



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کتاب الف ۱۴۱۷

اصول ثبت و گزارش نویسی در پرستاری



پرونده سازی

پرونده سازی (Documentation) عبارت از:

انتقال اطلاعات به صورت نوشتن وقایع اساسی
جهت پیگیری سیر بیماری
پیشرفت بهبودی بیمار



سابقه پرونده سازی

- ثبت گزارش یا چارت کردن، از زمان فلورانس نایتینگل در قرن ۱۹ آغاز و از سال ۱۹۷۰، پرستاران از کلمات حرفه‌ای در ثبت گزارش خود استفاده می‌نمایند.
- ثبت، نوشته‌ای قانونی است که در بردارنده‌ی کلیه فعالیت‌های انجام شده برای بیمار از جمله بررسی، تشخیص و برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی می‌باشد.

پرونده

- پرونده مددجویان یک سند قانونی Legal documentation است؛
- 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.

گزارش نویسی پرستاری

Nursing Documentation



مقدمه

- لازمست برای پاسخ گویی در برابر مسئولیت مهم مراقبت، تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامتی انسان و جامعه، اقدامات و فعالیت های انجام شده برای پرهیز از هرگونه تهمت، افترا، برچسب و بی کفایتی، بی لیاقتی و یا عمل غیراخلاقی و غیرقانونی، بر صفحه کاغذ حک شود.
- تا بتوان با مراجعه به آن در پیگیری و مداومت و نظارت بر اعمال صاحبان حرفه در مواقع ضروری به عنوان سندی محکم، مطمئن و قابل دفاع بهره مند شد.
- ثبت گزارشات کامل، دقیق و به موقع جهت قضاوت در مورد اینکه بیمار مراقبت های مورد نیاز و ضروری را دریافت داشته امری روشن است.
- همچنین به ارائه دهندگان مراقبت جهت برنامه ریزی، هماهنگی و حفظ تداوم مراقبت کمک می کند.

گزارش نویسی (Reporting)

ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامتی بیمار به شکل سند منتقل می کند.
انتقال اطلاعات به فرد یا گروهی مشخص به صورت کتبی و شفاهی



ثبت

- ثبت آنچه که نوشته و چاپ می شود.
- ثبت صحیح، بازتاب کیفیت مراقبت و دلیل مسئولیت پذیری هر عضو تیم مراقبت بهداشتی در ارائه مراقبت است.



**در قانون،
مراقبت ثبت نشده
برابر با
مراقبت انجام نشده
است.**

ثبت واقعی باشد

- پرونده حاوی اطلاعات توصیفی و عینی درباره آنچه که پرستار می بیند، می شنود، احساس می کند و می بوید، می باشد.
- توصیف عینی نتیجه مشاهده و اندازه گیری مستقیم می باشد.
- استفاده از کلماتی همچون "ظاهرا" یا "به نظر میرسد" قابل قبول نیست؛ زیرا اینها نشان دهنده عدم آگاهی پرستار از واقعیت ها است.

کاربرد گزارش نویسی

۱- جنبه های قانونی ثبت:

- قانون یک ضرورت اجتناب ناپذیر اجتماعی است که زیربنای رشد و تعالی جامعه را تشکیل می دهد.
- یکی از سازمان ها و حرفه هایی که در اعتلای سطح سلامتی جامعه نقش دارد حرفه پزشکی است.
- به عنوان یک حرفه، فرد در قبال ارائه خدمات خود باید پاسخگو باشد و مسئولیت پذیری و اصل عدم آسیب رسانی به بیمار را در حین مراقبت مد نظر داشته باشد.
- از جمله مسئولیت های سنگین این حرفه، شیوه انتقال اطلاعات و گزارش دهی و گزارش گرفتن و ثبت آن می باشد.
- کوچک ترین خطا و سهل انگاری در آن، می تواند مسئولیت سنگین حرفه ای را به ارمغان آورد.

۱- جنبه های قانونی ثبت:

- یادداشت ها و گزارشات پرستاری می تواند در نتیجه گیری جدال قانونی در دادگاه بسیار مهم باشد.
- غفلت در مشاهده، سهل انگاری در اقدامات صحیح، کوتاهی در دادن گزارش به مقام مافوق، عدم ثبت اقدامات و فعالیت های انجام شده، قصور محسوب می شود.
- گزارش در حکم یک سند قانونی است و ثبت مراقبت پرستاری یک اصل قانونی در تمام سیستم های درمانی است.
- وقتی که بحث قانونی ثبت مطرح می شود هدف تاکید در باره حفظ جان بیمار، حفظ امنیت حقوقی پرستار و به عبارت کلی تر حفظ امنیت جانی جامعه است.
- اگر درگیر مسائل دادگاه شوید بهترین حامی شما اسناد و مدارک به جا مانده در مراقبت از بیمار می باشد.
- در دادگاه، فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد، یعنی انجام نشده است.



۲- جنبه حقوقی ثبت:

- امروزه ثبت اطلاعات به عنوان حقوق بیماران مطرح است .
- بیمار حق دارد از محتویات پرونده اش با اطلاع باشد.
- اعتقاد دارند که نه تنها بیمار باید به پرونده خود دسترسی داشته باشد بلکه باید بتواند صحت اطلاعات مندرج در آن را کنترل کند.

۳- جنبه های ارتباطی ثبت:

- گزارش پرونده، وسیله ارتباطی کادر درمانی برای تسهیل تداوم مراقبت از بیمار است.
- اعضای تیم درمانی در کارها و مراقبت های بیمار به وسیله گزارش کتبی با هم در ارتباطند و ارتباط آنها در باره اقدامات بهداشتی (پرستاری، درمانی، مددکار اجتماعی و فیزیوتراپیست) است.
- ثبت خوب گزارشات ارتباط گسترده ای را بین همه اعضای تیم مراقبت از بیمار در حل مشکلات بیمار ایجاد می کند.

