
به نام خدا



تعریف گزارش‌نویسی

- عبارت است از در به تحریر در آوردن:
- اخبار
- اطلاعات
- حقایق
- علل مسائل و رویدادها
- و تجزیه و تحلیل منطقی و متوالی آنها
- برای رسیدن به راه‌حل‌های صحیح، که همراه با اختصار و روشنی تدوین شده و بر دو اصل «ساده نویسی» و «سالم نویسی» استوار باشد.

لزوم گزارش نویسی

- ✓ پاسخگویی در برابر مسئولیت مهم مراقبت، تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامتی انسان و جامعه، اقدامات و فعالیت های انجام شده
- ✓ پرهیز از هر گونه تهمت، برچسب بی کفایتی، بی لیاقتی و یا عمل غیر اخلاقی و غیر قانونی،
- ✓ مواقع ضروری به عنوان سندی محکم و مطمئن و قابل دفاع

ثبت پرستاری (گزارش نویسی)

- یک چهارچوب فعالیتی و یک وسیله ی ضروری برای ارائه و ارزیابی مراقبت های پرستاری گسترش یافته است. اوراق ثبت مراقبت های پرستاری یکی دیگر از اوراق مهم و مکتوب در پرونده پزشکی بیمار محسوب می شود.
- نظر قانون دلالت بر تاکید دوباره بر حفظ جان بیمار، امنیت حقوقی پرستار و امنیت جانی جامعه دارند.
- فنی است که با آگاهی از آن فن، مطالب هر موضوعی را می‌توان، طوری طبقه‌بندی کرد و نظم بخشید که هدف مورد نظر را در کوتاه‌ترین زمان و با ساده‌ترین کلام به دست آورد

یک ابزار قانونی برای انجام مراقبت ها و کیفیت آنهاست که به بیمار ارائه شده است.

عاملی برای رفع اتهام و تبرئه پرستاران است و طبعا" نارسایی در گزارش پرستاری می تواند عاملی برای تائید اتهام تلقی شود.

- سندی مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک، و سندی مهم برای پژوهش و نظارت ...است.
- یک شرح حال، سیر بیماری و گزارش پرستاری مناسب باعث می شود بیمار از خدمات تشخیصی درمانی بهتری بهره مند می شوند.

فایده گزارش‌نویسی

- رساندن پیام به برای چه شخصی یا اشخاصی با سرعت و صحت و روشنی است. مهم این است که نویسنده گزارش، قادر باشد تصویری روشن از فکر و هدف خود را در ذهن خواننده ترسیم نماید.

- دانستن افکار، تمایلات، خلق و خوی، تحصیلات و تجربیات و نحوه تصمیم‌گیری نویسنده گزارش

نگارش

•خوب اندیشیدن و تمرکز داشتن، مایه نگارش؛ و نگارش خوب به سرمایه‌های علمی، مطالعه، آگاهی، احاطه به موضوع، دقت و تمرین و ممارست نیاز دارد، و گزارش، اثربخش نخواهد بود مگر آنکه علاوه بر شیوایی سخن، به نکات اساسی برشمرده زیر توجه نماید:

- ۱- فکر کردن قبل از نوشتن.
- ۲- توجه به هدف، موضوع و طرح ربط منطقی.
- ۳- در نظر گرفتن خواننده.
- ۴- آگاهی به نکات دستوری و جمله‌بندی در حد لزوم.
- ۵- ترجیح ساده‌نویسی به پیچیده‌نویسی.
- ۶- پرهیز از به کار بردن لغات و ترکیبات دور از ذهن.
- ۷- به کار بردن لغات، اصطلاحات یا عبارات با معانی قطعی و مشخص
- ۸- بیان حقایق، بی آن که قصد برانگیختن احساسات را داشته باشیم.

تجدید نظر

برای اطمینان بیشتر بهتر است گزارش سؤالات زیر را با توجه به ادراکی که از نوشته نموده، پاسخ گوید:

- آیا مفهوم نوشته روشن است؟
- آیا نظم و ترتیب کلی نوشته درست است؟
- آیا عنوان گزارش، فهرست مطالب، مقدمه و خلاصه با هم هماهنگ هستند؟
- آیا کلمات خوب انتخاب شده؟
- آیا نکات مهم مورد تأکید قرار گرفته است؟
- آیا جمله‌بندی صحیح است؟
- آیا فکر به آسانی از یک مطلب به مطلب دیگر منتقل شده است؟
- آیا اجزای اصلی و فرعی، درست و منطقی انتخاب شده است؟
- آیا مثالها و نمونه‌ها کافی است؟
- آیا پاراگرافها با هم همبستگی لازم را دارند؟
- اگر به زیرنویس یا ضمائم گزارش اشاره شده، آیا زیرنویس یا ضمائم روشن، گویا و قابل فهم است؟
- آیا هدفِ گزارش به خوبی درک می‌شود؟

اهداف گزارش نویسی

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

Documentation پرونده‌سازی

عبارت از: انتقال اطلاعات به صورت نوشتن وقایع اساسی، جهت پیگیری سیر بیماری و پیشرفت بهبودی بیمار

پرونده

- پرونده مددجویان یک سند قانونی **Legal documentation** است؛ و محتوی مدارک قانونی مراقبت انجام شده برای مددجو است. پرستاران از نظر قانونی و اخلاقی موظف به حفظ اطلاعات مربوط به بیماری‌ها و درمان‌های مددجویان هستند. فقط کارکنانی که به طور مستقیم در مراقبت از مددجو دخیل هستند، دسترسی قانونی به پرونده دارند.



Methods of Documentation

- Narrative Charting
- Source-Oriented Charting
- Problem-Oriented Charting
- PIE Charting
- Focus Charting
- Charting by Exception (CBE)
- Computerized Documentation
- Case Management with Critical Paths

Reporting گزارش

عبارتند از :انتقال اطلاعات به فرد یا گروهی مشخص به صورت کتبی و شفاهی

Reporting :- Types

- Summary / Hand-Off Reports
- Walking Rounds Reports
- Incident or Occurrence Reports
- Telephone Reports and Orders





Recording(ثبت کردن)

گزارش کتبی که به منظور تبادل و انتقال اطلاعات اساسی (از فردی به فرد یا افراد دیگر) نوشته می شود. این اطلاعات ممکن است به تدابیر مراقبتی – عمل – رویداد یا حادثه ای که در زمانی واقع شده است مربوط باشد که به عنوان مدرک پایدار و ثابت نگه داری می شوند این اطلاعات قابل دسترسی هستند و به عناوین متعددی به آنها رجوع می شود .



