

# گزارش نویسی در پرستاری

تهیه کننده

**فاطمه شیخی**

سوپروایزر آموزشی بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) میناب

## ۱.۱ تعریف گزارش

گزارش در لغت به معنی تفسیر، شرح و تفصیل خبر یا کاری که انجام یافته است (فرهنگ عمید) یا بیان و اظهار (فرهنگ معین) و در اصطلاح انتقال اطلاعات از فردی که آن را می‌داند یا به دست آورده، به فردی که نمی‌داند و نیازمند اطلاعات مزبور می‌باشد یا باید از آنها آگاهی داشته باشد، است. در تعریف می‌توان گفت به هر نوع انتقال اطلاعاتی که بر مبنای موازین علمی از منابع موثق تحصیل گردیده، و طبق اصول و ضوابطی ویژه تنظیم و تدوین شده باشد، و به فرد یا افرادی مشخص به منظور حصول اطلاع یا اتخاذ تصمیم ارائه گردد، گزارش گفته می‌شود.

- برخی از روش‌های معمول گزارش نویسی عبارتند از: روش سنتی یا بیمارستانی، SOAPIE، POMR، گام به گام، داستانی و بر اساس تشخیص پرستاری

# اهمیت گزارش پرستاری

- یکی از مهمترین قسمت های پرونده بیماران
- جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس میکند
- محکم ترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از خود
- ثبت و گزارش نویسی یکی از مهمترین مسئولیت های پرستاران

## برقراری ارتباط بین پرسنل

- اولین هدف ثبت گزارش پرستاری، در جریان قرار دادن دیگر اعضای تیم مراقبتی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی انجام شده است
- کیفیت مراقبت ارائه شده به بیمار به توانایی مراقب در برقراری ارتباط با دیگر افراد تیم مراقبتی بستگی دارد
- تمام ارائه دهندگان مراقبت به اطلاعات مشابهی درباره مددجو نیاز دارند تا بتوانند مراقبت موثر و منظمی را به مددجو ارائه دهند



# اصول گزارش نویسی

## واقعي بودن (Factual)

- گزارش باید حاوی اطلاعات عینی و توصیفي از آنچه که پرستار مي بیند، مي شنود، مي بوید باشد که مستلزم مشاهده مستقیم پرستار مي باشد
- گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید
- اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درك اشتباه نمی گردد



○ قضاوت کردن درباره بیمار بدون حمایت آن با داده های حقیقی قابل قبول نیست

○ از کاربرد کلماتی که ایجاد شك، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید

○ بهیچ عنوان از کلماتی مثل به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

• گزارش نادرست: بیمار افسرده به نظر می رسد

• گزارش درست باید به زبان مددجو باشد

نقل قول مستقیم: بیمار اظهار می نماید " احساس می  
کنم خیلی عصبی هستم"

نقل قول غیر مستقیم: بیمار اظهار می نماید دچار اختلال  
در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله  
صحبت با دیگران را ندارد، اشتها ندارد



## دقت (Accurate)

اگر گزارش پرستار دقیق نباشد قانون دانان دچار شك و ابهام می گردند

استفاده از ابزارهای دقیق، صحت گزارش را افزایش می دهد.

**مثال 1:** ثبت نادرست : بیمار به اندازه کافی آب و مایعات نوشیده است

ثبت درست : بیمار 360 میلی لیتر آب نوشیده است

**مثال 2:** ثبت نادرست : زخم پشت بیمار نسبت به قبل بهتر شده است

ثبت درست : زخم ناحیه ساکروم در stage 2 است . وسعت

زخم ۳ سانتی متر است ۵ سی سی ترشح غیر چرکی و کاملاً سروزی دارد.

**نکته مهم:** نباید اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

## کامل ولي خلاصه (Complet)

- اطلاعات موجود در گزارش باید کامل و حاوي داده هاي ضروري و در عين حال مختصر باشد
- نوشته هاي مختصر درك آساني دارد و وقت را تلف نمي نمايد
- از ذکر موارد غير ضروري و غير مرتبط اجتناب شود
- مثال از داده غير ضروري: بیمار تلویزیون نگاه می کند

## به موقع بودن ثبت (Timely)

- عدم ثبت در زمان مناسب سبب فراموشی، حذف مطالب، کاهش دقت و اختلال در مراقبت می گردد

## سازماندهی (Orderly)

- هنگام ثبت گزارش باید گزارشات بر اساس يك توالي  
مشخص ثبت شود ابتدا شرحي از مشکل بیمار
- بررسی های انجام شده
- اقدامات انجام شده
- سپس پاسخ بیمار به اقدامات انجام شده



## محرمانه بودن اطلاعات (confidential)

- پرستار قانوناً در مقابل اطلاعات حاصل از تشخیص و درمان بیماران مسئول است و نباید اطلاعات را در اختیار دیگران قرار دهد
- پرونده باید از دسترس افرادی که درگیر مراقبت و درمان بیمار نیستند دور نگه داشته شود
- بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بیمار، بدون اجازه بیمار را ندارد

