



بنام خداوند زیبا



گزارش نویسی

تهیه کننده : زهره بشاش موقر

روشهای گزارش کلامی پرستاری

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 تلفنی

- ۱- راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات
- ۲- بر اساس شیوه مراقبت موردی ، پرستار مسئول هر بیمار ،مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار می باشد .



موارد قابل توجه در مستند سازی دستورات تلفنی بر اساس مدل ISBAR و اصل CUBAN

- ۱- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستورات شفاهی
- ۲- نام و عنوان پزشک ارایه دهنده دستور
- ۳- متن دستور تلفنی کلمه به کلمه پزشک
- ۴- نام و امضاء پرستار شاهد و دریافت کننده ی دستور
- ۵- 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 کرده به طوری که پرستار شاهد آن را شنیده و تایید کند .



گزارش انتقالی

گزارش انتقالی جهت انتقال بیمار جهت پیگیری، تشخیص، درمان و اقدامات موثر از بخشی به بخش دیگر یا از مرکزی به مرکز دیگر ثبت می شود

نکات قابل توجه در ثبت گزارش انتقالی

- ۱- سن، جنس، تشخیص پزشک
- ۲- خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
- ۳- وضعیت سلامتی 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 وقایع ناخواسته درمانی Never Events

- 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

- ۱- دلایل شروع اکسیژن درمانی (علایم اختلال تنفسی)
- ۲- زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی
- ۳- روش اکسیژن درمانی
- ۴- میزان اکسیژن درمانی
- ۵- واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

ناحیه زخم

- ۱- وسعت و اندازه زخم
- ۲- نزدیک بودن لبه های زخم
- ۳- وجود یا عدم وجود ترشح، رنگ و بو و میزان ترشح
- ۴- وجود درن، نوع محلول شستشو
- ۵- واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب، درد احساس نگرانی
- ۶- داشتن درن و توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن
- ۷- چگونگی تحمل بیمار به پانسمان و داروهای به کار برده شده در موضع،
آموزشهای ارائه شده

سونداژ مثانه

۱- هدف از سونداژ مثانه

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

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

NGTUBE گذاری :

- ۱- دلایل سونداژ معده ، نوع گواژ (متناوب و مداوم)
- ۲- حجم و نوع محلول گواژ
- ۳- حجم مایع موجود در معده قبل از گواژ
- ۴- رنگ ترشحات برگشتی از معده و واکنش بیمار
- ۵- دلایل لاواژ، نوع و حجم محلول لاواژ، حجم و رنگ مواد برگشتی
واکنش مددجو



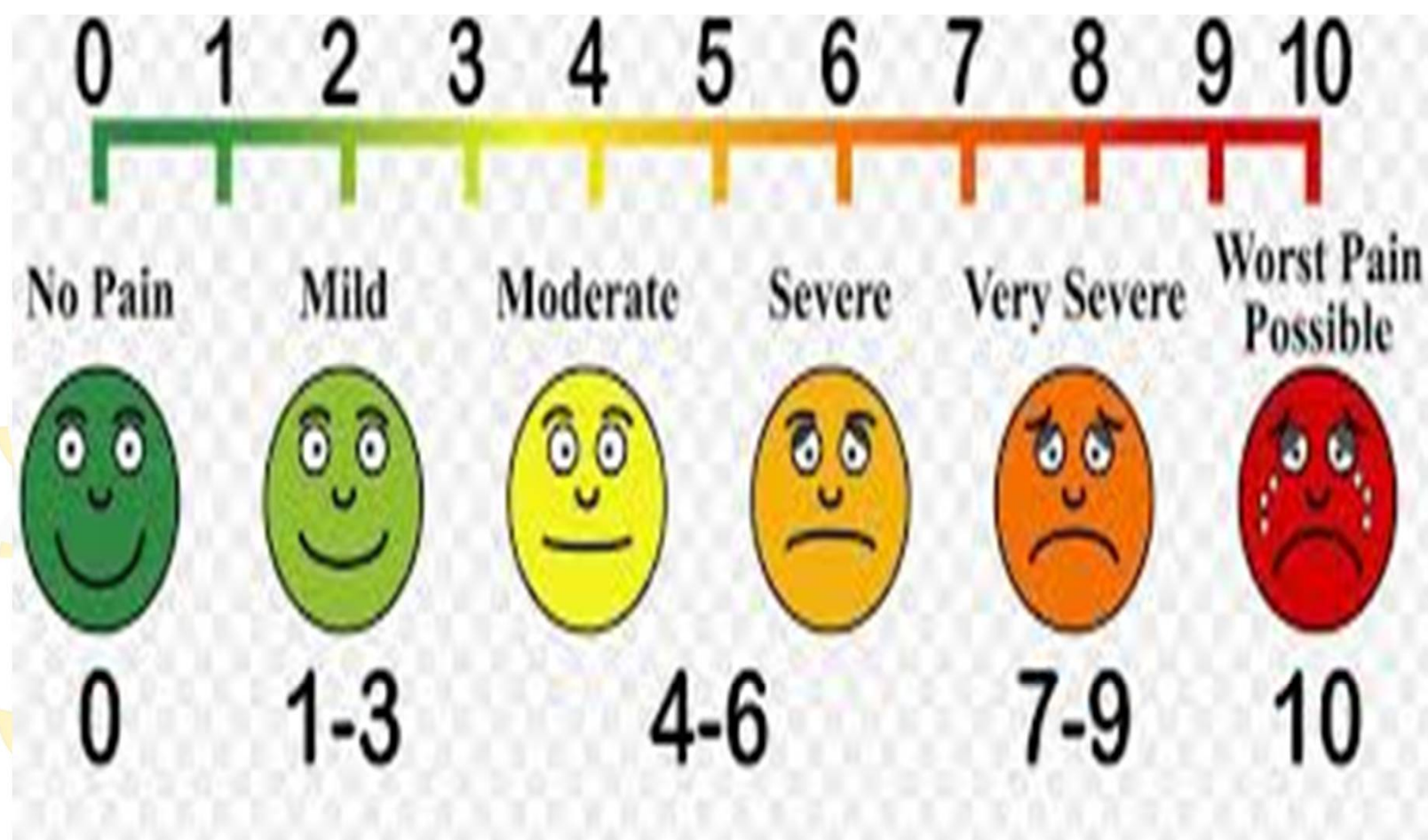
نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