Types of records

- Patient clinical records
- Individual staff records
- Ward records
- Administrative records with educational value



Types of Medical Records

Components of medical record:-

- Patient identification & demographic data
- Present complains
- Informed consent for treatment & procedure
- Admission nursing history
- Family history
- Physical examination finding
- Medical history
- Tentative history
- Medical diagnosis
- Therapeutic order
- Treatment given
- Medical progress notes
- Supportive care given
- Reports of diagnosis studies
- Final diagnosis
- Patient education
- Summary of operative procedures
- Discharge plan and summary
- Any specific instructions



Types of Nursing Records

- Admission nursing assessment
- Nursing care plan
- Kardexes
- Pertinent information about patient
- Medication with date of order & time of administration
- Daily treatment & procedures
- Flow chart
- Graphic record (TPRBP)
- Fluid balance record
- Medication
- Skin assessment record
- Progress notes



Common ward records

- Patient clinical records
- Staff attendance record
- Staff leave record
- Staff patient assignment record
- Student attendance and patient assignment record
- Ward indent record
- Ward inventory record
- Equipment maintenance record
- Ward incidence record
- Infection surveillance record
- Ward quality indicator record
- Ward diet supply record
- Emergency drug and crash card record
- Patient admission/discharge/shift record



Forms for Recording Data

- Kardex
- Flow Sheets
- Nurses' Progress Notes
- Discharge Summary

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

۱. حقیقت **Actual**

۲. دقت **Accuracy**

۳. کامل و مختصر **Completeness Concise**

۴. پویا **Currents**

۵. سازماندهی **Organization**

۶. محرمانه **Confidential**

۷ . به موقع **Timely**

واقعی Factual

- پرونده حاوی اطلاعات توصیفی و عینی درباره آنچه که پرستار می‌بیند، می‌شنود، احساس می‌کند، و می‌بوید، می‌باشد. استدلال بدون اطلاعات واقعی قابل قبول نیست.(مانند: استفاده از کلماتی هم چون ظاهراً، یا به نظر می‌رسد.)
- هنگام گزارش اطلاعات ذهنی **Subjective**، در صورت نیاز، کلمات واقعی مددجو را داخل گیومه ثبت کنید. یافته‌های عینی نیزمی‌توانند ثبت شوند.

دقیق Accurate

* تمام گزارش ها در پرونده‌ها باید تاریخ داشته و نویسنده آن مشخص باشد.
* پرستاران باید فقط مشاهدات و اعمال خود را ثبت نمایند.
* هر ثبت در پرونده با اسم کامل و سمت مراقب، مشخص می‌شود.
* دانشجوی پرستاری باید اسم کامل و مؤسسه آموزشی خود را ثبت کند.
* گزارش باید نشان دهد که چه کاری ،توسط چه کسی انجام شده است؛ و حتماً امضاء داشته باشد.

Complete کامل

* از کلمات غیرضروری و شرح جزئیات نامربوط، اجتناب کنید.
* اطلاعات مندرج در گزارش باید در عین کامل بودن، مختصر نیز باشد.
* اطلاعات باید مناسب و صحیح باشد.

به موقع Timely

- اطلاعات زیر در هر شیت کنار تخت مددجو ثبت می‌شوند:
- علائم حیاتی
- تجویز دارو و درمان
- آمادگی برای آزمون‌های تشخیصی یا جراحی
- تغییر وضعیت مددجو
- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ مددجو
- درمان و تغییرات ناگهانی در وضعیت مددجو

سازماندهی شده Organize

یادداشت سازماندهی شده در مورد درد مددجو، ارزیابی و اقدامات پرستار و پاسخ مددجو را توصیف می‌نماید. پرستار باید برای ثبت گزارش هابه صورت سازماندهی شده، درباره موقعیت فکر کند، و پیش از ثبت آن در پرونده ، آن را جداگانه یادداشت نماید

بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- نوشته‌های وارد شده در برگه‌ها، باید با خودکار آبی یا سیاه نوشته شده؛ و نام و مرتبهٔ تحصیلی نویسنده معلوم باشد.
- زمان نوشتن گزارش در پرونده براساس ۲۴ ساعت ذکر شود.
- در صورت وجود اشتباه در ثبت، می‌توان با کشیدن خط روی اطلاعات نادرست و نوشتن کلمهٔ (اشتباه است) و امضاء کامل زیر آن، متن را تصحیح نمود. مطلقاً نباید روی اشتباهات را لاک گرفت؛ و یا آن را پاک کرد.
- بین نوشته‌ها نباید فاصلهٔ زیاد وجود داشته باشد.
- زمان ثبت و زمان انجام مراقبت باید دقیقاً نوشته شود.
- گزارشات تأخیری (ثبت بعد از وقوع) باید بعد از آخرین گزارش چارت شده، نوشته شود؛ و عنوان گزارش تأخیری نیز در کنار آن ذکر شود.
- گزارشات خارج از دستور، باید بعد از آخرین گزارش چارت شده، ثبت شود؛ و جملهٔ «خارج از دستور» در کنار آن درج گردد.
- نباید بین گزارشات فاصله باشد. در صورت وجود فاصله باید روی آن خط کشیده شود؛ تا از نوشتن در آن محل جلوگیری به عمل آید.
- در گزارش‌نویسی باید اصطلاحات و اختصارات همان مؤسسه مورد استفاده قرار گیرد.
- گزارش باید مختصر، بدون تکرار و فاقد کلمات نامفهوم باشد. نوشته‌ها باید خوانا و با هجّی کامل کلمه باشد. از کلی‌گویی نیز باید پرهیز کرد.
- از بکارگیری کلماتی که معانی مختلفی را برای خوانندگان ایجاد می‌نماید؛ مانند خوب، متوسط، طبیعی و کافی، اجتناب نمائید.

