



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



اصول صحیح گزارش نویسی و ثبت در پرستاری

دکتر منصور غفوری فرد

عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

با همکاری دفتر پرستاری مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز

اهداف جلسه:

- پس از پایان این جلسه انتظار می رود فراگیران بتوانند:
- مفهوم ثبت پرستاری را تعریف کنند.
- اهداف ثبت پرستاری را توضیح دهند.
- استانداردهای ثبت پرستاری را شرح دهند.
- انواع الگوهای ثبت پرستاری را بیان کنند.
- دستورالعمل های قانونی برای نحوه ثبت گزارشات را بحث کنید.

تعریف گزارش پرستاری

- 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 می شود.
- ثبت مراقبت های بهداشتی شامل کلیه اطلاعات وارد شده در یک پرونده سلامت است که ممکن است الکترونیکی، کاغذی یا ترکیبی از هر دو قالب باشد.

ثبت های حوزه سلامت حاوی اطلاعات زیر است:

- اطلاعات مربوط به هویت و اطلاعات دموگرافیکی بیمار
- فرم رضایت آگاهانه برای درمان و رویه های درمانی
- داده های پذیرش بیمار
- تشخیص ها یا مشکلات پرستاری و برنامه مراقبتی پرستاری یا برنامه مراقبتی بین حرفه ای
- ثبت مراقبت های پرستاری و ارزشیابی آن
- تاریخچه پزشکی و پرستاری
- تشخیص های پزشکی و پرستاری
- یادداشت های پزشکی و بین حرفه ای در خصوص سیر بیماری (شامل درمان های تجویز شده)
- یافته های معاینات فیزیکی
- نتایج مطالعه تشخیصی
- آموزش بیمار
- خلاصه روشهای جراحی
- خلاصه ترخیص بیمار و برنامه مراقبتی

اهداف گزارش نویسی

۱. برقراری ارتباط و تعامل بین اعضاء مختلف تیم درمان
۲. ارائه سوابق قانونی از مراقبت ارائه شده
۳. تهیه صورتحساب مالی و بازپرداخت هزینه مراقبت ها
۴. نظارت، پایش و ارزیابی مراقبت های ارائه شده
۵. بهبود کیفیت و عملکرد حمایت
۶. آموزش به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی
۷. پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید
۸. پیش بینی نیازهای بهداشتی، درمانی و مراقبتی

پرونده الکترونیکی پزشکی

Electronic medical record (EMR)

- به ثبت اطلاعات مربوط به بیمار به صورت الکترونیکی در یک سیستم یکپارچه اطلاعات مراقبت های بهداشتی اشاره دارد که امکان مستند سازی یکنواخت پیشرفت مراقبت های بهداشتی را فراهم می کند.



اشتباهات رایج در ثبت که می تواند منجر به قصور شود

- عدم ثبت اطلاعات مربوط به سلامت بیمار یا اطلاعات مربوط به دارو
- عدم ثبت اقدامات پرستاری
- عدم ثبت تجویز دارو
- عدم ثبت واکنشهای دارویی یا تغییر در وضعیت بیماران
- ثبت ناقص یا ناخوانا
- عدم ثبت داروهای قطع شده بیمار.

گزارش ناخوانا و نامرتب

[illegible][illegible]

گزارش کاملاً خوانا

۱۰
 ۸
 ۶
 ۴
 ۲
 ۱
 ۰
 ۱
 ۲
 ۳
 ۴
 ۵
 ۶
 ۷
 ۸
 ۹
 ۱۰
 ۱۱
 ۱۲
 ۱۳
 ۱۴
 ۱۵
 ۱۶
 ۱۷
 ۱۸
 ۱۹
 ۲۰
 ۲۱
 ۲۲
 ۲۳
 ۲۴
 ۲۵
 ۲۶
 ۲۷
 ۲۸
 ۲۹
 ۳۰
 ۳۱
 ۳۲
 ۳۳
 ۳۴
 ۳۵
 ۳۶
 ۳۷
 ۳۸
 ۳۹
 ۴۰
 ۴۱
 ۴۲
 ۴۳
 ۴۴
 ۴۵
 ۴۶
 ۴۷
 ۴۸
 ۴۹
 ۵۰
 ۵۱
 ۵۲
 ۵۳
 ۵۴
 ۵۵
 ۵۶
 ۵۷
 ۵۸
 ۵۹
 ۶۰
 ۶۱
 ۶۲
 ۶۳
 ۶۴
 ۶۵
 ۶۶
 ۶۷
 ۶۸
 ۶۹
 ۷۰
 ۷۱
 ۷۲
 ۷۳
 ۷۴
 ۷۵
 ۷۶
 ۷۷
 ۷۸
 ۷۹
 ۸۰
 ۸۱
 ۸۲
 ۸۳
 ۸۴
 ۸۵
 ۸۶
 ۸۷
 ۸۸
 ۸۹
 ۹۰
 ۹۱
 ۹۲
 ۹۳
 ۹۴
 ۹۵
 ۹۶
 ۹۷
 ۹۸
 ۹۹
 ۱۰۰

