

کنفرانس علمی یک روزه

عنوان برنامه: گزارش نویسی پرستاری

گروه هدف: پرستاری

واحد مجری: دانشگاه علوم پزشکی تبریز - مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سینا

سخنران: دکتر شهلا شهبازی

استادیار دانشگاه ع.پ تبریز

آدرس ایمیل: shahbazish6@gmail.com

تاریخ اجرای برنامه: دوشنبه ۱۴۰۰/۰۷/۱۹

اهداف یادگیری

اهداف یادگیری:

- از شما انتظار می رود پس از تکمیل مطالعه این محتوا، بتوانید:
- ۱- مفهوم گزارش پرستاری را تعریف کنید.
 - ۲- اهمیت گزارش نویسی را شرح دهید.
 - ۳- کاربرد گزارشات پرستاری را نام ببرید.
 - ۴- فرایند پرستاری و ارتباط آن با گزارش پرستاری را شرح دهید.
 - ۵- مدیریت زمان در ثبت گزارشات پرستاری را شرح دهید.
 - ۶- چگونگی ثبت در اوراق مرتبط با ثبت گزارشات پرستاری توضیح دهید.

بخش اول

دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی

تعریف، اهمیت و کاربرد گزارش نویسی پرستاری

فرایند پرستاری و گزارش پرستاری

مدیریت زمان در ثبت گزارشات پرستاری



دستور العمل مستندسازی پرونده پزشکی

سلامت دان
دکتر دیرت یادگاری و خانم نعلی سلامت بانی
کرده‌بیت آمار و اطلاعات دان



که دستور العمل کشوری: م پ-۲-۱۶۶۶

زیر نظر:

دکتر محمد حاجی آقابانی - دکتر علی باهر

معاون:

دکتر محمد امان‌الله کافی - اکرم هادی برنگی - دکتر فاطمه بهمنیج - سمیرا حمیدی دابک - دکتر زهرا مهدیانی - دکتر اعلا کتبی - سمیرا حسینی - دکتر مجید میرزایی

بهمکاران:

زهره کوی رستم کله‌ئی - بنیامین محمدی - دکتر مهناز صوبگ - سارا اسکلی پور - سید آقابانان - رشید زندهانی - دکتر جهانپور طیبور - منیر افغانی - زهره معصوم - مهناز سلیمان

شماره ۱۳۶۶

آدرس: تهران - شهرک غرب (قدس) - بلوار فرخ‌زادی - ایستگاه شرقی - وزارت بهداشت، دان و آموزش پزشکی - بلوک آ - طبقه ۷ - تلفن تماس: ۸۱۵۲۶۲۲

آدرس الکترونیک: <http://medcare.behdasht.gov.ir> - پست الکترونیک: HIM@health.gov.ir

دستورالعمل مستندسازی 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.
- دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی با هدف تدوین اصول کلی در زمینه مستندسازی پرونده پزشکی در ۵ بخش و ۱۱ ماده و ۱۱ تبصره تنظیم شده، و از این پس به عنوان مرجع اصول مستند سازی در همه بیمارستان ها و واحدهای ارایه دهنده خدمات سلامت کشور اجرای آن الزامی می باشد.
- در صورت عدم رعایت موارد مطرح شده در دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی، بیمارستان موفق به کسب امتیاز لازم در محور مستندسازی پرونده ها نخواهد بود (مدیر کل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی: نامه شماره ۴۰۹/۱۱۱۶۷ مورخه ۹۳/۰۶/۱۷).

شمول دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی

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

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).

اهمیت گزارش نویسی

- گزارش نویسی در پرستاری یکی از وظایف مهم حرفه ای روزمره پرستاران محسوب می شود. پرستاران از لحظه پذیرش بیمار در بیمارستان تا ترخیص او وظیفه ارائه مراقبت و ثبت مراقبتها را بر عهده دارند.
 - گزارشات پرستاری در صورتیکه بخوبی ثبت شده باشند، می تواند بعنوان یک ابزار ارتباطی موثر بین اعضای تیم درمان باشد.
- در اسلاید بعدی کاربردهای گزارشات پرستاری بطور خلاصه آورده شده است.

