

حداقل های ثبت گزارش پرستاری:

- ۱- شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه و دلیل بستری شدن وی
 - ۲ - نحوه ورود به بخش
 - ۳- تاریخ و ساعت پذیرش در بخش
 - ۴- نحوه انتقال بیمار و مشخص بودن مرکز و مبدا
 - ۵- نتایج اصل از ارزیابی شامل وضعیت جسمی-روحي و روانی بیمار، معاینه بالینی، حساسیت دارویی و سابقه مصرف دارو، روگام، سن، جنس و علائم حیاتی در هنگام پذیرش
 - ۶- برنامه درمانی و تمام بررسی ها و آزمایشات درخواست شده توسط پزشک معالج
 - ۷- توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نکات مهم در گزارش نویسی:

- ۱- جهت ثبت گزارش پرستاری از برگه های استاندارد استفاده نمایید
- 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 به طور کامل درج نمایید.
- ۵- جهت ثبت تاریخ و ساعت گزارش نویسی از اعداد ۱ الی ۲۴ استفاده نمایید
- ۶- وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را بر اساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت نمایید
- ۷- تعداد و آهنگ ضربان قلبی تنفسی بیمار و عملکرد سیستم های حیاتی بدن را ثبت نمایید
- ۸- در صورت استفاده از هر گونه وسایل مکانیکی (ونتیلاتور- مانیتورینگ- ضربان ساز) جهت مراقبت از بیمار توضیحات لازم را یادداشت نمایید. وضعیت خواب و استراحت و میزان فعالیت و وضعیت دفعی بیمار را حتماً ثبت نمایید.
- ۹- بیانات و نشانه هایی را که بیمار بیان کرده است با استفاده از کلمات خود بیمار، را یادداشت کنید.

۱۰- تمام اقدامات دارویی و درمانی را همراه با ساعت اجرای آن ها و ذکر واکنش های بیمار نسبت به اقدامات مربوطه را ثبت نمایید.

۱۱- از ثبت اقدامات پرستاری قبل از اجرای آن ها اجتناب نمایید.

۱۲- پس از مشاهده هرگونه وضعیت غیرعادی با ارائه مراقبت های خاص (ایزولاسیون) در اسرع وقت اقدام به گزارش نویسی نمایید.

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

۱۴- اقداماتی را که باید در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند را گزارش نمایید { آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی و تشخیصی، جواب مشاوره ها }

۱۵- در صورت بروز موارد غیرطبیعی 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.

۱۶- در صورتی که بیمار مایعات وریدی یا TPN دریافت می کند و یا نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات دارد علاوه بر چارت در برگه های گرافیکی استاندارد، میزان آن را در پایان هر شیفت محاسبه و در گزارش پرستاری قید نمایید.

۱۷- هرگونه علائم و نشانه ای را که در صورت بروز باید به پزشک اطلاع داده شود ثبت نمایید.

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

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

۲۰- کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی اجرا شده را ثبت نمایید (نام دارو- دوز دارو- تاریخ و ساعت شروع- زمان و راه تجویز).

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

الف: دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط دو پرستار امضا شود.

ب: دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضای 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 شود و اطلاعات گرفته شده ثبت شود.

۲۲- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش به وسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آن ها اجتناب کنید.

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

الف: بر روی مورد اشتباه خط بکشید به نحوی که قابل خواندن باشد.

ب : در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه (Error) یا (اشتباه) را نوشته و گزارش صحیح را بعد از آن ادامه دهید.

ج: تاریخ، ساعت و سمت خود را پس از ثبت موارد فوق در گزارش بنویسید و مهر و امضا شود و پایان گزارش را خط بکشید به گونه ای که امکان اضافه کردن مطلب یا دارویی به آن امکان پذیر نباشد.

کمیته آموزش

بهار ۱۴۰۴