



گزارش نویسی پرستاری

تهیه و تنظیم :

حسین داوری : رئیس اداره پرستاری دانشگاه

زهرا قاسمی : کارشناس اداره پرستاری

زمستان 1402

فهرست مطالب

3.....	مقدمه.....
7.....	الزامات عمومی در ثبت گزارش پرستاری.....
13.....	گزارش پرستاری سیستم به سیستم.....
35.....	نحوه گزارش نویسی در هر یک از مراحل مراقبتی بیماران.....
80.....	مشکلات قانونی در ثبت گزارش پرستاری.....
86.....	دستورالعمل مربوط به ثبت در کاردکس بیمار.....

مقدمه

مستندات پرستاری یک جز مهم از عملکرد پرستاری ایمن و اخلاقی می باشد. مستند سازی سبب مسئولیت پذیری پرستاران در قبال تصمیمات و اقدامات ارائه شده به بیماران می شود.

گزارش پرستاری ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامت بیمار به شکل مستند به ما ارائه می کند. ثبت گزارش بیمار علاوه بر اینکه جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس می کند، بهترین مدافع پرستار در موارد قانونی می باشد.

اهداف گزارش نویسی

- ✓ برقراری ارتباط بین ارائه دهندگان مراقبت های درمانی
- ✓ ارائه تاریخچه دقیق و واقعی از دوره مراقبت بیمار
- ✓ ارائه مراقبت ها در چارچوب قوانین، استانداردها، سیاست ها و دستورالعمل ها
- ✓ ارائه یک سابقه دقیق زمانی از مراقبت ها و رویدادها و تصمیمات اتخاذ شده در زمان وقوع
- ✓ برنامه ریزی، هماهنگی و ارزیابی مراقبت ها
- ✓ مدرک قانونی ارائه خدمات درمانی
- ✓ پژوهش و کمک در دستیابی به یافته های جدید

موارد استفاده از گزارش پرستاری

- ✓ ارائه شواهد در صورت شکایت بیمار
- ✓ ارزیابی عملکرد پرستاری
- ✓ حمایت از تصمیم گیری پرستاری
- ✓ آموزش به دانشجویان گروه پرستاری
- ✓ پاسخگویی به مسائل قانونی

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.
- ✓ گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی، منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی شوند.
- ✓ موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
- ✓ اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد، بایستی کامل و در عین حال مختصر باشد.
- ✓ گزارش نویسی باید به صورت پویا و بدون تاخیر انجام شود.
- ✓ اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است برای ثبت از فرم های مخصوص استفاده گردد.
- ✓ کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده را بدون اجازه بیمار ندارد.

1. حقیقت در گزارش نویسی

- گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی شوند.
- گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود، می بوید و احساس میکند.
- در گزارش نویسی باید از به کار بردن کلماتی که ایجاد شک، تردید یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید، جدا خودداری شود.
- از کلماتی چون **به نظر میرسد، ظاهراً و ممکن است** نباید در متن گزارش استفاده کرد.

• مثال:

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

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.

2. دقت در گزارش نویسی

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

• مثال:

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم به اندازه 5 سانتی متر می باشد که ترشحات زرد رنگ بر روی زخم وجود دارد به طوری که گاز روی زخم کاملاً خیس شده است.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار است.

3. کامل و مختصر بودن گزارش

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

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

• مثال:

گزارش مختص: انگشتان پای چپ گرم و صورتی بوده، زمان پرشدگی مویرگی انگشت پا 2 ثانیه است، نبض روی پای 4+ و دو طرفه و بدون التهاب است.

گزارش طولانی: انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است، نبض روی پای چپ قوی است، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.

4. پویا بودن گزارش

گزارش نویسی باید به صورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهات جدی گردد و در نتیجه تامین نیازهای مراقبتی بیمار با اختلال مواجه شود.

به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشارخون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.

تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید بر اساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

➤ فعالیت ها و وقایعی که بایستی به طور جاری و بدون وقفه ثبت گردند شامل:

1. علائم حیاتی
2. تجویز دارو و اقدامات درمانی
3. آماده کردن بیمار برای تست های تشخیصی
4. تغییر در وضعیت سلامت
5. پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
6. تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

5. سازماندهی گزارش

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

6. محرمانه بودن گزارش

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

الزامات عمومی در ثبت
گزارش پرستاری

*If You Didn't **DOCUMENT**
You Didn't Do It*



۱. شناسایی صحیح بیماران

- ✓ شناسایی بیمار و تطبیق بیمار صحیح با اسناد صحیح به عنوان مسئولیت اولیه پرستاران می باشد. اطلاعات هویتی بیمار (نام و نام خانوادگی بیمار و...) را با دستبند شناسایی مطابقت دهید. (مشخص گردد اسناد متعلق به بیمار صحیح است).
- ✓ اطلاعات هویتی بیمار (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) باید در سربرگ فرم گزارش پرستاری به درستی و به طور کامل ثبت گردد. ثبت حداقل اطلاعات هویتی بیمار سربرگ ها به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید.
- تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد.

۲. نوشتاری و زبان

- ✓ از خودکار آبی/ مشکی جهت ثبت گزارش استفاده نمایید.
- ✓ گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
- ✓ ترتیب سیستم ها رعایت شود.
- ✓ هر مراقبت بطور کامل و بر اساس فرایند پرستاری ثبت شود که شامل بررسی مشکلات بیمار، انجام مداخلات و نتیجه مداخلات می باشد.
- ✓ گزارش هر شیفت استمرار گزارش شیفت بعدی باشد به ویژه در مورد تغییرات علائم حیاتی، انجام پروسیجرها و ...
- ✓ در ابتدا، بین و انتهای گزارش فضای خالی باقی نگذارید.
- ✓ در صورت طولانی بودن گزارش در انتهای صفحه به سمت پایین فلش کشیده و مجدد این فلش در بالای صفحه بعد تکرار شود و تاریخ شامل: روز/ ماه/ سال نوشته شود.
- ✓ از ثبت مراقبتی که خود فرد ارائه نداده است، اجتناب شود. در صورتی که پرستار جانشین اقداماتی را جهت بیمار انجام داده است، شخصا در گزارش ثبت نماید.
- ✓ گزارش پرستاری به زبان تخصصی و فارسی ثبت شود و از به کار گیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شود.
- ✓ ویزیت پزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس فیزیوتراپ و سایر گروه های درمانی با ذکر ساعت در هر شیفت ثبت شود.

- ✓ آموزش های خاص ارائه شده به بیمار در برگه گزارش پرستاری ثبت شود. (آموزش های خود مراقبتی، آموزش های مرتبط با پروسیجرها و ...)
- ✓ پس از ثبت هر گونه اطلاعات در گزارش پرستاری با نوشتن نام و نام خانوادگی و سمت خود و زدن مهر، امضاء نموده و سپس در پایین گزارش خط بکشید.

3. ثبت تاریخ و زمان

- ✓ هر گزارش باید حاوی تاریخ کامل (روز/ ماه/ سال) و ساعت ثبت باشد.
- ✓ جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش، ساعت را بطور کامل با استفاده از اعداد 1 تا 24 بنویسید. بعنوان مثال ساعت 2 بعد ظهر را بصورت 14:00 و ساعت یازده و ربع صبح را 11:15 ثبت نمایید.
- ✓ هر اقدام و یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت شود. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول شود.
- ✓ از ثبت مراقبت های پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.
- ✓ ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر اخلاقی و غیر قانونی است.
- ✓ تمامی رویدادها به ترتیب زمانی ثبت شوند. (مستند سازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد).
- ✓ ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
- ✓ اقدامات اورژانسی از قبیل CPR، مشاوره های اورژانسی و... در گزارش پرستاری با ذکر دقیق ساعت درخواست ثبت شود.

4. اختصارات

- ✓ اصطلاحات و اختصارات استاندارد استفاده شود. (از به کار بردن اختصارات غیر استاندارد خودداری کنید زیرا ممکن است اشتباه تفسیر شود).
- ✓ اختصارات با حروف بزرگ نوشته شود.

اختصارات در موارد زیر مجاز نمی باشد :

- ✓ نام دارو (برای نام دارو هیچگاه از مخفف استفاده نکنید). از نام ژنریک مورد تایید استفاده کنید.
- ✓ در خصوص اسناد بیماران بین الملل، بیماران منتقل شده به سایر مراکز درمانی و بیماران ترخیص شده.

5. ثبت دستورات تلفنی

- ✓ این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود.
- ✓ دستورات تلفنی باید توسط پرستار مراقبت دهنده به بیمار در حضور پرستار دیگر به صورت واضح تکرار گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم دستورات پزشک به عنوان سند دائمی ثبت نماید و آن را امضا کند. پرستار شاهد نیز باید پس از تایید مهر و امضا نماید.
- ✓ باید این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.
- ✓ وضوح پیام در این امر بسیار مهم و ضروری است.
- ✓ چنانچه پزشک در دادن دستورات تلفنی عجله داشت؛ حتماً سوالاتی را دسته بندی و در زمان گرفتن دستورات از پزشک مطرح نمایید، تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.
- ✓ به طور واضح نام بیمار و تشخیص پزشکی بیمار را مشخص نمایید.
- ✓ هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است؛ مجدداً تکرار نمایید.
- ✓ تاریخ و زمان دستورات تلفنی را دقیق ثبت نمایید. نام بیمار، پرستار و پزشک را در دستور کامل نمایید.
- ✓ لازم است دستورات تلفنی و دستورات شفاهی توسط دو نفر پرستار تایید و به وسیله هر دو نفر امضا گردد.
- ✓ بر اساس مقررات بیمارستان پزشک مسئول دستور تلفنی نوشته شده را باید امضا کند. (حداکثر تا 24 ساعت بعد از دستورات تلفنی)

6. تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری

- هرگاه در ثبت پرونده های پزشکی خطایی رخ دهد لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:
- ✓ روی موردی که اشتباه ثبت شده خط با خودکار قرمز کشیده شود (به نحوی که قابل خواندن باشد) و در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسد: اشتباه در ثبت
 - ✓ گزارش صحیح در ادامه همان گزارش و یا در پایان گزارش همان شیفت نوشته شود.

✓ علت خطا در گزارش ثبت شده حتما توضیح داده شود (در پایان گزارش شیفت) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.

✓ هرگز نباید موردی که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و یا نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد.

✓ لازم است پس از اصلاح خطا مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.

7. ثبت گزارش تاخیری:

لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تا زمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

- ✓ ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تاخیری" مشخص گردد.
- ✓ تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- ✓ رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.

8. روش اضافه کردن ضمیمه به گزارش:

"ضمایم و ملحقات" نوع دیگری از ثبت های تاخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضامم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

- ✓ تاریخ و زمان جاری مستند گردد.
- ✓ واژه "ضمیمه / اضافه شده" ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردیکه این اطلاعات به آن اضافه می شود بیان گردد.

✓ در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود. ثبت گردد.

9. ثبت گزارش توضیحی :

نوع دیگر ثبت تاخیری یادداشت توصیفی می باشد. این گونه یادداشت ها برای جلوگیری از هر گونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلا مستند شده اند نوشته می شود.

✓ تاریخ و زمان جاری مستند شود.

✓ واژه "یادداشت توضیحی" ثبت، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.

✓ تا جای ممکن، یادداشت های توضیحی در حداقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

گزارش پرستاری سیستم به سیستم

Not Documented

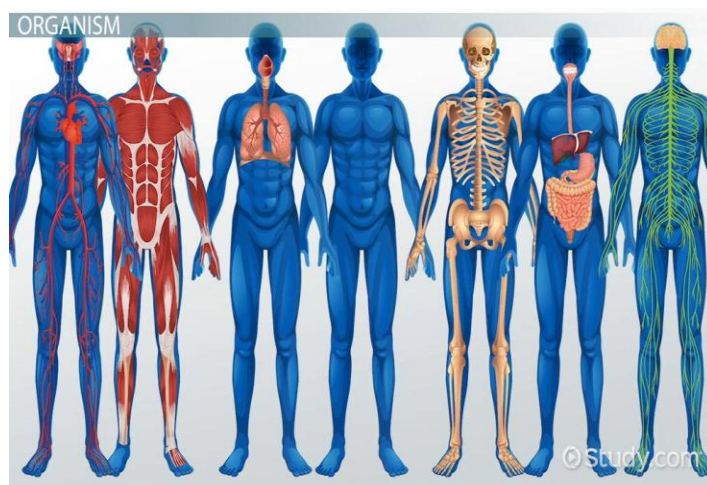
Not Done



ترتیب سیستم ها در گزارش نویسی

ارزیابی بایستی بصورت سیستم به سیستم (سیستم عصبی، سیستم تنفسی، سیستم قلبی عروقی، سیستم پوستی، سیستم ادراری، سیستم گوارشی، سیستم عضلانی- اسکلتی و سیستم روانی - رفتاری) انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد.

1. سیستم مغز و اعصاب (Central Nervous System)
2. سیستم تنفسی (Respiratory)
3. سیستم قلبی و عروقی (Cardiovascular)
4. سیستم پوستی (skin)
5. سیستم ادراری (GenitoUrinary)
6. سیستم گوارشی (GastroIntestinal)
7. سیستم عضلانی-اسکلتی (musculoskeletal/ movement)
8. سیستم رفتاری - روانی - اجتماعی (Psychology)



سیستم مغز و اعصاب

مثال	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده از ارزیابی بیمار	ارزیابی
بیمار Alert است یا بیمار لتارژ است در صورتی که نتوانستید بیمار را در یک دسته بندی قرار دهید مشاهدات خود را بنویسید : بیمار به زمان آگاه است و اما نسبت به مکان و شخص آگاهی ندارد.	سطح هوشیاری در بزرگسالان: Alert : آگاهی به زمان، مکان و شخص Lethargic: تحریک پذیر، کاملاً بیدار می شود، عدم توجه و خواب آلود Confusion: اغتشاش شعور، آگاهی ضعیف به مکان و زمان Obtundation: هوشیاری کند، تنها در برابر محرکهای شدید بیدار می شود. Stupors: خواب آلود، با تحریک بیدار نمی شود، محل درد را نشان می دهد. Coma: با تحریک بیدار نمی شود، محل درد را نشان نمی دهد. سطح هوشیاری در کودکان: ALERT: بیمار به زمان مکان و شخص آگاه است پرستار می تواند اطلاعات ذهنی را به دست بیاورد. VERBAL: بیمار به محرک های کلامی پاسخ میدهد. به وسیله باز کردن چشمانش وقتی کسی با او صحبت می کند. بیمار کاملاً به شخص و زمان و مکان آگاه نیست. PAINFUL: بیمار به پاسخ صدا نمی دهد ولی در مقابل تحریکات دردناک پاسخ می دهد. UNRESPONSIVE: بیمار قادر به صحبت کردن نیست و پاسخی هم به تحریکات دردناک نمی دهد. سطح هوشیاری در نوزادان: سطح اول: (خواب آرام یا عمیق) چشمان بسته -تنفس منظم-بدون حرکت	بررسی سطح هوشیاری

	سطح دوم : (حرکت آهسته یا سریع چشم در هنگام خواب) چشمان بسته-تنفس نامنظم-بدون حرکت سطح سوم: (بیدار/خواب آلود) چشمان باز-بدون واکنش سطح چهار: (بیدار) چشمان باز- با حرکت متقابل سطح پنج: (گریه کردن) چشمان باز یا بسته – گریه کردن	
بیمار GCS:14 یا بیمار GCS: 8T دارد.	هرگونه تغییر در معیار گلاسکو و 4Score و اقدامات انجام شده و نتایج آن ثبت شود.	بررسی GCS و 4Score
مردمک سمت راست 2 میلی متر و مردمک سمت چپ 3 میلی متر بود که به نور واکنش می داد. در ساعت 13:00 مردمک سمت راست 4 میلی متر و مردمک سمت چپ نیز 4 میلی متر بدون واکنش به نور گشت. بلافاصله به دکتر..... اطلاع داده شد و به گفته ایشان Brain CT در ساعت 14:00 انجام شد که دال بر افزایش خونریزی مغزی بوده و بیمار در ساعت 14:30 به همراه اینترنبه صورت اورژانس به اتاق عمل فرستاده شد.	هر گونه تغییر در سائز، واکنش و شکل مردمک و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شود.	بررسی سائز مردمک و واکنش به نور
در ساعت 9:00AM نوزاد رفلکس بابینسکی نداشت که به دکتر..... اطلاع داده شد. در ساعت 12:00 MRI انجام شد که مشکل خاصی مشاهده نشد.	بررسی رفلکس بررسی فونتال بررسی APGAR	بررسی نوزاد
بیمار در ساعت 19:00 اظهار درد با معیار 5/10 در ناحیه شقیقه سمت راست داشت که به صورت ضربان دار است که در زمان تکان دادن سر بیشتر می شود. به دکتر اطلاع داده شد. نور محیط کم شد و توصیه به برقراری محیطی آرام گردید. ماساژ سر و گردن بیمار انجام شد. با توجه به تداوم سر درد طبق دستور پزشک 325 mg Tab Acetaminophen داده شد و در ساعت 21:10 بیمار اعلام نمود سردرد ندارد.	درد مرتبط با سیستم با قید محل (در صورتی که درد در ناحیه سر و گردن)، اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شود.	ارزیابی درد با اندازه گیری مقیاس آن و بررسی نیاز بیمار به تزریق داروهای مخدر و آرامبخش

بررسی نیاز بیمار به تزریق داروهای فلج کننده عصبی - عضلانی	داروی مورد نیاز جهت برطرف شدن مشکل عضلات اسپاستیک ثبت شود.	بیمار ساعت 19:00 به دلیل سفتی عضلات گردن به دستور دکتر..... Amp Diazpzm 5m IV دریافت کرد که پس از آن مشکل برطرف شد.
بررسی نیاز به اندازه گیری ICP با توجه به علایم بالینی	میزان ICP و اقدامات و نتیجه آن ثبت شود.	بیمار در ساعت 12:00 کاهش سطح هوشیاری پیدا نمود و 4Score بیمار 9 شد. BP:163/74 HR:57 RR=9 Spo2:98% دارد. ICP بیمار کنترل شد که 26 cmH2o بود. مردمک ها بررسی شد که مردمک چشم راست 5 میلی متر و بدن پاسخ به نور بود اما مردمک سمت چپ 3 میلی متر و به نور پاسخ می دهد. با توجه به کاهش سطح هوشیاری در رابطه با افزایش فشار مغزی، پوزیشن بیمار در حالت سوپاین و با زاویه 30 درجه قرار داده شد. سر در حالت خنثی قرار داده شد. به اطلاع دکتر.... رسید و به دستور دکتر ایشان جهت درناژ مایع از طریق و نتریکولوستومی سطح ان 5 سانتی متر پایین تر قرار داده شد. درناژ مایع CSF به میزان 20 سی سی انجام شد و ICP به 20Cm H2O رسید.
بررسی کلیه اتصالات	هر گونه تغییر در اتصالات بیمار و اقدامات و نتیجه آنها ثبت شود.	و نتریکولوستومی در 15CM H2O فیکس بود که به دلیل 10CC درناژ تا ساعت 22:00 به دستور دکتر..... به 14cm H2O تغییر موقعیت یافت. درناژ در طول این شیفت 30CC به رنگ سفید می باشد.
بررسی تستهای تشخیصی	اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ثبت شود. پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج آنها ثبت شود.	بیمار از ساعت 22:00 جهت کار گزاری شانت NPO می باشد. در ساعت 18 از ترشحات و نتریکولوستومی کشت فرستاده شد. جواب ان پس فردا صبح پیگیری شود.

