



# دپارتمان آموزش بیمارستان نیکان



## آموزش الکترونیکی کارکنان



### نام دوره آموزشی

گزارش نویسی پرستاری

### تهیه کننده

پیام عباسی سوپروایزر آموزشی بیمارستان نیکان

زمستان ۱۳۹۹



فهرست

۳..... خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح.

۳..... ۱. حقیقت در گزارش نویسی

۳..... ۲. دقت در گزارش نویسی

۳..... ۳. کامل بودن گزارش

۴..... ۴. پویا بودن گزارش

۴..... ۵. سازماندهی گزارش

۴..... ۶. محرمانه بودن گزارش

۴..... روش های گزارش کلامی پرستاری

۴..... گزارش تعویض شیفت

۵..... گزارشات تلفنی

۵..... دستورات تلفنی

۵..... گزارش انتقالی

۵..... گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان

۶..... ثبت پروسیجرها

۷..... نکات اساسی در ثبت گزارش CPR

۷..... گزارش درد و دارو درمانی

۷..... گزارش مانیتورینگ قلب

۷..... گزارش ترانسفوزیون خون

۸..... نکات مهم در گزارش نویسی

۱۰..... دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری

۱۰..... فلوشیت و نوشتن گزارش در بخش های ویژه:

۱۰..... ثبت سیستم مغز و اعصاب (CNS)

۱۰..... ثبت سیستم تنفسی (RESP)

۱۰..... ثبت سیستم قلبی عروق (CVS)

۱۱..... ثبت در سیستم پوستی

۱۱..... ثبت در سیستم ادراری تناسلی (GU)

۱۱..... ثبت سیستم GI (سیستم گوارشی)

۱۲..... ثبت سیستم عضلانی-اسکلتی (muscul oskel et al)

۱۲..... ثبت سیستم روانی-اجتماعی (psychosoci al)

۱۲..... ثبت آموزش Teaching



## قانون طلایی پرستاری را همیشه به خاطر داشته باشید:

### اگر چیزی ثبت نشود، انجام نشده است.

#### خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح.

##### ۱. حقیقت در گزارش نویسی

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید. اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد و شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی می باشد که پرستار می بیند، می شوند، می بوید و احساس می کند. از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید. به هیچ عنوان از کلماتی چون: به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

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

**مثال گزارش غلط:** بیمار افسرده به نظر می رسد.

##### ۲. دقت در گزارش نویسی

موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

**مثال گزارش صحیح:** بیمار ۳۶۰ سی سی مایعات (آب) مصرف نموده است.

**مثال گزارش غلط:** بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

**مثال گزارش صحیح:** زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ سانتی متر طول دارد.

**مثال گزارش غلط:** زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار.

در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری غیر استاندارد جدا خود داری نمایید و همچنین علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

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.

عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات ذیل باشد: نام و نام خانوادگی، سمت، تاریخ و ساعت.

##### ۳. کامل بودن گزارش

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.

در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب نمود.

#### ۴. پویا بودن گزارش

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد. تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

**فعاليتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد:**

- ✓ علائم حیاتی
- ✓ تجویز دارو و اقدامات درمانی
- ✓ آماده کردن بیمار برای تست های تشخیصی
- ✓ تغییر در وضعیت سلامت
- ✓ پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
- ✓ درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

#### ۵. سازماندهی گزارش

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرم های مخصوص استفاده گردد.

#### ۶. محرمانه بودن گزارش

کلیه گزارشات باید محرمانه باشد و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

#### روش های گزارش کلامی پرستاری

گزارش شفاهی یک ارتباط سیستماتیک است که هدف آن انتقال اطلاعات ضروری برای مراقبت از بیماران می باشد. پرستاران روزانه چندین مرتبه از گزارش شفاهی استفاده می نمایند. در این نوع گزارش یک پرستار خلاصه ای از فعالیت ها و شرایط بیمار در زمان ترک بخش برای استراحت و یا پایان شیفت را به پرستار دیگر منتقل می نماید.

چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:

**change of shift reports:** گزارش تعویض شیفت

**Telephone reports:** گزارش تلفنی

**Transfer reports:** گزارش انتقالی

**Incident reports:** گزارش حوادث اتفاقی

گزارش تعویض شیفت

یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است بصورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود. راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. گزارش تعویض شیفت ممکن است بصورت شفاهی، نوار ضبط صوت و یا در طول راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران داده شود.

### گزارشات تلفنی

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشد. اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش دارند باید مطمئن باشند که: اطلاعات واضح است، اطلاعات صحیح است و اطلاعات دقیق است. همچنین زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، نام شخص تماس گیرنده اطلاعات داده شود و اطلاعات گفته شده ثبت گردد.

مثال: ساعت ۲۲:۲۲ مسئول آزمایشگاه آقای کمالی میزان پتاسیم آقای صابری بیمار تخت شماره ۳۰۲ بخش داخلی را ۳.۲ میلی اکی والان گزارش نمود.

### دستورات تلفنی

این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود. وضوح پیغام در این امر بسیار مهم و ضروری است. دستورات تلفنی بایستی توسط پرستار تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را ثبت نماید و آنرا امضاء کند و پرستار دوم نیز به عنوان شاهد آنرا مهر و امضاء کند و ظرف 24 ساعت به مهر و امضای پزشک معالج برسد. بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.

### نکات زیر می تواند پرستاران را در پیشگیری از اشتباه احتمالی در امر دستورات تلفنی یاری نماید:

- ❖ چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت حتماً سؤالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمائید تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
- ❖ بطور وضوح نام بیمار، شماره اتاق و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمائید.
- ❖ هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است مجدداً تکرار نمائید.
- ❖ تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمائید. نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمائید.
- ❖ لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط دو نفر پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء گردد.

### گزارش انتقالی

در موارد خاص جهت پیگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر، بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از مرکزی به مرکز درمانی دیگر منتقل می شود. هنگامیکه گزارش انتقال داده می شود پرستاران در ثبت گزارش بایستی به نکات زیر توجه نمایند:

- نام بیمار، سن، پزشک اولیه و تشخیص پزشک
- خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال
- وضعیت سلامت فعلی (فیزیکی، روانی و اجتماعی)
- تشخیص ها، مشکلات و طرح های مراقبت های فعلی پرستاری
- هر مداخله یا ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.

پرستار تحویل گیرنده بایستی زمانی را به بررسی وضعیت سلامت موجود بیمار پس از انتقال اختصاص دهد.

### گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان

گزارش حوادث اتفاقی بایستی بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد. گزارش حوادث اتفاقی شامل موارد زیر است:

- توصیف دقیق واقعه
- زمان حادثه
- اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه
- زمان اطلاع به پزشک مسئول
- زمان ویزیت بیمار توسط پزشک
- درمان ها و پیگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

### ثبت پروسیجرها

#### اکسیژن تراپی

دلایل شروع اکسیژن درمانی (علائم اختلال تنفسی)، زمان شروع اکسیژن درمانی و طول مدت اکسیژن درمانی، روش اکسیژن درمانی، میزان اکسیژن درمانی، واکنش فرد نسبت به اکسیژن درمانی. این ها مواردی است که باید ثبت شود.

#### پانسمان زخم

مواردی که در موارد پانسمان باید گزارش گردد شامل موارد ذیل است: ناحیه زخم، وسعت و اندازه زخم، نزدیک بودن لبه های زخم، وجود یا عدم وجود ترشح، رنگ و نوع و میزان ترشح، وجود درن، نوع محلول شستشو، واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب و درد و احساس نگرانی، داشتن درن و توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن، چگونگی تحمل بیمار به پانسمان و داروهای بکار برده شده، داروی بکار برده شده در موضع و آموزش های ارائه شده.

