





گزارش نویسی در پرستاری

پرونده پزشکی

- پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط موثر میان ارایه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارایه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می نماید.
- پرونده پزشکی به عنوان زیر بنای ثبت تمام استانداردهای ارایه خدمت به بیمار؛ در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارایه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش و مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه ها نقش دارد.

شمول دستورالعمل:

- گروه مستند سازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:
- ارایه دهندگان خدمات اعم از پزشکان، پرستاران، ماما ها و سایر گروه های مرتبط شامل رادیولوژی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و
- کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان
- کارشناسان امور ترخیص

پرونده های پزشکی پاسخگو

پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخگوی تمامی کاربردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی باشد که محتویات آن از نظر اطلاعاتی از کیفیت لازم برخوردار باشند.

لذا کیفیت یک پرونده پزشکی، دقیقاً وابسته به کیفیت نوشته ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است که توسط تکمیل کنندگان فرم های مدارک پزشکی (مستندسازان) ثبت می شود.

تنها با ثبت دقیق و درست اطلاعات خواسته شده در فرم های مدارک پزشکی، می توان از تمامی مزایای پرونده پزشکی استفاده کرد.

بنابراین آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه کادر درمانی درگیر در مراقبت از بیمار است.

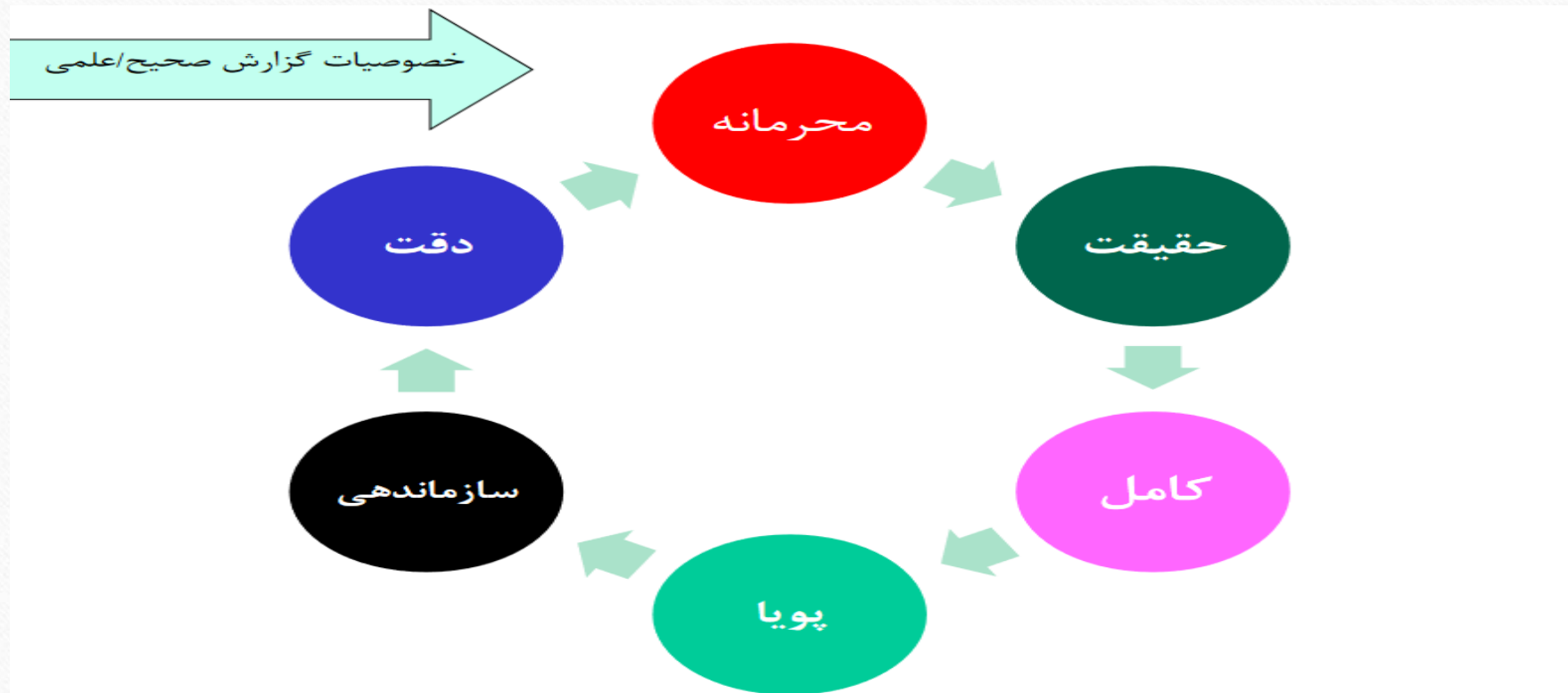
تعریف گزارش

Defining Documentation

گزارش هر چیزی بصورت مکتوب روی کاغذ و یا تولید شده از طریق کامپیوتر است که وضعیت بیمار تحت مراقبت یا خدمات ارائه شده به او را توصیف می کند (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2016).