بایدها و نبایدها در ثبت گزارشات

- از بکارگیری جملات عمومی که مفهومی اختصاصی ندارند مانند «امروز راحت به نظر می‌رسد» اجتناب نمائید. می‌توانید به جای آن از جدول امتیاز بندی ۱ تا ۱۰ استفاده کنید. مثلاً بنویسید امتیاز درد پشت بیمار امروز ۳-۲ بوده، در حالیکه روز گذشته ۹-۷ بوده است.
- یافته‌های کسب شده از بیمار (مشاهدات پرستار از رفتار بیمار) همانگونه که مشاهده شده ثبت شود؛ نه تفسیر یافته‌های شما.
- هرگز قبل از اینکه مداخله‌ای را انجام دهید؛ آن را ثبت نکنید.
- در هر ثبت گزارش، با استفاده از نام، نام خانوادگی و عنوان متن گزارش های ثبت شده را، امضا نمائید. هرگز یادداشت‌ها و مداخلاتی که شما انجام نداده‌اید را، امضا نکنید.
- هر صفحهٔ گزارش را، با نام بیمار و شمارهٔ پرونده خاص وی مشخص نمائید.
- بیماران از نظر اخلاقی و قانونی انتظار دارند، که اطلاعات کسب شده در گزارش بهداشتی آنها ثبت شده، و خصوصی باقی بماند.
- دانشجویان بایستی با قوانین و مقررات مؤسسات بهداشتی، در ارتباط با دسترسی به گزارشات بیمار، توسط افراد دیگر تیم مراقبتی و افراد غیرحرفه‌ای و غرآیند دسترسی به اطلاعات، آشنا باشند.
- بیشتر مؤسسات بهداشتی برای آموزش دانشجویان اجازه می‌دهند تا آنها به اطلاعات دسترسی یابند. دانشجو با اینکه از گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده می‌نمایند، از نظر حرفه‌ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه دارند. نام‌های حقیقی بیمار و دیگر مشخصات واقعی وی نبایستی در گزارشات بیمار جهت آموزش استفاده گردد. از نظر حرفه‌ای و اخلاقی بایستی تمامی اطلاعات را محرمانه نگه داشت. نام‌های حقیقی و دیگر مشخصات واقعی وی نبایستی در گزارش کتبی و یا شفاهی دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد

چه مواردی توسط پرستار در پرونده بیمار باید ثبت شود؟

- بررسی یافته‌ها
- نیازهای مراقبتی بیمار
- مراقبت‌های معمول مانند اقدامات بهداشتی
- اقدامات احتیاطی لازم جهت پیشگیری
- مداخلات شرح داده شده در برنامه مراقبتی
- دستورات پزشکی
- نتایج تدابیر درمانی و مداخلات پرستاری
- فعالیت‌های بیمار
- داروهای تجویز شده
- درصد غذایی که بیمار در هر وعده دریافت می‌کند.
- مشاوره‌های بیمار
- ثبت گزارش تلفنی در مورد مشکلات بیمار در موارد ضروری و نتایج آن
- انتقال بیمار به واحدهای دیگر مثل رادیولوژی، آزمایشات تشخیصی و ثبت زمان رفت و برگشت بیمار
- آموزش بیمار در بخش و هنگام ترخیص وی
- ارجاع بیمار به واحدهای مراقبتی دیگر

روش‌های گزارش‌دهی

- جلسه حضوری (رو در رو)
- گفتگوی تلفنی
- پیام‌های نوشته شده
- نوار ضبط صوت
- رایانه

جلسه حضوری (رو در رو)

- مزایا
- – فوراً پیام منتقل می‌شود.
- – پیام‌های غیرکلامی به آسانی انتقال داده می‌شود.
- – علاوه بر توضیح پیام، به سؤالات مطرح شده نیز پاسخ داده می‌شود.
- معایب
- – فرستنده و گیرنده‌ی پیام، بایستی در یک زمان و مکان مشابه قرار داشته باشند.
- – موارد گفت و گو، ثبت نمی‌شود، بنابراین استفاده مجدد از مطالب گفته شده وجود ندارد.

گزارشات شفاهی

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 ای از فعالیت ها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید.

چهارنوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

Change of shift	گزارش تعویض شیفت
Telephone	گزارش تلفنی
Transfer	گزارش انتقال
Incident	گزارش حوادث اتفاقی

انواع گزارش شفاهی در پرستاری

- گزارش در هنگام تحویض نوبت کاری
- دستورات و گزارشات تلفنی
- راندهای مراقبت پرستاری
- کنفرانس مراقبت پرستاری
- گزارش انتقال بیمار
- گزارش ترخیص بیمار
- گزارش موارد غیر منتظره و حوادث
- گزارش به اعضاء خانواده و یا نزدیکان بیمار

راهنمای گزارش‌دهی در تعویض نوبت کاری

- استفاده کردن از برنامه مراقبتی پرستاری به عنوان یک راهنما
- مشخص کردن شماره اتاق بیمار، تشخیص در موقع پذیرش، سن، نام پزشک، پرستار اولیه، تاریخچه پزشکی قابل توجه
- هر تشخیص پرستاری و یا مشکل، به صورت ذیل مشخص می‌شود:
- یافته‌های بررسی قابل توجه و مهم
- ارتباط دستورات پرستاری و پزشکی
- داروها
- نتایج آخرین آزمایشات
- تنظیم آزمایشات تشخیصی یا جرّاحی
- علائم حیاتی
- حوادث مهم
- اهداف کوتاه مدت و یا بلند مدت
- برنامه‌های آموزشی
- برنامه‌های ترخیص

گزارش انتقال

- نام، سن، نام پزشک معالج ، تشخیص‌های پزشکی بیمار، زمان و تاریخ انتقال
- خلاصه‌ای از پیشرفت بیمار تا هنگام انتقال (مثل داروها، معالجات و آموزش به بیمار)
- وضعیت سلامتی فرد در حال حاضر
- برنامه‌های مراقبتی در حال حاضر
- هر نوع بررسی و مداخله‌ی ویژه‌ی مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید
- وسایل خاص موردنیاز بیمار (مثل لوله‌ها و وسایل طبی)
- توجهات خاص (مثلاً احیاء قلبی- ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)
- نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده

گزارش تحویض شیفت

- یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تحویض شیفت است که ممکن است به صورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ٤٥ دقیقه متغییر بوده است.
- گزارش تحویض شیفت ممکن است به صورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.
- راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند.
- در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد.
- با توجه به این امر که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی را دارند این مساله بسیار مهم است که گزارش تحویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.
- در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

راندهای مراقبت پرستاری

ارائه گزارش شفاهی بر بالین بیمار به دیگر پرستاران، موسوم به راند مراقبت پرستاری است. هدف اصلی از راند مراقبت پرستاری، جمع‌آوری اطلاعات، ارزیابی نمودن مراقبت پرستاری از بیمار و فراهم نمودن فرصتی برای گفتگوی بیمار با مراقبت کنندگان از خود، می‌باشد

مکالمه تلفنی

- **مزایا**
  - – فوراً پیام انتقال داده می‌شود.
  - – برای روشن و واضح‌تر شدن پیام می‌توان توضیحات بیشتری داد.
  - – سوال و جواب بیشتری صورت می‌گیرد.

- **معایب**
  - – پیام‌های غیرکلامی دیده نمی‌شود.
  - – معمولاً تأثیر فرستنده پیام را در بر ندارد.
  - – ثبتی از مطالب گفته شده وجود ندارد.