**مثال:** پانسمان محل ماستکتومی برداشته شد. در محل پانسمان ترشحات خونی-سروزی وجود داشت. برش جراحی مشکلی ندارد. بخیه ها سالم است، با نرمال سالیین شستشو داده شد و پانسمان استریل ۴\*۴ گذاشته شد. آموزش تعویض پانسمان، علائم و نشانه های عفونت به بیمار داده شد و بیمار آن را تکرار کرد.

#### گذاشتن سوند ادراری

مواردی که در سونداژ باید گزارش شود: هدف از سونداژ مثانه، نوع سوند جهت سونداژ، سایز سوند، ثبت مانورها قبل از سونداژ، حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالون، حجم و رنگ و مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه، در صورت شستشو: حجم و نوع محلول شستشو و حجم و رنگ مواد برگشتی و واکنش مددجو.

#### گذاشتن NGTube

گاوژ:

دلایل لوله گذاری معده، نوع گاوژ متناوب یا مداوم، حجم و نوع محلول گاوژ، حجم مایع موجود در معده قبل از گاوژ، رنگ ترشحات برگشتی از معده، واکنش مددجو

لاواژ:

دلایل لاواژ، نوع و حجم محلول لاواژ، حجم و رنگ موارد برگشتی، واکنش مددجو

### 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 اجرا دارو درمانی، ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون، لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی، دفعات شوک و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون، دارودرمانی (نوع و دوز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید)، واکنش مردمک ها، افراد عضوتیم احیاء و زمان خاتمه CPR باید گزارش گردد.

### گزارش درد و دارو درمانی

کیفیت درد: تیز، میهم، منتشر و ارجاع نشده

شدت درد: شدید: ۸-۱۰، متوسط: ۴-۷، خفیف: ۱-۳.

دوره درد: درد مداوم، متناوب و درد زودگذر

عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده درد

واکنشهای رفتاری مددجو

آشکارسازی فیزیولوژیکی مثل تعریق و تهوع و زنگ پوست و نبض و تنفس و فشارخون

### دارو درمانی:

اسم دارو، شکل دارو، مقدار دارو، راه مصرف دارو، دوز مصرف و واکنشهای متقابل دارویی در صورت بروز باید به دقت گزارش گردد.

### گزارش درمان داخل وریدی

تاریخ و موضع وارد نمودن سوزن، وسایل مورد استفاده مثل آنژیوکت یا اسکالپ وین، میزان قطرات و حجم سرم انفوزیون شده، در صورت تغییر محل آنژیوکت علت تغییر محل و یا عوارض مایع درمانی و موارد آموزش داده شده به بیمار باید در گزارش پرستاری ثبت شود.

### گزارش تغذیه کامل غیر از راه خوراکی (TPN)

سوند بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر باید گزارش گردد.

### گزارش مانیتورینگ قلب

تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ، لیدهای استفاده شده، ریتم های خوانده شده، اقدامات انجام شده باید به دقت گزارش گردد.

مثال: ۱۲:۴۵ مانیتور بیمار ریتم سینوسی با PVC با HR=۱۵۰ را از لید II نشان داد. بیمار شکایت از درد قفسه سینه و تپش قلب دارد. اکسیژن ۲ لیتر از طریق لوله بینی برای وی گذاشته شد. BP=۱۷۰.۸۰، نوار قلبی گرفته شد به دکتر حسینی اطلاع داده شد. ۵ میلی گرم مورفین داخل وریدی ساعت ۱۲:۵۰ تزریق شد. نمونه خون از نظر الکتروولیت ها چک شد. ریتم سینوسی با PVC و درد قفسه سینه نداشت.

### گزارش ترانسفوزیون خون

درخواست خون: فرم درخواست خون دو برگی می باشد که مشخصات آن بایستی توسط پرستار به طور کامل و صحیح و دقیق پر شود.

**نمونه گیری از بیمار:** ابتدا نام بیمار را پرسیده و سپس از وی خونگیری به عمل می آید. بعد از ریختن نمونه خون در لوله آزمایش، نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده، نام بخش، شماره اتاق و تخت بیمار را به طور واضح روی برچسب لوله بنویسید.