حفظ حریم خصوصی، محرمانگی و امنیت سوابق مراقبت‌های بهداشتی

- پرستاران از نظر قانونی و اخلاقی موظف هستند تا اطلاعات مربوط به بیماران را محرمانه نگه دارند.
- تنها اعضای تیم مراقبت بهداشتی که به طور مستقیم در مراقبت بیمار دخیل هستند، دسترسی قانونی به سابقه سلامت بیمار دارند.
- شما بحث‌های خود درباره تشخیص، درمان، ارزیابی، و هر مکالمه شخصی را فقط با اعضای تیم مراقبت بهداشتی که به طور خاص در مراقبت بیمار دخیل هستند، در میان بگذارید.
- اطلاعات بیمار را با سایر بیماران و یا اعضای تیم مراقبت بهداشتی که مراقب بیمار نیستند، به اشتراک نگذارید.
- هر نوشته چاپ شده‌ای که دیگر نیازی به استفاده از آن اطلاعات وجود ندارد را از بین ببرید.

۵ ویژگی مهم ثبت با کیفیت

- واقعی بودن
- دقیق بودن
- جاری بودن
- سازماندهی شدن
- کامل بودن

۱- واقعی بودن

- یک ثبت واقعی شامل اطلاعات توصیفی و عینی واضح درباره آنچه یک پرستار مشاهده می کند، می شنود، لمس می کند و بو می کند.
- از بکاربردن اصطلاحات مبهم مانند اینکه به نظر می رسد، به نظر می آید و یا ظاهراً خودداری کنید. این کلمات نشان می دهد شما یک عقیده را بیان می کنید. آنها واقعیت ها را به درستی بیان نمی کنند و اطلاعات کافی را به سایر مراقبین سلامت درباره جزئیات رفتارهای بیمار نشان نمی دهند.
- داده های عینی از طریق مشاهده و اندازه گیری مستقیم بدست می آیند و شامل توصیف رفتارهای بیمار هستند. به عنوان مثال، **فشارخون بیمار ۹۰/۵۰، ضربان قلب ۱۱۵ و منظم، بیمار تعریق دارد و هر دو دست خود را بر روی پانسمان شکم گذاشته است.**

- تنها داده های ذهنی موجود در پرونده مربوط به **اظهارات بیمار** است. هنگام ثبت داده های ذهنی، کلمات دقیق بیمار را تا حد امکان در داخل گیومه و به شکل نقل قول ثبت کنید. برای پشتیبانی از داده های ذهنی، داده های عینی را بگنجانید تا اسناد شما تا حد ممکن توصیفی کامل از وضعیت بیمار باشد.
- به عنوان مثال، به جای ثبت این عبارت که «بیمار مضطرب به نظر می رسد»، نشانه های عینی اضطراب را ارائه دهید و اظهارات بیمار در مورد احساسات تجربه شده را ثبت نمایید. به طور مثال «ضربان قلب بیمار ۱۱۰ ضربان در دقیقه، سرعت تنفس ۲۲ تنفس در دقیقه بوده و بیمار می گوید که "من خیلی عصبانی هستم"».

- از کلماتی چون **به نظر می رسد**، **ظاهراً** و **ممکن است** **نباید** در متن گزارش استفاده کرد.

* مثال:

✗ گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

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

۲- دقیق بودن ثبت

- استفاده از اندازه‌گیری‌های دقیق، باعث افزایش دقت شده و به شما کمک می‌کند مشخص کنید که آیا شرایط بیمار به سمت مثبت یا منفی تغییر کرده است.