راهنمای دستور تلفنی

- برای پیشگیری از خطا در درک دستورات سریع و با عجله پزشک، مجدداً از وی بخواهید که دستورات را روشن‌تر بیان کند.
- نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص بیمار دقیقاً مشخص شود
- پس از اتمام دستورات پزشک، دستورات وی مجدداً بازگو شود.
- هنگام ثبت دستورات پزشک، دستورات وی مجدداً بازگو شود.
- هنگام ثبت دستورات تلفنی شامل: تاریخ و زمان دستور داده شده، نام بیمار، پرستار،و پزشک به طور کامل در دستور داده شده نوشته شود.
- از مقررات بیمارستان پیروی کنید. در بعضی بیمارستان‌ها، دستورات شفاهی بایستی توسط دو پرستار کنترل و امضا شود.
- براساس مقررات بیمارستان، پزشک مسئول دستور تلفنی، دستورات نوشته شده را بایستی امضا کند .(حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از دستورات تلفنی)
- بیمار و خودتان را معرفی نمائید و ارتباط خودتان را با بیمار مشخص کنید
- تغییر در وضعیت بیمار و اقداماتی را که در واکنش به این تغییرات انجام داده‌اید، با دقت و به طور خلاصه گزارش کنید،
- تظاهرات بالینی و علایم حیاتی فعلی بیمار را،گزارش نمائید.
- به طور خلاصه زمان و تاریخ تماس تلفنی و گفتگوهایی که با پزشک معالج انجام داده، و واکنش متقابل وی را، ثبت نمائید
- گزارش کتبی بیمار را بطور کامل در دست داشته باشید،

پیغام از طریق نوار ضبط صوت

- مزایا
- – پیام در زمان مناسب به افراد دیگر انتقال داده می‌شود.
- – قابل ثبت در پرونده می‌باشد.
- – زمان کافی برای تکمیل نمودن ارتباط وجود دارد.
- عیب
- تأثیر نفوذ فرستنده‌ی
- پیام بر مخاطب مشاهده نمی شود.

پیغام رایانه‌ای

- مزایا
- – فوراً پیام انتقال داده می‌شود حتی برای کسانی که در فاصله‌ی بسیار دورتری قرار دارند.
- – نیاز به وجود یک مکان مشابه وجود ندارد.
- – امکان گفتگوی دو طرفه از طریق پست الکترونیک وجود دارد.
- – قابل ثبت در پرونده می‌باشد.
- – افراد بیشتری می‌توانند در تبادل نظر شرکت کنند.
- معایب:
- – پیام‌های غیرکلامی انتقال نمی‌یابد.
- – ممکن است قسمتی از پیام به علت مشکلات دستگاه رایانه حذف شود

پیام‌های نوشته شده

- مزایا
- - پیام در یک زمان مناسب تبادل می‌شود.
- - پیام در پرونده درج شده و قابل دسترسی است.
- - زمان کافی برای درک آن وجود دارد.
- عیب
- نفوذ کلام فرستنده پیام را مثل روش مستقیم و حضوری در بر ندارد

کنفرانس مراقبت پرستاری

پرستاران و دیگر کارکنان بهداشتی، درمانی به صورت گروهی، جلسه‌ای را برقرار نموده، و با همکاری یکدیگر برنامه مراقبتی بیمار را تکمیل می‌نمایند. به این گونه جلسات، کنفرانس اطلاق می‌گردد

گزارش حوادث

- نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده، و یا با آن روبرو شده است.
- به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.
- هرگونه اقدامی که توسط پرستار، پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه صورت گرفته، گزارش داده شود.
- برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.
- حادثه باید هر چه سریع‌تر به مسئول مربوطه گزارش شود.
- گزارش حادثه باید با شماره مخصوص نوشته و حفظ گردد.
- گزارش نباید کپی شود

حادثه یا رویداد غیرمعمول می‌باشد که در هنگام مراقبت از بیمار اتفاق می‌افتد. نتیجه حادثه می‌تواند برای بیمار و یا مراقبت کنندگان زیان‌آور باشد. مثلاً افتادن بیمار از تخت، وارد شدن سوزن به دست پرستار، خطاهای دارویی و یا هر موردی که ایجاد مخاطره برای بیمار نماید

گزارش به اعضاء خانواده یا نزدیکان بیمار

پرستاران می‌توانند تشخیص دهند که به کدامیک از ملاقات کنندگان بیمار می‌توان گزارش بیماری را داد. نتایج بیماری را معمولاً پزشک به بیمار اطلاع می‌دهد. به هر حال اطلاعاتی که به همراهان بیمار داده می‌شود، باید در نهایت احترام و توانایی درک شخص گیرنده پیام، و نیز دلسوزانه باشد.

گزارش ترخیص بیمار

- در گزارش ترخیص بیمار این موارد باید ذکر شود:
- آموزش در زمینه مراقبت از خود در خانه.
- آموزش در زمینه مصرف دارو، نام دارو، دوز آن، هدف از تجویز دارو، اثر ات آن، زمان مصرف و عوارض جانبی احتمالی آن.
- اطلاعات در زمینه دارو باید به صورت کتبی و شفاهی باشد.
- ساعات دقیق مصرف دارو
- روش‌های کار و درمان‌ها
- رژیم غذایی
- ارجاع و اولین ملاقات پس از ترخیص
- تمامی جنبه‌های بیماری یا اثرات درمان
- تمامی آموزش‌های ارائه شده باید در گزارش مربوط به بیمار و خلاصه‌ای از برنامه ترخیص ثبت شود.
- دستورالعمل‌ها باید به صورت مکتوب در اختیار بیمار قرار گیرد.
- اجرای روش‌های مراقبتی به صورت عملی نشان داده شود؛ و عملاً با بیمار و خا نواده او، تمرین کرد.

انواع ثبت گزارشات در پرونده بیمار

- ثبت گزارش نوشتاری (توصیفی) یا سنتی **Narrative or Traditional**
- ثبت گزارش براساس مشکلات بیمار **Problem-oriented medical Record or (POMR)**
- ثبت گزارش براساس مشکل- مداخله- ارزیابی **Problem-Intervention Evaluation or (PIE)**
- ثبت گزارش کانونی **Focus charting**
- ثبت گزارش موارد استثنایی **Charting by Exception (CBE)**

انواع ثبت گزارشات در پرونده بیمار

- ثبت گزارش **FACT Documentation**
- ثبت گزارش هسته‌ای **Core charting**
- ثبت گزارش نتایج **Outcome Documentation**
- ثبت گزارش براساس مدل مدیریت موردی **Case management model**
- ثبت گزارش منبع مدار **SOPR**
- **Source- Oriented Patient Records**
- ثبت گزارش رایانه‌ای **Computerized Documentation**

ثبت داستانی/روش سنتی

یکی از انواع روشهای سنتی برای ثبت گزارش مراقبت پرستاری است

ساختار داستان نویسی برای ثبت اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار و مراقبت پرستاری ساده است .

