



اصول گزارش نویسی در پرستاری (باید و نباید ها – انواع گزارش)

دکتر هدایت جعفری
دکترای تخصصی آموزش پرستاری
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

• اصول گزارش نویسی:

- بایدها ونبایدها

• انواع گزارش:

- گزارش قبل عمل

- گزارش بعد از عمل

- گزارش پزشک

- گزارش شفاهی

- گزارش تلفنی

- حوادث غیر معمول

- گزارش فوتی

- گزارش تعویض شیفت

- گزارش ترخیص

اصول گزارش نویسی:

- ۱- همواره از خودکارآبی یا مشکی استفاده شود.
- ۲- تمامی گزارشها باید تاریخ و ساعت داشته باشند. (تاریخ سه جزء سال و ماه و روز دارد. ساعت با استفاده از اعداد ۱-۲۴ نوشته شود)
- ۳- مراقبتها، داروها، پروسیجرها را به محض اجرای آنها ثبت کنید.
- ۴- **هرگز اقدامات را قبل از انجام آنها ثبت نکنید زیرا باعث شک و بی اعتمادی است.** (۱- فوت بیمار در ساعت ۰۴۰۰ ثبت گزارش اقداماتی که قرار بوده در ساعت ۰۶۰۰ انجام شود و ۲- فوت بیمار در ساعت ۰۵۰۰ ثبت علایم حیاتی برای ساعت ۰۶۰۰ و دریافت داروی خوراکی ساعت ۰۶۰۰)
- ۵- از بکار گیری کلماتی نظیر "خوب"، "تقریبا"، "نرمال"، یا ... که ممکن است برای خوانندگان مختلف معانی متفاوتی بدهند، خود داری کنید.
- ۶- مشکلات را بر اساس اتفاق افتادن آنها در یک نظم خاص ثبت کنید. مداخلات پرستاری و پاسخ بیمار را ثبت کنید.
- ۷- تماس با سایر اعضای تیم را یادداشت کنید.

۸- برای ثبت نقل قول از طرف بیمار یا همراه وی، از گیومه استفاده کنید.

۹- از گرامر و املاي درست استفاده کنید.

۱۰- گزارش پرستاری را بر بالین بیمار بنویسید.

۱۱- هرگز برای دیگران ثبت نکنید.

۱۲- هرگز اجازه ندهید کسی برای شما ثبت کند.

۱۳- هرگز نوشته های افراد دیگر را عوض نکنید.

۱۴- از بکارگیری اختصارات غیر استاندارد خود داری کنید.

۱۵- مداخلات پرستاری را تا حد امکان دارد به محض انجام ثبت کنید. هرچقدر بیمار بد حالت باشد، به همان اندازه ثبت باید زودتر انجام شود.

۱۶- در مراقبت از بیماران بدحال، تا ثبت اطلاعات مهم بخش را جهت صرف صبحانه / چایی و یا استراحت ترک نکنید.

۱۷- جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز، از اعداد ۱ تا ۲۴ استفاده کنید.

۱۸- هنگام نوشتن به خواننده خود فکر کنید. خوانا و مختصر بنویسید (اختصار)

➤ سادگی و اختصار نشاندهنده "اعتماد به نفس شماست."

KISS: Keep In Simple & Short ➤

• ثبت موارد پاراکلینیک

• مثل آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی:

(۱) پرستار باید قدرت تشخیص موارد غیر طبیعی آزمایشات را داشته، آنها را ثبت و گزارش نماید.

(۲) پرستار باید موارد غیر طبیعی را به پزشک اطلاع داده، و پس از اطلاع نام پزشک، زمان اطلاع و اقدامات انجام شده را ثبت نماید.

پرستار حق گذاشتن هیچ گونه برگه ای را داخل پرونده بیمار ندارد مگر آن را مطالعه و تفسیر نموده و موارد لازم را پیگیری کند.

• مشاوره

- از آنجائیکه مسئولیت درمان بیمار مستقیماً متوجه پزشک معالج می باشد، در صورتیکه برای بیمار مشاوره ای انجام شود، دستورات پزشک مشاور حتماً باید به اطلاع و تایید پزشک معالج رسانده شده و بعد اجرا شود. گاهی ممکن است دستورات پزشک مشاور خلاف نظر و دستورات پزشک باشد.

