

 

****

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

دانشکده پرستاری و مامایی

**اصول گزارش نویسی در پرستاری**

**واحد آموزش پرستاری**

سال 1394

**اصول گزارش نویسی در پرستاری**

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرایند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن، نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم یادآوری می گردد.

نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم یادآوری می گردد.

امید است همکاران محترم پرستار و بهیار بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند.

برقراری ارتباط حرفه ای موثر بین اعضاء گروه بهداشتی، درمانی به وسیله گزارش دهی به یکدیگر صورت می گیرد. از مهم ترین مسئولیت های پرستار نوشتن گزارش بیماران و دادن گزارش شفاهی به دیگر همکاران حرفه ای( پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه،..) می باشد که در افزایش کیفیت مراقبت از بیماران اهمیت بسزایی دارد.

**اهداف گزارش نویسی :**

**1. برقراری ارتباط**. اولین هدف ثبت گزارش بیماران، در جریان قرار دادن دیگر افراد گروه بهداشتی درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.

**2. برنامه ریزی مراقبتی** : براساس داده ای روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی می شود.

**3. برآورد کیفیت** : براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود.

**4. پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی** : در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار است.

**5. آموزش**: گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می گردد.

**6. تحقیق**: پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی، درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.

**7. تاریخی** : اطلاعات و یافته های بهداشتی، درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد.

**8. اعتباربخشی** : سازمان بهداشتی با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید.

**خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح**

رعایت 6 نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی، طراحی و اجرای مناسب مراقبت های پرستاری الزامی است :

1. حقیقت

2. دقت

3. کامل و مختصر

4. پویا

5. سازماندهی

6. محرمانه

**حقیقت در گزارش نویسی :**

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد.گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، می بوید و احساس می کند.

از کاربرد کلماتی که ایجا شک،تردید و یا ایهام در فرد خواننده گزارش می نماید جداً 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.

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

**دقت در گزارش نویسی :**

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

مثال : گزارش صحیح : بیمار 360cc مایعات ( آب) مصرف نموده است.

گزارش غلط : بیمار به میران کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح : زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم 5cm طول دارد.

گزارش غلط : زخم ناحیه شکم بزرگ و شکاف دار می باشد.

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. علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس درگزارش نویسی استفاده کنید. عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای این مشخصات باشد:

نام و نام خانوادگی ، سمت، رتبه ، تاریخ و ساعت.

**کامل بودن گزارش :**

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب شود.

**پویا بودن گزارش :**

گزارش نویسی باید به صورت 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.

**سازماندهی گزارش :**

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

**محرمانه بودن گزارش :**

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

**قوانین ثبت گزارش :**

1. پس از ثبت گزارش پرستاری، با نوشتن نام و نام خانوادگی و سمت خود، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید و حتماً دقت کنید مشخصات بیمار در بالای برگه گزارش پرستاری توسط منشی بخش کامل باشد.

2. به منظور عدم اتلاف وقت، انتقال مطالب و اطلاعات و سرعت بخشیدن به کارها، گزارش را خوانا و مرتب بنویسد و در صورت استفاده از اختصارات در گزارش پرستاری از اختصارات قابل قبول بین المللی استفاده کنید.

3. از خودکار آبی یا مشکی جهت ثبت گزارش پرستاری استفاده نمایید.

4. جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعات را بصورت کامل با استفاده از اعداد 1 تا 24 بنویسید. ساعت 1 بعد از ظهر را بصورت 00 :13 و ساعت نه و ربع را به صورت 15 :09 نشان دهید.

5. علائم حیاتی در فلوشیب خاص خود بر طبق سیاست بیمارستان ثبت گردیده و فقط در صورت غیرطبیعی بودن موارد، به عنوان مشکل بیمار در یادداشت های پرستاری منعکس شده و با رعایت بندی کامل مراقبتی ( عنوان مشکل، اقدامات و مراقبت های انجام یافته و نتیجه درمان) ثبت شده و به پزشک مربوطه اطلاع داده شود.

6. وضعیت عمومی و همودینامیک بیمار را براساس علائم بالینی و آزمایشگاهی ثبت کنید و در صورت استفاده از هرگونه وسایل مکانیکی ( ونتیلاتور، مانیتورینگ، ضربان ساز و...) جهت مراقبت از بیمار توضیحات را یادداشت کنید.