ارزیابی	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده از ارزیابی بیمار	مثال
بررسی نوع راه هوایی	نوع راه هوایی (تنفس خود به خودی، لوله تراشه، تراکئوستومی و...) ثبت شود.	بیمار اینتوبه است با مد TV:600, SIMV, PEEP:5mmhg, RR:10, FIO2:55% ونتیله می شود.
وضعیت قرارگیری راه هوایی	لوله تراشه یا تراکئوستومی از نظر محل قرار گیری، سایز راه هوایی و عددی که لوله تراشه روی آن فیکس شده است ثبت گردد.	لوله تراشه شماره 7.5 در گوشه چپ دهان فیکس است.
بررسی و اندازه گیری فشار کاف لوله تراشه	اندازه فشار کاف لوله تراشه به میزان 18_30 سانتی متر اب پس از اندازه گیری ثبت شود.	فشار کاف لوله تراشه با مانومتر اندازه گیری شد که 24mmhg می باشد.
بررسی الگوی تنفس، تعداد، عمق، قرینه بودن حرکات قفسه سینه، استفاده از عضلات فرعی تنفس، پرش پره های بینی و بررسی از نظرسرفه های غیر طبیعی	الگو و عمق تنفس (منظم، نامنظم، سطحی، عمقی و ارتوپنه)، تعداد، قرینه بودن قفسه سینه، استفاده از عضلات فرعی تنفسی و پرش پره های بینی در صورت وجود و همچنین صداهای ریوی سمع شده چه در شرایط نرمال بودن و یا غیرنرمال بودن باید ثبت شوند.	بیمار در ساعت 16:45 دچار تاکی پنه شد و تعداد تنفس 35 تا در دقیقه و سطحی بود. O2sat:80% بود. صدای ریوی سمع شد که در قاعده ریه سمت راست رال شنیده می شود. ساعت 16:55 به اطلاع دکتر..... رسانده شد. بیمار توسط دکتر.... ساعت 17:00 ویزیت شد. اکسیژن به میزان 4 لیتر از طریق کاتتر بینی شروع شد و O2sat بیمار 89% شد و تعداد تنفس 24 گردید. C-Ray پرتابل ساعت 17:15 انجام شد. به رویت دکتر..... رسید. بیمار هموتوراکس سمت راست دارد. پروسیجر برای بیمار توضیح داده شد و رضایت نامه توسط دکتر..... گرفته شد. ساعت 17:30 چست تیوپ با کاتتر شماره 30 توسط دکتر..... در قسمت قدامی سمت راست قفسه سینه با اولین اقدام فیکس شد. کاتتر با نخ سیلک سه صفر در محل بخیه شد و پانسمان استریل طبق پروتکل قرار داده شد. 500 سی سی ترشحات خونی روشن خارج شد. چسبیت تیوب Osillation

دارد. در 19:30 بیمار RR:14 و O2sat:95% دارد.		
بیمار از تورم ناحیه گردن شاکي بود. در لمس قفسه سینه کریپتاسیون در ناحیه سمت راست قفسه سینه که تا ناحیه گردن امتداد دارد مشاهده گردید. ساعت 17:15 به اطلاع دکتر..... رسانده شد. تجویز اکسیژن با ماسک با 8 لیتر در دقیقه داده شد.	هر گونه تغییر به دنبال لمس قفسه سینه (مانند آمفیژم و.....) ثبت شود.	لمس قفسه سینه جهت بررسی آمفیژم زیر جلدی
بیمار ساعت 18:10 O2sat:75% پیدا کرد و تعداد تنفس بیمار 18 تا در دقیقه گشت. با توجه به اختلال در تبادل گازی در رابطه به پنومونی، پوزشین نیمه نشسته به بیمار داده شد. طبق دستور اکسیژن از طریق کاتتر بینی به میزان 5 لیتر در دقیقه در جریان بوده که به 8 لیتر در دقیقه از طریق ماسک تغییر کرد. به بیمار توضیح داده شد که ماسک، غلظت اکسیژن دریافتی وی را افزایش خواهد داد و کمک به برطرف نمودن تنگی نفس وی خواهد کرد. بخور سرد و مرطوب برای بیمار برقرار شد. به بیمار آموزش استفاده از اسپرومتری تشویقی داده شد و ایشان به تناوب آن را استفاده می نماید. همچنین به بیمار نحوه سرفه موثر داده شد. سرفه های بیمار خلط دار است که ترشحات غلیظ و سفید رنگ با حجم زیاد بود. ساعت 19:40 O2sat:85 % افزایش یافته است.	در صورت نیاز به استفاده از اکسیژن حمایتی، میزان اکسیژن دریافتی و وسیله اکسیژن درمانی و میزان FIO2 و یا لیتر اکسیژن مورد استفاده ثبت شود.	بررسی نیاز به دریافت اکسیژن و نحوه دریافت آن
بیمار ساعت 13:10 بیان می کرد " به سختی دارم نفس می کشم ". O2sat:80% دارد. تعداد تنفس 28 تا در دقیقه بوده است سمع ریوی انجام شد رال دو طرفه در قاعده ریه شنیده می شود. ساعت 13:20 به اطلاع دکتر..... رسانده شد. طبق دستور بیمار را در وضعیت نشسته قرار دادیم. اکسیژن از طریق کاتتر بینی 3 لیتر در دقیقه در جریان است. آمپول فوروزماید 40	صدا های ریوی (طبیعی و غیر طبیعی) و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شوند.	بررسی صدا های تنفسی (طبیعی، استریدور، رال، ویزینگ و.)

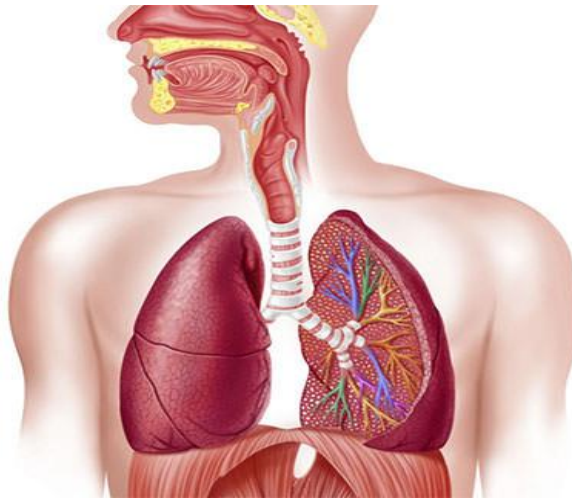
		میلی گرم IV ساعت 13:40 تزریق شد. 650 سی سی ادرار در عرض 2 ساعت داشت و در ساعت 16:15 90% O₂sat شد و تعداد تنفس به 19 تا رسید.
بررسی O₂ SAT ، ET CO₂	در صورت استفاده از کاپنوگراف ثبت ETCO₂ و اقدامات مورد نیاز و هرگونه تغییرات انجام شده پس از مداخله ثبت شوند. در صورت نیاز و در مواقع اکسیژن درمانی میزان O₂ Sat بیمار پایش و میزان آن ثبت شود.	بیمار ساعت 18:10 دچار افت O₂sat:80% شد. اکسیژن از طریق کاتتر بینی از 2 لیتر در دقیقه به 4 لیتر در دقیقه تغییر کرد. O₂sat:94% تغییر یافته است.
بررسی تنظیمات ventilator و محدوده آلارم ها	تنظیمات ventilator (TV, PEEP, RR, PS, FIO₂...) و هرگونه تغییر در وضعیت بیمار ثبت شوند.	بیمار اینتوبه است با مد TV:600, SIMV, PEEP:5mmhg, RR:10, FIO₂:55% ونتیله می شود. ساعت 17:45 دچار افت O₂Sat:70% شد. سمع ریوی انجام شد ویز در ریه سمت راست شنیده می شود. علائم حیاتی چک شد P=115 BP=134/55 RR=18 می باشد. با توجه به عدم توانایی بیمار در پاکسازی راه هوایی در رابطه با وجود لوله تراشه و ضعف عضلات تنفسی، ساکشن ترشحات لوله تراشه با استفاده از سوند نلاتون سبزرنگ انجام شد، مقدار زیادی ترشحات سفید رنگ و غلیظ خارج شد. FIO₂:60% تغییر یافته است. در ساعت 18:15 بیمار O₂Sat:95% دارد.
بررسی کلیه اتصالات مانند chest tube	زمان گذاشتن اتصالات، محل قرارگیری و نوسانات chest tube، نوع، میزان ترشحات و زمان تعویض پانسان و مراقبتهای انجام شده و نتایج حاصل از آن ثبت شود.	چست تیوپ در قسمت قدامی سمت راست قفسه سینه فیکس است. 300 سی سی ترشحات خونی از ساعت 8:00AM لغایت 14:00 داشته است. پانسمان محل چست تیوپ سالم و خشک است. نشت هوا وجود ندارد و سطح مایع درون محفظه شیشه ای در نوسان است.
بررسی نیاز بیمار به ساکشن ترشحات دهان، لوله تراشه یا تراکئوستومی	وجود ترشحات قابل مشاهده، سمع ریوی، الکوهای نمودار فشار ونتیلاتور که بیان کننده نیاز بیمار به ساکشن می باشد ثبت گردد.	بیمار ساعت 17:45 دچار افت O₂Sat:82% شد. سمع ریوی انجام شد کراکل در ریه سمت راست شنیده می شود. علائم حیاتی چک شد PR=115, BP=135/67, RR=18 می باشد.

در صورت انجام ساکشن O2 Sat بیمار و میزان اکسیژن دریافتی قبل و بعد از ساکشن، میزان، رنگ و قوام ترشحات و اقدامات انجام شده و نتایج حاصل از آن ثبت شوند.	ترشحات به صورت واضح در لوله تراشه مشاهده گردید. بیمار پاکسازی غیر موثر راه هوایی در رابطه ترشحات زیاد و ضعف عضلات تنفسی دارد که ساکشن ترشحات لوله تراشه با سوند نلاتون سبز در یک نوبت انجام شد، مقدار زیادی ترشحات سفید رنگ و غلیظ خارج شد. به منظور تخلیه ترشحات 1 سی سی آب مقطر به صورت استریل وارد لوله تراشه و همزمان ساکشن با فشار منفی 20 میلی متر جیوه انجام شد. FIO2 به 60٪ افزایش یافت و ساعت O2Sat:95 % 18:15 رسید.
اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ثبت شود. هرگونه تغییرات در تستهای تشخیصی و اقدامات انجام شده و (CXR ، ABG و..) نتایج حاصله ثبت شوند. پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده مانند:نمونه و پیگیری نتایج انها pleural tap و پاتولوژی و...ثبت شوند.	تست آلن در دست راست صورت گرفت و جواب تست مثبت بود. خون از شریان رادیال دست راست ساعت 9:AM گرفته شد. نبض طبیعی بود. به مدت ۵ دقیقه به محل فشار وارد آمد و پانسمان فشاری در محل گذاشته شد. هیچ مورد خونریزی، هماتوم یا تورم گزارش نشد. دست به رنگ صورتی و گرم بود و بازگشت مجدد مویرگی ظرف دو ثانیه صورت می گرفت. نتیجه آزمایش به دکتر..... اطلاع داده شد. ساعت 9:15AM برای بیمار اکسیژن با ماسک 5 لیتر گذاشته شد. بیمار دیسترس تنفسی نداشت.
نوع (نام) داروی تزریقی به صورت انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم ثبت شوند. نوع (نام) داروی داده شده به صورت STAT یا PRN یا HOLD شدن دارو ثبت شود.	بیمار ساعت 10:35AM هنگام صحبت کردن دچار تنگی نفس ، خس خس سینه و سرفه شده است. سمع ریوی انجام شد صدای ویز در دو طرف ریه شنیده می شود. ساعت 10:45AM به اطلاع دکتر..... رسانده شد. طبق دستور انفوزیون وریدی آمینوفیلین 0.7mg/kg/h از ساعت 11:00 شروع شده است.ساعت 12:00 بیمار تنگی نفس و خس خس سینه برطرف شده است.

بررسی مشاوره های بیمار

هرگونه مشاوره پزشکی انجام شده مرتبط با سیستم ثبت شود.
در صورتی که پزشک مشاور دستور خاصی را ثبت نمود، بایستی پیگیری و یا انجام آن در گزارش پرستاری نوشته شود.

در ساعت 13 مشاوره ریه توسط دکتر..... انجام شد و به اطلاع دکتر (پزشک معالج) رسانده شد فرمودند pleural tap انجام شود.

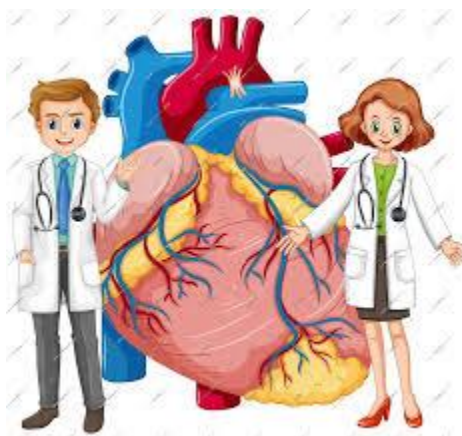


سیستم قلبی عروقی

مثال	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده از ارزیابی بیمار	ارزیابی
-ریتم قلبی بیمار سینوسی است. HR:90 دارد. -ریتم قلبی بیمار ساعت 17:00 AF شد، HR:180 و BP:140/75 می باشد. ساعت 17:05 به اطلاع دکتر..... رسانده شد. طبق دستور آمپول دیگوسین 0.5 میلی گرم IV رقیق شده ساعت 17:10 در عرض 10 دقیقه تزریق شد. ساعت 17:20 ریتم قلبی سینوسی و HR:100 و BP:130/75 داشت.	ریتم قلبی از نظر منظم یا نا منظم بودن و نوع آریتمی قلبی (با توجه به نظر پزشک)، حداکثر و حداقل تعداد ضربان قلب ثبت شود. فشار خون ثبت شود.	بررسی فشارخون، تعداد ضربان قلب و ریتم قلبی
بیمار PR:110 دارد. نبض ضعیف و گاهی غیر قابل لمس است.	موارد غیر طبیعی نبض های محیطی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شود.	بررسی نبض های محیطی از نظر تعداد، قدرت و ریتم
ساعت 8:10AM CVP چک شد. CVP:1CM H2O بوده است. به اطلاع دکتر..... ساعت 8:20AM رسانده شد طبق دستور سرم نرمال سالین 500 سی سی در عرض یک ساعت برای بیمار انفوزیون شد. ساعت 9:30AM H2O CVP:6CM بود.	تغییرات غیر طبیعی در CVP و MAP در صورت بررسی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شوند.	بررسی متوسط فشار شریانی (MAP) و فشار ورید مرکزی CVP
بیمار اضطراب در رابطه به عدم شناخت نحوه انجام پروسیجر داشت که اندام ها سرد و تعداد تنفس بیمار به 18 تا در دقیقه رسید. پروسیجر برای بیمار توضیح داده شد و ماساژ شانه های بیمار صورت گرفت و بیمار آرام شد و گفت ترسم برطرف شد. رضایت نامه توسط دکتر گرفته شد. بیمار در وضعیت ترند لنبرگ قرار داده شد و کاتتر سه راهه به وسیله دکتر..... در اولین اقدام در ساب کلاوین سمت راست ساعت 9:00AM گذاشته شد. کاتتر با نخ سیلک سه صفر در محل بخیه شد و پانسمان استریل طبق پروتکل قرارداده شد. تمام مسیره های کاتتر با ۱۰۰ واحد هپارین آغشته شد. ساعت	محل و زمان تعبیه کاتترهای ورید مرکزی و محیطی و هرگونه تغییرات غیرطبیعی (مانند: ترشحات غیرطبیعی، عدم کارکرد کاتتر، فلبیت و ...) و زمان تعویض پانسمان ثبت شوند.	بررسی محل کاتترهای ورید مرکزی و محیطی (مانند کاتتر CVP و ناحیه آنژیوکت)

		CX-Ray 9:30AM انجام شده است و ساعت 10AM به رویت دکتر.....رسید. بیمار پروسیجر را به خوبی تحمل کرد. به بیمار آموزش داده شد در صورت خیس شدن پانسمان به پرستار اطلاع دهد.
بررسی پیس میکر با توجه به نوع آن	نوع پیس میکر، تنظیمات و مراقبت های مربوط به آن ثبت گردد.	پیس میکر داخل وریدی در داخل بطن راست قرار دارد. حساسیت دستگاه برای روی mv3، برودن ده بر روی mA4 و تعداد ضربان روی 74 عدد فیکس گردید. به ازای هر Spike در بطن capture ایجاد می شود. نبض های محیطی شمارش شد و 74 عدد می باشد.
بررسی نوع و میزان سرم دریافتی، داروهای تزریق شونده (انفوزیون وریدی)	سرم دریافتی در طول شیفت ثبت شود. در صورت چک دقیق I&O میزان سرم دریافتی به صورت سی سی در ساعت باید ثبت شود	-سرم 1/3، 2/3 به میزان ساعتی 75 سی سی تزریق شد که در شیفت عصر مجموعاً 450 سی سی انفوزیون گردید. - بیمار 50 سی سی سرم نرمال سالین در ساعت دریافت نمود.
بررسی خونریزی از نظر محل، مقدار، نوع (داخلی و جراحی)	خونریزی ها مرتبط با سیستم با قید محل، مقدار، نوع و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شوند.	زخم ناحیه استرنوم در ساعت 14:20 بررسی شد. 5 عدد گاز روی زخم قرار دارد که تمامی گازها به علت خونریزی خیس شده اند. لبهای زخم ها بررسی شد که به علت عدم اتصال مناسب خونریزی فعال از آن ناحیه دارد. به اطلاع دکتر..... رسانده شد و توسط اینترن دکتر یک بخیه زده شده و خونریزی متوقف شد. هماتوکریت بیمار همچنین در ساعت 14:35 چک شد که جواب آن 36 بود. بیمار از ضعف و بیحالی شکایتی نداشت. اندام ها قرمز و گرم است.
بررسی پروسیجرهای تشخیصی و درمانی و آزمایشات (نوار قلب ، اکو، آنژیوگرافی و....)	اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ثبت شود. پروسیجرهای انجام شده و پیگیری نتایج آنها (آزمایشات تشخیصی مانند نوار قلب و اکو و آنژیوگرافی و... ثبت شوند.	بیمار جهت انجام آنژیوگرافی از ساعت 12 شب NPO باشد. شیو ناحیه فمورال چپ انجام شد. آزمایش ESR. INR. PTT. PT ساعت 16:45 ارسال شد. جواب آن ساعت 20 پیگیری گردد و به اطلاع دکتر رسانده شود.