- ثبت زمان و نوع ایست ، فقدان نبض یا تنفس
- زمان شروع احیا قلبی و ریوی 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 احیا و زمان خاتمه ی احیا

گزارش درد

Pain score Visual Analog Scale (VAS)

در بیمارانی که داروی آرامبخش دریافت نکرده اند، ارزیابی درد 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.



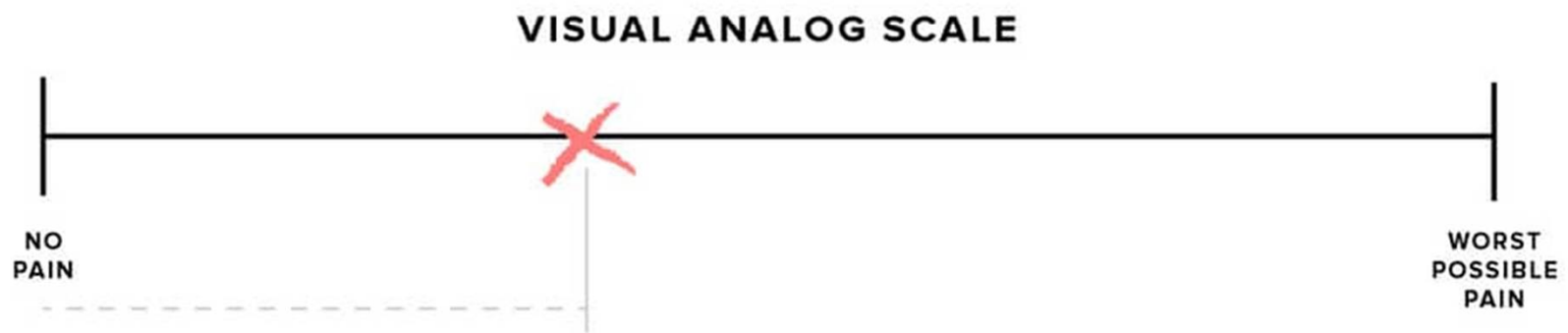
جدول Pain score

برابر با	نشانگر	صورتک شماره
صفر	فقدان ناراحتی	صفر
2	درد خفیف	1
4	درد اندکی بیشتر	2
6	درد بازهم بیشتر	3
8	درد شدید	4
10	بدترین درد	5

Visual Analog Scale (VAS)

این مقیاس درد نشاندهنده یک خط ۱۰ سانتی‌متری چاپ شده بر روی یک تکه کاغذ است با نشانگرهایی در هر انتها. در یک انتها «بدون درد» و در انتهای دیگر «بدترین درد» یا «درد غیر قابل وصف» است. شخص یک علامت ضربدر × روی خط برای نشان دادن شدت درد خود می‌گذارد. بعد یک پزشک خط را با یک خط کش اندازه می‌گیرد تا نمره درد را به دست آورد

Visual Analog Scale (VAS)



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 وسایل مورد استفاده

مانند آنژیوکت یا اسکالپ وین، 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 زیر جلدی: دوز مصرفی، موضع و واکنش نسبت به دارو
- گزارش تغذیه کامل غیر خوراکی (TPN): سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر
- داروهای پرخطر / هشدار بالا توسط: دو کارشناس پرستاری چک، ثبت و امضاء شود.
- در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند حتما از از روش نگارش Tall Man Lettering به منظور تاکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود.

اشتباهات دارویی: هرگونه اشتباه در تزریق دوز، روش تجویز، زمان اجرا، حذف دوز، اجرای داروی تاریخ گذشته و همچنین طریقه اطلاع 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.