**دریافت خون از بانک خون بیمارستان:** مشخصات روی کیسه خون را با فرم درخواست خون چک کرده و بعد از اطمینان از انطباق با مشخصات بیمار، محتوی کیسه خون را از نظر سردی، وجود لخته، همولیز، تغییر رنگ و نشت خون از کیسه بررسی کنید و موارد غیر طبیعی را بلافاصله گزارش کنید. سپس همین اقدامات توسط پرستاری دیگر به عنوان شاهد انجام شود.

**تزریق خون:** مواردی که باید حین تزریق در کارت شناسایی یادداشت گردد شامل تاریخ تزریق، ساعت تزریق، تعداد واحد خون یا پلاسما مصرفی، شماره کیسه های مصرفی و علائم حیاتی بیمار طی زمان تزریق

#### نکات مهم حین تزریق:

- حداکثر مدت زمان تزریق خون 4 ساعت می باشد
- تشخیص هویت دقیق بیمار و کیسه خون
- قرار دادن صحیح سوزن تزریق در رگ
- استفاده از ست فیلتردار
- مراقبت متناوب از بیمار
- در صورت واکنش بیمار به خون، بلافاصله متوقف شده و بعد از انجام اقدامات لازم، در گزارش پرستاری تاریخ و ساعت واکنش و علائم مشاهده شده، نوع و مقدار خون یا فراورده های تزریق شده، زمان شروع و توقف خون، درمان های انجام شده برای عوارض ثبت شود.
- کنترل علائم حیاتی به طور متناوب (قبل، حین و پس از تزریق خون) و ثبت در چارت ترانسفوزیون خون
- همه محصولات خونی (خون کامل، گلبول قرمز متراکم، پلاکت، FFP، کرایو) باید با ست فیلتردار تزریق شود.
- در هر تزریق باید رگ مناسب، آنژیوکت مناسب (نوع و شماره آن) انتخاب گردد.
- در موارد روتین خون کامل و یا گلبول قرمز متراکم معمولاً در یک یا دو ساعت تزریق می شود.
- یکی از مهمترین و حساس ترین و نقطه عطف تزریق خون، تعیین هویت بیمار و انطباق آن با کارت شناسایی و فرم درخواست خون و کیسه خون درست قبل از تزریق خون می باشد.
- در 15 دقیقه اول که بیش از ۹۰٪ عوارض حاد رخ می دهد باید تزریق آهسته باشد (2-3 ml/kg/h) و کنترل علائم و نشانه های واکنش همولیتیک بسیار مهم می باشد.

#### نکات مهم در گزارش نویسی

- (۱) پس از ثبت هرگونه اطلاعات در گزارش پرستاری، با نوشتن نام خانوادگی و سمت خود، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید. حتماً دقت کنید مشخصات بیمار در بالای برگه گزارش پرستاری توسط منشی بخش کامل باشد.
- (۲) به منظور عدم اتلاف وقت، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها، گزارش را خوانا و مرتب بنویسید و در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری از اختصارات قابل قبول بین المللی استفاده کنید.
- (۳) از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمائید.
- (۴) جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را به صورت کامل با استفاده از اعداد 1 تا 24 بنویسید. ساعت 1 بعدازظهر را به صورت 13:00 و ساعت نه و ربع بامداد را به صورت 09:15 نشان دهید.



