

به نام آن که هستی نام از او یافت

فلک جنبش زمین آرام از او یافت

کنز پرستار

مهدی شفیعی زاده
کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه

گزارش نویسی Reporting



- گزارش نویسی
Reporting عبارتند از
انتقال اطلاعات به فرد
یا گروهی مشخص به
صورت کتبی و شفاهی

پرونده سازي



- پرونده سازي
Documentation
عبارت از: انتقال
اطلاعات به صورت
نوشتن وقایع اساسي،
جهت پیگیری سیر
بیماري و پیشرفت
بهبودي بیمار

سابقه پرونده سازي

- ثبت گزارش يا چارت كردن، از زمان فلورانس نایتینگل در قرن ۱۹ آغاز و از سال ۱۹۷۰، پرستاران از كلمات حرفه‌اي در ثبت گزارش خود استفاده مي‌نمایند.
- ثبت، نوشته‌اي قانوني است که در بر دارنده‌ي کلیه فعالیت‌هاي انجام شده براي بیمار از جمله بررسی، تشخیص و برنامه‌ريزي، اجرا و ارزشیابی مي‌باشد

پرونده

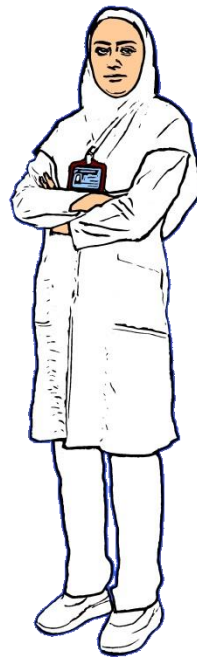
- پرونده مددجویان يك سند قانوني Legal documentation است؛ و محتوي مدارك قانوني مراقبت انجام شده براي مددجو است.
- پرستاران از نظر قانوني و اخلاقي موظف به حفظ اطلاعات مربوط به بيماريها و درمانهاي مددجویان هستند.
- فقط کارکنانی که به طور مستقیم در مراقبت از مددجو دخیل هستند، دسترسی قانونی به پرونده دارند.

اهمیت گزارش پرستاری

- نافذ ترین سند در مراجع قضایی برای دفاع از پرستاران و پزشکان است.
- سندی با ارزش برای مراقبت مداوم از بیمار است، زیرا مراقبت پرستاری اصولی و موثر از بیمار نیازمند کسب اطلاعات کامل و پویا از وضعیت سلامتی، اقدامات تشخیصی درمانی، مراقبتی و آموزشی می باشد.
- سندی مهم در دفاع از پرستار در مقابل ادعای سایر همکاران مانند پزشک و... میباشد.
- سندی مهم برای پژوهش و نظارت است.
- و...

نویسنده گزارش

- چه کسانی مجاز به ثبت گزارش پرستاری هستند؟
 - فقط پرستاران دارای مدرک حداقل کارشناسی پرستاری
 - در حالت عادی بهیاران، کمک بهیاران و دانشجویان پرستاری در شرایط عادی اجازه‌ی نوشتن گزارش پرستاری را در پرونده‌ی بیمار **ندارند**.



نویسنده گزارش

- کدام یک از پرستاران بخش باید گزارش پرستاری را بنویسند؟
– گزارش پرستاری یک بیمار را حتماً پرستار همان بیمار باید بنویسد.


سنجه ۱. در هر نوبت کاری برای هر بیمار، پرستار مسئول مشخصی تعیین شده و خدمات و مراقبت‌های پرستاری مورد نیاز هر بیمار، با مسئولیت پرستار بیمار و کمک سایر اعضای تیم مراقبت تامین می‌شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تعیین پرستار مسئول در هر نوبت کاری برای هر بیمار
۲	تقسیم متوازن بیماران بین پرسنل پرستاری در هر شیفت
۳	تقسیم بیمار بین تمامی پرستاران حاضر براساس برنامه کاری به غیر از سر پرستار**
۴	ثبت گزارش پرستاری توسط پرستار ارایه دهنده خدمت
توضیحات	* سایر اعضا تیم مراقبت: بهیار/ کمک پرستار ** توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری در بخش‌های مختلف بیمارستان به نحوی که غیر از سرپرستار سایر نیروهای پرستاری به میزان یکسان در مراقبت از بیماران مشارکت داشته باشند و از تعریف پست‌های غیر رسمی مانند استف خودداری شود. تعیین مسئول شیفت در شیفت‌های عصر و شب ضروری است.
هدایت کننده	مدیر پرستاری، سرپرستار

نویسنده گزارش

- کدام یک از پرستاران بخش باید گزارش پرستاری را بنویسند؟
– گزارش پرستاری یک بیمار را حتماً پرستار همان بیمار باید بنویسد.
- در بخش‌های مراقبت‌های پس از بی‌هوشی و اتاق‌های عمل چه کسی باید گزارش بنویسد؟
– به غیر از کارشناسان پرستاری، **کاردانان و کارشناسان اتاق عمل و هوشبری** نیز می‌توانند گزارش پرستاری را بنویسند.
- اگر زمانی مجبور شدیم افراد دیگری گزارش را بنویسند چه کار کنیم؟
– امضای دوم

فرم گزارش نویسی

- گزارشات پرستاری باید در فرم استاندارد گزارش پرستاری ثبت شوند.


 Shiraz University of Medical Sciences دانشگاه علوم پزشکی شیراز
 مرکز آموزشی درمانی بیمارستان ... مرکز گزارش پرستار
 Nurses Note Sheet

Unit No.: شماره پرونده:			
Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق: Bed: تخت:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
تاریخ ساعت / امضاء Data & Time signature	ارزیابی نهایی Evaluation	بررسی علائم نشانه ها - تشخیص های پرستاری / علت - مداخلات و اقدامات انجام شده Assessment & Nursing diagnosis/ Related to/ Intervention	

فرم گزارش نویسی

- اطلاعات هویتی بیمار می بایست بالای تمام صفحات پرونده درج شده باشد. چرا؟
- تکمیل سربرگ فرم های گزارش نویسی وظیفه کیست؟
 ۱. نویسنده گزارش
 ۲. اینچارج شیفت های مختلف
 ۳. منشی بخش
- نویسنده گزارش مسؤول صحّت و سقم اطلاعات درج شده در بالای فرمی است که گزارش را در آن ثبت می نماید.

زمان گزارش نویسی

- گزارشات پرستاری با چه فواصلی نوشته می شوند؟
 - گزارش پرستاری می‌بایست در هر شیفت کاری، حداقل یک‌بار نوشته شود.
 - نوشتن گزارشات متعدد در یک شیفت کاری مجاز می‌باشد.
- گزارش پرستاری را کی بنویسیم؟
 - گزارش پرستاری باید در ساعات پایانی شیفت کاری (معمولاً دو ساعت انتهایی شیفت) ثبت شود.

ابزار گزارش نویسی



- چه نوشت افزار برای نوشتن گزارش مناسب است؟
- فقط خودکار. چرا؟

- برای نوشتن گزارش پرستاری از چه رنگی استفاده کنیم؟

- مشکی یا آبی



- لازم است از ابتدا تا انتهای گزارش با **یک نوع خودکار** و **یک نوع خط** نوشته شود. در صورتی که به دلایلی از قبیل اتمام جوهر خودکار، مجبور به تعویض ابزار تحریر شدید، در پرانتز یا کروشه دلیل آن را توضیح دهید.