ثبت نادرست	ثبت درست
بیمار مقدار کافی مایع را مصرف کرده است	بیمار ۳۶۰ میلی‌لیتر آب مصرف کرده است
یک برش بزرگ در شکم وجود دارد که به خوبی بهبود یافته است	یک برش شکمی که به طور تقریبی ۵ سانتی متر طول داشته، و بدون قرمزی بوده، و فاقد درناژ یا ادم است

معیار دقیق بودن در داده های ذهنی بیمار

- اظهارات بیمار را داخل گیومه بنویسید. به عنوان مثال، «من احساس می کنم فیل روی قفسه سینه ام نشسته است و نمی توانم نفس بکشم»
- شروع مشکل، محل مشکل، و شرح وضعیت بیمار (شدت مشکل، مدت، فراوانی، علت، عوامل تشدید کننده و عوامل تسکین دهنده) را با استفاده از کلمات خود بیمار توصیف کنید. (به عنوان مثال، «درد در زانوی چپ من در هفته گذشته پس از زانو زدن روی زمین شروع شد. من هر بار زانوی خود را خم می کنم، درد تیر کشنده ای در درون زانوی خود احساس می کنم»).

معیار دقیق بودن در داده های عینی بیمار

- شروع، محل، شرح وضعیت را به طور دقیق بنویسید.
- به عنوان مثال: ساعت ۱۱:۰۰:۵۵ سانتی متر ناحیه قرمز کم رنگ و برجسته در پشت دست چپ بیمار وجود دارد). توصیف علل و رفتارهای به نمایش درآمده (به عنوان مثال، پزشک بیمار را از تشخیص بیماری مطلع کرده، بیمار در حال قدم زدن در اتاق است، از تماس چشمی با پرستار جلوگیری می کند و مدام این جمله را تکرار می کند که «همین الان باید به خانه بروم»)

معیار دقیق بودن در ثبت مداخلات پرستاری

- زمان تجویز شده، تجهیزات مورد استفاده، پاسخ بیمار (پاسخ ذهنی و عینی) در مقایسه با درمان قبلی (به عنوان مثال، بیمار در هنگام تعویض پانسمان ناحیه شکم اظهار داشت که درد ندارد، بیمار ۱۰۰ متر بدون کمک در راهرو بخش راه رفت).

معیار دقیق بودن در ثبت اقدامات دارویی

- در زمان تجویز دارو یا بلافاصله پس از تجویز، زمان مصرف دارو، نام دارو، دوز، مسیر، ارزیابی اولیه (به عنوان مثال، سطح درد، علائم حیاتی)، پاسخ بیمار یا اثر دارو را ثبت کنید.

- به عنوان مثال، ساعت ۱۵:۰۰: بیمار گزارش می کند «سردرد تپنده در تمام ناحیه سر احساس می کنم». میزان درجه درد (در مقیاس ۰ تا ۱۰) را درجه ۶ ارزیابی می کند. Tylenol 650 mg به صورت PO دریافت می کند. ساعت ۱۵:۳۰: بیمار میزان درجه درد (در مقیاس ۰ تا ۱۰) را درجه ۲ ارزیابی می کند و می گوید: «سردرد تپنده متوقف شده است».

معیار دقیق بودن در آموزش به بیمار و خانواده

- اطلاعات ارائه شده، روش آموزش (به عنوان مثال، بحث، نمایش، نوار ویدئویی، جزوه) و پاسخ بیمار، از جمله سوالات و شواهد درک بیمار مانند رایحه بازخورد از سوی بیمار، نمایش اطلاعات آموزش داده شده یا تغییر در رفتار را ثبت کنید.
- در برنامه ترخیص بیمار، اهداف قابل اندازه گیری بیمار یا نتایج مورد انتظار، پیشرفت در جهت اهداف، و نیاز به مراجعه بعدی را ثبت کنید.

۳- جاری بودن ثبت

- ثبت به موقع گزارشات در مراقبت مستمر از بیمار ضروری است، زیرا تأخیر در ثبت گزارشات می تواند منجر به مراقبت غیر ایمن از بیمار شود. بسیاری از موسسه های مراقبت های بهداشتی، پرونده ها یا رایانه های ثبت را در کنار بالین بیمار نگهداری می کنند تا ثبت فوری اطلاعات را تسهیل کنند.