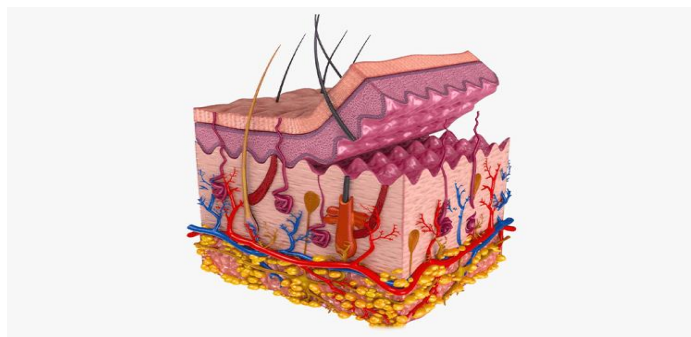
بیمار ساعت 18:15 دچار ریتم AF با HR:180 شد. بلافاصله به اطلاع دکتر.... رسانده شد. طبق دستور ساعت 18:25 آمپول آمیودارون 150 میلی گرم را در داخل 100 سی سی سرم نرمال سالین رقیق کرده و در عرض 10 دقیقه با میکروست Stat تزریق شد. سپس از ساعت 18:45 آمپول آمیودارون 1mg/min (360mg/50cc) از طریق پمپ انفوزیون به مدت 6 ساعت شروع شده است. ساعت 20:00 ریتم قلبی بیمار سینوسی و HR:95 می باشد. انفوزیون آمیودارون طبق پروتکل در جریان است.	نوع (نام) داروی تزریقی به صورت انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم ثبت شوند. نوع (نام) داروی داده شده به صورت STAT یا PRN یا HOLD شدن دارو ثبت شود.	بررسی داروی بیمار
در ساعت 13 مشاوره قلب و عروق توسط دکتر..... انجام شد و به اطلاع دکتر (پزشک معالج) رسانده شد. بیمار کاندید آنژیوگرافی می باشد.	هرگونه مشاوره پزشکی انجام شده مرتبط با سیستم ثبت شود. در صورتی که پزشک مشاور دستور خاصی را ثبت نمود، بایستی پیگیری و یا انجام آن در گزارش پرستاری نوشته شود.	بررسی مشاوره های بیمار



پوست

ارزیابی	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده از ارزیابی بیمار	مثال
بررسی پوست از نظر رنگ پوست، قوام، تورم، ادم، هماتوم، رطوبت، خشکی، اکیموز، سلولیت و زخم	از نظر رنگ، قوام، تورم، ادم، هماتوم، رطوبت، خشکی پوست، اکیموز، سلولیت و زخم فشاری با قید اندازه طول، عرض، عمق، میزان و نوع ترشحات زخم ثبت شوند. در بیماران بی حرکت مانند بیمارانی که کاهش سطح هوشیاری دارند و بیماران مستعد زخم بستر، در هر بار تغییر پوزیشن بیمار مناطق مستعد زخم فشاری بررسی و مشاهدات ثبت گردد.	بیمار یک زخم در ناحیه ساکرو ایلیم راست و ابعاد آن تقریباً 2 سانتی متر در 3 سانتی متر در نیم سانتی متر عمق دارد. محیط زخم دایره ای و دارای حاشیه ای صاف است. بستر زخم صورتی است هیچ گونه ترشح و بو ندارد. پوست اطراف زخم در لمس سرد، رنگ پریده و سالم است.
بررسی درجه حرارت	حداکثر و حداقل درجه حرارت (موارد غیر طبیعی مانند هیپرترمی یا هیپوترمی) ثبت شود.	علائم حیاتی بیمار ساعت 18:00 چک شد. T:39 دارد. ساعت 18:10 به اطلاع دکتر... رسانده شد طبق دستور شیاف استامینوفن 325 میلی گرم از طریق رکتال Stat برای بیمار گذاشته شد. ساعت 19:30 T:37.5 می باشد.
بررسی ریسک بروز زخم فشاری (معیار برادن)	عدد معیار برادن ثبت شوند.	ارزیای اولیه انجام شد. عدد برادن 10 می باشد بیمار در معرض زخم فشاری در رابطه با بی تحرکی است. دستبند زرد برای بیمار گذاشته شد. به بیمار / خانواده در خصوص دستبند زرد و علت آن (در معرض زخم فشاری است) آموزش داده شد. در ساعت 9:00AM بیمار در وضعیت لترال سمت چپ قرار داده شد و در ساعت 11:35 در وضعیت سوپاین قرار داده شد. نواحی مستعد زخم فشار ماساژ داده شد.
توجه به پانسمان، انواع درن جراحی و ترشحات از ناحیه	پانسمان های انجام شده با قید مشخصات زخم، ترشحات، نوع درن، زمان، مکان تعبیه درنها، میزان ترشحات خارج شده از درن ها و زمان تعویض پانسمان ثبت گردد.	ساعت 22:00 بیمار اظهار دارد "لباسم خیس است " پانسمان ناحیه چست تیوپ سمت راست خیس و خونی بوده است. سه عدد گاز خونی است، لبه های بخیه به هم نزدیک است زخم تمیز است. از کنار کاتتر چست تیوپ نشت خون دارد. ساعت 22:15 به اطلاع دکتر..... رسانده

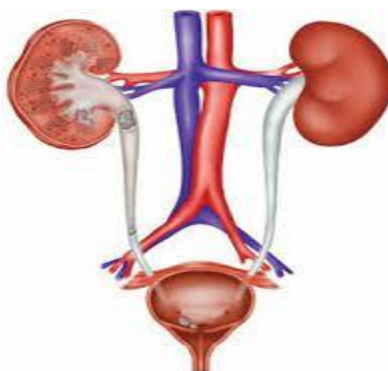
در صورت مشاهده هرگونه تغییرات غیر طبیعی در پوست و ترشحات درن‌ها به پزشک اطلاع و نتایج و اقدامات انجام شده ثبت گردد.	شد. ساعت 22:30 بیمار توسط دکتر..... ویزیت شد کاتتر با نخ سیلک سه صفر در محل بخیه شد و پانسمان استریل طبق پروتکل قرارداده شد.
بررسی زخم از نظر ترشحات، حرارت، قرمزی، تورم و ادم	ادم: Edema صفر بدون ادم (سلامت عروق و حجم مایع داخل و خارج سلولی) 1+ ادم در حد لباس ها و جوراب بر روی بدن (سرپا ایستادن طولانی) (2 mm) 2+ ادم قابل مشاهده در ساق پا و مچ پاها (افزایش حجم مایعات و کمبود آلبومین mm) (4) 3+ ادم گوده گذار (بیماری های قلبی و نارسایی قلبی) (6 mm) 4+ پلاس ادم گوده گذار (8 mm)
بررسی تست های تشخیصی (آزمایشات، سونوگرافی ، عکس رادیولوژی و.....	اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ثبت شود. پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج ثبت شوند. هرگونه تغییرات در تستهای تشخیصی و اقدامات انجام شده نتایج حاصله ثبت شوند.
بررسی مشاوره های بیمار	هرگونه مشاوره پزشکی انجام شده مرتبط با سیستم ثبت شود. در صورتی که پزشک مشاور دستور خاصی را ثبت نمود، بایستی پیگیری و یا انجام آن در گزارش پرستاری نوشته شود.
	آزمایش PT.PTT.INR ساعت 6AM به آزمایشگاه ارسال شده است. جواب آزمایش پیگیری شود و به اطلاع دکتر..... رسانده شود. بیمار بعد از آماده شدن جواب آزمایش آماده بیوپسی پوست باشد.
	در ساعت 13 مشاوره پوست توسط دکتر..... انجام شد و به اطلاع دکتر (پزشک معالج) رسانده شد. آزمایش PT.PTT.INR ساعت 9AM به آزمایشگاه ارسال شده است.



سیستم تناسلی ادراری

ارزیابی	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده از ارزیابی بیمار	مثال
بررسی نوع کنترا ادراری	نوع کنترا ادراری internal و external و (urostomy و nephrostomy tube) . و (suprapubic) ثبت شوند.	
بررسی ادرار از نظر رنگ، میزان (حداقل 0.5 cc/kg/hr باشد) کیفیت و ترشحات از ناحیه تناسلی	میزان ادرار بیمار ثبت شود. در صورتیکه بیمار کنترا ادراری ندارد تعداد دفعات ادرار ثبت گردد. در صورت بررسی دقیق دفع ادراری باید میزان ادرار به صورت ساعتی ثبت شود. (بیمار ساعتی 50 سی سی ادرار داشت) موارد غیر طبیعی در سیستم ادراری_تناسلی (رنگ، کیفیت ترشحات مانند:هماچوریا یا ادرار کدر) و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شود.	بیمار سوند فولی دارد از ساعت 14:00 تا ساعت 16:00 50 سی سی ادرار داشت رنگ ادرار قهوه ای بود. ساعت 16:15 با دکتر..... تماس گرفته شد. طبق دستور سرم نرمال سالین 500 سی سی در عرض یک ساعت برای بیمار انفوزیون شد. ساعت 18:00 بیمار 200 سی سی ادرار داشت.
بررسی اتصالات مربوط به سیستم ادراری و ترشحات	زمان تعیبه کاتترهای ادراری، هر گونه تغییر در اتصالات بیمار، اقدامات و نتیجه آنها ثبت شود.	بیمار توسط دکتر ساعت 8:00AM ویزیت شد. طبق دستور I&O بیمار هر 6 ساعت کنترل شود. به علت احتباس ادرار به دستور دکترسوند فولی با کاتتر 16 توسط آقای به صورت استریل تعبیه شد و مارکر شماره 6 ست استریل بر روی برگه گزارش چسبانده شد. سوند فولی با 10 سی سی آب مقطر فیکس شد. به کیسه ادراری وصل شد. 100 سی سی ادرار به رنگ زرد روشن در کیسه ادراری تخلیه شد. سوند فولی با استفاده از چسب حسیری به جهت جلوگیری از حرکت سوند به ران پای بیمار فیکس گردید.
بررسی تعادل مایعات (بالانس دفع و جذب مایعات).	در صورت دستور مبنی بر کنترل میزان جذب و دفع، باید تمامی مایعات دریافتی از قبیل سرم، مایعات خوراکی و... و همچنین میزان مایعات	طبق دستور I&O بیمار هر 6 ساعت کنترل شد. از ساعت 14:00 تا 20:00 بیمار 500 سی سی سرم نرمال سالین دریافت کرد. 200 سی سی از راه

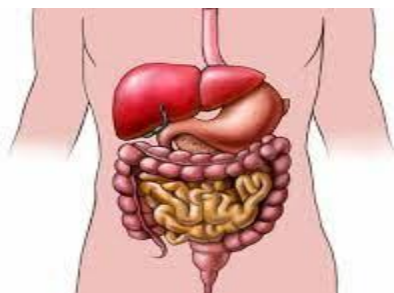
	دفع شده از طریق ادرار، مدفوع، تعریق و ... محاسبه و ثبت شود.	دهان مایعات خورده است. 700 سی سی ادرار داشته است.
بررسی تست های تشخیصی	اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ثبت شود. پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج ثبت شوند. هرگونه تغییرات در تستهای تشخیصی و اقدامات انجام شده نتایج حاصله ثبت شوند.	سوند فولی بیمار از ساعت 8:00AM کلمپ است. به بیمار برای خوردن مایعات آموزش داده شد. بیمار ساعت 9:00AM به همراه اینترن جهت انجام سونوگرافی مثانه و مجاری ادراری به رادیولوژی فرستاده شد.
بررسی داروی بیمار	نوع (نام) داروی تزریقی به صورت انفوزیون وریدی مرتبط با سیستم ثبت شوند. نوع (نام) داروی داده شده به صورت STAT یا PRN یا HOLD شدن دارو ثبت شود.	بیمار از ساعت 14:00 تا ساعت 18:00 50 سی سی ادرار داشت رنگ ادرار قهوه ای بود. ساعت 18:15 با دکتر تماس گرفته شد، طبق دستور آمپول فوروزماید 20 میلی گرم Stat وریدی تزریق شد. بیمار ساعت 19:00 200 سی سی ادرار دارد.
بررسی مشاوره های بیمار	هرگونه مشاوره پزشکی انجام شده مرتبط با سیستم ثبت شود. در صورتی که پزشک مشاور دستور خاصی را ثبت نمود، بایستی پیگیری و یا انجام آن در گزارش پرستاری نوشته شود.	در ساعت 13 مشاوره اورولوژی توسط دکتر انجام شد و به اطلاع دکتر (پزشک معالج) رسانده شد. درخواست سونوگرافی مثانه و مجاری ادراری ارسال شد.



سیستم گوارشی

ارزیابی	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده از ارزیابی بیمار	مثال
بررسی وضعیت تغذیه (PO، NPO، گاوژ، وریدی، گاوژ-وریدی)	نوع رژیم غذایی، میزان رژیم غذایی مصرف شده، وضعیت تغذیه بیمار (PO، NPO و...) و اتصالات (مانند NG tube، OG tube و انواع استومی) ثبت شوند.	بیمار NPO است. NGT فیکس است. گاوژ مایعات 200 سی سی هر 3 ساعت بعد از بررسی وضعیت قرار گیری NGT و انجام لاواژ به میزان 30 سی سی، انجام شد. بیمار تحمل کرده است.
بررسی اتصالات مربوط به سیستم گوارشی	زمان تعبیه اتصالات و هر گونه تغییر در اتصالات، اقدامات و نتیجه مانند (تعویض کیسه کولوستومی، چک NGT و...) ثبت شوند.	بیمار ساعت 8:00AM توسط دکتر..... ویزیت شد. به علت کاهش سطح هوشیاری و عدم توانایی در بلع دستور فیکس NGT داده شد. لوله بینی معدی شماره ۱۲ در مجرای چپ بینی ساعت 9:00AM قرار داده شد. محل قرارگیری NGT با استفاده مایعات لاواژ شده بررسی شد که pH=5.5 دارد و صحت قرار گیری آن در معده تایید شد. NGT با استفاده از چسب حصیری بر روی بینی فیکس گردید.
بررسی از نظر حجم باقیمانده معده در صورت داشتن NGT	قبل از هر بار گاوژ باید میزان تحمل بیمار نسبت به حجم غذای ارائه شده قبلی بررسی و میزان حجم باقیمانده معده اندازه گیری و ثبت شود.	صداهاى روده ای در ناحیه ربع تحتانی سمت راست شکم انجام شد که صداهاى روده ای نرمال بود. با توجه به تغذیه کمتر از نیاز بدن در رابطه به عدم توانایی در بلع مواد غذایی، برای بیمار گاوژ 200 سی سی از طریق NGT پس از لاواژ محتویات معده که 30 سی سی بود در ساعت 14:00 و 17:00 انجام شد.
بررسی از نظر دردهای شکمی، نفخ، آسیت و...	محل، شدت، زمان، انتشار، نوع دردهای شکمی بررسی و ثبت گردد.	بیمار از درد در ناحیه شکم شاکى بود که در لمس در ناحیه ربع تحتانی سمت چپ درد وجود دارد. عدد درد 4/10 می باشد. درد به صورت کولیکی از سوی بیمار توصیف شد و با دراز کشیدن درد بیشتر می شود و در حالت نشسته درد کمتر می گردد.
بررسی از نظر الگوی دفعی (رنگ، قوام، تعداد دفعات)	تغییرات غیرطبیعی مرتبط با سیستم گوارشی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله مانند	بیمار از ساعت 16:00 تا 17:00 دوبار اسهال آبکی به رنگ قرمز روشن با حجم 300 سی سی در هر بار داشت. ساعت 16:15 به اطلاع دکتر.....

(اسهال، یبوست، استفراغ، Residual، ملنا و اشتهای کم) ثبت شوند.	رسانده شد. طبق دستور S/E ساعت 16:30 ارسال شد. جواب آزمایش پیگیری شود.
بررسی خونریزی از نظر محل، مقدار و نوع	خونریزی مرتبط با سیستم باقید محل، مقدار، نوع و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شوند.
بررسی تست های تشخیصی	اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ثبت شود. پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج ثبت شوند. (آزمایشات تشخیصی، اندوسکوپی، کولونوسکوپی و ...) هرگونه تغییرات در تستهای تشخیصی و اقدامات انجام شده نتایج حاصله ثبت شوند.
بررسی مشاوره های بیمار	هرگونه مشاوره پزشکی انجام شده مرتبط با سیستم ثبت شود. در صورتی که پزشک مشاور دستور خاصی را ثبت نمود، بایستی پیگیری و یا انجام آن در گزارش پرستاری نوشته شود.
در ساعت 13:00 مشاوره گوارشی توسط دکتر..... انجام شد و در ساعت 13:20 به اطلاع دکتر..... رسید. به دستور دکتر..... داروی اسپرین طبق مشاوره Hold شود و الباقی دستورات مشاوره اجرا نگردد. بیمار کاندید کولونوسکوپی برای فردا صبح می باشد.	بیمار از ساعت 12 شب جهت انجام آندوسکوپی NPO می باشد. به علت ناشتا بودن دوز انسولین صبح تزریق نشود.



سیستم عضلانی - اسکلتی

ارزیابی	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده از ارزیابی بیمار	مثال
بررسی اندام ها از لحاظ ظاهری، دامنه حرکتی عضلات و....	تغییرات غیرطبیعی در قدرت عضلانی و دامنه حرکتی و اقدامات انجام شده و نتایج حاصله ثبت شوند.	قدرت دست چپ بیمار کمتر از قدرت دست راست بود. پای چپ کمی افتادگی داشت و ضعیف تر از پای راست بود
بررسی از نظر محدودیتهای حرکتی (مانند RBR، CBR و بررسی نیاز بیمار به وسایل کمک حرکتی)	وضعیت حرکتی (RBR، CBR و استفاده از وسایل کمک حرکتی) ثبت شوند.	بیمار RBR می باشد.
بررسی نیاز به ورزش های passive، active و فیزیوتراپی	در صورت هرگونه حرکت های فعال و غیر فعال که برای بیمار صورت گرفته است باید تعداد، عضو و میزان حرکت و تعیین از نظر فعال و غیر فعال بوده آن حرکت بررسی و ثبت شود.	فیزیوتراپی دست راست بیمار ساعت 10:00AM توسط انجام شد.
ارزیابی ریسک سقوط بیمار	امتیاز ارزیابی ریسک سقوط (معیار مورس) ثبت شود.	ارزیابی اولیه انجام شد. مورس 27 می باشد. بیمار در معرض سقوط می باشد. دستبند زرد برای بیمار گذاشته شد. به بیمار / خانواده در خصوص دستبند زرد و علت آن (در معرض سقوط است) آموزش داده شد.
بررسی رعایت استاندارد ایمنی بیمار و مدیریت سایید ریلها	اقدامات انجام شده جهت پیشگیری از سقوط بیمار مانند بالا بودن سایید ریلها ثبت شود.	به بیمار آموزش داده شده در زمان حضور در تخت میله های کنار تخت بالا کشیده شده باشد. عملکرد میله های کنار تخت بررسی شد که سالم بودند. زنگ اخبار سالم می باشد و به بیمار آموزش داده شد قبل از خروج از تخت زنگ احضار پرستار را فشار دهد تا با کمک پرستار از تخت خارج شود. نور اتاق در هنگام شب بررسی شد که نور کافی بود. کف سرویس بهداشتی از نظر خشک بودن بررسی شد که خشک بود. به بیمار آموزش نحوه استفاده از واکر داده شد که بیمار به صورت فعال آن را انجام داد و مشکلی در راه رفتن با واکر نداشت.
بررسی دردهای عضلانی-اسکلتی	محل، شدت، زمان، انتشار، علت درد بررسی و ثبت گردد.	بیمار در ساعت 19:00 اظهار درد با معیار 3/10 در ناحیه پای چپ داشت که به دکتر اطلاع داده شد و 325 mg Tab Acetaminophen داده شد

و پس از آن در ساعت 20:15 معیار درد 0/10 گردید.		
بیمار ساعت 16:00 به همراه اینترن جهت انجام گرافی دست به رادیولوژی فرستاده شد. گرافی ساعت 17:30 به رویت دکتر..... رسانده شد. شکستگی رویت نشده است.	اقدامات انجام شده قبل از پروسیجرها ثبت شود. پروسیجرهای انجام شده و نمونه های ارسال شده و پیگیری نتایج ثبت شوند. هرگونه تغییرات در تستهای تشخیصی و اقدامات انجام شده نتایج حاصله ثبت شوند.	بررسی تست های تشخیصی
در ساعت 13:00 مشاوره ارتوپدی توسط دکتر..... انجام شد و به اطلاع دکتر (پزشک معالج) رسانده شد. درخواست گرافی دست راست فرستاده شد.	هرگونه مشاوره پزشکی انجام شده مرتبط با سیستم ثبت شود. در صورتی که پزشک مشاور دستور خاصی را ثبت نمود، بایستی پیگیری و یا انجام آن در گزارش پرستاری نوشته شود.	بررسی مشاوره های بیمار



رفتاری-روانی-اجتماعی

مثال	حداقل های تعیین شده و مشکلات مشاهده از ارزیابی بیمار	ارزیابی
بیمار اختلال در الگوی خواب در رابطه با ترس و اضطراب دارد. برای بیمار فرایند عمل جراحی و مدت زمان آن و اقدامات حمایتی پس از عمل که منجر به بهبود سریع وی می شود آموزش داده شد. به سوالات بیمار در خصوص نحوه کنترل درد پس از عمل و زمان بازگشت به محل کار پاسخ داده شد. بیمار در ساعت 22:25 خوابید و ساعت 6 صبح از خواب بیدار شد که احساس سرحال بودن را عنوان نمود.	موارد طبیعی و غیر طبیعی رفتاری اقدامات و نتایج حاصله ثبت شود.	بررسی رفتاری از نظر اضطراب و بی قراری، آرام بودن، علایم افسردگی



**نحوه گزارش نویسی در هر یک
از مراحل مراقبتی بیماران**

*If You Didn't **Write** It Down
It Didn't Happen*



ترتیب و نحوه ثبت گزارش پذیرش بیمار در بخش

- ✓ ثبت اطلاعات دموگرافیک: با توجه به اینکه نوشتن اطلاعات دموگرافیک در سربرگ تمام اوراق پرونده الزامی است، بنابراین فقط لازم است در ابتدای گزارش پذیرش، سه بخش از اطلاعات دموگرافیک (شامل نام و نام خانوادگی، سن و جنس) ثبت گردد.
 - ✓ قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در هر بخش
 - ✓ نحوه ورود به بخش (با برانکارد، صندلی چرخدار، با پای خود)
 - ✓ همراه با چه کسی (پرستار و بهکار - تیم بیهوشی - پزشک و پرستار با هم و ...)
 - ✓ با چه وسیله ای (آمبولگ، دستگاه دی سی شوک و ...)
 - ✓ ثبت شکایت اصلی و علت بستری بیمار
- شکایت اصلی بیمار chief complain: بیان مشکل از زبان بیمار می باشد با استفاده از کلمات خود بیمار؛ (در گیومه نوشته شود)
- علت بستری: اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج و یا در مواردی هم انجام اقدام خاصی مورد نظر می باشد مانند انجام بیوپسی
- present illness: اینکه علایم از کی شروع شده و چه عواملی باعث تشدید یا تخفیف آنها می شود.
- ✓ ثبت تاریخچه قبلی بیماری های (مانند سابقه بیماری های قلبی عروقی، هیپرتانسیون، آرتریت، سکته مغزی، سرطان، بیماری های تنفسی، بیماری های کلیوی، بیماری های عفونی، بیماری های گوارشی، کبدی، دیابت، بیماری های تیروئید، بیماری های اعصاب و روان و ...)
 - ✓ ثبت وضعیت هوشیاری با استفاده از معیارهای ابلاغی بیمارستان، سائز و واکنش به نور و مردمک ها و علایم حیاتی در زمان پذیرش
 - ✓ ثبت وضعیت سلامت جسمی بیمار (نتیجه معاینات فیزیکی انجام شده)
 - ✓ ثبت وضعیت سلامت روحی بیمار (آرام، مضطرب و ...)
 - ✓ ثبت سابقه مصرف دارویی بیمار و اقدامات انجام شده
 - ✓ ثبت ریسک بیمار از نظر زخم بستر و اقدامات انجام شده با توجه به معیار برادن

- ✓ ثبت ریسک بیمار از نظر سقوط از تخت و اقدامات انجام شده با توجه به معیار موریس
- ✓ ثبت ریسک بیمار از نظر اقدام به خودکشی و اقدامات انجام شده با توجه به Scal Person Sad
- ✓ ثبت ریسک بیمار از نظر ترمبوآمبولی و اقدامات انجام شده با توجه به معیار ولز
- ✓ ثبت ساعت اطلاع پزشک جهت ویزیت، نام پزشک، ساعت حضور پزشک
- ✓ ثبت موارد آموزش داده شده به بیمار و یا همراهان حین پذیرش بر اساس حداقل های ابلاغی (نکات ایمنی بهداشتی و پیشگیرانه، قوانین و مقررات بخش و بیمارستان، معرفی تیم درمان و افراد شاغل در بخش، نحوه انتقاد، پیشنهاد و شکایات، دستبند شناسایی و....)

