

به نام خدا

گزارش نویسی

دکتر علی استادی

متخصص پزشکی قانونی

فلوشیپ سم شناسی بالینی و مسمومیتها

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

اصول حرفه ای گزارش نویسی

□ گزارشات بالینی بایستی

محاسبات درست و صادقانه در

مورد اتفاقات افتاده و زمان دقیق

آن و فرد ارائه دهنده خدمات را

ارائه کند

مشخصات مهم گزارشات

(1) حقیقی

(2) صحیح

(3) کامل

(4) همزمان

(5) سازمان یافته

- ❖ همچنین باید تصویر واضح از نیازهای بیماران، اقدامات انجام شده توسط کارکنان و پاسخ بیماران را شامل شود
- به صورت دست نویس یا الکترونیک (ویدئو، ضبط صدا)

مستندات را چه کسی باید ثبت کند؟

- ❖ هر فردی که خدمات ارائه می کند باید ثبت کند و در انتها با امضا تایید کند
- ❖ در صورتیکه دو نفر با هم همکاری داشته باشند، هر دو باید امضا کنند.
- ❖ در کارهای تیمی مانند CPR یک نفر ثبت کننده است

چه چیزی باید ثبت شود؟

❖ ثبت اطلاعات باید بیمار محور باشد

❖ تمامی اطلاعات در مورد کلیه

اقدامات انجام شده ثبت شود (اطلاعات

ارزیابی بحرانی، مداخلات، ارزیابی

نهایی)

مثال

- ❑ فاکتورهای محیطی (ایمنی، تجهیزات)
- ❑ آموزش بیمار
- ❑ حوادث مهم در طی اقدامات مراقبتی
- ❑ نتایج در مورد بیمار شامل پاسخ به درمان، آموزش و مراقبتهای پیشرفته
- ❑ ارزیابی اطلاعات در مورد ترخیص
- ❑ در بیماران بد حال نوشتن یادداشت های مکرر نشان دهنده پیچیدگی مشکلات بیمار می باشد
- ❑ اطلاعات در مورد انتقال بیمار

❖ مستند سازی بیمار محور باید شامل
برنامه درمانی نیز باشد

❖ برنامه درمانی بایستی صحیح، واقعی و
مفید برای نیازها و خواسته های بیمار
باشد

❖ اگر دستورات تلفنی توسط پزشک داده
شده باشد، بایستی تاریخ و ساعت تماس
ثبت شود

اطلاعات مشاهده ای و ذهنی

□ اطلاعات مشاهده ای: گریه کردن، تعریق، خونریزی یا موارد قابل اندازه گیری مانند دمای بدن

□ ذهنی: درد

❖ اجتناب از استفاده از واژه هایی مانند: به نظر می رسد، ظاهراً قابل قبول نیست / زیرا نشان دهنده عدم اطلاع از حقیقت و وجود شک و تردید است

❖ اجتناب از عباراتی مانند: وضعیت تغییر نیافته، روز خوبی داشت، خوب خوابید/ زیرا اظهارات مبهمی هستند و نشان دهنده حقیقت نیست

❖ اگر تردیدی وجود داشته باشد باید علت نوشته شود

❑ تاریخ: سال ماه روز

❑ ساعت : 24 ساعته ساعت و دقیقه

❑ امضا و مهر

❑ ثبت درجه و سمت در نوشتارهای دستی
و الکترونیکی

❑ امضا الکترونیکی: بصورت خودکار در
صورت ورود با رمز ورود ثبت خواهد
شد

همکاری و ارتباط با سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی

- تلفنی
- ویدئو کنفرانس
- اینترنت
- ❖ مواردی که باید ثبت شود:
 - تاریخ و زمان تماس
 - اسامی افراد در ارتباط
 - اطلاعات رد و بدل شده
 - دستورات ، مداخلات و نتایج ارتباط
 - طرح های مورد توافق برای اجرا
 - پیش بینی نتایج

مثال: اگر پرستار با پزشک تماس گرفت:

- تاریخ و ساعت تماس
- دستورات
- علت تماس
- نام و مشخصات پزشک
- پاسخ به درمان

اجرای دستورات دارویی

- ❖ تاریخ و زمان واقعی تجویز دارو
- ❖ نام دارو
- ❖ راه تجویز دارو
- ❖ محل تجویز دارو
- ❖ روش تجویز
- ❖ دوز تجویز شده
- ❖ امضا و مهر

دستورات شفاهی

❑ دریافت و اجرای

دستورات شفاهی خالی از
خطر نیست، لذا برای موارد
خاص استفاده شود

دستورات تلفنی

- ❑ در اولین فرصت باید توسط پزشک مربوطه مهر امضا شود (قبلا توسط پرستار امضا شده است)
- ❑ احتمال خطا در دستورات تلفنی بالاست
- ❑ همیشه این سوال مطرح است که خطا از طرف کیست
- ❑ معمولاً پزشکان دستورات را گفته و پرستاران ثبت و اجرا می کنند

راهنما برای گرفتن و ثبت دستورات تلفنی:

- ❖ تاریخ و ساعت گرفتن و ثبت دستورات تلفنی
- ❖ باید نوشته شود که دستورات توسط پزشک داده شده است
- ❖ خواندن مجدد دستورات برای پزشک مربوطه
- ❖ ثبت نام و مشخصات پزشک دستور تلفنی دهنده
- ❖ مشابه دستورات شفاهی احتمال خطا بالاست و فقط برای موارد خاص و اورژانس نگه داشته شود