گزارش پرستاری به معنی ثبت مراقبت طراحی و یا ارائه شده توسط پرستار و یا سایر مراقبین تحت نظارت او (از جمله دانشجویان پرستاری) آورده شده است (Urquhart et al., 2009).

ویژگی های یک گزارش با کیفیت



حقیقت در گزارش نویسی

▶ از کاربرد کلماتی که ایجاد شك و شبهه و ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.

غلط

- بیمار افسرده به نظر می رسد

صحیح

- بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است ، قادر به انجام کارهای خود نیست ، حوصله صحبت با دیگران را ندارد ، اشتهای خوبی به غذا ندارد

دقت در گزارش نویسی

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

صحیح

- بیمار ۳۶۰ سی سی مایعات (آب) مصرف کرده است

غلط

- بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است

صحیح

- زخم ایجاد شده در ربع تحتانی راست شکم ۵ سانتیمتر طول دارد

غلط

- زخم در ناحیه شکم بزرگ و شکافدار است

دقت در گزارش نویسی

عدم استفاده از علایم اختصاری غیراستاندارد

دقت در هجی کردن علایم اختصاری استاندارد

عدم ثبت اقدامات مراقبتی و درمانی توسط پرستار دیگر

دقت در ذکر اقدام درمانی و مراقبتی انجام شده

لزوم امضاء گزارش دهنده با مشخصات نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت

در گزارش پرستاری بیماری که اکسیژن تراپی شده است :

با ماسک صورت ۸ لیتر در دقیقه به مدت ۲ ساعت اکسیژن دریافت نمود و spo_2 وی ۹۷٪ است.

در بیماری که مهار فیزیکی شده است:

باز شدن هر دو ساعت

توجه به علایم عصبی عروقی عضو

مدت زمان بسته بودن

کامل بودن گزارش

اطلاعات ثبت شده کامل و در ضمن مختصر نیز باشند .

گزارش طولانی : انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است ، التهاب وجود ندارد ، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است ، نبض روی پایی در پای چپ قوی است ، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود .

گزارش مختصر : انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده ، بستر ناخنها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید ، نبض روی پایی قوی ، +۴ دو طرفه و بدون التهاب است .

پویا بودن گزارش (به موقع)

علائم حیاتی

تجویز دارو
واقدامات
درمانی

آماده کردن
بیمار برای
تستهای
تشخیصی

تغییر در
وضعیت
سلامت

درمان
تغییرات
ناگهانی در
وضعیت بیمار

پذیرش ،
ترخیص ،
انتقال یا مرگ
بیمار

سازماندهی گزارش

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده
وسازماندهی شوند.

بهتر است از فرم های مخصوص استفاده گردد.

محرمانه بودن بودن گزارش

▶ کلیه گزارشات باید محرمانه دور از دسترس
همراهیان و وابستگان بیمار

▶ عدم حق تکثیر اوراق پرونده بدون اجازه بیمار
توسط بیمارستان

انواع ثبت گزارش پرستاری

گزارش روایتی (Narrative Note)

- بیمار اظهار می دارد، «پای من بسیار متورم است. من نگران این لخته خون هستم.» بیمار سوالاتی در مورد داروها و چگونگی درمان DVT دارد. هوشیار و آگاه است. به طور مناسب به دستورات پاسخ می دهد. با بیمار در مورد اهمیت استراحت در بستر و دلیل درمان با تزریق هپارین بحث و گفتگو شد. به بیمار درباره نیاز به آزمایش خون روزانه برای بررسی سطح داروی ضد انعقاد خون توضیح داده شد. در مورد درمان ضد انعقادی برای DVT، بروشور در اختیار بیمار قرار گرفت. برای تأیید درک بیمار از روش بازخورد استفاده می شود. وی قادر است توصیف کند که وقتی سطح PT و INR با دریافت وارفارین مطلوب باشد، تزریق هپارین متوقف خواهد شد و می تواند انتظار داشته باشد که وارفارین را حدود ۶ ماه پس از ترخیص نیز مصرف کند تا اینکه لخته برطرف شود.