لازم به یاد آوری است که بایستی ارزیابی بصورت سیستم به سیستم (سیستم عصبی، سیستم تنفسی، سیستم قلبی عروقی، سیستم پوستی، سیستم ادراری، سیستم گوارشی، سیستم عضلانی- اسکلتی و سیستم روانی- رفتاری) در گزارش پرستاری ثبت گردد.

نحوه ثبت گزارش روزانه بیمار

- ✓ ثبت وضعیت هوشیاری بیمار (با استفاده از معیار GCS، Score 4 و یا توصیف هوشیاری) و هرگونه اقدامات انجام شده مربوط به آن
- ✓ ثبت وضعیت مردمک ها از نظر سایز و واکنش به نور و هرگونه اقدام انجام شده مربوط به آن در صورت اختلال
- ✓ ثبت و توصیف وضعیت علائم حیاتی به تفکیک تب، فشار خون، ریتم و ریت قلب، تنفس، SPO2 و هرگونه اقدامات انجام شده در این رابطه در طول شیفت
- ✓ ثبت وضعیت قلبی بیمار (درد قفسه سینه، تنگی نفس، مانیتورینگ قلبی، ریتم قلبی و....)
- ✓ ثبت وضعیت تنفسی، پوزیشن بیمار و نحوه اکسیژن درمانی
- ✓ ثبت وضعیت درد بیمار و هرگونه اقدام انجام شده مربوط به آن
- ✓ ثبت وضعیت بی قراری بیمار و هرگونه اقدامات انجام شده (مهار فیزیکی و شیمیایی و....) مربوط به آن
- ✓ ثبت نکات خاص دارو و سرم درمانی

- ✓ ثبت وضعیت اقدامات پاراکلینیک انجام شده (رادیولوژی، آزمایشات، فیزیوتراپی) و نتایج آن و در صورت انجام آمادگی و یا اقدام پیرو آن باید گزارش شود.
- ✓ ثبت وضعیت پوست بیمار از نظر وجود و یا عدم وجود انواع زخم و مراقبت های انجام شده مربوط به آن
- ✓ ثبت وضعیت تحرک بیمار و هرگونه اقدامات انجام شده مربوط به آن
- ✓ ثبت هر گونه مراقبت های پرستاری بعمل آمده (شامل اسپیرومتری تشویقی، دهانشویه، ماساژ پوست، فیزیوتراپی، مراقبت معنوی و روحی، مراقبت از چشم، گوش و حلق و بینی، مراقبت از لوله تراشه و تراکئوستومی) در صورت وجود آن، مراقبت از هرگونه اتصالات در صورت وجود و
- ✓ ثبت مشاوره یا ویزیت انجام شده توسط پزشک و سایر اعضاء تیم درمان، نتیجه و اقدامات انجام شده با ذکر ساعت
- ✓ ثبت پروسیجرهای انجام شده برای بیمار، ساعت و شخص انجام دهنده، تکنیک و اقدامات انجام شده و مربوط به آن
- ✓ ثبت وضعیت تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح، ترشحات و پانسمان
- ✓ ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع و استفراغ
- ✓ ثبت وضعیت دیورز، دفع، رژیم غذایی، برون ده ادراری و کنترل I&O ثبت نتایج حاصل از پیگیری های انجام شده در شیفت
- ✓ ثبت هر گونه علامت غیر طبیعی به وجود آمده برای بیمار و یا حوادث غیر مترقبه و.... و ذکر اقدامات انجام شده
- ✓ ثبت نحوه شناسایی و مراقبت از بیماران پر خطر
- ✓ ثبت آموزش های داده شده به بیمار در شیفت مانند تعریف سیر بیماری، عوارض احتمالی، مراقبت از خود، مراقبت های دارویی، مدیریت درد و ... (این ترتیب در شرایط عادی است و اگر موقعیت خاصی ایجاد شود ممکن است تغییر کند مثلا اگر افت فشار وجود داشت یا موقعیت احیا ایجاد شد ممکن است موارد دیگر تحت تاثیر قرار گیرد).
- ✓ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

نحوه ثبت گزارش زمان ترخیص

- ✓ وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار در زمان ترخیص
- ✓ وضعیت قلبی و تنفسی بیمار
- ✓ ساعت ویزیت بیمار، مشاوره و نتایج آن و صدور دستور ترخیص بیمار
- ✓ ثبت وضعیت درن ها، تیوپ ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح، ترشحات و پانسمان
- ✓ ذکر وضعیت عمومی بیمار درد، تهوع، استفراغ و.....
- ✓ ثبت وضعیت دیورز، دفع و رژیم غذایی، ثبت علائم حیاتی
- ✓ نظارت و تکمیل مستندات مرتبط با ترخیص بیمار (شامل شرح حال، برگه خلاصه پرونده، آموزش زمان ترخیص در دو برگه آموزش مستمر و حین ترخیص با امضای پزشک، پرستار تغذیه و خود بیمار)
- ✓ ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار
- ✓ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش Never Event 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 بیماران پر خطر

بر اساس استاندارد های اعتبار بخشی نسل پنجم بیماران پرخطر شامل 6 دسته هستند، که لازمست کلیه بیماران بر اساس 6 معیار ابلاغی، بررسی شده و ریسک خطر آنها تعیین گردد و سپس با توجه به ریسک خطر تعیین شده، اقدام به اجرای مراقبتهای پرستاری نموده و در هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت گردد.

- ✓ بیماران در معرض خطر سقوط که با معیار مورس (Morse fall risk assessment scale) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبت های پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت می گردد.
- ✓ بیماران در معرض خطر زخم فشاری که با معیار برادن (Braden scale) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبت های پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت می گردد.
- ✓ بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی که با معیار ولز (Wells score) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبت های پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت می گردد.
- ✓ بیماران در معرض خطر خودکشی که با معیار سد پرسنس (Sad persons scale) مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبت های پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت می گردد.
- ✓ بیماران در معرض خطر پلی فارمسی (چند دارویی) که در صورت داشتن بیش از 4 دارو و سرم در کاردکس پر خطر محسوب شده و مراقبت های پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت می گردد.
- ✓ بیماران در معرض خطر سوءتغذیه که با معیارهای مشخص ارزیابی تغذیه ای، توسط پرستار و کارشناس تغذیه، مورد ارزیابی قرار گرفته و مراقبت های پرستاری برای ایشان طراحی، اجرا و ثبت می گردد.

نکته : برخی بیماران آسیب پذیر هستند که لازم است شناسایی شده و طرح مراقبت های پرستاری برای ایشان انجام و ثبت گردد. بیماران آسیب پذیر شامل بیمارانی هستند که در شرایط خاص فیزیولوژیک، فیزیکی، روانی و اجتماعی قرار دارند. از جمله این بیماران می توان به بیماران سالمند، بیماران روانپزشکی، بیمار دارای اختلالات ذهنی، معلولیتها جسمی (بینایی، شنوایی، حرکتی گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان، کودکان، مادران باردار، مراجعین یا بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند

خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضد اجتماعی و افراد بی خانمان اشاره کرد.

گزارش هنگام انتقال

- ✓ ثبت علت انتقال
- ✓ ثبت ساعت انتقال
- ✓ ذکر تیم همراه بیمار
- ✓ ثبت شرایط بیمار در زمان و حین انتقال
- ✓ ثبت تجهیزات همراه در زمان انتقال
- ✓ ثبت نتیجه ی انتقال
- ✓ ثبت ساعت برگشت (در صورت عدم برگشت، علت عدم برگشت)
- ✓ ثبت شرایط بیمار هنگام بازگشت مجدد به بخش

گزارش اعزام یا انتقال

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.

گزارش انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر علاوه بر ثبت در پرونده، لازم است به صورت شفاهی با استفاده از تکنیک ISBAR در

زمان انتقال و در بخش مقصد صورت گیرد. پرستار در ثبت گزارش باید موارد زیر را حتما ذکر نمایند:

- ✓ ساعت انتقال از بخش مبدا و ساعت پذیرش در بخش مقصد (که نباید اختلاف زیادی داشته باشند)
- ✓ وسیله انتقال بیمار (برانکارد، صندلی چرخدار و ...)
- ✓ تجهیزات لازم در زمان انتقال (طبق دستور کتبی پزشک)
- ✓ اعضای تیم انتقال دهنده (از جمله پرستار بیمار و کارشناس بیهوشی و ... طبق دستور کتبی پزشک)

✓ شرایط عمومی، سطح هوشیاری، وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی بیمار در زمان انتقال از بخش مبدا و زمان پذیرش در بخش های مقصد

✓ پرستار تحویل دهنده و تحویل گیرنده در بخش مقصد

✓ داروها و مدارک بیمار به چه کسی تحویل داده شد

ثبت نکات اساسی در مراقبت قبل از عمل

✓ تکمیل برگه قبل از عمل و بررسی مستندات رضایت آگاهانه

✓ ثبت مشخصات بیمار، نوع عمل، محل و موضع عمل

✓ ثبت نتایج مشاوره های انجام شده و پیش بینی ریسک توسط پزشک مشاور و اطلاع دستورات مشاور به پزشک معالج

✓ ثبت وضعیت عمومی بیمار با قید PR-GCS-BP-T

✓ ثبت رژیم غذایی و آمادگی هایی که جهت عمل مانند انما، سونداژ و... داده شده و نتایج حاصله از آن مانند اجابت مزاج، برقراری دیورز و...

✓ ثبت آمادگی های لازم از قبیل حمام، شیو ناحیه عمل و پرپ ناحیه عمل

✓ ثبت داروهای پروفیلاکسی، مسکن، سرم و اجرای آن ها با ذکر ساعت و تاریخ قبل از عمل

✓ ثبت موارد مربوط به درخواست خون، رزرو خون و اخذ رضایت عمل

✓ ثبت موارد قابل ذکر در پرونده مانند عضو و سمت جراحی، علامت گذاری عضو و...

✓ ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل

✓ ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار مانند لوله تراشه و ...

✓ در مورد سزارین ذکر سن حاملگی، علت سزارین و وضعیت جنین ثبت شود، کنترل صدای قلب و حرکات جنین غیر الزامی می باشد.

✓ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضاء گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ دقیق

ثبت نکات اساسی در ریکاوری

- ✓ ثبت مشخصات بیمار، نوع عمل و ساعت تحویل بیمار از اتاق عمل به ریکاوری
- ✓ ثبت وضعیت هوشیاری و تنفسی بیمار در صورت نیاز اکسیژن تراپی و ساکشن
- ✓ در صورتی که دستوری از طرف پزشک بیهوشی و جراح برای ریکاوری داده شد از جمله تزریق آنتی بیوتیک یا مسکن ثبت شود.
- ✓ ثبت مانیتورینگ و پالس اکسیمتری بیمار
- ✓ ثبت علائم حیاتی، زمان تحویل و ثبت اتصالات مربوطه (لوله تراشه، چست تیوب، وزنه، هموواک، FC، ...)
- ✓ ثبت وضعیت عمومی بیمار مانند تهوع، استفراغ و ... پوزیشن داده شده به بیمار ثبت شود.
- ✓ ثبت تحویل نمونه های بیوپسی به پرسنل یا همراه بیمار همراه با درخواست
- ✓ ثبت عوارض بیهوشی و اقدامات انجام گرفته
- ✓ ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار در صورت هوشیاری
- ✓ پس از کسب تکلیف از بیهوشی برای انتقال بیمار به بخش؛ ثبت ساعت تماس با بخش مربوطه برای انتقال بیمار، کلیه مدارک همراه بیمار مستندات و پرونده بیمار و ذکر ساعت خروج از ریکاوری
- ✓ در سزارین جنس نوزاد و آپگار آنومالی ظاهری و یا به ظاهر سالم ثبت شود.
- ✓ ثبت نام و نام خانوادگی بیمار و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ



ثبت نکات اساسی در مراقبت بعد از عمل

- ✓ ثبت مشخصات بیمار، نوع عمل و ساعت تحویل بیمار از اتاق عمل
 - ✓ ثبت وضعیت هوشیاری و تنفسی بیمار و در صورت نیاز اکسیژن تراپی و ساکشن ترشحات ریوی
 - ✓ ثبت علائم حیاتی و برون ده ادراری و کنترل ادرار در ساعات اولیه (در صورت نیاز مانیتورینگ بیمار)
 - ✓ ثبت وضعیت درن ها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح، ترشحات و پانسمان
 - ✓ ثبت وضعیت عمومی بیمار مانند تهوع، استفراغ و...، پوزیشن داده شده به بیمار، چک دستورات پزشک درخواستی در کاردکس
- دارویی
- ✓ چارت OR در بالای برگه علائم حیاتی با رنگ قرمز به بلندی حدود دو سانتی متر
 - ✓ ثبت رژیم غذایی و دستورات مرتبط ثبت، وضعیت تحرک، پذیرش و توصیه های حرکتی داده شده توسط پزشک
 - ✓ ثبت عوارض بیهوشی پس از عمل و ذکر اقدامات انجام شده در صورت تماس با دکتر، درج ساعت تماس و دستورات ارائه شده
 - ✓ ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار در صورت هوشیاری
 - ✓ در سزارین ذکر ساعت تماس مادر و نوزاد، ساعت شروع تغذیه با شیر مادر، استفراغ و وضعیت دفع ادرار و مدفوع نوزاد، مراقبت از بند ناف و سایر اقدامات انجام شده برای نوزاد مانند ویزیت پزشک و
 - ✓ ثبت موارد قابل پیگیری در شیفت بعدی
 - ✓ ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

ثبت نکات اساسی در دادن دارو

جهت ثبت صحیح گزارش دارو درمانی لازم است موارد زیر در گزارش دارویی ثبت گردد:

- ✓ شکل دارو
- ✓ دوز و مقدار مصرف دارو
- ✓ راه مصرف دارو
- ✓ زمان دقیق مصرف دارو به صورت 24 ساعته
- ✓ واکنش های دارویی (در صورت بروز)
- ✓ در مورد داروهای اختصاصی باید طول مدت تجویز دارو نیز قید شوند.
- ✓ در مورد داروهای تزریقی محل تزریق نیز باید ذکر گردد (ID – IV – IM – SC)
- ✓ قطره های چشمی، گوشه و بینی به همان صورتی که مصرف شده نوشته و ثبت شود.
- ✓ پس از مصرف داروهای جلدی، وضعیت زخم و موضع و چگونگی آن ثبت می شود.
- ✓ در مورد شیاف ها، روش استفاده (رکتال، واژینال) و چگونگی تحمل بیمار نوشته می شود.
- ✓ باید تغییرات رفتاری بیمار، پس از دریافت دارو، مورد توجه قرار گرفته و ثبت شوند.
- ✓ در صورتی که بیمار دارویی را بر می گرداند یا مصرف نمی کند این مورد با ذکر دلیل در گزارش پرستاری ثبت می شود.



نکات مربوط به ثبت داروهای که باید یک نوبت داده شوند :

✓ داروهای یک نوبته باید در برگه گزارشات ثبت شوند. مواردی که در مورد این داروها ثبت می شوند شامل فرد تجویز کننده، دلیل تجویز و پاسخ بیمار به دادن دارو هستند. به عنوان مثال اگر فقط یک نوبت تزریق وریدی آمپول فورازماید (لازیکس) تجویز شده است ثبت موارد مربوط به دادن دارو به صورت زیر است :

گزارش پرستاری در مورد داروهای که باید که نوبت داده شوند

طبق دستور دکتر ۴۰mg Amp Lasix به بیمار با علائم و نشانه های تنگی نفس رال دو طرفه و o2sat: 89% به صورت وریدی ساعت 9AM تزریق شد. بیمار با برون ده ادراری ۱۵۰۰ سی سی در 6 ساعت، کاهش تنگی نفس و افزایش o2sat: 97% به دارو پاسخ داد.



ثبت نکات اساسی در سرم درمانی

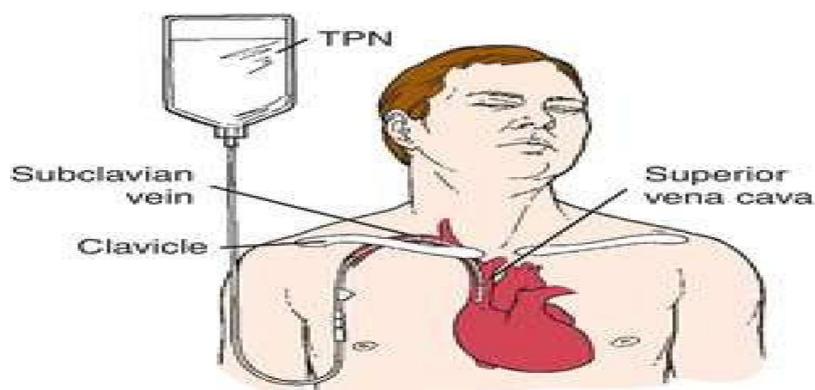
- ✓ پس از برقراری مسیر وریدی، تاریخ، ساعت، محل ورود به ورید و سایز آنژیوکت به کار رفته باید ثبت شوند .
- ✓ تغییر محل مسیر وریدی و دلیل آن (خروج مایع از رگ، فلبیت، انسداد، حرکت و جابه جایی بیمار، تعویض دستورالعمل) باید ثبت شود .
- ✓ اگر برقراری مسیر وریدی پس از چند دفعه تلاش امکان پذیر شد، دفعات آن و نوع کمکی که از دیگران دریافت شده است باید ثبت شود.
- ✓ در هر شیفت، نوع، مقدار و میزان جریان مایع وریدی و وضعیت محل مسیر وریدی باید ثبت شود .
- ✓ در مواقعی که برای باز کردن مسیر وریدی اقدامی انجام می شود، نوع و مقدار مایع به کار برده شده برای این کار باید مشخص و ثبت شود.
- ✓ در مواقع بروز عوارض اقداماتی که انجام می شود (قطع جریان وریدی، بررسی مقدار مایعی که نشت کرده است، مداخلات پرستاری انجام شده و اطلاع به پزشک) باید ثبت شود.
- ✓ اگر یک داروی شیمی درمانی به خارج از رگ نفوذ کرد، طبق دستورالعمل باید وضعیت ظاهری محل مسیر وریدی، نوع مداخله مخصوصا نوع دارویی که به عنوان آنتی دوت به کار رفته است، نوع پانسمان به کار رفته در محل و اطلاع به پزشک ثبت شود.
- ✓ اگر هنگام سرم درمانی واکنش حساسیتی رخ دهد باید پزشک را فوراً در جریان قرار داد و فرم مخصوص عوارض ناخواسته تکمیل شود.
- ✓ آموزش هایی که به بیمار و خانواده وی در زمینه هدف سرم درمانی، توضیح پروسیجر و عوارض احتمالی داده شدند باید ثبت شود.