مانیتورینگ قلب

تاریخ و ساعت مانیتورینگ، ریتم خوانده شده و اقدامات انجام شده باید ثبت شود.



گزارش ترانسفوزیون خون

چک فراورده خون همزمان توسط دو پرستار و ثبت اطلاعات آن توجه به نام بیمار، شماره پرونده، نوع و گروه خون، یافته های کراس ماچ، شماره شناسایی بانک خون مندرج روی فراورده های خونی بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده های خونی توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق بررسی وضعیت ظاهر کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشستی بیش از تزریق خون و فراورده های خونی

نوع و میزان فراورده های 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 سوزن مورد استفاده
علایم حیاتی قبل، حین و پس از تجویز خون
در صورت استفاده از وارمر جهت گرم کردن خون قید آن ضروری است

موارد قابل توجه در اتوترانسفوزیون

ثبت مقدار خون گرفته شده و تزریق شده به بیمار
ثبت نتایج آزمایشات در حین و پس از تزریق خون
ثبت تستهای انعقادی، هماتوکریت، گازهای خون شریانی، هموگلوبین، کلسیم
علایم حیاتی قبل، حین و پس از تزریق خون

موارد قابل توجه در صورت حساسیت به ترانسفوزیون خون

ثبت نوع و مقدار خون یا فراورده های خونی تزریق شده
زمان شروع و توقف تزریق خون
تاریخ و ساعت واکنش و علایم مشاهده شده در بیمار
درمان هایی که برای واکنش بیمار انجام شده و نتایج آن

پس از ارزیابی اولیه چنانچه مشکلی در بررسی سیستم های بدن مشاهده گردید تشخیص های پرستاری بر اساس **NANDA** تعیین می شود

North American Nursing Diagnosis Association



ثبت بر اساس سیستم مشکل - مداخله - ارزیابی یا PIE

مشکل Problem

در شروع هر نوبت کاری بررسی کامل بیمار و شناسایی و ثبت مشکلات او

مداخله Intervention

مشخص نمودن مداخلات پرستاری جهت رفع مشکل

ارزیابی Evaluation

ارزیابی و نوشتن پاسخ مددجو به معالجه و تدابیر مراقبتی و درمانی

ارزیابی سیستم‌ها

- ۱- سیستم اعصاب مرکزی **CNS**
- ۲- سیستم تنفس **RS**
- ۳- سیستم قلبی عروقی **CVS**
- ۴- سیستم پوست **Skin**
- ۵- سیستم ادراری - تناسلی **Urinary-Genito**
- ۶- سیستم گوارشی **GI**
- ۷- سیستم ماهیچه ای - اسکلتی **Muscle-Skeletal**
- ۸- سیستم روانی - اجتماعی **Psycho-social**

سیستم اعصاب مرکزی CNS

- ۱- سنجش سطح هوشیاری و تغییرات آن با :
مقیاس گلاسکو **GCS** در بیماران ترومایی و سابقه ضربه سر که اینتوبه نیستند و یا تراکئوستومی ندارند .
- ۲- **FOUR Score** : در بیماران کمایی اینتوبه و دارای تراکئوستومی و در انواع شرایط آی سی یو
- ۳- **AVPU**: در تریاژ و در بیمارانی که هیچگونه شرح حالی از ضربه به سر ندارند .

جدول معیارهای کمای گلاسکو

	1	2	3	4	5	6
پاسخ چشمی	عدم باز کردن چشم ها	در واکنش به درد چشم‌ها باز شود	در واکنش به صدا چشم‌ها را باز کند	خودبه‌خودی و بدون تحریک خارجی چشم باز است.		
پاسخ کلامی	هیچ صدایی تولید نشود	آوای غیرقابل فهم	استفاده از کلمات نامناسب	مکالمه نشان از گیجی	توجه به کلام، فرد کاملاً به محیط واقف و آگاه باشد	
پاسخ حرکتی	شل بودن اندام ها به طور کامل	دسربره (باز بودن اندام ها)	دکورتیکه (جمع بودن اندام ها)	دور کردن عامل درد از خود	انجام حرکت در واکنش به محرک دردناک	اجرای فرمان معاینه کننده برای حرکت دادن قسمت‌های مختلف بدن