زبان گزارش نویسی

- گزارش پرستاری را به چه زبانی بنویسیم؟
– نوشتن گزارش به زبان فارسی اکیداً توصیه می‌گردد.
- می‌بایست تمام گزارش به **یک زبان** باشد. از نوشتن گزارش به شکل چند زبانه خودداری کنید.



ثبت زمان در گزارش نویسی

- الف) تاریخ:

– هم سال، هم ماه و هم روز باید ثبت گردد.

– در زبان انگلیسی تاریخ برعکس زبان فارسی نوشته می شود.

در زبان فارسی: ۱۳۹۱/۷/۲۰

در زبان انگلیسی بریتانیایی: 20/7/91

در زبان انگلیسی امریکایی: 7/20/91

ثبت زمان در گزارش نویسی

• (ب) محدوده زمانی:

– این محدوده از آغاز زمانی که مراقبت از بیمار را بر عهده داشته‌اید تا انتهای این زمان را در بر می‌گیرد.

96 / 1 / 23
7 - 14
13

ثبت زمان در گزارش نویسی

• (ج) وقت

- نوشتن **ساعت** و **دقیقه**ی نوشته شدن گزارش ضروری است.
- دقت داشته باشید که این زمان، **زمان ثبت گزارش پرستاری** است، نه زمان انجام اقدامات یا مشاهده‌ی حالاتی که در متن گزارش به آن‌ها اشاره می‌شود. هرکجا در متن گزارش به اتفاق، وضعیت یا انجام اقدامی اشاره می‌نمایید، زمان وقوع آن مورد را همان‌جا (در متن گزارش) ثبت کنید.
- برای نوشتن زمان حتماً از سیستم ساعت‌نویسی **۲۴ ساعته** استفاده کنید.



خصوصیات گزارش

✓ حقیقت

✓ دقت

✓ کامل و مختصر

✓ پویا و بدون تاخیر

✓ منظم و سازماندهی شده

✓ محرمانه

حقیقت در گزارش نویسی

- در گزارش نویسی باید از به کار بردن کلماتی که ایجاد شک، تردید یا ابهام در فرد خواننده گزارش مینماید، جدا خودداری شود.
- از کلماتی چون **به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است** نباید در متن گزارش استفاده کرد.

- گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر میرسد.
- گزارش صحیح: بیمار اظهار میدارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را نداشته، اشتهای خوبی به غذا ندارد.

راست‌گویی

- در نوشتن گزارش پرستاری صداقت را قربانی ملاحظات دیگر نکنید.
- دروغ‌نویسی هم خلاف اصول اخلاقی است و هم موجب تبعات قانونی برای نویسنده می‌شود.
- چیزی را بنویسید که واقعاً برای بیمار انجام شده است.
- یک نمونه بسیار شایع از دروغ‌نویسی، دروغ‌نویسی در مورد زمان ثبت گزارش پرستاری است.
- اقدامی را پیش از انجام شدن ننویسید.
- چیزی را بعد از نوشته شدن گزارش به آن اضافه نکنید.
- حدس و گمان خودتان را مکتوب نسازید.
- کمی فکر کنید و ببینید چه مقدار از جملاتی که روزانه در گزارشات پرستاری نوشته می‌شوند، دروغ هستند؟

دقت و شفافیت

- گزارش پرستاری باید هرچه دقیق‌تر نوشته شود.
- از بیان جملات و واژه‌های کلی، نارسا و نامفهوم خودداری شود.
- از نوشتن کلمات گنگی مثل moderate, normal, fair, good و کلماتی از این دست در گزارش پرستاری خودداری کنید.
- از نوشتن واژه‌هایی مثل به نظر می‌رسد، گویا، ظاهراً، احتمالاً و ... که تردید و عدم اطمینان را می‌رساند خودداری کنید.

دقت در گزارش نویسی

- گزارش غلط: بیمار به میزان کافی برون ده ادراری داشته است.
- گزارش صحیح: بیمار cc 360 برون ده ادراری داشته است.

واژه‌های مخفف (abbreviations)

- مزیت:

– استفاده از واژه‌های مخفف باعث می‌شود نوشتن و خواندن گزارش با سرعت بیشتری انجام شود.

- عیب:

– ممکن است خواننده مفهوم را درک نکند یا دچار سوءبرداشت شود و ذهن مخاطب به جهتی سوق داده شود که منظور اصلی نویسنده نبوده است.

واژه‌های مخفف (abbreviations)

- طبق قاعده‌ی کلی می‌بایست در گزارش پرستاری حتی‌الامکان عبارات را به صورت **کامل** نوشت و از بیان واژه‌های مخفف **خودداری شود**.
- اگر از این‌گونه واژه‌ها استفاده می‌شوند، حتماً از واژه‌های مخفف «**استاندارد**» و «**معمول در بیمارستان**» استفاده کردند.
- در موارد نادری که از مخفف‌های غیر استاندارد استفاده می‌شوند (مثل استفاده از حروف ابتدای نام و نام خانوادگی در امضای داروها)، باید حتماً در همان صفحه یا در ابتدای همان نوشته از گزارش پرستاری، این مخفف به صورت کامل نوشته شده باشد تا از برداشت اشتباه خواننده جلوگیری شود.

خوانایی

خوشه‌ها را در خانه آرد جان فانی را از
در آشوبه این بارها بسیار حس است
کتاب: در سبزه‌ها این روزها کتابت کند
ص ۱

مجموعه شعرهای
محمّد بهمنیار
و
حکایت‌های
محمدعلی
فانوسی
تألیف
محمدعلی
فانوسی

در بیابان گریه شوق کعبه فواید زده قدم / سرزنش ها گر کند خار مویلا نم مخر

یاد گرفته ام انسان فقط زمانی حق دارد از بالا به پایش بنگرد که بخواند ماری گرسنه تا افتاده ای را از درجا بلند کند

خوانایی

- خوانا و واضح بنویسید:
 - برای نوشتن از خودکار پُررنگ و دارای جوهر روان و یک‌دست استفاده کنید.
 - با حوصله بنویسید.
 - حروف و کلمات را به هم نچسبانید.
 - به زوایا و انحنای حروف دقت کنید.
- اگر احساس کردید نوشته‌تان خیلی بدخط از آب درآمد، بی‌تفاوت نباشید:
 - در سطر بعد دوباره همان کلمات را عیناً با خط واضح‌تری بنویسید و در کنار آن ذکر کنید: «جهت وضوح».

۷
 ۱۶
 ۱۵
 ۲۰
 ۲۵
 ۳۰
 ۳۵
 ۴۰
 ۴۵
 ۵۰
 ۵۵
 ۶۰
 ۶۵
 ۷۰
 ۷۵
 ۸۰
 ۸۵
 ۹۰
 ۹۵
 ۱۰۰

۷
 ۱۶
 ۱۵
 ۲۰
 ۲۵
 ۳۰
 ۳۵
 ۴۰
 ۴۵
 ۵۰
 ۵۵
 ۶۰
 ۶۵
 ۷۰
 ۷۵
 ۸۰
 ۸۵
 ۹۰
 ۹۵
 ۱۰۰

ڪامل نويسي



If You Didn't
DOCUMENT
YOU DIDN'T
DO
IT

کامل نویسی

- گزارش باید کامل و در ضمن مختصر باشد، بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب شود.
- در توصیف دردهای غیر طبیعی باید محل، شدت، نوع درد، مدت آن، چگونگی انتشار درد، فاکتورهای تسریع کننده و تسکین دهنده و علائم همراه در آن مشخص باشد.