## چه مواردی به امضای دوم نیاز دارند؟

- چک و اجرای دستورات تلفنی پزشک
- تجویز داروهای پرخطر
- تایید نوشته‌های افرادی که صلاحیت نوشتن گزارش پرستاری را ندارند (مثلاً کمک بهیار یا دانشجوی پرستاری)

## اصالت گزارش

- آنچه در گزارش پرستاری نوشته می‌شود می‌بایست حاصل یافته‌ها و اقدامات خود شخصی باشد که گزارش را می‌نویسد اگر نویسنده گزارش فردی غیر از انجام دهنده کار باشد؛  
باید در گزارش خود بنویسد که کار توسط چه کسی انجام شده است ( انجام دهنده کار را نام ببرد و با برشمردن سمت او، ذکر کند که وی این کار را انجام داده یا مطلب را به اطلاع رسانده است )
- وقتی عین گفته‌ها یا نوشته‌های کسی را می‌آورید، آن را در «گیومه» قرار دهید.



## زمان گزارش نویسی

- می‌بایست در هر شیفت کاری، حداقل یک‌بار نوشته شود
- نوشتن گزارشات متعدد در یک شیفت کاری مجاز می‌باشد
- باید در ساعات پایانی شیفت کاری (معمولاً دو ساعت انتهایی شیفت) ثبت شود

## ثبت زمان در گزارش نویسی

- حتماً از سیستم ساعت نویسی **24 ساعته** استفاده کنید  
**مثال:** ساعت 1 بعدازظهر را به صورت 13:00 و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت 09:15 نشان دهید
- دقت داشته باشید که **این زمان، زمان ثبت گزارش پرستاری است،** نه زمان انجام اقدامات یا مشاهداتی که در متن گزارش به آنها اشاره می کنید
- هرکجا در متن گزارش به اتفاق، وضعیت یا اقدامی اشاره می کنید، زمان وقوع آن را همانجا (در متن گزارش) ثبت کنید.

## چه مواردی باید گزارش شود

- وضعیت بالینی بیمار
- مشکلات بیمار
- تغییرات وضعیت در طی شیفت
- درمان‌های انجام شده
- مراقبت‌های انجام شده
- نحوه پاسخ به اقدامات انجام شده
- اتفاقاتی که در طی شیفت کاری برای بیمار افتاده

## نکته مهم



**در دادگاه مراقبت ثبت نشده مانند مراقبتی است  
که انجام نشده باشد**

**حتی اگر به عالی ترین صورت انجام گرفته شود**

# در سازمان‌دهی گزارش، گزارش پرستاری را به چه ترتیبی بنویسیم

1. سیستم اعصاب مرکزی
2. سیستم تنفس
3. سیستم قلب و عروق
4. سیستم پوست
5. سیستم ادراری- تناسلی
6. سیستم گوارش
7. سیستم اسکلتی- عضلانی
8. مسایل روانی- اجتماعی
9. مسایل متفرقه

# 1) سیستم اعصاب مرکزی



- سطح هوشیاری و آگاهی به زمان و مکان و شخص
- اندازه مردمک ها و واکنش به نور
- حس و حرکت اعضاء
- فیزیوتراپی های انجام شده
- پیگیری مشاوره ها و تست های تشخیصی ( آزمایش ، گرافی ، نو
- آمادگی و توجهات قبل و بعد تست های تشخیصی
- بررسی حافظه
- آموزش به بیمار
- مشکلات:

- افت هوشیاری
- ضعف
- گیجی
- دلیریوم
- تشنج
- عوارض داروها
- سرگیجه درد
- گزگز شدن ، بی حسی یا فلج اندامها
- سرگیجه و عدم تعادل
- لرزش یا حرکات غیرطبیعی اندامها
- ناتوانی در تکلم
- اختلالات بینایی، بویایی، چشایی ، لامسه و ...

## 2) ثبت گزارش در سیستم تنفسی



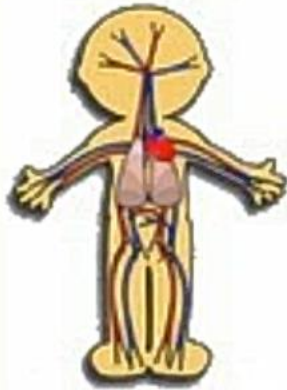
- الگوی تنفس و صداهای تنفسی
- داشتن چست تیوپ و مراقبت آن
- میزان دریافت اکسیژن (lit/min) از راه تراکئوستومی، ماسک، کانولای بینی
- تهویه مکانیکی و تنظیمات آن ( TV Mode, Rate, Fio2, I E Ratio, )
- پیگیری تست های تشخیصی ( ABG و ... ) و ثبت و گزارش موارد غیر د
- آمادگی و توجهات قبل و بعد تست های تشخیصی
- انجام ساکشن ( دفعات، نوع و حجم ترشحات )
- فیزیوتراپی قفسه سینه
- آموزش به بیمار
- مشکلات:

- درد قفسه سینه
- خلط
- گرفتگی صدا
- عوارض دارو ها

- تنگی نفس
- سرفه
- خونریزی از بینی
- صداهای غیر طبیعی

## 3) سیستم قلب و عروق

- کنترل نبض و فشار خون ( در حالت نشسته ، خوابیده ) و موضع اندازه‌گیری آن
- گرفتن نوار قلب / مانیتورینگ بیمار (لید مانیتور شده و ریتم مشاهده شده )
- فعالیت بیمار و سطح تحمل فعالیت
- راه دسترسی به عروق و نوع آنژیوکت
- نوع و مقدار سرم‌های دریافتی
- دریافت خون یا فرآورده‌های خونی و پاسخ بیمار به آن
- تغییر در وضعیت قلبی عروقی ( ایست قلبی و آریتمی ) و اقدامات انجام شده
- کاربرد دستگاه دفیبریلاتور(ژول مصرفی، تعداد دفعات شوک )
- پیگیری تست های تشخیصی و ثبت و گزارش موارد غیرطبیعی
- آمادگی و توجهات قبل و بعد تست های تشخیصی
- آموزش به بیمار
- گزارش مشکلات :



- |                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| - درد قفسه سینه | - تپش قلب             |
| - سردی اندام‌ها | - اختلال الکترولیتی   |
| - ادم اندام‌ها  | - سنکوب               |
| - تنگی نفس      | - عوارض داروهای مصرفی |

## 4) سیستم پوست



○ دمای بدن و موضع اندازه‌گیری آن

○ دمای پوست

○ رنگ پوست ( سیانوز، رنگ پریدگی، خون مردگی ، زردی و... )

○ خشکی، رطوبت، پوسته پوسته شدن

○ زخم ( رنگ ، محل، درجه، اندازه) و نمونه برداری از ترشحات زخم

○ تعویض پانسمان ( زمان، وضعیت زخم، نوع و مقدار محلول شستشو، ترشح ) و \_

پانسمان

○ کشیدن بخیه ( تعداد بخیه )

○ تغییر پوزیشن و ماساژ پوست

○ حمام در تخت

○ مشکلات:

- تعریق

- ادم

- خارش

- بوی غیر طبیعی پوست

- عوارض داروهای مصرفی

- ضایعات پوستی ( پاپول ، پلاک، جوش، کهیر، تاول

و ...

## 4) سیستم پوست



- دمای بدن و موضع اندازه‌گیری آن
- دمای پوست
- رنگ پوست ( سیانوز، رنگ پریدگی، خون مردگی ، زردی و... )
- خشکی، رطوبت، پوسته پوسته شدن
- زخم ( رنگ ، محل، درجه، اندازه) و نمونه برداری از ترشحات زخم
- تعویض پانسمان ( زمان، وضعیت زخم، نوع و مقدار محلول شستشو، ترشح ) و \_ پانسمان
- کشیدن بخیه ( تعداد بخیه )
- تغییر پوزیشن و ماساژ پوست
- حمام در تخت
- مشکلات:

- تعریق
- خارش
- عوارض داروهای مصرفی
- و ...
- ادم
- بوی غیر طبیعی پوست
- ضایعات پوستی ( پاپول ، پلاک، جوش، کهیر، تاول

## 5) سیستم ادراری - تناسلی



- وضعیت ظاهری اندام های ادراری- تناسلی
- ویژگی های ادرار ( رنگ، حجم و...)
- مراقبت از کاتترها ( فولی، سوپراپوبیک )
- پیگیری تست های تشخیصی و ثبت و گزارش موارد غیر
- آمادگی و توجهات قبل و بعد تست های تشخیصی
- کنترل جذب و دفع
- مشکلات:

- سوزش ادرار
- بی اختیاری ادرار
- عوارض داروهای مصرفی
- تکرر ادرار
- فوریت در دفع ادرار
- احتباس ادرار
- هماچوری و ...



## (6) سیستم گوارش

- رژیم غذایی ، حجم غذای مصرفی و تحمل غذا
- تاریخ گذاشتن کاتتر بینی معده ، گاواز ، لاواژ و ساکشن
- مراقبت از استومی ( گاستروستومی ، کولستومی ، ایلئوستومی )
- صداهای روده و وضعیت دفعی
- پیگیری تست های تشخیصی و ثبت و گزارش موارد غیر طبیعی
- آمادگی و توجهات قبل و بعد اقدامات تشخیصی ( تنقیه ، بلع باریم ، کولونوسکپی و ... )
- ویزیت توسط متخصص تغذیه
- مراقبت از دهان
- در صورت انجام تغذیه وریدی توجهات خاص مربوط به آن
- مشکلات:

- |                       |                           |
|-----------------------|---------------------------|
| - تهوع ، استفراغ      | - اسهال ، یبوست           |
| - نفخ                 | - درد شکم                 |
| - آسیت                | - اشکال در بلع            |
| - خون در مدفوع        | - خشکی و التهاب مخاط دهان |
| - عوارض داروهای مصرفی | - تغییر در حس چشایی و ... |