ثبت نکات اساسی در تغذیه کامل وریدی

- ✓ ثبت نوع و محل مسیر وریدی مرکزی، محل ورود کاتتر، حجم و میزان محلول تزریق شده
- ✓ پایش بیمار از نظر عوارض جانبی و ثبت مشاهدات و مداخلات در این زمینه
- ✓ ثبت تاریخ و زمان قطع مسیر مرکزی، وضعیت ظاهری محل و نوع پانسمان که به کار می رود.

گزارش پرستاری در مورد تغذیه کامل وریدی

ساعت 9:00AM یک سرم آمینوپلازما نیم لیتری وصل شد. به وسیله پمپ انفوزیون و از طریق مسیر ورید مرکزی محلول با سرعت ۶۵ سی سی در ساعت جریان دارد. پانسمان شفاف در محل دست نخورده و سالم است و محل بدون قرمزی، ترشح، تورم یا تندرس است. به بیمار گفته شد در صورت شل یا کثیف شدن پانسمان، دردناک شدن محل کاتتر و یا خروج لوله ها و کاتتر ها، پرستار را مطلع کند. در مورد هدف از انجام تغذیه کامل وریدی به سؤالات بیمار پاسخ داده شد.



ثبت نکات اساسی در تزریق خون

- ✓ چک دستور پزشک
- ✓ ثبت نتیجه آزمایش خون در گزارش پرستاری
- ✓ ثبت درخواست خون، نوع و میزان فرآورده‌های خونی در سیستم اجرایی HIS
- ✓ ارسال نمونه خون بیمار جهت کراس منچ
- ✓ تکمیل فرم درخواست فرآورده توسط پرستار با مهر و امضای پزشک درخواست کننده
- ✓ تحویل فرآورده های خونی از آزمایشگاه و کوچک کیسه خون از نظر نشی، تغییر رنگ و....
- ✓ رعایت ایمنی و شناسایی بیمار در تمام مراحل
- ✓ ثبت تاریخ و ساعت شروع علائم حیاتی قبل، حین و پایان تزریق
- ✓ ثبت شماره سریال فرآورده در گزارش پرستاری
- ✓ الصاق برچسب خون بر روی فرم هموویژلانس
- ✓ ذکر نام پرستار در هنگام تزریق در گزارش پرستاری
- ✓ در صورت واکنش ثبت اقدامات انجام گرفته

نکاتی مربوط به ثبت در مواقع واکنش به تزریق فرآورده های خونی :

- ✓ تاریخ و ساعت شروع واکنش
- ✓ نوع و مقدار خون یا فرآورده خونی تجویز شده
- ✓ زمان شروع و قطع تزریق فرآورده
- ✓ علائم بالینی و واکنش به ترتیب زمان وقوع
- ✓ علائم حیاتی بیمار
- ✓ نمونه های ادرار یا خون که برای آزمایشگاه فرستاده شده است .
- ✓ درمان های انجام شده و پاسخ بیمار به درمان

ثبت نکات اساسی در مراقبت از محل برش جراحی

بعد از عمل جراحی و هنگام بازگشت بیمار به بخش علاوه بر ثبت علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار، لازم است به ثبت گزارشات در مورد برش جراحی و درن ها و مراقبت هایی که انجام شده است توجه ویژه شود. موارد زیر در این زمینه باید مورد توجه قرار گیرند.

- ✓ ثبت اینکه دستور پزشک بیان می دارد پرستار باید اولین پانسمان را تعویض نماید یا پزشک
- ✓ ثبت تاریخ، زمان و وقوع مراقبت از زخمی که توسط پرستار انجام شده است.
- ✓ ثبت مشخصه های ظاهری زخم از قبیل اندازه، وضعیت لبه های زخم، بافت نکروتیک (اگر وجود دارد) بو (اگر وجود دارد) محل هر گونه ترشحات و خصوصیات ترشحات
- ✓ ثبت اطلاعات در مورد پانسمان، مانند نوع و مقدار پانسمان جدید
- ✓ ثبت آموزش ها در مورد مراقبت های زخم
- ✓ ثبت نحوه تحمل پروسیجر توسط بیمار

گزارش پرستاری در مورد مراقبت از محل برش جراحی

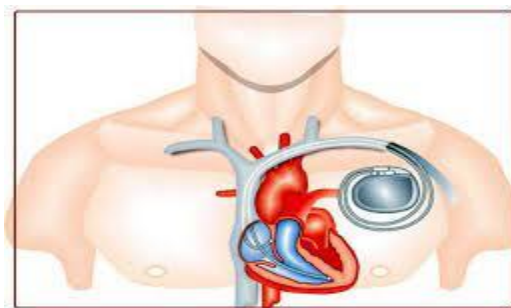
پانسمان از روی برش شکمی (mid-line abd Incision) برداشته شد. ترشحاتی روی پانسمان وجود نداشت. لبه های برش با بخیه های چسبی به خوبی در کنار هم قرار گرفته اند. حاشیه های زخم اکیموز دارند و ناحیه انتهایی زخم دارای ترشحات سروزی است. گاز خشک استریل در محل قرار داده شد و با چسب ثابت گردید. درن JP در ربع پایینی سمت چپ شکم، ترشحات سروزی را خارج میکند. مقدار ۴۰ سی سی ترشحات تخلیه شد. محل برش بدون قرمزی یا ترشحات است.

➤ اگر بعد از ترخیص، نیاز به مراقبت از زخم وجود داشته باشد، باید آموزش های مناسب که در این زمینه ارائه شده اند ثبت گردند. این ثبت باید نشان دهد که روش اسپتیک توضیح داده شده است، چگونگی بررسی زخم از نظر علائم عفونت و دیگر عوارض شرح داده شده است، بیمار چگونگی تعویض پانسمان را نمایش داده است و اینکه آموزش های کتبی برای مراقبت از زخم در منزل را برای بیمار فراهم شده است.

ثبت نکات اساسی در مراقبت از پیس میکرو

مراقبت از بیماری که برای وی پیس میکرو گذاشته می شود نیاز به ثبت جزئیات دارد. در مورد چنین بیمارانی ثبت موارد زیر ضروری است.

- ✓ نوع پیس میکرو که استفاده شده است .
- ✓ تاریخ و ساعت گذاشتن پیس میکرو
- ✓ نام پزشکی که آن را گذاشته است.
- ✓ دلیل جایگزینی پیس میکرو
- ✓ تنظیمات پیس میکرو
- ✓ سطح هوشیاری و علائم حیاتی بیمار، و اینکه از کدام بازو برای گرفتن فشار خون بیمار استفاده شده است.
- ✓ عوارض (مانند عفونت، درد قفسه سینه، بد عمل کردن پیس میکرو یا آریتمی)
- ✓ مداخلاتی که انجام شده است و نتایج آنها (مانند عکس رادیوگرافی برای مشخص کردن جایگزینی صحیح الکتروودها و اطلاعاتی که از الکتروکاردیوگرام به دست آمده است). استریپ های الکتروکاردیوگرام باید قبل، حین و بعد از گذاشتن پیس میکرو، در مواقعی که تنظیم پیس میکرو تغییر می کند و زمانی که بیمار درمان هایی را در اثر عوارض ناشی از پیس میکرو دریافت می کند تهیه شود و در پرونده بیمار قرار داده شود.
- ✓ همچنان که مانیتورینگ قلبی ادامه می یابد مواردی نظیر کاپچر، میزان حس گری، ضربان های خود قلب، رقابت ریت های خود قلب و ریتم پیس شده باید ثبت شوند .
- ✓ اگر بیمار پیس میکرو پوستی دارد، دلیل گذاشتن این نوع پیس میکرو، زمان شروع آن و محل الکتروودها باید ثبت شود.



ثبت نکات اساسی در خارج کردن ترشحات قفسه سینه با استفاده از چست تیوپ

چست تیوپ باعث خروج هوا یا مایعات از فضای جنب می شود. چست تیوپ به یک سیستم درناژ قفسه سینه وصل می شود که هوا، مایعات یا هر دو را خارج می کند و از جریان برگشتی آنها به داخل فضای جنب جلوگیری می کند و بدین ترتیب باعث اتساع سریع ریه می شود. در ثبت مربوط به سیستم درناژ قفسه سینه درج موارد زیر ضروری است :

- ✓ تاریخ و ساعت شروع پروسیجر
- ✓ نوع سیستمی که استفاده شده است.
- ✓ مقدار مکشی که برای سیستم به کار رفته است.
- ✓ وجود یا عدم وجود حباب هوا یا نوسان سطح مایع در محفظه شیشه ای (وجود حباب های هوا در این محفظه ممکن است نشان دهنده نشت هوا باشد).
- ✓ مقدار اولیه و نوع ترشحات
- ✓ وضعیت تنفسی بیمار

هنگام مراقبت از بیماری که دارای سیستم درناژ قفسه سینه است موارد زیر باید ثبت شود .

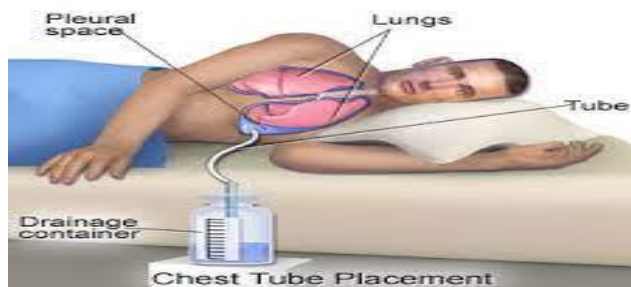
- ✓ دفعات بررسی سیستم
- ✓ وجود یا عدم وجود هوا یا نوسان در محفظه شیشه ای
- ✓ وضعیت تنفسی بیمار
- ✓ وضعیت پانسمان های قفسه سینه
- ✓ نام ، مقدار و روش تجویز داروهای ضد دردی که داده شده است .
- ✓ عوارضی که بروز کرده است .
- ✓ مداخلاتی که انجام شده است.

هنگام ثبت مراقبت های انجام شده برای سیستم درناژ قفسه سینه موارد زیر باید رعایت شود :

- ✓ تاریخ و ساعت هر مشاهده گزارش شود.
- ✓ نتایج بررسی های تنفسی شامل تعداد و کیفیت تنفس های بیمار، یافته های حاصل از سمع ریه ها ثبت شود.
- ✓ در هر بار تعویض پانسمان چست تیوپ یافته های مرتبط با وضعیت پوست بیمار در محل چست تیوپ ثبت شود.
- ✓ ثبت تاریخ و ساعت اطلاع به پزشک در مواقعی که وضعیت وخیمی برای بیمار رخ داده است.
- ✓ گزارش در مورد جلسات آموزش به بیمار و فعالیت هایی که بیمار انجام خواهد داد مانند سرفه کردن و تمرین تنفس عمیق، نشستن و با دست گرفتن محل ورود چست تیوپ به منظور کاهش درد.

گزارش پرستاری در مورد خارج کردن ترشحات قفسه سینه با استفاده از چست تیوپ

چست تیوپ در قسمت قدامی سمت راست قفسه سینه قرار دارد و به ساکشن با فشار ۲۰ سانتی متر متصل است. تمام اتصالات سالم هستند، ۵۰ سی سی ترشحات خونی روشن از ساعت 8:00AM گزارش شد. نشت هوا وجود ندارد و سطح مایع درون محفظه شیشه ای در نوسان است. پانسمان محل چست تیوپ سالم و خشک است. کریپتوس لمس نشد. هر دو ریه صاف هستند. اتساع ریه ها در هر دو طرف قرینه است. تنگی نفس گزارش نشد و بیمار بدون تقلا نفس می کشد. تعداد تنفس ۱۸ تا در دقیقه است. اکسیژن به میزان ۲ لیتر از طریق کاتتر بینی جریان دارد.



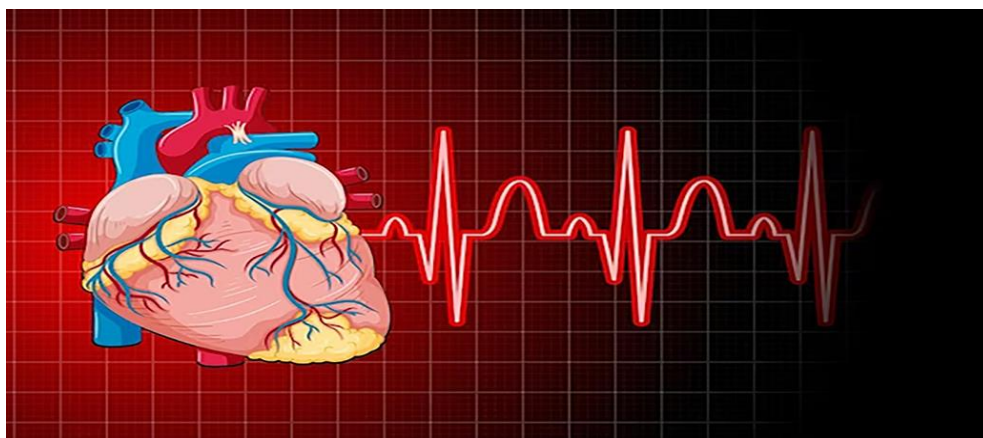
ثبت نکات اساسی در مانیتورینگ قلب

هنگام ثبت مراقبت از بیماری که مانیتورینگ قلبی می شود درج موارد زیر لازم است :

- ✓ تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ و لید های مورد استفاده برای مانیتورینگ
- ✓ اضافه کردن نمونه ای از نوار قلب به گزارش، روی نوار باید نام بیمار، شماره اتاق، تاریخ و ساعت درج شود.
- ✓ هر گونه تغییر در وضعیت ریتم قلبی بیمار

اگر قرار است مانیتورینگ قلب بعد از ترخیص بیمار هم ادامه یابد باید موارد زیر ثبت شود :

- ✓ تعیین اینکه کدام مراقبت کننده می تواند ریتم های خطرناک را تفسیر کند و احیای قلبی ریوی انجام دهد.
- ✓ روش رفع عیب مانیتور در صورتی که دچار اختلال در عملکرد شد.
- ✓ آموزش به بیمار و هر گونه ارجاع وی به تامین کنندگان تجهیزات



ثبت نکات اساسی در تهویه مکانیکی

هنگامی که بیمار تحت تهویه مکانیکی قرار دارد لازم است موارد زیر ثبت شود :

- ✓ تاریخ و ساعت شروع تهویه مکانیکی
- ✓ نوع ونتیلاتور
- ✓ تنظیمات دستگاه و ونتیلاتور
- ✓ پاسخ های ذهنی و عینی بیمار به تهویه مکانیکی از قبیل علایم حیاتی، صدای تنفسی، استفاده از ماهیچه های کمکی برای تنفس، سطح راحتی بیمار و ظاهر فیزیکی وی
- ✓ عوارضی که بروز کرده است و مداخلات انجام شده
- ✓ نتایج تست های آزمایشگاهی از جمله نتایج آنالیز گازهای خون شریانی (ABG) و اشباع اکسیژن

گزارش پرستاری در مورد تهویه مکانیکی

بیمار با مد SIMV، TV:600، FIO2:55%، RR:10، PEEP:5mmhg ونتیله می شود. لوله تراشه شماره ۸ در گوشه راست دهان قرار دارد و با باند در ناحیه دارای علامت ۲۲ سانتی متر فیکس شد. با توجه به عدم توانایی بیمار در پاکسازی راه هوایی و مشاهده ترشحات در مسیر لوله تراشه، ساکشن لوله تراشه با استفاده از سوند نلاتون سبز رنگ در ۲ نوبت به فاصله ۳ دقیقه انجام شد و مقادیر زیادی ترشحات سفید رنگ غلیظ خارج شد. به علت غلیظ بودن ترشحات در حین ساکشن میزان ۱ سی سی اب مقطر استریل در داخل لوله تراشه تزریق شد. پالس اکسی متر 98% O2sat را نشان می دهد. در سمع ریوی در ریه راست، رال و خس خس حین بازدم قابل سمع است. تنگی نفس وجود ندارد.

اگر بیمار تهویه همراه با حمایت فشار مثبت دریافت می کند یا برای بیمار از T-Pice یا تراکئوستومی استفاده شده است موارد زیر باید ثبت شود :

- ✓ مدت زمان تنفس خود به خودی
- ✓ توانایی بیمار در پیشرفت طبق برنامه جدا شدن از دستگاه تهویه
- اگر بیمار تهویه ضروری متناسب با یا بدون حمایت فشار مثبت دریافت می کند . موارد زیر باید ثبت شود :
- ✓ تعداد تنفس
- ✓ ساعت وقوع هر مورد کاهش تنفس
- ✓ تعداد تنفس های خود به خودی

اگر بیمار تحت تهویه مکانیکی قرار دارد رعایت موارد زیر لازم است :

- ✓ ثبت تغییرات در تنظیمات ونتیلاتور (این تغییرات بر اساس نتایج آزمایش، ABG انجام می گیرد).
- ✓ ثبت مداخلاتی که برای ارتقای تحرک بیمار، محافظت پوست یا تسهیل تهویه انجام شده است از جمله اینکه : چه زمانی و چگونه ورزش های دامنه حرکتی فعال یا غیر فعال با بیمار انجام شده است، چه زمانی تغییر وضعیت داده شده است، چه اوقاتی ساکشن انجام شده است و همچنین ثبت خصوصیات ترشحات.
- ✓ ثبت یافته هایی که در بررسی بیمار در ارتباط با جریان خون محیطی، برون ده ادراری، کاهش برون ده قلبی، افزایش حجم مایعات، دهیدراتاسیون و دوره های خواب و بیداری به دست آمده اند.
- ✓ ثبت آموزش هایی که به بیمار یا مراقبت کنندگان از بیمار هنگام آماده کردن بیمار برای ترخیص انجام شده است، نظیر مراقبت از ونتیلاتور و تنظیمات آن، مراقبت از راه هوایی مصنوعی، نحوه برقراری ارتباط، تغذیه و ورزش، علائم و نشانه های عفونت، کارکرد وسایل، هر گونه ارجاع بیمار به فروشندگان تجهیزات، مؤسسات مراقبت در منزل و دیگر منابع اجتماعی.

ثبت نکات اساسی در گذاشتن لوله بینی - معده ای

در مواقع گذاشتن لوله بینی - معدی ثبت موارد زیر ضروری است :

- ✓ نوع و اندازه لوله ای که به کار رفته است.
- ✓ تاریخ، ساعت و مسیر ورود لوله (دهان یا بینی)
- ✓ دلیل گذاشتن لوله بینی - معدی
- ✓ روش کسب اطمینان از جایگزینی صحیح لوله
- ✓ نوع و مقدار ساکشن (اگر به کار برده شده است)
- ✓ خصوصیات ترشحات مانند مقدار، رنگ، قوام و بو
- ✓ تحمل بیمار هنگام گذاشتن لوله
- ✓ زمان شستشوی لوله و مقدار محلولی که به کار برده شده است.
- ✓ علائم و نشانه هایی که نشان دهنده بروز عوارض هستند مانند تهوع، استفراغ و نفخ شکم
- ✓ پروسیجرهای شستشوی آتی و ادامه مشکلات بعد از شستشو

گزارش پرستاری در مورد گذاشتن لوله بینی - معده ای

لوله بینی معدی شماره ۱۲ به علت خروج ترشحات معده و شستشوی معده در مجرای چپ بینی تا خط ۳ در ساعت ۹:۰۰AM قرار داده شد. با استفاده از مایعات لاواژ شده (PH=5) محل آن در معده تایید شد. طبق دستور به ساکشن متناوب با فشار 10mmhg وصل شد. ترشحات سبز کم رنگ و حاوی خون به میزان 280 سی سی خارج شد. شستشو با 100 سی سی نرمال سالین انجام شد. صداهای روده در هر ۴ ربع شکمی به صورت هایپواکتیو (3بار در دقیقه) شنیده می شود.