کاربردهای پرونده های پزشکی

در مجموع می توان کاربردهای پرونده های پزشکی (از جمله گزارشات پرستاری) را بصورت زیر بیان کرد:

۱. به عنوان اساس برنامه ریزی و اطمینان از ادامه مراقبت درمانی از بیمار
۲. تبادل اطلاعات دقیق و به موقع بیمار در بین اعضای تیم درمان (اصلی ترین هدف و مزیت عمده پرونده نویسی، ارتقای ارتباط ساختارمند بین اعضای تیم درمان در تداوم مراقبتهای طراحی شده بیمار محور می باشد).
۳. به عنوان یک مدرک مستند از سیر بیماری و پاسخی به درمان بیمار
۴. پشتیبانی قانونی از بیمار، بیمارستان و کادر درمانی
۵. به عنوان یک سند قانونی برای سازمان های بیمه، پزشکی قانونی، دادگاه و سایر نهادهای رسمی
۶. به عنوان یک منبع اطلاعاتی ارزشمند برای تحقیقات پزشکی
۷. جهت تهیه اطلاعات برای محاسبه هزینه های درمانی
۸. به عنوان منبعی مفید برای آمارهای سلامت
۹. کمک به دانشجویان علوم پزشکی (به خصوص رشته های پزشکی و پرستاری)

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.

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؛

۷-

سیستم های گزارش نویسی

- سیستم های مختلفی از گزارش نویسی وجود دارد.
- بر حسب خط مشی های مرکز درمانی، می توان یکی از سیستم های گزارش نویسی را برای ثبت مداخلات و ارزشیابی های پرستاری و پاسخ بیمار انتخاب کرد.
- مراکز درمانی از روش سنتی narrative charting و یا سایر سیستم ها از جمله سیستم های POMR، PIE، و جهت ثبت گزارشات استفاده نمایند.
- روش سنتی ثبت انشایی شایعترین سیستم ثبت مراقبت های پرستاری است که به ترتیب زمانی وضعیت بیمار، مداخلات پرستاری اجرا شده و پاسخ بیمار به این مداخلات را منعکس می کند.
- گزارش در برگ گزارش پرستاری ثبت می شود و از سایر اوراق از جمله فلو شیت های علایم حیاتی، برگ جذب و دفع مایعات و ... نیز برای ثبت داده های مورد نظر بصورت تکمیلی استفاده می شود.
- گزارشات پرستاری در روش انشایی را می توان با رویکرد از سر تا پا سازماندهی کرد.
- صرفنظر از روش سازماندهی گزارش پرستاری، باید بطور اختصاصی و به ترتیب زمانی با ذکر زمان دقیق ثبت کرد.

فرایند پرستاری در گزارش نویسی

▶ **بررسی (Assessment):** از همان مرحله ادمیت بیمار داده های ارزیابی شامل داده های ذهنی و عینی جمع آوری می شود. از این مرحله می توان در گزارش پرستاری نقل قول مستقیم از بیمار یا خانواده او ثبت کرد.

▶ **تشخیص پرستاری (Nursing diagnosis):** در این مرحله از فرایند پرستاری مسائل و مشکلات سلامتی بیمار می تواند در قالب تشخیص پرستاری ثبت شود.

▶ **برنامه ریزی (Planning):** پی آمدهای مورد انتظار است و معمولاً در ثبت گزارشات پرستای وارد نمی شود.

▶ **اجرا (Implementation):** اقداماتی است که برای رسیدن به پیامدهای مورد انتظار انجام می شود. اقدامات مراقبتی در مرحله اجرای فرایند پرستاری ثبت می گردد.

▶ **ارزشیابی:** اثربخشی مداخلات انجام شده ثبت می گردد.

مدیریت زمان در گزارش نویسی

- برخی از شواهد موجود نشان می دهد که پرستاران گزارش نویسی را بعنوان یک کار وقت گیر تلقی می کنند.
- ثبت گزارش معمولاً تا انتهای شیفت به تاخیر می افتد و این منجر به عجله در ثبت می شود.
- بدین ترتیب چنین گزارشاتی از عمق و جزئیات کامل برخوردار نشده و این می تواند به از دست دادن اطلاعات مهم منجر شود و بالقوه پی آمدهای ضعیفتر بیمار را در پی داشته باشد.