PIE

- P - Nursing problem or diagnosis (مشکل یا تشخیص پرستار): کمبود آگاهی بیمار در ارتباط با عدم تجربه قبلی این بیماری
- I: Interventions: مداخلاتی که برای حل مشکل بیمار انجام گرفته است. در مورد درمان ضد انعقادی برای DVT، بروشور در اختیار بیمار قرار گرفت. به بیمار در مورد اهمیت استراحت در تخت و دلیل آزمایش روزانه خون برای تعیین سطح داروی ضد انعقاد هپارین توضیح کافی ارائه شد.
- E: Nursing evaluation: ارزشیابی پرستاری. بیمار اظهار می دارد، «من نگران لخته شدن خون هستم، اما می فهمم که چگونه درمان می شود». او قادر به بازخورد آموزش های داده شده است و می گوید که هنگامی که آزمایش PT / INR طبیعی باشد، انفوزیون هپارین متوقف می شود. همچنین اظهار داشت که وی انتظار دارد وارفارین را به مدت حدود ۶ ماه مصرف کند تا زمانی که لخته به طور کامل برطرف شود.

قالب DAR

- برای گزارش مشکلات از قالب DAR استفاده می کند. یادداشت های DAR نگرانی های بیمار مانند علامت یا نشانه، وضعیت، تشخیص پرستاری، رفتار، رویداد مهم یا تغییر در وضعیت را نشان می دهد.
- D مخفف Data داده (ذهنی و عینی): بیمار اظهار می دارد، «پای من بسیار متورم است. من نگران این لخته خون هستم آیا می دانید که آنها چگونه می توانند آن را درمان کنند؟»
- A مخفف Action: یک اقدام یا مداخله پرستاری: در مورد درمان ضد انعقادی برای DVT، به بیمار بروشور ارائه شد. به بیمار در مورد اهمیت استراحت در تخت و دلیل آزمایش روزانه خون برای تعیین سطح داروی ضد انعقاد هپارین توضیح کافی ارائه شد. به بیمار توضیح داده شد که وقتی سطح PT و INR با دریافت وارفارین به سطح درمانی مطلوب برسد، انفوزیون هپارین متوقف خواهد شد.
- R مخفف پاسخ بیمار (Response of the patient) است. بیمار قادر به بازخورد آموزش های داده شده است و می گوید که هنگامی که آزمایش PT / INR طبیعی باشد، انفوزیون هپارین متوقف می شود.

یادداشت SOAP

- **یادداشت SOAP** - مورد استفاده در تمام رشته های مراقبت های بهداشتی
- **S: ذهنی (Subjective):** بیمار اظهار می دارد، «پای من بسیار متورم است. من نگران این لخته خون هستم. آیا می دانید که آنها چگونه می توانند آن را درمان کنند؟».
- **O: عینی (Objective):** بیمار ادم گوده گذار در پای راست دارد. بیمار هوشیار و آگاه است. به طور مناسب به دستورات پاسخ می دهد.
- **A: ارزیابی (Assessment):** بیمار فاقد اطلاعات در مورد درمان ضد انعقاد خون است و به دنبال کسب اطلاعات در مورد درمان مربوطه است.
- **P: برنامه (Plan):** با بیمار در مورد اهمیت استراحت در تخت و علت استفاده از انفوزیون هپارین با بیمار بحث و گفتگو شد. درباره درمان ضد انعقادی برای DVT بروشور در اختیار بیمار قرار گرفت.

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

جدا از مشکلات مربوط به ساختار و محتوای فرم های پرونده های پزشکی در کشور، موارد زیر نیز از جمله مشکلات عمده در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی محسوب می شوند:

۱. **ثبت ناقص اطلاعات:** ثبت ناقص اطلاعات ضمن تهدید سلامت بیمار، مشکلات متعددی برای بیمار در پیگیری درمان، مسائل قانونی و حقوقی (ارجاع پرونده ها به پزشکی قانونی، بیمه های تکمیلی، حوادث شغلی، ازکارافتادگی و ...) ایجاد می کند. همچنین ثبت ناقص پرونده های پزشکی، مشکلاتی برای بیمارستان ها مثل: افزایش کسورات بیمارستانی، خطاهای پزشکی و افزایش ریسک شکایات بیمار از بیمارستان ایجاد می کند (زیر از نظر قانونی چیزی که ثبت نشده باشد، یعنی انجام نشده است). بعلاوه، این پرونده ها برای تحقیقات پزشکی و آموزش نیز مناسب نمی باشند.