معایب

- تکرار اطلاعات و وقایع
- صرف زمان زیاد
- اجبار خواننده برای خواندن مطالب با حجم زیاد به منظور دستیابی به اطلاعات مورد نیاز

ثبت گزارش توصیفی سنتی

تاریخ	ساعت	گزارش
۱۲/۱۱/۸۵	۲۳:۳۵	بیمار ابراز می‌دارد که در محل بخیه‌های شکم به نسبت ۷ از ۱۰، احساس درد می‌نماید، آمپول مورفین ۲ میلی‌گرمی وریدی تزریق گردید- پرستار...
۱۲/۱۱/۸۵	۲۳:۵۰	بیمار ابراز می‌نماید درد به نسبت ۱ به ۱۰ کاهش یافته است. سرفه و تنفس عمیق را انجام می‌دهد. پرستار...

گزارش نویسی بر اساس فرایند پرستاری

فرایند پرستاری یک روش منسجم از انجام مراقبت پرستاری را فراهم می آورد

۱-از نقصها و دوباره کاری های غیر ضروری جلوگیری می کند .

۲-به پرستاران جهت انجام اقدامات برای فرد (نه بیماری او) کمک می کند.

۳-به بیماران و خانواده ها کمک می کند که بفهمند فعالیت های آنها مهم است .

٤-انعطاف پذیری و استقلال فکری را افزایش می دهد .

٥-ارتباط بهتری با دیگران فراهم می کند.

٦-به پرستاران کمک می کند که نتایج رضایت بخشی بدست آورند.

در گزارش نویسی بر اساس الگوی مشکل گشایی اطلاعات به صورت **SOAPIE** نوشته می شود .

S (**Subjective Data**) : اطلاعات ذهنی توسط بیمار بازگو می شود .

O (**Objective Data**) : اطلاعات عینی توسط درمانگر مشاهده می شود .

A (**Assessment**) : بررسی تشخیص های پرستاری و پزشکی

P (**Plan**) : طرح و برنامه ریزی بر اساس اطلاعات بالا طراحی می گردد .

I (**Intervention**) : مداخلات باید قابلیت اجرا داشته باشد .

E (**Evaluation**) : ارزشیابی (پاسخ بیمار به درمان و تغییر در نیازهای او .

چهارچوب SOAPIE براساس فرآیند پرستاری

- **S: Subjective data** اطلاعات ذهنی (توسط بیمار بازگو می‌شود)
- **O: Objective data** اطلاعات عینی (توسط درمان‌گر مشاهده می‌شود)
- **A: Analysis** بررسی و تجزیه و تحلیل (تشخیص‌های پرستاری و پزشکی)

بررسی های عینی و ذهنی SOAP

۱۹/۱/۲۰۰٤ کمبود آگاهی در ارتباط با عدم تجربه در مورد جراحی. ٤:۳۰ pm.

S	من در مورد این که بعد از جراحی چه اتفاقی می افتد نگران هستم
O	بیمار سؤالات متعددی درباره جراحی می پرسد.او تجربه قبلی در جراحی نداشته ، حضور همسرش ، به عنوان منبع حمایت کننده است .
A	کمبود آگاهی درباره جراحی در ارتباط با بی تجربگی . همچنین بیمار اضطراب خود را بیان می کند .
P	در مورد آمادگی های قبل از عمل توضیح داده شد . دلیل انجام سرفه و تنفس عمیق بعد از عمل برایش بازگو شد . کتابچه ای در مورد آموزش و توضیح مطالب بعد از عمل در اختیارش قرار گرفت . حسن محمدی کارشناس پرستاری

ثبت گزارش به روش SOAPIE

تاریخ/ زمان	مشکل	گزارش سیر پیشرفت بیماری
۱۲/۱۱/۱۳۸۵ ۱۹:۰	- درد شکم بعد از عمل	: احساس درد در ناحیه شکم دارم **O**: چهار ساعت از عمل هیسترکتومی می‌گذرد. درد از دو ساعت پیش در ناحیه **PACU** شروع شده است. بیمار به پشت خوابیده، سختی شکم مشهود است. شدت درد بیمار با ابزار ۱۰-۱ در محدودهٔ ۶ است. ترشحات پانسمان قهوه‌ای رنگ است. زخم تمیز است. پانسمان تعویض گردید. **A**: درد ثانویه به ترومای جراحی امروز **P**: مسکن طبق تجویز داده شد. درد بیمار هر ۴۵-۳۰ دقیقه کنترل گردید. نام پرستار

چهارچوب SOAPIE براساس فرآیند پرستاری

- **P: Plan** طرح و برنامه‌ریزی (براساس اطلاعات بالا طراحی می‌شود.)
- **I: Intervention** مداخلات (باید دارای قابلیت اجرایی باشند)
- **E: Evaluation** ارزشیابی (پاسخ بیمار به درمان و تغییر در نیازهای او)

روش PIE

روش **PIE** دارای ریشه پرستاری است . شامل :

P (**Problem**) یا مشکلات

I(**Intervention**) یا مداخلات

E (**Evaluation**) یا ارزشیابی

در این روش بررسی های روزانه پرستار در فلوشیت ها و فرم های معمول ثبت شده و از دوباره کاری جلوگیری می شود .

نکته مهم : مشکلات حل شده پس از مرور پرستار از گزارش روزانه حذف می شود و مشکلات باقیمانده همچنان در گزارش روزانه ثبت می گردند .

ثبت گزارش براساس مشکل- مداخله- ارزیابی

تاریخ	زمان	گزارش سیر پیشرفت
۱۲/۱۱/۱۳۸۵	۱۹:۰۰	**P≠1** : اختلال در راحتی: درد حاد ثانویه به ترومای عمل جراحی امروز
۱۲/۱۱/۸۵	۱۹:۱۵	**P≠2**: نقص در آگاهی: دربارهٔ گذاشتن کاتتر مثانه در طی عمل جراحی
۱۲/۱۱/۸۵	۱۹:۴۵	نام پرستار: ... **IP≠1**: تجویز مسکن، آموزش به پرستار مسئول در صورت ادامهٔ درد، بررسی شکم، خشک بودن پانسمان، تعویض پانسمان، تغییر پوزیشن بیمار

PIE(مشکل ، اقدامات ، ارزشیابی)

P	نقص و کمبود آگاهی درباره جراحی در ارتباط با عدم تجربه مشابه
I	آمادگی های معمول قبل از عمل برای بیمار توضیح داده شد. تمرین های پس از جراحی انجام شد. برای بیمار کتابچه مراقبت های پرستاری بعد از عمل تهیه شد.
E	بیمار تمرین های پس از جراحی را به درستی انجام می دهد. به مرور مراقبت های پرستاری بعد از عمل احتیاج دارد . حسن محمدی کارشناس پرستاری

ثبت مبتنی بر مشکل(POMR)
Problem Oriented Medical Record

در این روش ثبت اطلاعات بیمار بر طبق مشکل وی سازماندهی می شود . قسمت اصلی شامل موارد زیر است :

داده های پایه : تمام اطلاعات جمع آوری در مورد بیمار است . به عنوان مثال تاریخچه پرستاری ، معاینات فیزیکی ، گزارشات آزمایشگاهی و ...