مدیریت زمان در گزارش نویسی (ادامه)

Chart promptly

- گزارش پرستاری باید به محض انجام مشاهدات یا رایه مراقبت ثبت شود. در صورت عدم امکان ثبت فوری، یادداشت برداری کنید تا در اولین زمان مناسب گزارش خود را تکمیل کنید.
- چنانچه شما تا انتهای شیفت صبر کنید تا گزارش مراقبت خود را تکمیل کنید، ممکن است ثبت برخی از جزئیات مهم را فراموش کنید.

بخش دوم

مستندسازی تخصصی فرم های مهم پرونده پزشکی
اوراق مرتبط با ثبت گزارشات پرستاری

۱- فرم ارزیابی اولیه پرستاری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education
 دانشگاه علوم پزشکی:
 Medical Center: مرکز پزشکی آموزش درمانی:

فرم ارزیابی اولیه پرستاری

شماره یونته: Unit No:

INITIAL NURSING ASSESSMENT SHEET

Attending Physician: <small>پزشک معالج:</small>	Ward: <small>بخش:</small>	Name: <small>نام:</small>	Family: <small>خانواده:</small>
Date of Admission: <small>تاریخ پذیرش:</small>	Room: <small>اتاق:</small>	Date of Birth: <small>تاریخ تولد:</small>	Father Name: <small>نام پدر:</small>
<p>ساعت ورود به بخش: <small>ساعت شروع ارزیابی:</small></p> <p>میزان تحمالات: <small>دین:</small> <input type="checkbox"/> <small>وضعیت ناهل:</small> <input type="checkbox"/> <small>مجرد:</small> <input type="checkbox"/> <small>متاهل:</small> <input type="checkbox"/> <small>سایر:</small> <input type="checkbox"/> <small>نام ببرید:</small></p> <p>بیماران خانم: <small>وضعیت بارداری:</small> <input type="checkbox"/> <small>بله:</small> <input type="checkbox"/> <small>خیر:</small> <input type="checkbox"/> <small>وضعیت شیر دهی:</small> <input type="checkbox"/> <small>بله:</small> <input type="checkbox"/> <small>خیر:</small> <input type="checkbox"/></p> <p>مشخ اطلاعات: <small>بیمار:</small> <input type="checkbox"/> <small>همراه:</small> <input type="checkbox"/> <small>(با ذکر نسبت):</small> <small>مشخصات فردی که در مواقع ضروری به توان با او تماس گرفتار (نام و شماره تماس):</small></p> <p>علامه حیاتی بندو ورود: <small>T:</small> <small>RR:</small> <small>PR:</small> <small>BP:</small></p> <p>نحوه ورود: <small>با پای خود:</small> <input type="checkbox"/> <small>عستلی چرخدار:</small> <input type="checkbox"/> <small>برکتاردر:</small> <input type="checkbox"/> <small>سایر:</small> <input type="checkbox"/> <small>نام ببرید:</small></p> <p>لوله و اتصالات بیمار (IV، انسوی، لوله ترنله و...) <small>ذکر نام و محل:</small></p>			
<p>سطح هوشیاری: <small>هوشیار:</small> <input type="checkbox"/> <small>خواب آلود:</small> <input type="checkbox"/> <small>گیج:</small> <input type="checkbox"/> <small>بدون پاسخ:</small> <input type="checkbox"/> <small>آگاهی به زمان و مکان و شخص:</small> <input type="checkbox"/> <small>دارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>ندارد:</small> <input type="checkbox"/></p> <p>زبان و نوع گوش: <small>نیاز به مترجم دارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>بله:</small> <input type="checkbox"/> <small>خیر:</small> <input type="checkbox"/></p> <p>نحوه صحبت کردن: <small>واضح:</small> <input type="checkbox"/> <small>النگال در تکلم:</small> <input type="checkbox"/> <small>عدم توانایی در صحبت کردن:</small> <input type="checkbox"/> <small>بالناره:</small> <input type="checkbox"/></p> <p>وضعیت همکاری: <small>دارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>ندارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>با ذکر دلیل:</small></p>			
<p>شکایات اصلی / علت مراجعه بیمار (باین مشکل از زبان بیمار): <small>علت بستری (تفصیل اولیه پزشک معالج):</small></p> <p>سابقه بستری: <small>ندارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>دارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>تاریخ آخرین بستری:</small></p> <p>سابقه جراحی: <small>ندارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>دارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>ذکر نوع عمل جراحی:</small></p> <p>سابقه بیماری (جسمی / روانی) اختلال مادر زادی: <small>ندارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>دارد:</small> <input type="checkbox"/> <small>در صورت داشتن سابقه نام بیماری:</small></p> <p>سابقه بیماری در خانواده (جسمی و روانی): <small>خیر:</small> <input type="checkbox"/> <small>بله:</small> <input type="checkbox"/> <small>نام بیماری:</small></p> <p>سابقه ترانسفوزیون خون و قرار داده های خونی: <small>خیر:</small> <input type="checkbox"/> <small>بله:</small> <input type="checkbox"/> <small>سابقه واکنش به ترانسفوزیون خون و قرار داده های خونی:</small> <input type="checkbox"/> <small>بله:</small> <input type="checkbox"/> <small>ذکر نوع واکنش:</small></p> <p>عادات و عوامل خطر: <small>سوء مصرف دارو:</small> <input type="checkbox"/> <small>سوء مصرف موادمخدر:</small> <input type="checkbox"/> <small>مصرف الکل:</small> <input type="checkbox"/> <small>مصرف سیگار:</small> <input type="checkbox"/> <small>مصرف قیاز:</small> <input type="checkbox"/> <small>سابقه کار در معادن:</small> <input type="checkbox"/></p>			