7. در گزارش باید کارکرد روده و دفع ادرار ثبت شود. ذکر موارد غیرطبیعی مانند عدم کارکرد شکم- تغییر در رنگ و حجم ادرار یا مدفوع، نبود صداهای روده و... ثبت شود.

8. **میزان درد بیمار**، محل و شدت درد، عوامل افزایش دهنده یا کاهنده درد، اقدامات پرستاری در راستای کاهش درد باید ثبت شده و به اطلاع پزشک مربوطه رسانده شود.

9. مسئولیت درج دستورات پزشک در کارت و یا کاردکس با پرستار مسئول شیف است.

10. در صورتی که یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علنی اجرا نشده ضروری است. پرستار دستورات اجرا نشده را با ذکر علت آن ثبت نماید.

11 . 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 و...)

12. چهار چوب گزارشات پروسیجرها باید شامل : چگونگی پروسیجر، زمان انجام، نام انجام دهنده پروسیجر و چگونگی انجام آن و واکنش و تحمل بیمار به پروسیجر باشد.

13. گزارش وقایع غیرمترقبه ( آلرژی،واکنش ناگهانی دارویی، سقوط از تخت، برق گرفتگی، ایست قلبی تنفسی، فرار از بخش، سقوط از طبقات ،کما، خودکشی ،...) بسیار مهم بوده و باید اهم فرایند حادثه بطور واقع بینانه در گزارش پرستاری و گزارش مسئول ثبت شده و گزارش مکتوب نیز طبق خط مشی بیمارستان به مسئولین ذیربط اطلاع داده شود.در ثبت باید ساعت ، تاریخ و توضیحات کامل اقدامات انجام شده ثبت شود.

14. NPO بودن بیمار، حساسیت دارویی، مشاوره ها، آزمایشات ویزیت مجدد و...) بسیار مهم و حیاتی بوده و علاوه بر اینکه باید در یادداشت های پرستاری ثبت شوند، مهمترین قسمت گزارشات مسئول بخش نیز محسوب می شوند.

15. گزارش پذیرش بیمار باید بسیار کامل نوشته شده باشد شامل ساعت ورود بیمار ، نحوه ورود، ( با پای خودش، برانکارد، اورژانس 115، همراهان و...) وضعیت هوشیاری ، علائم حیاتی و سایر موارد مهم مشاهده شده را ثبت نمایید.

16. **انواع آزمایشات پاراکلینیکی** بیمار را در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش نمایید. پاسخ آزمایشات را در صورت غیرطبیعی بودن، ساعت دقیق دریافت گزارش شود و در صورت ضرورت بلافاصله به پزشک معالج اطلاع دهید و این موضوع را در گزارش ثبت نمایید.

17. در صورتی که مددجو نیاز به کنترل میزان جذب و دفع مایعات 1&0 دارند ضروریست پس از محاسبه، میزان جذب و دفع را در پایان هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات و همچنین مقدار و نوع هر گونه مواد دفعی بطور دقیق در فرم کنترل جذب و دفع و گزارش پرستاری ثبت نمایید. ضمناً جمع 24 ساعته(1&0) نیز توسط شبکار در برگه کنترل جذب و دفع و در گزارش پرستاری نیز ثبت شود.

18. در صورت وجود زخم پانسمان باید به شرایط ظاهر زخم( اندازه – رنگ – شرایط لبه های زخم- بخیه- نوع و مقدار ترشحات) اشاره شود.

19. در صورت وجود چسب تیوب باید:زمان و تاریخ، مقدار ترشحات، فعال بودن چسب تیوب، وضعیت تنفسی و شرایط پانسمان ثبت شود.

20. برای بیمارانی که **تحت تهویه مکانیکی** هستند باید: تاریخ و زمان شروع تهویه مکانیکی، نوع ونتیلاتور و مختصات آن ثبت گردد.

21. هرگونه **آموزش به بیمار**( چه کتبی چه شفاهی) بر حسب روتین بیمارستان باید در برگه گزارش پرستاری ثبت گردد.

22.با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مدنظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمائید و برگه ADR نیز تکمیل گردد.

