

پزشک آموز

به هن نگاه کن



پزشک آموز

اولین رسانه دیجیتال در حوزه علوم پزشکی

☎ 011-3335 5440

📍 0901 601 9192

🕒 0901 601 9192

✉ pezeshkamooz.co@gmail.com

✉ poshtibani@pezeshkamooz.com

🌐 pezeshkamooz.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

موضوع:

گزارش نویسی در پرستاری

گزارش نویسی:

ارتباطی است نوشتاری و دائمی که اطلاعاتی را در رابطه با وضعیت مراقبت و سلامت بیمار به شکل سند به ما منتقل میکند.

گزارش بیماران از طریق ثبت در پرونده (Record) گزارش شفاهی (Report) و یا مشاوره (Consultation) صورت می گیرد.

در انتهای هر نوبت کاری در بیمارستان، پرستاران به پرستاران شیفت بعدی گزارش شفاهی و کتبی خود را ارائه می نمایند؛ ثبت گزارش پرستاری یکی از مهمترین وظایف حرفه ای پرستاران می باشد، از نقش بسزایی در کیفیت مراقبت های پرستاری و ارتباط بین پرستار و سایر اعضای تیم سلامت برخوردار است. از آنجایی که پرستار معمولاً اولین مراقبت کننده است؛ اطلاعاتی که از بیمار ثبت می کند برای آگاه کردن سایر مراقبت کنندگان از وضعیت بیمار رفتار باید کاملاً روشن، دقیق و کامل باشد. گزارش پرستاری ثبت شده تنها سند قانونی ماندنی است؛ که شرح کامل اقدامات انجام شده توسط پرستار برای بیمار را نشان می دهد و بهترین مدافع پرستار در مواقعی است که بیمار از سهل انگاری و ارائه مراقبت های پرستاری شکایت می کند.

اهداف گزارش نویسی:

- ارتباط بین اعضای مختلف تیم درمانی
- آموزش دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی
- تحقیق و کمک در رسیدن به یافته های جدید
- نظارت و ارزشیابی سیستم های بهداشتی و درمانی
- تهیه صورت حساب مالی
- ارزیابی و کسب اطلاعات اساسی در ارتباط با بیمار
- گزارش نویسی، مهارتهای تفکر را در دانشجویان تقویت می کند

خصوصیاتیک گزارش علمی و صحیح:

1-حقیقت

2-دقت

3-پویا بودن

4-کامل بودن

5-محرمانه بودن

6-سازماندهی

(1) حقیقت در گزارش نویسی

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

* در گزارش نویسی از کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید؛ جداً خودداری نمایید.

* به هیچ عنوان از کلماتی مانند به نظر می رسد، ممکن است و ظاهراً استفاده نکنید.

(2) دقت در گزارش نویسی

* موارد ثبت شده درباره بیماری باید دقیق باشد؛ تا اعضای تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.
* در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری غیر استاندارد (Abbreviation) جدا خودداری نمایید.
* علائم اختصاری استاندارد رو نیز دقیقاً هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.
* در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نباید اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود، توسط پرستاری دیگر ثبت یا چارت شود.

* در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد؛ چه کاری؟ توسط چه کسی؟ و در چه زمانی؟ انجام شده است.

* عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضا گزارش دهنده می باشد؛ امضای شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد:

نام و نام خانوادگی

سمت

رتبه

تاریخ

ساعت

(3) پویا بودن گزارش

گزارش نویسی باید به صورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند، سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر انجام گردد. به طور مثال نارسایی و تأخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند باعث 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.

(4) کامل بودن گزارش

اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد باید کامل و در ضمن مختصر نیز باشد. نوشته های مختصر به آسانی درک می شوند؛ نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نمایند.

* در تهیه گزارش پرستاری باید از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

(5) محرمانه بودن گزارش

کلیه گزارشات باید محرمانه باشند و دور از دسترسی همراهان و وابستگان بیمار، بیمارستان حق تکثیر هیچیک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد. مطالعات انجام شده در زمینه گزارش نویسی نشان داده است؛ حدود 38 درصد از کل وقت شیفت کاری پرستاران، صرف نوشتن گزارش پرستاری می شود.

این در حالی است که نتایج حاصل از یک مطالعه در سال 1383 در ایران نشان می‌دهد که تنها 17.09 درصد از پرستاران گزارش پرستاری مطلوبی داشتند و 35.81 درصد آنها گزارش پرستاری را ناقص تکمیل کرده بودند.