## (7) سیستم عضلانی - اسکلتی

- وجود گچ یا آتل
- حس ، حرکت، رنگ و دمای اندام ها
- نبض های محیطی و پرشدگی مویرگی
- تحرک ( فعال یا غیر فعال ) / عدم تحرک
- توانایی انجام فعالیت های روزانه ( غذا خوردن ، راه رفتن ، توالی رفتن ، لباس پوشیدن و...)
- وسایل کمکی مورد استفاده هنگام حرکت کردن
- تراکشن
- تعویض پانسمان و شستشوی زخم
- حمام روی تخت
- مشکلات:



- فلج و گرفتگی عضلانی
- بی حرکتی
- افتادگی مچ دست یا پا و...
- درد
- بدشکلی اندامها

## 8) مسایل روانی - اجتماعی

- فرایندهای فکری طبیعی
- ارتباط با دیگران و نقش های اجتماعی
- پاسخ کلامی مناسب
- وضعیت خواب
- مشکلات
- توهم ( شنیداری، دیداری و بویایی )
- اضطراب ، وسواس ، ترس و بدبینی
- اعتیاد
- پرخاشگری
- اختلال خواب
- خستگی و ...
- دلیریوم
- افکار خودکشی
- عصبانیت و
- عوارش داروها

## نکات قابل توجه در گزارش نویسی



## چگونگی گزارش نویسی

- از خط مشی موسسه در رابطه با گزارش نویسی مطلع باشید
- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید
- گزارش شیفِت قبلی را برای اطلاع از موارد قابل پیگیری بخوانید

**نکته :** گزارش ثبت شده شیفِت قبل رونویسی نگردد

- همه حقایق را گزارش کنید
- گزارش باید مختصر، بدون تکرار، و فاقد کلمات نامفهوم باشد .
- نوشته ها باید خوانا باشد

# چگونگی گزارش نویسی

- برای ثبت و گزارش علایم حیاتی حتی المقدور از چارتهای گرافیکی استفاده کنید
- از اصطلاحات مخفف استاندارد استفاده شود تا از سوء تفاهمات و خطا در تفسیر جلوگیری شود.

**مثال** استفاده از اصطلاح OD ( چشم راست) به جای OD ( هر روز )

- از کلمات عمومی نظیر (وضعیت بیمار تغییری نکرده یا بیمار روز خوبی داشته ) استفاده نکنید

○ اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند را گزارش نمایید  
**مثال :** آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و ...

- انواع آزمایشات بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید

# چگونگی گزارش نویسی

- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.
- ثبت بلافاصله بعد از مراقبت صورت گیرد
- فقط مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید
- برای ثبت هر پروسیجر و اقدامی از تکنیک 6W استفاده شود

**When :**

**What : چه پروسیجر/اجرا شده Why : چرا**

**چه زمانی**

**How**

**Who : توسط چه کسی**

**Where : کجا**

**: چگونه**

**نکته:**

- همیشه لازم نیست در مورد هر چیزی هر 6 مورد رعایت شود **مثال:**  
هر پرستاری می داند که سوند فولی درون مجرای ادراری گذاشته می شود

# گزارش رگ گیری و مایع تراپی

- تاریخ تعویض آنژیوکت، شماره یا نوع آن و علت تعویض و اندامی که از آن رگ گرفته شده است
- تعویض ست سرم و علت تعویض باید ثبت شود
- اگر بیمار دارویی را به صورت انفوزیون وریدی دریافت می کند، **تعداد قطرات در دقیقه** باید در گزارش ثبت شود
- در مورد تمامی سرم ها، **سرعت انفوزیون و مقدار مصرف شده** در طول شیفت باید در گزارش نوشته شوند

## گزارش استفاده از تجهیزات

○ در صورت استفاده از هر گونه وسایل و تجهیزات ( ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز، دستگاه دیالیز و...) تنظیمات آن را یادداشت نمایید

**مثال:**

- تنظیمات تهویه مکانیکی ( TV Mode, Rate, Fio2, I E Ratio, )

- مانیتورینگ ( لید تحت مانیتورینگ )

- پیس میکر ( تعداد ضربان در دقیقه )

- و...

## گزارش داروهای تجویز شده

- دستورات دارویی اجرا شده را ثبت نمایید (نام دارو ، دوز دارو ، تاریخ و ساعت شروع ، زمان و راه تجویز)
- در صورت تجویز داروهای PRN، زمان دقیق مصرف و دلیل استفاده باید ثبت گردد.
- در صورت بروز عوارض دارویی ضمن اطلاع به پزشک معالج موضوع را همراه با اقدامات انجام شده و پاسخ بیمار به اقدامات در گزارش پرستاری ثبت نمایید
- در صورت اجرا نشدن دستورات دارویی علت را بیان نمایید ( امتناع بیمار، موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون، دستور پزشک مربوطه و ...)