23. تعداد و ریتم ضربان قلبی- تنفسی بیمار و عملکرد و سیستم های حیاتی بدن را ثبت کنید.

24. اقداماتی را که باید **در شیفت های بعدی انجام و یا پیگیری شوند** گزارش نمایید.

( آمادگی جهت آزمایشات پاراکلینیکی ، تشخیصی، جواب مشاوره ها و...)

25. در صورتی که بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی را در گزارش قید نمایید.

26. از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک گرفتن یا سیاه کردن آن ها اجتناب کنید.

**27. 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.

- در قسمت بالا و یا جلوی مورد اشتباه کلمه « اشتباه» یا «Error » را نوشته و گزارش صحیحرا بعد از کلمه « اشتباه» یا «Error » ادامه دهید.

**28. از مواردی که منجر به تعریف گزارش می شود احتناب کنید از جمله :**

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

- ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

- دوباره نویسی و با تغییر گزارش

- اضافه نمودن مواردی به یادداشت های سایرین

- تخریب یا مخدودش نمودن گزارش های قبلی یا موجود

29. گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (C.R.R ) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیا باید در پروننده ثبت شود. زمان و نوع ایست( فقدان نبض یا تنفس) ، زمان شروع احیاء قلبی و ریوی، ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجراء دارو درمانی، ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون، لوله گذاری و اکسیژن درمانی و تجزیه گازهای خون شریانی / ABG ،میزان انرژی دفیبریلاسیون و تعداد آن و واکنش بیمار نسبت به دفیبریلاسیون، دارو درمانی ( نوع و دوز و زمان و اسم فردی که دارو را برای بیمار تجویز و تزریق می نماید)، واکنش مردمک ها، افراد عضو تیم احیاء، زمان خاتمه CPR به دقت ثبت شود.

30. در صورت تزریق خون یا فرآورده های خونی، زمان و تاریخ شروع ترانسفوزین ، کنترل علائم حیاتی قبل ، حین و پس از ترانسفوزیون ثبت شود.در صورتی که بیمار دچار واکنش ترانسفوزیون شد بلافاصله ترانسفوزیون قطع و پزشک را مطلع نمایید. تاریخ و ساعت واکنش،نوع و مقدار فراورده، زمان شروع و قطع، اقدامات انجام شده بعدی پس از قطع ترانسفوزیون را ثبت نمایید.

31. در ثبت داروها باید عنوان دارو، شکل دارو، دوز دارو، راه تجویز و ساعت و تاریخ ذکر گردد.

32. در صورتی که استفاده از دارو مقدور نباشد، باید دز مربوطه ،hold شده و جهت کسب تکلیف به اطلاع پزشک معالج برسد و در برگ یادداشت پرستاری ثبت گردد.

33. تغذیه کامل غیر از راه خوراکی (TPN )، کاتتر بکار رفته، حجم و میزان محلول تجویز شده و وضعیت ورود کاتتر ثبت شود.

34. درد مددجو با شرح کیفیت درد( تیز، مبهم و منتنشر و ارجاع نشده)، شدت درد( شدید- متوسط- خفیف) دوره درد( مداوم- متناوب- زودگذر) و عوامل تشدید کننده درد و عوامل تخفیف دهنده درد ثبت شود.

* در بین، ابتدا و انتهای گزارش خط خالی نگذارید.

35. چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود.

گزارش نویسی گام به گام :

**1. گزارش بدو ورود:**

- ذکر زمان در موقع گزارش نویسی ارزش فوق العاده ای دارد. پس قید ساعت و تاریخ بستری مهم است.

- شرح حال : شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، مشکلات بالقوه و موجو و این که مشکل فعلی از چه زمانی شروع شده، چه شدتی داشته و چه سیستم هایی از بدن را در بر دارد.

- سابقه بستری ، عمل جراحی ، سابقه خانوادگی

- نام پزشک، محل ارجاع، ثبت ساعت اطلاع به پزشک، ثبت ساعت ویزیت پزشک

- ثبت دقیق علائم حیاتی، علائم ذهنی و عینی و حسی بیمار باید بگونه ای مطلوب گزارش گردد.

- ثبت اقدامات انجام شده شامل آزمایشات، داروها ،گرافی ها، مشاوره ها و EKG ، ویزیت پزشک و در مجموع ثبت موارد قابل پیگیری لازم است.