۴- جنبه های درمانی ثبت:

- پرونده بیمار به عنوان مدرکی که کلیه معالجات و مراقبت های انجام شده برای بیمار در آن ثبت می شود، بسیار با اهمیت است.



gw00115 fofosearch.com

۵- جنبه های پیشرفت بیماری:

- سیر بیماری به طور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام شده، آسانتر خواهد بود.

۶- جنبه تحقیقاتی ثبت:

- گزارشات موجود در پرونده بیماران به عنوان منبع اطلاعات برای تحقیقات علمی است.
- شیوع یک بیماری، مرگ و میر، بهبودی از آن، عوارض استفاده از درمان یا پرستاری خاص، اثرات و عوارض سرویس دهی، از طریق همین اطلاعات قابل تحقیق است.

۶- جنبه تحقیقاتی ثبت:

- گزارش پرونده، منبع اطلاعات آماری است که توسط دولت مورد استفاده قرار می گیرد.
- این اطلاعات در مورد وضعیت سلامتی مردم یک شهر، استان یا کشور می باشد که تحقیقات اپیدمیولوژیک و برنامه های پیشگیری از بیماریها در یک جمعیت را امکان پذیر می سازد.
- و نیز اطلاعات آماری نظیر تعداد مرگ و میر، موالید و تعداد پذیرش بیماران به عنوان اساس برنامه ریزیهای آینده و پیش بینی نیازهای بهداشتی منطقه بکار می رود.



۷- جنبه های آموزشی دانشجویان:

- هدف دیگر گزارش پرونده بیماران، آموزش دانشجویان رده های مختلف است .
- این پرونده ها می تواند تصویر روشنی از بیمار و مشکلات او و برنامه های مراقبتی انجام شده را یکجا به دانشجویان ارائه نماید.

۸- جنبه های رسیدگی یا نظارت:

❖ نظارت: عبارت است از بررسی گزارشات پرونده بیمار به منظور ارزشیابی کیفیت و کمیت مراقبت های انجام شده به دو صورت:

- (۱) گذشته نگر (Retrospective): بررسی مجدد مراقبت هایی که قبلا انجام شده و بیمار مرخص شده است.
- (۲) رسیدگی همزمان (Cocurrent): بررسی مراقبت هایی که هم اکنون در مورد بیمار انجام می شود.

۹- جنبه های قضاوتی:

- گزارش تا حد زیادی بازتاب کیفیت کاری است که از آن خبر می دهد .
- نیز نمودار شخصیت کسی است که آن را انشا کرده است.
- در حقیقت، از روی گزارش می توان در باره کار گزارشگر و نیز در مورد خود او داوری و قضاوت کرد.

اصطلاحات رایج

Recording (ثبت کردن)

- گزارش کتبی است 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 نگهداری می شوند.
- این اطلاعات قابل دسترسی هستند و به عناوین متعددی به آنها رجوع می شود.

گزارش کردن (Reporting)

- انتقال پاره ای اطلاعات به فرد یا افرادی (به صورت شفاهی یا کتبی) که از آن بی اطلاع بوده و یا آگاهی کافی نسبت به آن ندارند.

Chart

- واژه معمولی برای پرونده بیمار، جهت وارد کردن اطلاعات است.

Documentation

- تصدیق وقایع و فعالیت های انجام شده از طریق نگهداری و بایگانی گزارشات است .

خصوصیات یک گزارش خوب

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



صحت و درستی (Actual)

- اطلاعات باید صحیح باشند؛ پرستار آنچه را که گمان می کند اتفاق افتاده و یا آنچه را که فرد دیگری شرح داده گزارش نمی کند.
- تنها اطلاعاتی را که خود از طریق مشاهده یا معاینه بدست آورده، یادداشت می کند.
- همچنین از بکار بردن کلماتی مانند "بنظر می رسد" یا "ظاهراً" و ... خودداری می کند.

حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتتهای خوبی به غذا ندارد.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

هم چنین استفاده از میزانهها و واحدهای اندازه گیری به صحت و درستی گزارش کمک می کند .

مثال : بیمار در ساعت ۱۸:۰۰، ۳۰۰ میلی لیتر آب و چای نوشیده است به جای عبارت، موقع شام به مقدار کافی مایعات نوشیده است .

دقت (Accuracy) در گزارش نویسی

موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضای تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
مثال:

گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰ CC 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 ۵ cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ است.

- در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد خودداری نمایید.

- علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

اختصار:

- تبادل اطلاعات به طور خلاصه، سبب سهولت فهم آن می شود.
- افراد ترجیح می دهند، گزارشات مختصر و مفید را به جای گزارشات طولانی بخوانند.
- سعی کنید با حداقل زمان و کلام، پیام خود را به طور کامل و گویا انتقال دهید.

مربوط بودن:

- در ثبت وقایع، تنها اطلاعات ضروری را نوشته و از کلمات اضافی و جزئیات بی ربط وقایع اجتناب ورزید.

جامع بودن (Completeness Concise)

- گزارش خوب به همان اندازه که مختصر است، باید کامل نیز باشد و کلیه موارد مربوط به بیمار باید ثبت گردد.



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 .

نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.

در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

مثال:

- پای چپ بیمارگرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخن ها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام می گردد، نبض روی پایی قوی، دو طرفه و بدون التهاب است.

جاری و معاصر و پویا:

- اطلاعات ثبت شده در پرونده، نباید توأم با تاخیر باشد زیرا ممکن است از قلم بیفتد.
- یادداشت یک سری از موارد باید بدون هیچ تاخیری باشد.
- مانند: داروها، آمادگی برای عمل و کارهای تشخیصی، پذیرش، انتقال، ترخیص و تغییر ناگهانی در وضعیت بیمار، اندازه گیری علائم حیاتی و



سازمان بندی (Organization)

- ثبت اطلاعات به صورت سازمان بندی شده به راحتی قابل درک است.
- منظور از سازماندهی این است که وقایع را به ترتیب زمان وقوع نوشت.

سازمان بندی (Organization)

- **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 .