- گزارش طولانی: زخم ناحیه سزارین بیمار که حدود ۱۰ سانتی متر زیر ناف واقع شده بدون التهاب است، ترشح ندارد، بدبو نیست، طول زخم حدود ۵ سانتی متر است. (غلط)
- مختصر: زخم ناحیه سزارین بدون بو و ترشح است (صحیح)

کامل نویسی

• چه مواردی در گزارش پرستاری نوشته می‌شوند؟

– وضعیت بالینی بیمار

– مشکلات بیمار

– تغییرات وضعیت در طی شیفت

– درمان‌های انجام شده

– مراقبت‌های انجام شده

– پروسیجرهای انجام شده

– نحوه‌ی پاسخ به اقدامات انجام شده

– اتفاقاتی که در طی شیفت کاری برای بیمار افتاده

– تست‌های تشخیصی انجام شده

– آمادگی‌های قبل و بعد پروسیجرها

– کلیه‌ی تماس‌ها و تلاش‌های احتمالی برای تماس با خانواده بیمار، پزشک معالج یا سایر اعضای تیم

درمان

– آموزش‌های داده شده

– پیگیری‌های انجام شده

چند نکته در کامل نویسی

- اگر بیمار شما دارویی را به صورت چکانه داخل وریدی دریافت می‌کند، شیوه محاسبه تعداد قطرات باید در گزارش ثبت شود.
- در مورد تمامی سرم‌ها، سرعت انفوزیون و مقدار مصرف شده در طول شیفت باید در گزارش نوشته شوند.
- اگر بیمار به هر دلیلی اعم از توصیه پزشک، کنتراندیکاسیون‌ها، نبود دارو، امتناع بیمار و ... داروی تجویز شده را در زمان مقرر دریافت نکرد، این مطلب می‌بایست با ذکر علت در گزارش پرستاری توضیح داده شود.
- در زمان تجویز داروهای prn، زمان دقیق مصرف و دلیل استفاده باید ثبت گردد.
- در ثبت گزارش تزریق خون و فرآورده‌های خونی، نام پرستار تایید کننده کیسه خون، زمان دقیق شروع و پایان تزریق، وضعیت علائم حیاتی بیمار قبل، حین و بعد از تزریق خون و واکنش‌های احتمالی بیمار و درمان‌های انجام شده باید در گزارش پرستاری مستند شوند.
- نتایج و پیگیری‌های مربوط به آزمایشات، تصویربرداری‌ها، پروسیجرهای تشخیصی-درمانی و نیز آموزش‌های مرتبط با هر سیستم در محل خود سیستم نوشته می‌شوند.

کامل نویسی

• گزارش پذیرش و ترخیص می‌بایست کامل‌تر از سایر گزارش‌ها باشند.

– ساعت و شیوه ورود یا خروج بیمار

– وضعیت عمومی بیمار در حین ترخیص

– علایم حیاتی

– تمام آموزش‌هایی که به صورت شفاهی و مکتوب به بیمار ارائه شده‌اند

– توصیه‌هایی که برای پیگیری‌های آتی درمان و ملاقات با پزشک صورت گرفته است


ب ۱ ۲ پرستار بیمار را در بخش پذیرش نموده و برای تداوم مراقبت در گزارش پرستاری موارد مورد انتظار را ثبت می‌نماید.

دست‌آورد استاندارد

- رعایت اصول پرونده نویسی و مسئولیت پذیری حقوقی و قانونی کارکنان در مراقبت و درمان
- پیشگیری از بروز چالش‌های حقوقی برای بیمارستان و کارکنان با توجه به ثبت دقیق وضعیت بیمار در زمان پذیرش
- سازماندهی کار تیمی در طرح مراقبت و درمان
- ایجاد ارتباط موثر پرستار و بیمار در بدو پذیرش به منظور آمادگی و جلب مشارکت بیمار در اجرای طرح مراقبت و درمان

کامل نویسی

بیمار در ساعت ۱۴ به رستخیزان بیمارستان
و در ساعت ۱۶ در مرخصی شد



ثبت حداقل های زمان پذیرش

سنجه ۱ . ساعت و تاریخ پذیرش در بخش با مهر و امضاء پرستار در فرم گزارش پرستاری ثبت می شود.	
سطح سنجه	<input type="checkbox"/> الزامی <input checked="" type="checkbox"/> اساسی <input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش*
بررسی مستند	۲ مهر و امضا در ذیل هر گزارش پرستاری
توضیحات	*قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار موید زمان آغاز برنامه مراقبت های پرستاری بیمار در هر بخش می باشد. ضروری است گزارش پرستاری توسط فرد ارایه دهنده مراقبت های پرستاری نوشته شده و مهر و امضا گردد.
هدایت کننده	مدیریت پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۲. شکایت اصلی علت بستری و نحوه ورود بیمار (مانند صندلی چرخدار) در بدو پذیرش در بخش در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت می‌شود.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ ثبت شکایت اصلی ^۱ بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش*
بررسی مستند	۲ ثبت علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش**
بررسی مستند	۳ ثبت نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش
	توضیحات * شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار می‌باشد. ** علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی.
	هدایت کننده مدیریت پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۳. نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت هوشیاری سلامت جسمی و وضعیت روحی بیمار در بدو پذیرش در بخش در گزارش پرستاری توسط پرستار ثبت میشود.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	ارزیابی وضعیت هوشیاری* بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و ثبت آن در پرونده بیمار	بررسی مستند	
۲	ارزیابی سلامت جسمی** بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار	بررسی مستند	
۳	ارزیابی سلامت روحی*** بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار	بررسی مستند	
توضیحات		<p>*نحوه ارزیابی وضعیت هوشیاری در بخش‌های بستری و اورژانس با استفاده از یک روش معتبر ، توسط بیمارستان تعیین شود.</p> <p>**حداقل های لازم در ارزیابی سلامت جسمی و روحی بیمار در بخش‌های بستری تا زمان ابلاغ وزارت بهداشت، توسط بیمارستان تعیین شود.</p> <p>توصیه . در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار با روش معتبر ارزیابی و در برنامه ریزی مراقبت پرستاری مدنظر قرار گیرد.</p>	
هدایت کننده		مدیریت پرستاری ، سرپرستاران	

سنجه ۴. برنامه‌های درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک توسط پرستار پیگیری و در فرم گزارش پرستار ثبت می‌شود.

سطح سنجه الزامی اساسی ایده آل

روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	۱	کنترل تعداد دستورات صادره از طرف پزشک، ثبت تاریخ، ساعت و مهر و امضای آن*	
بررسی مستند	۲	ثبت نتایج پیگیری برنامه‌های درمانی و تشخیصی درخواست شده در گزارش پرستاری	
توضیحات		*دستورات صادره توسط پزشک باید بعد از هر بار ویزیت و در اولین فرصت ممکن توسط پرستار کنترل و برنامه ریزی گردد.	
هدایت کننده		مدیریت پرستاری، سرپرستاران	

سنجه ۵. در بدو پذیرش توضیحات و آموزش های لازم توسط پرستار به بیمار ارایه شده و در فرم گزارش پرستاری ثبت می شود.