FOUR Score

جدول معیارهای Foure score

	0	1	2	3	4
پاسخ چشمی	چشمها با تحریک دردناک نیز باز نمی شود	چشمها بسته است و با تحریک دردناک باز می شود	چشمها بسته است ولی با صدای بلند باز می شود	چشمها باز است ولی قادر به ردیابی نیست	چشمان باز ، یا در پاسخ به دستورات چشم را باز و بسته کند یا با چشم صدا را ردیابی کند
پاسخ حرکتی	عدم پاسخ به تحریک دردناک، یا میوکلو نوس عمومی	با تحریک دردناک اندامهای خود را باز می کند. اکستنشن غیر طبیعی	با تحریک دردناک تنها اندامهای خود را جمع میکند. فلکشن غیر طبیعی	با تحریک دردناک دست خود را به محل درد می رساند	حرکت شست دست به پاسخ و مشت نمودن و تغییر چهره و لبخند زدن
پاسخ ساقه مغز	عدم بازتاب مردمک، قرنیه و سرفه	بازتاب مردمک و قرنیه وجود ندارد	بازتاب مردمک یا قرنیه وجود ندارد	اندازه یک مردمک گشاد و ثابت است	بازتابهای قرنیه و مردمک وجود دارند
وضعیت تنفسی	تعداد تنفس برابر تعداد تنفس ونتیلاتور یا آپنه	تعداد تنفس سریعتر از تعداد تنفس ونتیلاتور	الگوی تنفسی نامنظم، بدون حضور لوله تراشه	الگوی تنفسی شین استوک، بدون حضور لوله تراشه	الگوی تنفسی منظم و بدون حضور لوله تراشه

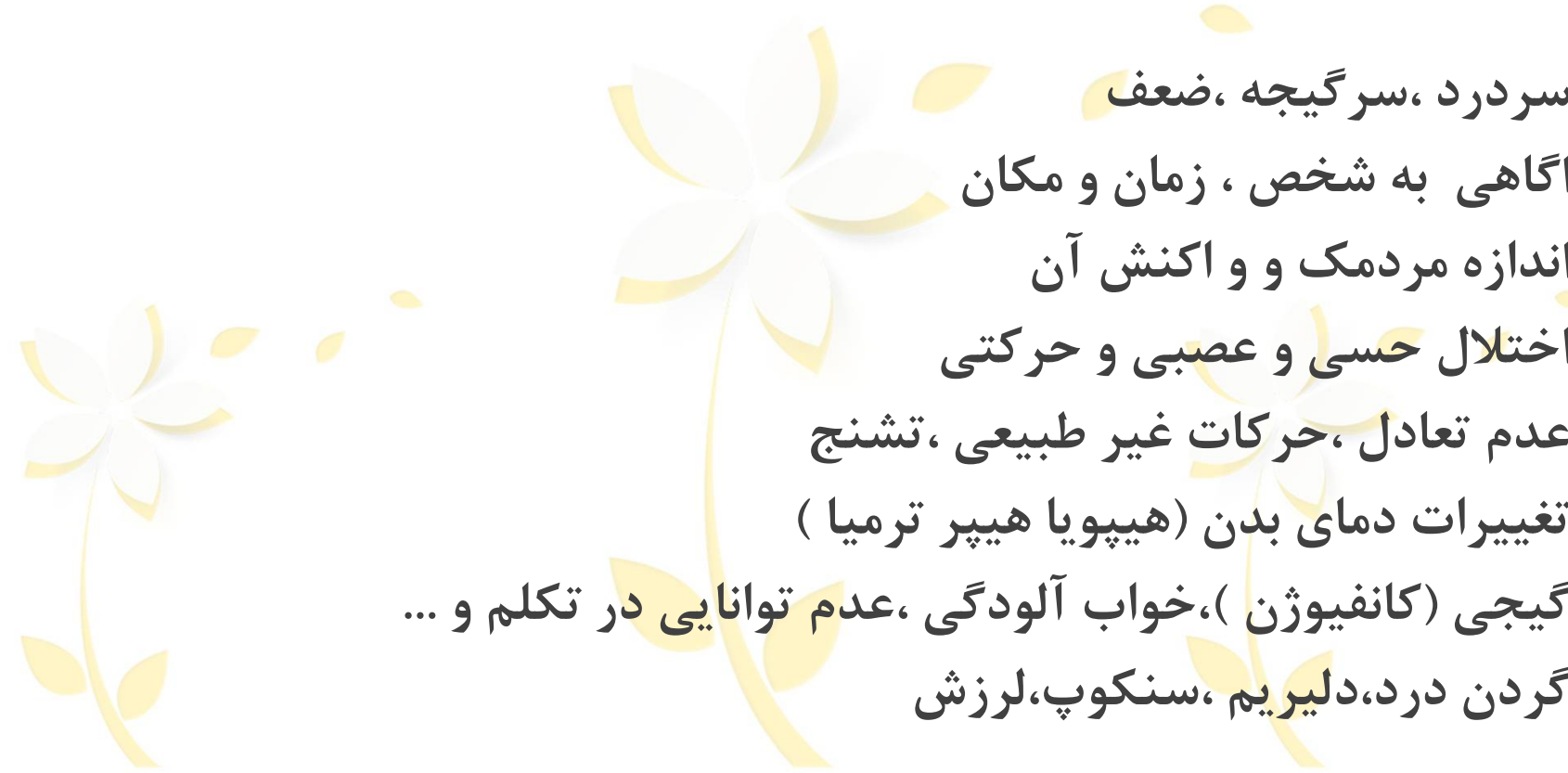
AVPU

- **Alert (برای هوشیاری)**: بیمار با چشمان باز و بیدار است و به پرسش‌ها پاسخ می‌دهد. پاسخ‌ها مهم نیست غیر دقیق یا نادرست باشند.
- **Voice (برای صدا)**: بیمار در پاسخ به پرسش‌ها فقط از صداهای نامفهوم استفاده می‌کند.
- **Pain (برای درد)**: بیمار به درد پاسخ می‌دهد. این پاسخ یا با دفع عامل درد همراه است و یا فقط با کشش در اعضا همراه است.
- **Unresponsive (برای بدون پاسخ)**: بیمار بدون هرگونه پاسخ به صدا و درد است.