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

۲. ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات: با توجه به این نکته که هنوز در کشور ساختار اصلی پرونده های پزشکی را فرم های کاغذی تشکیل می دهند، ناخوانایی مستندات (بد خطی، استفاده از جوهر نامناسب، ریز بودن مستندات، و غیره) یکی از مشکلات عمده است.

توجه: ناخوانایی و نامرتب بودن گزارشات پرستاری یکی از شایعترین اشکالات رایج در گزارش نویسی است.

- یکی از دلایل خطاهای دارویی پرستاران تازه وارد، ناخوانایی دست خط پزشکان و سایر همکاران آنها بوده است.
- در موارد اعزام بیمار به سایر مراکز نیز همین مشکل وجود دارد.
- در خصوص پیگیری درمان هم ناخوانایی مستندات، مشکلاتی را برای بیمار ایجاد می کند.

مشکلات بیمارستان های کشور در خصوص مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی

۳. استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی: طبق اصول مستندسازی، باید استفاده از اختصارات (به خصوص در مورد تشخیص ها) در پرونده های پزشکی به حداقل برسد و در صورت استفاده از اختصارات، باید از اختصارات مصوب و خیلی رایج استفاده کرد که همه کادر درمانی درک مشترکی از آنها داشته باشند. اما در موارد زیادی کادر درمانی اقدام به استفاده از اختصارات غیرمصوب می کنند که باعث درک و تفسیرهای متفاوت از اطلاعات می شود.

علاوه بر مشکلات مذکور، مشکلات دیگری نیز در مستندسازی فرم ها وجود دارد:

۴. استفاده از اصطلاحات پزشکی نامناسب، کلی و مبهم برای ثبت تشخیص ها و اعمال جراحی؛

۵. مستندسازی جابجای اطلاعات (ثبت جابجای اطلاعات در کادر مربوطه در فرم های پرونده)؛

