

نکات کلیدی گزارش نویسی پرستاری

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن ، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری یادآوری می گردد. امید است همکاران محترم پیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند .

تهیه و تنظیم :

ملکی / سوپروایزر آموزشی

بهار ۱۳۹۳

ویرایش : پاییز ۱۳۹۵

۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید.

گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده و شامل موارد ذیل باشد :

الف (ساعت و تاریخ ورود بیمار ، نحوه ورود) (با پای خودش ، با برانکارد ، توسط اورژانس ۱۱۵ ، توسط همراهیان و)

ب (علائم حیاتی هنگام ورود)

ج (شکایت اصلی بیمار) (شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار می باشد)

د (علت بستری بیمار) (علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک دارد و در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر است مانند انجام بیوپسی)

ه (نتیجه ارزیابی وضعیت هوشیاری)

و (نتیجه ارزیابی سلامت جسمی)

ز (نتیجه ارزیابی سلامت روحی) (در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار با روش معتبر ارزیابی و در برنامه ریزی مراقبت پرستار مد نظر قرار گیرد) نوشته شود و سایر موارد مهم مشاهده شده باشد

۲- جهت ثبت گزارش پرستاری فقط از خودکار آبی یا مشکی استفاده نمایید.

۳- به منظور جلوگیری از اتلاف وقت ، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.

۴- مشخصات بیمار را در بالای اوراق گزارش بطور کامل درج نمایید.

۵- جهت ثبت ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید.

۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را براساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید.

۷- تعداد و ریت ضربان قلبی -تنفسی بیمار و عملکرد سیستمهای حیاتی بدن را ثبت کنید.

۸- در صورت استفاده از هرگونه وسایل مکانیکی (

ونتیلاتور ، مانیتورینگ ، پیس میکر و) جهت

مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید.

۹- وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را در هر شیفت حتماً ثبت کنید.

۱۰- بیانات و نشانه هایی را که بیمار عنوان نموده است با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.

۱۱- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت

اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار نسبت به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.

۱۲- ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش

پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.

۱۳- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند ، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.

۱۴- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب کنید.

۱۵- پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیر عادی یا ارائه

مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.

۱۶- انحصاراً در گزارش ، مراقبتهایی را که خود ارائه نموده و یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.

۱۷- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند گزارش نمایید (آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی ، جواب مشاوره ها و...)

۱۸- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید.

۱۹- در صورت بروز موارد غیر طبیعی در وضعیت همودینامیک بیمار ، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها، موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش ، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.

۲۰- در صورتیکه بیمار از طریق وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی را در گزارش قید نمایید.

۲۱- هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز به پزشک اطلاع داده میشود را ثبت نمایید.

۲۲- ثبت هرگونه حادثه یا اتفاقی که سلامتی بیمار را به مخاطره انداخته (سقوط ، اشتباهات دارویی و) ضروری است.

۲۳- مسئولیت درج صحیح دستورات پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و باید در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباهات بعمل آید.

۲۴- دستورات اجرا نشده پزشکان را با ذکر علت ثبت نمایید.

۲۵- اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضور ، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.

۲۶- در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی ، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

الف) دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء شود.

ب) دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.

ج) زمان برقراری تماس تلفنی ، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده ، نام شخص تماس گیرنده ،اطلاعات داده شده و اطلاعات گرفته شده ثبت شود

۲۷- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آنها اجتناب کنید

۲۸- جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد،و بالای آن نوشته شود"اصلاح شد" و پس از ثبت صحیح مورد خط خوردگی در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضاء مهر و سمت فرد ثبت گردد.

۲۹- از مواردی که منجر به تحریف گزارش می شود اجتناب کنید از جمله:

الف) اضافه نمودن مواردی به گزارش بدون آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه شده است.

ب) ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

ج) دوباره نویسی و یا تغییر گزارش

د) اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

ه) تحریف یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود

۳۰- عملیات احیاء قلبی ریوی بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیاء باید در پرونده ثبت شود.

۳۱- در بین مطالب مندرج در گزارش پرستاری و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی وجود نداشته باشد.

۳۲- در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری ، اختصارات قابل قبول بین المللی را بکار ببرید.

۳۳- آموزشهای ارائه شده به بیمار و همراه را در گزارش پرستاری ذکر نمایید.

۳۴- در صورتی که بیماری شفاهاً مسئولین درمانی بیمارستان را تهدید به تعقیب مواردی نماید دقیقاً گزارش نمایید

۳۵- در خصوص مشاوره های پزشکی باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.

۳۶- از سو دیگری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند بپرهیزید.

۳۷- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.

۳۸- گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.

۳۹- انتهای گزارش پرستاری و اقدامات دارویی به طور کامل بسته شود ، نام ، نام خانوادگی و سمت مربوطه به طور خوانا ثبت شود.

۴۰- گزارش را مهمور به مهر اسمی خود به همراه شماره نظام پرستاری نموده و امضاء نمائید.