هنگام کلمپ کردن یا خارج کردن لوله موارد زیر باید ثبت شود :

- ✓ تاریخ و زمان انجام پروسیجر
- ✓ تحمل بیمار در مورد پروسیجر
- ✓ حوادث غیر معمول که هنگام کلمپ یا خارج کردن بروز کرده است مانند تهوع، استفراغ، نفخ شکم، عدم تحمل غذا

ثبت نکات اساسی در تغذیه از طریق لوله

در مواقعی که بیمار از طریق لوله تغذیه می شود علاوه بر بررسی مکرر و ثبت چگونگی تحمل پروسیجر و ترکیب غذایی توسط بیمار، ثبت موارد زیر لازم است :

✓ نوع تغذیه لوله ای که بیمار دریافت می کند. (تغذیه از طریق دودنوم یا ژوژنوم و همچنین تغذیه مداوم یا متناوب)

✓ مقدار دفعات، مسیر و روش تغذیه

✓ نوع ترکیب غذایی

✓ ساعت تغذیه و محلول مورد استفاده برای شستشوی لوله (آب یا آب میوه)

✓ ثبت مقدار ترکیب غذایی داده شده و مقدار محلول شستشوی لوله در برگه گزارش جذب و دفع

✓ تعویض لوله تغذیه

همچنین بررسی منظم و ثبت موارد زیر ضروری است :

✓ کارکرد معده بیمار

✓ داروها یا درمان های انجام شده برای کاهش یبوست و اسهال

✓ سرعت تغذیه در مواردی که به صورت مداوم انجام می شود.

✓ مقدار و محتویات کشیده شده از معده در مواقعی که تغذیه به صورت متناوب انجام می شود.

✓ یافته های حاصل از تست های آزمایشگاهی از جمله گلوکز ادرار و سرم بیمار، الکترولیت های سرم، سطح نیتروژن اوره خون و

اسمولالیته سرم

✓ عوارضی مانند هایپرگلیسمی، گلوکوز اوری و اسهال که ممکن است بروز کند اگر تغذیه بیمار از طریق لوله بعد از ترخیص هم

ادامه خواهد یافت باید از ثبت موارد زیر اطمینان حاصل کرد.

✓ آموزش هایی که در این زمینه به بیمار و خانواده اش داده می شود.

✓ ارجاعاتی که به تامین کنندگان وسایل یا مؤسسات حمایتی داده می شود.

ثبت نکات اساسی در سوند گذاری مثانه

- ✓ هدف از سونداژ مثانه
- ✓ نوع سوند استفاده شده جهت سونداژ
- ✓ سایز سوند
- ✓ ثبت مانورها و اقدامات انجام شده قبل از سونداژ
- ✓ شخص انجام دهنده 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
- ✓ این گزارش فقط یکبار و در زمان تعبیه سونداژ ثبت می شود. در زمانی که بیمار سوند دارد، نیازی به ثبت موارد فوق نیست، فقط مراقبت های انجام شده برای سوند شامل شستشوی ژنیتال، شستشوی سوند، اطمینان از فیکس بودن سوند، اطمینان از برقرار بودن جریان ادرار، پایین بودن بگ ادراری، حجم و رنگ ادرار و اقدامات انجام شده مربوط در همان شیفت ثبت می گردد.

ثبت نکات اساسی هنگام ساکشن بیمار

- ✓ پایش علائم حیاتی
- ✓ وضعیت تنفسی بیمار
- ✓ بررسی صداهای تنفسی (طبیعی، استریدور، رال، ویزینگ و...)
- ✓ دلیل ساکشن
- ✓ محل ساکشن (از طریق بینی، حفره دهان، تراکئوستومی و غیره)
- ✓ ثبت میزان، رنگ و قوام، بو ترشحات و اقدامات انجام شده و نتایج حاصل از
- ✓ ویژگی های خلط

ثبت نکات اساسی در گرفتن خون شریانی

بررسی گازهای خون شریانی (PH خون شریانی، فشار نسبی اکسیژن و دی اکسید کربن در خون شریانی) به ارزیابی وضعیت تهویه ریوی کمک می کند. هنگام گرفتن نمونه خون شریانی، موارد زیر باید به دقت ثبت شود :

- ✓ علائم و درجه حرارت بیمار
- ✓ محل ورود سوزن به شریان
- ✓ نتیجه تست آلن
- ✓ موارد بروز اختلال در جریان خون مانند خون ریزی در محل ورود سوزن و تورم، تغییر رنگ، درد، بیحسی یا مورمور شدن

پس از گرفتن نمونه خون شریانی موارد زیر ثبت شوند :

- ✓ ساعتی که نمونه خون گرفته شده است .
- ✓ مدت زمانی که جهت کنترل خون ریزی بر محل ورود سوزن فشار وارد شده است.
- ✓ نوع و مقدار اکسیژن درمانی که بیمار دریافت کرده است .

گزارش پرستاری در مورد گرفتن خون شریانی

تست آلن در دست راست مثبت بود. خون از شریان رادیال ساعت 9:00AM گرفته شد. نبض طبیعی بود. به مدت ۵ دقیقه به محل فشار وارد آمد و پانسمان فشاری در محل گذاشته شد. هیچ مورد خونریزی ، هماتوم یا تورم گزارش نشد. دست به رنگ صورتی و گرم بود و بازگشت مجدد مویرگی ظرف دو ثانیه صورت می گرفت. نتیجه آزمایش به دکتراطلاع داده شد. ساعت 9:15AM برای بیمار اکسیژن با ماسک 5 لیتر گذاشته شد. بیمار دیسترس تنفسی نداشت.

ثبت نکات اساسی در گذاشتن و خارج کردن مسیر ورید مرکزی

در گذاشتن مسیر ورید مرکزی موارد زیر باید ثبت شوند :

- ✓ زمان و تاریخ گذاشتن مسیر وریدی
- ✓ نام پزشک انجام دهنده پروسیجر
- ✓ نوع و طول و محل گذاشتن کاتتر
- ✓ محلولی که از طریق مسیر در جریان است.
- ✓ پاسخ بیمار به پروسیجر
- ✓ ساعت انجام عکس برداری قفسه سینه جهت تایید ایمنی و تصحیح جایگزینی کاتتر
- ✓ نتیجه عکس برداری و اطلاع نتیجه به پزشک

در خارج کردن مسیر ورید مرکزی موارد زیر باید ثبت شوند :

- ✓ تاریخ و ساعت برداشتن مسیر وریدی
- ✓ نام پزشک انجام دهنده پروسیجر
- ✓ نوع پانسمانی که به کار رفته است
- ✓ وضعیت محل ورود کاتتر
- ✓ نگه داری قطعه ای از کاتتر برای کشت یا دیگر بررسی هادر صورت بروز عفونت

گزارش پرستاری در مورد گذاشتن مسیر ورید مرکزی

پروسیجر برای بیمار توسط دکتر..... توضیح داده شد و رضایت نامه توسط ایشان گرفته شد. بیمار در وضعیت ترند لنبرگ قرار داده شد و کاتتر سه راهه به وسیله دکتر..... در اولین اقدام از طریق ساب کلاوین سمت راست ساعت 9:00 AM گذاشته شد. کاتتر با نخ سیلک سه صفر در محل بخیه شد و پانسمان استریل طبق پروتکل قرارداداده شد. تمام مسیرهای کاتتر با ۱۰۰ واحد هپارین آغشته شد. ساعت 9:30AM CX-Ray انجام شده است و ساعت 10:00AM به رویت دکتر..... رسید. بیمار پروسیجر را به خوبی تحمل کرد.

ثبت نکات اساسی در کنترل درد

در بررسی مشخصات درد استفاده از معیار PQRST کمک کننده است :

- ✓ P (Provokes) عوامل تحریک کننده درد: عواملی که باعث تشدید یا تخفیف درد می شوند.
- ✓ Q (Quality) کیفیت درد: درد ممکن است مبهم، منتشر و ارجاعی باشد.
- ✓ R (Radiates) انتشار درد: گسترش درد به سایر قسمت ها
- ✓ S (Severity) شدت درد: به دو شکل عددی یا توصیفی ثبت میگردد. شکل عددی آن از 1 تا 10 و شکل توصیفی با عبارتهای درد بسیار شدید، درد شدید، درد متوسط، درد خفیف و فقدان درد ثبت می شود.
- ✓ T (Time) زمان درد: مدت زمانی که درد به صورت مداوم یا متناوب ادامه داشته است. در این راستا دوره درد ممکن است به صورت درد مداوم، درد متناوب و درد زودگذر باشد.

از جمله سایر موارد مهم در بررسی درد:

- ✓ ارتباط محل درد با علت بستری: (مثلا برای بیماری که به علت عمل جراحی کله سیستمیت بستری شده و از سردرد شاکی است، باید علت را بررسی و سپس اقدام به درمان کرده و در گزارش نیز ثبت نمود).
- ✓ واکنشهای رفتاری و تظاهرات فیزیولوژیکی: تعریق، تهوع، رنگ پوست، نبض، تنفس، فشارخون، سائز مردمک ها و..
- نکته: درد بیمار باید در هر شیفت بررسی و ثبت گردد. در مواردی که سیر بیماری می تواند سبب بروز درد در بیمار گردد، در صورت عدم وجود درد هم باید در هر شیفت ثبت شود، حتی در صورتی که درد ارتباطی به علت بستری بیمار ندارد، باز هم باید مورد توجه و ثبت قرار گیرد.

گزارش پرستاری در مورد درد

بیمار از درد تیز ناحیه شکم در سمت ربع تحتانی سمت راست شاکی بود که درد به کشاله ران همان سمت انتشار می یابد که همراه با تعریق و تاکیکاردی (112:HR) می باشد. شدت درد 6 گزارش شد و به صورت متناوب این درد وجود دارد. درد بیمار با نشستن و خم شدن به سمت جلو کاهش می یابد و با دراز کشیدن به حالت سوپاین بیشتر می شود. برای بیمار ماساژ پشت انجام شد و به دستور دکتر..... 5 میلی گرم مورفین به صورت عضلانی تزریق شد. پس از تزریق مخدر هوشیاری، تنفس و ضربان قلب بیمار پایش شد که مورد غیرطبیعی مشاهده نگردید. پس از 25 دقیقه درد بیمار برطرف و ضربان قلب بیمار 96 گردید.

ثبت نکات اساسی در کنترل درد توسط بیمار (PCA patient- controlled analgesia)

هنگام مراقبت از بیمار که از روش PCA استفاده می کند موارد زیر در آن ثبت گردد :

✓ مقدار دارویی که در شیفت جاری استفاده شده است .

✓ پاسخ بیمار به درمان

✓ آموزش هایی که به بیمار داده شده است .

ثبت نکات اساسی در زخم فشاری

از آنجا که بسیاری از بیماران، مستعد ابتلا به زخم های فشاری هستند لازم است همیشه یافته های مرتبط با وضعیت پوست بیمار ثبت شوند. در این موارد رعایت نکات زیر لازم است :

✓ ثبت این مورد که آیا بیمار هنگام مراجعه و پذیرش زخم فشاری داشته است یا اینکه در بیمارستان دچار زخم فشاری شده است. عدم ثبت زخم هایی که بیمار هنگام پذیرش دارد می تواند منجر به انجام اقدامات قانونی علیه پرستار شود.

✓ زمانی که بیمار با زخم فشاری در بخش بستری می شود ثبت محل زخم، ظاهر، اندازه، عمق رنگ و ظاهر اگزودای خارج شده از زخم ضروری است .

✓ عوامل خطر ایجاد کننده زخم فشاری مانند چاقی، وضعیت بد تغذیه ای، کاهش سطح هموگلوبین، بی تحرکی، عفونت، بی اختیاری و شکستگی ها باید بررسی شده و در صورت وجود ثبت شوند. اگر وضعیت پوست بیمار ضمن بستری شدن در بیمارستان بدتر شود. اقامت او در بیمارستان ممکن است طولانی تر شود و در این صورت، تهیه گزارشی واضح در مورد مراقبت از پوست و عوامل مرتبط با آن ضرورت پیدا می کند.

✓ اگر روتین بیمارستان، عکس گرفتن از زخم فشاری هنگام پذیرش بیمار را توصیه می کند، تاریخ گرفتن عکس ها باید ثبت شوند تا تغییرات در وضعیت پوست بیمار با مقایسه عکس ها قابل پیگیری باشد.

هنگام ثبت بررسی پوست موارد زیر باید مورد توجه قرار گیرند :

- ✓ اندازه زخم (شامل طول، عرض، و عمق به سانتی متر) شکل و مرحله زخم
- ✓ محل زخم (برای ثبت محل واقعی زخم محل آن روی تصویر شماتیک بدن مشخص می شود).
- ✓ خصوصیات ترشحات (اگر وجود دارد) که شامل مقدار، رنگ و وجود بو می باشد.
- ✓ مشخصات بستر زخم که شامل توصیف نوع بافت مانند بافت گرانولاسیون، چسبنده یا بافت پوششی و درصد هر نوع بافت می باشد.
- ✓ وجود یا عدم وجود اسکار، درد، فرورفتگی در زخم یا باز شدن کانال (به سانتی متر)

گزارش پرستاری در زخم فشاری

بیمار زخم باز در نوک دومین انگشت پای سمت چپش به ابعاد 1*5 سانتی متر به عمق 0.5 سانتی متر دارد. محیط زخم دایره ای و دارای حاشیه ای صاف است. بستر زخم رنگ پریده است و بافت گرانولاسیون کمی دارد. هیچ گونه ترشح، بو، اسکار یا ایجاد کانال گزارش نشد. بیمار در محل زخم درد دارد و در مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه درد بیمار ۴ است. پوست اطراف زخم در لمس سرد، رنگ پریده و سالم است. بیمار بیان می دارد که نباید پاهایش را روی هم بیندازد یا لباس های تنگ بپوشد.

ثبت نکات اساسی در ناحیه زخم و پانسمان

- ✓ محل زخم
- ✓ علت زخم
- ✓ وسعت و اندازه ی زخم
- ✓ نزدیک بودن لبه های زخم
- ✓ وجود یا عدم وجود ترشح
- ✓ رنگ و نوع و میزان ترشح
- ✓ نوع محلول شستشو و ضد عفونی
- ✓ تعداد گاز خیس شده ناشی از ترشحات زخم
- ✓ نوع پانسمان استفاده شده (فشاری-معمولی-نوین و...)
- ✓ واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب، درد و احساس نگرانی
- ✓ در صورت داشتن درن توجه به خونریزی، فیکس بودن و عملکرد مناسب آن
- ✓ فرد یا افرادی که در تعویض پانسمان مداخله داشتند

نکته: در هر شیفت وجود یا عدم وجود زخم یا زخم بستر، در گزارش پرستاری ثبت می گردد و در صورت وجود زخم موارد فوق در هر شیفت، مورد بررسی قرار گرفته و ثبت می شود.

ثبت نکات اساسی در جذب و دفع مایعات

هنگام ثبت جذب و دفع مایعات، پیگیری موارد زیر لازم است:

- ✓ برگه جذب و دفع مایعات را کنار تخت بیمار قرار دهید تا به عنوان یاد آور عمل کند.
- ✓ مایعاتی که به دلیل بی اختیاری بیمار دفع شده است، محلول های شستشو، غذاهایی مانند ژلاتین و مایعات دیگر، مایعات وریدی و داروهایی که از طریق وریدی داده شده است باید در ثبت جذب و دفع مایعات مورد توجه قرار گیرند. (مقدار دفع مایع از طریق دستگاه گوارش به طور طبیعی روزانه ۱۰۰ سی سی یا کمتر می باشد. هر چند اگر مدفوع بیمار آبکی شود یا دفعات آن زیاد شود، باید به عنوان برون ده در نظر گرفته شود).

ثبت نکات اساسی در CPR

- ✓ زمان و نوع ایست (فقدان نبض یا تنفس)
- ✓ زمان شروع احیای قلبی و ریوی CPR
- ✓ ریتم قلبی در زمان شروع دارو درمانی و پس از اجرای دارو درمانی
- ✓ ریتم قلبی در زمان شروع دفیبریلاسیون و پس از دفیبریلاسیون
- ✓ لوله گذاری، اکسیژن درمانی و تجویز گازهای خون شریانی ABG
- ✓ تعداد دفعات دفیبریلاسیون، مقدار انرژی به کار رفته و واکنش بیمار نسبت به آن
- ✓ دارو درمانی (نوع، دوز، زمان، نام فردی که برای بیمار دارو تجویز و تزریق می نماید)
- ✓ واکنش مردمک ها
- ✓ افراد عضو تیم احیا
- ✓ زمان خاتمه احیا
- ✓ نتیجه عملیات احیا مانند فوت بیمار (انتقال به سردخانه)، انتقال به بخش ویژه، اعزام به مرکز مجهزتر

ثبت نکات اساسی در آموزش به بیمار

موارد زیر برای آموزش بیماران در گزارش پرستاری باید ثبت شود.

- ✓ ثبت نیازهای آموزشی بیمار در شیفت (نیازهای ابرازشده با توجه به سوالات وی و نیازهای احساس شده با استفاده از حداقل های ابلاغی)
- ✓ ثبت عنوان محتوای آموزش داده شده
- ✓ ثبت آموزش های برنامه ریزی شده و غیر برنامه ریزی شده
- ✓ ثبت شیوه های آموزشی (کتبی، شفاهی، شنیداری، کمک آموزشی و..)
- ✓ ثبت نام فرد آموزش گیرنده و ثبت مشارکت بیمار / خانواده در آموزش
- ✓ ثبت نام فرد آموزش دهنده
- ✓ ثبت نتیجه آموزش ارائه شده به بیمار (شامل واکنش بیمار نسبت به آموزش)
- ✓ هر گونه پیگیری مورد نیاز



ثبت نکات اساسی در سقوط بیمار

هنگام ثبت باید موارد زیر را لحاظ کرد :

- ✓ ثبت هر گونه کبودی، خراشیدگی یا پارگی و زخم
- ✓ ثبت درد یا تغییر شکل در اندام ها، مخصوصاً در مفصل ران، بازو، پا یا کمر
- ✓ ثبت علائم حیاتی بیمار
- ✓ بررسی نورولوژیکی و ثبت یافته های غیر طبیعی مانند لکنت زبان، وجود ضعف در اندام ها، یا تغییر در وضعیت هوشیاری
- ✓ ثبت تاریخ و ساعت اطلاع به پزشک

گزارش پرستاری در سقوط بیمار

بیمار ساعت 9:00AM کف اتاق کنار تخت و صندلی اش افتاده بود و از درد در مفصل ران سمت راست شکایت داشت و پای راست را به سختی حرکت می داد. هیچ خراشیدگی یا زخمی وجود نداشت. فشار خون (۱۵۸/۹۸) نبض بیمار ۹۴ و سرعت تنفس بیمار ۲۲ بود و بیمار هوشیار می باشد. بیمار بیان می کند هنگامی که سعی داشته است بر روی صندلی اش قرار گیرد افتاده است. به دکتر ساعت 9:05AM اطلاع داده شد. طبق دستور دکتر.....گرافی از مفصل ران ساعت 9:30AM انجام شدو به رویت دکتر..... ساعت 10:00AM رسانده شد. به بیمار در مورد گذاشتن نرده کنار تخت و استفاده از زنگ احضار پرستار آموزش داده شد. هم اکنون نرده کنار تخت بالا می باشد.