**2. گزارش قبل از عمل :**

- ثبت ساعت تحویل بیمار به اطاق عمل و نحوه انتقال( برانکارد، صندلی چرخدار و....)

- ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اطاق عمل

- ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید GCS

- ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار( سوندها، لوله تراشه و...)

- ثبت دستورات دارویی قبل از عمل

- آمادگی انجام شده ( انما، شیوه،...)

- در مورد سزارین ذکر سن حاملگی و علت سزارین و وضعیت جنین ثبت می شود.

- ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات وفق با قید ساعت و تاریخ

**3. گزارش ریکاوری :**

- ثبت ساعت ورود به اطاق ریکاوری

- ثبت نوع عمل انجام شده

- ثبت نوع بیهوشی، سطح هوشیاری و تاریخ شروع و پایان عمل

- وضعیت عمومی بیمار( استفراغ و خونریزی و...) با قید ساعت،نام و امضای پرستار

- ثبت علائم حیاتی زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه، مثل : NGT (FC ، لوله تراشه، چست تیوب ، وزنه ،هموواک و...)

- ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار با درخواست

- ثبت هرگونه مشکلات نامطلوب و ناخواسته که در اطاق عمل اتفاق افتاده است و می تواند بر روی مراقبت بعد از عمل موثر باشد.

- ثبت هر مداخله یا ارزیابی که در زمان کوتاهی پس از انتقال باید توسط پرستار بعدی فوراً صورت گیرد.

- در سزارین ثبت جنس نوزاد و آپگارد، آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.

**4. گزارش بعد از عمل :**

- ساعت تحویل و یا ورود به بخش

- ثبت نوع عمل انجام شده

- ثبت وضعیت عمومی با قید VIS و سطح هوشیاری، درد و غیره

- ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح و ترشحات و پانسمان

- ثبت علائم حیاتی و برون ده اداری در ساعت اولیه

- ثبت اقدامات انجام شده مقابل پیگیری

- ثبت روزهای بعد از عمل بعد از تاریخ روز عمل در محل های مربوطه( مخصوص شیشه های ICU )

- در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد و ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دقت ادرار و مدفوع نوزاد و مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و غیره.

- در بخش زنان و زایمان گزارش نوزاد هم به دنبال گزارش مادر نوشته می شود حتی اگر نوزاد سالم باشد.

**5. گزارش ترخیص :**

- کنترل این که ترخیص بیمار توسط پزشک امضا شده باشد.

- وضعیت عمومی بیمار حین ترخیص با قید علائم حیاتی، ساعت ترخیص و خروج از بخش با ذکر همراه

- آموزش های مربوطه داده شده( شفاهی، یملفت و غیره)

- آموزش ضمن ترخیص شامل : رژیم غذایی، فعالیت ، دارو، مراقبت از زخم و علائم هشدار دهنده که باید به پزشک مراجعه کند.

- روشن نمودن هر گونه سوال بیمار در مورد مراجعات بعدی

- دادن برگه خلاصه پرونده

- در مورد بیمارانی که با رضایت شخصی مرخص می شوند تکمیل فرم مخصوص الزامی است.

در مورد کودکان و افراد دارای مشکلات فکری- شناختی مطمئن شوید که به بستگان نزدیک، بیمار را تحویل داده اید و در صورتی که تحویل گیرنده بستگان درجه یک نباشند ثبت آدرس تحویل گیرنده و مشخصات وی لازم است.

**6. گزارش فوتی :**

- وضعیت عمومی قبل از فوت( علائم حیاتی ، علائم ذهنی- عینی با قید ساعت و تاریخ)

- ثبت ساعت بدحال شدن ( در موارد ناگهانی)

- ثبت ساعت فوت،نحوه صدور گواهی فوت( گواهی فوت توسط پزشک مربوطه صادر گردیده و یا توسط پزشک قانونی صادر می گردد).

- در مورد فوت نوزاد جنس، آپگارد زمان تولد یا مرده به دنیا آمده، سن جنین

- راهنمایی مادر و خانواده جهت مشاوره ژنتیک وعلت های فوت

- ذکر این نکته در پروندنه که جسد به چه کسی تحویل شد یا در سردخانه بیمارستان گذاشته شد.