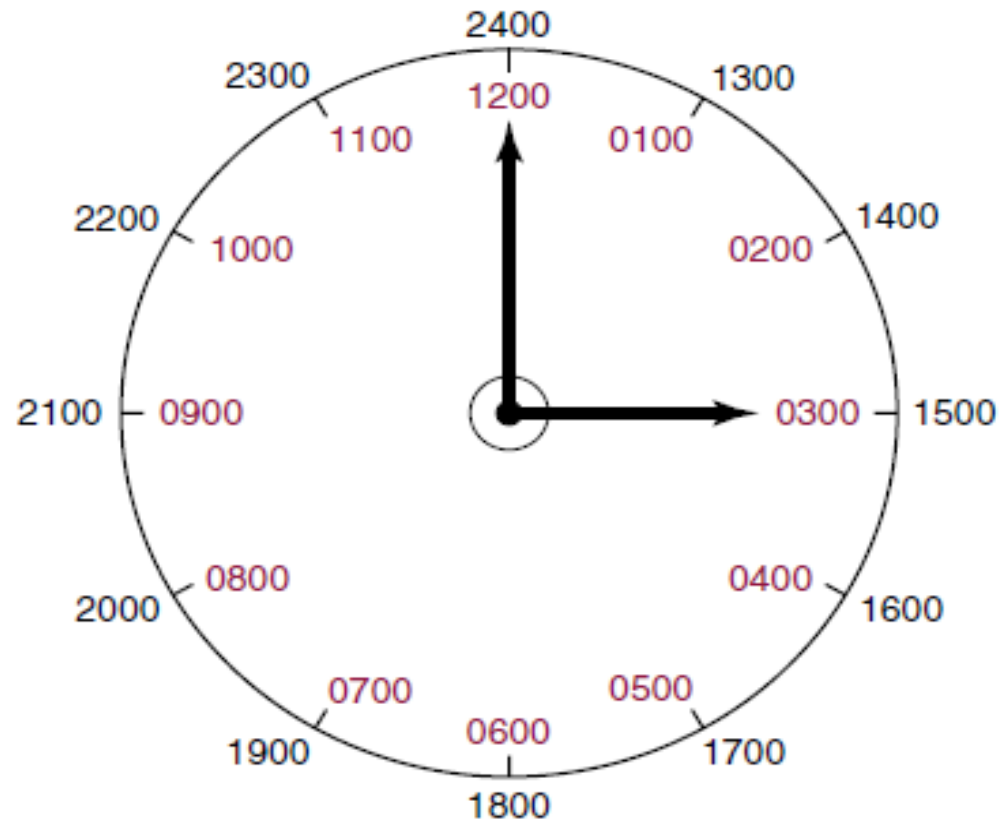
۳- جاری بودن ثبت (ادامه ...)

- اقدامات یا یافته های زیر را بلافاصله در زمان وقوع آن ثبت کنید:
- علائم حیاتی
- ارزیابی درد
- تجویز داروها و درمان ها
- آماده سازی برای تست های تشخیصی یا جراحی، از جمله چک لیست قبل از عمل
- تغییر در وضعیت بیمار، درمان ارائه شده و اینکه این تغییرات به چه کسی اطلاع داده شده است (به عنوان مثال، به ارائه دهنده خدمات درمانی، مدیر، خانواده بیمار)
- پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
- پاسخ بیمار به درمان یا مداخله

۳- جاری بودن ثبت (ادامه ...)

- اکثر موسسه های مراقبت های بهداشتی از زمان نظامی استفاده می کنند، یک سیستم ۲۴ ساعته که از سو تعبیر درباره زمان صبح (AM) و عصر (PM) جلوگیری می کند.
- به جای دو چرخه ۱۲ ساعته در زمان استاندارد، ساعت نظامی یک چرخه زمانی ۲۴ ساعته است.
- ساعت نظامی با نیمه شب در ساعت ۲۴۰۰ به پایان می رسد و در ۱ دقیقه بعد از نیمه شب به عنوان ۰۰۰۱ شروع می شود.
- به عنوان مثال، ۱۰:۲۲ AM به صورت ۱۰۲۲ به وقت نظامی است و ۱۰:۲۲ PM به شکل ۲۲۲۲ به وقت نظامی است.