محرمانه و رازداری (Confidential)

- پرستار نباید راجع به وضعیت بیمار با بیماران دیگر یا افرادی که عضو تیم مراقبت از بیمار نیستند، صحبت کند.
- فاش کردن راز بیمار بدون اجازه وی، پیگرد قانونی دارد.
- اطلاعات ثبت شده در پرونده، باید دور از دسترسی بیماران دیگر باشد.

نکات مهم در گزارش نویسی پرستاری

در هنگام ثبت، اشتباهات را پاک نکنید، خط نزنید یا از غلط گیر استفاده نکنید.

نظرات انتقادی یا تلافی جویانه در باره مددجو یا سایرین ندهید.

اشتباهات را به طور کامل تصحیح کنید.

تمام حقایق را ثبت نمایید.

در گزارش نویسی، فضای خالی نگذارید.

گزارش نویسی نامفهوم می شود و به نظر می رسد شما درصدد پنهان نمودن اطلاعات یا محو کردن اطلاعات موجود هستید.

این عبارت می تواند به عنوان شاهی از رفتار غیر حرفه ای یا کیفیت کم مراقبت استفاده شود.

خطاها در گزارش نویسی می تواند منجر به خطا در درمان شود.

گزارش نویسی باید دقیق و قابل اعتماد باشد.

شخص دیگری ممکن است اطلاعات غلط را پر نماید.

یک خط روی خط بکشید و واژه "خطا" را بالای آن بنویسید. سپس مطلب مورد نظر را به طور صحیح یادداشت کنید.

فقط توضیحات عینی رفتار مددجو را وارد کنید. نظرات مددجو باید داخل گیومه باشد.

در تکمیل گزارش عجله نکنید. مطمئن گردید که اطلاعات صحیح هستند.

اطمینان حاصل نمایید که آنچه ثبت نموده اید واقعی است. بر اساس تفکر یا حدس و گمان نباشد.

گزارش را خط به خط کامل نمایید. نام خود را در انتهای آن امضا کنید.

گزارش خوانا و با خودکار ثبت شود.

اگر دستوری مورد سوال باشد روشنی و وضوح مورد نظر را ثبت کنید.

فقط اعمال خود را ثبت کنید.

از عبارات کلی مانند (شرایط بیمار تغییر نکرده است) یا (روز خوبی را داشته) استفاده نکنید.

ثبت هر مطلب را با تاریخ و زمان کامل شروع کرده و با امضای خود تمام کنید.

ثبت ناخوانا ممکن است اشتباه تفسیر شود.

اگر دستور اشتباه را اجرا کنید شما هم مانند پزشک تحت پیگرد قانونی قرار خواهید گرفت.

شما مسوول اطلاعات وارد نموده اید

چنانچه اطلاعات بیش از اندازه کلی باشند اطلاعات خاص در مورد شرایط مددجو حذف می شوند.

این رهنمود تاکید می کند که وقایع به ترتیب وقوع ثبت شوند و آنکس که مراقبت را ارائه داده است گزارش را امضا کند.

هرگز نوشته را پاک نکنید یا از غلطگیر استفاده نکنید و هرگز از مداد استفاده نکنید.

نویسید (پزشک اشتباه کرد) بجای آن بنویسید (با دکتر برای تصحیح دستور داده شده تماس گرفته شد).

هرگز اعمال دیگران را ثبت نکنید.

مراقبت را به طور کامل و واضح شرح دهید.

برای ثبت تغییرات مهمی که چند ساعت قبل اتفاق افتاده تا پایان شیفت صبر نکنید. مطمئن شوید که هر مطلب ثبت شده را امضا کرده اید.

نکات مهم در گزارش نویسی پرستاری – ادامه ...

- جهت ثبت گزارش پرستاری، از برگه های استاندارد استفاده نمایید.
- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش به طور کامل درج نمایید.
- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی، از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید.
- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.
- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و....) برای مراقبت از بیمار، توضیحات لازم را یادداشت نمایید.
- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتما ثبت نمایید.
- بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- از ثبت اقدامات تشخیصی - درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.

نکات مهم در گزارش نویسی پرستاری – ادامه ...

- پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیرعادی یا ارائه مراقبتهای خاص (ایزولاسیون)، در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمائید.
- اقداماتی را که باید در شیفتهای بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید.
(آمادگی برای آزمایشات پاراکلینیکی، تشخیصی، جواب مشاوره ها و)
- در صورت بروز موارد غیرطبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت، به مقام ارشد اطلاع دهید.
- ثبت هرگونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و) ضروری است.
- دستورات اجرا نشده پرستاران قبلی را با ذکر علت ثبت نمایید.

نکات مهم در گزارش نویسی پرستاری - ادامه ...

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

- دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت شود.
- دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضای پزشک مربوطه رسانده شود.
- زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، ثبت شود.

نکات مهم در گزارش نویسی پرستاری – ادامه ...

- برای تصحیح موارد اشتباه در گزارش، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:
 - بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.
 - در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه، کلمه «اشتباه» یا **Error** را نوشته و گزارش صحیح را بعد از آن ادامه دهید.
- از مواردی که منجر به تحریف گزارش میشود اجتناب کنید.
- از جمله:
 - اضافه نمودن مواردی به گزارش، بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه شده است.
 - ثبت اطلاعات نادرست در گزارش
 - دوباره نویسی و یا تغییر گزارش
 - اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین
- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.

نکات مهم در گزارش نویسی پرستاری – ادامه ...

- آموزشهای ارائه شده به بیمار را در گزارش ذکر نمایید.
- اگر بیماری شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید، دقیقاً گزارش نمایید.
- دستورات روتین یا ثابت باید واضح و روشن نوشته شده و به امضای پزشک رسانده شود و همیشه در بخش نگهداری گردد.
- در دستورات PRN باید نام، دوز و راه مصرف دارو توسط پزشک قید شود. **مثال: "مسکن PRN" غلط است.**
- دستورات شفاهی در شرایط بحرانی مثل دستورات تلفنی عمل می گردد.
- دستورات پزشک مشاور باید به صورت کتبی در پرونده وارد شود.
- در انتهای گزارش و اقدامات دارویی، نام و سمت مربوطه به طور خوانا ثبت شود.
- گزارش را ممهور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمایید.