• گزارش قبل از عمل:

- ۱- ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکارد صندلی چرخدار و غیره)
- ۲- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل بیمار به اتاق عمل
- ۳- ثبت وضعیت عمومی با قید سطح هوشیاری و علائم حیاتی
- ۵- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سند ها، لوله تراشه و ...)
- ۶- ثبت دستورات دارویی (پریمید) قبل از عمل
- ۷- آمادگی انجام شده (انما، شیو و ...)
- ۸- ثبت نام و نام خانوادگی و سمت و امضا همراه با تاریخ و ساعت

گزارش بعد از عمل:

- (۱) ساعت تحویل و یا ورود به بخش
- (۲) ثبت نوع عمل انجام شده
- (۳) ثبت وضعیت عمومی با قید سطح هوشیاری و علائم حیاتی
- (۴) ثبت وضعیت درن ها، تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح، ترشحات و محل پانسمان
- (۵) ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری در ساعت اولیه
- (۶) ثبت اقدامات انجام شده و قابل پیگیری
- (۷) تکمیل برگ گرافیک از نظر روزهای بعد از عمل با رنگ قرمز

Physicians orders

غالباً هر اقدام مراقبتی مورد نیاز بیمار که توسط پرستار ارائه می شود نیاز به فرمان پزشک دارد. بنابراین ثبت صحیح این فرامین الزامی است.

فرامین پزشک به سه دسته طبقه بندی می شوند:

- (۱) دستورات کتبی
- (۲) دستورات تلفنی
- (۳) دستورات شفاهی

چک دستورات پزشک

۱. صفحه دستورات پزشک تا شده است، با گذاشتن علامت در کنار دستورات لزوم اجرا مشخص می شود.

1- Order sheets are folded over so they extend out the side of the chart to indicate an order needs to be taken off

۲. پرستار با ثبت تاریخ و ساعت پایان دستورات را امضاء می کند.

Telephone orders

- بهترین حالت اجرای دستورات کتبی است، اما در مواردی که نیاز به اجرای اقدام درمانی فوری برای بیمار وجود داشته و پزشک برای ثبت دستورات حضور نداشته باشد، ما مجاز به اجرای دستورات تلفنی هستیم.

(۱) به شرط آنکه:

اجرای این اقدام درمانی برای بیمار ضروری باشد.

(۲) تا زمانی که توسط پزشک دستور دهنده امضاء نشده قانونی نیست.

• It is the nurse taking the order to get the physician signature (24 hrs)

- (۳) پرستاری که دستور تلفنی را گرفته است ظرف ۲۴ ساعت امضاء پزشک را برای این دستور بگیرد.

Verbal Orders

- (۱) مشابه دستورات تلفنی هستند.
- (۲) چون پزشک حضور دارد حتی الامکان از اجرای چنین دستوراتی اجتناب کنید.
- (۳) دقت این دستورات کمتر است.
- (۴) از پزشک در خواست کنید قبل از ترک بخش دستورات را مکتوب کند.

- 2- try to avoid, since the physician is there
- 3- these are more difficult to be accurate with
- 4- try to get MD to write the order while he is there

Questioning orders

در صورتیکه دستور پزشکی مبهم یا حتی غلط بنظر می رسد، تا صحبت با پزشک از اجرای آن خودداری کنید.

هر بیمارستانی باید رویه مکتوبی برای دستورات پزشکی مبهم داشته باشد.

با پزشک مربوطه جهت رفع ابهام و روشن سازی مسئله تماس بگیرید.

در گزارش خود تماس با پزشک را ثبت کنید.

چگونگی اجرای دستور را ثبت کنید.

اگر دستور را اجرا نکرده اید، عدم اجرا، علت آن و تماس با پزشک را ثبت کرده، سوپر وایزر را در جریان قرار دهید.

از مدیر خود پرسید که در چنین مواردی چه مراحل را طی کنید.

ممکن است یک دستور وقتی صادر شده بوده درست و قابل اجرا بوده است. ولی الآن با تغییر شرایط بیمار فرق کرده باشد. در چنین مواردی برای روشن سازی قضیه، با پزشک تماس بگیرید.

• گزارشات تلفنی:

• برای گزارش تغییرات اساسی وضعیت بیمار به پزشک، پرستار باید کاملاً آماده باشد.

- معرفی خود

- معرفی بیمار

- تغییرات ایجاد شده در شرایط بیمار را گزارش دهد.