ساعت نظامی



۴- سازماندهی بودن ثبت

- ثبت گزارشات زمانی موثرتر هستند که یادداشت ها مختصر، واضح و دقیق باشند و به طور منطقی ارائه شوند.
- برای اینکه ثبت گزارشات مربوط به شرایط پیچیده به صورت سازمان یافته انجام گیرد، ابتدا به موقعیت موجود فکر کنید و سپس تصمیم بگیرید که چه اطلاعات و کلماتی را باید در پرونده بهداشت و درمان بیمار وارد کنید.
- استفاده از مهارت های تفکر انتقادی و کاربرد فرآیند پرستاری به شما کمک می کند تا به صورت کاملاً واضح و به طور منطقی مستند سازی کنید.
- به عنوان مثال، یک ثبت سازمان یافته بایستی وضعیت درد بیمار، بررسی و مداخلات شما و نیز پاسخ بیمار به درمان را توصیف کند.

۵- کامل بودن ثبت

- مطمئن شوید که اطلاعات موجود در یک ثبت یا یک گزارش کامل بوده و حاوی اطلاعات مناسب و ضروری است.
- از معیارها و استانداردهای تعیین شده برای ایجاد ارتباط کامل در پرونده مراقبت های بهداشتی یا هنگام گزارش برخی از مشکلات بهداشتی یا اقدامات پرستاری تبعیت کنید.

نمونه یک گزارش کامل

- ساعت 1915 (منظور ساعت ۱۹ و ۱۵ دقیقه): بیمار طبق از دستور داده شده مبنی بر استراحت در تخت پیروی می کند. اندام تحتانی چپ متورم است. دور بازوی بیمار ۳۰ اینچ است. نواحی قرمز رنگ که گرم و حساس به لمس است در قسمت قدامی (۳ سانتی متر در ۴ سانتی متر) و سطح داخلی (۳ سانتی متر در ۳ سانتی متر) پای چپ دیده می شود. پای چپ به اندازه یک بالش بلند شده است. تزریق هیپارین با سرعت ۳۶۰۰ واحد در ساعت از طریق آنژیوکت شماره ۲۰ داخل ورید محیطی که در ناحیه تحتانی بازوی چپ قرار دارد در جریان است. محل تزریق آنژیوکت بدون قرمزی، تورم یا ترشح است. درد تیز ضربان دار پا را که در مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه ۸ ارزیابی شده است، به صورت کلامی بیان می کند. برای کاهش درد بیمار طبق دستور قرص های Oxycodone / acetaminophen به صورت (PO) داده می شود. Chris Banks, RN ساعت 2000: بیمار می گوید «داروی مسکن واقعا به کاهش درد کمک کرد». بیمار درد خود در ناحیه پایین ساق پای چپ خود را در مقیاس ۰ تا ۱۰ به صورت درجه ۴ از ۱۰ ارزیابی می کند. Chris Banks, RN.

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 گوذه 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.

ELECTRONIC HEALTH RECORD

SimChart®



Rae, Lisa

MRN: 7761384

Room: 322

Health Care Provider: L Moore, MD

Sex: Female

Weight: 110 lb

Code Status: Full

BMI: 17.8

Hospital Floor: Medical-Surgical

Age: 78 years

Height: 5' 6"

Allergies: NKA

Diet: 3 g sodium restriction

Patient Summary

Summary

Authority for Admission

Admission History

History and Physical

Orders

MAR

Vital Signs

Assessments

Basic Nursing Care

Provider Notes

Nursing Notes

Laboratory/Diagnostics

Patient Teaching

Risk Alerts

Fall Risk:

No Data Entered

Pressure Sore Risk:

No Data Entered

Obstructive Sleep Apnea Risk:

No Data Entered

Problem List

Medical Diagnosis:

Primary Diagnosis: Hypotension

Secondary Diagnosis: Mechanical fall

Tertiary Diagnosis:

No Data Entered

Nursing Diagnosis:

No Data Entered

Active Invasive Items

IV Lines:

Mon | 10:40 Right Median Cubital
(Antecubital)
Peripheral

Basic Information

Code Status:

Full code

Isolation Status:

No Data Entered

Allergies:

NKA

Alerts:

No Data Entered

Patient Monitoring

Chart Time	Temperature (F)	Pulse (Beats/min)	Respiration (Resp/min)	Blood Pressure (mmHg)	Oxygen Saturation (%)
Mon 10:40	98.6	84	18	94/70	93

Pain: Mon | 11:40 Numeric pain level 5

Intake: 200 mL

Blood Glucose: No Data Entered

Output: 250 mL

Active Wounds

Lesions Mon | 10:40 Right Hip
Bruising (contusion)

تماس تلفنی با ارائه دهنده خدمات بهداشتی

- هر نوع تماس تلفنی خود با یک ارائه دهنده خدمات بهداشتی را ثبت کنید. اسناد و مدارک شما باید شامل زمان برقراری تماس، شماره تماس گرفته شده، چه کسی تماس گرفته، با چه کسی تماس گرفته شده، اطلاعات چه کسی به فرد مقابل داده شده، چه اطلاعاتی داده شده و چه اطلاعاتی دریافت شده باشد.