# چگونگی اصلاح اشتباهات نوشتاری

از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله **لاک گرفتن**، سیاه کردن یا تراشیدن برگه اجتناب کنید

○ روی عبارت اشتباه یک خط کم‌رنگ و باریک بکشید، به طوری که عبارت اشتباه از زیر خط به راحتی قابل خواندن باشد.

○ در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه اشتباه یا Error را بنویسید

○ عبارت صحیح را بنویسید

○ در انتهای گزارش ذکر کنید که گزارش دارای مثلاً یک مورد یا دو مورد خط خوردگی می‌باشد.

○ نام، سمت و امضاء

~~Handwritten notes on lined paper, crossed out with a large red X. The text is mostly illegible due to heavy scribbling and crossing out.~~

$\frac{Error}{2} = \frac{5.11}{2}$ 
 و  $130/58$  و  $89/58$  و  $200/58$  و  $4.60/58$

# گزارش تغییر در شرایط بیمار

- ترتیب ثبت تغییر در شرایط بیمار:
- گزارش تغییر در شرایط بیمار ( تغییر در وضعیت همودینامیک بیمار) به پزشک با ذکر تاریخ و ساعت
- اقدامات درمانی و مراقبتی انجام شده
- گزارش وضعیت بیمار پس از انجام اقدامات



# آزمایشات غیر طبیعی

- نتایج آزمایشات باید پس از دریافت به دقت مطالعه شود
- در صورت وجود موارد غیر طبیعی:
  - بلافاصله به پزشک معالج گزارش شود
  - ضمن ثبت در گزارش پرستاری، روی برگه آزمایش نام فرد اطلاع دهنده و ساعت اطلاع به پزشک ثبت گردد



## گزارش کنترل جذب و دفع

- در صورت کنترل I&O (جذب و دفع) در پایان هر شیفت باید میزان مایعات جذب و دفع شده جمع زده شود و ضمن ثبت در برگه مخصوص جذب و دفع مایعات در گزارش پرستاری نیز درج گردد
- جمع 24 ساعته (I&O) توسط شبکار در برگه کنترل جذب و دفع و در برگه گزارش پرستاری ثبت می شود



# گزارش سونداژ مثانه

- هدف از سونداژ مثانه
- نوع سند استفاده شده ( فولی ، نلاتون )
- سایز سند
- حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون
- حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه

## در صورت انجام شستشو

- حجم و نوع محلول شستشو
- حجم و رنگ مواد برگشتی
- واکنش مددجو

## گزارش پانسمان زخم

- ناحیه زخم
- وسعت و اندازه زخم
- نزدیک بودن لبه های زخم
- وجود ترشح
- رنگ ، نوع و میزان ترشح
- وجود درن ( عملکرد درن ، رنگ و حجم ترشحات)
- نوع محلول شستشو
- نوع پانسمان

## گزارش اکسیژن تراپی

- دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)
- زمان شروع اکسیژن درمانی
- طول مدت اکسیژن درمانی
- روش اکسیژن درمانی ( ماسک ، کانولا ، نت و...)
- میزان جریان اکسیژن ( لیتر در دقیقه)
- واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی

## گزارش اجرای دستورات پزشکی مشاور

- در صورت انجام مشاوره پزشکی، دستورات پزشکی مشاور فقط در صورتیکه اجرا می شود که دستورات اجرای آن توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم، در پرونده بیمار وارد گردد.
- بدون تأیید پزشک معالج دستورات پزشکی معالج قابل اجرا نیست.

# گزارش پذیرش بیمار

- پرکردن مشخصات بیمار در بالای فرم
- تاریخ و ساعت دقیق بستری شدن بیمار
- طریقه آمدن به بخش (با پای خودش، ویلچر، برانکار، اورژانس 115 و...)
- مکانی که از آنجا ارجاع شده
- شکایت اصلی و فعلی بیمار
- اطلاعات حاصل از بررسی و معاینه بیمار (وضعیت هوشیاری، علایم حیاتی، و سایر موارد مهم)
- نام پزشك و ساعت مطلع کردن
- ساعت ویزیت توسط پزشك
- اقدامات پرستاری انجام شده در شیفت و برنامه مراقبتي بیمار

**نکته:** نوشتن تشخیص پزشکی صحیح نیست بجای آن علائم و نشانه های موجود را گزارش نمائید ( سردرد، تهوع، استفراغ ، و...)

## گزارش اقدامات حفاظتی و ایمنی

- اقدامات حفاظتی نظیر بالا کشیدن میله های کنار تخت یا استفاده از مهار کننده ها (دارویی و فیزیکی) ، زمان استفاده ، دلیل استفاده و پاسخ بیمار به آنها ثبت گردد

### نکته مهم :

- بدون دستور پزشک از مهارکننده ها استفاده نکنید
- در صورتی که بیمار شفاها مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید، دقیقا گزارش نمایید