۶. استفاده از مداد یا کاربن برای ثبت اطاعات؛

مشکلات رایج در ثبت گزارش پرستاری

عدم تطابق گزارش با استانداردهای حرفه ای و مراقبتی

۱. عدم انعکاس وضعیت و نیاز بیماران

۲. ثبت ناقص اطلاعات

۳. عدم توصیف موارد غیر طبیعی

۴. عدم انعکاس دستورات طبی

۵. عدم ذکر دلیل برای دستورات انجام نشده

۶. وجود خط و فضای خالی بین خطوط

۷. امضاء گزارش تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر

۸. تحریف گزارش

وجود چند نوع دست خط در تهیه يك مورد گزارش

ناخوانا بودن گزارش

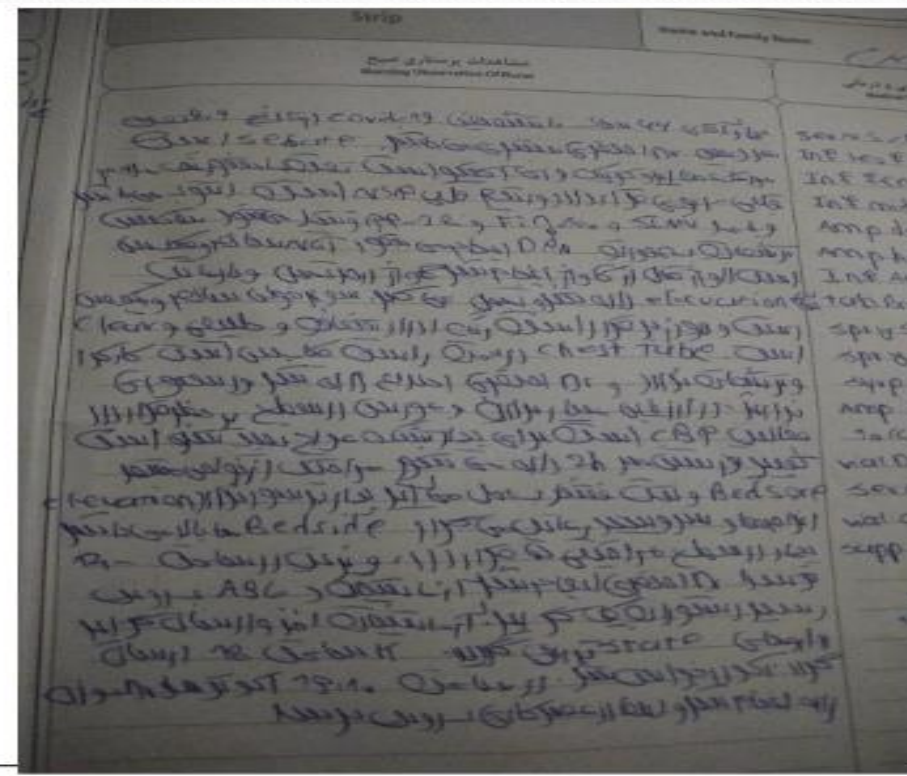
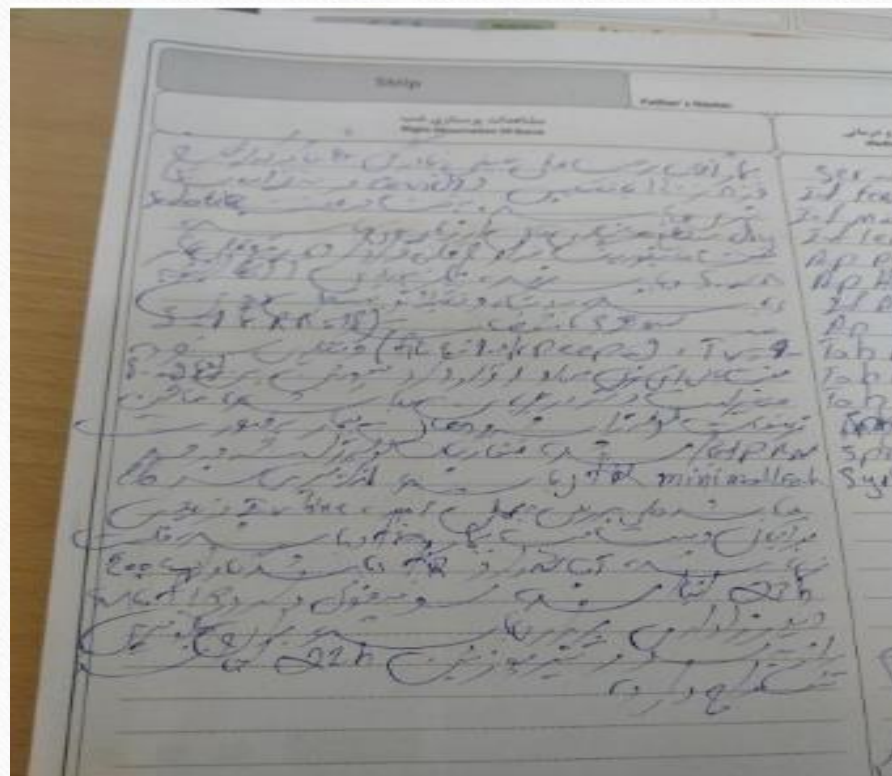
عدم رعایت نظم و توالی در ثبت گزارش

عدم درج تاریخ و زمان ثبت

لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی

ثبت اقدامات قبل از انجام آن

گزارش ناخوانا و نامرتب



نکات ضروری در ثبت گزارش پرستاری

گزارش دقیق موارد
تهدید شفاهی
مسئولین درمانی
بیمارستان به
تعقیب مواردی از
جانب بیمار

ثبت عبارت " ادامه
در صفحه بعد یا
پشت صفحه "

ثبت انحصاری
گزارش از
مراقبتهایی که خود
ارائه نموده اید

باقی نگذاشتن جای
خالی در بین مطالب

گزارش عین گفته
های بیمار در صورت
نیاز به نقل قول از
سوی بیمار

خودداری از انتقاد از
سایرین

ثبت دقیق اطلاعاتی
که بیمار به پزشك
معالج گزارش می
نماید

نوشتن نام و نام
خانوادگی و سمت ،
تاریخ و ساعت پایان
گزارش ، امضا و در
نهایت بستن
گزارش با کشیدن
خط در انتهای آن

نکات ضروری در ثبت گزارش پرستاری

درج مشخصات کامل بیمار
در بالای هر برگه

استفاده از فرم و برگ
استاندارد جهت ثبت
گزارش

ثبت علت عدم اجرای يك يا
چند مورد از دستورات
پزشك در صورت عدم اجرا

خوانا و مرتب نوشتن
گزارش

ثبت کلیه اطلاعات ضروری
در مورد دستورات دارویی)
نام دارو ، دوز دارویی ،
تاریخ و ساعت شروع ،
زمان و راه تجویز دارو)

استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴
جهت ثبت دقیق اوقات
شبانه روز