- ۵) جهت ثبت و گزارش علائم حیاتی حتی المقدور از چارت های گرافیک علائم حیاتی استفاده نمائید و نام فرد کنترل کننده در محل مربوطه به صورت واضح و خوانا ثبت شود.
- ۶) وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت کنید، تعداد و آهنگ ضربانات قلب بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت کنید و در صورت استفاده از هرگونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و...) جهت مراقبت از بیمار توضیحات را یادداشت کنید و وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت نمایید.
- ۷) بیانات و نشانه هایی که بیمار بیان کرده با استفاده از کلمات خود بیمار یادداشت کنید.
- ۸) در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده، ضروری است پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.
- ۹) در صورت ندادن دارو به هر علت در گزارش پرستاری به طور واضح قید گردد (دستور پزشک مربوطه، موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار بیمار)
- ۱۰) کلیه اطلاعات ضروری را در مورد دستورات دارویی اجرا شده ثبت نمائید ( نام دارو، دوز دارویی، تاریخ و ساعت شروع، زمان و راه تجویز دارو).
- ۱۱) کلیه اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آنها و ذکر واکنشهای بیمار به اقدامات مربوطه ثبت نمایید.
- ۱۲) پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیر عادی یا ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی کنید و بروز هرگونه موارد غیر طبیعی در همودینامیک بیمار، آزمایشات پاراکلینیکی و مشاهده عوارض جانبی داروها و موارد مشاهده شده را علاوه بر ثبت دقیق در گزارش، در صورت ضرورت به پزشک اطلاع دهید.
- ۱۳) با توجه به تشخیص اصلی یا تشخیص افتراقی بیمار، علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری، تصمیم گیری برای درمان (شروع، ادامه، قطع دارو و یا اعمال جراحی و ...) کمک کننده باشد، حتماً گزارش نمائید.
- ۱۴) گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده باشد، شامل ساعت ورود بیمار، نحوه ورود (با پای خودش، برانکاردر، اورژانس 115، همراهان)، وضعیت هوشیاری، علائم حیاتی، و سایر موارد مهم مشاهده شده را ثبت کنید.
- ۱۵) با توجه به داروهائی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی احتمالی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمائید.
- ۱۶) انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمائید.
- ۱۷) پاسخ آزمایشات پاراکلینیکی را پس از دریافت با دقت مطالعه نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی، ساعت دقیق دریافت آزمایش را گزارش نمائید و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج شفاهی اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمائید و در برگه آزمایش نیز نام فرد اطلاع دهنده و ساعت اطلاع به پزشک مربوطه را ثبت کنید.
- ۱۸) در صورتیکه مدد جو نیاز به دریافت مایعات وریدی و یا رگ باز دارد، تعداد قطرات سرم را در دقیقه محاسبه، تنظیم و کنترل نمائید و در پایان گزارش پرستاری در هر شیفت میزان سرم دریافتی مددجو را ثبت نمائید.
- ۱۹) در صورتیکه مدد جو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات I&O دارد ضروری است پس از محاسبه، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات و همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی به طور دقیق در فرم کنترل جذب و دفع و گزارش پرستاری ثبت نمائید. ضمناً جمع ۲۴ ساعته I&O نیز توسط پرسنل شبکار در برگه کنترل جذب و دفع و در برگه چارت علائم حیاتی ستون مربوطه و در گزارش پرستاری نیز ثبت شود.
- ۲۰) ضروری است پرستار پس از مشاهده وضعیت غیر طبیعی در مدد جو و یا ارائه مراقبت خاص پرستاری به مدد جو، در اسرع وقت اقدام به ثبت گزارش نماید.
- ۲۱) ضروری است که کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری همراه با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.



- ۲۲) گزارش احیاء قلبی ریوی باید به طور کامل با ذکر کلیه مراحل احیاء از زمان اعلام کد CPR تا خاتمه آن نوشته شود.
- ۲۳) از ثبت روش های پرستاری قبل از اجرای آنها اجتناب نمائید.
- ۲۴) از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک و یا سیاه کردن آنها اجتناب نمائید.

### دستورالعمل جهت تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری

- ❖ بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که نوشته قابل خواندن باشد.
- ❖ در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید: اصلاح شد.
- ❖ تاریخ و سمت خود را پس از ثبت مورد فوق در گزارش بنویسید.

### فلوشیت و نوشتن گزارش در بخش های ویژه:

در بخش های ویژه؛ گزارش پرستاری درفلوشیت های مخصوص ثبت می گردد که آنها نیز از ارزش قانونی برخوردار می باشند.