- مثلاً: "۲۵/۰۸/۱۴۰۰ (ساعت ۲۱۳۰) با شماره تلفن ۱۲۳-۴۵۶-۱۹۰ مطب دکتر ناصری تماس گرفته شد. با خانم یوسفی، پرستار RN صحبت کردم تا وی به دکتر ناصری اطلاع دهد که میزان پتاسیم آقای احمد زمانی در ساعت ۲۰۰۰ به میزان 5.9 mEq/dL بود. وی اطلاع داد که دکتر ناصری پس از پایان ویزیت بیمار فعلی خود، تماس خواهد گرفت. R. Naderi، RN."

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 Telephone order read back “TORB” (**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 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 ، سریعا 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 علایم 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 قلبی - 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

راهنمای ثبت صحیح پرستاری

- ثبت باید دقیق، واقعی و عینی باشد. اطلاعات واقعی، منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی شوند.
- موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
- اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد، بایستی کامل و در عین حال مختصر باشند.
- گزارش نویسی باید به صورت پویا و بدون تاخیر انجام شود.
- اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است برای ثبت، از فرم های مخصوص استفاده گردد.
- کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشند. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده را بدون اجازه بیمار ندارد.

- 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 نبایستی 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."

- در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نبایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود، توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

- در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.

- چنانچه گزارش پرستار گزارش دقیق و با اطمینانی نباشد، مراجع قانونی نیز در حیطه کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نخواهد بود.

- 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.

- 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.

- 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.
- در گزارش خود ننویسید که «خطای ایجاد شده توسط پزشک». در عوض مستند کنید که «دکتر احمدی فراخوانده شد تا دستور داده شده در مورد داروی ضد درد را شفاف سازی کند». تاریخ و ساعت تماس تلفنی و نیز فردی که با او تماس گرفتید و نیز نتیجه را ثبت کنید.
- در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می رسد ، فوراً به پزشک یا مافوق ذیصلاح اطلاع داده شود .
- از بکارگیری افراد غیر حرفه ای جهت انجام کارهای تخصصی جدا خودداری کنید. در صورت بروز خطا از سوی آنان ، دادگاه پرستار را مجرم می شناسد.

- فقط اطلاعات خود را ثبت کنید.
- از به کار بردن عبارات کلی مانند «وضعیت بیمار بدون تغییر مانده است» یا «بیمار روز خوبی داشت» خودداری کنید.
- هر گزارش در پرونده بیمار را با تاریخ و ساعت شروع کنید و با امضا و شماره اعتبارنامه (نظام پرستاری) خود پایان دهید.
- برای ثبت تغییرات مهمی که چند ساعت زودتر اتفاق افتاده است منتظر نمانید تا در پایان شیفت آن را ثبت کنید بلکه در همان زمان ثبت کنید.
- از امنیت رمز ورود خود برای ثبت رایانه ای به دقت محافظت کنید.
- هرگونه حادثه یا اتفاق که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط، اشتباهات دارویی و...) را به طور دقیق و کامل ثبت کنید.

- در نوشتن گزارشات پرستاری، هرگز فضاهای خالی یا خطوط خالی را بین نوشته های خود قرار ندهید.
- گزارش خود را به صورت پشت سر هم و خط به خط ثبت کنید. اگر در سطر آخر فضای خالی باقی مانده است، یک خط افقی تا انتهای سطر بکشید و امضا و شماره نظام پرستاری خود را ثبت کنید.
- تمام گزارشات نوشتاری را با استفاده از خودکار سیاه و به صورت خوانا ثبت کنید. از مداد، روان نویس، یا جوهری که قابل پاک شدن هستند استفاده نکنید.

- عامل مهم جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات، داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد:

- نام و نام خانوادگی

- سمت

- تاریخ و ساعت

جمع بندی نهایی

گزارشات پرستاری بایستی دارای ویژگی های زیر باشد:

- واقعی بودن
 - دقیق بودن
 - جاری بودن
 - سازماندهی شدن
 - کامل بودن
- نکته: پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.

با تشکر از توجه
شما