نکات ضروری در ثبت گزارش پرستاری

گزارش علائمی که می
تواند در تشخیص
قطعی کمک کننده
باشد

وضعیت عمومی بیمار

ثبت علائم حیاتی،
پیشرفت بیمار و
آموزشها

مد نظر دادن عوارض
جانبی احتمالی
داروهایی

ثبت انواع آزمایشات با
ذکر ساعت و تاریخ

ثبت زمان دقیق دریافت
پاسخ آزمایشات و
اطلاع وجود موارد غیر
طبیعی

ثبت میزان سرم
دریافتی

ثبت دقیق میزان جذب
و دفع مایعات در
صورت کنترل

ثبت ویزیت ها و
مشاوره های انجام
شده

روشهای گزارش کلامی پرستاری:

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

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

گزارش تعویض شیفت : change of shift reports

گزارش تلفنی : Telephone reports

گزارش انتقالی : Transfer reports

گزارش حوادث اتفاقی : Incident reports

• گزارش تعویض شیفت:

- تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات
- ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت های کاری مختلف با بهره گیری از مدل ISBAR و بر طبق آخرین
- اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد، با رعایت اصول
- CUBAN مبادله می شود.

*مدل ISBAR (Assessment, Recommendation, Identify Situation, Background)

بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه میشود.

۱. مشخصات : (Identify)

شناسایی هویت بیمار شامل : تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج.

۲. وضعیت : (Situation)

تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ الی ۱۰ ثانیه؛ شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیتهای بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان و رژیم غذایی.

۳. سوابق : (Background)

بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار؛ شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار.

۴. ارزیابی : (Assessment)

نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید؛ ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری.

۵. توصیه ها : (Recommendation)

پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد، با ذکر چهارچوب زمانی آن؛ مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مانند مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها

* اصول CUBAN

1. اصل محرمانگی : Confidentiality

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته تبادل گردد. شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV / بیماری های قابل انتقال مانند هپاتیت / اختلالات روان / قرار داشتن بیمار در گروه پرخطر اجتماعی (کودک آزاری، دختران فراری، بارداری غیر متعارف، زنان رها شده، نوزادان رها شده، خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان، اقدام به خودکشی) و...

2. توالی و پیوستگی در ارائه گزارش : Uninterrupted

تحویل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود.

3. خلاصه بودن گزارش : Brief

انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد.

4. صحت و دقت اطلاعات : Accuracy

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده است.

5. پرستار مسئول بیمار : Nurse Named

بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت، ضروری است پرستار مسئول بیمار تحویل بیمار را انجام دهد.

دستورات تلفنی و شفاهی

- **دستورات تلفنی** Telephone orders (TOs): زمانی اتفاق می افتد که یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی سفارشات درمانی را از طریق تلفن به یک پرستار RN ارایه می دهد.
- **سفارشات شفاهی** Verbal orders (VOs): زمانی اتفاق می افتد که یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی دستورات درمانی را به یک پرستار RN به صورت رو در رو و در حالتی که در نزدیکی یکدیگر ایستاده اند، ارایه بدهد.
- دستورات شفاهی این احتمال وجود دارد که به درستی تعبیر نشود، به درستی شنیده نشود، یا به درستی رونویسی نشود و در نتیجه مستعد ایجاد خطا هستند به ویژه با توجه به تفاوت در لهجه های ارائه دهنده مراقبت، گویش ها، و تلفظ نام داروها. استفاده از دستورات شفاهی به جز در شرایط فوری یا اضطراری توصیه نمی شود.

رهنمودهایی برای ثبت دستورات تلفنی و شفاهی

نام بیمار و تشخیص بیمار را به طور دقیق ثبت کنید. برای جلوگیری از سو برداشت و سوء تفاهم، از سوالات شفاف سازی کننده استفاده کنید. در دستورات تلفنی و شفاهی مواردی از قبیل تاریخ و ساعت، نام بیمار، ثبت کامل دستور داده شده؛ و نیز نام و نام خانوادگی و اعتبار نامه (شماره نظام) فرد ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی که دستور (دستورات) را صادر می کند؛ و نیز نام و نام خانوادگی خودتان و نیز اعتبار نامه (شماره نظام) خود به عنوان پرستاری که دستورات را دریافت می کنید.

دستورات ارایه شده را به خود فرد **دستور دهنده بازخوانی کنید** و از صحت دستور داده شده مطمئن شوید و در زمانی که می خواهید دستور مورد نظر را امضا کنید عبارت "TORB" Telephone order read back (**دستور تلفنی بازخوانی شد**) را قید کنید تا نشان دهید که دستورات ارایه شده به خود فرد ارایه دهنده دستور بازخوانی شده است.