فهرست مشکلات : فهرست مشکلات شامل نیازهای جسمی ، روانی ، اجتماعی ، فرهنگی روحی روانی ، تکاملی و محیطی است .

نکته مهم : مشکلات باید شناسایی شده و به ترتیب اولویت نوشته شود . زمانی که مشکل حل شد تاریخ آن ثبت شده یا روی مشکل و شماره آن خطی کشیده شود .

برنامه مراقبت پرستاری : با توجه به استانداردهای موجود به صورت اختصاصی تدوین شود .

چارت کردن متمرکز

- D: اطلاعات **Data** ذهنی یا عینی
- **A**: مداخلات پرستاری **Action** فعالیت‌ها و مراقبت‌های پرستاری
- **R**: پاسخ **Response** پاسخ بیمار به مداخلات پرستاری

چارت کردن متمرکز

تاریخ	زمان	تمرکز	گزارش سیر پیشرفت
۱۴/۱۱/۸۵	۱۹:۰۰	اختلال در راحتی به علت درد حاد ثانویه به عمل جراحی هر تروما و نقص در آگاهی و بی‌اطلاعی از وجود کاتتر	**A** : تجویز مورفین طبق تجویز، آموزش به پرستار جهت کنترل درد بیمار نام پرستار: ... **R**: بیمار ابراز می‌کند که راحتی بیشتری دارد. توانایی سرفه و تمرینات تنفسی دارد
۱۴/۱۱/۸۵	۱۹:۱۵		
۱۴/۱۱/۸۵	۱۹:۴۵		

چارت موارد غیرطبیعی (CBE)

- مزایا
- در این روش:
- بازیابی و مرور اطلاعات به آسانی صورت می‌گیرد
- با استفاده از برگه‌های چاپی، وضعیت بیمار به راحتی مشخص می‌باشد.
- نتایج حاصله از یک موضوع در یک جدول مشخص می‌گردد.
- برای ثبت نیاز به زمان زیادی نمی‌باشد.
- ثبت خلوشیت در کنار تخت بیمار انجام می‌گیرد.

چارت موارد غیرطبیعی (CBE)

- معایب
- عملکرد پرستار و دیگر مراقبت‌های پرستاری در آن ثبت نمی‌شود.
- رایانه‌ای نمودن این شیوه مشکل می‌باشد
- یادداشت‌های توصیفی به صورت مختصر نوشته می‌شود.
- عملکرد پرستار و دیگر مراقبت‌های پرستاری در آن ثبت نمی‌شود.
- رایانه‌ای نمودن این شیوه مشکل می‌باشد
- یادداشت‌های توصیفی به صورت مختصر نوشته می‌شود.

ثبت گزارش FACT

- **FACT** اختصار کلمات زیر می‌باشد:
- **F**: برگه جاری یا فلوشیت **Flow sheet**
- **A**: بررسی براساس پارامترهای اساسی و پایه **Assessment**
- **C**: اختصار گزارش سیر پیشرفت بیمار به صورت مختصر و با استفاده از فلوشیت نوشته می‌شود **Concise**
- **T**: زمان یا ساعت انجام مراقبت از بیمار **Timely**

ثبت گزارش هسته‌ای

- ثبت هسته‌ای بر محور فرآیند پرستاری می‌باشد و مهم‌ترین بخش آن فرایند پرستاری است. برگه یافته‌های اسامی، مراقبت از بیمار، فلوشیت، گزارش سیر پیشرفت بیمار و خلاصه ترخیص، قسمت‌های مختلف این شیوه را تشکیل می‌دهند

ثبت گزارش نتایج

ثبت نتایج، وضعیت بیمار را در ارتباط با نتایج مورد انتظار از پیش تعیین شده در برنامه مراقبت پرستاری نشان می‌دهد؛ و بر روی نتایج موردانتظار تأکید دارد.

نمونه‌ای از ثبت نتایج

تشخیص پرستاری	نتایج مورد انتظار	معیارهای موردانتظار
خطر عفونت در رابطه با وجود بخیه ناحیه جراحی شده	عدم وجود عفونت در ناحیه عمل شده	بیمار موارد ذیل را بیان نماید: - چگونگی مراقبت از محل زخم - خالی بودن درن از ترشحات - عدم وجود علائم گرمی، قرمزی افزایش درجه حرارت

ثبت گزارش براساس مدل مدیریت موردی

مدل مدیریت موردی عبارت از: سازمان دادن مراقبت‌های پرستاری بیماران با مشکلات معینی و با استفاده از منابع مفید که در زمانی مقرر بایستی به آن برسند. هماهنگ‌کننده‌ی بین کلیه‌ی گروه‌های مختلف مراقبت کننده، پرستار می‌باشد. با استفاده از برنامه‌های چند جانبه مثل ثبت برنامه‌های مراقبتی و راهکارهای ویژه این شیوه اجرا می‌شود

راهکار ویژه در مورد بیمار تحت جراحی

نتایج روزانه	تاریخ ۱۵/۱۱/۸۵ قبل از عمل	تاریخ ۱۵/۱۱/۸۵ (۱-۲۴) ساعت پس از عمل جراحی
	آموزش دادن بیمار در مورد تنفس عمیق، حرکت کردن، سرفه * تدابیر لازم برای درد * بیان کردن چگونگی انطباق با وضعیت فعلی	خشک بودن زخم ناحیه جراحی شده، لبه‌های زخم از همدیگر فاصله نداشته باشند. + استفاده نمودن از ضددردهای خوراکی و یا آموزش بیمار

انحراف از برنامه مراقبتی (واریانس)

تاریخ ساعت	واریانس	علت	برنامه مراقبتی
۱۱/۱۲/۸۵ ۹:۰۰	بالا رفتن درجه حرارت	احتمال عفونت	* کشت خون ۳ بار * کنترل درجه حرارت هر یک ساعت * کنترل جذب و دفع مایعات و هوشیاری بیمار

ثبت گزارش منبع مدار

در این روش هر یک از افراد گروه مراقبتی، درمانی، اطلاعات مربوط به بیمار را در برگه مخصوص به خود می‌نویسند، برگه‌های مخصوص پزشکان، پرستاران، آزمایشگاه، عکسبرداری و ... به صورت مجزا در پرونده‌ی بیمار قرار داده می‌شوند. گزارش‌های مربوط به بیمار به طور منظم و پی در پی از نظر زمان و تاریخ، در پرونده نوشته می‌شود.