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
۱	تعیین و ابلاغ حداقل محتوای توضیحات و آموزش های لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود به هر بخش توسط بیمارستان	بررسی مستند		
۲	اطلاع پرستاران از توضیحات و آموزش های لازم جهت ارایه به بیماران در بدو ورود	مصاحبه		
۳	ارایه توضیحات و آموزش های لازم به بیماران در بدو ورود*	مصاحبه		
توضیحات		*در انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری آموزش ها و توضیحات اختصاصی آن بخش بایستی به بیمار ارائه شود.		
هدایت کننده		مدیریت پرستاری ، سرپرستاران		

سنجه ۲. در مواردی که پرستار حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می‌نماید با تعیین جانشین، مراقبت از بیماران تداوم دارد

سطح سنجه		<input type="checkbox"/> الزامی	<input checked="" type="checkbox"/> اساسی	<input type="checkbox"/> ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
مشاهده و مصاحبه	۱	حضور پرستار مسئول بیمار در بخش در کلیه ساعات شبانه روز		
مصاحبه	۲	تحويل بیماران از طرف پرستار ترک کننده شیفت به پرستار جانشین قبل از ترک بخش محل کار*		
بررسی مستند	۳	ثبت تغییر مراقبت در گزارش پرستاری		
توضیحات		*پرستار جانشین بایستی ضمن ارائه مراقبت‌های لازم، گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.		
هدایت کننده		مدیر پرستاری، سرپرستار بخش		

ثبت حداقل ها در گزارش بدو ورود

- قید ساعت و تایخ ورود

- نحوه ورود بیمار: چگونه وارد بخش شما شده است، آیا با پای خودش، با برانکار، ویلچر یا افرادی زیر بغل او را گرفته و وارد بخش گردید

- ممکن است بیمار توسط نیروی انتظامی یا افراد دیگر مانند پرسنل مراکز نگهداری سالمندان به بیمارستان آورده شوند لذا مشخصات آنان در پرونده ثبت گردد یا به مامور نیروی انتظامی بیمارستان اطلاع و صورت جلسه گردد و یک نسخه در پرونده بیمار ضمیمه شود.

- شرح حال: شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، مشکلات بالقوه و موجود و اینکه مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم هایی از بدن را درگیر کرده، سابقه بستری، عمل، سابقه خانوادگی.....، نام پزشک و محل ارجاع قید شود.

- ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک از بیمار،

- ثبت تشخیص قطعی یا احتمالی، ثبت علائم و مشکلات زمان پذیرش، ثبت وضعیت عمومی مددجو با قید V/S، وزن بیمار

- در ثبت گزارش مربوط به بیماران مجهول الهویه دقت کنید که موارد زیر در دفتر گزارش و پرونده بیمار نوشته شود:
- توسط چه کسی یا کسانی به اورژانس بیمارستانی آورده شده است (نیروی انتظامی، رهگذران، اورژانس پیش بیمارستانی و ... (مشخصات و آدرس افرادی که بیمار را آورده اند حتماً کامل بنویسید.
- منطقه یا محلی که از آنجا به مرکز درمانی آورده شده است.
- سن تقریبی، جنس
- نشانه یا علامت مخصوص در اندام های بدن
- رنگ و فرم لباس
- رنگ و فرم موها
- وضعیت اندام های صدمه دیده
- ثبت شماره تلفن که از دفترچه یا تلفن همراه شخص به دست آمده است و یا تماسی که با افراد گرفته شده است

ثبت حداقل ها در گزارش ترخیص بیمار

- وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید همراه، آموزش های مربوطه داده شده (شفاهی، پمفلت...)
- ثبت آموزش رژیم غذایی، فعالیت، دارو، مراقبت از زخم، علائم هشدار دهنده که باید پزشک مراجعه کنند.
- در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند حتما قید شود که به رغم توصیه در مورد ادامه درمان، با رضایت و آگاهی از عوارض بیمارستان ترک کرد.
- چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است گزارش نوزاد کماکان در پرونده مادر باید ادامه داشته باشد.
- در ترخیص بیمارانی که توسط نیروی انتظامی و سایر سازمان ها به بیمارستان تحویل داده شده اند، بایستی طی نامه اداری و تلفنی به آنان اطلاع داده شود. دقت نمایید که بیمار فقط به سازمان آورنده بیمار تحویل داده شود و رسید تحویل در پرونده ضمیمه گردد.
- چنانچه در این اقدام ترخیص، سهل انگاری شود و بیمار بدون هماهنگی با سازمان آورنده از بیمارستان خارج شود، مسئولیت قانونی متوجه پرسنل خواهد بود

ثبت حداقل ها در گزارش فوتی

- ثبت وضعیت عمومی بیمار قبل از فوت (علائم حیاتی، علائم ذهنی، عینی) با قید ساعت و تاریخ
- ثبت ساعت بد حال شده، اقدامات انجام شده در احیای قلبی ریوی
- ثبت مراحل CPR با قید لوله تراشه و داروهای مصرف شده، یا ماساژ قلبی و الکتروشوک، داروهای مصرف شده نوشته شود،
- اشاره شود بیمار فاقد نبض و تنفس بود و مردمک ها فاقد واکنش به نور و میدریاز دابل بودند،
- مرگ بیمار توسط پزشک تایید شود.
- ثبت ساعت فوت، نحوه صادر شدن گواهی فوت (پزشک مربوطه، پزشک قانونی)

کامل نویسی

- گزارش پرستاری چقدر باید کامل باشد؟
 - طول یک گزارش پرستاری در عمل به قضاوت پرستار و دید و تجربه‌ی او نسبت به وضعیت بیمار برمی‌گردد.
 - یک گزارش باید به قدری کامل باشد که اگر فردی خارج از بیمارستان که هیچ‌آشنایی نسبت به بیمار ندارد آن گزارش را بخواند، مطلب مبهمی در مورد وضعیت بیمار در ذهن وی باقی نماند.
 - از افراط و تفریط خودداری کنید.
 - جملات در گزارش پرستاری باید به گونه‌ای باشند که با کمترین لفظ، بیش‌ترین معنی رسانده شود.

سازمان‌دهی گزارش

• گزارش پرستاری را به چه ترتیبی

۱. سیستم اعصاب مرکزی

۲. سیستم تنفس

۳. سیستم قلب و عروق

۴. سیستم پوست

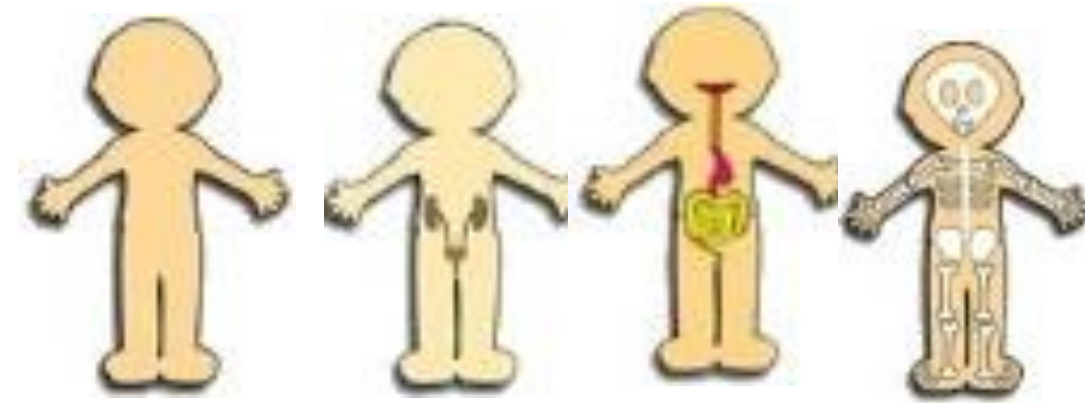
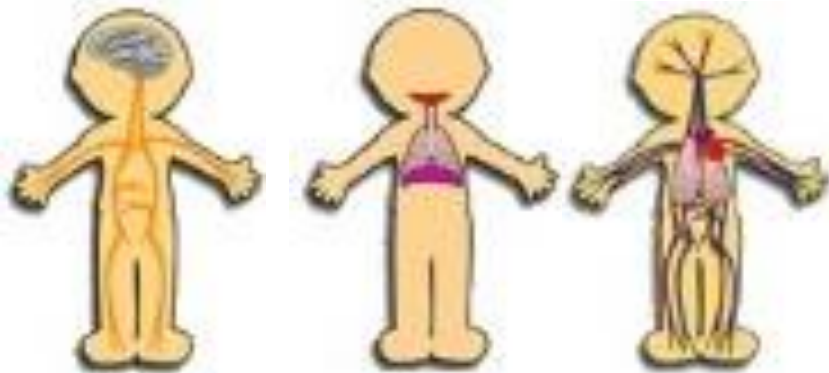
۵. سیستم ادراری- تناسلی