بهتر است که سفارشات تلفنی (و شفاهی) توسط دو پرستار بررسی و امضا شوند.

گزارش انتقالی

- ▶ در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر بیمار از بخشی به بخش دیگر یا از مرکزی به مرکز درمانی درمانی دیگر منتقل می شود.
- ▶ هنگامی که گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:
- ▶ ۱- نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک.
- ▶ ۲- خلاصه ای از پیشرفت سیر بهبودی در زمان انتقال.
- ▶ ۳- وضعیت سلامت فعلی
- ▶ ۴- تشخیص ها، مشلات و طرح های مراقبت های فعلی پرستاری
- ▶ ۵- هر مداخله یا ارزیابی فوری در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
- ▶ ۶- نیاز به تجهیزات خاص بیمار
- ▶ ۷- نوشتن نام پرستار تحویل گیرنده

گزارش وقایع ناخواسته درمانی Never Events در بیمارستان (موسسه درمانی) :

گزارش وقایع ناخواسته درمانی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد. این گزارش شامل موارد زیر است:

۱. توصیف دقیق واقعه
۲. زمان حادثه
۳. اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
۴. زمان اطلاع به پزشک مسئول
۵. زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
۶. درمانها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

گزارش درمان داخل وریدی

- موارد ذیل باید در گزارش درمان داخل وریدی ثبت شوند:
- وسایل مورد استفاده برای رگ گیری مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین.
- تاریخ و موضع وارد نمودن آنژیوکت یا اسکالپ وین.
- مقدار، نوع، تعداد قطرات سرم و وضعیت موضع تزریق در هر نوبت کاری.
- در صورت تغییر محل آنژیوکت، مجددا تاریخ نوشته شده و دلیل آن مثل زیر جلد رفتن مایع، التهاب عروق، انسداد، در آوردن آن توسط بیمار یا تعویض آن طبق روتین ذکر می شود.
- عوارض ایجاد شده ناشی از وجود آنژیوکت.
- مواردی که به بیمار و خانواده اش آموزش داده شده است.

گزارش تزریق فرآورده های خونی

- خون یا فرآورده های خونی باید توسط دو پرستار بررسی شده و اطلاعات آن ثبت شوند. نام بیمار؛ شماره پرونده؛ نوع و گروه خون؛
- یافته های کراس ماچ؛ شماره شناسایی بانک خون مندرج روی فرآورده خونی باید دقیقاً بررسی شده و مورد توجه قرار گیرند. در انتقال
- خون موارد زیر باید در نظر گرفته شده و ثبت شوند:
- نوع و میزان فرآورده خونی
- تاریخ و ساعت شروع و اتمام انتقال خون
- نام پرستاری که اطلاعات را تایید کرده است.
- نوع و اندازه سوزن مورد استفاده
- علائم حیاتی قبل، حین و پس از تجویز خون
- وسایل مورد استفاده برای تزریق
- در صورتی که خون گرم شده قید آن ضروری است.

گزارش عوارض تزریق فراورده خونی

* نکته: در صورتی که بیمار نسبت به انتقال خون واکنش نشان داد ، سریعاً ترانسفیوژن را متوقف نموده و گزارش را به صورت ذیل می نویسیم:

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

نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

- زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- - زمان شروع احیاء قبلی - ریوی
- - ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی
- - ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- - لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تفسیر گازهای خون شریانی
- - تعداد دفعات دفیبریلاسیون، مقدار انرژی به کار رفته و واکنش بیمار نسبت به آن
- - دارو درمانی (نوع، میزان و زمان دارو و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید).
- - واکنش مردمک ها
- - افراد عضو تیم احیاء
- - زمان خاتمه CPR

گزارش فوتی

وضعیت عمومی قبل از فوت (علائم حیاتی ، علائم ذهنی- عینی با قید ساعت و تاریخ)

ثبت ساعت بدحال شدن (در موارد ناگهانی)

ثبت ساعت فوت ، نحوه صدورگواهی فوت (گواهی فوت یا توسط پزشك مربوطه صادرگردیده یا توسط پزشك قانونی صادر می گردد).

در مورد فوت نوزاد جنس، آپگار زمان تولد یا مرده بدنیا آمده، سن جنین (که از ۲۰ هفته به بالا نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد).

راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک و علت های فوت.

ذکر این نکته در پرونده که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.

باید نام و نام خانوادگی جسد ، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور یا روی بدن وی و روی ملحفه چسبانیده شود.