Electronic Documentation ثبت الکترونیکی

سیستم الکترونیکی که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد PCIS می باشد .

Patient Care Information System

اطلاعات شامل موارد زیر است :

- دستورات وارده
- نتایج گزارشات
- ثبت دستورات پزشک
- برنامه ریزی مراقبتی و چارت بیمار

مزایا :

- کاهش تماس های تلفنی با پزشک یا قسمت های مختلف مؤسسات بهداشتی یا بیمارستان
- حذف تکرار در ثبت اطلاعات
- ثبت کامل پرونده بیمار
- تسهیل در برنامه مراقبتی و ترخیصی
- کاهش قابل ملاحظه اشتباهات دارویی ، خطاهای چارت کردن و دستورات اشتباه
- حذف اشتباهات و خطاهای ناشی از ناخوانا بودن گزارشات
- دسترسی سریع اطلاعات به سیستم
- ارتقاء اطلاعات پایه جهت پیشبرد آموزش ، تحقیق و مدیریت پرستاری
- امکان طبقه بندی اطلاعات بر اساس استانداردهای مراقبتی

معایب :

- صرف هزینه بالا برای شروع کار
- صرف زمان جهت وارد کردن خدمات روتین یا سرویس های نابجا و بهم ریخته
- بی میلی نیمی از پرستاران که به روش های قدیمی عادت کرده اند
- آهسته بودن سیستم در زمان شلوغی و پرکاری بخش
- از بین رفتن یا حذف اطلاعات اساسی در صورت وجود اختلال در سیستم
- کمتر شدن ارتباط و تعامل بین پرسنل بهداشتی
- ترس از کاهش پرسنل
- عدم تمایل بیمار به دادن کامل اطلاعات از ترس در دسترس قرار گرفتن اطلاعات در اختیار دیگران
- امکان ثبت اطلاعات نادرست
- امکان سوء استفاده از اطلاعات موجود در کامپیوتر

ثبت گزارش رایانه‌ای

- مزایا
- کاهش تماس‌های تلفنی با پزشک و دیگر قسمت‌های مؤسسات بهداشتی یا بیمارستان
- حذف تکرار در ثبت اطلاعات
- ثبت کامل پرونده بیمار
- تسهیل در ارائه برنامه‌های مراقبتی و ترخیصی
- کاهش قابل ملاحظه اشتباهات دارویی، خطاهای چارت کردن و دستورات اشتباه

ثبت گزارش رایانه‌ای

- حذف اشتباهات و خطاهای ناشی از ناخوانا بودن گزارشات
- فراهم آوردن اطلاعات صحیح در مورد شدت بیماری
- دسترسی سریع به گزارشات و چاپ اطلاعات بیمار
- انتقال سریع اطلاعات به سیستم
- ارتقاء اطلاعات پایه جهت پیشبرد آموزش، تحقیق و مدیریت پرستاری
- امکان گرافیکی کردن اطلاعات
- امکان طبقه‌بندی اطلاعات براساس استاندارد مراقبتی
- صرف هزینهٔ بالا برای شروع کار
- نارسایی یا نقص در پایانه‌های پرستاری
- صرف زمان جهت وارد کردن خدمات روتین و یا سرویس‌های نارسا و بهم ریخته
- بی‌میلی بعضی از پرستاران که به روش‌های قدیمی عادت کرده‌اند.
- آهسته بودن سیستم در زمان شلوغی و پرکاری بخش
- از بین رفتن یا حذف اطلاعات اساسی در صورت وجود اختلال در سیستم
- کمتر شدن ارتباط و تعامل بین پرسنل بهداشتی
- ترس از کاهش پرسنل
- مقاومت پرسنل در برابر تکنولوژی
- عدم تمایل بیمار به دادن کامل اطلاعات از ترس در دسترس قرار گرفتن اطلاعات در اختیار دیگر پرسنل مؤسسه
- احتمال وابستگی به اطلاعات کامپیوتریزه شده و عدم تمایل به سوال کردن در مورد خطاها

ثبت گزارش رایانه‌ای

- امکان ثبت اطلاعات نادرست
- محدود بودن لغات اختصاصی استاندارد در برنامه‌های کامپیوتری
- امکان سوءاستفاده از اطلاعات موجود در کامپیوتر
- از نظر قانونی اطلاعات مربوط به بیمار یا رمز ورودی به اطلاعات نباید در اختیار دیگران قرار گیرد
- هرگز اسم رمز و یا امضاء رایانه‌ای خود را به دیگران (پرستاران دیگر، پزشک) ندهید.
- هرگز پایگاه رایانه‌ای را پس از وارد کردن شماره‌ی رمز خود، ترک نکنید.
- از برنامه دقیق و صحیح برای برطرف نمودن اشتباهات پیروی نمایید. در این موارد، بر روی اطلاعات اشتباه خط بکشید و کلمه‌ی غلط را ثبت نمائید. سپس آن را تصحیح نموده، و نام خود را بنویسید.
- مهم‌ترین نکته در هنگام کنترل اطلاعات، محافظت از اطلاعات ثبت شده می‌باشد. در صورتی که سهواً قسمتی از گزارشات پاک گردیده، توضیحی را در رایانه همراه با مشخصات خود، تاریخ، ساعت بنویسید؛ سپس به مسئول خود گزارش نمائید.
- هنگامی که اطلاعات بیمار بر روی صفحه نمایشگر می‌باشد، محل را ترک نکنید.
- در مواردی که بایستی اطلاعات بیمار محرمانه حفظ شود ،از دستورات مرکز درمانی پیروی نمائید (مانند وجود عفونت **HIV**)

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.

هنگامی که گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک

خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال

وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)

تشخیص ها، مشکلات و طرح های مراقبتهای فعلی پرستاری

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.

Charting by Exception ثبت موارد استثنا

در این روش تنها به یافته های غیر طبیعی در بیمار پرداخته می شود و شامل موارد زیر است :

- فلوشیت ها : شامل فلوشیت های دستورات پزشک ، پرستاران ، ثبت گرافیکی ، گزارش آموزش به بیمار و ترخیص
- اقدامات بالینی استاندارد : ثبت علامت (✓) دلالت بر اجرای آنها دارد .
- اطلاعات پایه پرستاری : تاریخچه و معاینات فیزیکی
- طرح برنامه مراقبتی بر اساس تشخیص پرستاری
- گزارش سیر پیشرفت بیمار بر اساس SOAPIE

نکته مهم : کلیه فرم های چارت (CBE) باید در بالین بیمار و در دسترس بوده و نیاز به توضیح یا اطلاعات نداشته باشد .