- علایم حیاتی فعلی بیمار

- پرونده بیمار و کاردکس وی دم دست باشد تا در صورتی که پزشک سوالی کرد بتوانید سریع جواب دهید.

- تاریخ و ساعت تماس با پزشک، آنچه که به وی گفتید و جواب وی را ثبت کنید.

گزارش حوادث غیر معمول :

مثال: اکستراواژیشن، سقوط از تخت، فرار، اشتباهات دارویی، و ...
پرستاران بعلت حضور دائم جزء اولین کسانی هستند که در زمان و مکان ایجاد حادثه حضور دائم داشته و بهتر از هر کس دیگر می توانند گزارش بدون نقص و منطبق بر واقعیت تهیه نمایند.

(۱) به پزشک و سوپر وایزر اطلاع دهید.

(۲) فرم حوادث را تکمیل کرده و به سوپروایزر ارسال کنید.

(۳) تنها آسیب به بیمار و مداخلات انجام شده را در پرونده ثبت کنید.

هرگز در گزارش یک حادثه نباید پیش فرض ها، نتیجه گیری و پیشنهادات در مورد علل و راههای پیشگیری از حادثه را ثبت نمایید.

• گزارش فوتی

- وضعیت عمومی قبل از فوت (علایم حیاتی، علایم ذهنی) با قید ساعت و تاریخ
- -ثابت ساعت بد حال شدن (در موارد ناگهانی)
- اقدامات انجام شده به تفصیل (CPR)
- مرگ بیمار باید توسط پزشک تایید شود
- ثبت ساعت فوت، نحوه گواهی فوت
- در مورد مرگ نوزاد ثبت آپگار زمان تولد، یا مرده به دنیا آمده، سن جنینی (سن پایین تر از ۲۰ هفته نیاز به تاریخ و گواهی فوت دارد)، علت فوت
- در پرونده نوشته شود که جسد به چه کسی تحویل داده شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد
- نام، نام خانوادگی، سن، بخش بستری و تاریخ فوت روی چسب نوشته شود و روی ملافه جسد چسبانده شود

• گزارش تعویض شیفت

- یکی از مهمترین کاربردهای گزارش شفاهی گزارش تعویض شیفت است که ممکن است به صورت کنفرانس و یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود.
- راند بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بوده است.
- راند بالینی به پرستاران اجازه می دهد تا در مورد سوالات مطرح شده در ذهن خویش بازخوردی فوری دریافت نمایند.
- در طی مدت راند بالینی ممکن است نکات هشداردهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد.
- با توجه به این امر که پرستاران مسئولیتهای زیاد و متنوعی را دارند این مساله بسیار مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.
- در هنگام راند بالینی علاوه بر گرفتن اطلاعاتی که ما را در طراحی مراقبت پرستاری یاری می دهد فرصت مناسبی جهت ارزیابی مراقبت پرستاری دریافت شده را نیز به ما می دهد و همچنین به بیمار این امکان را می دهد که در ارتباط با مراقبتهای دریافت شده بحث نماید.

• گزارش ترخیص

- ۱- کنترل دستور ترخیص با مهر پزشک.
- ۲- وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علایم حیاتی.
- ۳- ساعت ترخیص و خروج از بخش با قید همراه.
- ۴- آموزش های داده شده (پمفلت، شفاهی، و... شامل رژیم غذایی، دارو، مراقبت از زخم، علایم هشدار دهنده، نحوه مراجعه بعدی)
- ۵- در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند حتما قید شود "علیرغم توصیه در مورد ادامه درمان، با رضایت و آگاهی از عوارض بیمارستان را ترک کرد." (گرفتن اثر انگشت الزامی است).
- ۶- در مورد کودکان و افرادی که دارای مشکلات فکری و یا شناختی هستند نام و وابستگی همراه را برای اطمینان از تحویل بیمار به بستگان نزدیک قید کنید.
- ۷- چنانچه نوزاد از نظر پزشکی مرخص است تا زمانی که مادر مرخص نشده است، گزارش نوزاد در پرونده مادر ادامه یابد.
- ۸- اگر بیماری به دلیل مشکلات مالی ترخیص نشده است، اقدامات دارویی و پرستاری طبق دستور پزشک باید ادامه یافته و ثبت شوند.

• منابع:

- - Chart smart
- -The A-to-z Guide to better nursing documentation.
- - A complete guide to better nursing documentation.
- - Tayloor ((تایلور section : Communication
- مدیریت مدارک پزشکی