یکی از مهمترین عواملی که در نحوه ثبت گزارش های پرستاری تاثیر دارد میزان دانش پرستاران در این زمینه می باشد.

در ادامه مبحث مربوط به گزارش نویسی پرستاری، بعد از اشاره ای که به اهداف و خصوصیاتیک گزارش علمی و صحیح در قسمت اول گزارش نویسی پرستاری داشتیم در این مطلب به برخی نکات دیگر اشاره خواهیم داشت.

فعالیت هایی که به طور بی وقفه و جاری باید در پرونده ثبت شوند:

1-علائم حیاتی، سطح هوشیاری و خلق بیمار

2-تجویز دارو و اقدامات درمانی

3-آماده کردن بیمار برای انجام تست های تشخیصی و اتاق عمل

4-پذیرش، انتقال، اعزام و اجرا، ترخیص فوٹ بیمار-تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

5-آموزش های ارائه شده به بیمار

در خصوص درد باید به موارد زیر در گزارش پرستاری اشاره کرد:

-کیفیت درد

-شدت درد

-دورهی درد

-عوامل تشدید کننده درد

-واکنش های بیمار

-استفاده از مسکن

در خصوص داروها موارد زیر باید در اقدامات دارویی ثبت شوند:

-نام دارو

-شکل دارو (آمپول، قرص، پماد، شربت و ...)

-دوز دارو

-راه و روش مصرف دارو (IV,PO,Im,...)

-نوع مصرف (PRN, BD, srat, ...)

-واکنش به دارو

-اقدامات و گزارش مربوطه

در مورد تزریق خون موارد زیر باید در گزارش پرستاری ثبت شود:

-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 مچ

-تکمیل فرم درخواست فرآورده توسط پرستار با مهر و امضای پزشک درخواست کننده

-تحويل فرآورده‌های خونی از آزمایشگاه و کوچک کیسه خون از نظر نشتی، 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

مواردی که در مانیتورینگ قلب باید در گزارش پرستاری ثبت شود:

-تاریخ و ساعت شروع مانیتورینگ قلب

-لیدهای استفاده شده

-ریتم‌های خوانده شده (سینوسی، برادیکاردی، AF و...)

-تغییر وضعیت بیمار

در ثبت گزارش تخلیه ترشحات از درن‌ها و اتصالات این موارد باید ثبت شود:

-تاریخ و ساعت شروع تخلیه و جریان ترشحات در هر شیفت

-نوع سیستم به کار رفته و نحوه اندازه‌گیری و ثبت ترشحات

-مقدار و نوع ترشحات تخلیه شده

-وضعیت کلی بیمار

-توجه به تاریخ، تعویض و...ثبت آن

در اکسیژن تراپی موارد زیر باید ثبت شود (Oxygen Therapy):

- دلایل شروع اکسیژن تراپی (علائم اختلالات تنفسی) -زمان شروع اکسیژن تراپی و طول مدت آن
- روش اکسیژن تراپی
- میزان اکسیژن تراپی
- واکنش فرد نسبت به آن

در ثبت گزارش NGT موارد زیر باید ثبت گردد:

- نوع و اندازه لوله بینی_معدده ای
- تاریخ و ساعت و راه ورود لوله (از سوراخ راست، چپ بینییا دهان)
- مواد ساکشن شده از نظر نوع، قوام، مقدار و بوی آن -تحمیلیمار نسبت به جای گذاری لوله
- علائم و نشانه های عوارض لوله گذاری (استفراغ، تهوع، اتساع شکم)
- روش مطمئن شدن از محل لوله در معده (سطح هوای معده یا عکسبرداری)

مواردی که در گواژ باید ثبت کرد:

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع گواژ (متناوب یا مداوم)
- حجم و نوع محلول گواژ
- حجم مایع موجود در معده قبل از گواژ
- رنگ ترشحات برگشتی از معده
- تحمل مددجو
- آموزش به خانواده

مواردی که در لاواژ باید ثبت گردد:

- دلایل لوله گذاری معده
- نوع لاواژ (متناوب یا مداوم)
- حجم و نوع محلول لاواژ

-حجم و رنگ مایع برگشتی

-تحمل مددجو

هنگام برداشتن NGT موارد زیر باید در گزارش ثبت گردد:

-تاریخ و ساعت برداشتن NGT

-چگونگی تحمل بیمار

-حوادث غیر معمول در هنگام خارج نمودن لوله (تهوع، استفراغ، اتساع شکم، عدم تحمل بیمار و ...)