AVPU

مقیاس	بیمار	وضعیت
۱	هوشیار	اجرای فرامین پیچیده
۲	هوشیار	اجرای فرامین ساده
۳	خواب آلود	با صدا بیدار می شود
۴	منگ و بی حس و سست	با درد بیدار می شود
۵	کمای سبک	سلامت ساقه مغز
۶	کمای عمیق	تخریب ساقه مغز

در ای وی پی یو ۵ و ۶ باید اقدام به [تراشه گذاری](#) نمود.



سر درد، 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 (هیپویا هیپر ترمیا)
گیجی (کانفیوژن)، خواب آلودگی، عدم توانایی در تکلم و ...
گردن درد، دلیریم، سنکوپ، لرزش

سیستم تنفس RS

تعداد و الگوی تنفس

تنگی نفس، تاکی پنه، برادی پنه، تنگی نفس شبانه، رتراكسیون، تنفس

شکمی، تنفس سینه ای، تنفس تند و سطحی و دیسترس تنفسی

نوع سرفه، خلط و ترشحات خونی

نیاز به تهویه مکانیکی و تنظیمات آن

درد قفسه سینه، خونریزی از ریه، خونریزی از بینی

خشونت صدا، خس خس سینه، صدای غیر طبیعی تنفس

سیستم قلبی عروقی CVS

تعداد و الگوی نبض

درد یا ناراحتی قفسه سینه ، تپش قلب ، تنگی نفس

ریتم قلبی و تغییرات آن

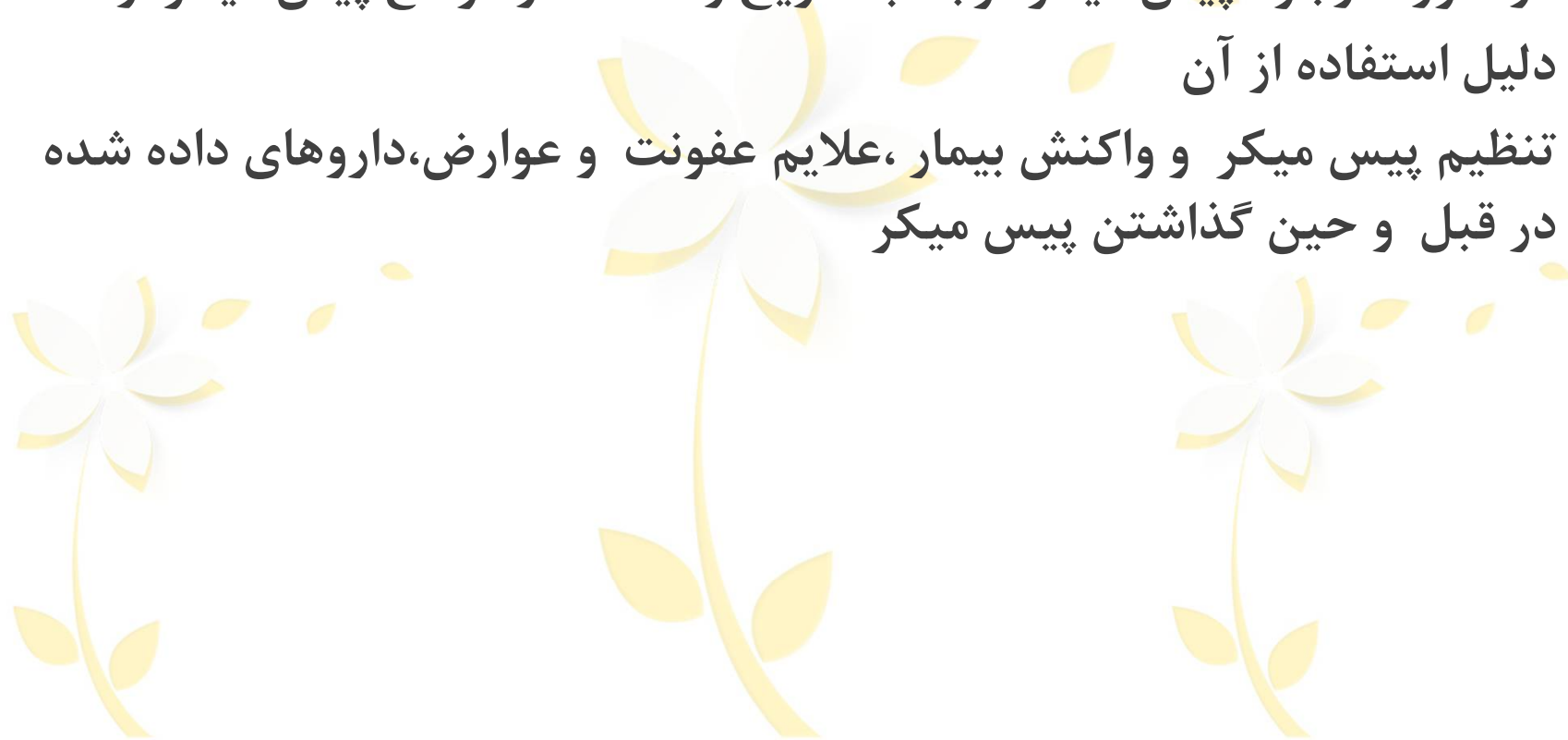
تغییرات فشار خون و فشار ورید مرکزی