۱- فرم ارزیابی اولیه پرستاری

- ارزیابی بیمار جزء کلیدی عملکرد پرستاری است.
- منظور از ارزیابی اولیه بررسی جامع از وضعیت جسمی، روحی، اجتماعی، فرهنگی و شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در بدو بستری است که چارجوبی برای تعیین و شناسایی نیازها و مشکلات بالینی بیمار به منظور برنامه ریزی مراقبت جامع و موثر تعیین می کند.
- ارزیابی اولیه باید برای تمامی بیماران بخش های بستری انجام شود.
- برای شروع درمان صحیح و سریع ایده ال است که ارزیابی اولیه بلافاصله بدو ورود بیمار به بخش انجام شود. اما با توجه به تفاوت در شرایط درمانی و مراقبتی مورد نیاز بیماران می تواند تا انتهای همان نوبت کاری انجام شود.
- تبصره: در موارد خاص از قبیل بدحالی بیمار، بستری بیمار در ساعات پایانی نوبت کاری و زمان تحویل نوبت کاری، انجام ارزیابی اولیه می تواند حداکثر تا نوبت کاری بعد انجام شود.

۲- فرم دستورات پزشک

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی:
Medical Center: مرکز پزشکی آموزش درمانی:

برگ دستورات پزشک

PHYSICIAN'S ORDER SHEET

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Bed: تخت:		دستورات Orders		ساعت Time
امضاء پرستار Signature of Nurses	امضاء پزشک Signature of Physician			تاریخ Date

طرح استانداردسازی و بهینه نمودن سیستم مدارک پزشکی کشور ۱۴۰۰/۱۴

برگ دستورات پزشک

۲- فرم دستورات پزشک (ادامه)

۲- فرم دستورات پزشک

1. تکمیل سربرگ و ثبت مشخصات بیمار توسط منشی بخش الزامی است.
2. ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده الزامی است.
3. دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود.
4. مهر و امضاء پزشک در پایان دستورات الزامی است.
5. پزشک باید در انتهای دستورات، آنها را ببندد. در صورتیکه این امر توسط پزشک انجام نشود، می بایست توسط پرستار جهت دفاع از حقوق خود (جهت جلوگیری از اضافه شدن دستور جدید پس از گذشت زمان) بسته شود.
6. پرستاران بایستی به شکلی (معمولاً با علامت چک مارک (✓)) در فرم دستورات پزشک نشان دهند که دستورات اجرا شده است. تاریخ و ساعت چک شدن دستور توسط پرستار باید ذکر شود.

۲- فرم دستورات پزشک (ادامه)

۲- فرم دستورات پزشک (ادامه)

۷. دستورات پزشک مشاور: باید به تایید پزشک معالج رسانده شود.