## گزارش قبل از عمل

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد و صندلی و غیره)
- ثبت علائم حیاتی قبل از تحویل به اتاق عمل
- ثبت وضعیت عمومی بیمار
- ثبت وسائل و تجهیزات متصل به بیمار (سوندها و غیره ...)
- ثبت داروهای تجویز شده قبل از عمل
- ثبت آمادگی لازم داده شده (انما، تخلیه مثانه، شیو و غیره ...)
- **در مورد سزارین** ذکر سن حاملگی و علت سزارین، وضعیت جنین (کنترل صدای قلب، حرکات و غیره) الزامی است

# گزارش بعد از عمل

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- نوع عمل انجام شده
- وضعیت عمومی بیمار ( سطح هوشیاری ، درد و غیره ...)
- وضعیت در ن ها از نظر کارکرد صحیح و ترشحات
- وضعیت ناحیه عمل از نظر خونریزی
- علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعات اولیه
- مراقبت های انجام شده
- موارد قابل پیگیری



## گزارش بعد از عمل سزارین

- علاوه بر ثبت مراقبت های معمول ارائه شده به مادر موارد ذیل نیز ثبت شوند
  - ساعت تماس مادر و نوزاد
  - ساعت شروع تغذیه با شیر مادر
  - استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد
  - مراقبت از بند ناف
  - سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره.

## گزارش فوتی

- وضعیت عمومی قبل از مرگ ( علائم حیاتی ، علائم ذهنی ، عینی) با قید ساعت و تاریخ
- سیر علائم حیاتی بیمار
- ثبت ساعت بد حال شدن بیمار
- اقدامات انجام شده به تفصیل از ساعت اطلاع به پزشک و ویزیت پزشک تا مرگ
- ساعت دقیق فوت
- نحوه صدورگواهی فوت ( صادر شده و یا توسط پزشکی قانونی صادر خواهد شد )

## نحوه ثبت مشخصات فرد نویسنده گزارش

ثبت مشخصات و امضای فرد نویسنده گزارش پرستاری در راستای اطمینان از صحت و دقت گزارش است

○ مشخصات فرد ثبت کننده :

- نام کامل پرستار

- سمت

- شماره نظام پرستاری

- امضاء

○ دانشجوی پرستاری باید نام کامل، خلاصه عبارت دانشجوی پرستاری ( NS,SN ) و همچنین نام موسسه آموزشی را قید کند

# گزارش انتقال

- پرکردن مشخصات بیمار در بالای برگ انتقال یا اعزام
  - خلاصه ای از سیر بیماری تا زمان انتقال
  - وضعیت سلامتی فعلی بیمار
  - تشخیص های پرستاری و مراقبت های فعلی بیمار
  - هر مداخله بحرانی که باید در زمان کوتاهی پس از انتقال صورت گیرد
  - توجهات و احتیاط های خاص ( ایزوله کردن یا حساسیت ها)
  - نیاز به هرگونه تجهیزات مراقبتی
- نکته:** علاوه بر گزارش کتبی، وضعیت کلی بیمار نیز باید قبل از انتقال به پرستار گیرنده بصورت شفاهی گزارش گردد



# گزارش وقایع

- گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.  
( فرار، سقوط، حساسیت ها، خطاهای تجویز دارو و ... )

## نکات مدنظر در نوشتن گزارش وقایع:

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

# گزارش وقایع

- گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد.  
( فرار، سقوط، حساسیت ها، خطاهای تجویز دارو و ... )

## نکات مدنظر در نوشتن گزارش وقایع:

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

## گزارش تغییر شیفت

- در پایان هر شیفت لازم است پرستاران اطلاعات بیماران بخش را به منظور تداوم ارائه مراقبت ها به پرسنل دیگری که قرار است با بیماران کار کنند انتقال دهند
- گزارش تغییر شیفت می تواند بصورت کنفرانس یا راند بالینی در کنار تخت بیمار یا ضبط شده روی ضبط صوت ارائه شود

### بهترین روش راند بالینی است:

- پرستار دقیقا در جریان وضعیت بیمار قرار گیرد
- مواردی را که بیمار مطرح می کند نیز بشنود

# گزارشات تلفنی

3 اصل اساسی در گزارشات تلفنی :

واضح بودن اطلاعات      صحیح بودن اطلاعات      دقیق بودن

اطلاعات

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

- چه موقع تماس گرفته است؟

- چه کسی تماس گرفته است؟

- با چه کسی صحبت شد؟

- چه اطلاعاتی داده شد؟

مثال:

ساعت 23:11 مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره 332 بخش

داخلی را 3 / 2 میلی اکی والان گزارش نمود

محسنی، پرستار بخش

تاریخ ، امضاء



## گزارش تلفنی به پزشک و ثبت دستورات

- فقط در موارد اورژانسی بدنبال تغییر ایجاد شده در وضعیت بیمار یا گزارش نتایج تست های تشخیصی صورت می گیرد

