

## مشخصات گزارش نویسی حرفه ای پرستاری

یک گزارش صحیح پرستاری باید واجد ۶ ویژگی زیرباشد :

Actual	۱-حقیقت
Accuracy	۲-دقت
Completeness	۳-کامل و مختصر
currentness (timely)	۴-پویا
organization	۵-سازماندهی
confidential	۶-محرمانه

۱-گزارش در فرم و برگ استاندارد ثبت شده باشد .

۲-مشخصات کامل بیمار در بالای هر برگه درج شده باشد .

۳-گزارش خوانا و مرتب نوشته شده باشد .

۴-از خود کار آبی یا مشکی استفاده شده باشد .

۵-در صورت عدم اجرای یک یا چند مورد از دستورات پزشک ، دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن ثبت شود .

۶-کلید اطلاعات فردی در مورد دستورات دارویی ثبت شود (نام دارو ، دوز دارویی ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز دارو )

۷-تغییرات در وضعیت عمومی بیمار (درد ، غذا ، اشتها ، دفع و... رفتار بیمار ) تغییرات در خلق و خو ، ارتباط کلامی و غیر کلامی (و...) ثبت شود .

۸-عوارض جانبی دارویی احتمالی بیمار مد نظر قرار گرفته و در صورت بروز بلافاصله گزارش شود .

۹-انواع آزمایشات بیمار در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ ثبت شود .

۱۰-پس از دریافت پاسخ آزمایشات و وجود موارد غیر طبیعی به همراه ذکر ساعت دقیق دریافت آزمایش ثبت و به پزشک معالج اطلاع داده شود .

۱۱-در صورت ویزیت و انجام مشاوره ساعت دقیق آن ثبت گردد .

۱۴- در صورت مشاهده وضعیت غیرطبیعی درمدجو ویا ارائه مراقبت خاص پرستاری به مددجو در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش شود .

۱۵- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آن اجتناب گردد .

۱۶- از تصحیح عبارت اشتباه در گزارش پرستاری به وسیله لاک یا سیاه کردن آن اجتناب گردد . ابتدا روی آن با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده وبا خودکار قرمز روی آن نوشته شود (اصلاح گردید) و تاریخ ساعت آن ثبت گردد .

۱۷- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است ، عین گفته های بیمار را گزارش نمائید .

۱۸- در صورتیکه بیمار مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی می نماید ، دقیقاً گزارش نمائید .

۱۹- دستورات تلفنی بایستی با تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آنرا امضاء نماید .

۲۰- دستورات تلفنی در موارد اورژانس دریافت گردد ، وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است .

۲۱- تاریخ و زمان دستورات تلفنی به صورت دقیق ثبت شود و توسط ۲ پرستار تایید و امضاء گردد .

۲۲- در گزارش پرستاری همه جنبه های فرآیند پرستاری ، طرح مراقبت ، پذیرش، انتقال ، ترخیص ، آموزش به بیمار ، مدیریت خطر ، گزارش حوادث و وقایع ناخواسته و اقدامات دارویی و درمانی ثبت گردد .

۲۳- موارد ثبت شده در باره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند .

مثال :

گزارش صحیح : بیمار ۳۶۰ سی سی مایعات مصرف نموده است.

گزارش غلط : بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری غیر استاندارد جداً خود داری نمائید.

۲۵- 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 .

۲۶- 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 .

۲۷- در ابتدای گزارش نحوه ورود بیمار به بخش بایستی ثبت گردد. مثلاً مددجو خانم ۵۰ ساله توسط همراهان با ویلچر به بخش وارد شد.

۲۸- پس از آن شکایت اصلی بیمار و علت بستری ثبت شود . مثلاً: بیمار با شکایت دردشکم و تشخیص آپا ندیسیت در بخش بستری شد .

۳۳-امضاء ومهرگزارش دهنده بایستی دارای مشخصات زیر باشد ، نام ونام خانوادگی ، سمت ، رتبه ، تاریخ وساعت .

۳۴- محرمانه بودن گزارشات بایستی رعایت گردد .

۳۵-پس از ثبت گزارش درپایان با کشیدن خط درانتهای آن گزارش را ببندید.

### چه مواردی باید در گزارش نویسی مورد توجه قرار گیرد ؟

از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.

انحصاراً در گزارش، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکارد، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهیان و...) ، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود وضعیت روحی و روانی و ... سایر موارد مهم مشاهده شده باشد.

پس از مشاهده هر گونه وضعیت غیرعادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.

از گنجانیدن مطالب جدید در لابلای گزارش قبلی خودداری کنید .

دستورات PRN :

جهت دستورات " در صورت لزوم باید نام ،دوز و راه مصرف دارو توسط پزشک قید شود. "

مثال : مسکن غلط است PRN

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

در صورتیکه بیمار دستور کنترل مایعات را دارد باید فرم کنترل جذب ودفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.

شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته میزان جذب و دفع را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.

در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید

در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار، آنومالی ظاهری و... ثبت شود.

در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر ، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره نیاز است.

در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر ن ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال ( برانکارد، صندلی چرخدار و غیره )

قبل از تحویل به اطاق عمل

ثبت علائم حیاتی نهایی

ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار( سوندها، لوله تراشه و غیره )

ثبت دستورات دارویی و آمادگی انجام شده قبل از عمل(انما، شیو و غیره)

در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت میشود.

ورود به اطاق ریکاوری :

ثبت نوع عمل انجام شده

وضعیت عمومی بیمار ( استفراغ ،خونریزی و... ) با قید ساعت ، نام و امضاء پرستار

ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست.

ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و نا خواسته که در اطاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند برروی مراقبت بعد از عمل موثر باشد.

ثبت هر مداخلة یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال با ید تو سط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد.



## تکنیک ISBAR

- ۱- مشخصات (Identify): شناسایی هویت بیمار بر اساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در ابلاغیه شماره ۴۰۹/د ۱۰۷۵۵۷/۵ مورخ ۹۳/۶/۱۲ وزارت بهداشت، تاریخ پذیرش/ تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج
- ۲- وضعیت (Situation): ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار 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 محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی
- ۳- تاریخچه (Background): شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار
- ۴- بررسی (Assessment): ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری
- ۵- توصیه ها و پیگیری ها (Recommendation) پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره ها، آزمایشات،  
گرافی ها

**واحد ایمنی بیمار - مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه**



## پروتکل اسمارت SMART چارچوبی برای ترخیص موثر بیماران

واحد ایمنی بیمار - مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه



### 1- Signs (علائم):

علائم و نشانه‌های مهمی که باید به آن‌ها توجه شود. منظور علائم بیماری، رویدادها و نشانه‌هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آن‌ها توجه داشته باشند و یا در شرایط مشخصی آن‌ها را به بیمارستان گزارش کنند.

واحد ایمنی بیمار - مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه



## ۲-Medications (داروها)

سوال یا نکته مبهمی درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان داروها

واحد ایمنی بیمار - مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه



## ۳-زمان ویزیت بعدی (Appointments)

- پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان باشد باید مورد توجه قرار گیرد و زمان بندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود.

واحد ایمنی بیمار - مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه



Follow up!

#### ۴- Results (نتایج)

ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی آزمایش‌ها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد.

واحد ایمنی بیمار - مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه



#### ۵- توصیه‌ها یا صحبت‌های لازم

#### (Talk with me)

- توجه به ارتباط میان بیمار و ارائه‌کنندگان ایجاب می‌کند که در زمینه‌هایی که لازم است گفتگوهای با هم داشته باشند که باید جدی تلقی شوند و زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود.

واحد ایمنی بیمار - مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) کرمانشاه