روش های گزارش نویسی

۱- سنتی یا بیمارستانی:

- در این روش، اطلاعات طبقه بندی شده است .
- پزشک، پرستار، آزمایشگاه و رادیولوژی هر کدام در برگه خاصی گزارش خود را می نویسند.
- در این صورت، برگه های متعددی در پرونده بیمار دیده می شود.

۲- گزارش نویسی به روش SOAP

در این روش ثبت، همه اعضای تیم مراقبت، از یک مدرک برای ثبت استفاده می کنند.

- **S (subjective):** مشاهدات ذهنی یا نظر بیمار: شامل مشکلات، علائم و نشانه هایی است که بیمار بطور شفاهی بازگو میکند. در این نوع گزارش، باید کلمات و عبارات بیمار نوشته شود؛ نه اینکه مشاهده کننده حرف های بیمار را تفسیر کند. در صورتی که بیمار قادر به بیان نباشد، این بخش از گزارشات خالی می ماند. در ضمن، گزارش همکاران پرستار در مورد مشکلات بیمار در ساعات کشیک، در این قسمت ذکر می شود.
- **O (objective):** مشاهدات عینی: این بخش شامل مشاهدات و اطلاعاتی است که دیده، شنیده و احساس می شود و با ابزارهای مختلفی بدست می آید. در این روش، به الگوهای ارتباطی بیمار نیز باید توجه شود.
- **A (Assessment):** بررسی اطلاعات بدست آمده: شامل اطلاعات و یافته های عینی و ذهنی دیگران از طریق شرح و درک و نوشتن نتایج است. تمام افرادی که در تهیه گزارشات کمک می کنند باید نظر خود را در باره بررسی، صادقانه و در سطح درک و مهارت خود از وضعیت بیمار بنویسند. در واقع، قسمت اصلی هر گزارش روزانه محسوب می شود و بر اساس مشکلات و آزمایشات بیمار و به ترتیب اهمیت طرح ریزی می شود.
- **P (Planning):** برنامه ریزی: تصمیمات خود را در دو قالب تشخیصی و درمانی ذکر می کنید.

۳- گزارش نویسی به روش (POMR) Problem Oriented Medical Record

• در این روش، تاکید روی مشکل بیمار یا مشکل طبی او و مراقبت از اوست. در این روش، نه تنها درمان های بیمار ثبت می شود بلکه دلیل معالجات و مراقبتها نیز ذکر می شود. سیر بیماری بطور مرتب و منظم ثبت شده و مطالعه مجدد پرونده و کنترل اعمالی که برای بیمار انجام می شود.

• از ۶ قسمت تشکیل می شود:

- comprehensive health history
- complete physical examination
- problem list
- assessment and plan
- baseline and problem-directed laboratory and radiographic study
- progress note

• پرستار، متخصص تغذیه، مددکار اجتماعی، فیزیوتراپیست، آزمایشگاه و سایرین در یک محل، گزارششان را می نویسند.

• این روش برای بیمار مفید است؛ زیرا کلیه اعضای تیم مراقبت در تنظیم این برنامه شرکت دارند و بطور حتم اثر خلاقیت نیز بیشتر خواهد بود.

ترتیب نوشتن گزارش

۱. وضعیت عمومی

۲. مغز و اعصاب (CNS)

۳. قلب و عروق (C.V.S)

۴. تنفسی (RESP)

۵. عضلانی-اسکلتی (MUS . SK /MOVME)

۶. گوارش (GI)

۷. ادراری-تناسلی (GU)

ترتیب نوشتن گزارش

۸. روانی-اجتماعی (PSY . SOC)

۹. پوستی (skin)



نوشتن گزارش ...ادامه

۱. وضعیت عمومی :

آماده عمل , پذیرش جدید، ترخیص، انتقال به بخش ، تغییرات ناگهانی و حاد ، آماده کردن بیمار جهت انجام آزمایشات تشخیصی وضعیت بیمار

نوشتن گزارش

۲. ثبت در سیستم CNS (مغز و اعصاب):

- سطح هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو CNS
- اندازه مردمک ها و واکنش به نور
- آگاهی به مکان، زمان و اشخاص
- صحبت کردن، درک، فهم
- داشتن رفتار مناسب با مکان و زمان
- بررسی حافظه

نوشتن گزارش

- بررسی حس و حرکت اعضای بدن، داشتن پاسخ کلامی مناسب
- بررسی مشکل، تشخیص پرستاری، اقدامات انجام شده ، نتایج بدست آمده، اقداماتی که باید پیگیری شود و ثبت کلیه داده ها با ذکر ساعت، تاریخ، فرد انجام دهنده

نوشتن گزارش

۳. ثبت در سیستم C.V (قلبی عروقی):

تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشار خون (در حالت نشسته، خوابیده)، محل گرفتن BP

صدای قلب و نوار قلب / مشخصات (ECG (... Duration, Interval)

مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ، مقادیر مانیتور شده، لید مانیتور شده

مقدار داروهای دریافتی، نتایج و عوارض

تغییر در وضعیت بیمار، ایست قلبی-عروقی و ثبت اقدامات انجام شده و نتایج

نوشتن گزارش

- کاربرد دستگاه دفیبریلاتور، ژول مصرفی، دفعات مصرف، نوع Setup و اقدامات تیم CPR
- داشتن یا نداشتن chest pain (نوع، انتشار، مداخلات و نتایج)
- کاربرد دستگاه های VAD & IABP (تمییزی محل، تغییر رنگ پوست، گرمی پوست، داشتن نبض، قرمزی و التهاب، ترشحات و خونریزی از محل.
- نمونه های خون گرفته شده، جواب آزمایشات و گرافی ها
- پروسیجرها (آمادگیهای قبل و بعد از آن)
- داروهای مصرفی - عوارض و احتیاطات و اقدامات انجام شده

نوشتن گزارش

- ثبت آموزش ها، مشاوره ها، اقدامات و نتایج
- نبض های محیطی و کیفیت آن (قوی، ضعیف، عدم وجود نبض)
- کاربرد وسایل، داروها، و اقدامات ضد تشکیل لخته، (مانند کاربرد تورنیکت، جورابه های ضد آمبولی و داروها)
- فعالیت بیمار، تحمل فعالیت، مشکلات و اقدامات انجام شده.
- کلیه مراقبتهای پرستاری انجام شده، با ذکر زمان و ساعت، مقدار و نتایج.