### نکته مهم

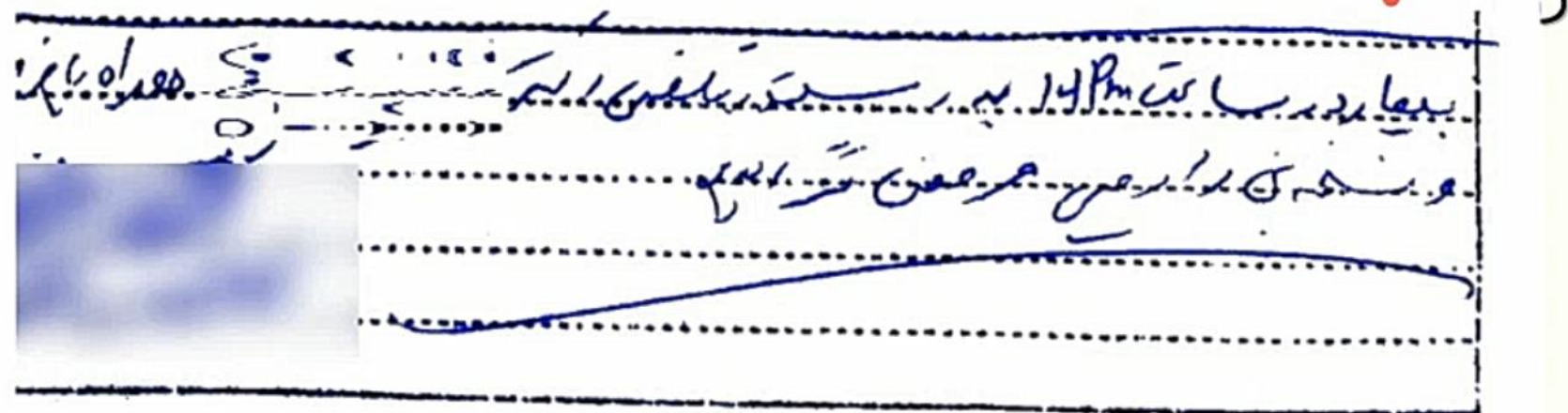
- دستورات تلفنی فقط هنگامی قابل قبول است که بیمار قبلاً یکبار توسط پزشک ویزیت شده باشد
- در صورت عدم ویزیت اولیه قبلی دستورات تلفنی قابل قبول نیست.

## نحوه اخذ دستورات تلفنی

- بطور واضح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را به پزشک اعلام نمائید
- دستوراتی را که پزشک تجویز می کند مجدداً برای پزشک تکرار نمایید
- تاریخ و زمان و شرح دستورات تلفنی را در برگ دستورات پزشک بطور دقیق ثبت نمائید و امضاء نمائید
- لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط پرستار دیگر نیز تأیید و امضاء شود
- **ظرف مدت 24 ساعت دستورات صادر شده به مهر و امضای پزشک برسد**

# گزارش ترخیص

- ثبت وضعیت عمومی بیمار در حین ترخیص
- ساعت ترخیص
- آموزش های داده شده به بیمار و همراهان ( رژیم ، دارو و فعالیت و غیره ) و



گزارش ترخیص ناقص

## گزارش بعد از ترخیص در موارد خاص

- **بیمارانی که به دلیل مشکلات مالی ترخیص نمی شوند اقدامات دارویی و در مانی طبق دستور پزشک باید ادامه داشته و ثبت گردد ، بهتر است پرونده از قسمت مالی برگشت داده شود در غیر اینصورت پرونده ثانویه تشکیل گردد و بعداً به پرونده اصلی الحاق گردد**
- **ترخیص مادر و نوزاد باید در یک زمان انجام گردد، حتی اگر یکی از آن دو، بیمار نباشند**
- **چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر ترخیص نشده است گزارش نوزاد کماکان در پرونده مادر باید ادامه داشته باشد**

# اجتناب از تحریف گزارش

## مصادیق تحریف گزارش

- اضافه نمودن مواردی به گزارش قبلی بدون ذکر اینکه موارد مذکور بعداً اضافه شده است
- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- دوباره نویسی و یا تغییر گزارش پرستاری
- اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

## نکته:

- برای پیشگیری از تحریف گزارش توسط دیگران در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری جای خالی وجود نداشته باشد و در صورت وجود جای خالی روی آن خط کشیده شود
- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود
- در صورت نیاز به اضافه کردن مطالبی به گزارش قبل گزارش تاخیری نوشته شود

## گزارش تاخیری (late entry)

اضافه کردن هر واژه‌ای به گزارش نوشته شده قبلی غیر قانونی بوده و جرم محسوب می‌شود.

**در چنین مواردی:**

- 1) در انتهای آخرین گزارش ثبت شده، با درج تاریخ و ساعت «فعلی» یک ورودی جدید با نوشتن عبارت «گزارش تاخیری»، ایجاد کنید
  - 2) تاریخ و ساعتی که گزارش به آن زمان بر می‌گردد را درج کنید
  - 3) مطالب مورد نظر خود را بنویسید
  - 4) مهر و امضاء نموده و گزارش را ببندید
- 4) علت بروز تاخیر و اینکه چرا این مطالب در گزارش مربوطه نوشته نشده‌اند را حتماً ذکر کنید

**نکته :** تا آخرین لحظه‌ای حضور بیمار در بخش می‌توان گزارش تاخیری را به پرونده بیمار اضافه کرد، اما هرچه فاصله‌ی بین زمان نوشته شدن گزارش تاخیری با زمان اصلی بیشتر باشد، ارزش حقوقی آن کمتر می‌شود.