مواردی که در نوشتن گزارش در فلوشیت باید رعایت گردد:

### ثبت سیستم مغز و اعصاب (CNS)

- سطح هوشیاری بر اساس مقیاس گلاسکو (GCS)
- اندازه مردمک ها و واکنش به نور
- آگاهی به مکان، زمان و اشخاص
- صحبت کردن، درک، فهم
- داشتن رفتار مناسب با مکان و زمان
- بررسی حافظه
- بررسی حس و حرکت اعضای بدن و داشتن پاسخ کلامی مناسب

### ثبت سیستم تنفسی (RESP)

- تعداد، نوع تنفس، *Retraction*، داشتن یا نداشتن سرفه، انواع سرفه، داشتن یا نداشتن چست تیوب، داشتن بوی خاص ترشحات.
- وابستگی به دستگاه تنفس مصنوعی ( *Fio<sub>2</sub>, PEEP, MODE TV, Rate* و...)
- میزان دریافت اکسیژن (l/min) بوسیله ماسک، تراکئاستومی، CPAP و...
- جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج
- انجام ساکشن، دفعات، نوع ترشحات و بوی آن در صورت امکان
- صداهای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی، نوع آن، میزان تحمل، یا پیشرفت بیمار
- بررسی و ثبت مسائل غیر طبیعی، نتایج آزمایشات، گرافی ها
- داروهای مصرفی، اقدامات انجام شده، پروسیجرهای انجام شده، نتایج و ثبت دقیق اطلاعات.

### ثبت سیستم قلبی عروق (CVS)

- تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشار خون (در حالت نشسته، خوابیده)، محل گرفتن BP
- صدای قلب و نوار قلب
- مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ، مقادیر مانیتور شده، لید مانیتور شده

- تغییر در وضعیت بیمار، ایست قلبی-عروقی و ثبت اقدامات انجام شده و نتایج
- کاربرد دستگاه دفیبریلاتور، ژول مصرفی، دفعات مصرف، نوع Setup و اقدامات تیم CPR
- داشتن یا نداشتن chest pain (نوع، انتشار، مداخلات و نتایج)
- نمونه های خون گرفته شده، جواب آزمایشات و گرافی ها
- پروسیجرها (آمادگی های قبل و بعد از آن)
- داروهای مصرفی، عوارض و احتیاطات و اقدامات انجام شده
- ثبت آموزش ها، مشاوره ها، اقدامات و نتایج
- نبض های محیطی و کیفیت آن (قوی، ضعیف، عدم وجود نبض)
- کاربرد وسایل، داروها، و اقدامات ضد تشکیل لخته (مانند کاربرد تورنیکت، جوراب های ضد آمبولی و داروها)
- فعالیت بیمار، تحمل فعالیت، مشکلات و اقدامات انجام شده.
- کلیه مراقبتهای پرستاری انجام شده، با ذکر زمان و ساعت، مقدار و نتایج.

### ثبت در سیستم پوستی

- رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خون مردگی، ورم و خراش
- وضع کلی پوست، خشک، مرطوب، زخمی، ترشحات، نوع آن (پوسته پوسته بودن، گرمی -سردی و.)
- ورم پوست (ورم کل بدن، دور چشم، اندامهای محیطی)
- قوام پوست (خوب، بد)
- داشتن زخم بستر (رنگ، محل، درجه، ظاهر) اندازه (طول، عرض، عمق)، زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ، نوع داروی شستشو و مقدار آن، ترشحات و التهاب.
- داشتن بخیه، کشیدن آن.
- گرفتن نمونه جهت کشت (جواب و اقدامات)، تعویض پانسمان، نوع پانسمان بکار رفته
- تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بستر، کاربرد بالش زیر اعضاء، انجام ماساژ، توجه به تغذیه، حمام.