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 صورت وجود پيس ميگر توجه به تاريخ و ساعت و موضع پيس ميگر و دليل استفاده از آن تنظيم پيس ميگر و واكنش بيمار، علايم عفونت و عوارض، داروهاي داده شده در قبل و حين گذاشتن پيس ميگر



سیستم پوست Skin

رنگ پوست و مخاط (قرمزی، التهاب، سیانوزه، خونمردگی و...) وضعیت پوست (خشکی و رطوبت، زخم، ترشحات، تورگور و ادم، گرمی، سردی و بثورات جلدی) احتمال بروز زخم بستر براساس معیار برادن و 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 علایم عفونت)

سیستم ادراری - تناسلی Genito-Urinary

میزان برون ده ادراری
رنگ و میزان ادرار (هماچوری، آنوری، الیگوری، پلی اوری)
یافته های غیر طبیعی (تکرر و بی اختیاری، احتباس ادرار، ادرار دردناک، سوزش،
خارش)

سیستم گوارشی GI

ارزیابی اولیه تغذیه بیمار (در بزرگسالان بر اساس BMI/نوموگرام بزرگسال، در زیر ۱۹ سال Z-score

علائم و نشانه های غیر طبیعی (کاهش اشتها، اشکال در بلع، تهوع، استفراغ، اسهال، نفخ، درد شکم، آسیت، عدم صدای روده، بررسی مخاط دهان، خونریزی های گوارشی فوقانی و تحتانی)

داشتن گاستروستومی، کلستومی و ژوژنوستومی

چک دقیق I&O، میزان لاواژ یا گواژ

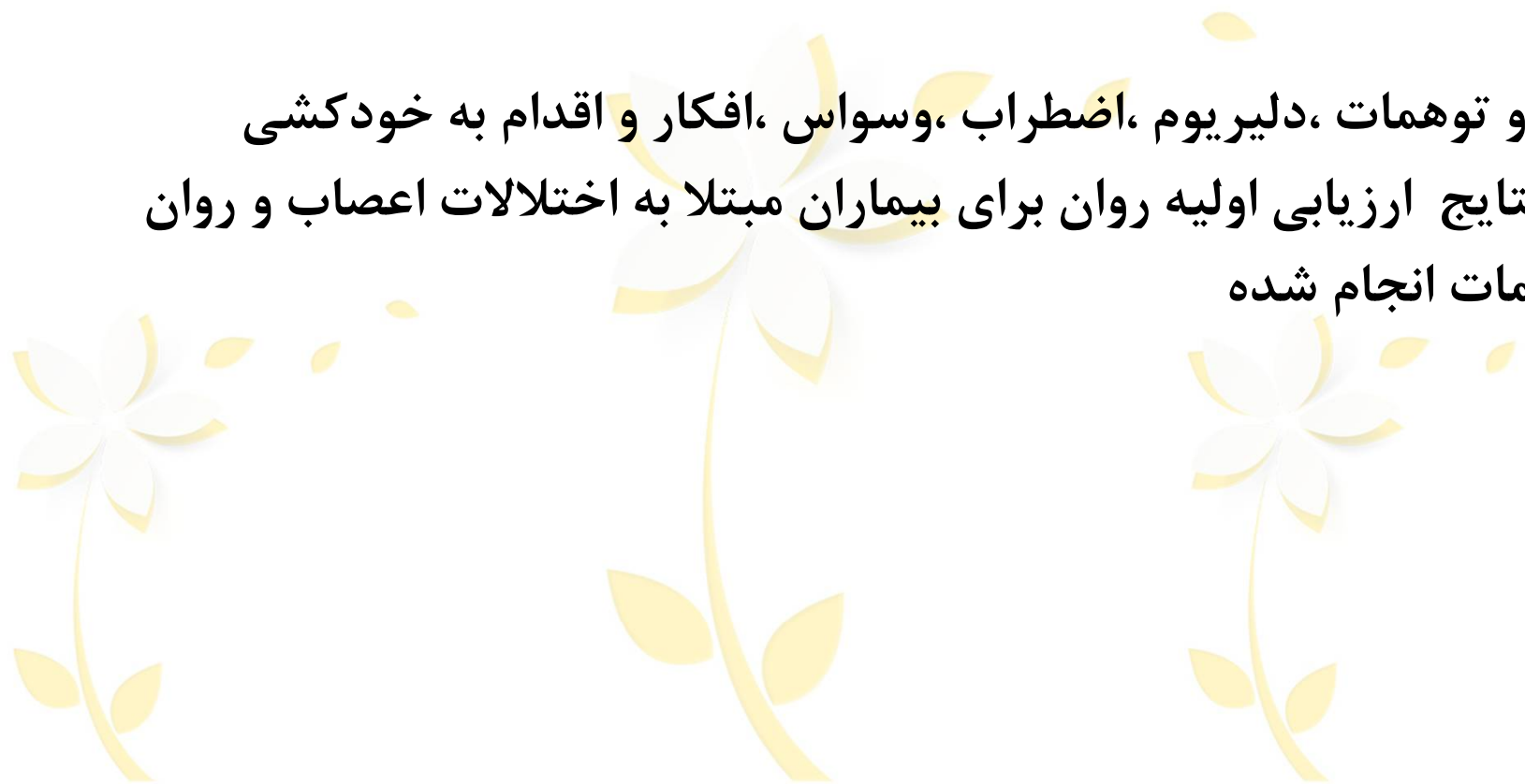
سیستم ماهیچه ای - اسکلتی Muscle-Skeletal