۸. وقتی که پزشک بنا به ضرورتی دستورات خود را تلفنی به پرستار می دهد، پرستار باید آنرا در فرم دستور پزشک نوشته و همچنین اسم پزشک را مشخص نماید. دستورات شفاهی (تلفنی) باید توسط دو پرستار تایید و امضا شود.

۹. مهر و امضای پرستار الزامی است.

توجه: چنانچه ابهامی در دستور پزشک وجود دارد، اقدام صحیح پرستار به شرح زیر است: تماس با پزشک جهت رفع ابهام و ثبت عبارت «برای روشن شدن دستور با پزشک تماس گرفته شد» در گزارش پرستاری.

کاردکس نویسی

کاردکس نویسی (Kardexing)

کاردکس نویسی (Kardexing) فرایند ثبت دستورات پزشک در فرم کاردکس هر بیمار است.

کاردکس نویسی معمولاً با مداد انجام می‌شود چرا که دستورات جدید پزشک ممکن است شامل تغییرات و یا قطع دستور موجود باشد. بدین ترتیب، کاردکس معمولاً همیشه به روزترین اطلاعات مراقبتی را در بر دارد. اطلاعاتی که نیازمند تغییرات نیستند، معمولاً با خودکار مشکی نوشته می‌شود و آلرژی‌ها همیشه با خودکار قرمز نوشته می‌شوند.

کاردکس نویسی

کاردکس نویسی (Kardexing)

داده‌هایی که توسط پرستاران در کاردکس نوشته می‌شود، از سه منبع عمده بدست می‌آید:

- اطلاعاتی که در برگ پذیرش بیمار از طریق واحد پذیرش ارائه شده است؛
- دستورات پزشکی، و
- مشاهدات بالینی پرسنل پرستاری از بیمار (از طریق تعامل با بیمار).

هر کاردکس بیمار علاوه بر اطلاعات دموگرافیک و بیمارستانی، حاوی دامنه وسیعی از اطلاعات بالینی است که شامل دستورات پزشک جهت انجام آزمایشات و درمان‌ها، اطلاعاتی راجع به فعالیت بیمار، احتیاطات، داده‌های داروهای PRN و Standing، ارزیابی‌های پرستاری از بیمار و طرح مراقبت از بیمار نیز ممکن است در کاردکس ثبت گردد.

کاردکس نویسی (ادامه)

کاردکس نویسی (Kardexing)

صحت در کاردکس نویسی قطعاً ضروری است. یک خطا می تواند به دریافت درمان اشتباه و شاید آسیب رسان منجر گردد.

جهت پیشگیری از بروز خطا بدلیل دستورات پزشکی مبهم، بهتر است پرستار در حین ویزیت و صدور دستور پزشک را همراهی نماید. با این حال، چنانچه پرستار حضور نداشت، پزشک بعد از ثبت دستور در برگ دستورات پزشک در پروند بیمار، آن برگ را تا می زند (Flagging) تا پرستاران را متوجه این نکته بکند که یک مجموعه از دستورات جدید صادر شده است.

کاردکس نویسی

شواهد نشان می‌دهند که پرستاران در ارتباط با کاردکس نویسی به گونه متفاوتی عمل می‌کنند. چنین رفتاری می‌تواند بعنوان یک منبع بالقوه خطا تلقی گردد. شاید یکی از دلایل چنین رفتارهای متفاوت در مورد کاردکس نویسی این باشد که موضوع **Kardexing** معمولاً بطور تجربی در حین کار یادگرفته می‌شود و رسماً در محتوای آموزشی دروس دوره دانشگاهی پرستاران کمتر وارد شده است.

سوال: بعنوان پرستار، در طی کار بالینی خود، در رابطه با کاردکس بیماران با چه اشکالاتی مواجه هستید؟

۴- برگ گزارش پرستار (ادامه)

۴- برگ گزارش پرستار (ادامه)

- ثبت موارد پاراکلینیک : جواب آزمایشات ، گرافی ها ، باید ضمن اطلاع به پزشک و انجام پیگیری های لازم ثبت شده و برگهای لازم نیز در پرونده بیمار گذاشته شود .
 - ثبت ویزیت های انجام شده و تعداد آن (توسط فیزیوتراپیست ، مسؤل تغذیه ، بیهوشی و...) .
 - ثبت پیشرفت بیمار ، آموزشهای داده شده به وی
 - ثبت وضعیت نوزاد برای موارد زایمانی در بخش زنان و زایمان (حتی در صورت سالم بودن نوزاد در مورد نوزاد نیز باید مطلبی نوشت) .
۳. ثبت تاریخ و ساعت گزارشات الزامی است.
 ۴. امضاء پرستار همراه با مهری که حاوی مشخصات وی می باشد یا امضاء پرستار که حاوی درج مشخصات وی بصورت دستی می باشد همراه با مهر بخش الزامی است .
 ۵. انتهای هر گزارش باید با خطی بسته شود.

