. بلافاصله محیط اطراف بیمار ایمن شد و اکسیژن از طریق ماسک با جریان ۱۰ لیتر بر دقیقه وصل گردید. پس از پایان تشنج، بیمار در وضعیت ریکاوری قرار گرفت. پزشک در جریان قرار گرفت و دستور تجویز لورازپام وریدی را صادر کرد."

- **مثال گزارش سقوط:** "ساعت ۱۴:۱۵، بیمار آقای ... هنگام رفتن به دستشویی در راهرو سقوط کرد. طبق گفته بیمار، احساس سرگیجه داشته است. پرستار بالفاصله به او کمک کرد و وضعیتش را ارزیابی نمود. ضربه جزئی به ناحیه آرنج راست وارد شده بود. پزشک پس از معاینه، دستور استراحت و مشاهده را صادر کرد."

گزارش مهار فیزیکی و شیمیایی

- زمان شروع و پایان مهار. نوع مهار (فیزیکی یا شیمیایی). دلیل دقیق نیاز به مهار. نتایج ارزیابیهای مستمر. داروهای تجویزی (در صورت مهار شیمیایی) و پاسخ بیمار. اقدامات حمایتی و تلاشها برای کاهش مهار.
- مثال: "ساعت 10:00، بیمار خانم ... به دلیل پرخاشگری شدید و تمایل به آسیب رساندن به خود، با دستور پزشک با دستبند به تخت مهار فیزیکی شد. بیمار در زمان مهار بیقرار بود و با صدای بلند اعتراض میکرد. هر 10 دقیقه وضعیت بیمار ارزیابی شد. گردش خون در اندامها طبیعی بود. در ساعت 10:30، با آرام شدن نسبی بیمار، مهار فیزیکی با موفقیت برداشته شد."

گزارش قبل از ECT

- 1. ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق شوک و نحوه انتقال (با پای خودش یا برانکارد و صندلی چرخدار و غیره)
- 2. ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل بیمار به اتاق شوک
- 3. ثبت وضعیت عمومی با قید سطح هوشیاری و علائم حیاتی
- 4. ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (برانول و سوند ها، و ...)
- 5. ثبت دستورات دارویی قبل از شوک
- 6. آمادگی انجام شده (ناشتا بودن بیمار)
- 7. ثبت نام و نام خانوادگی و سمت و امضا همراه با تاریخ و ساعت

گزارش بعد از ECT

- 1. ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- 2. ثبت وضعیت عمومی با قید سطح هوشیاری و علائم حیاتی
- 3. ثبت وضعیت اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و محل
- 4. ثبت علائم حیاتی
- 5. ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- 6. بررسی وضعیت و تمامیت پوستی بیمار

گزارش ثبت پروسیجرهای مهم

- مثل اکسیژن تراپی و سرم تراپی و مانیتورینگ قلبی ریوی و سونداژ معده و مثانه و گزارش وضعیت خواب و استراحت و تغذیه و تغییر رفتار

Oxygen Therapy

- [?] دلایل شروع اکسیژن درمانی (عائلم اختلال تنفسی)
- [?] زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- [?] روش اکسیژن درمانی
- [?] میزان اکسیژن درمانی
- [?] واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

قوانین ثبت گزارش دارو های دو مهره

دارو دادن و نحوه نوشتن در گزارش پرستاری

- داروهای معمول بیمار
- دارو های PRN
- داروهای STAT

گزارش آموزش به بیمار در زمان بستری و زمان ترخیص

- افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض
- پوزیشن مناسب بیمار در بستر با ذکر دلایل
- محدوده / محدودیتهای فعالیت فیزیکی با ذکر دلایل
- نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد
- مراقبتها / محدودیتهای حرکتی با ذکر دلایل
- سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی

گزارش ترخیص SMART

- دستورات لازم برای مراقبتهای بعد از ترخیص حداقل شامل میشوند:
- محدوده / میزان فعالیتهای فیزیکی
- تغذیه و رژیم درمانی
- نحوه مصرف دارو
- برنامه بازتوانی و مراقبتهای توانبخشی
- زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه / بیمارستان