ثبت نکات اساسی در ترخیص علی رغم توصیه پزشک

علیرغم توصیه پزشکی باید موارد زیر به طور واضح ثبت شوند :

- ✓ اینکه بیمار می داند که علیرغم توصیه پزشکی بیمارستان را ترک می کند.
- ✓ اینکه به بیمار خطرات ترک بیمارستان گفته شده است و بیمار آنها را فهمیده است.
- ✓ اینکه بیمار می داند که می تواند مجدد به بیمارستان برگردد و بستری شود.
- ✓ ممانعت بیمار از امضای فرم ترخیص علی رغم توصیه پزشک
- ✓ دلیل بیمار برای ترک بیمارستان علیرغم توصیه های پزشکی
- ✓ نام بستگان یا دیگر افرادی که به آنها تصمیم بیمار اطلاع داده شده است و تاریخ و زمان اطلاع
- ✓ توضیحاتی که در مورد خطرات و عواقب ترخیص علی رغم توصیه های پزشکی به بیمار داده شده است و همچنین نام فردی که توضیحات را داده است.
- ✓ آموزش هایی که در مورد گزینه های دیگر برای پیگیری مراقبت به بیمار داده شده است.
- ✓ لیست افرادی که بیمار را هنگام ترخیص همراهی می کنند و آموزش هایی که به آنها داده شده است.
- ✓ مقصد بیمار بعد از ترخیص

گزارش پرستاری در ترخیص علی رغم توصیه پزشک

بیمار لباس پوشیده در اتاق نشسته بود. وقتی از او پرسیده شد چرا لباس هایش را پوشیده است او بیان کرد " من از تمام این آزمایشات خسته شده ام، آنها مرا برای انجام آزمایشات نگه داشته اند اما هنوز نمی دانند من چه مشکلی دارم. من دیگر بیشتر از این نمی توانم بمانم، من می خواهم برم خانه ام." به دکتر ساعت 14:15 اطلاع داده شد. وی با بیمار صحبت کرد. به همسر بیمار اطلاع داده شد و به بیمارستان آمد. او نتوانست شوهرش را متقاعد کند در بیمارستان بماند. بیمار تمایل داشت فرم ترخیص علیرغم توصیه پزشک را امضا کند. فرم ترخیص علیرغم توصیه پزشک امضا شد. بیمار موافق است تا دکتر..... را در مطبش ۲ روز دیگر ببیند. درمورد وعده ملاقات با بیمار و همسرش صحبت شد. بیمار بعد از ترخیص به منزل می رود. بیمار در حالی که در صندلی چرخدار بود به سمت سالن اصلی همراه با همسرش همراهی شد. بیمار در ساعت 14:45 بیمارستان را ترک کرد.

آریتمی ها

در مواقع بروز آریتمی ثبت موارد زیر لازم است :

- ✓ تاریخ و زمان وقوع آریتمی
- ✓ حوادثی که قبل از آریتمی و در زمان آریتمی وجود داشته است.
- ✓ نشانه های بیمار و یافته های حاصل از بررسی قلبی عروقی که به دست آمده اند مانند رنگ پریدگی، پوست سرد و مرطوب، تنگی نفس، تپش قلب، ضعف، درد قفسه سینه، سرگیجه، سنکوپ و کاهش برون ده ادراری
- ✓ علائم حیاتی و ریتم قلب بیمار (اگر بیمار مانیتور قلبی می شود یک استریپ از لحاظ آریتمی در پرونده قرار داده شود).
- ✓ نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و زمان اطلاع
- ✓ نتایج بررسی نوار قلب
- ✓ مداخلاتی که انجام شده است و پاسخ بیمار به مداخلات
- ✓ حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار داده شده است.

گزارش پرستاری در آریتمی ها

هنگام کمک به بیمار جهت راه رفتن در راهرو در ساعت 9:15AM بیمار از احساس ضعف و سرگیجه شکایت کرد بیمار گفت "احساس می کنم قلبم مانند چکش در قفسه سینه ام می زند" بیمار بیان می کند که قلبم هرگز چنین احساسی نداشته است. نبض های محیطی ضعیف، پوست سرد و مرطوب و عرق کرده بود. بیمار درد قفسه سینه و تنگی نفس را انکار می کند. صداهای ریه در دو طرف به وضوح شنیده می شود. بیمار در صندلی چرخ دار قرار داده شد و به وی کمک شد تا به تختش برگردد. به دکتر در ساعت 9:25AM دقیقه اطلاع داده شد و دستورات یادداشت شد. بیمار در معرض کاهش پرفیوژن بافتی در رابطه با عدم توانایی قلب در پمپاژ موثر با علائم $O_2sat=92\%$ $Rate=170$ $BP=90/50$ $RR=24$ و سردی اندامها و نبض های با قدرت 1+ می باشد. ریتم قلبی بیمار تکیکاردی دهلیزی می باشد. اکسیژن به میزان 4 لیتر در دقیقه از طریق کانولای بینی شروع شد. در وضعیت سوپاین قرار داده شد. سرم دکستروز 5 درصد جهت تزریق از دست راست با آنژیوکت شماره 18 آماده شد. به اطلاع دکتر رسید. در حضور ایشان امپول آدنوزین با دوز 6 میلی گرم به صورت سریع در عرض 1 ثانیه تزریق شد. ضربان قلب بیمار بلافاصله به ریتم سینوسی با تعداد ضربان 75 تبدیل شد. در ساعت 9:47AM فشار خون بیمار 102/67 گردید و نبض های محیطی با قدرت 2+ لمس گردید.

درد قفسه سینه

هنگام مراقبت از بیماری که درد قفسه سینه دارد ثبت موارد زیر مهم است :

- ✓ تاریخ و زمان شروع درد
- ✓ وقتی درد شروع شد بیمار چه کاری انجام داد.
- ✓ درد چه مدت طول کشید آیا، قبلاً هم اتفاق افتاده بوده است و آیا شروع آن ناگهانی بود یا تدریجی
- ✓ آیا درد به جای دیگری هم ارجاع می کند.
- ✓ فاکتورهایی که درد را تشدید میکند یا تخفیف می دهد.
- ✓ محل واقعی درد. از بیمار خواسته شود که به محل درد اشاره کند.
- ✓ شدت درد. از بیمار خواسته شود که درد را در مقیاس ۰ تا ۱۰ درجه بندی کند، صفر نشان دهنده این است که بیمار هیچ دردی ندارد و ۱۰ نشان دهنده شدید ترین نوع درد می باشد.
- ✓ نتایجی که از بررسی بیمار به دست آمده اند، از جمله علائم حیاتی
- ✓ نام افرادی که در جریان قرار گرفته اند، به همراه ساعت اطلاع به آنها، مانند پزشک، سوپروایزر پرستاری و بخش پذیرش (اگر بیمار منتقل شده است)
- ✓ آموزش ها و مراقبت های حمایتی که به بیمار ارائه شده است .

گزارش پرستاری در درد قفسه سینه

بیمار ساعت 2:00AM از شروع ناگهانی درد قفسه سینه هنگام خواب شکایت دارد و به مرکز قفسه سینه و بالای جناغ اشاره می کند بیمار بیان می کند "احساس می کنم یک فیل روی قفسه سینه ام نشسته است". درد به گردن و شانه های بیمار کشیده می شود. بیمار در مقیاس ۰ تا ۱۰ درد خود را ۷ بیان میکند. علائم حیاتی چک که ریتم قلبی سینوسی و نرمال است. گاهگاهی PVC به صورت نامتناوب مشاهده می گردد $BP=90/62$ $RR=26$ $o2sat=90\%$ $P=112$ می باشد. در قاعده ریه های هنگام سمع رال ملایم شنیده می شود. ساعت 2:15AM به دکتر..... اطلاع داده شد و دستورات دریافت شد. ساعت 2:20 AM آمپول مورفین ۲ میلی گرم به صورت وریدی تزریق شد. اکسیژن به میزان ۴ لیتر در دقیقه از طریق کاتتر بینی شروع شد. نوار قلب 2:30AM گرفته شد. ساعت 2:45am بیمار توسط دکترویزیت شد و بیمار می گوید درد کنونی وی در مقیاس ۰ تا ۱۰ عدد ۵ است. آمپول مورفین ۲ میلی گرم به صورت وریدی تزریق شد. دکتر..... نوار قلب را مورد بررسی قرار داد که نشان دهنده ایسکیمی حاد است. بیمار برای انتقال به بخش سی سی یو آماده شد.

ادم ریوی

هنگام مراقبت از این بیماران موارد زیر باید ثبت شوند :

- ✓ یافته های حاصل از بررسی مانند تنگی نفس، ارتوپنه، استفاده از ماهیچه های فرعی کمکی تنفسی، خلط صورتی رنگ کف آلود، تعریق، سیانوز، تاکی پنه، تاکیکاردی و صداهای غیر طبیعی ریوی مانند رال، رونکای، ویز و اتساع سیاهرگ ژوگولار
- ✓ نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده و زمان اطلاع و دستورات لازم داده شده مانند تجویز اکسیژن و دارو
- ✓ مداخلات انجام شده مانند قرار دادن بیمار در وضعیت خاص، برقراری مسیر وریدی، تجویز اکسیژن و دارو، کمک به پزشک در برقراری مسیر سرخرگی مانند مانیتور کردن وضعیت همو دینامیک، ساکشن کردن و پاسخ بیمار
- ✓ بررسی های مکرر بیمار از نظر علائم حیاتی، وضعیت همودینامیک، جذب و دفع مایعات، درمان وریدی، نتایج تستهای آزمایشگاهی و گازهای خون
- ✓ حمایت روحی و آموزش هایی که به بیمار ارائه شده است.

گزارش پرستاری در ادم ریوی

بیمار در ساعت 2:30AM در تخت دراز کشیده بود. سعی می کرد بنشیند و بیان می کرد "نمی توانم نفس بکشم" بیمار سرفه کرد و مقدار کمی خلط صورتی کف آلود خارج شد. پوست بیمار رنگ پریده، لبها سیانوز، پرشدن مجدد مویرگی آهسته و کند است. قوزک پا ادم دارد (1+) در سمع دو طرف ریه صدای رال شنیده می شود. در سمع قلب صدای S3 وجود دارد. علائم حیاتی چک شد: RR=30 p=120 BP=140/90 O2sat=88% می باشد. بیمار هوشیار و بی قرار است و به زمان و مکان و شخص آگاهی دارد. یافته های حاصل از بررسی در ساعت 2:35 AM به دکتر اطلاع داده شد و دکتر در ساعت 2:45AM بیمار را ویزیت کرد. بیمار را در وضعیت نشسته با پاهای آویزان قرار داده شد. اکسیژن از طریق کاتتر بینی به میزان ۲ لیتر در دقیقه در جریان بود که به 7 لیتر در دقیقه از طریق ماسک تغییر کرد. به بیمار توضیح داده شد که ماسک سبب می شود اکسیژن بیشتری به او خواهد برسد و به تنفس او کمک خواهد کرد. در ساعت 2:50AM O2sat:93% می باشد. ساعت 2:55AM عکس رادیوگرافی قفسه سینه پرتابل گرفته شد. نوار قلب نشان دهنده سپنوس تاکیکاردی همراه با pvcl نامتناوب بود. ساعت 3:05AM نمونه خون بیمار جهت آزمایش NA k.CBC diff گرفته شد و به آزمایشگاه فرستاده شد. آمپول مورفین 2 میلی گرم، آمپول فورزماید 40 میلی گرم جهت تزریق وریدی دستور داده شد. ساعت 3:20AM فولی کاتتر با شماره 22 گذاشته شد به منظور پایش برون ده ادراری به صورت استریل توسط اینترن..... تعبیه گردید و با 10 سی سی اب مقطر فیکس گردید. سوند ادراری به بگ وصل شد و پایین تر از سطح تخت بر روی هولد اویزان گردید. ۱۰۰ سی سی ادرار هنگام گذاشتن کاتتر خارج شد. علت تعبیه سوند ادراری به بیمار آموزش داده شد.

سکته مغزی

هنگام مراقبت از این بیماران ثبت موارد زیر لازم است :

- ✓ حوادثی که منجر به سکته مغزی شده است و تاریخ و ساعت بروز حوادث
- ✓ نشانه های بیماری، اگر بیمار می تواند صحبت کند این نشانه ها باید به زبان خودش نوشته شوند.
- ✓ یافته های حاصل از بررسی، از جمله ارزیابی راه هوایی، تنفس، جریان خون، بررسی نورولوژیکی و علائم حیاتی
- ✓ نام پزشکی که به وی اطلاع داده شده است و ساعات اطلاع
- ✓ مداخلاتی که انجام داده شده است و پاسخ بیمار
- ✓ نتایج بررسی های مکرری که انجام شده است به همراه قید ساعت.

گزارش پرستاری در سکته مغزی

هنگام دادن دارو در ساعت 20:15 متوجه افتادگی پلک چپ و سمت چپ دهان بیمار شدم. بیمار در تخت بود و به راحتی نفس می کشید. علائم حیاتی چک شد: $BP = 142/72$ $RR = 24$ $P = 112$ ، $o2sat = 96\%$ می باشد بیمار بیدار بود و به محیط اطرافش آگاهی داشت. به سؤالات با بلی و خیر و تکان دادن سر جواب می داد. صحبت کردن بیمار به صورت منقطع بود و برخی کلمات به صورت نامناسب ادا می شد. بیمار دستورات ساده را دنبال می کرد. قدرت دست چپ بیمار کمتر از قدرت دست راست بود. پای چپ کمی افتادگی داشت و ضعیف تر از پای راست بود. پوست بیمار سرد و خشک و نبض های محیطی با قدرت 2+ قابل لمس بود. پرشدن مجدد مویرگی در عرض 2 ثانیه است. به دکتر در ساعت 20:20 اطلاع داده شد. ایشان دستور سی تی اسکن مغز را برای بیمار لحاظ نمودند. ساعت 20:30 با واحد سی تی اسکن هماهنگ شد. بیمار بر روی برانکارد به کمک همراه و کمک پرستار قرار داده شد. به همراه اینترن..... در حالیکه فشار خون بیمار $136/82$ و $o2sat = 95\%$ داشت به واحد سی تی اسکن فرستاده شد. بیمار ساعت 20:47 به همراه اینترن.... و کمک پرستار..... در حالیکه هوشیار بود و فشار خون $136/78$ و $o2sat = 95\%$ به بخش بازگشت. سی تی اسکن توسط دکتر.... در ساعت 21:05 رویت شد. به دستور ایشان بیمار به واحد SCU برای درمان سکته حاد مغزی منتقل گردد.

ترومبوز وریدهای عمقی (DVT)

هنگام مراقبت از این بیماران ثبت موارد زیر لازم است :

- ✓ ثبت وضعیت علائم حیاتی به تفکیک تب، فشار خون، ریتم و ریت قلب، تنفس، SPO2 و هرگونه اقدامات انجام شده در این رابطه در طول شیفت
- ✓ وجود ادم مچ پا
- ✓ رنگ اندام آسیب دیده، حس و حرکت
- ✓ ارزیابی نبض اندام ها
- ✓ اندازه گیری دور ساق پا
- ✓ ارزیابی درد در پا
- ✓ ارزیابی علائم تورم کل اندام
- ✓ افزایش دمای پوست
- ✓ بررسی صداهای تنفسی و مشاهده شکایات ناشی از شروع ناگهانی درد قفسه سینه، تنگی نفس، یا تنفس سریع که ممکن است نشان دهنده آمبولی ریه باشد.
- ✓ تجویز داروهای ضد انعقاد خوراکی، داخل وریدی یا زیر جلدی. ارزیابی بیمار از نظر خونریزی
- ✓ بررسی داده های آزمایشگاهی شامل PT، I.N.R و زمان پروترومبین
- ✓ سطح فعالیت بر اساس دستور پزشک و تحمل
- ✓ استفاده از جوراب های ضد آمبولی یا روکش های فشاری
- ✓ ثبت ویزیت و مشاوره های انجام شده و با ذکر ساعت
- ✓ ثبت خدمات توانبخشی فعلی و در آینده
- ✓ آموزش ها و مراقبت های حمایتی به بیمار ارائه شده است.
- ✓ برنامه ریزی جهت ترخیص

نارسایی احتقانی قلب

هنگام مراقبت از این بیماران ثبت موارد زیر لازم است :

- ✓ ثبت وضعیت علائم حیاتی به تفکیک تب، فشار خون، ریتم و ریت قلب، تنفس، SPO2 و هرگونه اقدامات انجام شده در این رابطه در طول شیفت
- ✓ وجود یا عدم وجود پالس های محیطی، در مقایسه با ارزیابی های اولیه
- ✓ ارزیابی پاسخ به دارو درمانی و عوارض جانبی
- ✓ عوامل اینوتروپیک: بی اشتهایی، نبض زیر 60، بالای 100، نبض نامنظم، تهوع، استفراغ، اختلالات بینایی نظارت کنید .
- ✓ دیورتیک ها: هیپوولمی، هیپوکالمی، عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها نظارت کنید.
- ✓ بررسی و ثبت هیپوکسمی، گیجی، بی قراری، تنگی نفس، آریتمی، تاکی کاردی و سیانوز
- ✓ نیاز به اکسیژن، وجود تنگی نفس شبانه (هر گونه فعالیت تشدید کننده، اثرات علائم حیاتی مصرف اکسیژن را ثبت کنید)
- ✓ ارزیابی بیمار در حالت نیمه نشسته و بررسی پاسخ بیمار در حالت نیمه نشسته
- ✓ نظارت و ثبت دقیق I&O روزانه، وزن ها و گزارش غیرعادی
- ✓ نظارت دقیق بر فعالیتهای بیمار، پاسخ بیمار به افزایش فعالیت را ارزیابی کنید.
- ✓ ثبت نتایج آزمایشگاهی و اقدامات انجام شده
- ✓ بررسی وضعیت ریوی از نظر کاهش صداهای تنفسی، تغییرات در صداهای تنفسی
- ✓ ادم وابسته، افزایش تنگی نفس را ارزیابی کنید.
- ✓ علائم کم آبی و گیجی را ارزیابی کنید.
- ✓ علائم ترومبوفلیت یا آمبولی ریه را ارزیابی کنید.
- ✓ آموزش ها و مراقبت های حمایتی به بیمار ارائه شده است.
- ✓ ثبت خدمات توانبخشی فعلی و در آینده
- ✓ برنامه ریزی جهت ترخیص

بیماری مزمن انسدادی ریه COPD

- ✓ ثبت علائم حیاتی
- ✓ ارزیابی نیاز یا پاسخ به استفاده از اکسیژن
- ✓ ارزیابی پاسخ به دارو درمانی و عوارض جانبی
- ✓ بررسی وضعیت ریوی
- ✓ نظارت و ثبت دقیق I&O روزانه
- ✓ بررسی علائم عفونت
- ✓ ارزیابی میزان تغذیه و وزن
- ✓ نظارت دقیق بر فعالیتهای بیمار ، پاسخ بیمار به افزایش فعالیت را ارزیابی کنید.
- ✓ بررسی دوره های بی خوابی، از جمله میزان تنگی نفس، ضربان نبض و ریتم، تعداد تنفس و صداهای تنفسی
- ✓ ثبت نتایج آزمایشگاهی و اقدامات انجام شده
- ✓ آموزش ها و مراقبت های حمایتی به بیمار ارائه شده است.
- ✓ ثبت خدمات توانبخشی فعلی و در آینده
- ✓ برنامه ریزی جهت ترخیص

شکستگی

- ✓ ثبت علائم حیاتی
- ✓ رنگ، حس و حرکت اندامها را کنترل کنید.
- ✓ علائم عوارض گردش خون مانند ترومبوفلیت یا DVT با افزایش ادم، درد، قرمزی یا علامت هومان مثبت را ارزیابی کنید.
- ✓ ارزیابی درد شامل شدت، مدت، فراوانی، عوامل افزایش دهنده درد، عواملی که شکایات درد را کاهش می دهند.
- ✓ ثبت هرگونه تغییر در رژیم مدیریت درد و پاسخ بیماران به درد
- ✓ تغییرات در عملکرد روده و مثانه، از جمله بی اختیاری ، علائم احتباس ادرار و یبوست و ثبت مداخلات انجام شده

- ✓ ارزیابی روزانه پوست و علائم نواحی مرتبط با فشار و ثبت اقدامات پیشگیرانه
- ✓ نظارت و ثبت دقیق I&O روزانه، وزن و گزارش غیرعادی
- ✓ تمرینات ROM به اندام های غیر مبتلا
- ✓ نظارت دقیق بر فعالیتهای بیمار ، پاسخ بیمار به افزایش فعالیت را ارزیابی کنید.
- ✓ ثبت خدمات توانبخشی فعلی و در آینده
- ✓ برنامه ریزی جهت ترخیص

انفکارتوس میوکارد

- ✓ ثبت علائم حیاتی
- ✓ نظارت بر استفاده از محرک ها یا نوشیدنی های حاوی کافئین
- ✓ ارزیابی و ثبت پاسخ یا عدم تحمل به فعالیت.
- ✓ استرس و کنترل اجتناب از مانور والسالوا و تمرینات ایزومتریک.
- ✓ داروی گشادکننده عروق را طبق دستور تجویز کنید و از نظر عوارض جانبی به ویژه افت فشار خون نظارت کنید.
- ✓ به بیمار آموزش دهید که نبض را قبل و بعد از ورزش کنترل کند.
- ✓ بر اهمیت رعایت فعالیت یا برنامه تمرینی و الزامات استراحت تاکید و نظارت کنید.
- ✓ روزانه درد قفسه سینه را ارزیابی کنید (نوع، محل، تشعشع، عوامل تشدید کننده، مدت زمان، علائم حیاتی)
- ✓ هر روز از نظر اضطراب، افسردگی ارزیابی کنید.
- ✓ ثبت نتایج آزمایشگاهی و اقدامات انجام شده
- ✓ ارزیابی پاسخ درمانی به دارو یا قطع دارو
- ✓ آموزش ها و مراقبت های حمایتی به بیمار ارائه شده است.
- ✓ ثبت خدمات توانبخشی فعلی و در آینده
- ✓ برنامه ریزی جهت ترخیص