## نوشتن گزارش در دو صفحه

- اگر خطوط صفحه به انتها رسید:
  - جملاتی را به طور فشرده و تلگرافی به فضای خالی زیر صفحه اضافه نکنید
  - در انتهای گزارش عبارت «ادامه دارد» را بنویسید و به صفحه بعد بروید
  - در ابتدای صفحه‌ی بعد نیز دوباره بنویسید «ادامه از قبل» و در زیر آن ادامه مطلب را بنویسید
  - در هر دو سمت صفحه، در کنار گزارش، تاریخ و ساعت را ثبت کنید

## بستن گزارش

- بلافاصله بعد از اتمام گزارش نویسی، انتهای گزارش با یک خط مستقیم به ببندید، این خط به منزله‌ی پایان گزارش است
- بلافاصله پس از نوشتن گزارش، آن را ببندید
- بعد از بستن گزارش نوشته‌ای را به آن اضافه نکنید
- اگر در ادامه‌ی شيفت مطلب جدیدی برای نوشتن پیش آمد، مجدداً تاریخ و ساعت جدید را درج و جملات تازه را به شکل یک ورودی جداگانه، اضافه کنید.



## مشکلات معمول در ثبت گزارش

- ثبت قبل از انجام مداخلات
- محتوی گزارش با استانداردها مطابقت ندارد
- محتوی گزارش منعکس کننده نیاز بیمار نیست
- محتوی علائم بیمار را بطور ناقص گزارش می کند
- خط و فضای خالی بین خطوط گزارش شده وجود دارد
- محتوی منعکس کننده دستورات طبی نیست
- گزارش تهیه شده توسط افراد دیگر بدون دقت امضاء شده است
- تحریف گزارش
- عدم ثبت مراقبت ها علیرغم انجام

# راه های جلوگیری از خطا و اشتباه در گزارش نویسی

- حضور پرستار هنگام ویزیت پزشک الزامی است
- تیک زدن، شماره گذاری، شمردن تعداد دستورات پزشک و بستن پایین و بالای دستورات پزشک الزامی است
- هیچ گونه فعالیت خارج از حیطه تخصصی خود انجام ندهد
- هرگونه قصور و کوتاهی همکاران در ارتباط با بیمار را گزارش نماید
- بیماران مرتب کنترل شوند و هرگونه تغییر وضعیت در طول شیفت به پزشک گزارش شود و در پرونده بیمار ثبت گردد
- شکایات بیمار از درد ، تنگی نفس و... جدی گرفته و پیگیری و ثبت شود
- اگر وضعیت بیمار بحرانی شد در هر ساعت از شبانه روز به پزشک اطلاع داده شود و تاریخ و ساعت آن ثبت شود

# راه های جلوگیری از خطا و اشتباه در گزارش نویسی

- از بکار گیری افراد غیر حرفه ای بویژه دانشجویان جهت انجام امورات بالینی خود داری شود
- اولین حامی پرستار در محاکم قضایی گزارشات ثبت شده در پرونده است بنابراین گزارشات پرستاری را کامل و دقیق بنویسد
- توضیحات شفاهی هیچوقت قابل پذیرش نیستند همه اطلاعات ثبت شوند
- هیچگاه از بحث درباره نقاط ضعف خود نترسد
- مسئولیت هایی را که برای آنها آمادگی ندارد نپذیرد زیرا در صورت ارتکاب خطا ادعای پرستارمبنی بر عدم آشنایی قابل قبول نخواهد بود ( بطور کتبی به مسئول خود گزارش و خواستار برگزاری دوره آموزشی شود)



# راه های جلوگیری از خطا و اشتباه در گزارش نویسی

- هرگز بدون دستور پزشک اقدامی انجام ندهد مگر در مواردیکه که قانون مشخص نموده است
- وقتی بیمار یا همراهش از پرستار می خواهد نظرش را درباره بیماری او اظهار کند از بیان هر جمله و عبارتی که احتمال سوء برداشت باشد خودداری نماید
- کمبود وسایل و امکانات و پرسنل را کتبا گزارش و یک نسخه از گزارش را پیش خود نگه دارد
- گزارش واقعه را بطور کامل ثبت نماید
- برای دستورات مبهم و اشتباه بر اساس خط مشی های بیمارستان اقدام کند
- هیچ برگه ای را بدون مطالعه داخل پرونده بیمار نگذارد
- مرخصی موقت و غیبت بیمار را چه موجه و چه غیر موجه در پرونده بیمار ثبت نماید

**با نوشتن ، هر چیزی را می توان خلق کرد**

**سی اس لوویس**

**پایان**