۶- برگ نمودار علایم حیاتی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 Ministry of Health & Medical Education
 University of Medical Science: دانشگاه علوم پزشکی
 Medical Center: مرکز پزشکی آموزشی درمانی

برگ نمودار علایم حیاتی
 COMPOSITE GRAPHIC CHART

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:												
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:												
Date: تاریخ:	Bed: تخت:														
Hosp. Days: روزهای بستری:															
Pent-Op Days: روزهای عدد از صبح:															
B. P.	Pulse	Temp	AM صبح	PM عصر	AM صبح	PM عصر	AM صبح	PM عصر	AM صبح	PM عصر	AM صبح	PM عصر	AM صبح	PM عصر	
250	160	41.5													
240	150	41													
230	140	40.5													
220	130	40													
210	120	39.5													
200	110	39													
190	100	38.5													
180	90	38													
170	80	37.5													
160	70	37													
150	60	36.5													
140	50	36													
130	40	35.5													
120	30	35													
110	20														
100															
90															
80															
70															
60															
50															
40															
30															
20															
10															
Fluid Ab. & Ex.	جذب و دفع مایعات:	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.	جذب Ab.	دفع Ex.
Tot. 24 Hr.	مجموع ۲۴ ساعته														
Oral	دهان														
I.V.	از راه ورید														
Blood	خون														
Urine	ادرار														
Other Secretion	سایر ترشحات														
Stool	مدفوع														
Weight	وزن														
B. P.	فشار خون														
Temp.	حرارت														

طرح استانداردسازی و تهیه نمودن نمودار برگ پزشکی کشور ۱۳۰۱

برگ نمودار علایم حیاتی

۶- برگ نمودار علایم حیاتی

از اوراق رسمی مدارک پزشکی است که بصورت پشت و رویی تهیه می گردد. در قسمت فوقانی مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به محل استقرار بیمار در مراکز درمانی و تاریخ های بستری و روزهای پس از عمل درج می گردد. قسمت دوم جدول ثبت منحنی های حرارت، نبض و فشار خون بصورت هفتگی با دو انشعاب صبح و عصر و شیفت های ۴ ساعته شبانه روزی می باشد. قسمت سوم جهت درج میزان جذب و دفع مایعات از طریق دهان، ورید، خون، ادرار، مدفوع، و سایر ترشحات و ثبت میزان فشار خون و حرارت در هر روز می باشد.

از آنجائیکه این فرم جهت بررسی وضعیت بیماران پس از اتاق عمل و ثبت تحریکات و واکنش های ایشان در مقابل درمان های اعمال شده تهیه می گردد، ثبت دقیق موارد در آنها الزامی است.

۷- برگ جذب و دفع مایعات

۷- برگ جذب و دفع مایعات: محتوا و نحوه ثبت

از اوراق رسمی مدارک پزشکی است که بصورت دو رویه تهیه می گردد. جهت بررسی و ثبت دقیق میزان مایعات ورودی و خروجی از بدن می باشد و به دو ستون اساسی جذب یا Intake و دفع یا Out Put تقسیم می شود. ستون اول به از راه دهان، خون، مایعات وریدی و یا سایر روش ها به ثبت دقیق موارد پرداخته است. ستون اول به مواردی مانند ادرار، مدفوع، استفراغ و ترشحات مختلف تقسیم شده است. این برگ بصورت ۱۲ ساعته تنظیم شده که در هر طرف یک جمع ۲۴ ساعته شبانه روزی هم موجود است.