پنومونی

- ✓ ثبت علائم حیاتی
- ✓ بررسی وضعیت ریوی
- ✓ ارزیابی نیاز یا پاسخ به استفاده از اکسیژن
- ✓ ثبت استفاده از اکسیژن در طول فعالیت
- ✓ ارزیابی پاسخ ریوی به فعالیت بدنی و نیاز به افزایش جریان لیتر اکسیژن برای جبران
- ✓ علائم افزایش خستگی، تاکی پنه، سیانوز، تاکی کاردی و سایر علائم اختلال در اکسیژن رسانی را ارزیابی کنید.
- ✓ درمان آنتی بیوتیکی را طبق دستور اجرا کنید .
- ✓ بررسی و ثبت رنگ خلط، وجود یا عدم وجود سرفه، دما، نبض، تعداد تنفس، رنگ پوست، صداهای تنفسی و سطح فعالیت
- ✓ ثبت اقدامات غیرتهاجمی برای پاکسازی راه هوایی: تنفس عمیق، سرفه، اسپرومتر تشویقی
- ✓ ثبت هرگونه درناژ وضعیتی (فیزیوتراپی)، و پاسخ بیمار به درمان
- ✓ ثبت هرگونه افزایش در اکسیژن مصرفی قبل و در طی مراحل پاکسازی راه هوایی
- ✓ نظارت و ثبت دقیق I&O روزانه
- ✓ ثبت پیشرفت بیمار با تحرک و رعایت دوره های استراحت توصیه شده
- ✓ ثبت نتایج آزمایشگاهی و اقدامات انجام شده
- ✓ ارزیابی پاسخ درمانی به دارو یا قطع دارو
- ✓ آموزش ها و مراقبت های حمایتی به بیمار ارائه شده است.
- ✓ ثبت خدمات توانبخشی فعلی و در آینده
- ✓ برنامه ریزی جهت ترخیص

CABG

هنگام مراقبت از این بیماران ثبت موارد زیر لازم است :

- ✓ پایش مکرر علائم حیاتی طبق دستور
- ✓ نظارت بر تعادل غیرطبیعی مایعات با ارزیابی وضعیت تنفسی از جمله تنگی نفس اشباع اکسیژن، صداهای تنفسی ناخواسته و وجود ادم
- ✓ ارزیابی تمرینات تنفس عمیق با استفاده از اسپرومتری تشویقی و سرفه های موثر
- ✓ بررسی علائم هیپوکسمی: تاکی کاردی، بی قراری، تاکی پنه، تحریک پذیری، رنگ پریدگی و سیانوز.
- ✓ بررسی نیاز به دریافت اکسیژن و نحوه دریافت آن
- ✓ بررسی روزانه وزن با نظارت بر ادم محیطی با شرح مقدار مایع در صورت وجود یا عدم وجود ادم.
- ✓ پایش نبض های محیطی در تمام اندام ها
- ✓ ثبت مشخصه های زخم های جراحی از جمله بخیه / منگنه ، محل های تخلیه، اندازه ، رنگ ، وضعیت لبه های زخم، بو و میزان ترشحات
- ✓ ارزیابی روزانه محل های احتمالی عفونت از جمله عفونت ادرار پس از گذاشتن کاتتر فولی
- ✓ نظارت بر درد با شرح واضح مداخلات ارائه شده و تأثیر آنها.
- ✓ نظارت بر رژیم های دارویی جدید برای اثر مطلوب و هرگونه عوارض جانبی.
- ✓ ارزیابی علائم کم آبی از جمله ترگر پوست، رنگ و شفافیت خروجی ادرار و وضعیت غشاهای مخاطی
- ✓ ارزیابی نتایج آزمایشگاهی از جمله: CBC، الکترولیت ها، انعقادی ها
- ✓ ارزیابی وضعیت تغذیه
- ✓ آموزش ها و مراقبت های حمایتی به بیمار ارائه شده است.
- ✓ خدمات توانبخشی فعلی و در آینده
- ✓ برنامه ریزی جهت ترخیص

مشکلات قانونی در ثبت گزارش پرستاری



برخی از مشکلات در ثبت گزارشات پرستاری شامل:

- ✓ عدم ثبت یا ثبت نادرست مشخصات بیمار در سر برگ اوراق و برگه گزارش پرستاری
- ✓ عدم تطابق محتوای گزارش با استانداردهای حرفه ای
- ✓ محتوای گزارش منعکس کننده واقعیت های بیمار نباشد.
- ✓ محتوای ناقص یا بی ثبات
- ✓ محتوای گزارش توصیف کننده موارد غیر عادی نباشد.
- ✓ محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- ✓ وجود خط یا فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- ✓ تحریف گزارش
- ✓ وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ✓ ناخوانا بودن گزارش
- ✓ درهم و برهم بودن و کثیفی گزارش
- ✓ جا افتادن تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- ✓ رونویسی کاردکس
- ✓ امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- ✓ لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ✓ ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم

مصادیق قصور و تحریف

گزارش پرستاری ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنابراین هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت.

1. انواع تحریف در گزارش پرستاری:

- ✓ ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری
- ✓ دوباره نویسی و تغییر گزارش بعد از زمان مقرر
- ✓ اضافه کردن، کاستن، تخریب و یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود
- ✓ اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین

2. موارد منجر به تحریف گزارش پرستاری:

- ✓ حذف نکات مهم با خط خوردگی و مخدوش کردن
- ✓ انتقاد از دیگران
- ✓ نوشتن به جای فرد دیگر
- ✓ گذاشتن فضای خالی بین نوشته ها
- ✓ نوشتن نکته فراموش شده درون پرانتز، مابین خط ها و یا ایجاد ابرو در وسط نوشته ها

3. شایع ترین موارد فراخوان پرستاران به محاکم قضایی به دنبال ثبت گزارشات:

- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت علائم حیاتی بیمار
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت اقدامات انجام شده به دنبال اختلال در علائم حیاتی
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت صحیح زمان انجام پروسیجر ها و یا مراقبتهای انجام شده برای بیمار
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت گزارشات شفاهی مابین پرستار و پزشک و یا سایر کادر بالینی
- ✓ سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت در ثبت آن

- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت داروها و مراقبت های دارویی
- ✓ ثبت نادرست و غیر واقعی و یا عدم ثبت زخم ها و سوختگی ها
- ✓ قصور در گزارش دادن به موقع شرایط بیمار، نتایج پاراکلینیک و مشاوره ها و... به پزشک و ثبت آن.
- ✓ غفلت در ثبت جزئیات (کلی و یا ابهام گویی)

توصیه های لازم برای پیشگیری از بروز خطا و اشتباه:

- ✓ هیچگونه فعالیت تخصصی خارج از حیطه و شرح وظایف تعیین شده برای پرستار نباید توسط وی انجام شود.
- ✓ پرستاران در نگهداری از بیماران ناتوان، نابینا، سالمند و بی قرار، باید از محدود کننده های فیزیکی، با رعایت دستورالعمل مربوطه، استفاده کنند.
- ✓ برای مراقبت، محافظت و جلوگیری از صدمه به بیمار، پرستار باید مطمئن شود که همه لوازم موجود در حوزه مراقبتی بیمار، مطمئن و ایمن و سالم هستند.
- ✓ وسایل ناقص یا خراب باید سریعاً تعمیر و جایگزین شده و به سرپرستار یا مقام مافوق، کتباً گزارش شوند.
- ✓ در صورتی که دستور دارویی مشکوک به نظر می رسد، فوراً به پزشک یا مافوق ذیصلاح، اطلاع داده شود.
- ✓ هرگونه قصور و کوتاهی از سوی سایر همکاران در ارتباط با بیمار باید جدی گرفته شده و کتباً گزارش شود.
- ✓ بیماران مرتب کنترل شوند و هر گونه تغییر در طول شیفت، پس از بررسی و شناخت دقیق، به پزشک و یا مسئول ذیصلاح گزارش شود و در پرونده نیز ثبت گردد.
- ✓ شکایت بیمار، به خصوص شکایت از درد را باید جدی گرفته و تا اطمینان از پایداری وضعیت بیمار و رفع درد موضوع را پیگیری نمایید.
- ✓ اولین وظیفه پرستار، حمایت از بیمار است. اگر به نظرتان وضعیت بحرانی می باشد، باید به پزشک گزارش دهید، در این امر درنگ نوزید (خواه نیمه شب یا وسط روز)
- ✓ از به کار گیری افراد غیر حرفه ای جهت کارهای تخصصی جدا خودداری کنید، در صورت بروز خطا از سوی آنان، دادگاه پرستار را مجرم می شناسد.

- ✓ اگر در دستورات پزشک جای سوال است، نمی توانید آن را بخوانید، ناکامل است و یا احتمال می دهید به بیمار آسیبی برساند، در اطمینان از صحت آن بکوشید.
- ✓ به منظور حفاظت از خود، تمام تماس هایتان با پزشک را ثبت کنید. (با ذکر تاریخ و ساعت و پاسخ پزشک)
- ✓ اگر به عملکرد سوء یا معالجه غلط در دادگاه متهم شوید، در مورد شما طبق استانداردهای شغلی رفتار و قضاوت می شود.
- ✓ اگر درگیر مسایل دادگاه شوید بهترین حامی، اسناد و مدارک به جا مانده از شما در مراقبت از بیمار می باشد.
- ✓ در دادگاه فرض بر این است که اگر چیزی نوشته نشده باشد، یعنی انجام نشده است.
- ✓ معمولاً خطاهای دارویی، سقوط، خطاهای اتاق عمل مثل جا ماندن وسایل در بدن بیمار، سوختگی با کوتر، زخم ، اشتباه و کوتاهی در انتقال یا اعزام بیمار، مشاهدات ناکافی، از جمله علل دادگاهی شدن پرستاران هستند.
- ✓ هرگز از بحث درباره مشکلات با مافوق، دچار ترس و نگرانی نشوید، مسئولیت هایی که برای آنها آمادگی ندارید نپذیرید، زیرا در صورت ارتکاب خطا، ادعایتان مبنی بر عدم آشنایی در دادگاه قابل توجیه نخواهد بود. (کمبود امکانات اعم از تجهیزات، نیروی انسانی و..... را که امکان بروز حادثه و صدمه به علت استفاده از آنها، برای بیمار وجود دارد و شما مجبور به پذیرش شرایط هستید، به صورت کتبی و طی چند نوبت، به مقام مافوق گزارش کنید و یک نسخه نیز جهت بایگانی نزد خود نگهدارید.)
- ✓ هرگز به درمان هیچ بیماری بدون دستور پزشک نپردازید، زیرا از نظر قانونی تنها پزشکان حق این کار را دارند.
- ✓ وقتی بیمار از شما می خواهد که نظرتان را درباره درمان او اظهار کنید، از قبول آن خودداری کرده و از بیان هر جمله یا عبارتی که احتمال می رود، بیمار از آن دریافت سوء کند، اجتناب نمایید.
- ✓ هرگز به عنوان شاهد قبل از فهم کامل مطالب، آن را امضاء نکنید.
- ✓ از سیاستها، خط مشی ها، قوانین و مقررات ابلاغی داخل بیمارستان آگاه باشید، زیرا مراجعه و استناد به آنها در مواقع ضروری، عقلانی ، منطقی و اخلاقی است.

توجهات

- ✓ پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد، بهترین مدافع شما می باشد.
- ✓ اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود، به دفاعیات ما آسیب می رساند.
- ✓ جهل به قانون، رفع مسئولیت نمی کند.
- ✓ چنان چه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام میگرد در پرونده ثبت نمایید، اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
- ✓ تناقضات موجود در پرونده، که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنید.
- ✓ ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید، ولی وجود هر اشکالی در پرونده بالینی، می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ✓ ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید.
- ✓ توجه نمایید مرخصی موقت و غیبت بیمار چه موجه، چه غیر موجه باید حتما در پرونده ثبت گردد.
- ✓ از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جدا ممانعت بعمل آورید.
- ✓ در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار، مشخصات وی را با دقت تکمیل نمایید.
- ✓ انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید و به این ترتیب، جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید.
- ✓ مسئولیت هر گزارش فقط بر عهده ی پرستار ثبت کننده خواهد بود، پس بهتر است برای دفاع خودمان، هر آنچه که درست است، بنویسیم.

دستور العمل مربوط به ثبت در کاردکس بیمار



دستورالعمل ثبت در کاردکس بیمار

هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس، ایجاد دقت و سرعت عمل در مراقبت از بیمار و همچنین به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است. استفاده از کاردکس مجموعه اطلاعات همه بیمارات بخش را در کنار هم در اختیار ما قرار می دهد.

از هر کاردکس بیمار اطلاعات زیر قابل دریافت است:

- ✓ در کاردکس مراقبتی بالینی برای هر بیمار در ابتدای پذیرش در بخش بستری، توسط پرستار مسئول بیمار تهیه و تنظیم می شود.
- ✓ کاردکس مراقبتی بیمار خوش خط، خوانا، با املا و انشاء صحیح، استفاده از اصطلاحات استاندارد، بدون قلم خوردگی و لاک گرفتگی و بطور کامل و دقیق ثبت گردد.
- ✓ اطلاعات دموگرافیک، نام پزشک معالج، تشخیص بیماری، تاریخ و ساعت بستری و انتقال بیمار، شماره تخت، زمان تجویز داروهای تزریقی و غیر تزریقی بیمار، اقدامات تشخیصی یا درمانی که انجام شده یا در ساعات آینده باید انجام شود، مانند: مشاوره، رادیوگرافی، آزمایشات بیمار، تاریخ عمل و...
- ✓ کاردکس بیمار باید تمیز نگهداشته شود، مطالب آن به صورت منظم قید گردد، همه کارکنان لازم است از الگوئی هماهنگ استفاده نمایند و باید اختصارات و اصطلاحات مجاز پزشکی در کارتکس نوشته شود.
- ✓ در صورت نیاز به تعویض / پاکنویس کاردکس، نام پرستار تعویض کننده / پاکنویس در کاردکس ثبت گردد.
- ✓ در صورت زیاد بودن تعداد دارو ها و اقدامات مراقبتی / درمانی، ادامه اطلاعات در کاردکس دیگر نوشته و با نوشتن جمله " ادامه در کاردکس مراقبتی دوم " این موضوع به اطلاع سایر کارکنان رسانده شود.
- ✓ تا زمان ترخیص بیمار، کلیه کاردکس ها در پرونده پزشکی وی بایگانی گردد.

نحوه تکمیل کاردکس:

برای ثبت اطلاعات در کاردکس ، از خودکار آبی / خودکار مشکی و خودکار قرمز استفاده می شود.

خودکار آبی یا مشکی

برای ثبت مواردی که باید همیشه در برگه کاردکس باقی بمانند از خودکار آبی یا مشکی استفاده می شود، مانند: نام و نام خانوادگی بیمار، سن، شماره پرونده، تاریخ پذیرش ، وزن ، قد بیمار، دستورات پزشکی ، مراقبت های پرستاری، توجهات پرستاری و....

خودکار قرمز:

برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند: حساسیت داروی (مثل حساسیت به پنی سیلین)، خطر خودکشی، تزریق عضلانی ممنوع و ... از خودکار قرمز استفاده می شود.

مشخصات بیمار :

- ✓ ثبت نام و نام خانوادگی، نام پدر، سن (در ارتباط با نوزادان تاریخ تولد نوشته شود)، شماره پرونده، نام پزشک بیمار ضروری است. در صورتیکه بیمار بیش از یک پزشک معالج دارد نام تمام پزشکان نوشته شود.
- ✓ ثبت تاریخ، ساعت پذیرش
- ✓ در کاردکس باید تشخیص بیماری نوشته شود نه علائم بیمار. هر چند در ابتدا ممکن است تشخیص مشخص نباشد و تنها به علائم اکتفا نمود، اما پس از تشخیص قطعی، تشخیص نوشته شود.
- ✓ ثبت وزن و قد بیمار در صورت نیاز (در کارتکس های بخش های اطفال و نوزادان حتما وزن بیمار باید ثبت شود). همچنین در صورت نیاز، زمان انجام کنترل وزن ثبت گردد مثلا روزانه شیفت صبح یا شبانه ها
- ✓ ثبت حساسیت ها

سابقه حساسیت :

✓ نوع حساسیت نوشته شود (دارو یا غذا)

داروهای تزریقی و غیر تزریقی :

- ✓ برای هر دستور پزشک یا اقدام پرستاری باید دقیقا ساعات انجام قید گردد، نه فاصله زمانی انجام آن . ساعت انجام مواردی مانند تجویز دارو باید قید شود. برای مثال هنگام نوشتن دستور Q6h به صورت 12-6-12-6 بنویسیم تا با رعایت این مساله اقدام به صورت صحیح انجام شود.
- ✓ در تنظیم دوز داروها به ساعت تداخل داروها و اثرات آن توجه شود و داروهایی که روی هم اثر می گذارند نباید در یک ساعت تجویز شود.
- ✓ در هنگام نوشتن هر دستوری باید تاریخ دستور قید شود. در مواردی که تاریخ اتمام یا انقضاء دارد تاریخ اتمام نیز باید قید گردد.
- ✓ از گذاشتن ایضا “در کاردکس خودداری گردد و همه دستورات بطور کامل ثبت شود.
- ✓ دستورات Stat در کاردکس وارد شده، پس از اجرا تیک زده و در گزارش پرستاری ثبت گردد. در مواردی که دارو یا سرم بیمار Hold می شود، کلمه Hold و تاریخ آن در کاردکس کنار دارو یا سرم می شود.

اقدامات پاراکلینیک:

✓ نوع و تاریخ انجام آزمایشات ،سونوگرافی ،گرافی ها و.... ثبت شود.

مشاوره ها:

- ✓ باید در کاردکس بیمار نوع مشاوره (ارتوپدی، جراحی، داخلی و ...). نام پزشک مشاور ، تاریخ و ساعت اطلاع به پزشک مشاور قید شود. پس از انجام مشاوره ، تاریخ و ساعت انجام در کاردکس ثبت شود.

مراقبت‌های پرستاری :

✓ باید در کاردکس نوع مراقبت های پرستاری از قبیل کنترل علائم حیاتی ، کنترل IO ، تغییر وضعیت بیمار ، ساکشن ترشحات ، اسپیرومتری تشویقی و..... و تاریخ ثبت شود.

توجهات پرستاری:

بر اساس استاندارد های اعتبار بخشی نسل پنجم بیماران پرخطر شامل 6 دسته هستند، که لازمست کلیه بیماران بر اساس 6 معیار ابلاغی، بررسی شده و ریسک خطر آنها تعیین گردد و سپس با توجه به ریسک خطر تعیین شده، اقدام به اجرای مراقبت‌های پرستاری نموده و در هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت گردد. (در معرض خطر سقوط، در معرض خطر زخم فشاری ، در معرض خطر ترومبوز وریدهای عمقی، در معرض خودکشی، در معرض خطر پلوی فارمسی، در معرض خطر سوء تغذیه)

تاریخ اتصالات:

✓ باید تاریخ فیکس کردن ، تعویض و خارج کردن آنژیوکت، ست سرم، میکروست، سوند فولی، NGT و... در کاردکس ثبت شود.

رژیم غذایی:

✓ نوع رژیم غذایی باید مشخص گردد: NPO ، PO ، گاوژ ، وریدی ، وریدی- گاوژ

فعالیت بیمار:

✓ نوع فعالیت بیمار باید مشخص گردد: RBR-CBR

نکته: در صورت تعویض و پاکنویس کاردکس، باید کاردکس اولیه بیمار در انتهای پرونده بیمار ضمیمه شود و نام و نام خانوادگی فردی که کاردکس را پاکنویس کرده و همچنین تاریخ انجام آن روی کاردکس جدید قید شود.

بهترین راه دفاع از خود **ثبت** دقیق و مستحکم واقعیات است