۶. سیستم گوارش

۷. سیستم اسکلتی- عضلانی

۸. مسایل روانی- اجتماعی

۹. مسایل متفرقه



موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می‌شود

• ۱- سیستم اعصاب مرکزی:

– سطح هوشیاری

– آگاهی به زمان و مکان و شخص

– اندازه و واکنش مردمک

– تغییرات دمای بدن

– فشار داخل جمجمه

– مشکلات:

- سر درد، سرگیجه، ضعف، عدم تعادل، گیجی، خواب‌آلودگی، دلیریوم، لرزش یا حرکات غیرطبیعی اندام‌ها، تشنج، ناتوانی در تکلم، اختلالات بینایی، بویایی، چشایی یا لامسه، گز گز شدن یا بی‌حسی اندام‌ها و مسایلی از این دست.



موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می‌شود

• ۲- سیستم تنفس:

– تعداد

– عمق و الگوی تنفس

– تهویه مکانیکی و تنظیمات آن

– مشکلات:

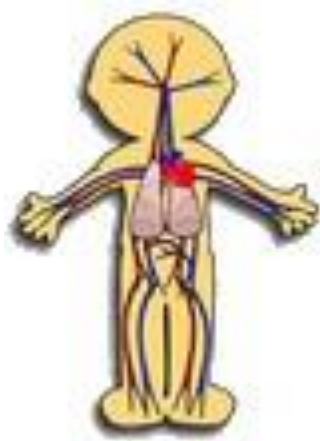
- تنگی نفس، ارتوپنه، تنگی نفس شبانه، رتراکسیون، دشواری در تنفس، سرفه، توصیف ظاهر خلط، خونریزی از ریه یا بینی، گرفتگی صدا، صداهای تنفسی، خس خس سینه و مسایلی از این دست.



موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می‌شود

• ۳- سیستم قلب و عروق:

- محل بررسی نبض
- تعداد و نظم نبض
- پر یا نخی شکل بودن نبض
- فشار خون و موضع اندازه‌گیری آن
- مانیتورینگ قلبی و ریتم مشاهده شده
- فشار ورید مرکزی
- راه دسترسی به عروق
- نوع و مقدار سرم‌های دریافتی
- دریافت خون یا فرآورده‌های خونی و پاسخ بیمار به آن
- مشکلات:



• درد قفسه سینه، تپش قلب، سردی اندام‌ها، اختلالات الکترولیتی، گزارش عملیات احیاء و مسایلی از این دست.

موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می‌شود

• ۴- سیستم پوست:

– دمای بدن و موضع اندازه‌گیری آن

– رنگ پوست

– خشکی یا رطوبت پوست

– قوام پوست

– مشکلات:

- تعریق، ادم، زخم و توصیف ظاهری آن، پانسمان‌ها و تعویض آن‌ها، خونمرگی زیر پوستی، خارش، بوی غیر طبیعی پوست، ضایعات پوستی مثل جوش، کهیر، تاول و مسایلی از این دست.



موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می‌شود

• ۵- سیستم ادراری - تناسلی:

- میزان ادرار

- رنگ

- وجود کاتتر فولی

- مشکلات:

- تکرر ادرار، سوزش ادرار، فوریت در دفع ادرار، بی‌اختیاری ادرار، احتباس ادرار، هماچوری و مسایلی از این دست.



موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می‌شود



• ۶- سیستم گوارش:

- رژیم غذایی
- اشتها
- میزان مصرف غذا
- میزان مایعات دریافتی از راه دهان
- وجود لوله‌های بینی-معدی، گاستروستومی، کلوستومی یا ژوژنوستومی
- میزان ترشحات
- گواژ یا لاواژ
- صداهای روده
- مشکلات:

- تهوع، استفراغ، اسهال، بیوست، نفخ، درد شکم، آسیت، اشکال در بلع، خشکی دهان، التهاب مخاط دهان، تغییر در حس چشایی، خونریزی در مدفوع و مسایلی از این دست.

موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می‌شود

• ۷- سیستم عضلانی - اسکلتی:



- میزان فعالیت

- وسایل کمکی مورد استفاده در حرکت

- وجود گچ یا آتل

- مشکلات:

- فلج، گرفتگی عضلانی، بی‌حرکتی، بدشکلی اندام‌ها، افتادگی مچ پا یا دست و مسایلی از این دست.

موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم به آن اشاره می‌شود

• ۸- مسایل روانی – اجتماعی:

– خواب و اختلالات خواب:

- بی‌خوابی، دیر به خواب رفتن، زود از خواب بیدار شدن، بیدار شدن مکرر از خواب

– خستگی

– رفتارهای غیر طبیعی:

- اضطراب، ترس، عصبی بودن، سراسیمگی، بی‌قراری و مسایلی از این دست.



موارد مهمی که در گزارش پرستاری هر سیستم
به آن اشاره می‌شود

• ۹- مسایل متفرقه:

– هرگونه مطلبی که در محدوده‌ی سایر سیستم‌ها نوشته نشده در
این قسمت نوشته می‌شود.

اصالت گزارش

- آنچه در گزارش پرستاری نوشته می‌شود می‌بایست حاصل یافته‌ها و اقدامات **خود شخصی باشد که گزارش را می‌نویسد.**
- اگر انجام دهنده کار یا گزارش دهنده وضعیت فرد دیگری غیر از نویسنده گزارش است، پرستاری که گزارش را می‌نویسد باید در گزارش خود وقتی به این مطلب اشاره می‌کند، از آن فرد 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 گفته یا نوشته‌ی کسی را در ضمن نوشته و مطلب خود می‌آورید، آن گفته را در «گیومه» قرار دهید.

عینیت (objectivity)

- گزارش پرستاری باید فقط **یافته‌های خالص** پرستار باشند؛ به دور از هرگونه قضاوت و دخالت عقاید و احساسات شخصی در آن.
- در مورد اظهارات بیمار، دقیقاً باید **عین گفته‌های بیمار** در گزارش پرستاری نوشته شود.



هماهنگی

- متن گزارش پرستاری باید با سایر گزارشات پرستاری نوشته شده، و همچنین سایر اوراق پرونده هماهنگی داشته باشد
- خط و ربط یک حادثه، پروسیجر، تغییر وضعیت و مسایلی از این دست باید در تمام سطور و اوراق وجود داشته باشد و در گزارش قبل و بعد هم ردّپایی از آن دیده شود.