برخی از بیماران نیازمند کنترل جذب و دفع ۲۴ ساعته هستند:

- بیماران جراحی
- بیمارانی که درمان وریدی دریافت می کنند.
- بیماران دچار اختلال در تعادل آب و الکترولیت ها: اسهال/ استفراغ و ...
- بیماران دچار سوختگی، خونریزی یا ادم

نکات مهم:

- آموزش خانواده/بیمار برای همکاری و همکاری سایر همکاران
- دفع اسهال آبکی/ استفراغ/ ترشحات ساکشن شده/ خونریزی/ درناژ زخم جزو دفع محاسبه شوند.
- ثبت تاریخ و ساعات/ جمع ۱۲ ساعته و ۲۴ ساعته (معمولاً پرستار شبکار)
- ثبت در محل های مشخص مخصوص شیفیت خودتان
- عدم تعادل (بالانس) در جذب و دفع باید به موقع به اطلاع پزشک رسانده شود.

fluid output

fluid intake

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education
کتابخانه علوم پزشکی
City of Medical Science
مركز آموزش درمانی
Al Center: Patient No:
شماره پرونده:
نام خانوادگی:
Family Name:
نام پدر:
Father Name:
تاریخ تولد:
Date of Birth:
تاریخ پذیرش:
Date of Admission:
بزرگ جذب و دفع مایعات
FLUID BALANCE CHART (24 HOURS)
تاریخ:
Date:
ساعت
Time

دفع		جذب					Date: تاریخ
Other Secretion ترشحات مختلف	Vomit استفراغ	Stool مدفوع	Urine ادرار	Other Ways راههای دیگر	I.V. Fluid مایعات	Blood خون	
							جمع ۱۲ ساعت 12 Hr. Total
							جمع ۱۲ ساعت 12 Hr. Total
							جمع ۲۴ ساعت 24 Hr. Total

↑
urine, stool, vomit, bleeding, sputum, gastric suction, and drainage from post-surgical drainage tubes.

خلاصه

گزارش پرستاری به معنی ثبت مراقبت طراحی و یا ارایه شده توسط پرستار و یا سایر مراقبین تحت نظارت او (از جمله دانشجویان پرستاری) است.

گزارشات پرستاری زمانی می تواند پاسخگوی کاربردهای ارتباطی، درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی داشته باشد که از کیفیت کافی برخوردار باشد. با این حال، شواهد موجود از ناکافی بودن کیفیت مستندات پزشکی از جمله گزارشات پرستاری حکایت دارد. **ثبت ناقص اطلاعات، ناخوانایی و مستندسازی نادرست اطلاعات و استفاده نامناسب از اختصارات پزشکی از جمله این مشکلات است.**

خلاصه (ادامه)

فرم های متنوعی از گزارش پرستاری شامل برگ گزارش پرستار، برگ کنترل علائم حیاتی، برگ نمودار علائم حیاتی و برگ جذب و دفع مایعات از جمله اوراق مدارک پزشکی است که بطور روزمره توسط پرستاران مورد استفاده قرار می گیرد. تکمیل فرم ارزیابی اولیه پرستاری و نیز کاردکس نویسی و ثبت سایر گزارشات مرتبط از دیگر فعالیت های مهم و حیاتی ثبت گزارش در پرستاری است.

بدین ترتیب پرستاران در تولید اطلاعات سلامت و تبادل آن سهم زیادی دارند و لازم است در این زمینه از آمادگی های کافی برخوردار شوند.

سطح آگاهی پرستاران در مورد گزارش نویسی بر نگرش و عملکرد آنان در مورد گزارش نویسی تاثیرگذار است و این ضرورت افزایش آگاهی در زمینه گزارش نویسی را تاکید می کند.

برخی از منابع

کاملی و همکاران. راهنمای مستندسازی فرم های پرونده های پزشکی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، ۱۳۹۳.

داورپناه، احمد و رامین مهدیقلیخان، رامین. مدیریت مدارک پزشکی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت پژوهشی، ۱۳۷۲.

دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی، وزارت بهداشت، شهریور ۱۳۹۶.

Urquhart, Christine, Rosemary Currell, Maria J. Grant, and Nicholas R. Hardiker. "Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes." *Cochrane database of systematic reviews* 1 (2009).

Smart, C. (2002). *The A-to-Z Guide to Better Nursing Documentation*. Springhouse.

پایان

با تشکر