خسته که نشدید هنوز ادامه داره...



نوشتن گزارش

۴. ثبت در سیستم RESP (تنفسی):

- تعداد، نوع تنفس، Rrtraction داشتن یا نداشتن سرفه، انواع سرفه، داشتن یا نداشتن چست تیوب، داشتن بوی خاص ترشحات.
- وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی Fio_2 ، PEEP ، PAWP ، I.E RATIO ، MODE ، Rate ، TV ، ...
- میزان دریافت اکسیژن (l/min) بوسیله ETT ، تراکئوستومی، ماسک، CPAP و...
- جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج

نوشتن گزارش

- انجام ساکشن، دفعات، نوع ترشحات و بوی آن در صورت امکان
- صداهای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع آن، میزان تحمل، یا پیشرفت بیمار
- بررسی و ثبت مسائل غیر طبیعی، نتایج آزمایشات، گرافیه‌ها
- داروهای مصرفی، اقدامات انجام شده، پروسیجرهای انجام شده، نتایج و ثبت دقیق اطلاعات
- انجام پروسیجرهای تشخیصی، درمانی و نتایج آن (بخصوص CPR ، صدا کردن، زمان شروع، زمان اختتام، اقدامات، داروهای مصرفی، نتایج)
- آموزش، مشاوره‌ها، اقدامات، نتایج.

۵. ثبت در سیستم musculoskeletal/activity (عضلانی-اسکلتی):

- رنگ اندامهای محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض های محیطی، پر شدگی مویرگی، حرکات غیر طبیعی اندامها
- داشتن حس و حرکت اندام های محیطی، فلج و سستی اندام ها، محدودیت حرکتی اندامها
- تحرک فعال یا غیر فعال یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن

نوشتن گزارش

- توانایی انجام کار یا فعالیت های روزانه مانند (راه رفتن، غذا خوردن، توالت رفتن، غذا پختن، رخت شستن، خوابیدن، لباس پوشیدن)
- داشتن یا نداشتن کشش، گچ، (خشک یا تر بودن گچ)
- تعویض پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول مصرفی، داشتن ورم و شدت آن
- داشتن درد و بی قراری
- حمام و نوع آن
- کاربرد وسایل کمکی (عصا و...) پوشیدن بریس و غیره، عوارض و...

نوشتن گزارش

۶. ثبت در سیستم GI (سیستم گوارشی) :

● اشتها ، NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی

● علایم و نشانه ها (مثل بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ، آسیت، آروغ)

● نوع رژیم غذایی، داشتن یا نداشتن NG Tube و ژژنوستومی، کلهستومی تیوب و...

● زمان و تاریخ گذاشتن - تعویض یا قطع TPN/ NG Tube

● داشتن یا نداشتن مدفوع / کیفیت / رنگ / بو / شکل مدفوع / نوع اسهال

نوشتن گزارش

- داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده
- توجه به مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیر طبیعی و گزارش به پزشک و اقدامات
- داشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس gag و...
- ویزیت توسط متخصص تغذیه، دستورات، اقدامات انجام شده و نتایج
- تزریق خون و فراورده های خونی
- اقدامات تشخیصی، درمانی، (آمادگی ها و توجهات خاص پس از انجام پروسیجرها) و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک و... (تنقیه و کولونوسکوپی)



نوشتن گزارش

- مراقبت از استوما، تعویض کیسه های آن، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و...
- کاربرد داروها، ثبت عوارض و مراقبت های خاص
- مراقبت های پرستاری انجام شده، نتایج(زمان، فرد انجام دهنده، شرح پروسیجر، آزمایشات، نتایج و اقدامات و...)
- آموزش های داده شده



نوشتن گزارش

۷. ثبت در سیستم G.U (اداری تناسلی):

- وضع ظاهری اندام های تناسلی - اداری، و یافته های غیر طبیعی
- رنگ، میزان، دفعات، مقدار، بوی ادرار دفعی + علائم و نشانه ها، (مانند تکرر ادرار، هماچوری، قطره قطره آمدن ادرار، ادرار دردناک، چرک در ادرار، تهوع، استفراغ، لرز، اتساع مثانه، پر اداری و غیره)
- خارش، ترشحات بدبو، نتایج پاپ اسمیر، خونریزی، درد، مشکلات در ارتباط با عملکرد جنسی
- داشتن اختیار و کنترل ادرار، وسایل کمکی، اقدامات انجام شده

نوشتن گزارش

- نتایج تست حاملگی، انجام دوش واژینال، معاینه واژن و...
- انجام مراقبت در خصوص کاتترها (فولی، سوپراپوبیک، Self catheterization و).
- چک جذب و دفع بیمار (سی سی در ساعت)، دادن مایعات free ، جایگزینی مایعات، خون و فراورده های خونی و نوع واکنش به آن
- تزریق IV و تعویض محل آن، نوع و GAGE آنژیوکت و غیره، تعویض پانسمان و علائم و عوارض (نظیر نشت مایعات به زیر پوست) درآمدن فولی و غیره
- کاربرد TPN و توجهات خاص مربوط به آن و بررسی علائم عفونت

نوشتن گزارش

۸. ثبت در سیستم psychosocial (روانی-اجتماعی) :

- داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال، زمان ورود بیمار، رفتار بیمار، گفته های بیمار، توهمات (شنیداری، دیداری، بویایی)
- دلیریوم- ثبت رفتار نامناسب بیمار یا حملات وی، حافظه
- اضطراب، وسواس، وسواس اجباری، ترس مرضی، بدبینی، اعتماد به نفس
- افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، مداخلات انجام شده، پاسخ بیمار
- داشتن نقش های اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران

نوشتن گزارش

- اعتیاد، ترک اعتیاد، علایم بازگیری، عصبانیت و خشم، صدمه زدن به دیگران و خود
- داشتن پاسخ کلامی مناسب
- مصرف داروها، عوارض و اقدامات خاص پرستاری و پزشکی انجام شده (روان درمانی، پسیکو تراپی) ECT و روشهای مختلف بکار گرفته شده.