- یادداشت طبقه بندی نشده

- بیمار درد شدیدی را در ربع تحتانی شکم بیان می کند که به دکتر... توسط خانم ... در ساعت ۸ اطلاع داده شد، شکم بیمار در لمس تندر نس دارد دکتر... دستور ۱۰ میلی گرم مورفین عضلانی جهت برطرف نمودن درد بیمار را دادند، هنگام قرار گرفتن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلوئی چپ شدت درد به حداقل می رسد، اسکن شکم نیز از طرف دکتر دستور داده شد

• یاداشت طبقه بندی شده و هماهنگ

- بیمار درد شدیدی را در ربع تحتانی شکم بیان می کند، شکم بیمار در لمس تندر نس دارد هنگام قرار گرفتن بیمار در وضعیت خوابیده به پهلو چپ شدت درد به حداقل می رسد ، به دکتر... توسط خانم... ساعت ۸ اطلاع داده شد دکتر دستور ۱۰ میلی گرم مورفین عضلانی جهت برطرف نمودن درد بیمار و اسکن شکم را دادند

297/99
7-19
11:30

بسم الله الرحمن الرحيم
الحمد لله رب العالمين
والصلاة والسلام على
سيدنا محمد وآله الطيبين
الطاهرين
اللهم صل على محمد
وعلى آل محمد
الطيبين الطاهرين
الذين هم خير خلق
أخرجهم الله من
القبور يومئذ
بما كانوا يعملون
اللهم صل على
سيدنا محمد
وعلى آل محمد
الطيبين الطاهرين
اللهم صل على
سيدنا محمد
وعلى آل محمد
الطيبين الطاهرين

مهر ۱

امضاء ۱

14-2
297/99
195

بسم الله الرحمن الرحيم
الحمد لله رب العالمين
والصلاة والسلام على
سيدنا محمد وآله الطيبين
الطاهرين
اللهم صل على محمد
وعلى آل محمد
الطيبين الطاهرين
الذين هم خير خلق
أخرجهم الله من
القبور يومئذ
بما كانوا يعملون
اللهم صل على
سيدنا محمد
وعلى آل محمد
الطيبين الطاهرين
اللهم صل على
سيدنا محمد
وعلى آل محمد
الطيبين الطاهرين

امضاء ۲

مهر ۲

فضای خالی

- گذاشتن فضای خالی در بین صفحات گزارش، احتمال سوءاستفاده و اضافه کردن مطالبی را در آینده به گزارش نوشته شده افزایش می‌دهد و اعتبار گزارش را کم می‌کند.
- در بین خطوط جای خالی رها نکنید.
- روی خط بنویسید.
- و اگر احیاناً فضایی خالی ماند، آن را با یک خط صاف پر کنید.
- یک خط در میان ننویسید.
- تا تمام خطوط یک صفحه پُر نشده، سراغ صفحه بعد نروید.
- اگر سهواً تمام یا قسمتی از صفحه خالی ماند، روی آن ضربدر بزنید و عبارت «فضای خالی» (blank) را روی آن بنویسید.
- در تکمیل فرم‌ها حتی در برخی موارد که موردی برای نوشتن وجود ندارد، یا در مورد بیمار مورد نظر این گزینه مصداقی ندارد با نوشتن عبارت «مورد ندارد» یا واژه مخفف N/A (not applicable) یا گذاشتن نماد ∅ فضای خالی را پُر کنید.

ادامه

- 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» (continued) را بنویسید و به صفحه بعد بروید.
 - در ابتدای صفحه‌ی بعد نیز دوباره بنویسید «ادامه از قبل»، و در زیر آن ادامه‌ی مطلب را بنویسید.
 - دقت کنید در هر دو سمت صفحه، در کنار گزارش، تاریخ و ساعت را ثبت کنید و تنها به یک پاره از گزارش اکتفا نکنید.

ادامه

۹۴، ۷، ۲۶		<p>در این بخش از مباحث قبلی یاد کردیم که در این بخش به بررسی دقیق‌تری در مورد نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم. در ادامه به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم.</p>
7-14		<p>در این بخش به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم. در ادامه به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم.</p>
12		<p>در این بخش به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم. در ادامه به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم.</p>
<p>آسیب عمومی کارشناس پرستاری نظام پرستاری ۹۳۱۳۴۲۰۶</p>	<p>ادامه در صفحه بعد</p>	<p>در این بخش به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم. در ادامه به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم.</p>

7-14	<p>ادامه از صفحه قبل</p>	<p>در این بخش به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم. در ادامه به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم.</p>
۹۴، ۷، ۲۶		<p>در این بخش به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم. در ادامه به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم.</p>
12		<p>در این بخش به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم. در ادامه به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم.</p>
<p>آسیب عمومی کارشناس پرستاری نظام پرستاری ۹۳۱۳۴۲۰۶</p>		<p>در این بخش به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم. در ادامه به بررسی نحوه عملکرد دستگاه‌ها می‌پردازیم.</p>

بستن گزارش

- بلافاصله بعد از اتمام گزارش نویسی، انتهای گزارش با یک خط مستقیم به اصطلاح «بسته» می‌شود. 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 شیفیت مطلب جدیدی برای نوشتن پیش آمد، مجدداً تاریخ و ساعت جدید را درج و جملات تازه را به شکل یک ورودی جداگانه، اضافه کنید.

مهر و امضاء

- گزارش پرستاری باید دارای اطلاعات فرد نویسنده (شامل نام، نام خانوادگی و مرتبه‌ی وی) باشد.
- وجود امضاء و مهر دارای شماره‌ی نظام پرستاری، هر دو الزامی است.
- مهر باید حاوی نام، نام خانوادگی، مرتبه (مثلاً کارشناس پرستاری) و شماره‌ی نظام پرستاری باشد.
- نام و نام خانوادگی خود را به صورت کامل بر روی مهر درج کنید.
- نوشته‌ها باید با فونت و ترکیبی نوشته شوند که واضح و به راحتی قابل خواندن باشند.
- استامپ مهر خود را از نظر وجود جوهر کافی، به طور دوره‌ای مورد بازبینی قرار دهید و در صورت نیاز به اندازه‌ی کافی به آن جوهر اضافه کنید.
- هنگام مهر زدن، مهر را به خوبی بر روی کاغذ فشار دهید تا نوشته‌های آن به وضوح قابل رویت باشند.
- مهر سند هویت حرفه‌ای شماست. از مهر خود مواظبت، و از رها کردن آن در ایستگاه پرستاری خودداری کنید.

امضای دوم (counter signature)

- چه مواردی به امضای دوم نیاز دارند؟
 - چک و اجرای دستورات شفاهی پزشک
 - تجویز برخی داروها
 - تایید نوشته‌های فردی که صلاحیت نوشتن گزارش پرستاری را نداشته است (مثلاً بهیار یا دانشجوی پرستاری)

چه داروهایی به امضای دوم نیاز دارند؟

آتروپین	پتاسیم کلراید
اپی نفرین	منیزیوم سولفات
هپارین	سدیم بی کربنات
رتپلاز	کلسیم گلوکونات
هالوپریدول	هیپر سالین
پروپرانولول	لیدوکائین
سیکلوفسفامید	ریتوکسی مب
میتوکسانترون	میتومایسین

امضای دوم (counter signature)

• امضای دوم چگونه انجام می‌شود؟

– در مورد اوّل و دوّم (چک و اجرای دستورات شفاهی پزشک و تجویز برخی داروها): دو نفر از پرستاران بخش (ترجیحاً پرستار مستقیم بیمار و اینچارج شیفت) می‌بایست انتهای گزارش را مهر و امضاء کنند.