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



سیستم روانی - اجتماعی Psycho-social

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





نکات مهم در گزارش نویسی

&-ارائه آموزش براساس نیاز های آموزشی بیمار و ابلاغ حداقل موارد آموزشی (بدو ورود و حین بستری) و همچنین ثبت میزان اثربخشی در حیطه دانش و مهارت آن ثبت آموزش ارائه شده در فرم های مخصوص ترخیص و مستند سازی میزان اثر بخشی

&-ثبت اطلاعات پرونده با خط خوانا و واضح و با خودکار مشکی یا آبی

&-ثبت کامل اطلاعات هویتی بیمار در سربرگ ها

&-ثبت تاریخ کامل و ساعت در سربرگ ها

&-ثبت هرگونه اقدام بلافاصله پس از انجام

- &-تایید نویسنده و مهر و امضاء اودر هر یک از موارد ثبت شده
- &-ثبت کلیه مستندات به زبان تخصصی و عدم استفاده از عبارات مبهم و عامیانه
- &-استفاده از املاي صحیح کلمات لاتین و بکارگیری اختصارات استاندارد
- &-رعایت اولویت در ثبت تشخیص ها و اقدامات به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی از سایر وضعیت ها
- &-استفاده از خودکار قرمز جهت تیک زدن دستورات پزشک و نوشتن تعداد دستورات با حروف
- &-ثبت تعداد موارد قلم خورده با حروف

- &-مشخص نمودن و ثبت موارد بحرانی نتایج آزمایشات و اقدامات تشخیصی
- &-انجام و ثبت ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری در گزارش پرستاری
- &-ثبت گزارش مراقبت ها توسط پرستار جانشین در پرونده بیمار در صورت نبود پرستار اصلی بیمار
- &-ثبت شرایط بیمار قبل از شروع مهار شیمیایی و پاسخ بیمار به درمان
- &-ثبت زمان شروع و خاتمه مهار فیزیکی، عوارض احتمالی و کنترل سیستم عصبی و عروقی اندام مهار شده
- &-ثبت مصرف ناکامل یا عدم مصرف غذا توسط بیمار و اطلاع به مسئول تغذیه

دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش

- &-کشیدن خط نازک بر مورد اشتباه و نوشتن کلمه اشتباه است بالای آن
- &-نوشتن تاریخ و سمت خود در گزارش بعد از ثبت مورد فوق
- &-ثبت اطلاعات صحیح در بالای مورد اشتباه
- &-توضیح علت خطا در حاشیه یا بالای فضای موجود و ثبت تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضاء فرد تصحیح کننده
- &-عدم استفاده از غلط گیر و یا مارکر
- &-نوشتن تعداد موارد خطا به حروف

دستورالعمل جهت ثبت از قلم افتاده و تاخیری

مستندات از قلم افتاده

& - مستند سازی موارد تاخیری در اولین فرصت بدون وقفه و فاصله و اجتناب از گذاشتن فضای خالی

& - ثبت تاریخ و زمان جاری

& - مشخص نمودن رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود یا ارجاع به آن

ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات

&- استفاده از اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی

&- یادداشت موردی از قبل و فراهم نمودن اطلاعات اضافی توسط مورد ضمیمه برای

نشان دادن وضعیت یا رخداد خاص

از طریق ضمایم اطلاعات اضافه می شود

روش اضافه کردن اطلاعات

&-مستند سازی تاریخ و زمان جاری

&-بیان نمودن واژه ضمیمه / اضافه شده ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردی که این اطلاعات به آن اضافه می شود .