- در تهیه گزارش باید از کاربرد علائم اختصاری غیراستاندارد جدا خودداری شود. علائم اختصاری استاندارد نیز باید دقیق هجی شده و به طور صحیح در گزارش مورد استفاده قرار گیرند.

اختصاراتی که نیایستی استفاده کنید	مشکلات احتمالی	به جای آن از اصطلاحات زیر استفاده کنید.
U, u (unit)	ممکن است با عدد صفر "0"، یا عدد "4" یا "cc" اشتباه شود.	بنویسید "unit."
IU (International Unit)	ممکن است با "IV" (intravenous) یا عدد "10" اشتباه شود.	بنویسید "International Unit."
MS	ممکن است با morphine sulfate یا magnesium sulfate اشتباه شود.	بنویسید "morphine sulfate."

نکات مهم

- گزارش را با خط کاملاً خوانا بنویسید و از یک خودکار ثابت برای گزارش استفاده کنید.
- اظهارات تلافی جویانه یا انتقادی در مورد بیمار یا مراقبت های ارائه شده توسط سایر متخصصین بهداشتی را ثبت نکنید.
- نظرات شخصی را وارد نکنید.
- گفته های بیمار را به شکل نقل قول داخل گیومه بنویسید.
- انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب گرفته شود.
- اشتباهات روی داده در گزارش را سریعاً اصلاح کنید. خطاهای ثبت می تواند منجر به خطا در درمان شود یا ممکن است به معنای تلاشی برای گمراه کردن یا پنهان کردن شواهد قلمداد شود.

نکات مهم

- خطاهای ایجاد شده در گزارش نویسی را پاک یا خراشیده نکنید. یک خط بر روی قسمتی از گزارش که اشتباه شده است بکشید و کلمه "خطا" را بالای آن بنویسید و با نوشتن نام و نام خانوادگی آن را امضا کرده و تاریخ و ساعت را ثبت کنید. سپس گزارش صحیح را بنویسید.
- وقتی در مورد یک دستور داده شده سوال دارید آن را با ارایه دهنده دستور مورد بحث و گفتگو قرار دهید تا شفاف سازی شود آن بحث و گفتگوی خود را ثبت کنید.

نکات مهم

- در صورتی که بیمار دارویی را بر می گرداند یا مصرف نمی کند، این مورد با ذکر دلیل در گزارش ثبت می شود.

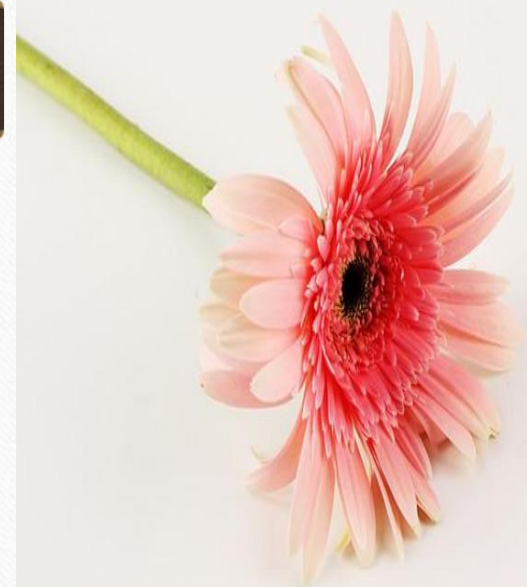
* مثال:

ساعت ۱۱ : بیمار قرص را به دلیل بزرگ بودن و ناتوانی در بلع، نخورده است.

- در گزارش نباید از کلمات عمومی نظیر (وضعیت بیمار تغییری نکرده) یا (بیمار روز خوبی داشته است) استفاده کرد.

نکات مهم

- مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند . بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد، خودکار سبزرنگ برای مستند سازی استفاده نشود. جوهرها باید دارای ثبات باشند (پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند) .
- در صورت فراموش شدن یک دستور جهت ثبت آن ، بایستی در صورت معلوم شدن بلافاصله به عنوان یادداشت های تاخیری ((late entry)) به پرونده بیمار اضافه گردیده و با ثبت تاریخ و ساعت تو هویت مستند ساز تکمیل گردد.
- اگر ثبتیات قابل خواندن نیستند ، ثبت کننده از ابتدا ثبتیات را در سطر بعدی تکرار کند و توضیح دهد ، چرا نوشته فوراً مجدداً تکرار کرده است و تأکید کند که نوشته اول ناخوانا بوده است. اما موارد ثبت شده که برای بار دوم ثبت می شوند ، باید دقیقاً مشابه اولی باشد و حتماتاریخ و امضاء داشته باشند.



خسته نباشید