– در مورد سوّم (تایید نوشته‌های فردی که صلاحیت نوشتن گزارش پرستاری را نداشته است): پرستار مسؤول بیمار، می‌بایست گزارش را خوانده و با مهر و امضای خود، محتوای آن را تایید کند و اگر نیاز به اصلاح یا اضافه کردن مطلبی باشد، به شکل یک ورودی جدید در انتهای گزارش اضافه نماید.

مرجان تقیان
کارشناس پرستاری

۱۶-۳۵-۸۵۷۰ Royal ۸۵۷۰
مرجان تقیان
کارشناس پرستاری

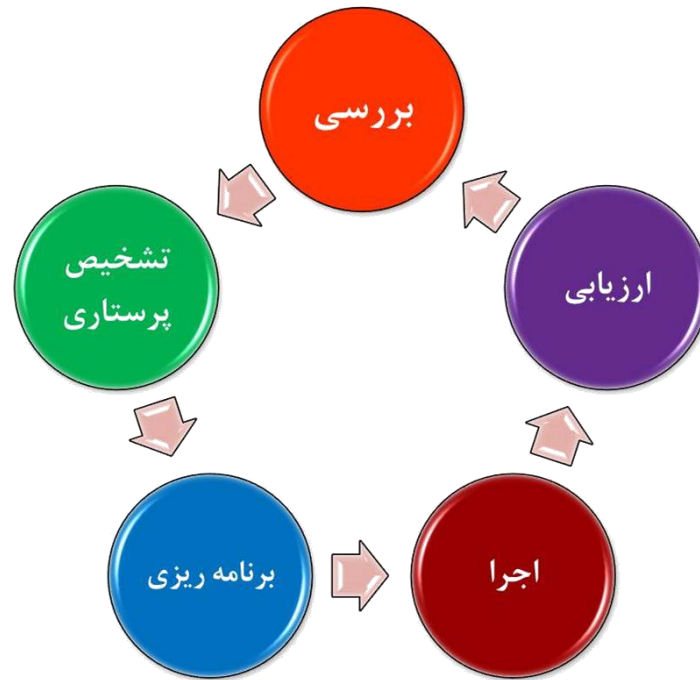
اصلاح اشتباه

- چنانچه عبارتی در گزارش پرستاری اشتباه نوشته شد، از خط زدن، سیاه کردن، پاک کردن، ساییدن، لاک گرفتن یا گندن عبارت اشتباه خودداری کنید.
- در این موارد از دستورالعمل زیر پیروی کنید:
 ۱. روی عبارت اشتباه یک خط کم‌رنگ و باریک بکشید، به طوری‌که عبارت اشتباه از زیر خط به راحتی قابل خواندن باشد.
 ۲. بالای عبارت اشتباه یا کنار آن لفظ «اشتباه» یا «اصلاح شد» را بنویسید.
 ۳. در ادامه، عبارت درست را بنویسید.
 ۴. در انتهای گزارش ذکر کنید که گزارش دارای مثلاً یک مورد یا دو مورد خط خوردگی می‌باشد.

گزارش تاخیری (late entry)

- اضافه کردن هر واژه‌ای به گزارشات نوشته شده‌ی قبلی غیر قانونی بوده و جرم محسوب می‌شود.
- در چنین مواردی:
 ۱. در انتهای آخرین گزارش ثبت شده، با درج تاریخ و ساعت «فعلی»، یک ورودی جدید ایجاد کنید. در کنار آن با نوشتن عبارت «گزارش تاخیری»، مشخص کنید که گزارش به صورت تاخیری نوشته شده است.
 ۲. در ادامه تاریخ و ساعتی که گزارش به آن زمان بر می‌گردد را درج کنید.
 ۳. سپس مطالب مورد نظر خود را بنویسید و پس از مهر و امضاء، گزارش را ببندید.
 ۴. در گزارش تاخیری، علت بروز تاخیر و اینکه چرا این مطالب در گزارش مربوطه نوشته نشده‌اند را حتماً ذکر کنید.
- هرچند زمان خاصی برای نوشتن گزارش تاخیری وجود ندارد و تا آخرین لحظه‌ی 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.

گزارش‌نویسی بر اساس فرآیند پرستاری



تاریخ / ساعت امضاء / Data & Time signature	ارزیابی نهایی Evaluation	بررسی علائم، نشانه‌ها ← تشخیص‌های پرستاری / علت ← مداخلات و اقدامات انجام شده Assessment & Nursing diagnosis/ Related to/ Intervention

نمونه یک گزارش نوشته شده بر اساس فرآیند پرستاری

تاریخ / ساعت / امضاء Data & Time signature	ارزیابی نهایی Evaluation	بررسی علائم، نشانه ها ← تشخیص های پرستاری / علت ← مداخلات و اقدامات انجام شده Assessment & Nursing diagnosis/ Related to/ Intervention
	عدم تغییر وضعیت هوشیاری تا پایان شیفت	<p>سیستم عصبی: ناآشنا به زمان، مکان و شخص، GCS:10، Pupil: my driasis، تشخیص پرستاری: عدم آشنایی با محیط در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری و احتمال خطر سقوط از تخت در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری، ۱- بررسی سطح هوشیاری و ساینز مردمکها ۲- بررسی پاسخ به تحریکات ۳- تشویق همراه بیمار به برقراری ارتباط کلامی با بیمار ۴- بالا نگه داشتن نرده های کنار تخت</p>

نمونه یک گزارش نوشته شده بر اساس فرآیند پرستاری

سیستم تنفسی : IPPV mode . Respirator set up: . RR = 28 . Fix = 22. ETT size = 7.5
.O2 Sat = 80% 92% . Ti = 0.75 s , FiO2 = 50% → 70% . R = 16 , TV = 550

میزان ترشحات (+++) و خونی، تنفس سریع و سطحی، تنگی نفس، عدم توانایی در سرفه کردن

تشخیص پرستاری: اشکال در جداسازی از دستگاه تهویه به علت ترشحات زیاد راه هوایی، الگوی ناکار

آمد تنفسی در ارتباط با بی قراری و عدم تحمل لوله تراشه، تغییر در تبادلات گازی در ارتباط با

ترشحات زیاد ریوی و الگوی تنفسی نامناسب، ۱- بررسی الگوی تنفسی در طول شیفت ۲- ساکشن

لوله تراشه در ساعات ۸ و ۱۱ صبح و ۱ ظهر ۳- استفاده از بخور برای رقیق سازی ترشحات ۴- گزارش

وضعیت بیمار به پزشک ۵- ارسال نمونه کشت از ترشحات با دستور پزشک ۶- گرفتن عکس قفسه سینه

با دستور پزشک ۷- شروع داروی برم هگزین به شکل وریدی برای رقیق سازی ترشحات ۸- انجام

پالس اکس متری و ارزیابی میزان اشباع اکسیژن خون + ABG ۹- افزایش درصد اکسیژن و تتیلانور از

۵۰٪ به ۷۰٪ با دستور پزشک ۱۰- انجام ABG مجدد با دستور پزشک ۱۱- گوش دادن به صداهای

تنفسی (در هر دو سمت صدا شنیده می شود ولی سمت راست رالز دارد) ۱۲- تزریق ۲ میلی گرم

میدازولام به بیمار به شکل IV با دستور پزشک ۱۳- تعویض چسب ETT ۱۴- تخلیه کاف به مدت ۱۵

دقیقه ۲ بار در طول شیفت (9am, 12md)