- باید نام و نام خانوادگی جسد، سن، بخشی که بستری بوده و تاریخ فوت نوشته شده و روی کاور در چندین قسمت با برچسب های مختلف چسبانیده شود.

**چهار نوع گزارش شفاهی توسط پرستاران استفاده می شود:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. گزارش تعویض شیفت** | **Change of shift reports** |
| **2. گزارش تلفنی** | **Telephone reports** |
| **3. گزارش انتقالی** | **Transfer reports** |
| **4. گزارش حوادث اتفاقی** | **Incident reports** |

**1. 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. در یک بررسی زمان راند بالینی در یک بخش از 30 دقیقه تا 45 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 هشدار دهنده ای از سوی بیماران یادآوری گردد. با توجه به این امر که پرستاران مسئولیت های زیاد و متنوعی دارند این مسئله مهم است که گزارش تعویض شیفت با سرعت و با کفایت انجام شود.

**2. گزارش تلفنی** **– دستورات تلفنی tell orders**

- به عنوان یک دستور کلی، کلیه دستورات تلفنی فقط در شرایط اورژانسی قابل قبول هستند.

- 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 پرستار دوم در دسترس باشد و تکرار دستور را بشنود.

- سپس پرستار دستورات پزشک را در برگه دستورات پزشک به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آن را امضاء کند و پرستار دوم نیز به عنوان شاهد آن را مهر و امضاء کند و ظرف 24 ساعت به مهر و امضای پزشک معالج برسد.

**3. گزارش انتقالی**

گزارشی است که هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش و یا مرکز درمانی دیگر لازم است پرستار خلاصه ای از وضعیت وی و مراقبت های انجام شده بدهد پرستار به ترتیب موارد زیر را هنگام ارائه گزارش انتقال باید مورد توجه قرار دهد:

- نام؛ سن، نام پزشک معالج و تشخیص های پزشکی بیمار، زمان و تاریخ انتقال

- وضعیت سلامتی فرد درحال حاضر( فیزیکی، روانی و اجتماعی)

- برنامه مراقبتی در حال حاضر و خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال

- هر نوع بررسی و مداخله ویژه مورد نیاز بیمار در کوتاه مدت تا استقرار کامل در بخش جدید

- وسایل خاص مورد نیاز بیمار( مثل لوله ها و وسایل طبی)

- توجهات خاص( مثلاً احیاء قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)

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

**4. گزارش حوادث اتفاقی در بیمارستان/ موسسه درمانی :**

هدف از گزارش حوادث، شناسایی خطرات و پیشگیری از آن در آینده می باشد و برای ارتقاء کیفی کار پرستاران استفاده می شود. پرستاران موظفند با سیاست ها و قوانین مرکز درمانی در رابطه با گزارش حوادث آشنا بوده و در مواقع لزوم از آن بهره گیرند.

در نوشتن گزارش حوادث موارد زیر باید رعایت شود:

نوشتن نام پرستاری که حادثه را دیده و با آن روبرو شده است.

به طور مختصر و دقیق و کاملاً عینی حادثه شرح داده شود.( توصیف دقیق واقعه)

هرگونه اقداماتی که توسط پرستار،پزشک و یا سایر همکاران برای حادثه دیده صورت گرفته گزارش داده شود.

برای حادثه تفسیر و تعبیر نوشته نشود.

حادثه باید هر چه سریعتر به مسئول مربوطه گزارش شود.

گزارش حادثه باید در فرم مخصوص نوشته شده به دفتر پرستاری یا دفتر بهبود کیفیت ارسال گردد.

زمان حادثه، زمان اطلاع به پزشک مسئول، زمان ویزیت بیمار توسط پزشک ثبت شود.