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
- لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی ABG
- تعداد و وات دفیبریلاسیون و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون
- دارو درمانی (نوع و دز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید).
- واکنش مردمکها
- افراد عضو تیم احیاء
- زمان خاتمه CPR

تدوین فرایند پرستاری

- مرحله اول : ارزیابی
- مرحله دوم : تشخیص
- مرحله سوم : برنامه ریزی
- مرحله چهارم : اجرا
- مرحله پنجم: ارزشیابی



مرحله اول : ارزیابی

- در مرحله ارزیابی، پرستار اطلاعاتی در مورد وضعیت فیزیکی، روانی و اجتماعی بیمار جمع آوری می کند. این اطلاعات از طریق روش های مختلفی مانند مشاهده، مصاحبه با بیمار و بررسی پرونده پزشکی به دست می آید. هدف از ارزیابی، به دست آوردن درک کامل از وضعیت سلامت و نیازهای بیمار است.

مرحله دوم : تشخیص

- در مرحله تشخیص، پرستار از اطلاعات جمع آوری شده در مرحله ارزیابی برای تعیین مشکلات یا نیازهای سلامتی بیمار استفاده می کند. پرستار ممکن است از ابزارهای مختلفی مانند راهنمای تشخیص پرستاری یا تشخیص های پزشکی برای شناسایی مشکلات سلامتی بیمار استفاده کند.
- اختلال در فرآیند تفکر
- اضطراب شدید
- خطر آسیب به خود یا دیگران
- اختلال در تعامل اجتماعی
- کاهش آگاهی نسبت به بیماری
- و ...

مرحله سوم : برنامه ریزی

- در طول مرحله برنامه ریزی، پرستار برنامه مراقبتی را برای رسیدگی به مشکلات یا نیازهای بهداشتی شناسایی شده بیمار تدوین می کند. برنامه مراقبت شامل مداخلات و اهداف پرستاری خاص است که برای رسیدگی به مسائل سلامتی بیمار و بهبود سلامت کلی آنها طراحی شده است.

مرحله چهارم : اجرا

- در مرحله اجرا، پرستار طرح مراقبت را انجام می دهد. این ممکن است شامل تجویز داروها، ارائه آموزش به بیمار، یا هماهنگی با سایر متخصصان مراقبت های بهداشتی باشد.

مرحله پنجم: ارزشیابی

- در مرحله ارزیابی، پرستار اثربخشی برنامه مراقبت را ارزشیابی می کند و تغییرات لازم را ایجاد می کند. پرستار همچنین ممکن است پیشرفت بیمار را در جهت دستیابی به اهداف خود ارزشیابی کند و تعیین کند که آیا مداخلات اضافی مورد نیاز است یا خیر.

نمونه تشخیص پرستاری

• عنوان : خطر آسیب به خود مرتبط با توهم شنوایی

شواهد : بیمار می‌گوید: «صداهایی می‌گن خودمو بکشم»

نحوه مستندسازی تشخیص

- . ثبت داده‌های ذهنی و عینی
- . تحلیل وضعیت بیمار
- . پیگیری مداخلات و واکنش‌های بعدی

نکات کلیدی و مهم در گزارش نویسی پرستاری

- 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) .
- -ثبت ساعت بصورت کامپیوتری .
- -استفاده از چارتهای گرافیکی برای ثبت علائم حیاتی .
- -ثبت مشخصات بیمار در هر برگ .
- -ذکر علت عدم اجرای دستور پزشکی .
- -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 الک یا پاک کردن .
- -عدم ثبت قبل از انجام کار .

دستورالعمل جهت ثبت های از قلم افتاده و تاخیری:

- ثبت 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 پرنشده 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

مشکالت 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
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- رونویسی اشتباهات
- امضاء 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 به صورت 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 بود.
- تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف 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 موقت 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 بعمل 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.