ترشحات ریوی همچنان زیاد است، اکسیژناسیون بهبود یافته است، وضعیت تنفسی بیمار آرام تر شده است، درعکس قفسه سینه احتقان شدید مشاهده شد، دارو شروع شد

نمونه یک گزارش نوشته شده بر اساس فرآیند پرستاری

بهبود وضعیت فشار خون به
100 / 70

سیستم قلبی - عروقی : مانیتورینگ قلبی = ناکیکاردی سینوسی ، نبض رادیال: ضعیف، HR = 110 ،
100/ 70 80 / 60 BP = 38 C (A) ، T = 8 ، Hb = 8 **تشخیص پرستاری:** کاهش خروجی قلب در
ارتباط با خونریزی گوارشی ، تغییر در خونرسانی به بافت در ارتباط با کاهش خروجی قلب مانیتور
وضعیت قلبی و فشار خون در طول شیفت ، گزارش وضعیت بیمار به پزشک ، دریافت سرم 1/3 2/3 به
میزان ۲۰۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت به همراه ۴۰ میلی اکی والان KCL در شیفت صبح ۵۰۰ سی سی
سرم به همراه ۱۰ میلی اکی والان KCL دریافت کرده است ، تزریق N/S ۳۰۰ سی سی در ۲ ساعت
جهت هیدراتاسیون با دستور پزشک ، چک کیسه خون با مشخصات بیمار و برگه درخواستی بطور کامل
توسط خانم X و اینجانب در ساعت ۹ صبح ، تزریق یک کیسه P.C به حجم ۲۵۰ سی سی با دستور پزشک
بررسی وضعیت بیمار در فواصل زمانی مختلف از نظر واکنش حساسیتی به خون ، ثبت کامل علائم
حیاتی در برگه خون، اطلاع به شیفت بعد جهت گرفتن نمونه Hb ۶ ساعت بعد از تزریق ، گزارش
وضعیت بیمار در هنگام تزریق خون به پزشک

نمونه یک گزارش نوشته شده بر اساس فرآیند پرستاری

<p>زخم بستر بیمار تا پایان شیفت هیچگونه پیشرفتی نداشته و عفونی نمیباشد دمای بدن بیمار در پایان شیفت به 37.5 درجه کاهش پیدا کرد</p>	<p>سیستم پوست : ترگر پوست ضعیف ، زخم بستر در ناحیه ایلیاک چپ ، درجه ۲ ، به اندازه 3x3 ، دمای بدن بیمار ۳۸ درجه سانتی گراد زیربغلی ، رنگ پوست : رنگ پریده ، پوست مرطوب به دلیل تعریق ، آنژیوکت: سایز ۱۸ در ساعد سمت راست تشخیص پرستاری: ریسک ایجاد عفونت در ارتباط با وجود زخم بستر ، هایپرترمی در ارتباط با دهیدراتاسیون ، ۱- تغییر وضعیت بیمار در تخت هر ۲ ساعت ، ۲- تعویض پانسمان زخم با پانسمان جاذب مولیکه سایز ۵ X ۵ ۳- ترشحات بدون بو و شفاف ، ۴- گزارش وضعیت زخم به پزشک ۵- خشک نگه داشتن پوست بیمار ۶- تعویض ملحفه های بیمار ۷- انجام پاشویه و استفاده از گاز خیس جهت کاهش دمای بدن بیمار ۸- استفاده از تب بر (آپونل) با دستور پزشک ۹- استفاده از تشک مواج ۱۰- انجام ماساژ پشت با کمک همراه بیمار ۱۱- بررسی محل آنژیوکت ۱۲- تعویض پانسمان محل آنژیوکت ۱۳- آموزش به همراه بیمار جهت چرب کردن نواحی استخوانی با روغن زیتون</p>
--	---

نمونه یک گزارش نوشته شده بر اساس فرآیند پرستاری

علامتی از عفونت ادراری مشاهده نمی شود

سیستم ادراری - تناسلی : Foley size = 16 روز هفتم ، رنگ ادرار کهربایی ، میزان ادرار = 350 سی سی
تشخیص پرستاری : ریسک بالای عفونت ادراری در ارتباط با وجود کنترا ادراری ، احتمال ایجاد بی اختیاری ادراری در ارتباط با داشتن سوند ادراری به مدت طولانی ، تمیز و خشک نگه داشتن ناحیه تناسلی و ۱- انجام Foley care ۲- انجام Foley training ۳- چک I&O و بررسی بالانس بیمار (۲۵۰ سی سی بالانس مثبت) ۴- فیکس کردن کنترا فولی روی ران بیمار ۵- تخلیه کیسه ادرار و جلوگیری از برخورد کیسه با زمین جهت جلوگیری از انتقال عفونت

نمونه یک گزارش نوشته شده بر اساس فرآیند پرستاری

خشکی مخاط دهان کمتر شده است
خونریزی گوارشی متوقف شده است

سیستم گوارشی: Melena 2 times , 600 cc coffee ground , NGT = 14 G , BS = 345 , NPO
تشخیص پرستاری: تغییر در مخاط دهان در ارتباط با NPO بودن و وجود لوله تراشه ، تغییر در الگوی تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با خونریزی گوارشی ۱- چک NGT از نظر قرار گیری صحیح در محل ۲- بررسی ترشحات معده و میزان آن = ۶۰۰ سی سی ۳- گزارش وجود ملنا به پزشک ۴- گرفتن نمونه مدفوع با دستور پزشک و ارسال به آزمایشگاه ۵- بررسی مخاط دهان از نظر وجود تورم، قرمزی یا آفت مخاط خشک ۶- انجام دهان شویه با آب معمولی ۷- چک BS هر ۲ ساعت
BS = 345 \xrightarrow{RI} BS = 240
۸- تزریق انسولین به میزان ۷ واحد به شکل SQ با دستور پزشک و چک مجدد BS ۹- استفاده از داروهای بلاک کننده H2 با دستور پزشک ۱۰- چک Hb, PT,PTT با دستور پزشک در ساعت ۸ صبح ۱۱- شستشوی معده با دستور پزشک با N/S ۲۰۰ سی سی در سه نوبت
۱۲- بررسی میزان برگشتی و محتویات آن (۲۵۰ سی سی کافی گراند) ۱۳- شستشوی دهان و دندان بیمار

نمونه یک گزارش نوشته شده بر اساس فرآیند پرستاری

تن عضلانی همچنان
ضعیف است
مراقبت از مچ پا باید
ادامه پیدا کند

سیستم عضلانی - اسکلتی: بیمار CBR، علائم Foot Drop مشاهده می شود، تن عضلانی ضعیف
تشخیص پرستاری: عدم تحرک در ارتباط با تن عضلانی ضعیف و دستور عدم تحرک ۱ - کمک به
فیزیوتراپی جهت انجام فیزیوتراپی ۲ - استفاده از بریس مخصوص جهت جلوگیری از پیشرفت Foot
Drop ۳ - آموزش به همراه بیمار جهت انجام ورزش های پاسیو

منابع:

۱- گزارش نویسی در پرستاری و جنبه های قانونی آن
تألیف سکینه شهسواری اصفهانی ، دکتر حمید پیرویی، محمود بدیعی – سال ۱۳۹۶ –
انتشارات بشری

۲- اصول گزارش نویسی
تألیف عزیز شهرکی واحد ، مهدی حقیقی ، آذر آواره – سال ۱۳۹۲ – نشر جامعه نگر

۳- ثبت و گزارش نویسی در پرستاری
تألیف نوروز پرویز – سال ۱۳۸۱ – انتشارات مختومقلی فراغی