**فلوشیب و نوشتن گزارش در بخش ویژه :**

1. ثبت در سیستم CNS ( مغز و اعصاب)

- سطح هوشیاری براساس مقیاس گلاسکوGCS

- اندازه مردمک ها و واکنش به نور

- آگاهی به مکان، زمان و اشخاص

- صحبت کردن ، درک، فهم

- بررسی حافظه

- بررسی حس و حرکت اعضای بدن

- داشتن پاسخ کلامی مناسب

**2. ثبت در سیستم resp ( تنفسی) :**

- تعداد تنفس

- نوع الگوی تنفس

Ritraction-

- داشتن یا نداشتن سرفه

- داشتن یا نداشتن چست تیوب

- داشتن بوی خاص ترشحات

- وابستگی به دستگاه تنفسی مصنوعی (mode,tv,rate,peep,fio2)

- میزان دریافت اکسیژن بوسیله EII و تراکیاستومی و ماسک و cpap و –

- جواب گازهای خونی و اقدامات انجام شده و نتایج

- انجام ساکشن، دفعات ، ترشحات و بوی آن در صورت امکان

- صدهای تنفسی، انجام یا عدم انجام فیزیوتراپی،نوع آن، میزان عمل یا پیشرفت بیمار

**3- ثبت در سیستم c.v ( قلبی عروقی) :**

- تعداد ضربان قلب در دقیقه، ریتم و فشار خون( درحالت نشسته، خوابیده) محل گرفتن BP نوار قلب/ مشخصات EKG

- مانیتورینگ بیمار، زمان شروع مانیتورینگ، لید مانیتور شده

- تغییر در وضعیت بیمار ، ایست قلبی

- عروقی و ثبت اقدامات انجام شده و نتایج

- داشتن یا نداشتن chest pain

- کاربرد دستگاه فیبریلاتور، ژول مصرفی، دفعات مصرف

- نبض های محیطی و کیفیت آن( قوی، ضعیف، عدم وجود نبض)

**4. ثبت در سیستم پوستی :**

- رنگ کلی پوست و مخاط، قرمزی، التهاب، سیانوزه بودن یا نبودن، وجود خون مردگی،ورم ، خراش

- وضع کلی پوست خشک، مرطوب، زخمی ، ترشحات ،نوع آن( پوسته پوسته بودن، گرمی ، سردی و...)

- ورم پوست( ورم کل بدن، دور چشم، اندام های محیطی)

- قوام پوست( خوب، بد) داشتن زخم بسته( رنگ ،محل ، درجه ، ظاهر) اندازه( طول ، عرض، عمق) زمان تعویض پانسمان، بو، رنگ نوع داروی شستشو

- ترشحات و التهاب

- داشتن بخیه ، کشیدن آن

- تغییر وضعیت بیمار، کاربرد وسایل جلوگیری کننده از زخم بسته، کاربرد بالش زیر اعضاء ،انجام ماساژ ، توجه به تغذیه ، حمام و شستشوی پوست

**5. ثبت در سیستم G.U ( ادراری،تناسلی)**

- رنگ، میزان،دفعات،مقدار، بوی ادرار دفعی + علائم و نشانه ها،( مانند تکرار ادرار، هماچوری ، قطره قطره آمدن ادرار، دردناک، کف چرک در ادرار، استاع مثانه و...)

- 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 کانترهای ( فولی، سوپراپوبیک،...)

**6. ثبت در سیستم GI ( سیستم گوارشی)**

- اشتها، NPO بودن یا نبودن، مقدار و نوع غذای مصرفی علایم و نشانه( مثل بلع دردناک، تهوع، استفراغ، اسهال ،وجود خون در مدفوع ، نفخ، آسیت) نوع رژیم غذایی،

- داشتن یا نداشتن NGTube و ژژنوستومی، کلستومی تیوب و – زمان و تاریخ گذاشتن، تعویض یا قطع TPNLNGTube

- داشتن یا نداشتن مدفوع / کیفیت/ رنگ / بو/ شکل مدفوع/ نوع اسهال

- داشتن خونریزی از معده و اقدامات انجام شده

- توجه مخاط دهان، مراقبت های انجام شده، ثبت موارد غیرطبیعی و گزارش به پزشک و اقدامات

- داشتن یا نداشتن دندان، توانایی خوردن غذا، داشتن رفلکس gag و...

- مراقبت از استوما، تعویض کیسه های آن، پانسمان و کیفیت پوست اطراف استوما و اندازه آن و...