نکات خیلی مهم در نحوه نوشتن گزارش پرستاری

- 1- پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری ، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود ، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.
- 2- به منظور عدم اتلاف وقت ، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها ، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید .
- 3- از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.
- 4- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد 1 تا 24 بنویسید. ساعت 1 بعدازظهر را به صورت 13:00 و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت 09:15 نشان دهید .
- 5- جهت ثبت و گزارش علایم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیک علایم حیاتی استفاده نمائید. (چنانچه بالای برگه های چارت علایم حیاتی از ذکر ساعت خودداری گردد، در ثبت کلیه موارد اعم از روزانه ، ساعتی و موردی قابل استفاده می باشد.)

- 6- با ثبت نام و نام خانوادگی بیمار در شروع هر صفحه گزارش می توان از بروز اشتباه در این زمینه جلوگیری نمود .
- 7- مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت یا کاردکس با پرستار مسئول شیفت است.
- 8- 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.
- 9- 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).
- 10 - با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار ، علایمی 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 حتما" گزارش نمائید.

- 11 - با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بافاصله گزارش نمائید.
- 12 - انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمائید.
- 13 - پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی ، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمائید.
- 14 - در صورتیکه مدد جو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ باز دارد ، تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه ، تنظیم و کنترل نمائید در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مدد جو را ثبت نمائید.
- 15 - در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات (۱ & ۰) دارد ضروریست پس از محاسبه ، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت نمائید . ضمناً " جمع 24 ساعته (۱ & ۰) در برگه علائم حیاتی ردیف مربوطه نیز ثبت شود.

- 16- ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و یا ارائه مراقبت خاص پرستاری به مدد جو ، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید .
- 17- ضروری است که کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری همراه با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- 18- از ثبت روشهای پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید.
- 19- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها اجتناب نمائید.

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

- 19-1 بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.
- 19-2 در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است.
- 19-3 تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

20- گزارشات پرستاری را تحریف ننمائید.

- مواردی که منجر به تحریف گزارش پرستاری می شوند عبارتند از:
- 20-1 در صورت اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعد اضافه شده است .
- 20-2 ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری .
- 20-3 حذف نکات مهم گزارش.
- 20-4 ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که در زمان قبلی ثبت شده است.
- 20-5 دوباره نویسی و یا تغییر گزارش.
- 20-6 تخریب گزارش های قبلی و یا موجود.
- 20-7 اضافه نمودن مواردی به یادداشتهای سایرین

- 21 -انحصار" در گزارش مراقبت‌هایی را که خود ارائه نموده اید و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمائید.
- 22 - از انتقاد سایرین در گزارش های پرستاری خودداری نمائید.
- 23 -در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید.
- 24 -در صورتیکه بیمار شفاها" مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید ، دقیقاً" گزارش نمائید.
- 25 -از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار (یا صفات ناخوشایند) بپرهیزید.
- 26 -اطالعاتی را که به پزشک معالج بیمار گزارش می نمائید دقیقاً" ثبت نمائید .
- 27 -در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی باقی نگذارید

یک نمونه کامل گزارش پرستاری

- بیمار زهرا احمدی 35 ساله متاهل با تشخیص C.S در سرویس آقای دکتر در بخش زنان تحت نظر است. دستورات دارویی ساعت 8 صبح پس از مطابقت پرونده با کاردکس ضمن کنترل علائم حیاتی بیمار با وضعیت بررسی در. بود $O_2Sat=97\%$ و $RR=15$ ، $T=36.9$ ، $PR=88$ ، $BP=110/70$ شد اجرا داروها بلع بر نظارت جسمی، بیمار از بیوست از دو روز پیش شاکی بود؛ بیمار اظهار داشت روزانه اجابت مزاج داشته ولی از دو روز گذشته اجابت مزاج نداشته است. بیمار توصیه به مصرف میوه، مایعات فراوان و قدم زدن در محوطه بیمار ان گردید. وضعیت اشتهای بیمار طبیعی بود. بیمار کسل بود و از کم خوابی در شب گذشته شاکی بود؛ به بیمار آموزش داده شد فعالیت بیشتری در طول روز داشته باشد؛ مدت زمان خواب روز را کمتر کند و در هنگام شب چای مصرف نکند.