&-ثبت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود در اولین فرصت

ثبت توضیحات

&- استفاده از یادداشت توصیفی برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند

&- مستند سازی تاریخ و زمان جاری برای ایجاد یادداشت توضیحی

&- یادداشت توضیحی: ثبت علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.

&- تکمیل یادداشت های توضیحی در حداقل زمان و پس از ثبت اولیه

- &- ثبت ساعت گزارش به طور کامل با اعداد ۱ تا ۲۴
- &- ثبت علایم حیاتی بیمار در انتهای گزارش هر شیفت
- &- ثبت دستورات اجرا نشده پزشک و علت آن در گزارش
- &- ثبت اطلاعات ضروری دارویی (نام دارو، دوز دارو، تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز دارو و واکنش بیمار به دارو
- &- ثبت وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت
- &- نوشتن گزارش بصورت متوالی و عدم استفاده از واژه های خوب، نرمال، متوسط

- &-ثبت تغذیه و جذب و دفع بیمار
- &- ثبت وضعیت خواب و بیداری و فعالیت بیمار
- &-ثبت کلیه اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی با ذکر ساعت
- &-ثبت وقایع ناخواسته با ذکر ساعت و نوع و علت حادثه و اقدامات انجام شده
- &-مهر و امضای گزارش پس از اتمام صفحه و بستن آن با خط و ادامه گزارش در صفحه بعد (با علامت فلش نشان داده شود)
- &-استفاده از خط صاف جهت بستن فضای خالی
- &-ثبت میزان سرم دریافتی در پایان شیفت
- &-ثبت هر گونه اقدام پاراکلینیکی با ذکر ساعت و تاریخ

دانشجویان مسئولیت قانونی ندارند و حق گزارش نویسی ندارند.

بهترین حامی شما در دادگاه اسناد و مدارک به جامانده از شما در
مراقبت از بیمار می باشد .



گزارش بدو ورود

حداقل های لازم در ثبت گزارش بدو ورود

- ۱- ساعت و تاریخ پذیرش
- ۲- نحوه ورود بیمار به بخش
- ۳- شکایت فعلی و دلیل بستری شدن
- ۴- نتایج ارزیابی وضعیت هوشیاری بیمار و سابقه حساسیت دارویی و غذایی
- ۵- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار
- ۶- 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

- ۱- ثبت سن و جنس بیمار
- ۲- ثبت ساعت تحویل، نام بخش تحویل دهنده، نحوه انتقال، (برانکاردر، صندلی چرخدار) و پرستار مسئول بیمار به اتاق عمل
- ۳- ثبت نتایج ارزیابی و وضعیت هوشیاری بیمار
- ۴- ثبت نوع عمل جراحی اورژانسی براساس دستور پزشک
- ۵- ثبت نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار
- ۶- ثبت سابقه حساسیت دارویی و غذایی و زمان ناشتایی
- ۷- 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



- ۸- ثبت علامت گذاری موضع عمل
- ۹- ثبت علایم حیاتی و اتصالات بیمار
- ۱۰- ثبت وضعیت رزرو و تحویل خون بیمار به اتاق عمل
- ۱۱- ثبت تعداد اوراق پاراکلینیکی و اعضای کاشتنی و مصنوعی
- ۱۲- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار / هوشبری، مهر و امضاء گزارشات
فوق با قید ساعت و تاریخ



گزارش فوتی

- ۱- وضعیت عمومی بیمار قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی، عینی با قید ساعت و تاریخ)
- ۲- ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- ۳- ثبت ساعت فوت، نحوه صدور گواهی فوت
- ۴- ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل داده شده است
نوشتن و چسباندن مشخصات جسد (نام و نام خانوادگی، سن، بخش بستری، تاریخ فوت،) بر روی کاور جسد

گزارش ترخیص

۱- وضعیت هوشیاری حین ترخیص با قید علایم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش همراه با ذکر آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت و غیره)

۲- آموزش ها حین ترخیص شامل :

*- محدوده و میزان فعالیت ها

*- تغذیه و رژیم درمانی

*- شیوه مصرف دارو

*- برنامه باز توانی مراقبت های توانبخشی

*- زمان و شیوه مراجعه مجدد به درمانگاه / بیمارستان

*- علایم و نشانه های تهدید کننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان

- *- سایر موارد به تشخیص پزشک معالج
- *- روشن نمودن هرگونه سوال بیمار در مراجعات بعدی
- ۳- ثبت تحویل خلاصه پرونده و فرم آموزش حین ترخیص به بیمار و همراه
- ۴- در مورد بیمارانی که ترک با مسئولیت شخصی دارند تکمیل فرم مربوطه و گرفتن اثر انگشت الزامی است
- ۵- در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند ، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد.



در پناه حق شاد و سعادت‌مند باشید