**7. ثبت در سیستم MUSCULESKESKELETAL/ACTIVITY ( عضلاتی- اسکلتی)**

- رنگ اندام های محیطی، گرمی و سردی، دامنه حرکتی، مفاصل، تعادل در راه رفتن، برداشتن نبض های محیطی، پر شدگی مویرگی ، حرکات غیرطبیعی اندام ها

- داشتن حس و حرکت اندام های محیطی، فلج و سستی اندام ها، محدودیت حرکتی اندام ها

- تحرک فعال یا غیرفعال یا عدم تحرک و عوارض ناشی از آن

- توانایی انجام کار یا فعالیت های روزانه مانند( راه رفتن، غذا خوردن، توالت رفتن، خوابیدن، لباس پوشیدن)

- داشتن یا نداشتن کشش، گچ

- داشتن درد و بی قراری

- کاربرد وسایل کمکی( عصاو...) پروتز و غیره، عوارض و...

**8. ثبت در سیستم psychosocial ( روانی- اجتماعی)**

- داشتن یا نداشتن فرایند فکری نرمال، رفتار بیمار، گفته های بیمار، توهمات( شنیداری ، دیداری، بویایی)

- دلیریوم

- ثبت رفتار نامناسب بیمار

- اضطراب، وسواس، ترس مرضی، بدبینی، اعتماد به نفس

- افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، مداخلات انجام شده، پاسخ بیمار

- داشتن نقش های اجتماعی، برقراری ارتباط موثر با دیگران

- اعتیاد، ترک اعتیاد، علایم بازگیری، عصبانیت و خشم، صدمه زدن به دیگران و خود

- داشتن پاسخ کلامی مناسب

**9. 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)

**10. خواب و استراحت**

بی خوابی ناشی از اضطراب، یا هر گونه اختلال در خواب، اختلال خواب و استراحت باید گزارش گردد.

**مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از:**

A .اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعداً اضافه گردیده است.

B .ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری

C. حذف نکات مهم گزارش

D .ثبت تاریخ گزارش بنحوی که موید این مسئله باشد گزارش در زمان قبلی ثبت شده است.

E. دوباره نویسی و تغییر گزارش

F.تخریب یا مخدوش نمودن گزارش های قبلی یا موجود

G .اضافه نمودن مواردی به گزارش های سایرین

**مشکلات قانونی در ثبت گزارشات:**

1. گزارش ناقص

2. گزارشات مبهم( بطور مثال ثبت حال عمومی با کلمات خوب و بد بدون ثبت علائم حیاتی یا علائم عینی و ذهنی)

3. ناخوانا بودن جملات

4. ثبت در زمان نامناسب

5. تصحیح نامناسب

6. ثبت موارد نامربوط به خود

7. استفاده از کلمات مخفف، مبهم یا اشتباه

8. اعمال عقاید شخصی در گزارشات

**دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده(13)**

 **عملکرد پزشکان آنکال :**

ریاست محترم دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

استحضار دارید آنکالی پزشکان، یکی از موضوعاتی است که همواره معضلات درمانی ویژه ای بدنبال داشته است. این موضوع با بررسی مستندات علمی، اخذ دیدگاه های انجمن های تخصصی و کار کارشناسی مورد بررسی قرار گرفته و در قالب دستورالعمل حاضر تهیه شده است. قطعاً پیگیری حضرتعالی در راستای اجرایاین دستورالعمل در واحدهای تابعه ، در به نتیجه رسیدن آن و کاهش معضلات درمانی مرتبط بسیار ثمربخش خواهد بود.

**تعریف پزشک آنکال :**

پزشکی است که در ساعات کشیک( در خارج از ساعت اداری و ایام تعطیل) طبق آنچه در لیست کشیک آنکالی آمده است قابل دسترسی و احضار به آن مرکز درمانی باشد. بدیهی است باید حدود زمانی دسترسی به پزشک آنکال طبق برنامه به اطلاع پزشک آنکال رسیده باشد و موافقت ایشان کسب شده باشد.

**شرح وظایف پزشک آنکال :**

- در بیمارستان های آموزشی پس از ویزیت بیمار توسط رزیدنت های مقیم شرایط بیماران اورژانسی باید به اطلاع آنکال برسد و از این زمان به بعد مسئولیت بیمار به عهده پزشک آنکال خواهد بود و پزشک آنکال می تواند با دستورات شفاهی پزشک مقیم بیمارستان را راهنمایی نماید و در صورت لزوم بلافاصله و بدون اتلاف وقت در محل بیمارستان حضور یابد.