### ثبت در سیستم ادراری تناسلی (GU)

- وضع ظاهری اندام های تناسلی، و یافته های غیر طبیعی
- رنگ، میزان، دفعات، بوی ادرار دفعی، علائم و نشانه ها (مانند تکرر ادرار، هماچوری، قطره قطره آمدن ادرار، ادرار دردناک، چرک در ادرار، تهوع، استفراغ، لرز، اتساع مثانه، پر ادراری و غیره)
- خارش، ترشحات بدبو، نتایج پاپ اسمیر، خونریزی، درد، مشکلات در ارتباط با عملکرد جنسی
- داشتن اختیار و کنترل ادرار، وسایل کمکی، اقدامات انجام شده
- نتایج تست حاملگی، انجام دوش واژینال، معاینه واژن و...
- انجام مراقبت در خصوص کاتترها (فولی، سوپراپوبیک و Self catheterization)
- چک جذب و دفع بیمار (سی سی در ساعت)
- زمان شروع و قطع مایعات و وسایل و ذکر علت.

### ثبت سیستم GI (سیستم گوارشی)

- اشتها، NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی

- علایم و نشانه ها (مثل بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال، وجود خون در مدفوع، نفخ، آسیت، آروغ)
- نوع رژیم غذایی، داشتن یا نداشتن NG Tube، ژژنوستومی، کولستومی و...
- داشتن یا نداشتن مدفوع (کیفیت، رنگ، بو، شکل مدفوع)
- داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده
- توجه به مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیر طبیعی و گزارش به پزشک و اقدامات
- داشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلک gag
- ویزیت توسط متخصص تغذیه، دستورات، اقدامات انجام شده
- اقدامات تشخیصی، درمانی (آمادگی ها و توجهات خاص پس از انجام پروسیجرها و گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک)

### ثبت سیستم عضلانی-اسکلتی (muscul oskel et al)

- رنگ اندامهای محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی مفاصل، تعادل در راه رفتن، داشتن نبض های محیطی، پر شدگی مویرگی، حرکات غیر طبیعی اندامها
- داشتن حس و حرکت اندامهای محیطی، فلج و سستی اندامها، محدودیت حرکتی اندامها
- تحرک یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن
- توانایی انجام کار یا فعالیت های روزانه مانند(راه رفتن، غذا خوردن، توالیت رفتن، غذا پختن، رخت شستن، خوابیدن، لباس پوشیدن)
- داشتن یا نداشتن کشش، گچ (خشک یا تر بودن گچ)
- تعویض پانسمان، شستشوی زخم، نوع محلول مصرفی، داشتن ورم و شدت آن
- داشتن درد و بی قراری

### ثبت سیستم روانی-اجتماعی (psychosoci al)

- داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال زمان ورود بیمار، رفتار بیمار، گفته های بیمار، توهمات (شنیداری، دیداری، بویایی)
- دلیریوم، ثبت رفتار نامناسب بیمار یا حملات وی، حافظه
- اضطراب، وسواس، وسواس اجباری، ترس مرضی، بدبینی، اعتماد به نفس
- افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، مداخلات انجام شده، پاسخ بیمار
- داشتن نقشهای اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران
- اعتیاد، ترک اعتیاد، علایم بازگیری، عصبانیت و خشم، صدمه زدن به دیگران و خود
- داشتن پاسخ کلامی مناسب

مصرف داروها، عوارض و اقدامات خاص پرستاری و پزشکی انجام شده (روان درمانی، پسیکو تراپی) ECT و روشهای مختلف به کار گرفته شده

### ثبت آموزش Teaching

- ❖ نیازهای آموزشی بیمار، برنامه ریزی برای آموزش، کاربرد وسایل سمعی و بصری مختلف
- ❖ فرد آموزش دهنده، افراد آموزش گیرنده و محتوای آموزش
- ❖ بکار بردن عبارات و جملاتی که موید فهم و دریافت آموزش توسط فراگیر باشد (نشان دادن، بیان کردن، بکار بردن صحیح وسایل)
- ❖ تاکید بر علایم و نشانه های مهمی که نیاز به گزارش پزشک دارد.



- ❖ آموزش در مورد داروهای مصرفی، اثر، عوارض و اقدامات خاص و...
- ❖ آموزش در مورد محدودیت های خاص

## پایان