نوشتن گزارش

۹. ثبت در سیستم پوستی :

- رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خون مردگی، ورم و خراش
- وضع کلی پوست، خشک، مرطوب، زخمی، ترشحات، نوع آن (پوسته پوسته بودن، گرمی - سردی و...)
- ورم پوست (ورم کل بدن، دور چشم، اندام های محیطی)
- قوام پوست (خوب، بد)

نوشتن گزارش

- داشتن زخم بستر (رنگ، محل، درجه، ظاهر) اندازه (طول، عرض، عمق)، زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ، نوع داروی شستشو و مقدار آن، ترشحات و التهاب.
- داشتن بخیه، کشیدن آن، نزدیک کردن پوست به هم
- گرفتن نمونه، تعویض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته
- تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بستر، کاربرد بالش زیر اعضا، انجام ماساژ، توجه به تغذیه، حمام

نوشتن گزارش

- ترشحات زخم حاوی گرفتن نمونه جهت کشت، جواب و اقدامات
- دادن حمام، شستشوی پوست و غیره.

نحوه گزارش نویسی هنگام پذیرش بیمار

- اطلاعات عمومی (نام نام خانوادگی وضعیت تاهل و.....)
- وضعیتی که بیمار وارد بیمارستان شده (برانکارد با پای خود و.....)
- ساعت ورود به بخش
- سطح هوشیاری
- شکایت بیمار
- علایم حیاتی
- ساعت اطلاع به پزشک جهت ویزیت
- ساعت حضور پزشک بر بالین بیمار
- در صورت انجام اقدام پرستاری خاص ذکر شود
- اشیای قیمتی تحویل چه کسی از افراد خانواده شده است
- طرح برنامه مراقبتی



مراحل گزارش نویسی

- ارزیابی اولیه
- مشاوره پزشکی
- آزمایشات
- گرافی
- پروسیجرها
- وضعیت سرم
- داروها
- آموزش
- مهر و امضای پرستار

ارزیابی اولیه

- علایم حیاتی (نبض، فشارخون، درجه حرارت و تنفس)
- سطح هوشیاری
- پوست: گرم و خشک مرطوب زرد و
- تنفس: اکسیژن متصل به ونتیلاتور و
- قلب: منظم و غیرمنظم
- شکم: نرم، نفخ، درد، یبوست، اسهال
- سیستم ادراری: بی اختیاری، سوزش، وجود کاتتر ادراری و
- فعالیت بیمار: خود بیمار، با ویلچیر، با عصا
- بهداشت: حمام در تخت، بهداشت پوست و مو و
- ایمنی: وجود حفاظ تخت، همراه
- تغذیه: نوع غذا، میزان غذای دریافتی و

رضایت وجدان ؛ بالاترین مسرتهاست .



مشاوره پزشکی

- زمان ارسال
- فرد ارسال کننده
- پیگیری های انجام شده
- زمان انجام مشاوره

آزمایشات

- نوع آزمایش

- زمان ارسال

- پیگیری

گرافی و CT scan و MRI

- زمان فرستادن بیمار برای گرافی و CT scan و MRI

- نوع گرافی و CT scan و MRI

- زمان برگشت بیمار به بخش

اگر قلم و دانش نبود؛ بشر با حیوان فرقی نداشت.

مارسل پروست.