- پزشک آنکال باید در جریان تمامی بیماران اورژانس که در ساعات کشیک به مرکز درمانی مراجعه کردند و یا بیمارانی که بدحال می شوند قرار گیرند.

- مسئول گزارش صبحگاهی صبح روز بعد پزشک آنکال خواهد بود.

**تبصره** : در صورت عدم موفقیت در تماس با پزشک آنکال و یا عدم دسترسی به ایشان با مسئولیت متوجه پزشک آنکال خواهد بود.

- در بیمارستان های خصوصی پزشک مقیم بیمارستان مسئول ویزیت بیماران اورژانسی می باشد و در صورت لزوم باید با پزشک آنکال تماس بگیرد.

- در مراکز آموزشی که فاقد دستیار در برخی از رشته ها می باشد لازم است پزشک مقیم توسط ریاست بیمارستان یا ریاست گروه مربوطه مشخص گردد. پزشک آنکال بنا بر نیاز رئیس بیمارستان موظف است خود در مرکز درمانی مربوطه حضور مستمر داشته باشد.

- در مراکز آموزشی که دارای دستیار فوق تخصصی می باشد دستیار فوق تخصصی می تواند به عنوان first call و عضو هیات علمی مربوطه به عنوان second call معرفی گردد و در این شرایط مسئولیت معرفی بیمار با عضو هیات علمی بخش یا دستیار فوق تخصصی خواهد بود.

- چنانچه مشاوره با سایر گروه های تخصصی یا فوق تخصصی لازم باشد که نیازمند حضور هیات علمی آنکال گروه تخصصی دیگر باشد، لازم است عضو هیات علمی آنکال گروهی که بیمار در آن بخش بستری است حضور فیزیکی داشته باشد و تماس رزیدنت گروه جهت این امر اکتفا نخواهد کرد.

- مگر مواردی که بنا به تشخیص دستیار ارشد تخصصی یا فوق تخصصی مربوطه،تاخیر در حضور بلافصل هیات علمی، به دلیل مشکلات همراه، منجر به ایجاد ضایعات جبران نشدنی، برای بیمار می گردد.

- چنانچه بیمار نیازمند ارائه خدماتی باشد که در آن بیمارستان تجهیزات آن وجود نداشته باشد پزشک عضو هیات علمی یا غیرهیات علمی آنکال صرفاً در مورد ارائه خدمات اورژانس و پایدار نمودن شرایط عمومی بیمار مسئول خواهد بود.

**زمان حضور پزشک آنکال :**

پزشکان آنکال در صورت لزوم بنا به نوع تخصص باید در زمان مقرر در مرکز درمانی حضور پیدا کنند. بدیهی است که موقعیت جغرافیایی و یا زمانی نمی تواند توجیه کننده تاخیر پزشک آنکال مربوطه باشد. لازم است زمان تماس با پزشک آنکال توسط سوپروایزر وقت بیمارستان ثبت گردد. در این زمینه رعایت دسته بندی سه گانه زیر در زمینه بیماران اورژانسی الزامی است:

1. تخصص هایی که حضور بلادرنگ و فوری پزشک آنکال الزامی است: همانند تخصص های بیهوشی، کاردیولوژی( واضح است که این نوع آنکال معادل کشیک موظف محسوب می گردد).

2. تخصص هایی که حضور سریع( کمتر از 30 دقیقه) پزشک آنکال الزامی است: همانند جراحی اعصاب، زنان زایمان، داخلی، کودکان، جراحی عمومی، گوش و حلق و بینی، نورولوژی، ارتوپدی، ارولوژی ، رادیولوژی، چشم

3. تخصص هایی که حضور در اولین فرصت پزشک آنکال الزامی است: هماننن پوست، پرتو درمانی

**تبصره** : بدیهی است که در مورد هر رشته، اورژانس های حیاتی که نیاز به حضور بلادرنگ متخصص آنکال مربوطه دارد در صورت درخواست حضور، باید پزشک آنکال هر چه سریع تر و بلادرنگ در مرکز درمانی حضور یابد.

**تبصره** : در بیمارستان های آموزشی که رزیدنت حضور ندارد پزشک آنکال موظف است براساس تقسیم بندی فوق اقدام نماید.