در صورت سونداژ بیمار موارد زیر باید ثبت شود:

-علت سونداژ مثانه

-نوع و سایز سوند و حجم مایع مورد استفاده جهت فیکس کردن بالن

-حجم و رنگ مواد خارجی موجود در ادرار پس از سونداژ مثانه

"در صورت شستشو"

-حجم و نوع محلول شستشو

-حجم و رنگ مواد برگشتی

-واکنش مددجو

نکات اساسی در ثبت گزارش 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

در انجام پانسمان، مراقبت از زخم و ناحیه برش جراحی موارد زیر باید ثبت شود:

-ناحیه زخم

-وسعت و اندازه زخم

-نزدیک بودن لبه های زخم

-وجود یا عدم وجود ترشح

-رنگ، نوع و میزان ترشح

-نوع محلول شست و شو

-وجود درن و نوع درن، توجه به خونریزی و عملکرد مناسب درن

-واکنش مددجو و علائم مهم همراه زخم مانند تب، درد و احساس نگرانی

-آموزش به بیمار و خانواده در خصوص پانسمان

نکات مهم در ثبت گزارش پرستاری:

پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد

اگر مطلبی از قلم بیفتد و در پرونده ثبت نشود، به دفاعیات آسیب می رساند

جهل به قانون رفع مسئولیت نمی کند

چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید؛ اثبات صحت اقدامات

انجام شده آسان تر خواهد بود

تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی و نوشتاری می باشد را برطرف 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 به کار رود

ثبت هر نکته ایجاد مسئولیت می نماید

مرخصی موقت و غیبت بیمار موجه یا غیرموجه باید حتماً در پرونده ثبت گردد

از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیرمسئول به پرونده بالینی بیمار جدا خودداری کنید

در تمامی برکه های بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل تکمیل نمایید
انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید؛ تا جلوی هرگونه سوء استفاده و اضافه نمودن
مطلب به آن نوشته را بگیریید.

گزارش شفاهی:

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

چهار نوع گزارش شفاهی که توسط پرستاران استفاده می شود:

گزارش تعویض شیفت change of shift reports

گزارش تلفنی Telephone reports

گزارش انتقالی Transfer reports

گزارش حوادث اتفاقی Incident reports

گزارش تعویض شیفت:

یکی از مهم ترین گزارش های شفاهی گزارش تعویض شیفت می باشد.

ممکن است به صورت کنفرانس یا در صورت راند بالینی بخش در کنار تخت بیماران انجام شود؛ راند
بالینی دارای مزایای متنوع و قابل توجهی می باشد.

زمان راند بالینی در یک بخش از 30 دقیقه تا 45 دقیقه متغیر است.

گزارش تلفنی:

گزارشات تلفنی راه سریع و مناسب در انتقال اطلاعات می باشند، اشخاصی که در گزارشات تلفنی نقش
دارند باید مطمئن باشند.

اطلاعات واضح است.

اطلاعات صحیح است.

اطلاعات دقیق است.

جهت ثبت مکالمه تلفنی و تهیه مدرک پرستار بایستی به عوامل زیر در گزارش اشاره

نمایید:

چه موقع تماس گرفته است؟

چه کسی تماس گرفته است؟

با چه کسی صحبت شده است؟

چه اطلاعاتی در این تماس داده شده است؟

دستورات تلفنی

این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود.

دستورات تلفنی باید توسط تکرار واضح گردد و سپس پرستار دستورات پزشک را در فرم خاصی به

عنوان سند دائمی ثبت نماید و آن را امضا کند.

بهتر است 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 دسته‌بندی و در زمان گرفتن

دستورات از پزشک مطرح نمایید، تا از سوء تفاهم و عدم درک مناسب پیشگیری شود.

به طور وضوح نام بیمار شماره اتاق 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)

گزارش انتقالی:

در موارد خاص جهت پیشگیری، درمان، تشخیص و اقدامات موثر بیمار از بخشی به بخش دیگر و یا از

مرکز به مرکز درمانی دیگر منتقل میشود، هنگامی که گزارش انتقال داده می شود در ثبت گزارش

پرستاری باید نکات زیر ثبت شود:

نام، سن، نام پزشک معالج و تشخیص‌های پزشکی بیمار، زمان و تاریخ انتقال

خلاصه ای از سیر بیماری در زمان انتقال

وضعیت سلامتی فرد و برنامه مراقبتی در حال حاضر

ارزیابی فوری که در زمان کوتاهی پس از انتقال بایستی انجام شود.
توجهات خاص (مثلاً احیای قلبی ریوی و یا وضعیت ایزولاسیون)
نام پرستار تحویل گیرنده

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

گزارش حوادث اتفاقی:

گزارش حوادث اتفاقی باید بلافاصله پس از بروز حادثه ثبت گردد، در گزارش حوادث اتفاقی موارد زیر باید در گزارش پرستاری ثبت شود:

-توصیف دقیق واقعه

-زمان حادثه

-زمان اطلاع به پزشک مسئول و سوپروایزر

-اقدامات لازم جهت کنترل عوارض در زمان حادثه

-زمان ویزیت بیمار توسط پزشک

-درمان ها و پیشگیری های لازم جهت درمان و کنترل عوارض ناشی از حادثه

نحوه گزارش نویسی در هر یک از مراحل مراقبتی بیماران

گزارش پرستاری بدو ورود:

ثبت مشخصات بیمار به همراه ساعت و نحوه ورود بیمار به بخش (ویلچر، برانکاردر، با پای خود و ...)
علتمراجعه، سرویس بستری، تشخیص احتمالی در گزارش پرستاری

بررسی مستندات همراه بیمار مانند پرونده، دستور بستری، دستبند هویتی، مدارک پزشکی و ثبت موارد مهم در گزارش پرستاری

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

تکمیل فرم ارزیابی اولیه و ثبت موارد قابل ذکر و پیگیری در گزارش پرستاری، ثبت سطح هوشیاری بیمار، نحوه برقراری ارتباط در صورت عدم برقراری ارتباط منبع ثبت اطلاعات قید شود. سابقه

حساسیت دارویی، مصرف دارو، سوابق بیماری، سابقه بستری در بیمارستان، سابقه تزریق خون و گروه خونی، ارزیابی اولیه از بیمار و مشکلات فعلی و ...

در صورتی که بیمار برای عمل جراحی بستری میشود؛ ثبت نام بیمار در لیست اتاق عمل، اطلاع به پزشک معالج بیهوشی و اتاق عمل و ثبت موارد در گزارش
بت وضعیت در آمد و اتصالات بیمار (NGT, IV LINE, سوند فولی و...) در گزارش پرستاری
خط وضعیت دیورز، دفع و رژیم غذایی
ارائه آموزش به بیمار در زمینه اطلاعات عمومی بخش، منشور حقوق بیمار و معرفی خود به عنوان
پرستار بیمار

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

گزارش پرستاری 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 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
نظارت بر پوشیدن گان، شلوار، کلاه و اطمینان از وجود دستبند هویتی و روشهای شناسایی بیمار و
ایمنی، یکسان سازی مستندات و ثبت موارد قابل ذکر در پرونده مانند عضو و سمت جراحی، علامت
گذاری عضو و...

ثبت ساعت تحویل بیمار به اتاق عمل و نحوه انتقال (برانکار، صندلی چرخ دار و...)

ثبت علائم حیاتی نهایی قبل از تحویل به اتاق عمل

ثبت وسایل و تجهیزات متصل به بیمار (سند ها 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

گزارش پرستاری 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 بیوتیکها 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،NGT و...)

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

گزارش 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

گزارش روتین و روزانه بیمار:

وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار

وضعیت قلبی بیمار (درد قفسه سینه، تنگی نفس، مانیتورینگ قلبی، ریتم قلبی و...)

وضعیت تنفسی، پوزیشن بیمار و اکسیژن تراپی

ساعت ویزیت بیمار و مشاوره و نتایج آن (درخواست های پاراکلینیکی و دارویی در صورت دادن مسکن ساعت و علت استفاده از دارو)

ثبت وضعیت در آنها و تیوب ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح، ترشحات و پانسمان ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند درد، تهوع و استفراغ

پس از چک دستورات پزشک ثبت دستورات دارویی و سرم درخواستی

ثبت وضعیت دیورز، دفع، رژیم غذایی، ثبت علائم حیاتی برون ده ادراری و کنترل IO

ثبت نتایج حاصل از پیگیری های انجام شده در شیفت (شامل مشاوره آزمایش و غیره و ذکر موارد قابل پیگیری در شیفت بعدی)

ثبت آموزش های ارائه شده به بیمار

ثبت نام و نام خانوادگی پرستار و امضای گزارشات فوق با قید ساعت و تاریخ

گزارش زمان ترخیص:

وضعیت هوشیاری و ارتباط بیمار

وضعیت قلبی و تنفسی بیمار

ساعت ویزیت بیمار، مشاوره و نتایج آن و صدور دستور ترخیص بیمار

ثبت وضعیت در آن ها و تیوپ ها و سایر اتصالات بیمار از نظر کارکرد صحیح، ترشحات و پانسمان

ذکر وضعیت عمومی بیمار مانند 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