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- ✓ عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- ✓ محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد.
- ✓ 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.
- ✓ امضای گزارشات تهیه شده پس از امضای 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 .
- ✓ امضای نامناسب گزارش توسط پرستار
- ✓ لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی.
- ✓ ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم.

توجه

- پرونده ای که به صورت صحیح تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.
- اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات شما 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 برطرف شود.
- 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 به کار 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 به عمل 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.

دستورالعمل تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری

الف- بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که قابل خواندن باشد .

ب- در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید : اشتباه است .

تحریف در گزارش پرستاری

الف-اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه گردیده است .

ب-ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

ج-حذف نکات مهم گزارش

د-ثبت تاریخ گزارش به نحوی که موید این مساله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است .

ذ-دوباره نویسی و تغییر گزارش

ر-تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود

ز-اضافه نمودن مواردی به گزارش های سایرین

نویسنده گـــزارش

- چه کسانی مجاز به ثبت گزارش پرستاری هستند؟
  - فقط پرستاران دارای مدرک حداقل کارشناسی پرستاری
  - در حالت عادی بهیاران، کمک بهیاران و دانشجویان پرستاری در شرایط عادی اجازه‌ی نوشتن گزارش پرستاری را در پرونده‌ی بیمار ندارند.
  - گزارش پرستاری یک بیمار را حتماً پرستار همان بیمار باید بنویسد

برخی از موارد قصور پرستاران به ترتیب تکرار

- اجرای اشتباه درمان
-سقوط بیمار و قصوردر ثبت آن و نداشتن صداقت
-اشتباهات دارویی
-قصور در مشاهده کردن و ثبت صحیح مشاهدات
-به کارگیری تجهیزات ناقص و معیوب
-قصور در بررسی بیمار و گرفتن شرح حال
-سوختگی ها
-قصور در تهیه شرح حال و گزارش تغییرات
-قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار
-قصور در نگه داشتن اطلاعات محرمانه بیماران
-قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت به موقع
-قصور در گزارش به موقع به پزشک

اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن

۱-پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری با زدن مهر نظام پرستاری یا مهر مخصوص بخش نام خانوادگی، سمت و امضای خود را وارد نمایید .

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

۳-درشیفت صبح گزارش خود را با خودکار آبی، عصر قرمز و شب مشکی ثبت نمایید(پیشنهاد) .

۴-جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید . بعنوان مثال ساعت ۱ بعداز ظهر را بصورت ۰۰ : ۱۳ و ساعت نه و ربع بامداد را بصورت ۱۵ : ۰۹ ثبت نمایید.

۵-علائم حیاتی ساعت ۶ صبح و ساعت ۶ بعداز ظهر(۰۰: ۱۸) را علاوه بر ثبت در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده در برگه چارت علائم حیاتی نیز رسم نمایید.

۶-هرگونه علائم حیاتی ساعتی باید در برگه کنترل علائم حیاتی پرونده نوشته شده و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه بصورت واضح و خوانا ثبت شود .

۷-چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش به طور کامل تکمیل و ثبت شود .

۸-در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود .

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

۱۰-کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل: نام دارو، دوز دارویی، راه تجویز دارو، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد) .

اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن

۱۱-زدن علامت تیک روی ساعت تجویز دارو به منزله داده شدن دارو به بیمار و کشیدن دایره دور آن به معنی ندادن دارو به بیمار می باشد که در هر حالت باید نام دهنده دارو روی محل تیک یا دایره ثبت شود .

۱۲-در صورت ندادن دارو به هر علت و کشیدن دایره دور ساعت تجویز باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو به طور مختصر ذکر شده ودر گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...)

۱۳-با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد به خصوص در گزارش پذیرش بیمار حتما قید نمایید .

۱۴-گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراه و ...) ، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود و سایر موارد مهم مشاهده شده می باشد.

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

۱۶-انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را درصورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید .

۱۷-دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را به طور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید .

۱۸-در صورتی که بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و در گزارش قید نمایید .

اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن

۱۹-در صورتی که بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات(I&O) 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 به طور دقیق ثبت شود .

۲۰-شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲٤ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید .

۲۱-ضروری است پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبت های خاص برای بیمار، در اسرع وقت گزارش نماید .

۲۲.گزارش جاری و معاصر و پویا باشد. اطلاعات ثبت شده در پرونده نباید توام با تاخیر باشد زیرا ممکنست از قلم بیفتد . یادداشت یک سری از موارد باید بدون هیچ تاخیری باشد مانند :دادن داروها، آمادگی برای عمل و کارهای تشخیصی، پذیرش، انتقال، ترخیص و تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار ، اندازه گیری علائم حیاتی و... اما ثبت مواردی مثل حمام دادن یا ماساژ و...را می توان به تاخیر انداخت .

۲۳-گزارش عملیات احیای قلبی ریوی (C.P.R) به طور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا' باید در پرونده ثبت شود .

۲٤-از ثبت روش ها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید .

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

۲٦-از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیدا اجتناب شود.

اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن

۲۷-گزارش پرستاری ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی به دنبال خواهد داشت .

۲۸-ثبت اطلاعات به صورت سازمان بندی شده در گزارش به راحتی قابل درک است .منظور از سازمان دهی این است که وقایع را به ترتیب زمان وقوع نوشته شوند. مثال : بیمار درد شدیدی در ربع تحتانی شکم بیان می کند که هنگام چرخیدن بدتر می شود و در حالت خوابیده به چپ به حداقل می رسد . شکم در لمس حساس و در دق مات می باشد صدای روده ها با گوشی شنیده نمی شود ،به دکتر ...اطلاع داده شد . دستور ...جهت کاهش درد بیمار و انجام اسکن شکم داده شد .

۲۸-در گزارش نویسی انحصارا" مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید .

۲۹-در صورتی که نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید .

۳۰-در صورتی که بیماری شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقا گزارش کنید.

۳۱-از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نافوشایند بپرهیزید.

۲۸-در گزارش نویسی انحصارا" مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید .

۲۹-در صورتی که نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید .

۳۰-در صورتی که بیماری شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقا گزارش کنید.

۳۱-از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نافوشایند بپرهیزید.

۳۲-از انتقاد از سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.

۳۳-اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید(حضوری ، تلفنی) دقیقا ثبت کنید .

۳۴-در بین و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.

۳۵- در پایان گزارش از مهر نظام پرستاری یا مهر بخش استفاده کنید.

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