چگونه باید اطلاعات ثبت شود؟

- ❑ واضح، مشروح، کامل، صادقانه و با دقت بالا
- ❑ خوانا و با املائی درست
- ❑ بهتر است از خودکار با رنگ سیاه استفاده شود
- ❑ با یک خودکار نوشته شود.
- ❖ تغییر رنگ نوشتار نشان دهنده این است که در زمانهای مختلف ثبت شده است. در صورت تغییر خودکار علت نوشته شود

- ❑ از مداد و روان نویس و خود نویس با توجه به اینکه ماندگار نیست و قابل پاک کردن است استفاده نشود
- ❑ نباید برای سهولت از فتوکپی استفاده شود
- ❑ از برگهای رنگی استفاده نشود
- ❑ از واژه های اختصاصی و اختصاری رایج و با املای صحیح استفاده شود
- ❑ خطاهای املایی می تواند باعث خطاهای درمانی خیلی خطرناک شود
- ❑ اگر به هر علتی برگه ثبت اطلاعات غیر خوانا شد (مثل ریختن آب) برگه ناخوانا نگهداشته شود

فرمها، چک لیستها، برگه های سیر بیماری
و برگه های روزانه

□ صحیح و واقعی

□ نوشتن اطلاعات شخصی بیمار حیاتی
است

□ اطلاعات صحیح بیماران در کلیه
برگه های پرونده بیمار باید نوشته
شود

فضای سفید و خالی

- باید هیچ فضای خالی و سفیدی بین نوشته ها برای اضافه کردن مطالب بعدی وجود نداشته باشد
- کشیدن خط در فضای سفید

وارد کردن فراموش شده ها و اشتباهات

- ❑ اشتباهات بصورت آشکار و صادقانه اصلاح شود
- ❑ وقتی اشتباهی بین نوشته ها اتفاق می افتد، نباید بین خطوط اصلاح شود
- ❑ هیچ چیز را نباید از بین برد
- ❑ نباید اشتباهات را پاک کرد، یا لاک گرفت یا با استفاده از خودکار پهن مخفی کرد
- ❑ اگر نوشته ها نا خواناست باید توضیحات اضافه شود

❖ تصحیح و تغییر هر مطلبی غیر
قانونی و تخلف حرفه ای است

❖ برای تصحیح اشتباه باید روی
نوشته اشتباه فقط یک خط
کشیده شود و مطلب صحیح را
با درج تاریخ و ساعت تصحیح
نوشت.

تغییر یا اضافه کردن

❖ هرگونه تغییر یا اضافه کردن

باید با دلیل و مستند باشد

❖ هیچ وقت نباید برگی برداشته یا

حذف شود

استفاده از اختصار و سمبل

□ استفاده از اختصار مبهم

،منسوخ، با معنی های متفاوت
می تواند باعث خطا شود

□ از موارد رایج و موافقت شده
استفاده شود

چه زمانی باید اطلاعات ثبت شود

- به موقع، مکررا و به ترتیب وقوع
- ✓ در اولین فرصت ثبت شود
- ✓ هیچ وقت نباید قبل از انجام کامل شود
- ✓ یادداشتهای در مورد بیماران بد حال باید خیلی گسترده و بصورت مکرر باشد
- ✓ اگر به عللی نتوان به موقع و بلافاصله ثبت کرد، باید نوت برداری کرد

گزارش تاخیری یا موارد فراموش شده

□ با اطلاع و هماهنگی مسئولین مربوطه

□ ثبت تاریخ و زمان

□ علت تاخیر

❖ در مواردی که دو پرستار مسئول یک بیمار هستند

انتقال اطلاعات پزشکی بیمار

ایمیل

فاکس

Personal Digital Assistants (PDA)

دستیار دیجیتال شخصی



Telephone/Video Consultation (Telehealth)

مشاوره تلفنی

الزامات قانونی

- ❖ هر یادداشتی را امضا کنید
- ❖ تاریخ و ساعت را به صورت کامل بنویسید
- ❖ اجتناب از گذاشتن فضای خالی
- ❖ قبل از ثبت نوشته های قبلی را بخوانید
- ❖ تمیز و مختصر و خوانا بنویسید
- ❖ املاء و دستور زبان را رعایت کنید
- ❖ از اختصارات رایج استفاده کنید و از اصطلاحات نا مناسب استفاده نکنید
- ❖ اطلاعات دقیق به پزشک گزارش شود
- ❖ از نمودار جهت ثبت علائم حیاتی استفاده شود
- ❖ بلافاصله بعد از انجام اقدامی ثبت شود

❖ نوشته ها را مخدوش نکنید، پاک نکنید و به نوشته های قبلی چیزی اضافه نکنید

❖ نوشته های تاخیری را بصورت صحیح توضیح دهید

❖ تنها مراقبتهایی را که خودتان انجام دادید و یا رسیدگی کردید ثبت کنید

❖ نقل قول دقیق و صحیح را ثبت کنید

❖ با خودکار سیاه ثبت کنید

❖ از ساعت 24 ساعته استفاده کنید

❖ مشخصات بیمار را در تمامی برگها و فرمها وارد کنید

❖ دستورات با دقت رونوشت شود

❖ اجتناب از استفاده از یادداشتهای پرستاری
برای انتقاد از سایر ارائه دهندگان خدمات
بهداشتی

❖ از بین بردن تعصب در ثبت یادداشتهای
❖ قبل از خروج از سیستم محل را ترک نکنید
❖ اطلاعات بیمار را بدون دلیل و هدف دریافت
نکنید

❖ هرگز رمز عبور خود را در اختیار فرد
دیگری قرار ندهید



Thank you