پروسیجرها

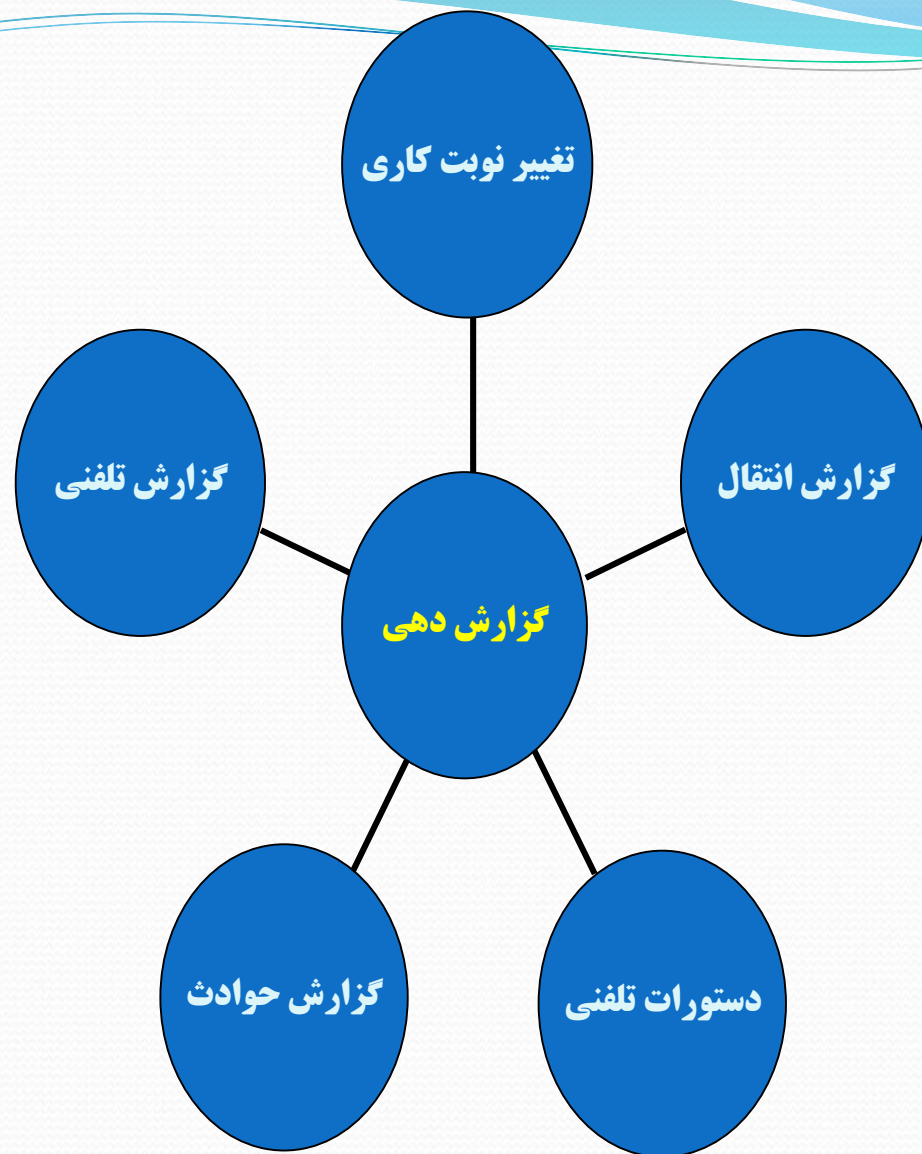
- ثبت نوع پروسیجر

- زمان پروسیجر

- واکنش بیمار

فرمهای خلاصه ترخیص

- آموزش تداخلات بالقوه دارو و غذا، اقدامات تغذیه ای و رژیم های اصلاح شده
- روش های نوتوانی، استقلال مالی در محیط
- دستیابی به منابع اجتماعی موجود
- پیگیری درمان آموزش مراقبت از خود به مددجو و خانواده
- آموزش داروها (زمان، علت، مقدار و روش مصرف دارو، احتیاط ها و عوارض جانبی)



گزارشات شفاهی



چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

change of shift reports

• گزارش تعویض شیفت

Telephone reports

• گزارش تلفنی

Transfer reports

• گزارش انتقالی

Incident reports

• گزارش حوادث اتفاقی

گزارش تعویض شیفت

- یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود.
- در یک بررسی، زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است.



مشخصات گزارش تغییر نوبت کاری

- سریع و کارآمد ارائه گردد.
- نباید از روی کاردکس خوانده شود.
- گزارش باید عینی مختصر و به روز باشد.
- مهم است که کارکنان کمکی، هم در گزارش تغییر نوبت کاری شرکت کنند.

رهنمودهای دستورات تلفنی

- اگر پزشک در تماس تلفنی سریع صحبت می کند از سوالات روشن جهت اجتناب از سوء تعبیر استفاده کنید.



گزارشات تلفنی

- نام مددجو شماره اتاق و تشخیص بیمار را مشخص کنید.
- بعد از صحبت پزشک، دستورات تجویز شده را تکرار کنید.
- دستور تلفنی را با ذکر تاریخ و زمان آن، اسم مددجو، پرستار و پزشک و دستور تجویز شده بنویسید.
- از خط مشی های موسسه پیروی کنید. باید دستورات تلفنی مرور شده و توسط دو پرستار امضا شوند.
- پزشک معمولاً تا ۲۴ ساعت بعد دستور را امضا کند.

گزارش انتقالی

- در موارد خاص، برای 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 باید در ثبت گزارش، به نکات زیر توجه شود:
 - نام بیمار، سن، پزشک و تشخیص اولیه
 - خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
 - وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
 - تشخیص ها، مشکلات و طرح های مراقبت های فعلی
 - 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 حوادث اتفاقی در بیمارستان

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد:



گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

- توصیف دقیق واقعه
- زمان حادثه
- اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
- زمان اطلاع به پزشک مسئول
- زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- درمان ها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

رهنمودهای تکمیل گزارش حادثه



- پرستار شاهد حادثه، باید گزارش را تکمیل کند.
- **اتفاقات را با کلمات عینی و مختصر شرح دهید.**
- شرایط مددجو را بطور عینی توصیف کنید.
- **اقدامات صورت گرفته توسط خود فرد، سایر پرستاران یا پزشکان را گزارش کنید.**
- سعی نکنید علت حادثه را تفسیر کنید یا توضیح دهید یا کسی را سرزنش کنید.
- **هرچه سریعتر گزارش را به مدیریت مربوطه ارائه دهید.**
- یک نسخه از گزارش کتبی را در فایل خود نگه دارید.

مثال

در روز ساعت بیمار روی کف زمین نزدیک صندلی یافتیم. بیمار درد ران راست و مشکل در حرکت پای راست داشت. خراشیدگی یا پارگی مشاهده نشد و $P=94$ و $RR=22$ و $BP=154/94$ بود. وضعیت Mental تغییر کرده بود. به دکتر x اطلاع داده شد. رادیوگرافی از hip انجام شد. مسکن داده شد و بیمار هر یک ساعت بررسی شد. استفاده از زنگ مجددا آموزش داده شد و نرده کنار تخت بالا قرار داده شد. امضاء

گزارش قبل از عمل

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد، صندلی چرخدار و غیره)
- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل
- ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید Gcs. RR. T.P.R. BP
- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها، لوله تراشه و ...)
- ثبت دستورات دارویی قبل از عمل
- آمادگی انجام شده (انما ، شیوه و...)
- در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت می شود .

گزارش قبل از عمل – ادامه ...

- کنترل صدای قلب و حرکات جنین و... الزامی است.
- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضا گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش ریکاوری

- ثبت ساعت ورود به اتاق ریکاوری
- ثبت نوع عمل انجام شده
- ثبت نوع بیهوشی ، سطح هوشیاری و تاریخ و ساعت شروع و پایان عمل
- وضعیت عمومی بیمار استفراغ ، خونریزی با قید ساعت و نام و امضا پرستار
- ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه مثل چست تیوپ ، لوله تراشه ، وزنه ، هموواگ و...
- ثبت تحویل نمونه های بیوپسی (به پرسنل یا همراه...) و برگه های مربوطه

گزارش ریکاوری – ادامه ...