- در سایر سیستم های بدن مشکلی گزارش نشد. در ارزیابی وضعیت روانی، در توصیف کلی، بیمار ظاهر مناسب و آراسته داشت، ارتباط چشمی برقرار نمود، سن ظاهری و تقویمی مطابقت داشت و نگرش به پرستار همکاری کننده بود. اختلال در فعالیت روانی حرکتی به صورت بی قراری به دلیل ندیدن فرزندش داشت؛ به بیمار توضیح داده شد که در شرایط فعلی شیوع کرونا جهت حفظ سلامتی وی، اعضای خانواده و سایرین، کلیه بیماران ملاقات ممنوع هستند. روانشناس بخش نیز با بیمار صحبت نموده و بی قراری وی کاهش یافت. اختلال در مراقبت از خود نداشت. در بررسی هیجان، بیمار خلق دلتنگی با عاطفه متناسب داشت. شدت، تن و سرعت تکلم طبیعی بود و اختلالی در وضعیت تکلم وجود نداشت. در بررسی تفکر، اختلالی در جریان و فرم و محتوای تفکر وجود نداشت؛ همچنین دارای تفکر انتزاعی بود. در سیستم حسی درکی، اختلال در درک در ارتباط با بیماری اسکیزوفرنیا به صورت توهم شنوایی داشت.

- ضمن احترام به بیمار و پذیرش ارزشمندی وی، فعالانه به صحبت های بیمار گوش داده شد، توصیه شد که از انجام فعالیت هایی که منجر به اضطراب می شوند دوری کند و همچنین توصیه به شرکت در فعالیت های ورزشی جهت انحراف فکر شد که همکاری داشت و در بررسی بعدی بیمار اظهار داشت که توهماتش کاهش یافته است. لطفا در شیفت های بعد آموزش ها و بررسی مجدد پیگیری شود. در بررسی وضعیت سیستم حسی و شناختی، بیمار هوشیار و آگاه به زمان و مکان و شخص بود؛ اختلالی در حافظه، هوش، توجه و تمرکز نداشت. قضاوت بیمار نسبی و بینش وی VI/IV بود. با توجه به شیوع کرونا، رعایت بهداشت فردی، شستشوی مرتب دستها، رعایت فاصله با سایرین و اهمیت استفاده از ماسک به بیمار آموزش داده شد. بیمار در ساعت 10:10 توسط پزشک معالج ویزیت شد، تغییرات وضعیت روانی بیمار و بیوست و بی خوابی وی به پزشک اطلاع داده شد. جواب آزمایشات ارسالی به رویت پزشک معالج رسانده شد که مشاوره داخلی درخواست گردید.

- کلیه دستورات پزشکی در کاردکس بیمار ثبت و اجرا گردید. درخواست مشاوره در ساعت 20:10 به متخصص داخلی اطلاع رسانی شد. مشاوره داخلی در ساعت 15:11 انجام گردید؛ که درخواست سونوگرافی شکم و لگن شد. پس از OK اجرای دستورات داخلی از پزشک معالج، برای فردا ساعت 10 صبح نوبت سونوگرافی گرفته شد. لطفاً از نیمه شب امشب، بیمار جهت انجام سونوگرافی شکم و لگن، NPO باشد. به بیمار نیز ناشتا بودن جهت سونوگرافی آموزش داده شد. رژیم غذایی بیمار معمولی می باشد. ناهار با نظارت خورد. اختلال در بلع نداشت. تا انتهای شیفت اجابت مزاج نداشت. لطفاً تغییرات وضعی روانی، خواب و اجابت مزاج حتماً گزارش گردد. بیمار در وضعیت هوشیاری و آگاهی کامل در ساعت 13:40 به عصرکار محترم تحویل گردید.
- پرستار: مریم اسدی. کارشناس پرستاری. ساعت 13:40



تشکر
از توجه شما