- ثبت هر گونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اتاق عمل افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد، مثل خونریزی وسیع ، شوک و ارست قلبی .
- ثبت هر مداخله ای یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد .
- در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگار ، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود .

گزارش بعد از عمل

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- ثبت نوع عمل انجام شده
- ثبت وضعیت عمومی با قید V/S و سطح هوشیاری ، درد ...
- ثبت وضعیت درن ها و تیوپ ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان
- ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعت اولیه
- ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری

گزارش بعد از عمل – ادامه ...

- در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ ، وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد ، مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و...
- در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد .

گزارش ترخیص

۱. کنترل اینکه ترخیص بیمار توسط پزشک امضا شده باشد .
۲. وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی
۳. ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید همراه
۴. آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی ، پمفلت و ...) باید ثبت گردد.
آموزش های ضمن ترخیص شامل : رژیم غذایی، فعالیت ، دارو، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کنند .
۵. روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات های بعدی
۶. دادن کارت مراجعات بعدی (کارت ترخیص)

گزارش ترخیص – ادامه ...

۷. در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند حتماً قید شود که علیرغم توصیه در مورد ادامه روند درمان ، با رضایت و آگاهی از عوارض ، بیمارستان را ترک کرد . (گرفتن اثر انگشت الزامی است).
۸. در مورد بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یابد و ثبت گردد .
۹. (و بهتر است پزشک قید نماید تا زمان ترخیص دستورات ادامه یابد) و پرونده از قسمت مالی برگشت داده شود در غیر اینصورت پرونده ثانویه تشکیل گردد.
۱۰. ترخیص مادر و نوزاد در یک زمان انجام گردد حتی اگر یکی از آن دو نیاز به اقامت در بیمارستان داشته باشد.

گزارش فوتی

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی ، علائم ذهنی ، عینی) با قید ساعت و تاریخ
- ثبت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- اقدامات انجام شده به تفصیل (در مورد C.P.R ثبت مراحل آن با قید لوله تراشه ، داروهای مصرف شده و یا ماساژ قلبی و الکتروشوک ، داروهای مصرف شده، نوشته شود.
- اشاره شود که بیمار فاقد نبض و تنفس بود و مردمک ها فاقد واکنش به نور و مدریاز دوبل بودند .
- مرگ بیمار باید توسط پزشک تایید شود.

گزارش فوتی - ادامه ...

- ثبت ساعت فوت ، نحوه گواهی فوت (گواهی فوت صادر گردیده و یا توسط پزشک قانونی باید صادر گردد).
- در مورد فوت نوزاد : جنس ، آپگار زمان تولد ، یا مرده به دنیا آمده سن جنینی (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به به تاریخ و گواهی فوت دارد) و ساعت فوت ، راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت
- در پرونده نوشته شود که جسد به چه کسی تحویل داده شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.
- باید نام و نام خانوادگی جسد ، سن ، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شود و روی بدن بیمار و روی ملافه چسبانیده شود.



مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش

- عدم تطابق محتوای گزارش با استانداردهای حرفه ای
- محتوای گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد.
- محتوای ناقص یا بی ثبات
- محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش پرستاری
- امضای گزارشات تهیه شده پس از امضای فرد دیگر
- تحریف گزارش



مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش - ادامه ...

- وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش پرستاری
- ناخوانا بودن گزارش
- درهم برهمی و کثیفی گزارش
- جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- رونویسی اشتباهات
- امضای نامناسب گزارش توسط پزشک
- لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

برخی از خطاهای پرستاری

◎ خطاهای دارویی:

۱. تجویز اشتباهی دارو برای بیمار
۲. بکار بردن دوز غیر صحیح و اشتباه
۳. حذف یک دوز دارو
۴. اشتباه در محاسبه دارویی
۵. از قلم انداختن در رو نویسی دستورات یا رو نویسی نادرست
۶. نادیده گرفتن علائم مسمویت دارویی
۷. اشتباه در طریقه مصرف دارو (راه مصرف)

برخی از خطاهای پرستاری – ادامه ...

● خطاهای ثبت :

۱. حذف یک سری از موارد مهم
۲. ثبت عقاید شخصی
۳. ثبت موارد مبهم
۴. ثبت در زمان نامناسب
۵. تصحیح نامناسب
۶. ثبت مواردی که خودش انجام نداده است.

برخی از خطاهای پرستاری – ادامه ...

۷. استفاده از کلمات یا واژه های مبهم یا اشتباه

۸. عدم صراحت در نگارش

برخی از خطاهای پرستاری – ادامه ...

◎ برخی از موارد قصور در پرستاران :

۱. قصور در اجرای درمان بطور صحیح
۲. سقوط بیمار و قصور ثبت آن و نداشتن صداقت
۳. اشتباهات دارویی
۴. قصور در مشاهده کردن
۵. قصور در ثبت صحیح مشاهدات خود از بیمار
۶. بکارگیری تجهیزات ناقص و معیوب
۷. قصور در بررسی بیمار و گرفتن شرح حال و تاریخچه بیمار

برخی از خطاهای پرستاری – ادامه ...

۸. سوختگی ها
۹. قصور در تهیه شرح حال و گزارش تغییرات
۱۰. قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار
۱۱. قصور در نگهداشتن اطلاعات محرمانه بیماران
۲۱. قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت به موقع آن
۳۱. قصور در گزارش دادن به موقع به پزشک
۴۱. قصور در مورد دستورات دارویی و غیر دارویی بی جا و نامناسب

برخی از خطاهای پرستاری – ادامه ...

۵۱. قصور در ثبت دستورات

۶۱. قصور در انجام دستورات توسط افراد حرفه ای (واگذار نمودن مراقبت های درمانی و دارویی بیمار به افراد غیر حرفه ای)

۷۱. قصور و یا سهل انگاری در ارائه مراقبت ها به علت خستگی به دلیل شیفت

دوبل

به امید دیدار
تاجلسه بعد ، خدا نگهدار

تهیه و تنظیم: علیرضا نیک جو
کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی